

Visie en oriënteringstekst

Eerstelijnspsychologie bij Geneeskunde voor het Volk





Inhoud

- 1 Inleiding – 5**
- 2 Waarom kiest GVHV voor psychologie als derde discipline? – 7**
 - a ▶ De huisarts en psychische klachten – 7
 - b ▶ Hoge nood, maar hoge drempels voor psychologische begeleidingen – 8
 - c ▶ De neoliberale waanzin treft ons allemaal – 10
 - d ▶ Het individu en haar stoornissen zijn het product van de neoliberale maatschappij – 11
 - e ▶ Het neoliberalisme: eigen schuld, dikke bult – 12
 - f ▶ Psychologie is tegen het individueel schuldmodel – 13
- 3 Geestelijke gezondheidszorg bij Geneeskunde Voor Het Volk – 19**
- 4 Definitie eerstelijnspsycholoog – 23**
- 5 Kortdurende psychologische behandelingen – 25**
 - a ▶ KPI (kortdurende psychologische interventies) – 25
 - b ▶ Kenmerken van KPI – 25
 - c ▶ Effectiviteit van kortdurende psychologische interventies (KPI) – 26
 - d ▶ Het KOP-model – 27
 - e ▶ Het KOP-model in de praktijk – 28
 - f ▶ Effectiviteit van het KOP-model – 29
- 6 Taken van een psycholoog bij GVHV – 31**
 - a ▶ Multidisciplinaire psychologische behandelingen – 31
 - b ▶ Doorverwijsfunctie en psychosociale kaart – 32
 - c ▶ Groepswerking – 33
 - d ▶ Projecten – 34
 - e ▶ Geestelijke gezondheidsbevordering, infoavonden, flyers, psycho-educatie – 39
 - f ▶ Psychologische kennis brengen in het team – 39
 - g ▶ Deelname en inbreng in nationale bijeenkomsten van GVHV – 40

7 Psychologische zorg bij Geneeskunde Voor Het Volk: praktische zaken – 34

- a ▶ Hoe worden patiënten aangemeld bij de
eerstelijnspsycholoog? – 34
- b ▶ De rol van de huisarts bij psychologische zorg – 34
- c ▶ Hoe snel kunnen patiënten aangemeld worden? – 34
- d ▶ Welke patiënten hebben recht op psychologische zorg bij
GVHV? – 36
- e ▶ Wie komt er in aanmerking voor eerstelijns psychologische
behandeling? – 36
- f ▶ Dossier EMD – 36
- g ▶ Opleiding en werkingsmiddelen – 37
- h ▶ Betaling en terugbetaling – 37
- i ▶ Laatkomers en niet-komers – 38
- j ▶ Duur van de consultatie en agendabeheer – 39
- k ▶ Patiëntbespreking – 39

8 Opstarten van een eerstelijnspsycholoog in de groepspraktijk – 40

Referenties – 51

Bijlagen – 55

1 Inleiding

Vanaf 2015 is er vanuit de nationale leiding van Geneeskunde Voor Het Volk (GVHV) verhoogde aandacht voor de discipline psychologie op de eerste lijn. Concreet betekent dit dat we zowel in de praktijk van Deurne als in de praktijk van Hoboken een eerstelijnspsycholoog (ELP) in dienst namen. Voordien was er enkel in de praktijk in Genk een psycholoog in dienst die ook werkelijk geïntegreerd is in de werking van de praktijk. Zij kwam in dienst in 2013, na de aankondiging van de collectieve sluiting van Ford Genk. In sommige andere praktijken werd er al wel samengewerkt met externe psychologen (vanuit bijvoorbeeld een Centrum voor Geestelijke Gezondheid) of vrijwilligers die enkele uren per week consultaties doen bij GVHV.

We volgen het werk van de psychologen van Deurne en Hoboken in deze fase nauwkeurig op. De resultaten hiervan zullen mede bepalen welke volgende stappen we in andere praktijken zullen zetten. Dit betekent dat we stapsgewijs te werk gaan en niet meteen in alle elf praktijken een psychologische dienst gaan uitbouwen. Tevens wordt er gewerkt aan een visietekst, waarvan u hier het resultaat ziet. Deze visietekst situeert zich steeds binnen de visietekst van GVHV (2010) en is geen statisch gegeven. Hij kan met het ontwikkelen van onze ervaring, verder aangevuld worden met nieuwe gegevens en inzichten.

We zullen ook meer aandacht hebben voor de praktijken met sociaal werkers in dienst (in 2016 zijn dit de praktijken in Schaerbeek en Marcinelle), maar dit is niet het onderwerp van deze tekst.



2 **Waarom kiest GVHV voor psychologie als derde discipline?**

a ► **De huisarts en psychische klachten**

Psychologische klachten zijn prominent aanwezig in de huisartsenpraktijk. Depressie is bijvoorbeeld de tweede meest voorkomende chronische diagnose in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen (Truyers et al., 2012).

De huisarts is vaak het eerste professionele aanspreekpunt voor patiënten die geconfronteerd worden met psychische klachten. Veel psychische klachten hangen immers samen met lichamelijke gezondheid, gezinsleven en werk of andere omgevingsfactoren (Van Sprundel, 2012). Bovendien is de huisarts voor de patiënt laagdrempelig: er is reeds een vertrouwensband en de huisarts heeft kennis over de context van de patiënt.

Dit merken we in onze praktijken. Uit een registratie bij GVHV Deurne in 2014 blijkt dat 12.4% van de consultatietijd aan psychologische problemen wordt gespendeerd. Vaak zijn dit dezelfde patiënten die meerdere malen terugkomen. Ook onze Waalse en Brusselse praktijken geven aan dat het aantal psychologische klachten waarmee ze geconfronteerd worden toeneemt.

Dezelfde tendens zien we ook bij andere huisartsen. Uit de literatuur weten we dat 20% van alle consultaties bij de huisarts betrekking hebben op psychosociale problemen, dat 50 tot 80% van de mensen met een depressie in eerste instantie hulp zoeken bij de huisarts en dat meer dan helft van alle personen die overlijden aan een zelfdoding (of een poging ondernemen) de maand voor de feiten op consultatie gingen bij de huisarts (Van Sprundel, 2012).

De huisarts speelt dus een belangrijke rol in de detectie, diagnose, behandeling, doorverwijzing en opvolging, alsook in de continuïteit van de zorg met betrekking tot psychologische klachten. Huisartsen bieden vaak ook zelf psychologische ondersteuning aan hun patiënten in de vorm van ondersteunende, educatieve en motiverende gesprekken. Verder ondersteunt de

huisarts de patiënt door medicatie (psychofarmaca) en/of ziekteverlof voor te schrijven.

Veel artsen hebben echter een beperkte beschikbare tijd om op psychische problemen in te gaan en deze op te volgen. We weten uit de ervaring van huisartsen dat er te weinig aandacht wordt besteed aan psychotherapeutische technieken in zowel de basisopleiding tot arts, als in de opleiding tot huisarts (Trips, 2015). Het is niet zo vanzelfsprekend dat huisartsen voldoende psychologische vaardigheden en kennis over psychiatrische aandoeningen of de sociale kaart hebben. Ondanks de beperkte aandacht voor dergelijke zaken in hun opleiding moeten huisartsen psychische problemen kunnen duiden, helpen een oplossing te vinden en de ernst ervan inschatten (Pas et al., 2008).

Desalniettemin bieden veel huisartsen heel wat patiënten de nodige zorg bij psychische problemen. De huisarts dient daarom het eerste aanspreekpunt te blijven en werkt verder samen met de eerstelijnspsycholoog. Wat de rol van de eerstelijnspsycholoog precies is en welke patiënten naar hem/haar worden doorverwezen dan wel bij de huisarts worden opgevolgd, wordt verder in deze tekst verduidelijkt.

b ► Hoge nood, maar hoge drempels voor psychologische begeleidingen

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg is nog steeds ondermaats. Voor veel patiënten blijft het een moeilijke stap om naar een psycholoog te gaan. Er rust nog altijd een taboe op psychologische of psychosociale hulpverlening in onze samenleving waarin individualisme en je eigen boontjes kunnen doppen voorop staan.

Wanneer mensen er dan toch in slagen om voorbij het taboe te kijken, stuiten ze vaak op een financiële drempel. Ondanks de hoge noden wordt psychologische zorg in onze samenleving sterk ondergefinancierd. Met de huidige besparingsmaatregelen zal dit wellicht niet verbeteren. Een bezoek aan de psycholoog wordt nog steeds weinig of niet terugbetaald en is te duur voor de meerderheid van de werkende bevolking. Verwijzing naar

privépsychologen is vaak uitgesloten omwille van deze financiële drempel: je betaalt er meestal 45 tot 70 euro per consultatie. De meer betaalbare alternatieven in de vorm van bijvoorbeeld een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), waar men afhankelijk van het inkomen zo'n 4 tot 11 euro per consultatie betaalt, hebben te kampen met steeds langere wachtlijsten. In Antwerpen is er momenteel sprake van een wachttijd van 6 tot 12 maanden voor ambulante psychologische begeleiding. Ook voor de residentiële hulpverlening is er vaak een wachtlijst.

Daarnaast zien we vooral buiten de grootsteden een groot tekort aan hulpverlening in het algemeen. Mensen geraken sociaal geïsoleerd en hebben het gevoel dat er geen oplossingen bestaan. Ook is het aanbod van de hulpverlening vaak niet aangepast aan de doelgroep. In onze multiculturele samenleving merken we dat taal nog steeds een grote drempel is om psychologische hulpverlening te voorzien. Verder zien we dat de hulpverlening nog al te vaak vertrekt vanuit het dominant westers (neo)liberaal referentiekader.

Het is als GVHV onze taak om hiertegen op te treden en te ijveren voor een duurzame, maatschappelijke oplossing. Wij verzamelen continu anonieme statistische gegevens over onze patiënten en komen hiermee naar buiten om de situatie van de geestelijke gezondheidszorg aan te klagen. We nodigen mensen uit om deel te nemen aan collectieve activiteiten en acties om een betere gezondheidszorg te krijgen. We doen dit in samenwerking met de PVDA.

Daarnaast willen we een psychologische dienst aanbieden aan onze patiënten. Zoals we ooit begonnen met gratis huisartsgeneeskunde voor iedereen, willen we nu ook 'gratis' eerstelijnspsychologische hulp aanbieden aan iedereen. Binnen het forfaitair systeem waarmee onze groepspraktijken werken is er echter geen budget voorzien voor psychologie. Het is dus een bewuste keuze van GVHV om hier geld voor vrij te maken.

Een psycholoog integreren in de vertrouwde omgeving die de groepspraktijk voor patiënten is en er een (vertrouwd) gezicht op te plakken, brengt de geestelijke gezondheidszorg dichterbij de mensen. Naar een psycholoog

gaan wordt als minder abnormaal ervaren doordat het mee deel uitmaakt van het algemene zorgaanbod in de huisartsenpraktijk.

We willen echter meer dan enkel dienstverlening naar de patiënten toe. We willen een nieuwe groep progressieve professionals aantrekken die mee onze visie op de maatschappij en (geestelijke) gezondheidszorg in het bijzonder naar buiten brengen, expertise ontwikkelen, analyses en studie-werk maken, patiënten organiseren en actie ondernemen.

c ▶ De neoliberale waanzin treft ons allemaal

Maatschappelijke en economische factoren zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor het psychisch welbevinden van de mens (Verhaeghe, 2012).

Zo is er duidelijk een verband tussen psychische problemen en de sociaal-economische status van mensen. Maar liefst 72% van de personen die een beroep doen op een OCMW of CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk) blijken een toestand van psychisch onwelbevinden te ervaren. Dit zijn veel hogere cijfers dan bij personen die geen beroep doen op sociale ondersteuning. Er is bovendien een relatie tussen het kunnen rondkomen met je inkomen en de kans op het ontstaan van een depressie. Omgekeerd kennen psychiatrische patiënten een hoger risico op armoede (Van Herck & Van de Cloot, 2013).

Ook de stijgende werkloosheid is een factor die een sterke invloed heeft op psychisch welzijn. Filip Vanderroot en Susan van der Wielen (2013) vonden bijvoorbeeld dat mensen die het laatste jaar geconfronteerd werden met ontslag (patiënten die óf zelf ontslagen zijn óf van wie een persoon uit de nabije omgeving ontslagen is), hun gezondheid significant minder goed beoordelen. Dit gaat gepaard met een verhoogde (psycho)somatisatie, een slechtere mentale gezondheid (klachten zoals angst, depressie, suïcide), hoger medicatie- en middelengebruik en een gewijzigde sociaal/relatiele ervaring. Ander onderzoek toont zelfs dat wanneer de werkloosheid met 1% toeneemt, het aantal suïcides vermeerdert met 0,8% en met een verdriedubbeling van het aantal depressies en angststoornissen. Het fenomeen werkloosheid ligt jaarlijks aan de basis van zo'n 45.000 zelfdodingen in 63

verschillende landen, zo blijkt uit een onderzoek van Zwitserse wetenschappers (Stuckler et al., 2009).

Ook diegenen die wel werk hebben staan onder steeds groter wordende druk. Het aantal burn-outs blijft elk jaar toenemen (Securex, 2015). Regelmatige veranderingen in uurroosters, minder zelf kunnen bepalen hoe je je job uitvoert, een gebrek aan erkenning en jobonzekerheid zorgen voor veel stress (Henderickx & Krammisch, 2009). Opvallend is dat kort geschoolden meer spanningsklachten door stress ondervinden dan lang geschoolden (31% versus 24%). Dit verschil heeft te maken met de mate van autonomie in de job (Securex, 2015). Het aantal mensen dat als werknemer werkt en tegelijk in armoede leeft, neemt bovendien toe.

Bij ouderen is eenzaamheid een vaak voorkomende problematiek (Vanderleyden & Heylen, 2007). Angst en depressiviteit kunnen het gevolg zijn van eenzaamheid en sociaal isolement.

d ► Het individu en haar stoornissen zijn het product van de neoliberale maatschappij

GVHV maakt een marxistische analyse van de samenleving en streeft naar een socialisme 2.0¹ als antwoord op maatschappelijke problemen.

We leven in een neoliberale maatschappij. Dit is echter niet het gevolg van een inherente hebzucht van de mens. We zijn van nature immers eerder coöperatief dan competitief ingesteld (Van Duppen & Hoebeke, 2016). De concurrentie voor maximale winst zit daarentegen wetmatig ingebakken in het huidige economisch systeem. Het neoliberale arbeidssysteem reduceert mensen tot arbeidskrachten en installeert een zeer agressieve vorm van concurrentie. De prestaties van iedereen worden voortdurend gemeten en afgewogen aan die van de ander. De besten (begrijp: zij die het meeste geld opbrengen) mogen blijven en wie minder presteert moet er uit. De egoïstische kant van mensen wordt zo naar boven gehaald en collega's wor-

1 Wat dit socialisme 2.0 precies inhoudt, staat beschreven in het boek naar aanleiding van het solidariteitscongres 2015 van de PVDA 'Verbreiden, verbinden, verdiepen'; hoofdstuk 3.

den plots concurrenten, met sociale angst en individualisering tot gevolg (Verhaeghe, 2013). De neoliberale maatschappij ondermijnt zo een identiteit gebaseerd op empathie, altruïsme, solidariteit en sociale cohesie onder de mensen.

De druk om te produceren blijft stijgen, terwijl de jobzekerheid alleen maar daalt. Het beslissingsrecht over hoe men zijn job uitvoert verdwijnt, maar de verantwoordelijkheid over het resultaat neemt wel toe. Verantwoordelijkheid zonder macht plaatst mensen in een hulpeloze situatie. In dit model staat iedereen onder constante druk en wordt men gedwongen om op zichzelf terug te plooiën (Verhaeghe, 2013). De solidariteit op de werkvloer verdwijnt en de normale sociale verhoudingen worden vernietigd (Verhaeghe, 2012). Samen met afbraak van de zorg en andere publieke diensten (zoals zwembaden, bibliotheken, etc.) zorgt dit ervoor dat ook de sociale cohesie in de buurt afneemt.

Ons politiek systeem botst met de sociale natuur van de mensen en offert alles op voor een bepaald economisch model. Dat maakt mensen ziek, zij het op een minder zichtbare manier dan pakweg een halve eeuw geleden. De stoflong en de loodvergiftiging hebben plaats gemaakt voor stressgerelateerde aandoeningen (Verhaeghe, 2013).

e ► Het neoliberalisme: Eigen schuld, dikke bult

Ziekte en gezondheid worden binnen het huidige politiek en economisch systeem gereduceerd tot een individuele verantwoordelijkheid, waarbij de economie het slachtoffer dreigt te worden van de 'zwakkelingen' of 'profiteurs' (Verhaeghe, 2013). Onder druk van dit neoliberale model en haar torenhoge eisen, kan men zich al snel gefaald voelen op verschillende levensdomeinen. Hoewel het systeem hier een grote rol in speelt, voelt het merendeel van ons zich meer dan ooit zelf verantwoordelijk voor het eigen falen, een 'loser'. Zo treden specifieke eerstelijnsproblematieken zoals depressieve klachten, burn-out en angst op de voorgrond. Het onderzoek van socioloog Piet Bracke bevestigt dit: er zijn veel meer depressies dan vroeger, en de betrokkenen ervaren hun depressie als een persoonlijke mislukking. De angststoornissen liggen in dezelfde lijn, met als twee

toppers faalangst en sociale angst. Begrijp: angst voor de ander, die hetzij een beoordelaar, hetzij een concurrent is en soms zelfs beide tegelijkertijd (Verhaeghe, 2012).

Daartegenover staan de ‘winners’, van wie sommigen zo goed aan het ideaalbeeld voldoen dat zij ook gestoord worden. De verplichting om te genieten kent haar uitglijders in seksverslaving, boulimie en natuurlijk koopverslaving. Psychopathische karaktertrekken zijn in het bankwezen zeer efficiënt, maar voorbij een bepaalde grens worden ze een niet behandelbare afwijking. Hetzelfde geldt voor het ‘manager-zijn-van-jezelf’; de overdreven versie heet narcistische persoonlijkheidsstoornis. In al die gevallen is de grens tussen ‘geslaagd’ en ‘gestoord’ vrij dun (Verhaeghe, 2012).

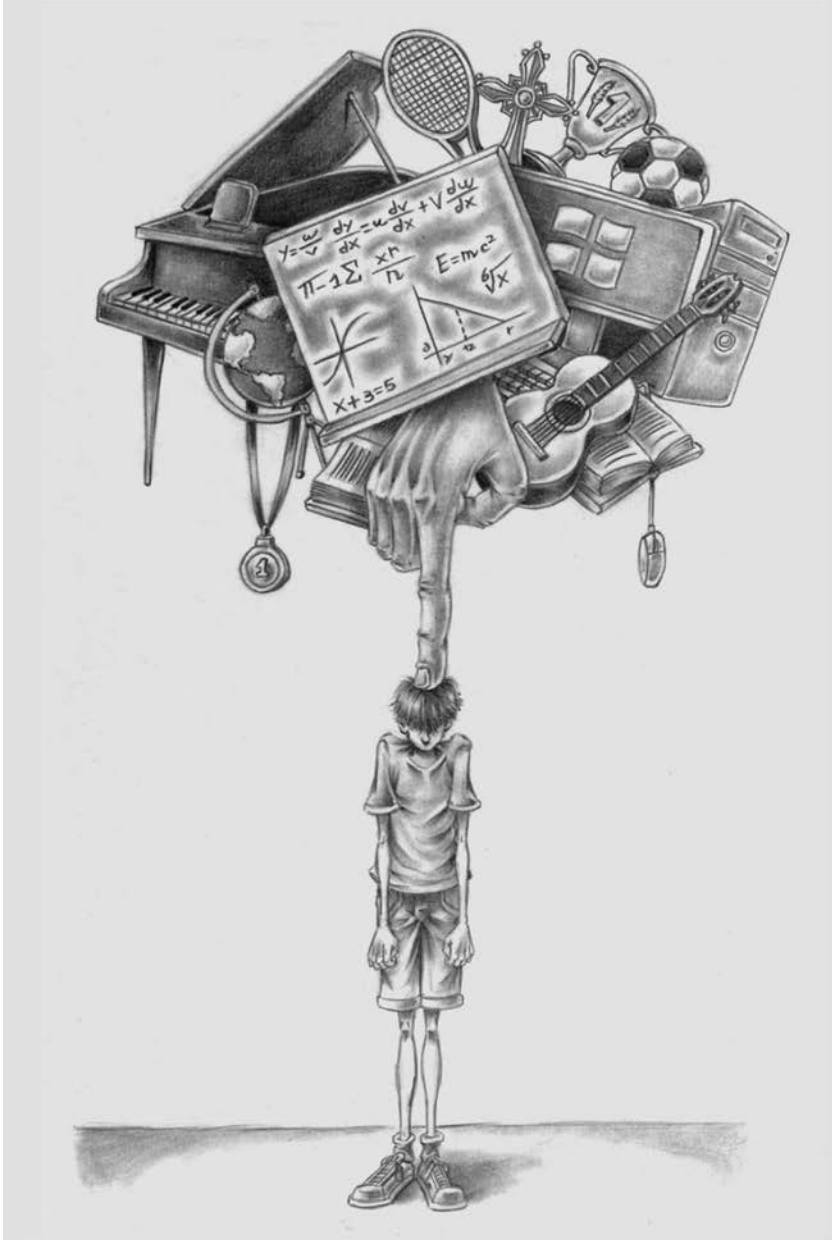
De redenering is dus als volgt: een gedragsmatig kenmerk komt te veel of te weinig voor en is daarom sociaal onaanvaardbaar. Het doel van de behandeling is duidelijk: het ‘te veel’ moet worden weggesneden, het ‘te weinig’ moet worden aangevuld, opdat het individu weer beantwoordt aan de sociale normen van de maatschappij. We moeten ons echter bewust zijn dat men op deze manier enkel bepaalde gevolgen van het neoliberale beleid bestrijdt, zonder de oorzaken aan te pakken (Verhaeghe, 2012).

f ▶ Psychologie is tegen het individueel schuldmodel

In de psychologie en psychiatrie wordt vandaag de dag maar al te vaak de impact van de sociaal-economische omgeving uit het oog verloren. In zowat alle behandelingsmodellen van stress wordt de nadruk gelegd op de perceptie van stress door de persoon die ze ervaart (denk aan termen zoals coping², resilience/veerkracht³, ...). Met andere woorden: de oorzaak ligt bij het individu. Nochtans is er meer dan voldoende bewijs dat de omgeving een doorslaggevende rol speelt bij het ontstaan van psychologische problemen (Verhaeghe, 2013).

2 Coping is een begrip uit de psychologie, waarmee de manier waarop iemand met problemen en stress omgaat wordt bedoeld. Het betreft de omgang met alle soorten voortdurende stressoren, zoals werkloosheid, echtscheiding, pijn of oorlog.

3 Resilience of veerkracht is het vermogen om je aan te passen aan stress en tegenslag. Je ‘veert’ als het ware terug.



© Al Margen

Als we als hulpverlener meegaan in de heersende neoliberale gedachtegang en ons enkel richten op de individuele beleving en zaken zoals coping, zonder in te gaan tegen dit individueel schuldmodel, versterken we impliciet de valse veronderstellingen over de strikt individuele verantwoordelijkheid en gaan we mee in het neoliberale discours. Dokter Frans Van Acoleyen (1990) beschrijft in zijn tekst 'aanpassings- versus afwijzings strategie' ook deze twee mogelijkheden. Je kan iemand sterker maken en aan zichzelf laten werken, maar in feite bevestig je zo dat de fout bij het individu ligt.

Wanneer patiënten het inzicht verwerven dat (een deel van) hun problematiek te verklaren valt door sociale ongelijkheid, kan dat zeer bevrijdend en empowerend werken. Het is daarom van belang dat er in de consultatieruimte wordt gekeken naar de politieke en sociale omstandigheden die mee aan de basis liggen van psychologische klachten. Samen met de patiënt kan er gefocust worden op zowel de interne, individuele problemen als op de sociale veranderingen die nodig zijn voor herstel. Door hen bewust te maken van de sociale conflicten waarmee men dagelijks moet worstelen, wordt hun individueel verhaal deel van een groter plaatje. Ze zullen leren dat ze niet alleen zijn.

Psychologie mag daarom geen technische individuele ingreep zijn. Wij moeten geen mensen 'repareren' die individueel een zwakheid of mankement vertonen volgens de maatschappelijke norm. Zoals de Salvadoraanse psycholoog Martin-Baro (1994) al stelde is de taak van de psycholoog niet slechts de wereld te verklaren, maar ook de wereld beter te maken. Niet het individu maar de gehele samenleving is ziek en dringend toe aan een herstelkuur. Zo houdt ook prof. Dirk De Wachter in zijn boek *Borderline Times* (2012), de westerse samenleving een spiegel voor. In zijn boek toont hij aan dat de hele westerse samenleving voldoet aan de criteria van een borderline ziektebeeld. Niet het individu, maar de gehele samenleving is ziek en zij dient spoedig hersteld te worden. Psychotherapie kan leiden tot zowel individuele als sociale veranderingen. We moeten streven naar een duurzame economie ten dienste van de maatschappij, en niet omgekeerd.

Wij mensen zijn in staat om onze omgeving zelf te maken, we moeten ze niet ondergaan. Wij kunnen ons verzetten tegen dit systeem, ook al doet



het in eerste instantie soms pijn. De enige manier om dit te realiseren is een collectieve aanpak, waarbij mensen zich in groep verzetten en inzetten, met solidariteit als sleutelwoord (Verhaeghe, 2013). Dit is echter alleen mogelijk als je als individu sterk genoeg staat.

Er is wel degelijk een dialectiek tussen individuele hulpverlening en collectieve actie. Als hulpverleners zijn we al getraind om op het individuele spoor te werken. Het collectieve spoor moeten we vorm geven vanuit onze marxistische achtergrond. Dat is onze specifieke taak als hulpverleners bij Geneeskunde voor het volk, dit is onze unieke positie. Hierin moeten wij

dagelijks pilootervaringen opdoen en met elkaar delen en naar buiten brengen. Hier moeten wij meer literatuur rond opzoeken om ons te inspireren. Wij pleiten dan ook voor een tweesporenbeleid van individuele hulpverlening en collectieve actie.



3 Geestelijke Gezondheidszorg bij Geneeskunde voor het Volk

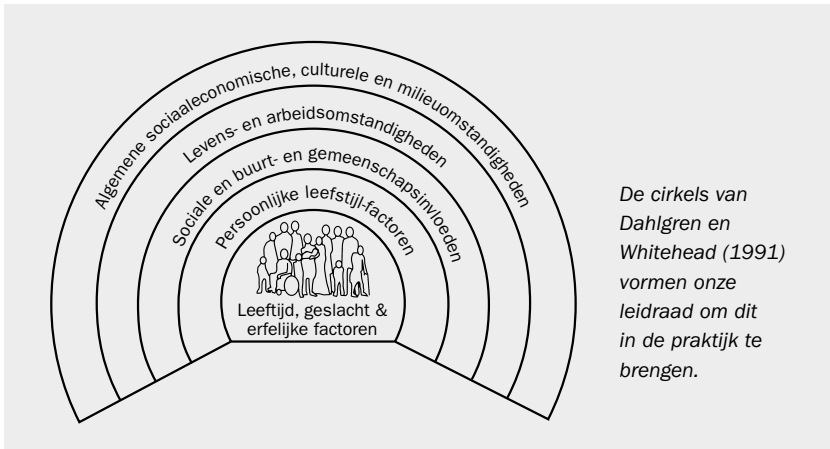
We verdedigen het recht op gezondheidszorg voor iedereen, geestelijke gezondheidszorg is hier een onderdeel van. GVHV kiest daarom uitdrukkelijk en zo goed als zonder financiële ondersteuning vanuit het forfait-systeem om een eerstelijnspsychologische functie te implementeren in haar groepspraktijken.

Deze zorg dient toegankelijk, kwaliteitsvol en solidair te zijn. Om dit te bereiken is een diepgaande maatschappelijke verandering nodig. Hiervoor moeten zoveel mogelijk mensen, dus ook onze patiënten/cliënten begrijpen waarom er iets misgaat met hun gezondheid en wat ze eraan kunnen veranderen. We willen als hulpverlener meer doen dan enkele de individuele patiënt met zijn probleem vooruit helpen.

GVHV richt zich op het versterken van mensen door hen te emanciperen, te empoweren en hen inspraak te geven in hun levenskwaliteit. Dit kan zowel op individueel als op maatschappelijk vlak. Tijdens de behandeling focussen we ons niet op het ziekteverloop, we geven mensen geen “etiket” indien dit niet relevant is, maar baseren we ons op een verklaringsmodel dat ingaat tegen het individueel schuldmodel. Verklaringen worden gezocht vanuit een maatschappelijk perspectief. Met onze patiënten/cliënten bespreken we de omstandigheden (draaglast) die zij als druk ervaren en bekijken hoe die tot stand zijn gekomen. We zien vaak dat deze draaglast zich situeert op zowel micro, meso als op macro niveau. De manier hoe onze samenleving georganiseerd is vergroot de draaglast bij mensen. Tijdens onze gesprekken moedigen we mensen aan om hiertegen in te gaan. Dit kan ook door acties te voeren.

De cirkels van Dahlgren en Whitehead (1991) vormen onze leidraad om dit in de praktijk te brengen (zie p.18).

Een structurele aanpak van de geestelijke gezondheidszorg is essentieel. De eerstelijnspsycholoog (ELP) binnen GVHV heeft dan ook als opdracht om op individueel niveau de zelfredzaamheid van mensen te bevorderen, maar



heeft ook een maatschappelijke rol te spelen in het uitwerken van structurele veranderingen. De ELP werkt daarom niet vanuit één welomschreven therapeutische discipline, maar combineert verschillende evidence-based technieken/theorieën die rekening houden met de context en de samenleving waarin patiënt/cliënt zich bevindt. Tijdens de behandelsessies tracht de ELP een maatschappijkritische noot in te brengen, vanuit onze marxistische visie op de samenleving, om patiënten ervan bewust te maken dat de maatschappij een belangrijke rol speelt in ons welbevinden. Zo zal een maatschappij gebaseerd op een 'eigen schuld dikke bult'-visie (individuele schuldmodel), o.a. psychisch leed met zich meebrengen. We moedigen daarom mensen aan om samen te ijveren voor een gelijkwaardige, betere en gezonde maatschappij. Dit doen we aan de hand van campagnes en acties.

De psychologen van GVHV streven er ook naar om tussen te komen in het publieke debat over geestelijke gezondheids (zorg). Naar de toekomst toe willen we dit ook verzekeren met GVHV. Zo kunnen we helpen bij de uitwerking van een positief plan om depressie aan te pakken als reactie op de aanklacht dat huisartsen teveel antidepressiva voorschrijven. We kunnen ook een open brief schrijven naar de pers, voor onze website of sociale media. Of we kunnen de verkozenen van de PVDA helpen bij tussenkomsten over geestelijke gezondheidszorg in het parlement.

Voorbeeld

De eenzame dood van Jordy Brouillard aan de Gentse Blaarmeersen laat ook Rody Verhage, psycholoog bij GVHV Hoboken en Zelzate, niet onberoerd. Hij werkte lange tijd met jongeren als Jordy. “Je barstte uit het hokje waar je niet in paste, maar waar men je toch probeerde in te duwen”, schrijft hij in een open brief aan de jongen.

<http://solidair.org/artikels/jordy-het-hulpverleningssysteem-niet-gemaakt-voor-gasten-zoals-jij>

Voorbeeld

Molenbeek was wereldnieuws na de aanslagen in Parijs en Brussel. Dokter Leen Vermeulen beantwoordt in een getuigenis in o.a. De Morgen de vraag waarom het toch goed leven is in Molenbeek. Ze werkt in Le Renfort, de Groepspraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Molenbeek.

<https://www.demorgen.be/opinie/waarom-het-in-molenbeek-goed-wonen-is-bca76a90/>



4 Definitie eerstelijnspsycholoog

De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) heeft een definitie 'eerstelijnspsychologie' uitgewerkt (Van Hoof, 2015). Vanuit GVHV kunnen we achter deze definitie staan en leggen we meer de nadruk op maatschappelijke context en politieke invloeden.

Een eerstelijnspsycholoog (ELP) is iemand die werkzaam is op de eerste lijn gezondheidszorg:

Eerstelijnszorg betekent dat de toegang naar deze zorg gemakkelijk, laagdrempelig en zonder wachttijden is.

De ELP is gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en de autonomie van mensen met psychologische/psychosociale problemen. Een ELP is iemand die via een aantal gesprekken een hulpvrager helpt weer op krachten te komen. Dit gebeurt via evidence-based technieken en is op maat uitgewerkt.

Een ELP is tewerkgesteld op die plekken en in die buurten waar zijn doelpubliek woont en leeft. Deze houdt rekening met de context en leefwereld van zijn/haar kwetsbare doelgroep (micro en meso), maar tevens ook met de heersende maatschappelijke tendens (macro). We gaan ervan uit dat psychosociale problemen bepaald worden door het maatschappelijk model; namelijk het neoliberale model. Richard Wilkinson stelt vast dat hoe groter de inkomensongelijkheid in een land of regio is, hoe meer mentale stoornissen er zijn.

Een ELP heeft kennis van verschillende psychologische en psychosociale problemen (generalist), maar is deskundig (specialist) als het gaat om specifieke psychische problemen. Hij/zij kan snel een goede inschatting maken van het probleem en de ernst ervan. Hij/zij is tevens bekwaam in het geven van kortdurende psychologische behandelingen.

Het doel van psychotherapie is de laatste jaren echter sterk aan het verschuiven in de richting van verplichte sociale aanpassing. We zien dat de

focus helaas nog steeds ligt bij het ziektemodel in de psychiatrie. Als ELP hanteren we geen ziektemodel, maar eerder een verklaringsmodel. We gaan samen met cliënten/patiënten op zoek naar hoe het komt dat iemand het op dit moment in zijn leven moeilijk heeft. We brengen de klachten van iemand in kaart, overlopen zijn copingmechanisme en de omstandigheden die ertoe geleid hebben dat iemand het moeilijk heeft. We kaderen dit in een breed maatschappelijk perspectief. Tijdens de ELP gesprekken komen we snel tot de conclusie dat we in een maatschappelijk model zitten dat ons dwingt om succesvol te zijn; zowel financieel als materieel. Men is pas geslaagd als men veel geld verdient, een mooi huis heeft, verre reizen kan maken enzovoort. Falen behoort niet tot de normale identiteit en wordt gezien als afwijkend.

Een ELP werkt vooral preventief, dat wil zeggen dat hij/zij gaat proberen om samen met de hulpvrager en zijn/haar context te voorkomen dat het probleem groter wordt. De ELP is gericht op het verminderen van de klachten en lasten, rekeninghoudend met iemands persoonlijkheid en omgeving.

Een ELP werkt niet in z'n eentje, hij/zij is nauw verbonden met andere hulpverleners vanuit de verschillende lijnen.

5 Kortdurende Psychologische Behandelingen

a ► KPI (Kortdurende Psychologische Interventies)

Uit voorgaande is gebleken dat een ELP bekwaam is om kortdurende psychologische interventies (KPI) uit te voeren. De belangstelling voor deze technieken bestaat al enige tijd, maar heeft de laatste 20 jaar meer en meer belangstelling gekregen. Mede door de omstandigheden waarin psychologen vaak moeten functioneren, lange wachtlijsten, besparingen, geen terugbetaling, maar ook de verwachtingen van patiënten zelf, familieleden en andere betrokken hulpverleners, alsook de persoonlijkheid van de therapeut en zijn opleiding leggen druk om anders te gaan werken. Deze hebben er mede voor gezorgd om kortdurend te werken. De meeste psychotherapieën die gegeven worden zijn echter nog steeds sterk gericht op langdurige behandelmodellen.

In Vlaanderen en Nederland is er sinds enkele jaren een beweging vanuit Engeland op gang gekomen die hieraan wilt tegemoetkomen. Het gaat om laag intensieve cognitieve gedragstherapie; LICBT en verbetering van de toegankelijkheid van psychotherapie; IAPT (the Improving Access to Psychological Therapies). Deze KPI hebben gemeen dat ze de toegang naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vergemakkelijken en de therapeutinvestering per patiënt verlagen zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit (Heene, 2015). In 'Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change' worden er op basis van internationale meta-analyses evidentie gevonden voor KPI.

b ► Kenmerken van KPI

De verschillende kortdurende therapieën hebben als voornaamste kenmerk gemeen dat ze beperking in tijdsduur hebben. Het aantal sessies is beperkt met een maximum van 10 sessies. Van tevoren wordt de patiënt duidelijk gemaakt dat de therapie beperkt is in aantal sessies.

Gestructureerde KPI behandelingen, die samenwerken bevorderen, waarin de rolverdeling is vastgelegd, en waarin de voortgang wordt gemeten en

geëvalueerd. Doen het niet slechter dan de traditionele behandelingen (Schäfer, 2004; Van Straten et al., 2006, 2007).

Het is van belang in het begin duidelijkheid te krijgen in de motivatie van de patiënt. Wederzijdse toestemming om aan de therapie te beginnen en de juiste therapeutische houding aannemen is cruciaal tijdens kortdurende therapieën. Een ander belangrijk kenmerk voor het slagen van een kortdurende therapie is dat de patiënt en de therapeut in staat zijn om een bepaald probleemgebied af te bakenen waar de therapeutische interventie gericht op zal zijn. De therapeut tracht aan de hand van verschillende technieken inzicht aan de patiënt bij te brengen. Dit gebeurt door een actieve rol aan te nemen en het initiatief niet aan de patiënt over te laten. De therapeut tracht de patiënt aan te zetten om stelselmatig aan zijn problematiek te werken. Tijdens kortdurende therapie wordt vooral een beroep gedaan op de patiënt.

c ► Effectiviteit van kortdurende psychologische interventies (KPI)

In West-Europa verkiezen de meeste patiënten/cliënten ‘praten’ boven ‘pillen’ (Emmelkamp et al., 2013). Uit onderzoek blijkt tevens dat bij mensen met milde tot matig ernstige klachten een psychologische behandeling vaak goed of zelfs beter werkt dan een farmacologische behandeling (Cuijpers et al., 2008, 2009).

Behandelingen die worden uitgevoerd volgens een structuur die samenwerken bevordert, waarin de rolverdeling is vastgesteld, en waarin de voortgang wordt gemeten en geëvalueerd, doen het niet slechter of beter dan traditionele langdurige behandelingen. Wel bereiken ze dit resultaat met aanzienlijk minder aantal sessies dan de traditionele langdurige behandelingen (Rijnders & Heene, 2015; Schäffer, 2004; Van Straten et al., 2006, 2007).

Uit meta-analyses van Cogle en Howard over KPI (Cogle et al., 2012; Howard et al., 1997) kunnen we bovenstaande bevindingen bevestigen. KPI hebben vaak een even goede werking als langdurige therapieën, maar met minder investering. Ook uit het effectonderzoek in Nederland (Cuijpers

et al., 2007, 2010, 2013; Van Orden et al., 2009; Van Straten et al., 2006, 2007) komen gelijkaardige bevindingen met uitzondering van zeer ernstige problematieken.

d ▶ Het KOP-model

Het KOP-model is een toepassingsvorm van een kortdurende psychologische behandeling. Dit model is vijftien jaar geleden ontworpen door Rijnders en collega's (Rijnders et al., 1999). Het model was, en is, bedoeld om de duur van de behandeling te verkorten, maar vooral om de participatie van de patiënt/cliënt in het behandelproces te vergroten. Participatie kan zowel op individueel niveau plaatsvinden, maar ook inspraak hebben op maatschappelijk niveau is belangrijk.

KOP is de afkorting van 'Klachten', 'Omstandigheden', en 'Persoonlijke stijl'. Psychologische klachten (K) ontstaan in situaties waarin de omstandigheden (O) niet al te gunstig zijn, terwijl tegelijkertijd iemands manier van omgaan met, of van reageren op die omstandigheden tekort lijkt te schieten (P).

Het KOP-concept is zowel inhoudelijk als procesmatig gerelateerd aan de leertheorie en de gedragstherapie. Anders dan in de gedragstherapie ligt de nadruk meer op de copingstijl van de patiënt/cliënt dan op zijn klacht. Daarnaast wordt zowel in de probleemanalyse als in de oplossingsvormen ruim aandacht besteed aan de context, en wordt het systeem van de patiënt/cliënt actief betrokken bij de probleemanalyse en de behandeling. In het KOP-model wordt er in principe van uitgegaan dat met enige uitleg, steun en coaching patiënten/cliënten goed in staat zijn hun problemen zelf aan te pakken en op te lossen (Rijnders & Heene, 2015).

Daarnaast is het ook van belang om voldoende stil te staan bij de omstandigheden (O) die een invloed hebben op het welzijn van de patiënt. Samen met de patiënt kan er gefocust worden op factoren die een invloed hebben op micro (patiënt, gezin,...), meso (werk,...) én macro (maatschappelijk, politiek,...) niveau. Als Geneeskunde Voor Het Volk onderscheiden we ons door voldoende aandacht te schenken aan dit laatste niveau. Door daar de

aandacht op te vestigen, bieden we de patiënt de kans om voor zichzelf te zorgen en voor zichzelf op te komen. Schuldgevoel kan plaats maken voor strijdbaarheid (Brouillette, 2016).

e ▶ Het KOP-model in de praktijk

Het KOP-model wil manieren van denken en ordenen in beeld brengen. Ze bieden zowel de patiënt als de therapeut een houvast.

De patiënt krijgt een werkboek met daarin alle praktische richtlijnen. Het is een vijfstappen programma dat de patiënt met enige ondersteuning van de therapeut doorloopt. Met behulp van dit werkboek kan de patiënt tussen de afspraken door zelf aan de slag met zijn behandeling. De vijf te doorlopen stappen zijn:

Stap 1: Introductie en voorbereiding van het KOP-model.

Hierin brengt de therapeut de klachten van de patiënt in kaart en gaat ook na of de aanmeldingsklachten overeenkomen met die van de verwijzer (arts). Dit gebeurt door enkele vragen te stellen zoals: waar heeft u last van?, wat hindert u in uw normale functioneren? ... Na de klachten exploreert de therapeut de omstandigheden van die klachten. Wat zijn de omstandigheden die de klachten uitlokken en welke houden ze in stand? Wat is er vooraf gebeurd? Enz. ... Dan gaat de therapeut het habituele reactiepatroon van de patiënt in kaart brengen. Wat zijn de stereotiepe reacties, vaardigheden en gewoonten van de patiënt? Hoe beschrijven of reageren andere mensen de patiënt?

Stap 2: Overzicht en samenhang.

Het bieden van een overzicht en samenhang heeft als doel de patiënt te helpen begrijpen wat er aan de hand is en hoe het komt dat hij nu klachten heeft ontwikkeld. Belangrijk hierbij is het bieden van een uitzicht op deze klachten. De patiënt leert beseffen dat zijn klachten lastig, belemmerend en vervelend zijn, maar dat het in het licht van zijn actuele levensomstandigheden en mogelijke tekorten in zijn copingmechanisme logisch is dat ze nu ontstaan ('normaliseren' van de klachten).

Stap 3: Het formuleren van doelstellingen.

Als het probleem in kaart is gebracht, moeten er doelen worden geformuleerd en moet worden vastgesteld hoe die doelen gehaald kunnen worden.

Stap 4: Gedragsverandering.

Meer dan we beseffen, wordt ons doen en laten geleid door gewoonten en stereotiepe reactiepatronen. We functioneren voor een groot deel op onze automatische piloot. Het afleren van gewoonten is lastig. Snelle oplossingen zijn er niet. Veranderen kost inspanning, moet met overleg gebeuren en vereist discipline en oefening. Gedragsverandering kan plaatsvinden door onder andere te leren door imiteren van anderen, door te observeren van eigen gedrag en/of de consequenties van het eigen gedrag. Door het observeren van het gedrag van anderen, door te leren reflecteren en afstand te nemen. Kortom oefening baart kunst.

Stap 5: Werken aan terugvalpreventie.

Terugvalpreventie is een essentieel onderdeel in het kortdurende psychologisch behandelproces. Aan de hand van het KOP-schema worden de risicofactoren in beeld gebracht. Zo wordt de patiënt zich bewust van zijn kwetsbare elementen in zijn gedragsrepertoire. De patiënt leert signalen herkennen, waarop hij moet letten en moet anticiperen. Er wordt gebruik gemaakt van 'reminders'; een samenvatting van de kern van het probleem in een slogan, prototype, een metafoor of een spreekwoord om terugval te voorkomen. Ook kunnen buddy's een bepaalde rol innemen om aan hervалpreventie te doen. Steun van de omgeving (partner, collega's, familieleden, bureu, vrienden, bekenden) kunnen hierbij helpen.

f ► Effectiviteit van het KOP-model

Van 2009 tot 2013 zijn er, in het kader van het onderzoek, ruim tweeduizend patiënten door hun huisarts doorverwezen voor een behandeling met het KOP-model. De resultaten van dit onderzoek bevestigen voorgaande bevindingen (Schäffer, 2004; Van Straten et al., 2006, 2007). De totale lijdensdruk van deze patiënten verbeterde aanzienlijk. De klachten verminderten vooral in de loop van de eerste drie gesprekken. De behandeling had ook een invloed op de copingstijl van de patiënten. Na afloop van

de behandeling pakken ze situaties vaker aan, vermijden ze minder, zoeken ze meer sociale steun, voelen ze zich minder overspoeld en leren ze zichzelf beter geruststellen. Ook uit dit onderzoek kan gesteld worden dat generalistische, kortdurende psychologische interventies in de eerste lijn dezelfde resultaten bieden als traditionele therapieën, met een aanzienlijk lagere tijdsinvestering.

6 Taken van een psycholoog bij GVHV

a ► Multidisciplinaire psychologische behandelingen

Welke psychische problematieken zijn nu voor een huisarts en welke dienen doorverwezen te worden? Het is niet gemakkelijk om deze vraag te beantwoorden. Dit hangt namelijk van verschillende factoren af. Bijvoorbeeld de therapeutische relatie die arts met zijn of haar patiënt heeft. We weten echter dat de realiteit waarin huisartsen moeten functioneren niet eenvoudig is. Hun werklast ligt tamelijk hoog, mede omwille van het tekort aan huisartsen, waardoor een therapeutische relatie niet altijd haalbaar is. Daarom pleiten we vanuit GVHV om meer multidisciplinair te werken. Je ontlast hiermee de huisarts en verhoogt de kwaliteit van de zorg.

Vanuit de ELP functie gaan we er vanuit dat een samenwerking veel belangrijker is dan de doorverwijzing. In de literatuur kunnen we afleiden dat er een sterke evidentie bestaat voor een betere kwaliteit van zorg door het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden. Een directe samenwerking is zeer belangrijk en heeft vaak een betere uitkomst dan een casus (cliënt/patiënt) door te sturen naar een psycholoog buiten de praktijk. Vaak zijn de kosten lager en is de tijdsinvestering minder. Het integreren van een psycholoog in een huisartsenpraktijk is niet nieuw en bestaat al in vele landen. Het zorgt voor een betere outcome, betere detectie en betere behandeling van psychische problemen.

26% van de Belgen geeft aan zich niet goed te voelen in zijn vel. 1/3 zal ooit in zijn leven geconfronteerd worden met psychische problemen (Gisle, 2014). Hiervan weten we dat 50% zorg krijgt, maar dat slechts 25% de gepaste zorg krijgt. De zorg is niet op maat of komt vaak te laat. Kadzin en Blase (2011) stellen vast dat er een groot aantal mensen met psychische klachten bij wie sprake is van een risico op escalatie niet de nodige begeleiding krijgt die ze nodig hebben.

De GGZ is momenteel onvoldoende uitgerust om de druk die mensen ervaren binnen onze samenleving op te vangen. Ook is de GGZ onvoldoende

uitgerust om de noden van mensen met milde of matige ernstige klachten van een behandeling te voorzien.

We merken dat de behandeling binnen de GGZ vaak te langdurig en een te lage effectiviteit heeft. Dit zou mede kunnen liggen aan het feit dat GGZ-medewerkers geen richtlijnen hoeven te volgen in hoe evidence-based te werken. Het drop-out percentage binnen de GGZ ligt hierdoor aanzienlijk hoog (Rijnders & Heene, 2015).

Veel van deze belemmeringen kunnen worden opgeheven door op de eerste lijn, volgens een stapsgewijs protocol, kortdurende behandelingen aan te bieden aan patiënten met psychische problemen. Een kortdurende behandeling volgens het KOP-model kan worden gebruikt bij patiënten/cliënten met milde tot matig ernstige klachten (Rijnders & Heene, 2015).

b ▶ Doorverwijsfunctie en psychosociale kaart

Naast de psychologische begeleiding of therapie, is de doorverwijsfunctie een belangrijke taak die weggelegd is voor de ELP bij GVHV. De organisatie van de zorg is zo complex en versnipperd dat mensen vaak geen idee hebben wat er mogelijk is en waar ze terecht kunnen. Doorverwijzen kan wanneer de kortdurende begeleiding die binnen de praktijk geboden kan worden niet blijkt te volstaan. Samen met de patiënt gaat de psycholoog zo vroeg mogelijk in het traject op zoek naar welke soort hulpverlening mogelijks tegemoet kan komen aan de persoonlijke noden en voorkeuren van de patiënt in kwestie en waar deze ondersteuning gevonden kan worden. Omdat men daarbij vaak op wachtlijsten botst, kan de ELP de opvolging voor zijn rekening nemen in afwachting van een opstart bij de gewenste hulpverlener of instantie, bij wijze van voorbereiding of pretherapie.

Ook kan er worden doorverwezen naar andere hulpverleners of diensten wanneer blijkt dat er nog andere ondersteuningsvragen zijn waarop de patiënt graag een antwoord wil vinden. Denk hierbij aan reguliere diensten, vrijetijdsorganisaties, praktische ondersteuning, ...

De ELP is mee verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de hulpverleners, diensten, organisaties en voorzieningen uit de welzijns- en gezondheidssector in de regio.

Contacten leggen met andere diensten, persoonlijk gaan voorstellen, netwerken uitbouwen en samenwerkingsverbanden aangaan zijn belangrijke opdrachten van een eerstelijnspsycholoog. Het zorgt voor een vlottere doorverwijzing en samenwerking. Het moet wel gezegd zijn dat de psycholoog hier ook geen wonderen in kan verrichten. In sommige regio's kan het aanbod erg schaars zijn (bv: geen CCG in Zelzate) of de wachtlijsten erg lang (bv: in Antwerpen en Brussel).

c ► Groepswerking

Het geven van en in kaart brengen van groepsactiviteiten vallen bij voorkeur binnen het takenpakket van de ELP. We vertrekken van de noden van patiënten (liefst vanuit een objectieve registratie). Het doel is om een aanbod te voorzien om de noden te lenigen met integratie van onze visie.

Hiervoor kunnen we samenwerken met opgeleide therapeuten/psychologen die zowel privé als in organisaties tewerkgesteld zijn en groepsessies voorzien. Zo bieden we bijvoorbeeld in samenwerking met een therapeute tewerkgesteld in het dienstencentrum Mindfulness¹ aan. Dit kan drempelverlagend werken om mensen nadien toe te leiden naar deze organisaties (opvoedingscentrum, buurthuis, en anderen). We kijken ook welk aanbod reeds aanwezig is in de regio, zodat we hier beter op kunnen inspelen.

Groepswerkingen uitbouwen vraagt investering en moet groeien. We doen nu de eerste ervaringen op met de 'Goed-Gevoel-Stoel', die hier later zal beschreven worden. Als GVHV willen we specifiek aandacht hebben om het empowerende en maatschappijkritische aspect in te brengen in deze groepsessies, dat is onze specifieke invalshoek. We proberen te werken

1 Mindfulness is een wetenschappelijk onderbouwde aandachtstraining die je beter leert omgaan met stress, slapeloosheid, piekeren, depressie, burn-out, pijn, ... maar stimuleert ook de creativiteit en verbetert de communicatie. Mindfulness betekent: bewust aandacht geven aan wat er hier en nu is (gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties,...) zonder te oordelen.

met bestaande methodieken en deze te overgieten met een GVHV-saus.

d ▶ Projecten

GVHV wil, op vlak van actiecentrum en op vlak van multidisciplinair werk, vooruitstrevende praktijken vormen. We willen ook graag dat elke medewerker hierin zijn verantwoordelijkheid neemt. Daarom streven we ernaar om met GVHV nationaal en per praktijk aan projectwerking te doen. Een project is altijd iets vernieuwend, en gelimiteerd in de tijd. Belangrijk is dat alle projecten ingebed zijn in de visie van GVHV. Er wordt een planning opgemaakt. Het is dus niet zomaar een taak die moeten worden afgewerkt, maar houdt echt een verandering in die in het belang van de hele praktijk is. We evalueren tijdig de vooruitgang en het resultaat van onze projecten.

Een project van de psycholoog is dan ook ingebed in de hele projectplanning van de praktijk en GVHV nationaal. Het kan een project zijn dat specifiek gericht is op de taken van de psycholoog om de taken verder uit te breiden of meer diepgang te krijgen (bv: de samenwerking tussen diëtiste en psycholoog in het kader van obesitas). Het kan ook meer algemeen een project van het hele medische team zijn, waar de psycholoog een specifieke inbreng in kan hebben (bv: onderzoek naar de situatie van langdurig zieken). Deze projecten vertrekken vanuit het medisch team, maar betrekken de hele praktijk om te kunnen slagen. Dokters moeten helpen om samenwerkingsprotocollen uit te werken en patiënten door te verwijzen. Het kan ook een project zijn met een meer maatschappelijke impact, waaraan de psycholoog een waardevolle bijdrage levert.

We streven ernaar om in het uurrooster van de psycholoog een drietal uur projecttijd (in één blok) te voorzien. De projecttijd moet aan projecten gespendeerd worden en niet aan administratie.

Hieronder geven we enkele voorbeelden. Aangezien psychologie een nieuwe discipline is in onze praktijken is het ook op dit vlak nog wat zoeken. Het is voor ons wel prioriteit om ook dit aspect van ons werk te ontwikkelen. De voorbeelden zullen in de loop der jaren verder uitbreiden.

PROJECT ONDERZOEK

De sluiting van Ford Genk en toeleveringsbedrijven

Met een gemiddelde arbeidsduur van 38 uur per week is werken een van de belangrijkste activiteiten in het dagelijkse leven van een werknemer. Naast de materiële functie van arbeid, zorgt arbeid ook voor het gevoel erbij te horen en iets te doen dat op een of andere manier nuttig is voor anderen. Het beïnvloedt hoe je je tijd verdeelt, zorgt voor een bepaalde mate van zelfstandigheid maar helpt ook zelfrespect ontwikkelen.

Na de aankondiging van de sluiting van Ford op 24 oktober 2012 werd al snel duidelijk dat dit collectief ontslag bij velen voor onzekerheid en instabiliteit zou zorgen. Patiënten waren ongerust, velen hadden familie en vrienden die bij Ford of de toelevering werkten. Leningen die lopende zijn, sommigen die met hun partner bij Ford aan het werk waren zouden ineens samen werkloos worden. Kwaadheid, machteloosheid en vooral onzekerheid zijn factoren die wel in elk gesprek met een werknemer aan bod kwamen. Dit zette ons als praktijk aan het denken. Wat kunnen wij als praktijk betekenen voor de ex-werknemers van Ford/toelevering? We hebben besloten om psychologische ondersteuning te bieden aan iedereen die bij Ford/toelevering werkten. Ook hebben we besloten om hier een wetenschappelijk onderzoek van te maken om zo te bewijzen dat een collectief ontslag wel een invloed kan hebben op je manier van denken en een ingrijpende gebeurtenis is die veel onzekerheid veroorzaakt. Met dit onderzoek proberen we vooral aan te tonen dat werkverlies ook een invloed heeft op sociaaleconomische attitudes en bepaalde groepen van werknemers zich mogelijks meer economisch progressief zullen opstellen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat werknemers concrete conflictervaringen en beperkte inspraakmogelijkheden in het bedrijf veralgemeenden tot een ruimer gevoel van onvrede over de positie van werknemers in de samenleving en dat deze ervaringen eveneens hun conflictbewustzijn aanscherpten (Gallie, 1983). Als praktijk streven we naar gelijkheid en eerlijkheid ten opzichte van werknemers en motiveren we deze om samen op te komen tegen onrechtvaardigheid.

PROJECT GROEPSSESSIES

Het uitwerken van een programma voor groepssessies voor patiënten met psychologische aandoeningen.

Groepstherapie heeft een belangrijke meerwaarde tegenover individuele therapie omdat ervaringen, gevoelens, reacties en adviezen kunnen worden gedeeld in een sfeer van vertrouwen in de groep. Lotgenoten begrijpen elkaar beter dan wie ook en de inbreng van iedereen is in de groep vruchtbaar voor alle deelnemers. De groep weet meer dan de therapeut die enkel voor de professionele omkadering en structuur zorgt.

Dit kan op verschillende vlakken zijn:

- ▶ De (h)erkenning van eigen klachten, denkpatronen, gevoelens, reacties door anderen. De gedachte dat je niet alleen of abnormaal bent en anderen hetzelfde ervaren, kan zeer geruststellend en helend werken
- ▶ Bovendien helpt het horen van andermans verhaal ook om eigen klachten te relativieren of in perspectief te brengen
- ▶ Diversiteit in de groep brengt verschillende visies, invalshoeken, manieren van kijken op problemen en oplossingen bij elkaar
- ▶ Het delen van positieve ervaringen op therapeutisch vlak kan anderen inspireren en motiveren
- ▶ Het samen in kaart brengen van maatschappelijke oorzaken van het geestelijke lijden verlegt het probleem van individu naar maatschappij en spoort aan om bijgevolg ook collectieve oplossingen te zoeken (informereren/mobiliseren/organiseren)
- ▶ De groep heeft een 'social support effect', zowel tijdens de sessies als mogelijk erbuiten. Men leert lotgenoten kennen en staat er niet meer alleen voor.

Cfr. visietekst GVHV:

'Empowermentstrategieën zouden mensen moeten helpen om hun persoonlijke strijd voor een betere gezondheid te verbinden met de collectieve strijd om de gezondheid van iedereen te verbeteren. Er zijn robuuste aanwijzingen die aantonen dat individuen die bewust zijn van hun gezondheidsbeperkingen en van de oorzaken van die beperkingen, hun gezondheid

kunnen verbeteren als zij hun eigen strijd voor een betere gezondheid verbinden met de strijd van andere personen die dezelfde beperkingen delen', besluit Vicente Navarro, diensthoofd volksgezondheid aan de Amerikaanse Johns Hopkins universiteit (Navarro, 2007).

We zijn immers supersamenwerkers die van nature eerder coöperatief dan competitief zijn en over het algemeen makkelijker anderen kunnen helpen of advies geven dan zichzelf dankzij onze altruïstische en empathische identiteit. Onze spiegelneuronen met blik op de ander gericht kunnen op die manier ingezet worden in onze zelfzorg

Kortdurende groep sessies (max 4-5 sessies), (eventueel met nadien maandelijks (of minder) terugkommoment) kunnen uitgewerkt worden in functie van de actualiteit en de noden in de verschillende groepspraktijken. Aanleiding kan zijn:

- ▶ Een acute dramatische gebeurtenis in de wijk met collectieve weerslag: een aanslag, een groot ongeval met veel slachtoffers, een bedrijf met herstructureringen en massale ontslagen, een bedrijf dat de deuren sluit, een pedofilieschandaal dat plots opduikt in de wijk ...
- ▶ Een chronisch probleem in de wijk met collectieve weerslag op de geestelijke gezondheid: stigmatisering van een bevolkingsgroep, stigmatisering van een bepaalde wijk ...
- ▶ Op niveau van de dokterspraktijk: patiënten met gelijkaardige symptomen te wijten aan een gelijkaardige context kunnen in groep samen in therapie gaan

bv. groepje burn-out, groepje fibromyalgie, groepje depressieve klachten tgv werkloosheid of discriminatie op de werkvloer, groepje angstige mama's met opvoedingsproblemen, verwerking echtscheiding ...

Groepstherapie kan zowel psycho-educatief als procesgeoriënteerd zijn. Bij het eerste ligt de focus op het bijbrengen van knowhow rond een bepaald thema, bij het tweede ligt de focus vooral op het groeps-effect (het proces van gevoelens/gedachten te formuleren voor anderen brengt op zich al verandering teweeg).

Groepstherapie kan een springplank zijn om daarna dieper op bepaalde aspecten verder te gaan in individuele therapie, en omgekeerd. Beide zijn complementair.

Project 'Goed-Gevoel-Stoel'

De Goed-Gevoel-Stoel is een methodiek om in groep te werken aan geestelijke gezondheid. De methodiek heeft twee doelstellingen:

1. Mensen die het psychisch moeilijk hebben in groep sterker maken (empowerment).
2. Binnen de eigen organisatie aandacht blijven hebben voor geestelijke gezondheidszorg.

We definiëren empowerment als een proces waarbij iemand invloed krijgt op gebeurtenissen en situaties die belangrijk voor hem/haar zijn (Nutbeam, 1998). Bij de Goed-Gevoel-Stoel gaat het specifiek over het geloof in en gevoel van controle over de geestelijke gezondheid. Het gaat dus om het versterken van de mentale weerbaarheid door meer begrip te verwerven en controle te verkrijgen over het eigen leven en de eigen gezondheid.

Empowerment kan zowel op individueel, organisatie als op gemeenschapsniveau (van Hooijdonk, van Lenthe, Kreuger & Rentema, 2010). Het *individueel* vermogen om beslissingen te nemen en controle te hebben over het eigen leven. Vanuit de *organisatie* mensen de mogelijkheid geven om hun vaardigheden en het gevoel van competentie te ontwikkelen. Op gemeenschapsniveau collectief samenwerken met zowel individuen, organisaties als verenigingen om meer invloed te krijgen op gezondheid en kwaliteit van het leven. Vanuit GVHV bieden we de mensen de kans om te werken aan de drie verschillende empowerende niveaus.

De Goed-Gevoel-Stoel bestaat uit drie intensieve praatsessies waarbij er gewerkt wordt rond draaglast en draagkracht. De Goed-Gevoel-stoel fungeert als een symbool voor draagkracht en sterk in het leven staan. Een stoel staat immers slechts stevig, indien deze beschikt over vier stevige poten. Ontbreekt er één, dan valt het goed gevoel eraf. Tijdens de praatsessies maken de deelnemers kennis met de Goed-Gevoel-Stoel, kijken

ze naar hun eigen Goed-Gevoel-Stoel en krijgen ze tips om aan hun goed gevoel te werken.

e ▶ Geestelijke gezondheidsbevordering, infoavonden, flyers, psycho-educatie

Wij kunnen mensen informeren over de oorzaken, gevolgen en oplossingen voor psychische en sociale problematieken. Wij moeten hierin onze marxistische analyse naar voor brengen, mensen een kader geven om naar deze problematiek te kijken. Wij kunnen patiënten vragen om te getuigen op zo'n informatie-avonden, zoiets kan heilzaam zijn voor de patiënt zelf en voor de toehoorders. Op die manier sensibiliseren we mensen.

Voorbeeld: psycho-educatie over slaapstoornissen

Op regelmatige basis zorgen we voor infoavonden om onze patiënten in te lichten over problematieken waar ze regelmatig mee geconfronteerd worden en mogelijk onvoldoende informatie over beschikken om de problematieken voldoende te begrijpen. Zo zijn er verschillende infoavonden georganiseerd over onder andere het stoppen met roken, opvoeding en slaapproblemen. Het zijn niet enkel medische problematieken maar ook maatschappelijke problemen waar we onze patiënten over willen informeren. Deze infoavonden worden vooral samen met een aantal teamleden van de praktijk voorbereid om zo ook het medisch luik te dekken. Door patiënten stap per stap uit te leggen hoe heel de problematiek in elkaar zit en nuttige handvaten te bieden, leren ze dat het bijleren, het actief aanpakken en het stellen van vragen een belangrijk aspect is in het aanpakken van een problematiek.

f ▶ Psychologische kennis brengen in het team

De psycholoog is verantwoordelijk om de noden aan opleiding op hun terrein aan de rest van het medisch team in kaart te brengen. Zij kunnen hier

dan zelf een bijscholing over geven op de medische vergadering. Zij volgen de ontwikkelingen in hun vakgebied hiervoor nauw op door middel van externe bijscholingen en literatuur.

Ook heeft de psycholoog een adviesfunctie naar de huisartsen toe rond concrete casussen.

g ► Deelname en inbreng in nationale bijeenkomsten van GVHV

Van de psychologen die vast bij ons werken, verwachten we dat ze tweemaal per jaar actief deelnemen aan de nationale bijeenkomsten van de psychologen van GVHV. Deze gaan over visie-ontwikkeling (wat is de rol van de psycholoog bij GVHV) en de praktische uitwerking hiervan. Er kan hen ook gevraagd worden om hiervoor iets voor te bereiden naar de andere collega's toe. We verwachten ook dat ze tussendoor elkaar contacteren om interessante informatie en ervaringen uit te wisselen.

Ook deelname aan en inbreng in de toekomstdag die GVHV tweejaarlijks organiseert is een vast onderdeel van het takenpakket.

7 Psychologische zorg bij Geneeskunde Voor Het Volk: praktische zaken

a ► Hoe worden patiënten aangemeld bij de eerstelijnspsycholoog?

Patiënten kunnen niet rechtstreeks een afspraak maken bij de eerstelijnspsycholoog. De ELP ziet enkel patiënten op doorverwijzing van de huisartsen. Andere disciplines kunnen dit niet alleen beslissen. Ze kunnen dit zeker wel actief voorstellen maar steeds in samenspraak met de huisarts. De huisarts is meestal een centrale hulpverlener voor de patiënt. Op die manier kan er al een eerste triage gebeuren (op basis van problematiek of zorgzwaarte) en wordt zo een overvraging van de ELP beperkt. Daarnaast kan er ten volle multidisciplinaire samenwerking ontstaan. Bij een doorverwijzing worden alle vaste hulpverleners van de patiënt op de hoogte gebracht en eventueel betrokken (andere huisartsen, vaste verpleegkundige, sociaal werker...).

De huidige beperkte bezetting en problematiek van wachtlijsten belemmert ons op dit moment om rechtstreeks toegankelijk te werken. Wanneer de eerstelijnszorg beter uitgebouwd is, kan dit geherevalueerd worden. Ook dan moeten we er echter aandacht voor hebben dat we multidisciplinair blijven werken.

b ► De rol van de huisarts bij psychologische zorg

De arts peilt naar de motivatie van de patiënt en probeert deze indien nodig te versterken. Bovendien is het van belang dat de arts de patiënt op voorhand voldoende inlicht over de rol van de psycholoog en de praktische kant van de zaak (beperkte duur, mogelijke doorverwijzing na intake, kosten...). Zo verkleint de kans dat patiënten niet op de raapleging verschijnen. dit kan aan de hand van een informatiebrochure over de psycholoog (voorbeeld in bijlage 1).

Het is niet de bedoeling dat de huisarts of de andere disciplines nu geen aandacht meer hebben voor de psychische klachten van de patiënt. Iedereen blijft op holistische wijze werken.

c ▶ Hoe snel kunnen patiënten aangemeld worden?

We streven ernaar om te werken zonder wachtlijst. Het is van belang dat de eerstelijnszorg snel toegankelijk is van patiënten zodat er kort op de bal gespeeld kan worden. Te veel doorverwijzingen kunnen er echter voor zorgen dat de agenda van de psycholoog dichtslibt. Om te verzekeren dat er voldoende ruimte overblijft om vervolgafspraken in te plannen, kunnen er op voorhand raadplegingen in de agenda geblokkeerd worden. Daarnaast kan het ook zinvol zijn om enkele “acute raadplegingen” in de agenda te blokkeren die pas de week zelf worden vrijgegeven. Deze momenten kunnen worden gebruikt voor dringende zaken, of voor afspraken die op het laatste moment nog verzet moeten worden. Bij een te grote instroom verkiezen we om te werken met een doorverwijzingsstop, eerder dan te werken met een wachtlijst. Zo wordt voorkomen dat het probleem enkel opschuift en aangroeit. Er kan dan worden gezocht naar externe oplossingen en zo worden patiënten in zekere zin ‘empowered’ in plaats van passief af te wachten tot ze aan de beurt zijn.

d ▶ Welke patiënten hebben recht op psychologische zorg bij GVHV?

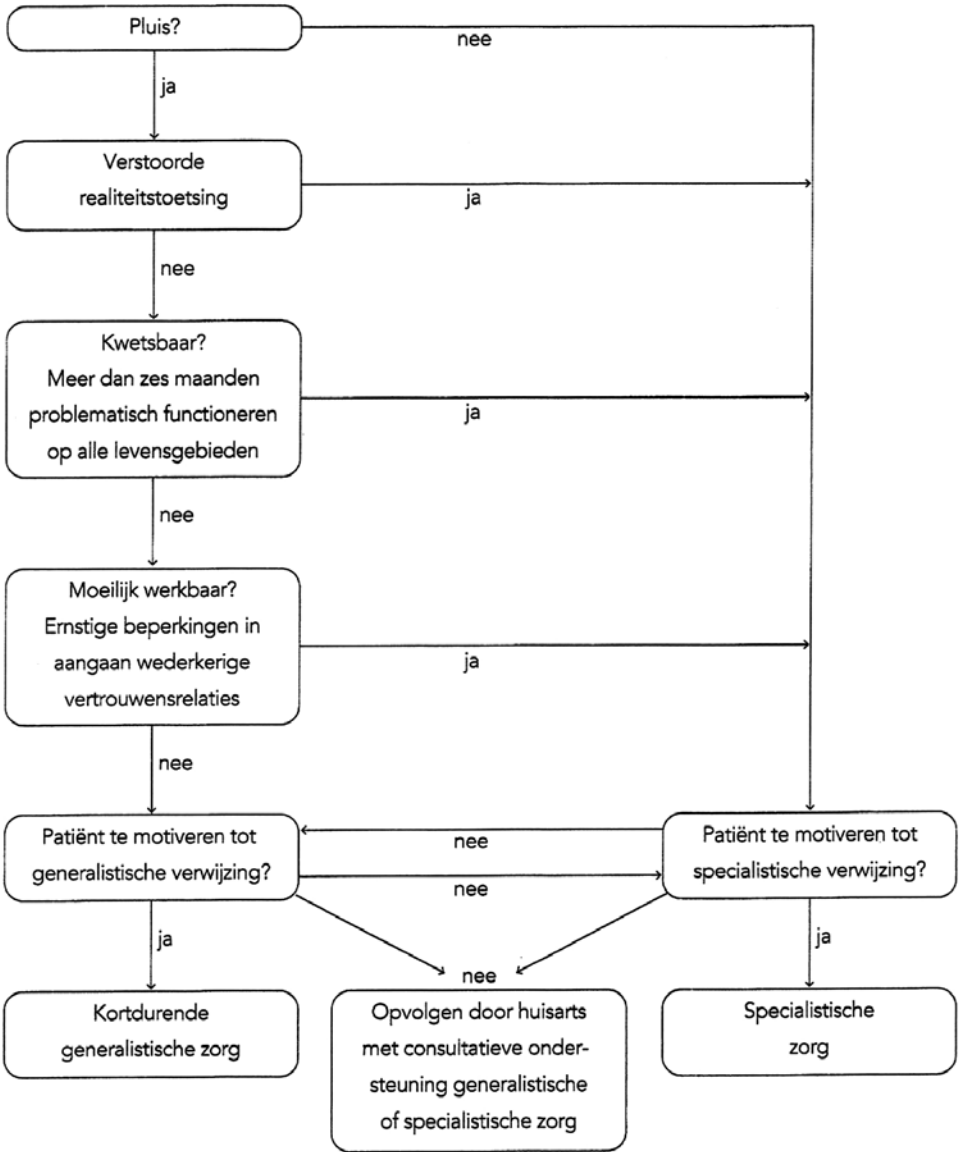
Enkel de patiënten die ingeschreven zijn via het forfaitsysteem hebben toegang tot de psycholoog. Er worden geen externe patiënten toegelaten.

e ▶ Wie komt er in aanmerking voor eerstelijns psychologische behandeling?

Frederik Boone heeft een beslisboom uitgewerkt waarmee behandelaars (psychologen, huisartsen,...) onderscheid kunnen maken tussen patiënten die in aanmerking komen voor een kortdurende behandeling (eerstelijns) en patiënten die in aanmerking komen voor een langer durende behandeling (tweede of derde lijns) (Boone, Rijnders & Heene, 2010).

Zo komt Boone tot vijf patiëntgebonden voorwaarden die moeten zijn vervuld om een indicatie voor een kortdurende of laagintensieve behandeling te kunnen stellen.

Beslisboom (F. Boone)



f ▶ Dossier EMD

De psycholoog werkt in hetzelfde dossier als de huisarts. Dit is heel belangrijk om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen. Aan de patiënt wordt dit zo uitgelegd: ‘wij werken als multidisciplinaire praktijk, als je niet wil dat informatie gedeeld wordt met je andere hulpverleners moet je dat zeggen (opting out systeem).

De psycholoog werkt wel in een apart sjabloon (voorbeeld in bijlage 2) waar hij zijn volledige notities kan maken en waar de arts/ andere hulpverleners in principe niet in kijken (er wordt in het EMD bekeken of dit ook werkelijk beveiligd kan worden via gelimiteerde toegang).

Verder zet de psycholoog volgende zaken in het EMD zodat andere hulpverleners voldoende op de hoogte zijn.

- ▶ Behandeling: ‘psychologische begeleiding’; precisering: naam psycholoog
- ▶ Journaal: gesprek psycholoog + eventueel korte samenvatting
- ▶ Diagnose (indien relevant)

g ▶ Opleiding en werkmiddelen

GVHV moedigt zijn medewerkers aan om regelmatig opleiding te volgen. Belangrijk is dat deze relevant zijn voor de praktijk en wetenschappelijk gefundeerd zijn. Daarvoor worden mogelijke opleidingen steeds voorgelegd aan de directe verantwoordelijke (Coördinator/Praktijkverantwoordelijke). Opleidingen worden, wanneer het nuttig is, nadien gedeeld met de rest van het team. De geïnvesteerde tijd is minimum 20 uur per jaar of wat nodig is voor erkenning. Per psycholoog wordt een budget van 500 euro per jaar voorzien. Daar kan soepel mee omgesprongen worden naargelang de noden van de praktijk. Opleidingen die binnen het uurrooster vallen, kunnen vrijgesteld worden. Valt een opleiding buiten het uurrooster, dan worden deze uren niet gecompenseerd. Vervoer naar opleidingen kan eventueel vergoed worden.

We voorzien een budget voor installatie van de raadpleging (aankoop zetels, testen, boeken...) en een budget voor werkmiddelen (boeken,

tijdschriften, materiaal) per jaar van ongeveer 400 euro. Dit is ook flexibel naar gelang de noden van de praktijk. Aankopen worden steeds met de verantwoordelijke besproken.

h ▶ Betaling en terugbetaling

Vier op de tien Vlamingen stelt noodzakelijke zorg uit (Hens et al., 2014). Voor psychologische zorg ligt het percentage hoger. Slechts 5% van de bevolking zet de stap naar een psycholoog of psychotherapeut (Drieskens, 2015). Hoewel verschillende factoren een drempel kunnen vormen naar de psychologische hulpverlening, geeft bijna 30% van de mensen met psychologische problemen aan dat ze de zorg uitstelt omwille van de kostprijs (Hens et al., 2014). Als er tegemoet kan worden gekomen aan de financiële drempel zou dit een grote vooruitgang kunnen betekenen in de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.

Vanuit de visie van GVHV, zou gezondheidszorg gratis moeten zijn. We dragen allemaal bij aan de sociale zekerheid om in onze zorg te voorzien. Ook de psychologische zorg zou hierin moeten worden opgenomen. Helaas is dit (nog) niet het geval. Hierdoor zijn we genoodzaakt om een minimale bijdrage te vragen van onze patiënten. We doen dit om de kloof tussen de eerstelijnspsychologen van GVHV en andere psychologische zorg zo klein mogelijk te houden. Het gratis aanbieden van een eerstelijnspsycholoog kan immers de doorverwijzing naar andere (betaalde) psychologische zorg (zoals CGG, CAW,...) bemoeilijken.

Concreet werken we met twee tarieven: 5 euro voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming¹, 10 euro voor andere patiënten. Voor patiënten die echt niet anders kunnen, kan het toch gratis. Dit kan enkel op basis van een gesprek over de financiën met de psycholoog of sociaal werker. De eerste consultatie is gratis omdat dit een intakegesprek betreft. Een concrete procedure zit in bijlage 3. We laten mensen betalen aan het ont-

1 Personen met een laag inkomen hebben recht op de verhoogde tegemoetkoming. Zij betalen minder voor gezondheidszorg en hebben nog andere financiële voordelen. Begin 2014 ging een nieuwe regeling in, waarbij de regeling verhoogde tegemoetkoming en het Omnio-statuuut werden samengevoegd tot één eenvormige regeling. De benaming 'Verhoogde tegemoetkoming' blijft bestaan.

haal. Uit ervaring blijkt dat wel een zekere vorm van controle nodig is of de betalingen effectief gebeuren. Jaarlijks wordt dit dus best geëvalueerd.

Voor groepssessies betalen patiënten 30 euro op voorhand. Als patiënten naar alle sessies komen krijgen ze 15 euro terug. Indien er subsidies zijn, kan er ook gratis gewerkt worden.

Sommige mutualiteiten betalen een beperkt deel/beperkt aantal consultaties terug. Veel patiënten zijn hier niet van op de hoogte. Verschillen per mutualiteit en provincie opzoeken en hier op attent maken is de taak van de psycholoog.

Al jaren wordt er gesproken over een terugbetaling van de psycholoog. Nu ligt er voor het eerst een concreet plan op tafel. Het Federaal Kenniscentrum (KCE) heeft in een lijvig rapport een financieringsmodel uitgewerkt (Kohn et al., 2016). Daarmee staan we opnieuw een stap dichterbij een finale terugbetaling. Voor de terugbetaling ziet het KCE een getrappt model. Wie naar de psycholoog wil, met welke klacht dan ook, moet dat kunnen. Ook huisartsen moeten volgens het KCE die rol kunnen opnemen. Voor hen moet er een betere terugbetaling komen zodat ze langere consultaties kunnen geven. De patiënt zelf betaalt per consultatie 6 euro. Groepen met een verhoogde tegemoetkoming betalen 1,5 euro. Tenminste: voor maximaal 5 sessies. Daarna wordt het wat ingewikkelder om nog psychologische hulp te krijgen. Zo zal een patiënt dan zowel langs moeten gaan bij de psycholoog als de huisarts, en moeten zij een grondig verslag maken waarin zowat alle klachten opgesomd staan. Indien deze terugbetaling er komt is het opnieuw te bekijken hoe dit ons beleid verandert. Wij moeten ook mee ijveren voor deze terugbetaling, gezien deze lang niet zeker is in het huidige neoliberale besparingsmodel in de gezondheidszorg.

i ► Laatkomers en niet-komers

Meer nog dan bij de huisartsen kent de psycholoog het probleem van patiënten die te laat komen of helemaal niet komen (25% tov 10%). Bovendien verliest de psycholoog meteen een uur tijd, indien een patiënt niet komt opdagen. Daarom is het van groot belang om hier aandacht aan te besteden.

Door middel van het sturen van een sms de dag voor de raadpleging kan het aantal niet-komers makkelijk gereduceerd worden. Het digitale agendastelsel Sanmax laat dit toe zonder extra werkdruk. De meerkost is klein in vergelijking met het aantal gewonnen uren van de psycholoog.

j ▶ Duur van de consultatie en agendabeheer

Een sessie bij de psycholoog duurt 45 minuten. In de agenda van de psycholoog wordt 1 uur voorzien, waarvan er 45 minuten voor de patiënt zijn en 15 min administratietijd om het dossier in te vullen. Dit is een normale tijdsbesteding in de eerste lijn. In de privé hanteren psychologen vaak 1u tijd per patiënt.

In de agenda worden wekelijks een aantal blokjes geblokkeerd voor de instroom van nieuwe patiënten of voor acute casussen.

Huisbezoeken zijn mogelijk maar enkel per uitzondering. De psycholoog oordeelt hierover.

k ▶ Patiëntbespreking

Patiënten worden multidisciplinair opgevolgd. De bespreken van de patiënt kan iedere dag plaatsvinden tijdens de briefing met artsen, HAIO's en verpleegkundigen. Dit is een handige manier om kort overleg met de artsen of andere disciplines te hebben. Het is ook interessant om de visie van de psycholoog op andere casussen te krijgen. Er moet ook ruimte zijn om individueel met artsen of andere hulpverleners af te spreken. Dit kan dikwijls tijdens een huisbezoekenblok van de arts. Hierrond wordt individueel afgesproken.

Medische vergaderingen: de psycholoog neemt om de 6 weken deel aan de medische vergadering. De medisch verantwoordelijke voorziet in de planning dat er dan passende onderwerpen gepland worden.

Teamvergaderingen: De psycholoog neemt hier altijd aan deel.

De psycholoog kan op vraag ook deelnemen aan extern multidisciplinair overleg.

Deelname aan externe commissies (bijvoorbeeld voor beleidsbeïnvloeding) wordt met de praktijkleiding en de nationale leiding bekeken.

8 Opstarten van een eerstelijnspsycholoog in de groepspraktijk

Het is afhankelijk van de stabiliteit van de andere diensten in de praktijk of er een nieuwe dienst kan worden opgestart. Bovendien willen we planmatig te werk gaan. Dit moet aan de nationale leiding van Geneeskunde voor het Volk worden voorgelegd via **Janneke.Ronse@gvhv.be**. Een vacature wordt steeds aan de nationale leiding voorgelegd en volgens standaard procedure gemaakt en verspreid. Momenteel kunnen we nog geen richtlijnen geven voor hoeveel patiënten hoeveel uur psychologie nodig is. Feit is dat een praktijk als GVHV Deurne met bijna 4000 patiënten, 30 uur psychologie goed gevuld is. Natuurlijk moeten we dit langer evalueren. Daarnaast zal ook de ligging en populatie van de praktijk een rol spelen.



Referentielijst

- Bertolini, R. (2012). Mental health and the economic crisis: Ways forward. In: *Mental Health in Times of Economic Crisis*. European Parliament. Directorate general for internal policies. Policy department A: economic and scientific policy. Brussel, 19 juni 2012. Proceedings, p.13 en pp. 39 – 46.
- Boone, F., Rijnders, P., & Heene, E. (2010). Indicatiecriteria en triage. In P. Rijnders & E. Heene (Red.), *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn* (pp.95-108). Amsterdam: Boom.
- Brouillette, R. (2016, 15 maart). Why Therapists Should Talk Politics. *The New York Times*. Geraadpleegd op 01 juli 2016 via http://opinionator.blogs.nytimes.com/2016/03/15/why-therapists-should-talk-politics/?rref=collection%2Fcolumn%2Fcouch&_r=0
- Cogle, J., Kilpatrick, D. & Resnick, H. (2012). Defending traumatic events: research, findings and controversies. In J. Beckland & D. Sloan (Red.), *The Oxford handbook of traumatic stress disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D., Koole, S., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 1-13. doi:10.1016/j.jad.2013.02.030
- Cuijpers, P., Marks, I., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 66-82.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2007). Psychological treatments of subclinical depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 434-441.
- Cuijpers, P van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- De Wachter, D. (2012). *Borderline times : het einde van de normaliteit*. Leuven: Lannoo Campus.
- Drieskens, S. (2015). Contacten met paramedische zorgverstrekkers. In S. Drieskens S & L. Gisle (Red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten*. Brussel: WIV-ISR
- Emmelkamp, P. M. G., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., ... Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *In-*

- ternational Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(S1), 58-91. DOI: 10.1002/mpr.1411
- Howard, K., Lueger, R., Maling, M., & Martinovich, Z. (1997). A phase model of psychotherapy. Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Gallie, D. (1983). *Social inequality and class radicalism in france and britain*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Geneeskunde voor het Volk. (2010). *Visietekst. Recht op Gezondheid en een gezonde samenleving*. Deurne: Geneeskunde voor het Volk.
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In J. Van der Heyden & R. Charafeddine (Red.), *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. Brussel: WIV-ISP.
- Heene, E. (2015) Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende psychologische interventies. In P. Rijnders & E. Heene (Red.), *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Boom (pp. 161- 174).
- Henderickx, S., & Krammisch, H. (2009). *Dokter, ik ben op. Over werkstress*. Berchem: Epo.
- Hens, E., Van Duynslaeger, M., Van den Heede, A., Thys, R., Neelen, M., Isenborghs, K. (2014). *Onvervulde noden. Enquête onder leden Socialistische Mutualiteiten: Resultaten en analyse*. Geraadpleegd op 6 november 2017 via <http://www.devoorzorg.be/SiteCollectionDocuments/Brochure-publicatie/300/Onvervulde-noden-Resultaten-EnqueteOnderLeden.pdf>
- Kazdin, A., & Blase, S. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21–37.
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., Eyssen, M. (2016). *KCE report 265As: Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg*. Geraadpleegd op 22 juni 2017 via https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf
- Martin-Baro, I. (1994). Writings for a liberation psychology. In A. Aron & S. Corne (Red.), *Essays, 1985-1989*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Navarro, V. (2007). What is a national health policy? *Int. J. Health Serv.*;37:1-14.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*; 13(4), 349-364.
- Pas, L., De Deken, L., & Van Rossen, E. (2008). *Samenwerking tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg bij depressie en suïcidepreventie*. Geraadpleegd op 10 januari 2014 via <http://www.domusmedica.be/vorming/wetenschapsdag/abstracts2007/837-abstract115.html>
- Rijnders, P., & Heene, E. (2010). *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rijnders, P., & Heene, E. (2015). *Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de Basis GGZ*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rijnders, P., de Jong, A., & Pieters-Korteweg, E. (1999). *Kortdurend behandelen in de GGZ*:

- een inleiding. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Securex. (2015). *Stress & burn-out Dreiging voor werknemers... én werkgevers?* Whitepaper, 2015.
- Schäfer, B. (2004). *Brief psychological treatment in mental health care* [Thesis]. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Sloan, T. (2000). *Critical psychology: Voices for change*. New York, NY: St. Martin Press.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323. doi:10.1016/s0140-6736(09)61124-7
- Trips, J. (2015). *Retrospectieve studie naar de indicatiestelling voor de eerstelijnspsycholoog in de praktijk* [Masterproef]. Gent: Universiteit Gent Master of Family Medicine.
- Truyers, C., Bartholomeeusen, S., & Buntinx, F. (2012). Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijken. *Huisarts Nu*, 2012 (41), 25-26.
- Van Acoleyen, F. (1990). *Sociale verantwoordelijkheden tov bepaalde werkomstandigheden*. [Onuitgegeven intern document]. Zelzate: Geneeskunde Voor Het Volk.
- Van Duppen, D. (2012). *Welke identiteit voor de 99%? Bedenkingen bij het boek 'Identiteit' van Paul Verhaegen*. *Vlaams Marxistisch tijdschrift*. Geraadpleegd op 22 mei 2017 via <http://paulverhaeghe.psychanalysis.be/boeken/recensiedirkvanduppen.pdf>
- Van Duppen, D., & Bensing, J. (2014). De huisarts helpt de patiënt om voor zichzelf op te komen. In H. van der Horst, F. Buntinx, A. Knotnerus, J. Metsemakers, A. de Sutter & C. van Weel (Red.), *Leerboek huisartsgeneeskunde* (pp. 245-257). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Duppen, D., & Hoebeke, J. (2016). *De supersamenwerker*. Berchem: Epo.
- Van Herck, P., & Van de Cloot, I. (2013). Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Geraadpleegd op 22 juni 2017 via http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_geestelijke_gezondheidszorg_pvh.pdf
- Van Hoof, E. (2015). *De eerstelijnspsycholoog, eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis*. Geraadpleegd op 22 juni 2017 via http://www.vkpb.be/sites/default/files/pdfs/nota_eerstelijnspsychologie_11032015_layout.pdf
- Van Hooijdonk, C., van Lenthe, F., Kreuger, F., & Rentema, M. (2010). *Empowerment door Van Klacht Naar Kracht. Meten van effecten op empowerment bij lage sociaal-economische groepen in het Rotterdams leefstijlprogramma Van Klacht Naar Kracht*. Geraadpleegd op 22 juni 2017 via <http://www.cephir.nl/files/Klein%20maar%20Fijn/Empowerment%20door%20Van%20Klacht%20naar%20Kracht.pdf>
- Van Orden, M., Hoffman, T., Haffmans, J., Spinhoven, P., & Hoencamp, E. (2009). Collaborative Mental Health Care Versus Care as Usual in a Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 60(1), 74-79.
- Van Sprundel, I. (2012). *Evaluatie van de opstart van de eerstelijnspsycholoog in Brusselse huisartsenpraktijken* [Masterproef]. Leuven: K.U.Leuven Master in Management en Beleid van de gezondheidszorg.

- Van Straten, A., Meeuwissen, J., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W., & Donker, M. (2007). Onderzoek en psychotherapie (serie): Is gangbare zorg net zo effectief als getrapte zorg voor mensen met angst- en stemmingsstoornissen? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 33, 23-38. DOI: 10.1007/bf03062249
- Van Straten, A., Tiemens, B., Hakkaart, L., Nolen, W., & Donker, M. (2006). Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 468 - 476.
- Vanderleyden, L., & Heylen, L. (2007). Ouderen, hun sociale contacten en de beleving ervan: continuïteit of verandering. *Tijdschrift voor Sociologie*, 28(1), 52-78.
- Vanderoost, F., van der Wielen, S., van Nunen, K., & Van Hal, G. (2013). Employment loss during economic crisis and suicidal thoughts in Belgium: a survey in general practice. *British Journal of General Practice*, 63(October 2013), e691-e697. doi: 10.3399/bjgp13X673702
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Verhaeghe, P. (2013). De nieuwe beroepsziektes. In: *Sampol*, 20(december 2013), 59-67.

Bijlagen

1 ► Patiëntenfolder Psycholoog

Psychologische begeleiding Bij Geneeskunde voor het Volk

Indien u hinder ondervindt van psychische klachten, kan u bij Geneeskunde voor het Volk terecht bij de eerstelijnspsycholoog (ELP).

Een ELP kan helpen bij volgende klachten:

- angsten
- depressie, somberheid
- dwangmatig handelen of gedachten die terugkomen
- opvoedingsproblemen
- overspannenheid, burn-out
- problemen met het ouder worden
- problemen met vriendschappen
- relatieproblemen
- rouwverwerking
- seksuele problemen
- 'vage' lichamelijke klachten (hoofdpijn, maagpijn)
- werk- en studieproblemen, werkloosheid
- ...

Een ELP werkt samen met u concreet en praktisch aan uw psychische problemen. De ELP gaat samen met u op zoek naar manieren om de klachten te doen verminderen, of in het beste geval, te laten verdwijnen.

De ELP bekijkt of hij/zelf de juiste hulp kan bieden, of dat een doorverwijzing eventueel aangewezen is.



Praktisch

Uw huisarts zal u naar een ELP doorverwijzen indien hij/zij dit aangewezen vindt. Deze kan ofwel zelf een afspraak bij de ELP inplannen, of u kan dit bij het onthaal doen.

Een behandeling bij een ELP omvat maximum 10 sessies van 45 minuten.

Kostprijs

Het eerste gesprek is een intakegesprek en is volledig gratis.

De volgende sessies:

Patiënten met een verhoogde tegemoetkoming: € 5

Alle andere patiënten: € 10

Verschillende mutualiteiten voorzien een gedeeltelijke terugbetaling van de behandeling. Informeer hiervoor bij uw huisarts, uw mutualiteit of de ELP zelf.

Indien u problemen heeft met de betaling van de sessies, is het belangrijk om dit met uw huisarts of met de ELP te bespreken zodat er naar een oplossing gezocht kan worden.



2 ► Voorbeeld sjabloon dossier

Notities psycholoog

Naam patiënt :

Geboortedatum:

Consultatie 1:	
Consultatie 2:	
Consultatie 3:	
Consultatie 4:	
Consultatie 5:	
Consultatie 6:	
Consultatie 7:	
Consultatie 8:	
Consultatie 9:	
Consultatie 10:	

3 ► Procedure Betaling

Goed vermelden van tarieven wanneer een afspraak gemaakt wordt aan onthaal/tel bij arts.

Patiënt meldt zich aan voor de afspraak voor consult.

Eerste afspraak is gratis (te checken in digitale wachtkamer).

Het onthaal zorgt op dat moment voor de betaling: ze kijken in tarifdoc/medidoc naar de code gerechtigde, eindigt deze op een 1 = 5 euro, op een 0 = 10 euro.

Intikken in de kassa, ontvangen, ontvangstbewijs voor patiënt.

Is er discussie over de juistheid van de code? Aanrekenen volgens onze gegevens, volgende keer klevertje meebrengen, dan eventueel terugbetaling.



