



EerstelijnsPsychologische Zorg Kwadraat



## PROJECTNOTA

### **Uitwerking overeenkomst “financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden”<sup>1</sup>**

*Opgemaakt door “projectgroep Eerstelijnspsychologische functie”, Kwadraat*

***Besproken en goedgekeurd op Netwerkcomité Kwadraat, 21 januari 2022,  
in aanwezigheid vertegenwoordigers FOD, m.n. mevr. Magda Coture en mevr. Sarah  
Morsink***

## Inhoud

<b>1. INITIATIEFASE</b> .....	3
1.1. Doel – achtergrond van het project: .....	3
1.1.1 Context .....	3
1.1.2 Kernwaarden .....	3
1.1.3 Werkingsgebied Kwadraat = drie Eerstelijnszones .....	4
1.2. Projectgroep .....	4
1.3. Opmaak strategische doelstellingen op basis van Overeenkomst.....	5
<b>2. DEFINITIEFASE</b> .....	5
2.1. Situatie/Omgevingsanalyse .....	5
2.1.1 Good practise .....	5
2.1.2 Opportuniteiten.....	10
2.1.3 Gebruik van vindplaatsen .....	11
2.1.4 Kritische succesfactoren.....	11

<sup>1</sup> Met “Overeenkomst” bedoelen we: *Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het netwerk geestelijke gezondheid Midden-West-Vlaanderen Kwadraat betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijns via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.*

2.1.5 Linken: relevante en belendende actoren .....	12
2.2. Behoeftenanalyse.....	12
2.2.1 Cijfermateriaal.....	12
2.2.2 Waarop leggen we focus? .....	14
2.3 Risicoanalyse .....	17
2.3.1 Te weinig klinisch psychologen en orthopedagogen psychologen .....	17
2.3.2 Onvoldoende dynamisch.....	17
2.3.3 Aanbodgericht werken (valkuil) .....	17
2.3.4. Onvoldoende rekening houden met bestaand aanbod (aansluitend/niet dubbel op).....	17
2.4. Resultaat.....	17
2.4.1 Kader .....	17
2.4.2 Scope/reikwijdte van het project.....	17
<b>3. ONTWERPFASE.....</b>	<b>18</b>
3.1 Fasering- Timing .....	18
3.2 Ontwerpplan.....	19
3.2.1. Op niveau van individuele zorgverstreker: klinisch psycholoog / orthopedagoog .....	19
3.2.2. Op niveau van individuele zorggebruiker.....	20
3.2.3. Op niveau van netwerk .....	20
3.2.4. Op niveau van provincie .....	20
3.3 Processchema.....	20

# 1. INITIATIEFASE

## 1.1. Doel – achtergrond van het project:

P. 2-6: inleiding [Overeenkomst](#)

### 1.1.1 Context

- Belgische GGZ- hervormingen
- Protocolakkoord (02/11/2020): een gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod, in het bijzonder voor de kwetsbare doelgroepen die het meest geraakt werden door de COVID-19 pandemie
- Transversale overeenkomstencommissie (TOC)

### 1.1.2 Kernwaarden

- Public (mental)healthperspectief
- WHO optimale organisatie van zorg, een zorgaanbod in overeenstemming met prevalentie van zorgnoden in de bevolking: *een afgestemd zorgaanbod in overeenstemming met de bod inzake geïndiceerde preventie, vroeginterventie- en detectie voor burgers met lichte psychische klachten naast een aanbod voor personen met ernstige en complexe psychische problemen.*
- Geïntegreerde Zorg: Bevorderen van zorg in de 1e lijn op een geïntegreerde, globale en toegankelijke en multidisciplinaire zorg
- Quadruple Aim



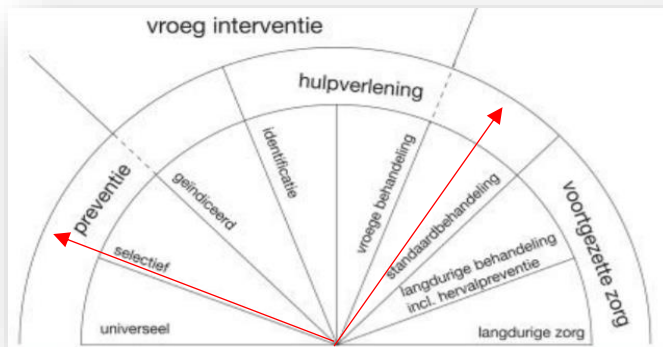
Startend vanuit de Quadruple Aim, zet VIVEL in op een **5e pijler, namelijk de pijler die zich richt op sociale rechtvaardigheid en inclusie**. Het is immers belangrijk om acties en strategieën aan te passen aan specifieke doelgroepen. Dit wordt ook wel **proportioneel universalisme** genoemd. Deze term werd ontleend aan “de strategische aanpak van gezondheidsongelijkheid”<sup>2</sup>[1]. Proportioneel universalisme vormt op die manier een basisprincipe waarbij een dienstverlening wordt uitgebouwd voor iedereen, die varieert in schaal en intensiteit – vertrekkend vanuit de diversiteit in de samenleving en de

---

<sup>2</sup> Zie Marmot in “Fair Society, Healthy lives” (2010)

verscheidenheid aan noden. VIVEL spreekt van **Quintuple Aim** als toetssteen voor al hun strategieën en beslissingen.

### Situering binnen preventie en vroeginterventie



Het project situeert zich vanaf “selectieve preventie”, gericht op (hoog)risicogroepen. Onder de selectieve preventieve horen alle acties die erop gericht zijn de doelgroep te herkennen en intermediairen te sensibiliseren zodat gepaste zorg mogelijk wordt.

Ter info: universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie, die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Acties die hierin passen zijn (massamediale) campagnes gebaseerd op positieve psychologie.

In dit project kan de link met universele preventie gelegd worden in kader van bekendmaking en eventueel in kader van taboedoorbreking of destigmatisering van de geestelijke gezondheidzorg. We kijken hierbij onder meer naar samenwerking en afstemming met Logo en Mutualiteiten

#### 1.1.3 Werkingsgebied Kwadraat = drie Eerstelijnszones

	ELZ RITS	ELZ Midden WVL	ELZ Westhoek	Totaal
Inwoners	120.436	124.597	101.397	346.430
0-17 jaar (%) (2021)	19,00%	19,4%	19,4%	
18-64 jaar (%) (2021)	59,80%	59,8 %	58,9%	
65 jaar of ouder (%) (2021)	21,20%	20,8 %	21,7%	
Absolute aantallen				
0-17 jaar (2021)	22.883	24.172	19.671	66.726
18-64 jaar (2021)	72.021	74.509	59.722	206.252
65 jaar of ouder (2021)	25.532	25.916	22.003	73.451
doelgroep Kwadraat	97.553	100.425	81.725	279.703

<https://provincies.incijfers.be/dashboard/dashboard/bevolking/>

#### 1.2. Projectgroep

Zie bijlage 1: samenstelling projectgroep

### 1.3. Opmaak strategische doelstellingen op basis van Overeenkomst

- Netwerk GGZ ontwikkelt een regionaal aanbod (provinciaal afgestemd) omschreven in de overeenkomst als 'de functie eerstelijnspsychologische zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg' waarbij 'integrale' en 'matched care' het leidinggevend principe dient te zijn, dit tegen 31/12/2021 (P. 3 alinea 3 Overeenkomst )
- Netwerk GGZ formuleert een voorstel wat reeds in de transitiefase kan gerealiseerd en gecommuniceerd wordt naar het doelpubliek en de reeds aangesloten geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen.
- Netwerk GGZ stimuleert een multidisciplinaire samenwerking door het opzetten van: enerzijds multidisciplinaire teams op buurt/wijkniveau met eerstelijnsactoren (microniveau), anderzijds door een lokaal multidisciplinair samenwerkingsverband uit te bouwen binnen het netwerk van gespecialiseerde ambulante GGZ (mesoniveau)

## 2. DEFINITIEFASE

### 2.1. Situatie/Omgevingsanalyse<sup>3</sup>

#### 2.1.1 Good practise

##### ➤ **Huidig project Eerstelijnspsychologische zorg<sup>4</sup>:**

##### *Meerwaarde:*

- Aanbod beantwoordt aan de behoeften op terrein: complementair, niet stigmatiserend, financieel toegankelijk, rurale (landelijke) gebieden mogelijkheid bieden tot laagdrempelig GGZ-aanbod
- Eerstelijnspsycholoog = partner in zorgnetwerk
- Ondersteuning ELP-ers:
  - o Website ELP: [www.elpkwadraat.be](http://www.elpkwadraat.be)
  - o Telesecretariaat, via Ringphone: online- en telefonische boeking ; ondersteuning automatisering (zie bevraging patiënten); beveiligd videocallsysteem
  - o Patiëntendossier: mediris multi (koppeling Ringphone)
  - o Vorming gekoppeld aan Surplus<sup>2</sup>
  - o Intervisie
- Aanbod op diverse locaties:
  - o Sociaal Huis, Gemeentehuis, Bibliotheek, CAW, privé- praktijk, Huisartsenwachtpost
  - o privépraktijken: aansluitend bij reeds bestaande zelfstandige praktijken - potentiële aanmeldingen worden gedetecteerd.
- Samenwerking met partners: laagdrempelige locatie voor doelgroepen, bevordert samenwerking met partners en veldwerkers ter plaatse.
- Communicatie:  
animatiefilmpje, o.a. voor wachtzalen / posters (professioneel aangemaakt door Visuality)

##### *Uitdagingen:*

- Implementatie project, o.a bekendmaking
- Cultuurwijziging: psychologen die schakel vormen binnen een netwerk

---

<sup>3</sup> Waarmee kunnen we de oorzaak van het probleem wegnemen, is dit probleem reeds (gedeeltelijk) opgelost via andere projecten/initiatieven en hoe dan? = Resultaat van deze analyse is een verzameling van ideeën/meningen over het 'gevoerde' en 'te voeren' beleid.

<sup>4</sup> Op basis van "jaarverslag 2020"

#### *Aanvullingen:*

- Vanuit projectmatige samenwerking met Stad Roeselare (Relance plan): ELP'er in huisartsenwachtpost - 'permanentie' verlenen. Laagdrempelige locatie, samenwerking huisartsen en lokaal bestuur. Alsook de bekendmaking van het project bij de burger.
- Vergaande verkennende gesprekken en samenwerkingen met Sociale Huizen waren lopende i.f.v. ELP'ers inschakelen / een plaats geven binnen Sociaal Huis (Ieper; Zonnebeke; Langemark-Poelkapelle; Heuvelland) (ter info: Sociale Huizen binnen MidWest: geopteerd voor samenwerking met Psychiatrische Thuiszorg)

#### ➤ **Eerstelijnspsychologische Zorg Stad Poperinge – gesitueerd binnen Sociaal Huis:**

##### *Meerwaarde*

- Gesitueerd binnen Sociaal Huis
  - o toegankelijk voor een financieel kwetsbare doelgroep
  - o begeleid doorverwijzing: maatschappelijk werker begeleid de doorverwijzing voor de kwetsbare doelgroep
  - o wederzijdse doorverwijzing 'in huis'
  - o verbinding met andere sociale organisaties
- In beginfase: regelmatig afstemming met de huisartsen in de regio (aanwezigheid op LOK bijeenkomsten)
- Mediris multi voor de communicatie met de huisarts
- Aanbod afgestemd op de cliënt: telefonische consultatie, videoconsultatie, face-to-face consultatie.
- Kennis van het GGZ-netwerk en van de plaats van de ELP in het netwerk (noodzakelijk omwille van de solofunctie).

##### *Aandachtspunten:*

- Solofunctie: voldoende aandacht voor het werken als psycholoog
- Sociaal Huis = ook een drempel. Zie bepaalde groepen zetten stap niet naar Sociaal Huis
- Als het kortdurend traject afgerond is → wachtlijsten voor het vervoltraject
- Kwetsbare doelgroep: vaker no shows.

#### ➤ **Zelfstandig werkende psychologen**

##### *Meerwaarde*

- bepaalde praktijken zetten in op en hebben ervaring contextgericht werken (= werken met het netwerk rond de cliënt) + vlotte toegankelijkheid
- Anonimiteit
- Snellere opstart
- Specialisaties

##### *Aandachtspunten*

Locaties: is sommige gebieden is het aanbod beperkt

#### ➤ **Surplus<sup>2</sup> - TherapieGroepen en HerstelAcademie:**<sup>5</sup>

##### *Ervaring met ambulante groepsaanbod:*

- complementair groepsaanbod psychisch welzijn
- samenwerkingsverband (sector overschrijdend)
- inzet op persoonlijke groei en 'herstel'
- nadruk op eigen regie en autonomie
- kleine groepen (maximaal 12 dns)
- Co-creatie binnen HerstelAcademie: inzet op ervaringdeskundigen)
- toegankelijk aanbod: verscheidene locaties, regionaal verspreid

---

<sup>5</sup> Voor verdere uitwerking: zie SWOT-analyse Surplus<sup>2</sup>, 2021 (vorming eerste lijn + therapeutisch aanbod)

- aanspreekfunctie: capteren van vraag/signalen en deze opvolgen
- platformfunctie: bundeling van activiteiten en vorming binnen Kwadraat voor en door mensen met psychische kwetsbaarheid en zorgverleners

#### *Vaststellingen:*

- Aantal deelnemers fluctueert!: vaak afwezigheden omwille van medische redenen (opname), bedenken zich vaak, of haken af na een sessie wegens te intensief. (Hoge) inschrijvingsprijs
- Ervaring opgebouwd groepsaanbod, resp. –sessies, omtrent (1) transdiagnostische processen, zoals piekeren; zelfbeeld; angst,... (2) gespecialiseerde groepsessies, zoals Linehan; ART-training (agressie-regulatietraining);, ... (3) Herstelgerichte activiteiten, zoals psycho-educatie.
- Wat aanbod betreft: ‘twee soorten aanbod’ trekken meer inschrijvingen:
  - o Gekend therapeutisch aanbod: DGT (dialectische gedragstherapie)- ACT (groeien in veerkracht) reeds langer gekend onder hulpverleners - > vrij heldere therapievorm
  - o Cursussen waarbij focus ligt op (gebruik van) ‘tools’ en waarbij ‘verbale communicatie’ minder centraal staat, zoals wandelweek; lichaam aan het werk, WRAP,...
- Afstemmen met belendende organisaties, zoals Avansa (voormalige VormingPlus); CM
- Surplus<sup>2</sup> krijgt diverse vragen vanuit het werkveld en naastbetrokkenen: Hoe omgaan met mensen met psychische kwetsbaarheid? Versterken van deskundigheidsbevordering! Ook hier terug vraag naar afstemming met belendende organisaties, zoals Similes (zie naasten)

#### ➤ **Boeren op een Kruispunt**

boeren en tuinders in crisis helpen, via onder meer inzetten van ambulante psychologen die aan huis gaan. Terug de draad opnemen van project “zot van ‘t boeren?”

#### ➤ **“Geïntegreerd breed onthaal” (GBO)**

Wettelijk kader waarbij 3 verplichte partners : OCMW, Sociale dienst Mutualiteiten en CAW structureel samenwerken én afstemmen, op cliëntniveau . Principes : generalistisch, outreachend, pro-actief, krachtgericht, participatief en subsidiair

#### ➤ **Eerstelijnspsycholoog binnen “Eén gezin één plan”**

- Meerwaarde = contractueel verbonden met organisatie:
  - o Deel uitmaken van ruimer geheel – zie vorming vanuit de organisatie / afstemming met ‘collega’s”
  - o Medewerker zit mee “in bad van de organisatie”
- Nadeel: volgens systeem conventie werken op basis van prestatie → geen prestaties = geen inkomsten – ook rekening houden met ‘no show’ → financiële consequentie organisatie – ‘no show’

#### ➤ **VDIP (vroegdetectie)**

- *Meerwaarde:*  
aanbod zowel gericht aan de ‘voelsprietten’ in de maatschappij (onderwijs, politie, ...) om vroeger signalen van psychische kwetsbaarheid op te pikken en gericht te verwijzen naar dit aanbod. Als ook gericht naar de cliënt zelf (en context) die vaak nog geen vraag/motivatie heeft naar hulpverlening toe. Aanbod is aanklampend, outreachend, motivationeel, toeleidend naar. Voorbeeld van het bereiken van “de unmet need”, preventief werken, gericht op de eerste lijn, werken binnen de context van de cliënt.
- *Nadeel:*  
huidige prestatiefinanciering binnen conventie kan dergelijk aanbod onvoldoende financieren. Veel werk gebeurt rondom het 1-1 contact hulpverlener-cliënt, daarnaast is dit een moeilijk te bereiken doelgroep met veel no shows. Het aanbod naar de ‘voelsprietten’ en context van de cliënt is ook niet gedekt met huidige financiering.

➤ **Familiezorg West- Vlaanderen**

zie nota: *“Integratie eerstelijnspsychologische functie in een dienst voor gezinszorg”*

De inbedding van een eerstelijnspsychologische functie in een dienst voor gezinszorg biedt tal van voordelen voor zorgvragers en mantelzorgers, maar ook beleidsmatig biedt het unieke kansen. Het is immers zeer toegankelijk en drempelverlagend en bijgevolg ook uitermate preventief.

Thuiszorgverantwoordelijken, verzorgenden, kraamverzorgenden en vrijwilligers hebben een sterke vertrouwensband met de zorgvrager. Zij merken vaak als eerste op dat er noodzaak is aan bijkomende psychologische zorg. Het brugje naar de inzetbaarheid van een eerstelijnspsycholoog, indien nodig, is dan ook zoveel gemakkelijker én sneller gemaakt. En hoe sneller, hoe preventiever en hoe meer kostenbesparend.

➤ **Mobiele teams Kwadraat**

- Aan de slag waar hulpvraag initieel beperkt of afwezig is.
- Bereiken van kwetsbare doelgroep o.a. door middel van outreachend werken.
- Motiverend werken rond en toeleiden naar gepast ambulante netwerk

➤ **DrugsExpertiseTeam (DET)**

- Een multidisciplinair team: klinisch psycholoog- klinisch orthopedagoog- maatschappelijk werker- verslavingsarts-psychiater
- Het gaat om een onmiddellijk advies en consultfunctie voor zowel professionelen als gebruikers en hun context.
- Flexibele screening en indicatiestelling: waar nodig gaat men naar de vindplaats van de gebruiker.
- Er wordt aanklappend gewerkt om een antwoord te bieden op de ‘unmet need’ van de specifieke doelgroep (middenmisbruik).
- Het mobiele aanbod blijkt een meerwaarde voor inwoners van de Westhoek, die geconfronteerd worden met mobiliteitsarmoede.
- Er zijn veel meldingen door mond- aan-mond reclame (peers) en op eigen initiatief (niet via verwijzer). Er is geen verwijzing (aanmeldingsleeftijd stijgt vanwege de ‘illegaliteit’ en bijhorende schroom).
- Prestatiefinanciering: vanuit Vlaanderen is er een lagere prestatie/financieringsdruk toegestaan voor specifiek dit project.
- Huidige prestatiefinanciering binnen conventie kan dergelijk aanbod onvoldoende financieren. Veel werk gebeurt rondom het ‘1-1 contact hulpverlener-cliënt’, daarnaast is dit een moeilijk te bereiken doelgroep met veel no shows (1 op 3 gebruikers).
- Er is een samenwerking met ‘Kompass aan Huis’ om het moment van ‘critical time’ te benutten. (Kompass aan Huis: crisismodule voor minderjarigen: indicatiestelling en doorverwijzing: er wordt systematisch overlegd betreffende minderjarigen.)
- Er kan een samenwerking zijn met andere netwerkpartners ter ondersteuning van meerderjarigen.
- Er is een samenwerking met WINGG: 1/2 FTE detachering van WINGG ten voordele van DET (Jongvolwassenen worden hierdoor meer bereikt)

**ANDERE GOEDE PRAKTIJKEN → VERDER TE VERKENNEN**

➤ **Dedicated team**

Het gaat hierbij om een team waarbij knowhow en mogelijkheden vanuit verschillende sectoren worden gebundeld. De expertise wordt samengebracht in een team die de eigen organisatie overstijgt. Het gaat hierbij om een team waarin het toegewijde (‘dedicated’) en samen verantwoordelijkheid opnemen sterk op de voorgrond staan.



Zie 'housing first', binnen dak- en thuisloosheid Midwest en "het R-ACT-project, Stad Roeselare"

➤ "Inloophuizen" en aanklampende zorg

i.f.v. het bereiken van mensen met middelenaafhankelijkheid. Taboe in het bespreken van illegale middelen. Zie Kompas die "gespecialiseerde zorg" binnenbrengt in de eerste lijn.

Inloophuizen:

- in Roeselare: Kom-Af (Inloophuis) – De Plekke
- in Ieper (in opstartfase – 2021)

➤ Project Straathoekverpleegkunde CAD Hasselt<sup>6</sup>

Deze goede praktijk legt de focus op veranderingsresistente probleemdrinkers. Hierbij werd vertrokken vanuit een brede visie op herstel (≠ abstinentie), waarbij in samenwerking welzijns- en gezondheidsvoorzieningen schadebeperkend gewerkt werd. Eén van de conclusies was dat de doelgroep moest verbreed worden: de meest kwetsbare en zorgmissende (dak- of thuisloze) middelengebruiker en/of psychiatrische patiënt met een zorgnood aan verpleegkundige zorg of hygiëne. Er wordt expliciet gekozen voor de term 'zorgmissende' in plaats van de term 'zorgmijdende' omdat men van mening is dat de term 'zorgmijder' de zorg reduceert tot zijn institutionele vorm waarbij de 'nood aan zorg' het perspectief van de professionals belicht en niet dat van de doelgroep zelf. Ervaring leert echter dat het vermijden van zorg vaak een interactie is tussen kenmerken van het individu (bv: complexiteit van de zorgnoden) én kenmerken van het vaak versnipperde zorgsysteem (bv: ontoegankelijke of ontoereikende zorg) (Klop et al., 2018; Parys, 2017; Schout, de Jong, Zeelen, 2010). In de omschrijving van de doelgroep wordt er eveneens verwezen naar de psychiatrische patiënt. Uit het project blijkt namelijk dat de straathoekverpleegkundige meermaals werd opgeroepen omwille van zijn expertise als psychiatrisch verpleegkundige, en hoewel de functie aanvankelijk complementair moest zijn aan het huidige outreachende en aanbodgerichte zorgaanbod, vormde de straathoekverpleegkundige een belangrijke brug naar meer GGZ op straat en in de eerstelijnsdiensten (door CAW, OCMW, Housing First, Winternachtopvang, .....).

Het bereik van deze doelgroep, de opzet van het project en bijgevolg de conclusies en aanbevelingen (onder andere omtrent het realiseren van 'geïntegreerde zorg' en de 'brug en signaalfunctie') worden in de procesevaluatie aangekaart en kunnen inspireren om innovatief aan de slag te gaan zowel op vlak van 'toeleiding', 'outreachend aanbod' en de 'concretisering van samenwerkingsverbanden'.

➤ Ouderen in nood

➤ Seniorediensten die proactief mensen bezoeken

➤ Project Stad Roeselare – vindplaatsgericht werken: focus op minder goed te bereiken.

➤ Buurtgericht werken

In het verleden analoge projectoproepen vanuit de Koning B.S , recent ook vanuit minister Beke: doel formele en informele actoren (zorg, welzijn, vrije tijd, wonen, jong en oud, .. ) werken samen aan een warme zorgzame buurt.

*Op te volgen: goedkeuring aangevraagde projecten binnen werkingsgebied*

---

<sup>6</sup> Procesevaluatie innoverend project straathoekverpleegkundige (pdf)

### 2.1.2 Opportuniteiten<sup>7</sup>

#### ➤ Consultatiepunt Ouderen multidisciplinair (Com):

laagdrempelig consultatiepunt voor ouderen met psychische problemen. Eerste inschatting en diagnostiek. in thuisomgeving (outreachend werken).

#### ➤ Centra geestelijke gezondheidszorg

- met link naar / afstemming functie gespecialiseerde zorg eerste lijn
  - belangrijke partner om hiaten in het aanbod mee in kaart te brengen en nieuw aanbod te ontwikkelen
  - schakel in verwijzen naar ELP en gespecialiseerd aanbod (conventie, CGG, ander)
  - groepsaanbod (in CGG, in Surplus<sup>2</sup>)
  - werkgever ELP's binnen 1G1P + medewerker CGG biedt intervisie en vorming aan ELP's 1G1P en ELP's WINGG
- CGG = focus op complexe stoornissen
- (tijdelijke) projectmiddelen binnen CGG (provinciaal niveau): eetstoornissen  
Vanaf december 2021 per provincie '0,75 % CGG-anker' (projectmiddelen 2 jaar): kan ondersteuning bieden in de uitbouw van gepast zorgaanbod en zorginnovatie bij eetstoornissen, die zorgt voor verbinding met en binnen het tweedelijns ggz aanbod. Met ondersteuning vanuit het Kenniscentrum Eetexpert  
Binnen West-Vlaanderen is dit 'CGG-anker' gesitueerd binnen CGG Noord-West-Vlaanderen. Mogelijkheden binnen de Overeenkomst: bijkomend aanbod realiseren in de eerste lijn. Kenniscentrum Eetexpert stelt dat ambulante aanbod heel zinvol is voor deze problematiek.

#### ➤ Psychiatrische thuiszorg (PZT), met functies gelinkt aan ELP

PZT RIT (Roeselare-Izegem-Tielt) en PZT regio Ieper: ambitie om een korte lijn te voorzien tussen de ELP'ers en PZT. Aanbod van PZT integreren in opdrachten die ELP'ers opnemen: trajecten vraagverheldering en toeleiding naar gepaste zorg bij mensen waar dit zinvol/noodzakelijk is. Ook advies en deskundigheidsbevordering op vlak van sociale kaart is relevant voor ELP'ers.

#### ➤ TEJO

Therapeutische begeleiding voor jongeren tussen 10 en 20 jaar: laagdrempelig, kortdurend, anoniem en gratis. Binnen ons netwerk: TEJO-huis in Ieper en Roeselare.  
(zie link met transitieleeftijd en vindplaatsen)

#### ➤ Ziekenhuizen

##### *Algemene Ziekenhuizen:*

Mensen met een chronisch somatische aandoening hebben 33 % kans om een comorbide psychische problematiek te hebben.

Het screenen van deze groep patiënten kan bij de huisarts of op de specialistische raadpleging.

Het is belangrijk deze screening te laten volgen door een evaluatie (door bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog) of er wel degelijk een geestelijk gezondheidsprobleem aanwezig is. Dit kan, volgens de 'zorgpaden stepped of matched', aangepakt worden. Het systematisch opvolgen van screeningsresultaten, om te zien of behandeling gunstig evolueert, is hierbij belangrijk. De patiënt wordt best opgevolgd waar hij of zij 'vanuit de screener opgepikt wordt'.

Het screenen van risicogroepen is een vorm van 'proactieve' zorg. En dit in tegenstelling tot de meer reactieve zorg nu, m.n. wachten op duidelijke problemen vooraleer in te grijpen.

---

<sup>7</sup> Het gaat hierbij om initiatieven / organisaties waarbij afstemming aangewezen is.

#### *Psychiatrische Ziekenhuizen:*

- Het nemen van contact in kader van opstellen multidisciplinair bilan met psychiaters
- Vlotte verwijzing

#### ➤ Ambulante psychiaters

Het nemen van contact in kader van opstellen multidisciplinair bilan

#### ➤ Niet geconventioneerde psychologen

#### ➤ WINGG

Transitieleeftijd: afstemmen en opnemen op provinciaal niveau

#### ➤ Huisartsen – huisartsenkringen:

informereren en afstemmen, onder meer in functie van “functioneel bilan”

#### ➤ Drughulp:

Met link en afstemming gespecialiseerde zorg binnen eerste lijn met focus op middelengebruik

### 2.1.3 Gebruik van vindplaatsen

Tijdens overleg met projectgroep werden volgende “vindplaatsen” benoemd: dienstencentra; sociale Huizen met hierbij Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO); Inloophuizen; Huisartsenwachtposten; Groepspraktijken huisartsen; Psychologenpraktijken; Algemene ziekenhuizen met hierbij specifieke afdelingen zoals gynaecologie,...; Sociale Huisvestingsmaatschappijen; Verenigingen waar armen het woord voeren; Bibliotheken; Voedselbanken; Mantelzorgverenigingen (in het bijzonder plaatsen waar activiteiten georganiseerd worden); CLB's (af te stemmen met WINGG); opvangcentra van Fedasil; TEJO-huizen (Ieper en Roeselare); Hogescholen

*Tip – op te volgen:*

*Op basis van vindplaatsen oefening maken:*

*vindplaatsen – profiel / type doelgroep – invulling op niveau ELZ*

### 2.1.4 Kritische succesfactoren<sup>8</sup>

#### - **“Voelsprietten”<sup>9</sup>**

- “referentiepersoon psychologische zorg” → Opdracht: sensitief zijn voor opsporen onderliggende psychische kwetsbaarheid, dit bespreekbaar maken en zicht op waar mensen terecht kunnen
- ! Focus op: groepen van mensen met “voelsprietten” ->welke groepen: (groepen) zorgverleners, mantelzorgers,....
- In eerste instantie vanuit eerstelijns / nulde lijn = vragen capteren
- Betrekken van nieuwe zorgactoren, concreet:
  - Zorgverleners in thuiscontext → sensibiliseren / responsabiliseren
  - Vrijwilligers die bij mensen thuis gaan
  - Thuisoppas?
  - Betrekken van apothekers

---

<sup>8</sup> Mogelijkheden of condities die nodig zijn om het initiatief succesvol te laten zijn.

<sup>9</sup> Een mooi voorbeeld van voelsprietten: zie het inzetten van kappers voor het bespreekbaar maken van partnergeweld [https://radio1.be/kappers-krijgen-sleutelrol-nieuwe-campagne-rond-partnergeweld?utm\\_medium=Social&utm\\_source=Facebook#Echobox=1639720647](https://radio1.be/kappers-krijgen-sleutelrol-nieuwe-campagne-rond-partnergeweld?utm_medium=Social&utm_source=Facebook#Echobox=1639720647)

Opmerking:

Nodig om conventie te kunnen realiseren / uitvoeren. Voelsprietten = ruimer dan 'ELP uitwerking'. Vooral op niveau van ELZ. Zie opdracht "lokale coördinator"

- **Bottom-up denken en handelen**
  - o van onderuit: waar is de mens in nood / kanarie in de koolmijn / iedereen moet bereid zijn om over zijn eigen muurtje te kijken
  - o "Die 80% van de mensen" = moet in beeld komen. Zo dicht mogelijk bereiken waar ze wonen / leven / werken...
  - o voelsprietten! (opmerken- signaleren, desnoods doorverwijzen)
- **Deskundigheidsbevordering van nulde en eerste lijn**
  - o Focus op het aanleren van de juiste skills om te signaleren. Dit in combinatie met duidelijk overzicht van beschikbare mogelijkheden.
  - o Op gang brengen via "train de trainer"
  - o zie Surplus<sup>2</sup>

### 2.1.5 Linken: relevante en belendende actoren

- Vereniging therapeuten
- Preventiediensten
- Goede lijn behouden en afstemmen met provinciaal niveau (zie provinciaal overleg ELP)

## 2.2. Behoeftenanalyse<sup>10</sup>

### 2.2.1 Cijfermateriaal

- **Prevalentie**

#### 1. Ontstaansleeftijd

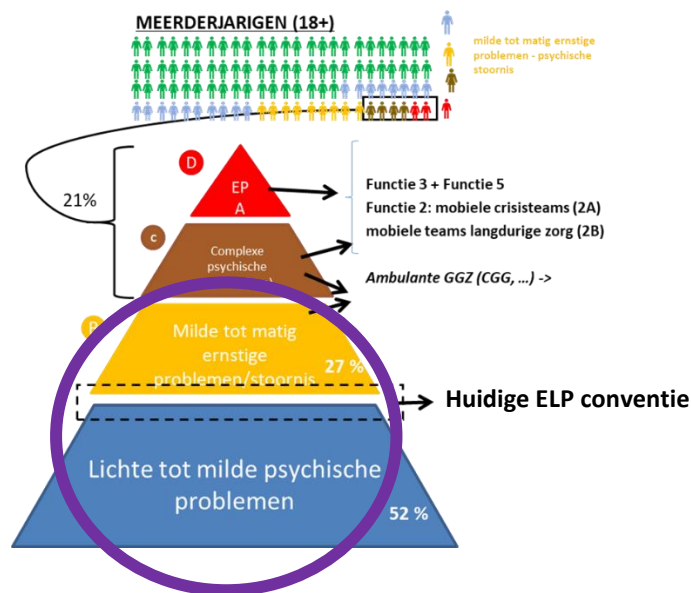
Stoornissen	0-17 jarigen	18-64 jarigen	64+ jarigen
Prevalentie angststoornis	6%	7%	8%
Prevalentie depressie	2%	6%	5%
Prevalentie alcoholstoornis	2%	3%	0.6%
Prevalentie externaliserende stoornis	13%	5%	--
Prevalentie gedragsstoornis	8%		--
Prevalentie EPA	1%	1.7%	1.7%
<b>Totaal pathologie</b>	<b>19%</b>	<b>15%</b>	<b>15%</b>
Prevalentie suicide-ideatie	--	3%	2%

Aanbod aangepast aan de epidemiologie van de hele bevolking rekening houdend met de ontstaansleeftijd

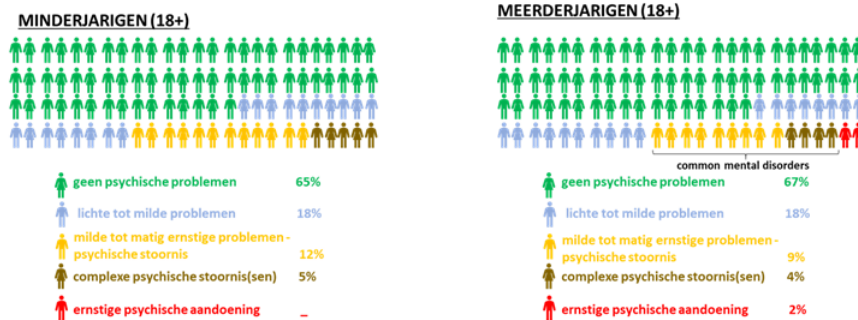
pc		25	50	75
any mood disorder		26	38	49
any anxiety disorder		7	14	34
any alcohol disorder		20	23	31
any ext		6	7	12
	gemiddelde	14,8	20,5	31,5
	median	13,5	16,5	22
	mean/median range	14	19	27

27

<sup>10</sup> Welke zorgnoden zijn er? Welke eisen stelt de doelgroep? Welke belangen spelen er mee bij de aanbieders?



## Jaarprevalentie psychische problematiek - België



- 1 op 3 heeft op jaarbasis psychische problemen (cfr gezondheidsenquête 2018)
- verschillende gradaties in zorgzwaarte
  - ⇒ milde problemen kunnen zich ontwikkelen tot een stoornis (belang van vroegtijdige interventie)
  - ⇒ niet elk probleem is een stoornis, niet elke stoornis is even complex: 1 psychische stoornis (bv depression) – co-morbiditeit (bv depression & alcohol-afhankelijkheid)
  - ⇒ ernstige psychische aandoeningen hebben lage prevalentie maar zeer hoge zorgzwaarte

### - Het hoge aantal zorgnoden dat onbeantwoord blijft!

Zie hierbij de terminologie van prof. Ronny Bruffaerts:<sup>11</sup>

- “need”: de persoon heeft een stoornis en wordt ook behandeld voor die stoornis
- “unmet need”: de persoon heeft een stoornis maar wordt niet behandeld voor die stoornis
- “overmet need”: de patiënt heeft geen stoornis maar wordt toch behandeld

We spreken dus van unmet need of een ‘onbeantwoorde nood’ als een persoon met een psychische stoornis binnen het jaar geen toegang heeft tot de professionele gezondheidszorg. In Vlaanderen heeft bijna 70% van de jongeren met een psychische stoornis een unmet need; volwassenen en ouderen hebben een unmet need van ongeveer 57%.

Tijdens de projectgroep werd hierbij verwezen naar de kloof tussen behandeling en de klacht:

- depressieve klachten: meer dan 50%
- mensen met alcoholprobleem = 80 % van deze mensen worden niet behandeld

<sup>11</sup> Zie onder meer publicatie Zorgnet-Icuro: *De mythes voorbij. Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg*

- **De risicostratificatie van de populatie:**

Er werd een *precariteitstool*<sup>12</sup> ontwikkeld door prof. Bruffaerts met gegevens over risicofactoren die de kwetsbaarheid van de bevolking op het lokale niveau van de gemeente meten. Met kwetsbare doelgroep bedoelen we in deze context een groep die een relatief groter risico loopt om milde tot matig-ernstige psychische problematiek te ervaren.

Deze index kan fungeren als een verdeelsleutel die de *noden aan psychologische hulp* per regio weergeeft, en een indicatie geeft over kwetsbare doelgroepen die extra aandacht verdienen.

In bijlage 3: toepassing precariteitstool binnen Kwadraat

*Let wel: nog niet volledig! Lo-Reninge ontbreekt in het overzicht*

- **Cijfers uit mutualiteiten**

- **Lokale gezondheidsenquête** met concrete resultaten: Wingene en Diksmuide (zie Logo Midden-West-Vlaanderen)

### 2.2.2 Waarop leggen we focus?

- **Hoge Gezondheidsraad:**

Zie omschrijving in conventie:

*De Hoge Gezondheidsraad (HGR) raadt aan om een laagdrempelig hulp- en zorgaanbod te organiseren voor de meest kwetsbare doelgroepen, waaronder kinderen en ouders in kwetsbare gezinnen, jongvolwassenen, mensen met multimorbiditeit, mensen met reeds bestaande geestelijke gezondheidsproblemen inclusief personen met een mentale handicap, medewerkers in gezondheidszorg en welzijn (= covid) sociaal uitgesloten groepen, zelfstandigen en loontrekkenden met risico tot arbeidsongeschiktheid, mensen met langdurige klachten na een COVID-19 infectie, mensen die een dierbare hebben verloren, financieel kwetsbare groepen.”*

- **Kwetsbare doelgroepen**

Doorheen overleg van “projectgroep Eerstelijnspsychologische functie” worden volgende kwetsbare doelgroepen benoemd:

- mensen met een chronische-somatische problematiek (comorbiditeit)
- jongvolwassenen, met prevalentie gelinkt aan ontstaansleeftijd: depressie; angststoornissen; eetstoornissen en middelenmisbruik.
- Het gaat hierbij om zogenaamde “transitieleeftijd” (vanaf 15 t.e.m. 23 jaar), waarbij afstemming met WINGG netwerk GG kinderen en jongeren noodzakelijk is (zie boven: “opportuniteiten”)
- ouderen, in het bijzonder alleenstaande ouderen
- mensen met verstandelijke beperking en bijkomende geestelijke gezondheidsproblemen (zogenaamde dubbel diagnose)
- zwangere vrouwen met hoge prevalentie inzake depressieve klachten en angststoornissen
- mantelzorgers
- mensen in armoede
- zorgverleners (in kader van COVID-19 pandemie)

---

<sup>12</sup> “Precariteit” kan worden gedefinieerd als een maatschappelijke situatie van een individu met betrekking tot algemene ‘onzekerheid’ inzake financiële middelen, voorspelbaarheid, baan zekerheid en materieel en psychologisch welzijn, en omvat het dus een bredere set contexten: werkgerelateerde context, financiële context, psychosociale context en een demografische context.

- zelfstandigen, met in het bijzonder land- en tuinbouwers voornamelijk binnen regio ELZ Westhoek, met hierbij afstemming aanbod Boeren op Kruispunt (zie boven “goede praktijken”)

Bij het in kaart brengen van noden per ELZ vragen we bijzondere aandacht voor “mensen met een migratie-achtergrond”. Deze kwetsbare groep valt duidelijk onder “unmet need” zoals boven omschreven. Hierbij wordt ook verwezen naar opvangcentra van Fedasil als vindplaats.

Deze groep komt weinig in beeld, onder meer omdat het aanbod beperkt is en voor reguliere zorgpartners moeilijk werken is met deze populatie. Het werken met tolken is niet evident. Tevens rekening houden met voorwaarde Overeenkomst: aansluiting van de cliënt bij een ziekenfonds.

#### - Signalen

- Vanuit de Eerstelijnszones: *! dit is zeker niet volledig – maakt deel uit van verdere bespreking en afstemming per ELZ (zie verder scope/reikwijdte van project)*
  - ELZ Westhoek
    - doelgroep: land- en tuinbouwers
  - ELZ Midden WVL
    - doelgroep met taal- en cultuurbarrière, zeker jongeren, maar ook volwassenen. Zeer moeilijk te bereiken, ondanks hoog ingeschatte nood
  - ELZ RITS
    - geen aanbod in drughulpverlening (geen antenepunt Kompas – zie geen TEJO)
- Vanuit “stuurgroep Kwadraat behandelen en revalideren”  
patiënten met harddruggebruik; gok- en gameverslaving; patiënten met Korsakov syndroom; comorbiditeit psychische kwetsbaarheid en ASS (autisme spectrum stoornis)
- Vanuit Tele-onthaal<sup>13</sup>  
vangt veel op, kan niet steeds doorverwijzen.
- Vanuit DET  
Nood aan oudergroepen

#### - Wensen / vragen vanuit actoren

- Vanuit “themagroep Kwadraat zorgpad alcohol”
  - [www.zorgpadalcohol-wvl.be](http://www.zorgpadalcohol-wvl.be) = leidraad
  - Alertheid naar “alcoholgebruik” → Iedereen neemt een audit af, iedereen gebruikt hetzelfde instrument.
  - Meer focus op groepsessies, naast individuele: I.f.v. aanbod (groepsessies): Multi family therapy! Ambulant Behandelaanbod (zie ABA-regio Ieper)! Praatcafé, regio Roeselare
  - Belangrijk om de omgeving/familie erin mee te nemen → zie alertheid in vroegdetectie
- Vanuit Surplus<sup>2</sup>  
Ervaring met “groepsessies”, zie therapeutisch aanbod en eventueel ook aanbod binnen HerstelAcademie

<sup>13</sup> Vraag gesteld aan Leen Devlieghere, directeur Tele-Onthaal West-Vlaanderen

- Vanuit Kompas:  
binnen kader van multidisciplinaire netwerk van gespecialiseerde diensten opnemen van diagnostiek/indicatiestelling/ deskundigheidsbevordering in kader van middelengebruik.
- Vanuit Kenniscentrum Eetexpert<sup>14</sup>  
Kenniscentrum Eetexpert gaat aan dat 1/5 van de jongeren op dit ogenblik hulp nodig hebben voor eetproblemen en eetstoornissen . 2/3 van deze groep vraagt (nog) niet om hulp of stelt hulp uit.  
Vraag vanuit Kenniscentrum om voldoende zorgaanbod voor eetproblemen en eetstoornissen te voorzien. (1) Er zijn eerstelijnspsychologen nodig die vindplaatsgericht kunnen ingezet worden voor het herkennen en vroegtijdig begeleiden bij haperend eetgedrag en milde eetproblemen. (2) Er zijn gespecialiseerde psychologen nodig voor ambulante aanpak van eetstoornissen.  
Het gaat hier duidelijk om een 'unmet need' en kan dus zeker zijn plaats vinden in de conventie.<sup>15</sup>
- **Interesse vanuit organisaties om 'psychologen / orthopedagogen in dienstverband' op te nemen**<sup>16</sup>
  - Wit-Gele Kruis:  
interesse - maar niet op korte termijn
  - Familiezorg West-Vlaanderen: concreet voorstel / vraag  
Vraag om de inbedding van de psychologische functie in diensten voor gezinszorg op te nemen in het plan dat de netwerken geestelijke gezondheidszorg zullen opmaken vanuit hun coördinerende en trekkende rol.
    - Zorgfunctie 1 (ELP): vraag om in te tekenen voor 3 FTE per GGZ-netwerk
    - Zorgfunctie 2 (gespecialiseerd): vraag om in te tekenen voor 3 FTE dementie-expert (← gespecial. Thuisbegeleiding dementie Foton) + 1 FTE expert kraamzorgperiode (← expertisecentrum kraamzorg De Wieg)
  - Centra geestelijke gezondheidszorg
    - verkennende gesprekken op provinciaal niveau -
    - Mandel en Leie: interesse - berekening gemaakt = minimum 70 % prestaties (zonder maand ziekte)
    - Largo: ? haalbaarheid financieel + effectieve invulling vacature – ! schaarste psychologen / orthopedagogen op West-Vl. arbeidsmarkt
  - CAW
    - vragende partij om ELP in huis te hebben mag vanuit zelfstandige basis, maar mag ook vanuit de payroll van CAW
    - bereidheid ELP'ers aan te werven (en te experimenteren met financieel risico) - ! inhoudelijke aansturing en intervisie vanuit projectmedewerker ELP
  - Andere actoren:
    - Kompas: interesse voor gespecialiseerde zorg in tweede fase

<sup>14</sup> Zie communicatie per e-mail aan GGZ-netwerken, 11/01/22 , in opvolging van overleg KC Eetexpert met CGG binnen West-Vlaanderen

<sup>15</sup> Netwerkc comité, 21/01/22, verwijst naar Hogescholen als vindplaatsen – zie link met transitieleeftijd

<sup>16</sup> Overzicht opgemaakt in projectgroep 21 december: antwoorden genoteerd vanuit organisaties die interesse hebben verwoord – niet op basis van ruime bevraging bij organisaties



- AZ Delta (door coronadrukke nog niet kunnen opnemen)
- Huisartsenpraktijken (kunnen ook project indienen)
- Sociaal huizen – zie gesprekken sociaal huizen in kader van inzetten ELP'er.
- Kliniek Sint-Jozef Pittem

## 2.3 Risicoanalyse<sup>17</sup>

### 2.3.1 Te weinig klinisch psychologen en orthopedagogen psychologen

- We hebben regio's waar minder zelfstandige psychologen actief zijn -> is de poele groot genoeg om bijkomend aanbod uit te werken?
- Ter info: aantal klinisch psychologen = 418. Op basis van ondernemingsnummer via kruispuntbank (gegevens maart 2021).

### 2.3.2 Onvoldoende dynamisch

- Te weinig flexibel op veranderende noden inspelen
- “Keurslijf van de conventie”: basis = prestaties

### 2.3.3 Aanbodgericht werken (valkuil)

### 2.3.4. Onvoldoende rekening houden met bestaand aanbod (aansluitend/niet dubbel op)

## 2.4. Resultaat

### 2.4.1 Kader

*Zie initiatiefase*

### 2.4.2 Scope/reikwijdte van het project

Het aanbieden van de eerstelijnspsychologische functie en de gespecialiseerde psychologische functie, zoals omschreven in de Overeenkomst, wordt uitgevoerd door geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen. Het groepsaanbod wordt gerealiseerd in samenwerking met een geconventioneerde klinisch psycholoog of orthopedagoog, arts, ervaringsdeskundige of een zorg- of hulpverlener (gevaloriseerd).

Dit zorgaanbod wordt opgezet binnen het netwerk Kwadraat, waarvan het werkingsgebied samenvalt met de geografische afbakening van de drie eerstelijnszones: ELZ Westhoek; ELZ Midden WVI en ELZ RITS.

**Dit zorgaanbod moet breed toegankelijk zijn voor alle burgers vanaf 15 jaar met specifieke aandacht voor de transitieleeftijd,** afstemming met WINGG (West-Vlaams integrerend netwerk geestelijke gezondheid netwerk kinderen en jongeren) is essentieel.

---

<sup>17</sup> Welke risico's zijn er? Wat zijn de belangrijkste risico's die we in kaart moeten brengen? Welke te voorziene maatregelen kunnen er getroffen worden

Het gaat om personen met lichte tot milde psychische problemen, waarbij ook mensen (patiënten) met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek voor vervolgzorg kunnen worden aangemeld (geïntegreerd circulair zorgmodel).

We baseren ons op het Protocolakkoord en het advies van de Hoge Gezondheidsraad om prioritaire aandacht te schenken in het organiseren van een **laagdrempelig zorg- en hulpaanbod voor de meest kwetsbare doelgroepen**. De projectgroep heeft doorheen de bespreking kwetsbare doelgroepen benoemd, die vermeld staan in punt 2.2.2. “waarop leggen we focus”.

Het netwerk heeft een globaal budget van financiële middelen, omschreven in artikel 13 van de Overeenkomst. Uiteraard zou het netwerk graag kunnen beschikken over voldoende budget om alle burgers vanaf 15 jaar te kunnen bedienen. Het betreft echter een gesloten financiering (lees: beperkt budget) en dit betekent enerzijds zorgzaam omgaan met de middelen gespreid over de periode van de Overeenkomst, en anderzijds het monitoren en bijsturen van de inzet aan middelen waar nodig.

Het netwerk dient de gelimiteerde middelen in te zetten op basis van objectief meetbare gegevens, die zicht geven op mogelijke verschillen in de populatie tot op het lokale niveau.

Dit gebeurt aan de hand van de ‘precariteitstool’ waarbij werkgerelateerde, financiële, (psycho)sociale en demografische contextgegevens een standaarddeviatie weergeven per gemeente of stad. Deze data verfijnen we op basis van dialoog met de betreffende eerstelijnszones en de lokale welzijns- en zorgactoren.

Bij het inzetten op een laagdrempelig zorg- en hulpaanbod, houden we rekening met richtinggevende principes van de public mental health visie: richten op de hele bevolking met (1) focus op selectieve preventie en vroegdetectie / interventie zodat escalatie van problematiek kan vermeden worden (zie boven behoeftenanalyse). (2) Inzetten op het verlagen van drempels voor mensen die de reguliere (lees: ook de traditionele) weg naar zorg niet vinden of hiervan geen gebruik maken. Outreaching werkt hierbij drempelverlagend en niet-stigmatiserend. Outreaching kan er tevens voor zorgen dat mensen die zorg (ver)mijden, bereikt worden. (3) Het aanbod van klinisch psychologen/orthopedagogen is complementair, versterkend en afgestemd op het bestaande aanbod (zie boven: goede praktijken en opportuniteiten).

## 3. ONTWERPFASE

### 3.1 Fasering- Timing

Fase 1: inschakelen van huidige klinisch psychologen / orthopedagogen in zorgfunctie eerstelijnspsychologische functie (zorgfunctie 1), met focus op individuele sessies

Tegen 15 december 2021

Fase 2: werving nieuwe klinisch psychologen / orthopedagogen in zorgfunctie eerstelijnspsychologische functie (zorgfunctie 1)

Tegen eind januari 2022

Fase 3: werving en opstart zorgfunctie “gespecialiseerde zorg” (zorgfunctie 2) en andere opdrachten  
Uitwerking voorjaar 2022

## 3.2 Ontwerpplan

### 3.2.1. Op niveau van individuele zorgverstreker: klinisch psycholoog / orthopedagoog

- Concrete opdrachten: art. 9, pagina 13 Overeenkomst
- Concrete verwachtingen zijn geformuleerd in de Samenwerkingsovereenkomst af te sluiten met klinisch psycholoog / orthopedagoog.
- Artikel 21, pag. 20: “Aanvullende netwerkmodaliteiten”:  
U biedt zorg aan vanuit het leidend principe ‘de netwerkgedachte’, dit in functie van zorgcoördinatie en -continuïteit. Dialoog, interdisciplinaire samenwerking en buurtgerichte (samen)werking staan hierbij centraal.  
U benadert de cliënt vanuit een herstelgerichte visie. Binnen Kwadraat begrijpen we dit als volgt: u plaatst de persoon centraal, niet de diagnose. Zonder de klachten uit het oog te verliezen exploreert u met de cliënt talenten en krachten waarop (opnieuw) beroep kan gedaan worden. Hoop en groeipotentie staan hierbij centraal. U betreft de cliënt persoonlijk en actief bij het plannen en uitvoeren van de zorg.

#### Kennis

U heeft, bij voorkeur, minimaal drie jaar professionele ervaring als klinisch psycholoog of orthopedagoog, aangetoond via de portfolio. Uitzondering kan gemaakt worden indien u bezig bent met een leertraject onder leiding van een supervisor.

#### Persoonsgebonden competenties

- o U bent bereid om zich flexibel aan te passen, dit in functie van noden.
- o U bent een netwerker, kan relaties ontwikkelen en bestendigen, aangaan van samenwerking binnen en buiten de eigen werkomgeving, zowel informeel als formeel. Met de intentie deze te benutten voor het verkrijgen van informatie, steun en medewerking.
- o U gaat uit van gelijkwaardigheid en neemt groepsaanbod op, in co-creatie met een klinisch psycholoog/orthopedagoog; zorgverlener en/of ervaringsdeskundige.

#### Intervisie en vorming<sup>18</sup>

- o Er is bereidheid om deel te nemen aan intervisie op casusniveau. Indien u reeds een intervisiegroep volgt, wordt dit besproken op basis van de portfolio.
- o U neemt deel aan de aangeboden vorming aangaande vermaatschappelijking geestelijke gezondheidszorg en het (zorg)aanbod. Het huidig zorglandschap en zorgpaden worden bijgevolg verwacht gekend en aangewend te worden in de zorgtrajecten. Indien u reeds vorming volgt (heeft gevolgd), wordt dit besproken op basis van de portfolio.

#### Engagement groepsaanbod:

In het geval dat u zich expliciet engageert om groepsessies aan te bieden: er wordt verwacht dat u kennis heeft van groepsdynamica en/of bereid bent om zich hierin verder te vormen om het groepsaanbod op een interactieve en kwaliteitsvolle wijze te kunnen aanbieden.

- Opvolging van de klinisch psycholoog/orthopedagoog  
(nog uit te werken)

---

<sup>18</sup> Rekening houden met aandachtspunt geformuleerd door FOD op Netwerkcomité 21/01/2022: Intervisie (ook op casusniveau) wordt best gevolgd in het netwerk. Het is een netwerkopdracht om zowel casus- als procesintervisie aan te bieden.

3.2.2. Op niveau van individuele zorggebruiker  
*(nog uit te werken)*

3.2.3. Op niveau van netwerk  
*(nog uit te werken)*

3.2.4. Op niveau van provincie  
Zie “kaderovereenkomst”, goedgekeurd door Netwerkcomité Kwadraat, 16/12/2021.

3.3 Processchema  
*(nog uit te werken)*

**BIJLAGEN:****Bijlage 1:**

<b>Samenstelling projectgroep Eerstelijnspsychologische functie - Kwadraat</b>			
<b>Sector /groep</b>	<b>naam</b>	<b>aantal</b>	<b>max</b>
Stgr vroegdetectie, laagdrempelige toegang, toeleiding	Pieter Vierstraete	1	1
	Hannelore Sanders	1	1
	dr. Piet Snoeck	1	1
	Stefanie Compennolle	1	1
ELZ RITS	Charlotte Dewitte	1	1
ELZ Midden WVI	Jo Craeymeersch	1	1
ELZ Westhoek	Heleen Debaene	1	1
Empact chronic care	Annelies Morent	1	1
Huisartsenkring Westhoek	dr. Pol Sansen	1	1
Huisartsenvereniging TRIHAK vzw	Sarah Defreyne	1	1
Psychologenkring PsyWest	Leen Ballieu	1	1
Psychologenkring Roeselare-Tielt	Regine Claeys	1	1
Stgr deskundigheidsbevordering en kennisdeling (Surplus <sup>2</sup> )	Thomas Dhondt	1	1
Coördinator ELP / Surplus <sup>2</sup>	Hanna De Baecke	1	1
Stuurgroep langdurige behandeling en begeleiding	dr. Hanne Vermeersch	1	1
Netwerkcoördinator	Koen Demuynck	1	1
<b><i>totaal</i></b>		<b>16</b>	<b>16</b>
<b>Aanvullend - op te volgen</b>			
<i>Stgr behandelen en revalideren</i>	<i>Hilde Vens, voorzitter, informeren - ad hoc ifv agendapunten</i>		
<i>Vertegenwoordiger WINGG (kinderen / jongeren)</i>	<i>via huidige leden met link WINGG</i>		
<i>Vertegenwoordiging patiënten - familie</i>	<i>opvragen feedback bij werknota's</i>		

## **Bijlage 2: Bronnen en rapportage**

- **“geestelijke gezondheid in de eerste lijn – internationale voorbeelden”**. Brochure Koning Boudewijn Stichting



<https://www.kbs-frb.be/nl/Activiteiten/Publications/2021/20210714PP>

- **“Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport”**. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Uitgevoerd door: Dr. Evelien Coppens, Dr. Inge Neyens en Prof. dr. Chantal Van Audenhove  
*Aanbevelingen:*

1. Kortdurende psychologische interventies in de eerste lijn zijn een belangrijke schakel in getrapte zorg en dienen verder ontwikkeld, onderbouwd en geïmplementeerd te worden.
2. De ELP dient (zoals de huisarts) een generalist te zijn die een eerste aanzet tot antwoord biedt op psychologische vragen en problemen in de eerste lijn voor alle doelgroepen.
3. Het competentieprofiel en taken van de ELP (zie ook aanbeveling 10)
4. De taken in groepsessies, psycho-educatie en crisisinterventie zijn relatief nieuw en roepen momenteel nog vragen op. Wel zien we koplopers en opleiders die hier als goede rolmodellen fungeren. Deze beloftevolle eerstelijnsbenaderingen vragen nog wat tijd om voet aan de grond te krijgen en hun vaste plaats en definiëring te vinden. Dit proces dient verder opgevolgd, onderbouwd en ondersteund te worden.
5. De implementatie van de ELPF vereist aanpassingen in de opleiding en nascholing van psychologen.
6. Voor de programmatie van het aantal ELP moet rekening worden gehouden met het reeds bestaande aanbod in de eerste lijn.
7. Bij de uitbouw van de ELPF is het noodzakelijk om ook aandacht te besteden aan registratie en monitoring.
8. De ELPF vereist een eenvoudig en uniform registratiesysteem waarvan de tijdsbesteding in verhouding staat tot de meerwaarde maar ook tot de kortdurende tijd die in de ELPF voorzien is.
9. De ELPF moet geïntegreerd worden in het netwerk GGZ (Artikel 107) en op die manier mee invulling geven aan functie 1 (vroeginterventie).
11. Het globale takenpakket in de ELPF wordt omschreven in een vast profiel dat richtinggevend is voor het beleid en de evaluatie van de nieuwe functie.
12. De ELP rapporteren een grote nood aan inhoudelijke ondersteuning (supervisie en intervisie) en korte praktijkgerichte vormingen over bruikbare psychologische interventies in de eerste lijn. Het is belangrijk om hiervoor middelen en faciliteiten te voorzien.
13. Het is voordelig om de ELPF in te bedden in een bestaande gezondheids- of welzijnsvoorziening, zodat de nodige structurele omkadering voorzien kan worden. Dit wil echter niet zeggen dat de ELP ook op deze locatie actief moeten zijn. Veel locaties komen in aanmerking om consultaties aan te bieden..

- **Corona impact monitor:**  
impact van corona op mentale gezondheid van de gemiddelde Vlaming (lokale besturen)
- **Lokale gezondheidsenquête** met concrete resultaten:  
Wingene en Diksmuide (zie Logo Midden-West-Vlaanderen)
- **dossier Trimbos-instituut** inzake hoge prevalentie:  
<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/product/af1348-depressiepreventie-gerichte-aanpak-risicogroepen>
- Zorgpad perinatale GGZ: <https://www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/psychiatrie/psychiatrisch-zorgaanbod/perinatale-mentale-gezondheid>
- Holistische visie aanwenden in het ziekenhuis in de praktijk, voorbeeld: <https://imparts.org/>
- Methodiek van de collaborative care, een projectvoorstel reeds aanwezig (13/06/2014 PRIT). Info : <https://aims.uw.edu/collaborative-care>

### Bijlage 3: gegevens op basis van precariteitsindex

OVERZICHT	inwonersaantallen 2019	percentage lage werkintensiteit <20	Kansarmoede-index	aandeel tov inwoners 18+ betalingsachterstand	percentage alleenstaande 75+	percentage personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering tov het totaal aantal inwoners	percentage staatuut chronische aandoening	percentage inwoners van buitenlandse niet-EU-herkomst tov alle inwoners	percentage alleenstaande ouder	percentage budgetmeters aardgas tov alle huishoudelijke afnemers	percentage budgetmeters elektriciteit tov alle huishoudelijke afnemers
Hooglede	9.987	3,59	5,56	1,64	3,00	12,63	12,32	2,03	6,01	0,865	1,214
Ledegem	9.695	3,89	3,91	1,84	3,51	13,38	12,06	2,60	6,25	1,213	1,223
Lichtervelde	8.926	3,49	5,88	1,27	3,44	12,59	12,22	2,50	6,58	0,581	0,784
Moorslede	11.250	4,49	7,55	2,04	4,12	15,10	13,73	1,98	6,86	1,291	1,310
Roeselare	62.954	7,17	16,86	2,86	3,59	15,95	11,77	7,84	7,42	1,283	1,415
Staden	11.489	3,99	9,71	1,95	3,71	15,30	12,01	2,09	5,38	0,575	0,689
Ardoole	9.056	4,19	7,20	1,71	4,70	13,96	12,46	2,36	6,29	1,259	1,377
Lendelede	5.747	3,81	3,25	1,29	4,04	12,87	12,21	2,44	5,86	0,469	0,706
Ingelmunster	10.996	4,24	5,06	2,48	3,82	14,24	13,17	3,79	6,51	1,055	1,168
Izegem	28.018	5,44	7,41	2,57	3,79	13,96	13,14	4,29	7,76	1,425	1,656
Dentergem	8.555	4,20	3,91	2,16	3,35	12,97	12,10	3,16	6,64	1,689	1,376
Meulebeke	10.860	4,50	6,27	1,88	3,87	13,87	11,56	3,90	6,79	0,908	1,007
Oostrozebeke	7.932	3,73	5,35	2,03	3,21	11,96	10,44	3,07	7,03	0,630	0,643
Pittem	6.738	3,48	1,63	1,89	3,35	13,94	12,11	1,98	6,79	1,224	1,218
Ruislede	5.358	3,43	4,86	1,56	3,55	12,98	12,28	2,13	6,34	0,672	0,762
Tielt	20.502	5,09	5,71	2,10	3,84	14,00	11,83	5,92	7,21	1,388	1,455
Wingene	14.263	3,19	5,02	1,79	3,37	13,05	11,83	2,22	6,85	0,435	0,688
Houthuist	10.098	4,66	9,20	2,45	3,51	16,24	13,17	1,40	6,69	1,471	2,151
Ieper	34.845	6,32	12,12	2,20	4,23	18,95	13,89	4,76	7,28	1,268	1,446
Mesen	1.065	16,40	22,22	5,09	2,72	23,75	11,21	2,86	11,75	6,030	6,667
Poperinge	19.702	5,45	10,07	1,85	4,07	19,08	13,60	2,05	7,12	1,372	1,455
Zonnebeke	12.481	3,62	3,95	1,42	3,37	14,66	12,52	1,55	6,42	0,758	0,930
Heuvelland	7.909	6,46	13,33	2,25	3,86	17,57	11,81	2,06	7,63	1,744	1,696
Langemark-Poelkapelle	7.819	4,71	14,64	1,93	3,43	18,01	12,10	5,25	6,16	1,592	1,293
Vleteren	3.691	3,64	7,25	1,81	3,09	18,04	11,78	1,72	7,36	1,587	1,445
Lo-Reninge	3.291	3,19	17,00	1,55	3,31	17,21	13,39	1,49	5,89	1,193	1,477
Toelichting (eigen tekst)											
velden gemarkeerd gemeenten rood											
De cijfers zijn gemiddelden op netwerkniveau op basis van de resp. databases											
gemiddelden die 1 standaarddeviatie hoger scoren dan het gemiddelde voor het netwerk.											
scoren op meerdere indexen boven het gemiddelde.											
→ dit kan mogelijk leiden tot extra inzet binnen de gemeente											



ELZ MID Wvl						
Gemeente	inwonersaantallen 2019	Kansarmoede-index	percentage alleenstaande 75+	percentage personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering tov het totaal aantal inwoners	percentage statuut chronische aandoening	Eerstelijnszone
Hooglede	9.987	5,56	3,00	12,63	12,32	Midden WVL
Ledegem	9.695	3,91	3,51	13,38	12,06	Midden WVL
Lichtervelde	8.926	5,88	3,44	12,59	12,22	Midden WVL
Moorslede	11.250	7,55	4,12	15,10	13,73	Midden WVL
Roeselare	62.954	16,86	3,59	15,95	11,77	Midden WVL
Staden	11.489	9,71	3,71	15,30	12,01	Midden WVL
Ardooe	9.056	7,20	4,20	13,96	12,46	Midden WVL
Toelichting (eigen tekst)						
De cijfers zijn gemiddelden op netwerkniveau op basis van de resp. databases						
velden gemarkeerd	gemiddelden die 1 standaarddeviatie hoger scoren dan het gemiddelde voor het netwerk.					
gemeenten rood	scoren op meerdere indexen boven het gemiddelde.					
↓						
dit kan mogelijks leiden tot extra inzet binnen de gemeente						

ELZ RITS				
Gemeente	inwonersaantallen 2019	percentage alleenstaande 75+	percentage statuut chronische aandoening	Eerstelijnszone
Lendelede	5.747	4,04	12,21	RITS
Ingelmunster	10.996	3,82	13,17	RITS
Izegem	28.018	3,79	13,14	RITS
Dentergem	8.555	3,35	12,10	RITS
Meulebeke	10.860	3,87	11,56	RITS
Oostrozebeke	7.932	3,21	10,44	RITS
Pittem	6.738	3,35	12,11	RITS
Ruiselede	5.358	3,55	12,28	RITS
Tielt	20.502	3,84	11,83	RITS
Wingene	14.263	3,37	11,83	RITS
Toelichting (eigen tekst)				
De cijfers zijn gemiddelden op netwerkniveau op basis van de resp. databases				
velden gemarkeerd	gemiddelden die 1 standaarddeviatie hoger scoren dan het gemiddelde voor het netwerk.			
gemeenten rood	scoren op meerdere indexen boven het gemiddelde.			
↓				
dit kan mogelijks leiden tot extra inzet binnen de gemeente				

OVERZICHT	inwonersaantallen 2019	percentage lage werkintensiteit <20	Kansarmoede-index	aandeel tov inwoners 18+ betalingsachterstand	percentage alleenstaande 75+	percentage personen met een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering tov het totaal aantal inwoners	percentage statuur chronische aandoening	percentage alleenstaande ouder	percentage budgetmeters aardgas tov alle huishoudelijke afnemers	percentage budgetmeters elektriciteit tov alle huishoudelijke afnemers	Eerste lijnszone
Gemeente											
Houthulst	10.098	4,66	9,20	2,45	3,51	16,24	13,17	6,69	1,471	2,151	Westhoek
Ieper	34.845	6,32	12,12	2,20	4,23	18,95	13,89	7,28	1,268	1,446	Westhoek
Mesen	1.065	16,40	22,22	5,09	2,72	23,75	11,21	11,75	6,090	6,667	Westhoek
Poperinge	19.702	5,45	10,07	1,85	4,07	19,08	13,60	7,12	1,372	1,455	Westhoek
Zonnebeke	12.481	3,62	3,95	1,42	3,37	14,66	12,52	6,42	0,758	0,930	Westhoek
Heuveland	7.909	6,46	13,33	2,25	3,86	17,57	11,81	7,63	1,744	1,696	Westhoek
Langemark-Poelkapelle	7.819	4,71	14,64	1,93	3,43	18,01	12,10	6,16	1,592	1,293	Westhoek
Vleteren	3.691	3,64	7,25	1,81	3,09	18,04	11,78	7,36	1,587	1,445	Westhoek
Lo-Reninge	3.291	3,19	17,00	1,55	3,31	17,21	13,39	5,89	1,193	1,477	Westhoek
Toelichting (eigen tekst)											
velden gematkeerd gemeenten rood	De cijfers zijn gemiddelden op netwerkniveau op basis van de resp. databases gemiddelden die 1 standaarddeviatie hoger scoren dan het gemiddelde voor het netwerk. scores op meerdere indexen boven het gemiddelde.										
						→					dit kan mogelijks leiden tot extra inzet binnen de gemeente

**BIJLAGE 4: Van doelgroepen naar vindplaatsen....**

<b>Doelgroep</b>	<b>Kenmerken</b>	<b>Vindplaatsen</b>
chronische-somatische problematiek		<ul style="list-style-type: none"><li>• huisartsenpraktijken</li><li>• lotgenotencontact</li><li>• patiëntenverenigingen</li><li>• Inloopcentra</li><li>• CAW</li><li>• tijdelijke woonvormen (opvangcentra dak- en thuislozen / nachtopvang)</li></ul>
jongvolwassenen		<ul style="list-style-type: none"><li>• Overkophuizen (Ieper, Poperinge)</li><li>• CAW</li></ul>
Ouderen met in het bijzonder alleenstaanden		<ul style="list-style-type: none"><li>• dienstencentra,</li><li>• Verenigingen / georganiseerde activiteiten</li></ul>
verstandelijke problemen met bijkomende geestelijke gezondheidsproblemen		
zwangere vrouwen		<ul style="list-style-type: none"><li>• Gynaecologie</li><li>• Koala</li></ul>
mantelzorgers		<ul style="list-style-type: none"><li>• lotgenotencontact - mantelzorgverenigingen</li><li>• lokale besturen</li></ul>
mensen in armoede		<ul style="list-style-type: none"><li>• Voedselbank,</li><li>• Kansarmoede organisaties,</li><li>• Sociaal huis</li><li>• CAW</li><li>• Inloopcentra</li><li>• tijdelijke woonvormen (opvangcentra dak- en thuislozen / nachtopvang)</li></ul>
zorgverleners		<ul style="list-style-type: none"><li>• Arbeidsgeneeskundige diensten (arbeidsgeneesheer)</li></ul>
zorgmijders		<ul style="list-style-type: none"><li>• nachtopvang</li><li>• R-ACT</li><li>• land- en tuinbouwers</li></ul>