



Effect van de eerstelijnspsycholoog op empowerment van de patiënt in twee multidisciplinaire praktijken in Antwerpen

Audrey Hensels, Universiteit Antwerpen

Promotor:

Prof. Dr. Guido Van Hal, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider:

Dr. Lieve Seuntjens

Master of Family Medicine

Masterproef huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven. Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context: Het aantal mensen met psychische klachten neemt toe en huisartsen worden vaak als eerste geconsulteerd. Het gefragmenteerde hulpverleningslandschap, wachtlijsten en een gebrek aan competenties maken het begeleiden van deze patiënten vaak lastig. In pilootprojecten in opdracht van de overheid werd de meerwaarde van de eerstelijnspsycholoog (ELP) voor huisartsen en patiënten duidelijk. De ELP richt zich vooral op het verhogen van de zelfredzaamheid en houdt rekening met de sociale en maatschappelijke context van de patiënt. Daarnaast is er de laatste jaren meer aandacht voor empowerment in de zorg- en welzijnssector, maar er is ook nog een belangrijke nood aan onderzoek naar empowerment in de eerste lijn. Sinds 2016 zijn er 2 ELP geïntegreerd in de multidisciplinaire praktijken van Geneeskunde voor het Volk (GvhV) in Deurne en Hoboken, waar er belangstelling is voor empowerment. Psychische problemen hebben een belangrijke invloed op de leefwereld en andersom en onderzoek naar het effect van een eerstelijnspsychologische begeleiding op empowerment wordt aanbevolen in de literatuur. Dit onderzoek is een eerste aanzet daartoe.

Onderzoeksvraag: 'Hoe en in welke mate kan de begeleiding van de ELP bijdragen aan empowerment van de patiënt?'. Deelvragen: 'Hoe worden de kerntaken van de ELP binnen de praktijken vervuld?', 'Hoe wordt het begrip empowerment gedefinieerd en wat zijn de kernelementen?', 'Wat zijn de effecten van empowerment op gezondheid?', 'Wat zijn principes van empowerend werken?', 'Hoe kan men empowerment meten?', 'Welke vormen van empowerment worden potentieel bevorderd door de ELP?', 'Wat zijn de ervaringen van patiënten met betrekking tot de ELP en hun gevoel van empowerment?'.

Methode: Er werd een literatuurstudie verricht rond de werking van de ELP en het concept empowerment. Daarnaast vond er een pilootstudie plaats, waarbij een gevalideerd meetinstrument (Nederlandse Empowerment Lijst) werd toegepast in de praktijken. Gedurende 6 maanden werden patiënten geïnccludeerd. Er gebeurde een voormeting bij 60 patiënten, een meting na 3 maanden bij 46 en een afrondingsmeting bij 25 patiënten. Deze data werden geanalyseerd in 'SPSS'. Aanvullend werden 9 semigestructureerde diepte-interviews uitgevoerd met de 2 ELP en 7 patiënten om de taken, werking en visie op empowerment van de ELP onder woorden te brengen en om ervaringen van patiënten te beschrijven en ondersteunende en belemmerende elementen in de hulpverlening te achterhalen. Deze data werden gecodeerd en geanalyseerd met 'Nvivo'.

Resultaten: Patiënten lijken 3 maanden na de start van de begeleiding (en bij afronding) meer 'empowered' te zijn. De afrondingsmeting toont een significante toename van de domeinen 'eigen wijsheid' ($p=0,008$), 'erbij horen' ($p=0,005$) en de totale empowermentscore ($p=0,022$). Ook constateert men een achteruitgang op de schaal 'betrokken leefgemeenschap' ($p=0,680$), maar dit is niet significant. Bij de meting na 3 maanden is er een significante toename op de schalen 'sociale steun' ($p=0,040$), 'eigen wijsheid' ($p=0,002$), 'erbij horen' ($p=0,016$) en de totale empowermentscore ($p=0,019$). Op de schaal 'betrokken leefgemeenschap' ($p=0,069$) is er een significante afname. Er werd een betrouwbaarheidsniveau van 90% gebruikt. De resultaten moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de kleine steekproef en het ontbreken van een controlegroep. Ze wijzen echter wel in een bepaalde richting. Een descriptieve analyse toont dat patiënten positief zijn over de hulpverlening. Aan de hand van de interviews kunnen ondersteunende en belemmerende factoren in het empowermentproces worden benoemd. Deze hebben betrekking op de patiënt, de begeleiding en (praktijk)organisatie en de omgeving. Ondersteunde elementen m.b.t. de ELP zijn o.a. een toegankelijke houding, gelijkwaardige relatie en het opbouwen van een vertrouwensband om in samenspraak te beslissen. Patiënten ervaren m.b.t. de persoonlijke beleving meer zelfvertrouwen en controle, voelen zich sterker en accepteren kwetsbaarheden. Wat betreft de interpersoonlijke dimensie ervaren ze het belang van het krijgen van inzichten in persoonlijke doelen en mogelijkheden, maar ook in (beïnvloedende) omgevingsfactoren. Het KOP-model is hierbij een belangrijke tool. Wat betreft gedrag wordt er gesproken over meer weerbaarheid, aanleren van copingstrategieën voor moeilijke situaties, aanpassingen in leefstijl, sneller hulp inschakelen, anderen helpen en uitkomen voor kwetsbaarheden. Ondersteunende factoren benoemd door de ELP zijn: ontwikkelen van een praktijkvisie, samenwerken met huisartsen in een team, toegankelijke hulp aanbieden en laagdrempelig werken. Belemmerende elementen m.b.t. de hulpverlening, aangehaald door patiënten, zijn beperkt. Soms zijn er onzekerheden bij de afronding en verwijzing. De ELP ervaren ook belemmerende factoren: weinig motivatie, onmogelijk om in dialoog te gaan en uitzichtloze sociale situaties. Ook kan een te snelle verwijzing door huisartsen belemmerend werken. Op maatschappelijk gebied werken problemen bij de verwijzingen hinderend.

Conclusie: In de begeleiding van de ELP zijn alle dimensies van individueel empowerment aanwezig en de ELP ondersteunt empowermentprocessen voornamelijk op individueel niveau. Hierrond zijn ondersteunende en belemmerende elementen geïdentificeerd. Het is essentieel om een omgeving te creëren, waarin empowermentprocessen worden gestimuleerd en waarin samen doelen worden opgesteld en nagestreefd. De patiënten zijn over het algemeen positief over de ELP en de begeleiding en hebben het gevoel meer empowered te zijn. Door samen naar oplossingen te zoeken en nieuwe inzichten te bieden gaan mensen zelf over tot actie. Het onderzoek suggereert dat zelfs bij een kwetsbare populatie een beperkt aantal sessies resulteert in een positief effect op de totale empowermentscore, de domeinen 'sociale steun', 'erbij horen', 'eigen wijsheid' en 'zelfmanagement'. Deze inzichten kunnen bijdragen aan het versterken van empowerende zorg. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk om meer betrouwbare conclusies te kunnen trekken.

Voorwoord

“Empowerment is not a destination, but a journey”

WHO in ‘User empowerment in mental health’ (1)

Het schrijven van deze masterproef was geen gemakkelijke opgave. Empowerment was voor mij een vaag en ontastbaar begrip. Ik liep dan ook verschillende keren vast, maar vond met of zonder hulp een nieuwe weg. Het leren toepassen van verschillende onderzoeksmethodes was een leerzame ervaring en verrijking en ik ben blij met het uiteindelijke resultaat.

Ik zou graag iedereen bedanken, die mij op de één of andere manier geholpen heeft om dit werk te voltooien. Vooreerst dank aan mijn promotor Prof. Dr. Guido Van Hal voor al zijn nuttige feedback. Ook wil ik Prof. Stefan Van Dongen bedanken voor zijn statistische inbreng.

Daarnaast zou ik graag mijn praktijkopleider Dr. Lieve Seuntjens willen bedanken voor haar luisterend oor, steun, vertrouwen en feedback tijdens de afgelopen twee jaren. Ook dank aan Dr. Dirk Van Duppen voor zijn tips en het nalezen en aan alle andere collega's voor de fijne samenwerking. Speciale dank gaat uit naar de twee eerstelijnspsychologen, Hamza El Moukhtari en Rody Verhage, voor hun inzet en bijdrage aan deze masterproef.

Verder wil ik mijn vriend Eloy bedanken voor zijn onuitputbare steun en geduld met mij.

Mijn laatste, maar misschien wel belangrijkste dank, gaat uit naar de vele patiënten, zonder wie dit onderzoek er niet zou zijn. Hun inbreng, op wat voor manier dan ook, was belangrijk, leerzaam en empowerend.

Audrey Hensels

Wilrijk, 28 april 2019

“Met datgene wat ik hier gekregen heb, hiermee ga ik ook verder werken, ga ik het ook aan, ga ik het doen en dan zal ik wel ondervinden of het ook lukt. En ik zal wel eens af en toe naar beneden vallen. Dat ik zeg ‘verdorie, zo had ik het niet voorzien’, maar ik voel me wel iets sterker...”

Patiënt

Inhoudsopgave

ABSTRACT.....	3
VOORWOORD.....	4
FIGURENLIJST.....	6
TABELLENLIJST.....	6
AFKORTINGENLIJST.....	6
1. INLEIDING.....	7
1.1. VERANTWOORDING EN DOELSTELLING	7
2. METHODOLOGIE.....	8
2.1. ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK.....	8
2.2. KWANTITATIEF ONDERZOEK: VRAGENLIJST PATIËNTEN.....	8
2.3. KWALITATIEF ONDERZOEK: INTERVIEW PATIËNTEN EN ELP.....	9
3. LITERATUURONDERZOEK	10
3.1. DE EERSTELIJNSPSYCHOLOOG IN VLAANDEREN.....	10
3.1.1. Kerntaken ELP.....	10
3.1.2. ELP in huisartsenpraktijk en integratie in eerstelijnsgezondheidszorg	12
3.2. VERKENNING EMPOWERMENTCONCEPT	14
3.2.1. Introductie	14
3.2.2. Definities van empowerment	16
3.2.3. Kernelementen empowerment.....	17
3.2.4. Niveaus empowerment.....	18
3.2.5. De relatie tussen empowerment en gezondheid	19
3.2.6. Principes ter ondersteuning van empowermentprocessen	20
3.2.7. Empowerende elementen in een ELPF.....	22
3.3. MEETINSTRUMENT EMPOWERMENT.....	24
3.3.1. Introductie	24
3.3.2. Voorwaarden voor een empowermentmeting.....	24
3.3.3. Het meetinstrument: de Nederlandse Empowerment Lijst	25
4. RESULTATEN.....	10
4.1. KWANTITATIEF: METEN VAN EMPOWERMENT IN DE PRAKTIJK.....	26
4.1.1. Karakteristieken patiënten	27
4.1.2. Resultaten metingen.....	27
4.2. KWALITATIEF: MEERWAARDE IN EMPOWERMENTONDERZOEK	29
4.2.1. Patiëntervaringen ELP en gevoel van empowerment	30
4.2.1.1. Patiëntkarakteristieken	30
4.2.1.2. Verwachtingen	30
4.2.1.3. Ervaringen begeleiding en empowerment	30
4.2.1.4. Drempels	35
4.2.1.5. Meninge vragenlijst	35
4.2.2. Visie ELP op empowerment	36
4.2.2.1. Kerntaken bij GvhV	36
4.2.2.2. Visie empowerment	37
4.2.2.3. Vormen van empowerment.....	37
4.2.2.4. Beïnvloedende factoren empowermentproces van de patiënt	38
4.2.2.5. Meetinstrument empowerment	42
5. BESPREKING	43
5.1. INTERPRETATIE KWALITATIEF ONDERZOEK EN VERGELIJKING MET LITERATUUR	43
5.2. INTERPRETATIE KWANTITATIEF ONDERZOEK EN VERGELIJKING LITERATUUR.....	44
5.3. STERKTES EN BEPERKINGEN	45
5.4. AANBEVELINGEN	47
6. CONCLUSIE	48
7. BIBLIOGRAFIE	49
8. BIJLAGEN	51
8.1. NEL.....	51
8.2. TOPICLIJST DIEPTE-INTERVIEW PATIËNTEN.....	52
8.3. TOPICLIJST DIEPTE-INTERVIEW ELP.....	53
8.4. Goedgekeurd ONDERZOEKSPROTOCOL.....	54
8.5. ADVIES ETHISCH COMITÉ.....	56

Figurenlijst

FIGUUR 1: POSITIE ELP IN EERSTE LIJN.....	13
FIGUUR 2: MODEL VAN DAHLGREN EN WHITEHEAD	14
FIGUUR 3: WEERGAVE EMPOWERMENT ALS TWEEZIJDIG PROCES	15
FIGUUR 4: DIMENSIES EN DEELASPECTEN VAN PSYCHOLOGISCH EMPOWERMENT (27).....	19
FIGUUR 5: PRINCIPES VAN EMPOWEREND WERKEN VOLGENS BOUMAN (8, 23).....	21
FIGUUR 6: PRINCIPES VAN EMPOWEREND WERKEN VOLGENS STEENSSSENS EN VAN REGENMORTELT (33)	22
FIGUUR 7: FLOWCHART GEÏNCLUDEERDE EN GEËXCLUDEERDE PATIËNTEN.....	26
FIGUUR 8: GRAFISCHE WEERGAVE RESULTATEN OP SUBSCHAAL 'HULPVERLENING' VAN NEL 3 (N=46).....	29

Tabellenlijst

TABEL 1: DEELASPECTEN EMPOWERMENT OP INDIVIDUEEL, ORGANISATIE- EN GEMEENSCHAPSNIVEAU.....	18
TABEL 2: KARAKTERISTIEKEN PATIËNTEN (N=60).....	27
TABEL 3: AANTAL SESSIONS	27
TABEL 4: EMPOWERMENTSCORES VOORMETING (NEL 1) EN AFRONDINGSMETING (NEL 2) (N=25).....	28
TABEL 5: EMPOWERMENTSCORES VOORMETING (NEL 1) EN METING NA 3 MAANDEN (NEL 3) (N=46)	28
TABEL 6: KARAKTERISTIEKEN GEÏNTERVIEWDE PATIËNTEN.....	30

Afkortingenlijst

BI	= Betrouwbaarheidsinterval
ELP	= Eerstelijnspsycholoog
ELPF	= Eerstelijnspsychologische functie
GvhV	= Geneeskunde voor het Volk
GGZ	= Geestelijke gezondheidszorg
KPI	= Kortdurende psychologische interventies
NEL	= Nederlandse Empowerment Lijst
VVKP	= Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen
WGC	= Wijkgezondheidscentrum
WHO	= World Health Organization
WONCA	= World Organization of Family Doctors

1. Inleiding

1.1. Verantwoording en doelstelling

Huisartsen worden steeds frequenter geconfronteerd met psychische en psychosociale problemen bij patiënten en worden meestal als eerste geconsulteerd (2). Het herkennen, begeleiden en verwijzen van deze patiënten is en blijft voor hen een belangrijke taak. Het uitgebreide en gefragmenteerde hulpverleningslandschap en de vaak lange wachtlijsten maken het voor huisartsen en patiënten echter vaak moeilijk om passende en toegankelijke zorg te vinden (2-4). Ook rapporteren huisartsen een nood en gebrek aan competenties als het gaat over het begeleiden van patiënten met psychische problemen (4-5). Naar aanleiding van de eerstelijnsconferentie in 2010 werden er op vraag van de Vlaamse Overheid zeven pilootprojecten opgestart met als opdracht een eerstelijnspsychologische functie (ELPF) te implementeren en te evalueren (5). Tot dan toe is de eerstelijnspsycholoog (ELP) nog een nieuw begrip in Vlaanderen. In Nederland bestaat de functie ondertussen al meer dan 30 jaar (6).

Een ELP kan voor huisartsen een belangrijke rol spelen bij de diagnose en begeleiding van psychische problemen. Hij neemt hierbij een plaats in op de eerste lijn, naast maatschappelijk werkers, huisartsen, verpleegkundigen en tweede- en derdelijnszorg (2,4-5). De ELP richt zich vooral op het verhogen van de zelfredzaamheid en autonomie en houdt daarnaast rekening met de sociale en maatschappelijke context van de patiënt (2,6-7). De evaluatie van de pilootprojecten toont de meerwaarde van een ELP voor patiënten en huisartsen en men verwacht dat de toegankelijkheid van de GGZ zal verbeteren, indien de ELP op grotere schaal zal worden tewerkgesteld. Ook verwacht men een toename van empowerment en zelfhulp, maar verder onderzoek naar de effecten van de ELPF hierrond wordt aanbevolen (5).

De laatste jaren is er meer aandacht voor empowerment in de zorg- en welzijnssector omwille van verschillende redenen, die verder in deze masterproef aan bod zullen komen. Er is echter nog een belangrijke nood aan onderzoek naar het concept, specifiek in de eerstelijnsgezondheidszorg (8). Empowerment kan in de hulpverlening een inspirerend denk- en handelingskader vormen om empowermentprocessen en participatie van mensen te ondersteunen. Onderzoek heeft getoond dat empowerment een positieve invloed kan hebben op verschillende gezondheidsaspecten en kan helpen bij het bestrijden van ongelijkheden in gezondheid (9-11).

In 2016 hebben de multidisciplinaire praktijken van 'Geneeskunde voor het Volk' (GvhV) in Deurne en Hoboken (twee stadsdistricten van Antwerpen) in hun werking een ELP geïntegreerd. Binnen GvhV is er een grote belangstelling voor de sociale en maatschappelijke context van patiënten en wordt empowerment gezien als een belangrijk begrip (12).

De doelstelling van deze masterproef is om na te gaan hoe en in welke mate de begeleiding van de ELP kan bijdragen aan empowerment van de patiënt. De deelvragen die worden besproken zijn:

- Hoe worden de kerntaken van de ELP binnen de praktijken vervuld?
- Hoe wordt het begrip empowerment gedefinieerd en wat zijn de kernelementen?
- Wat zijn de effecten van empowerment op gezondheid?
- Wat zijn principes van empowerend werken?
- Hoe kan men empowerment meten?
- Welke vormen van empowerment worden potentieel bevorderd door de ELP?
- Wat zijn de ervaringen van patiënten met betrekking tot de ELP en hun gevoel van empowerment?

Er wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd naar de werking van een ELP en ter verkenning van het begrip empowerment. Daarna wordt het meten van empowerment besproken. Vervolgens zal onder de vorm van een praktijkproject, één meetinstrument worden toegepast in beide praktijken. Daarnaast zullen er diepte-interviews plaatsvinden met de psychologen en patiënten. Dit om de kerntaken, werking en visie op empowerment van de ELP in beeld te brengen en om de ervaringen van patiënten te beschrijven en het begrip empowerment op een kwalitatieve manier te verdiepen.

2. Methodologie

2.1. Oriënterend literatuuronderzoek

Ter theoretische verkenning van het begrip empowerment en om de kerntaken van de ELP in kaart te brengen werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Na de theoretische bespreking van het concept, de kernelementen en de effecten op gezondheid, is de gebruikte vragenlijst om empowerment te meten besproken.

De databanken waarin artikels werden gezocht zijn: PsycINFO via ProQuest, Sociological Abstracts, Medline via Pubmed, Web of Science, Google Scholar. Ook werden via de sneeuwbalmethode interessante en bruikbare artikels geselecteerd uit de bronnenlijsten van relevante artikels. Daarnaast werd de ICHO-databank met masterproeven doorzocht en werden de visieteksten van GvhV opgevraagd.

De volgende zoek- en MeSH-termen werden gebruikt:

- EN: (patient) empowerment, empowering, power (psychology), psychology, psychological, measurement, scale, measure, monitoring, mental health, primary health care, patient participation, primary care psychologist
- NL: empowerment, meting/vragenlijst empowerment, meetinstrument, (eerstelijns)geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnspsycholoog, eerstelijnspsychologische functie, eerstelijnsgezondheidszorg

2.2. Kwantitatief onderzoek: vragenlijst patiënten

In dit onderzoek is de gestandaardiseerde en gevalideerde Nederlandse Empowerment Lijst gebruikt (13-14). De NEL bestaat uit 40 vragen met vijf antwoordopties volgens een Likertschaal. In de NEL worden verschillende domeinen van empowerment gemeten, namelijk: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap (*bijlage 1*). Er werd gekozen voor de NEL, omdat ze psychologisch empowerment in de ruimste zin evalueert en niet alleen focust op de zelfbeleving of de intrapersonlijke dimensie. Ook de interpersoonlijke dimensie en de gedragscomponent komen in de vragenlijst aan bod. Daarnaast is het één van de weinige Nederlandstalige vragenlijsten en heeft ze goede psychometrische eigenschappen. Ook is het perspectief van patiënten met psychische problemen meegenomen in de ontwikkeling van de NEL. Deze vorm van participatie is belangrijk in empowermentonderzoek.

Het onderzoek vond plaats in de multidisciplinaire groepspraktijken van GvhV in Deurne en Hoboken. In beide praktijken is een ELP werkzaam. Bij effectstudies in de GGZ is het belangrijk dat de uitkomsten periodiek gemeten worden. Dit wil zeggen dat er op regelmatige tijdstippen in het begeleidingstraject een meting wordt uitgevoerd (15). In deze studie vond de eerste meting plaats vóór de intake bij de ELP. Dit is de voormeting. Dezelfde vragenlijst werd na drie maanden en bij afronding van de begeleiding nogmaals door de patiënt ingevuld. Er werd gestreefd naar het maximale aantal deelnemers, wat betekent dat alle patiënten die voor de eerste keer op gesprek kwamen werden gecontacteerd met de vraag of ze wilden deelnemen. De inclusie van deelnemers startte in april 2018 en eindigde in oktober 2018. Deze einddatum werd gekozen om de daaropvolgende metingen, na drie maanden en bij afronding, nog te kunnen uitvoeren bij zoveel mogelijk deelnemers. Exclusiefactoren waren: weigering geïnformeerde toestemming, taalproblemen (beperkte kennis Nederlandse taal) en onbereikbaarheid vóór de intake. In enkele gevallen bleek het te moeilijk om de vragenlijst in te vullen of kwam de vragenlijst niet (ingevuld) retour. In deze periode werden in totaal 107 intakes gepland, waarvan 60 in Deurne en 47 in Hoboken. Er gebeurde een voormeting bij 60 patiënten, een meting na drie maanden bij 46 en een afrondingsmeting bij 25 patiënten (*figuur 7*). De vragenlijst die bij afronding van de gesprekken werd ingevuld heeft bij elke deelnemer een ander tijdsinterval. Sommige deelnemers ronden hun gesprekken pas na meerdere maanden af, andere al na één of twee gesprekken. Ook kwam het voor dat het afrondingsgesprek samenviel met de meting op drie maanden. Bij deze patiënten werden de resultaten van de vragenlijst na drie maanden ook gebruikt voor de afrondingsmeting. Patiënten werden voor de opvolgvragenlijsten gecontacteerd via mail, telefoon of persoonlijk op de praktijk aangesproken. Bij het uitblijven van een reactie werden de vragenlijsten langsgebracht bij de patiënt en werden de patiënten nogmaals herinnerd via mail en/of telefoon.

Het onderzoek is een pilootproject, enerzijds vanwege de periodieke metingen en de beperkte tijdsduur van deze masterproef en anderzijds omdat het de eerste keer is dat deze vragenlijst in een Vlaamse huisartsenpraktijk wordt gebruikt. De vragenlijsten werden geanalyseerd in 'SPSS' en er werd een betrouwbaarheidsniveau van 90% gebruikt. In de analyse is een gepaarde t-toets gebruikt, waarbij herhaalde metingen bij dezelfde individuen worden geanalyseerd en er rekening wordt gehouden met de afhankelijkheid van de metingen. Met de t-toets

kan een vergelijking worden gemaakt tussen de voormeting en de afrondingsmeting en tussen de voormeting en de meting drie maanden na de start van de begeleiding. Initieel was het de bedoeling om een repeated measures ANOVA toe te passen, maar uiteindelijk is er gekozen voor gepaarde t-toetsen. De reden hiervoor is dat maar 22 personen alle drie de vragenlijsten hebben ingevuld en bij RM-ANOVA alle overige data worden beschouwd als ontbrekende data. Dit zou betekenen dat van de 46 mensen die de derde vragenlijst hebben ingevuld, 24 mensen zouden worden geëxcludeerd, omdat de afrondingsvragenlijst niet is ingevuld.

2.3. Kwalitatief onderzoek: interview patiënten en ELP

Het kwalitatief onderzoek omvatte semigestructureerde diepte-interviews met zeven patiënten, die hun begeleidingstraject bij de ELP hadden afgerond (*bijlage 2, tabel 2*). Er is gekozen voor deze manier van interviewen, omdat zo een aantal vooropgestelde topics dieper konden worden bevraagd. Het doel was de ervaringen van deze patiënten met de ELP te beschrijven en het begrip empowerment op een kwalitatieve wijze te verdiepen. Kwalitatief onderzoek naar empowerment is beperkt en is een belangrijke aanvulling, omdat ervaringen en processen van mensen moeilijk vast te leggen zijn in vragenlijsten. Indien men zich enkel focust op kwantitatieve data, ontbreekt de dialoog met mensen en hiermee cruciale individuele en contextuele informatie, wat essentieel is in het empowermentconcept. De persoon zelf staat centraal, waardoor ook de impact van de begeleiding werd bekeken. Om voor de eigen praktijk een aantal mogelijke empowermentprocessen te identificeren was het dus belangrijk patiënten en de ELP te interviewen. Ook in de literatuur wordt er gepleit voor meer kwalitatief onderzoek wanneer men empowerment als proces én als uitkomst wilt evalueren en daarnaast de rijkdom van het begrip en de beïnvloedende sociaalecologische factoren wilt vatten (8,16-18). De doelstelling was om aan de hand van de eigen kwalitatieve analyse een aantal principes in beeld te krijgen en deze nadien te vergelijken met de literatuur. Er werd gebruikt gemaakt van een selecte steekproef¹. Drie patiënten werden na afronding van hun traject door de ELP benaderd. De overige vier patiënten werden door de onderzoeker, op basis van patiëntkenmerken (drop-out tijdens begeleiding en door de ELP verwezen patiënten), geselecteerd en gecontacteerd. Er vond een piloot-interview plaats, maar dit werd niet in de analyse geïncorporeerd, omdat een letterlijke transcriptie onmogelijk was vanwege problemen met de opnameapparatuur. Ook de twee ELP werden geïnterviewd om hun kerntaken, werking en visie op empowerment onder woorden te brengen (*bijlage 3*). De interviews vonden plaats bij de mensen thuis of op de praktijk. Voorafgaand aan het interview werd mondeling en schriftelijk uitleg gegeven en geïnformeerde toestemming verkregen. De interviews duurden één à twee uur en werden opgenomen en letterlijk getranscribeerd. Bij het coderen en analyseren werd gebruikt gemaakt van het programma 'Nvivo'. Voor de kwalitatieve analyse werd er gebruikt gemaakt van een combinatie van inductief en deductief coderen. Voor alle onderdelen van deze studie werd goedkeuring ontvangen van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen (*bijlage 4*).

¹ Selecte steekproef = bewust geselecteerde steekproef op basis van bepaalde kenmerken.

3. Literatuuronderzoek

3.1. De eerstelijnspsycholoog in Vlaanderen

De beperkte toegankelijkheid, lange wachtlijsten en hoge (financiële) drempels van de Vlaamse GGZ zorgen ervoor dat veel mensen niet de psychologische hulp krijgen die ze nodig hebben (5). Patiënten weten vaak niet waar ze terecht kunnen, kunnen niet direct geholpen worden of vallen buiten de boot in de gespecialiseerde GGZ (2). Deze knelpunten werden onder de aandacht gebracht in de eerstelijnsconferentie in 2010. Naar aanleiding hiervan kregen zeven pilootprojecten in Vlaanderen de opdracht om in hun regio een ELPF te implementeren (5). De projecten werden van 2012 tot 2015 geëvalueerd en bleken een belangrijke meerwaarde voor patiënten en huisartsen. Naast verbetering van de toegankelijkheid en het verlagen van drempels, blijkt de ELP ook een groot aantal kwetsbare personen (allochtonen, vluchtelingen, kansarmen, et cetera) te bereiken. Deze populatie ondervindt meer psychosociale problemen, maar vindt de weg naar de reguliere GGZ des te minder (2,5).

Momenteel vindt er in het kader van *Artikel 107*² een verschuiving plaats in de Belgische GGZ. Het doel van de hervormingen is vermaatschappelijking van de zorg met het vormen van netwerken in regio's, versterking van de samenwerking tussen verschillende partners en een verschuiving van de financiële middelen vanuit de residentiële naar de ambulante zorg. Een belangrijk aspect hierin is preventie en vroegdetectie en -interventie in de eerste lijn. De ELPF kan hierin een centrale rol spelen onder de voorwaarde dat het aanbod in de regio op elkaar wordt afgestemd (5). Ook in Nederland heeft dit proces zich de afgelopen decennia voorgedaan, maar ziet men dat er nog altijd geen volledig gestructureerde eerstelijns-GGZ bestaat, terwijl dit zou leiden tot een betere toegankelijkheid, vroegdetectie en -preventie en doorstroming (7). In België is de ELP nog veel minder duidelijk en gestructureerd aanwezig, terwijl dit kan leiden tot een ontlasting van de eerste, tweede en derde lijn en een verhoogde efficiëntie van de gezondheidszorg (2).

3.1.1. Kerntaken ELP

De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen omschrijft de doelstelling van een ELP als volgt: *'De ELP is gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt binnen zijn of haar context en dichtbij huis. Het is een (vroegtijdige) klinisch psychologische begeleiding, generalistisch én kortdurend'* (7). De hulpverlening van een ELP vindt plaats in de eerste lijn en volgens het stepped-care principe³. Het is belangrijk dat het functieprofiel en de taken mede bepaald worden door de regionale noden, het doelpubliek en het reeds bestaande aanbod. Essentieel hierbij is de samenwerking met andere actoren en het delen van taken (5). De volgende gemeenschappelijke kenmerken komen in de literatuur naar voren:

Toegankelijke en laagdrempelige zorg

Dit houdt in dat de zorg dicht bij de dagelijkse context van patiënten wordt aangeboden, in de buurt van het doelpubliek en zonder lange wachttijden (2,7). Onderzoek toont aan dat patiënten de ELP zeer laagdrempelig en toegankelijk vinden, waardoor de stap naar psychologische begeleiding eerder wordt gezet. Factoren die hiertoe bijdragen zijn onder andere snelle beschikbaarheid, kortdurende begeleiding, nauwe samenwerking met huisartsen en de vestiging in een neutrale setting op een centrale locatie (5). Problemen kunnen vroegtijdig worden gedetecteerd en aangepakt, waardoor de ELP ook een belangrijke rol speelt in vroegdetectie en preventie (2,5,7). Ook dient de ELP inzetbaar te zijn bij crisisinterventies om een inschatting van de situatie te maken en eventueel te verwijzen (5,7). Bij GvhV werd er gekozen voor een integratie van de ELP in de groepspraktijk, opdat dit de GGZ dicht bij de mensen brengt en de toegankelijkheid bevordert (12).

Oplossingsgerichte zorg

Oplossingsgerichte zorg sluit aan bij de noden en behoeften van patiënten en hun context, is gericht op het verhogen van de zelfredzaamheid en autonomie, het uitbreiden van copingvaardigheden en is daarnaast actiegericht (2,7). De context en leefwereld (micro- en mesoniveau) van de patiënt zijn belangrijke factoren om mee in beeld te brengen. De begeleiding is niet-pathologie gericht, maar probeert de problemen te verklaren, door de klachten en omstandigheden in kaart te brengen (7). Daarnaast is er vanuit GvhV ook een verhoogde

² Artikel 107 = Wetsartikel binnen de ziekenhuiswet met als doel de GGZ te vermaatschappelijken. De 5 sleutelfuncties zijn: 1. Focussen op vroegdetectie en -interventie (onder andere in de eerste lijn), 2. Zorg naar de thuissituatie brengen (bijvoorbeeld mobiel team), 3. Stimuleren van rehabilitatie, 4. Intensifiëren van residentiële zorg, 5. Diversifiëren van woonvormen (5).

³ Het stepped-care principe oftewel getrapte zorgmodel houdt in dat de lichtst mogelijke hulpverlening eerst wordt aangeboden (7).

aandacht voor het maatschappelijke perspectief (meso- en macroniveau), dat een invloed uitoefent op het individu en de samenleving (12).

Kortdurende en generalistische psychologische begeleiding

De meeste mensen komen één tot vijf keer op gesprek bij de ELP en er wordt geadviseerd de begeleiding te beperken tot 10 à 12 sessies (2,5-7). De ELP zorgt voor een snelle triage, kan de ernst inschatten en indien nodig andere diensten inschakelen volgens het getrapte zorgmodel (2,7). Hij is niet gespecialiseerd in bepaalde psychologische stoornissen, maar is een generalist die kennis heeft van verschillende psychologische problemen (2,6-7). Zijn aanbod bestaat uit diverse methodes en theorieën, die aansluiten bij de problemen van de patiënt. Naast onder andere psycho-educatie en motiverende gespreksvorming kunnen kortdurende psychologische interventies (KPI) worden gebruikt om mensen met milde tot matig ernstige klachten te begeleiden (2,5,7). Uit het evaluatierapport in opdracht van de Vlaamse overheid, blijkt dat bijna de helft van de patiënten afdoende is geholpen door een kortdurende psychologische begeleiding (5).

Psycho-educatie en groepsaanbod

Psycho-educatie in groepssessies over alledaagse psychische klachten (bijvoorbeeld stress, slapeloosheid, et cetera) vormen een belangrijke aanvulling in het getrapte zorgmodel. In de praktijk blijkt dat ELP het geven van groepssessies belangrijk vinden, maar dit vaak niet doen (5). Het doel is het inzicht van mensen te vergroten, wat kan leiden tot acceptatie en het aanleren van competenties om het leven weer in eigen handen te nemen. De groepssessies dienen laagdrempelig te zijn, aan te sluiten bij de noden van de mensen en worden bij voorkeur samen met een andere hulpverlener gegeven (2). In de praktijk in Deurne werd er op vraag van patiënten gestart met een groepscursus rond 'stress'. In kleine groepen met een grote diversiteit werkt de ELP met één van de huisartsen rond dit thema. De resultaten werden niet opgenomen in deze studie, maar zijn veelbelovend afgaande op de reacties van de deelnemers.

Multidisciplinaire samenwerking

Multidisciplinaire samenwerking met huisartsen, gespecialiseerde GGZ-diensten en maatschappelijk werkers is een voorwaarde voor geïntegreerde zorg (6). Een psycholoog geïntegreerd in een huisartsenpraktijk zorgt voor een snellere en betere communicatie, een betere toegankelijkheid en een lagere drempel (4). Huisartsen kunnen advies vragen aan de ELP en leren van de terugkoppeling, waardoor zij psychische problemen beter kunnen detecteren en mensen met lichte psychische klachten zelf verder kunnen helpen (5). Daarnaast kan het geven van vormingen door de ELP aan hulpverleners in de praktijk en intervisie met andere collega's belangrijk zijn om kritisch te blijven en knelpunten te bespreken. Het multidisciplinair overleg over casussen of het bespreken van vragen uit het team zorgt bij alle betrokken hulpverleners voor een constant leren en reflecteren (2,4). Huisartsen geven aan dat ze minder snel psychofarmaca voorschrijven, doordat een psychologische interventie toegankelijker is (4,5). Binnen de ELPF van GvhV is multidisciplinaire samenwerking en het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden zeer belangrijk, met de gedachte huisartsen te ondersteunen en de kwaliteit van zorg te verbeteren (12).

Netwerk uitbouwen

Aansluitend bij de multidisciplinaire samenwerking is het uitbouwen van een lokaal netwerk ook een kerntaak van de ELP. Het in kaart brengen van de diensten in de omgeving, contacten onderhouden en hulp aanbieden via het getrapte zorgmodel staan hierin centraal (5-7). Het werk van de verschillende partners dient op elkaar te worden afgestemd en aan te sluiten bij de behoeften van de gemeenschap, waardoor de samenwerking en continuïteit van zorg bevorderd worden (5,6). Daarnaast kan de ELP mensen laten doorstromen naar groepswerkingen of buurtprojecten en dient hij dus ook een goed contact met de wijk te onderhouden. Samen met andere actoren kan hij nagaan wat de behoeften in de wijk zijn. Wijkgericht werken of 'community-oriented care' houdt in dat alle actoren in de wijk meewerken aan de samenwerking van de organisaties en vergroot de betrokkenheid en invloed van buurtbewoners op hun gezondheids- en levensomstandigheden. Het doel is alle buurtbewoners, met extra aandacht voor kwetsbare groepen, te laten participeren aan het maatschappelijk leven. Voorwaarden voor deze vorm van empowerment zijn laagdrempeligheid en betrokkenheid van buurtbewoners (2).

3.1.2. ELP in huisartsenpraktijk en integratie in eerstelijnsgezondheidszorg

I. Groeiende nood aan hulpverlening

Huisartsen worden vaak als eerste gecontacteerd bij het optreden van psychosociale gezondheidsproblemen (4). Zoals aangehaald is het herkennen, begeleiden en verwijzen van mensen met psychische problemen voor hen een belangrijke taak. Het gefragmenteerde hulpverleningslandschap en de vaak lange wachtlijsten maken het voor huisartsen en patiënten echter vaak lastig om passende en toegankelijke zorg te vinden (2-4). Veel artsen rapporteren ook een groeiende nood, maar gebrek aan competentie en tijd om psychische problemen te begeleiden (4-5). Verder krijgen huisartsen steeds meer te maken met mensen uit maatschappelijk kwetsbare groepen, zoals allochtonen, ouderen, kansarmen, alleenstaande ouders, et cetera. Zij hebben vaker een slechtere psychosociale gezondheid door een samenspel van factoren en zoeken minder snel hulp. Maatschappelijke factoren, biologische kwetsbaarheid, fysieke en psychische draagkracht, sociale omstandigheden en opvoeding spelen hierbij een belangrijke rol (2-3). De groeiende nood aan ondersteuning in de eerste lijn en de invloed van de maatschappelijke context worden bevestigd door de cijfers van de nationale gezondheidsenquête van 2013. Tussen 2008 en 2013 is er een opmerkelijke verslechtering van het emotionele welzijn van de Belgische bevolking en een enorme toename van het aantal psychische problemen. Een verontrustend signaal sinds het begin van de economische crisis in 2008, wat de overheden zou moeten aanzetten tot dringende acties (19). Het rapport toont ook dat de meest kwetsbare mensen de grootste slachtoffers zijn. Voor deze groep is het een nog grotere uitdaging om passende, betaalbare en toegankelijke (psychische) hulp te vinden.

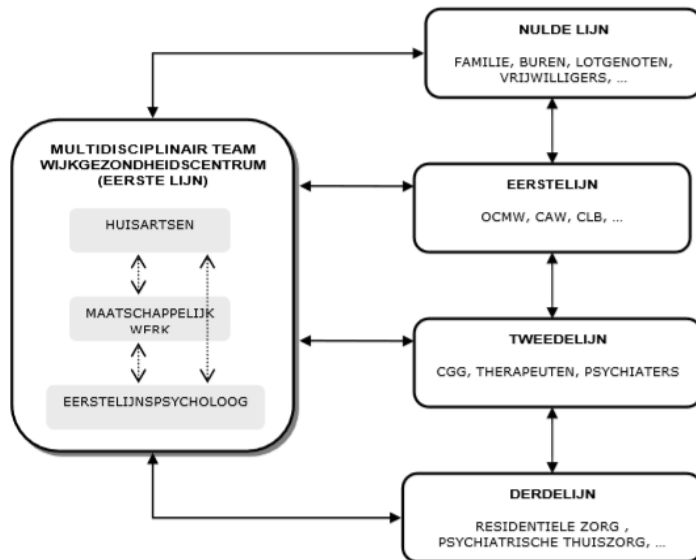
II. Integratie in de eerstelijnsgezondheidszorg

Integratie van de GGZ in de eerstelijnsgezondheidszorg verhoogt de toegankelijkheid, reduceert het stigma rond psychische problemen en kan leiden tot meer vroegtijdige en preventieve zorgverlening (2,20). Indien de hulpverlening betaalbaar is en in de buurt van de patiënt wordt georganiseerd, werkt dit drempelverlagend en wordt de sociale integratie bewaard. Voor deze integratie is er nood aan een kritische analyse van het huidige hulpverleningslandschap en de contextuele aspecten in de regio waarin men actief is. In het onderzoeksrapport 'eerstelijnspsycholoog' in opdracht van de Vlaamse overheid, wordt de waarde en rol van een ELP in een WGC geëvalueerd. Er wordt onder meer gesteld dat wanneer men de toegankelijkheid van de GGZ wil verbeteren, het aangewezen is voldoende ELP te integreren in eerstelijnsvoorzieningen (2). De overheid kan, door de integratie van de ELP, op een structurele manier bijdragen aan de vermaatschappelijking van de GGZ (5,20). Een ELP in een WGC verhoogt de toegankelijkheid ook voor kwetsbare groepen en naast een patiëntgerichte gezondheidspromotie en -preventie is er aandacht voor een wijkgerichte aanpak (2). Doordat de ELP te maken krijgt met een divers publiek is hij in staat de behoeften in de samenleving op het gebied van psychische gezondheid te detecteren (5). Het beroep ELP bestaat ondertussen al meer dan dertig jaar in Nederland en ook daar pleit men voor voldoende aandacht van de eerstelijnscontext, waarbij de ELP volledig zal integreren in de eerste lijn, zodat de zorg toegankelijk, laagdrempelig en betaalbaar blijft (6).

Huisartsen merken dat een kortdurende generalistische begeleiding in de eerste lijn bij veel patiënten volstaat en vinden de komst van de ELP een meerwaarde (5). In een bevraging van 33 huisartsenpraktijken met een psycholoog wordt de samenwerking bekeken. Psychologen dragen bij aan het verhogen van de zelfredzaamheid van patiënten en helpen om opnieuw een sociaal netwerk op te bouwen, kunnen als neutrale derde optreden, problemen beter duiden door meer tijd en zijn efficiënter in een niet-medicamenteuze aanpak. Verder is een goede samenwerking met huisartsen mogelijk en wordt er complementair gewerkt (21). De voordelen van een psycholoog geïntegreerd in een huisartsenpraktijk zijn: een lagere verwijzingsdrempel, de laagdrempeligheid, het overnemen van lange gesprekken en een betere communicatie met huisartsen. Daarnaast kan een psycholoog in de praktijk een coachende rol op zich nemen en leiden tot nieuwe inzichten doordat problemen vanuit een andere invalshoek worden bekeken (21). Mogelijke nadelen en beperkingen in de samenwerking zijn: de subspecialisaties van sommige psychologen, de gebrekkige financiering en problemen rondom de privacy van patiënten (2,4). Voor de verwijzing naar een ELP kan de huisarts een aantal criteria hanteren, waaronder duur, aard, ernst van de klachten en de draagkracht (2,6). Het lijkt aangewezen te verwijzen indien de klachten minder dan een half jaar aanwezig zijn en het functioneren niet ernstig verstoord is. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis of belangrijke combinatieproblematiek (bijvoorbeeld depressie met psychose of ernstige lichamelijke en psychische problemen) worden beter naar de tweede of derde lijn verwezen (6). Ook patiënten vinden het werk van de ELP een meerwaarde en over het algemeen wordt het contact tussen de ELP en de huisarts als positief ervaren. De ELP blijkt voor mensen ook een manier om kennis te maken met de psychische hulpverlening, daar dit voor velen vaak nog onbekend terrein is. Ook het informeren en ondersteunen van mensen over beslissingen met betrekking tot gespecialiseerde GGZ-diensten is een meerwaarde (5).

III. Belang van 'stepped-care' of getrapte zorg

Voor een goede integratie van de ELP in de eerste lijn is het essentieel om te werken volgens het getrapte zorgmodel (7,20). Daarnaast is een goede verticale aansluiting met de tweede en derde lijn noodzakelijk (20). Taakafbakening, communicatie en samenwerking met andere hulpverleners op alle lijnen is hierbij cruciaal (figuur 1). Problemen waar ELP op dit moment echter tegenaan lopen zijn de lange wachtlijsten in bepaalde regio's en/of een te beperkt aanbod van GGZ-diensten. Hierdoor nemen sommige ELP patiënten langer in begeleiding om voor een overbrugging te zorgen. Daarnaast is netwerking door de ELP belangrijk voor een goede onderlinge taakafbakening en het uitbreiden van de kennis van de sociale kaart om gericht te kunnen verwijzen. In de praktijk blijkt hier vaak een gebrek aan tijd en middelen voor te zijn (2,5).

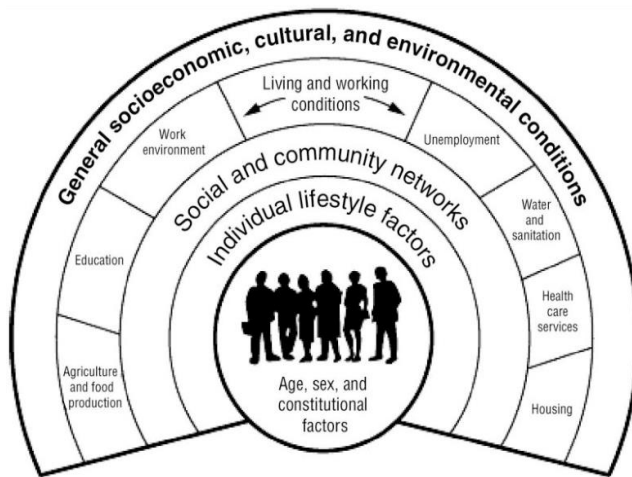


FIGUUR 1: POSITIE ELP IN EERSTE LIJN

Een wederkerende samenwerking en terugkoppeling tussen de lijnen is cruciaal om getrapte en integrale zorg mogelijk te maken. Overgenomen uit: (2).

IV. Integratie ELP in de praktijken van GvhV

Het is bekend dat de organisatorische structuren waarin de huidige ELP werken zeer uiteenlopend zijn (5,7). Dit zorgt voor uitdagingen, maar anderzijds is het belangrijk dat de ELPF aangepast is aan het doelpubliek (bijvoorbeeld kinderen, volwassenen, kansarmen, et cetera), de setting (bijvoorbeeld grootsteden) en de noden. De toegankelijkheid dient goed te zijn en in een vertrouwde omgeving (7). De multidisciplinaire praktijken van GvhV in Deurne en Hoboken hebben sinds 2016 twee ELP geïntegreerd in de praktijk. Dit omwille van de groeiende nood aan psychische hulpverlening, de ervaren drempels in het bestaande systeem en een bevraging bij patiënten van de praktijk. Een belangrijke doelstelling van de praktijken is de toegankelijkheid van de GGZ verbeteren. In een grootstedelijk gebied, zoals Antwerpen, bestaat de grootste unmet need betreffende psychologische gezondheidszorg (5). Door de integratie van de ELP in de praktijken, wordt psychologische hulpverlening dicht bij de mensen gebracht. Daarnaast maakt men de zorg financieel toegankelijk door te werken volgens het forfaitair betalingssysteem. Voor de begeleiding bij de ELP wordt een minimale bijdrage gevraagd om de kloof met andere psychologen te beperken en doorverwijzingen niet te bemoeilijken. De ELP maakt deel uit van het multidisciplinaire team en er wordt samengewerkt met hulpverleners uit alle lijnen. Een belangrijk kenmerk van de praktijken van GvhV is, dat de zorg horizontaal georganiseerd is en geïntegreerd, continu en gemeenschapsgericht is. Momenteel is de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen vaak nog verticaal ingericht, namelijk sterk uitgebouwd, tussen de disciplines en parallel aan elkaar. Een meer horizontale organisatie vindt men tot op heden enkel terug in de WGC en in bepaalde multidisciplinaire groepspraktijken (7). Naast de patiëntgerichte benadering, richt men zich ook op de wijk en de gemeenschap met als doel gezondheid te bevorderen in een gezondere omgeving en mensen actief te laten deelnemen (aan het beleid) in de wijk (2).



FIGUUR 2: MODEL VAN DAHLGREN EN WHITEHEAD

Dit model is gebaseerd op de sociaalecologische theorie van oorzaken van gezondheid en ziekte en wordt frequent gebruikt in gezondheidsbeleid. De lagen beïnvloeden elkaar (22).

Naast een toegankelijk aanbod, dient de zorg ook kwaliteitsvol te zijn. De ELP heeft als taak op individueel niveau de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten en hen te empoweren. Er wordt gekeken naar de omstandigheden (draaglast), die als druk worden ervaren. Er wordt echter opgemerkt dat de oorzaken van veel problemen zich situeren op de verschillende cirkels van Dahlgren en Whitehead, welke als leidraad voor de praktijk worden gebruikt (figuur 2) (22). De ELP bij GvhV heeft dan ook een maatschappelijke rol in het uitwerken van structurele veranderingen. Hij gebruikt verschillende technieken en theorieën die bij de context van de patiënt aansluiten en probeert mensen te betrekken in het streven naar meer inspraak in hun levenskwaliteit en een gezonde maatschappij (12).

V. Gedeelde verantwoordelijkheid

De (psychische) gezondheid is dus niet alleen een zorg van het individu, maar ook van de gemeenschap. Interventies met als doel het versterken van de wijken en veranderingen op macroniveau zijn nodig om zaken zoals werkloosheid, inkomensongelijkheid en slechte levensomstandigheden aan te pakken. De verantwoordelijkheid voor een integraal beleid ligt niet alleen in de gezondheidssector, maar in alle betrokken sectoren (3,23). Dit brengt ons bij de definitie van gezondheid volgens de WHO, waarin deze gelijk staat aan een goede levenskwaliteit, stevige interpersoonlijke relaties en fysiek, psychisch en sociaal welzijn (6,11). De Ottawa Charter definieert gezondheidsbevordering als het proces dat mensen in staat stelt controle uit te oefenen over hun gezondheid en deze te verbeteren, oftewel empowerment (11). In de hulpverlening en in de geneeskunde vormen de canMEDS rollen een belangrijk referentiekader. Eén van de benodigde competenties is 'maatschappelijk handelen'. Dit houdt in dat de hulpverlener de psychosociale, economische en biologische aspecten, die een invloed hebben op de gezondheid, herkent en werkt aan een bevordering van gezondheid van individuen én gemeenschappen. De sociale gelaagdheid van psychisch lijden, heeft dan ook een integrale en empowerende aanpak nodig, die tot buiten de consultatieruimte zal reiken.

3.2. Verkenning empowermentconcept

3.2.1. Introductie

I. Oorsprong en hedendaagse toepassingen

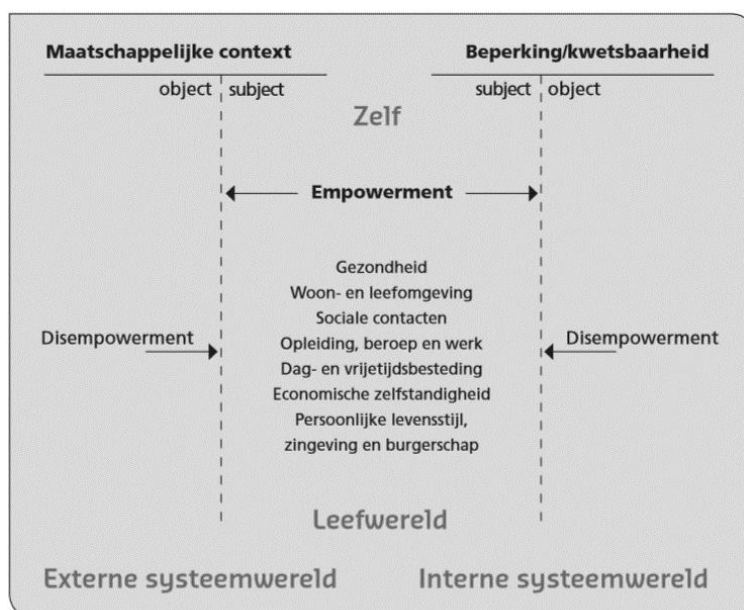
De term empowerment is niet goed te vertalen naar het Nederlands, daarom is er in deze masterproef gekozen om de Engelse term te gebruiken. Oorspronkelijk is het begrip verbonden met de strijd van individuen, die zich in een maatschappelijk achtergestelde positie bevonden, om meer controle en handelingsvrijheid te verkrijgen (8). De laatste decennia is de belangstelling voor het concept verder toegenomen (24-25). Toch blijft het een vaag begrip en wordt het in steeds meer disciplines en werkvelden gebruikt, zoals bij de bestrijding van armoede, in de jeugdzorg, in de psychologie en in de gezondheidsbevordering en –preventie (3,8,17). Deze populariteit gaat gepaard met een wildgroei aan omschrijvingen. Verschillende onderzoekers in uiteenlopende disciplines geven het begrip een eigen invulling in termen van niveaus en dimensies (17,25). Perkins en Zimmerman merkten in de jaren '90 al op dat het wijdverspreide gebruik van uiteenlopende conceptualiseringen van empowerment, de ontwikkeling van theorie, onderzoek en onderbouwde interventies en beleid in de weg kan staan (24-25).

II. Empowerment in vermaatschappelijking van de GGZ en het overheidsbeleid

De interesse voor empowerment groeit ook binnen de GGZ. Een verklaring hiervoor kan zijn dat empowerment aansluit bij de vermaatschappelijking van de GGZ (Artikel 107) en een roep om patiëntenparticipatie. De huidige zorg sluit vaak niet goed aan bij de werkelijke noden en patiëntenbewegingen pleiten voor meer inspraak en een focus op sociaal functioneren (8). Er is behoefte om zorg dichterbij huis aan te bieden, meer te kijken naar de mogelijkheden en competenties van mensen, samen te werken met de patiënt en de omgeving en meer

preventief en samenlevingsgericht te werken (3,20). Tegelijkertijd lijkt vermaatschappelijking van de zorg en empowerment ook een manier om een deel van de collectieve lasten terug bij het individu te leggen en te besparen op de zorgkosten, die door de vergrijzing en de stijging van chronische aandoeningen alleen nog zullen toenemen (5,8). De laatste decennia heeft marktwerking zijn intrede gedaan in de zorgsector. Er vindt een verschuiving plaats van solidariteit en verzorging naar zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. Er treedt hier ook een verschuiving op in het empowermentconcept, namelijk van de strijd van kwetsbare groepen naar het overheidsbeleid (8). Door empowerment worden mensen in staat gesteld zelf verantwoordelijkheid op te nemen voor hun welzijn, gezondheid en maatschappelijke participatie en daardoor hebben ze mogelijk minder behoefte aan zorg. Door dit te koppelen aan interventies dreigt het gevaar dat mensen in staat worden geacht zichzelf te empoweren en hun problemen zelf op te lossen en daarmee minder ondersteuning nodig hebben, wat kostenbesparend werkt. Empowerment is echter géén proces waarbij de verantwoordelijkheid volledig bij het individu ligt. Er ontstaat dan een risico op 'blaming the victim' wanneer zaken mislopen. Dit individuele schuldmodel kan leiden tot sociale isolatie en dat kan nooit het doel van empowerment zijn. Een ziekte of een kwetsbaarheid kan mensen belemmeren om vrije keuzes te maken, zich te ontplooien en het dagelijkse leven te organiseren. Dit gaat dan ook meestal gepaard met een zekere mate van afhankelijkheid op het gebied van zelfzorg, activiteiten, communicatie, et cetera. De verbinding met andere mensen is juist een cruciaal onderdeel van empowerment en interventies moeten, onder goede communicatieve voorwaarden, als middel in het empowermentproces worden gebruikt (8,26). Geconcludeerd kan worden dat empowerment van kwetsbare groepen niet vanzelfsprekend leidt tot minder zorgafhankelijkheid en dus kostenbesparing. Boumans omschreef het als volgt: *"als het primaire doel van empowerment het beheersen van de zorgkosten is, kan men zelfs spreken van een vorm van 'kolonisering' van de leefwereld door het systeem"* (8). De kracht van empowerment ligt in het verleggen van grenzen van bepaald worden naar meer zelfbepaling, ook al is men afhankelijk van anderen voor zorg of ondersteuning (figuur 3). Ten slotte is er wel degelijk discussie over beleid, organisatie, financiering en onderzoek nodig om empowermentprocessen in de maatschappij en zorg- en welzijnssector te faciliteren. Empowerment kan onder andere worden ondersteund door de handelingsmogelijkheden en invloed van zorggebruikers te vergroten, participatieprocessen in de maatschappij te vergroten, voldoende financiële middelen te voorzien en de verbinding tussen zorg en samenleving te verbeteren (23). Interventies dienen dan gericht te zijn op de vorming van sociale processen en structuren, die individuen (opnieuw) verbinden met het systeem (25). Empowerment blijkt dus een complex concept, dat enerzijds zorg dichterbij de mensen kan brengen en de weg opent om nieuwe methodes en aanpakken in de zorg- en welzijnssector te ontwikkelen, maar anderzijds ook risico's in zich draagt, wanneer het wordt vereenzelvigd met eigen verantwoordelijkheid, zogenaamde zelfredzaamheid en kostenbesparingen.

FIGUUR 3: WEERGAVE EMPOWERMENT ALS TWEEZIJDIG PROCES



Maatschappelijke factoren (economisch, politiek, et cetera) bepalen deels de context van individuen, maar mensen kunnen wel een invloed uitoefenen hierop door zich in te zetten (activiteiten, opleidingen, politieke acties, ontmoetingsplekken organiseren, et cetera). De maatschappelijke situatie is dus beïnvloedbaar tot op een zeker niveau. Datzelfde geldt voor de beperkingen en kwetsbaarheden, die mensen vaak niet volledig zelf in de hand hebben. De ruimte om het eigen welzijn te bepalen is ook beïnvloedbaar, wanneer men in staat is de impact van een kwetsbaarheid of ziekte te verminderen. Empowerment betekent hierin het vergroten van de handelingsmogelijkheden binnen de leefwereld en dus het groter maken van de leefwereld, waarbinnen men een invloed kan uitoefenen. Wat daarvoor nodig en wat dat inhoudt is voor iedereen anders (8). Figuur overgenomen uit: (8).

3.2.2. Definities van empowerment

Een veelgebruikte definitie van empowerment is geformuleerd door de Amerikaanse gemeenschapspsychologen Rappaport en Zimmerman. Zij omschrijven empowerment als een proces waarin mensen, organisaties en gemeenschappen een invloed kunnen uitoefenen op situaties en gebeurtenissen, die belangrijk voor hen zijn. Om dit te bereiken zijn nodig: toegang tot informatie, kennis en vaardigheden, mogelijkheden om beslissingen te nemen, individuele kracht, participatie aan de samenleving en controle (24,27). Zij beschrijven het concept vanuit een sociaalecologisch perspectief op de samenleving, waarin het relationele en contextuele centraal staan. Er is verbondenheid en interactie tussen het individuele welzijn en de sociale en politieke omgeving (25,27). Volgens deze benadering ontstaan sociale problemen door een ongelijkheid van mogelijkheden en toegang tot bronnen, maar erkent ze ook de kracht en acties van mensen om in beperkende omstandigheden doelen na te streven en controle te hebben (25). Men gaat uit van gezondheid, competenties en kracht, in plaats van ziekte, tekortkomingen en zwaktes (24). In het kader van gezondheidsbevordering ontwikkelde de WHO de volgende definitie: *“Empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health”*. Empowerment wordt hierin beschouwd als een proces waarbij individuen en gemeenschappen in staat zijn hun behoeften te definiëren en waarbij de betrokkenen deelnemen aan besluitvorming en het voeren van sociale, culturele en politieke acties (28). De WHO formuleert nog een meer specifieke definitie van empowerment in relatie tot de psychische gezondheid: *“In a mental health context, empowerment refers to the level of choice, influence and control that users of mental health services can exercise over events in their lives. The key to empowerment is the removal of formal or informal barriers and the transformation of power relations between individuals, communities, services and governments”* (1).

Van Regenmortel introduceerde het begrip in de armoedebestrijding en in de GGZ in Vlaanderen en omschrijft empowerment als volgt: *“een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van het kritische bewustzijn en het stimuleren van participatie”* (3,25). Centraal staat het ondersteunen van mensen bij het verwerven van inzicht en controle over gezondheid en de factoren die hier een invloed op hebben. Het betreft dan niet alleen individuele, maar ook sociale, economische, culturele en structurele factoren (3). Zij sluit zich hierbij aan bij de definitie zoals die in de gemeenschapspsychologie wordt gebruikt. Volgens haar staat empowerende zorg ook voor de minst ingrijpende zorg, die veerkrachtprocessen bij de mensen stimuleert en de sociale netwerken en leefwereld erbij betreft. Empowerment heeft dus ook implicaties voor interventies en beleid (3). Empowerment is volgens haar niet één ding, doel of methodiek, maar een kader dat het individuele welzijn verbindt met de bredere sociale en politieke context (3,8)

De definitie in het leerboek huisartsgeneeskunde is de volgende: *“Empowerment is de patiënt meer zeggenschap geven over zijn lijf en leven, om daarmee zijn gezondheid en leefomstandigheden positief te kunnen beïnvloeden”* (26). Een aantal elementen zijn hiervoor van belang, namelijk:

- Het verhogen van inzicht in de sociale determinanten van gezondheid en inzicht in vaardigheden om die factoren gunstig te beïnvloeden
- Het vergroten van controle: zelfvertrouwen of geloven in eigen mogelijkheden
- Aanzetten tot actie: participatie in processen, eventueel in samenwerking met anderen

3.2.3. Kernelementen empowerment

Naast de bovengenoemde definities bestaan er nog vele anderen. De meeste auteurs zijn het erover eens dat empowerment veel meer inhoudt, dan bepaalde psychologische constructen, zoals zelfvertrouwen en zelfredzaamheid (8,13,24). Als houvast vindt men in de literatuur enkele steeds terugkerende kernelementen, die meegenomen kunnen worden bij de conceptualisering en evaluatie van empowerment in een bepaalde setting. De onderstaande elementen verklaren waarom het moeilijk is een eenduidige omschrijving van het begrip te formuleren.

I. Empowerment is een open construct

De invulling van empowerment verschilt naargelang de context en de doelgroep (3,8,24-25). Dit betekent dat een conceptualisering van het begrip belangrijk is in elke setting en in elk onderzoek. Dit leidt dan ook tot implicaties voor de interventies, namelijk dat lokale en diverse initiatieven beter aansluiten bij deze benadering, dan veralgemeende interventies (24). Ook is de ontwikkeling van empowerment een proces dat tijd vergt en mensen doorlopen dit proces met verschillende snelheden. Vooral het herkennen van de ontwikkelingsfase waarin mensen zich bevinden en het kunnen handelen hiernaar is belangrijk (25). Men kan dus niet zomaar zeggen dat iemand empowered is of niet.

II. Empowerment is een gelaagd construct

Vanuit een sociaalecologische benadering is empowerment een relationeel begrip, dat ervan uitgaat dat er een voortdurende interactie is tussen individuen en de omgevende 'sociaal ecologische ringen' (figuur 2) (22). Het versterkingsproces kan plaatsvinden op verschillende niveaus en deze niveaus beïnvloeden elkaar wederzijds (3,25-26). Vaak moet er juist op verschillende manieren in de verschillende lagen gewerkt worden om empowerment te bevorderen (8). De verschillende niveaus van empowerment worden in het volgende hoofdstuk verder toegelicht.

III. Empowerment als proces of uitkomst

Empowerment kan gespecificeerd worden aan de fase waarin het optreedt, namelijk empowerment als proces of als uitkomst. In empowermentprocessen ontwikkelen mensen mogelijkheden en vaardigheden om controle te krijgen over hun leven en om een invloed uit te oefenen op beslissingen. Empowerment-uitkomsten evalueren het effect van interventies gericht op empowerment. De processen en uitkomsten verschillen per niveau. Een voorbeeld van een proces op individueel niveau is het aanleren van vaardigheden om besluiten te nemen, met als uitkomst het gevoel van zelfcontrole. Bij interventies draait het dus niet alleen om de uitkomsten, maar ook om de wijze waarop de uitkomsten tot stand komen (24-25). Bemerkingen hierbij zijn dat interventies bij de ene persoon wel en bij de andere persoon niet empowerend kunnen zijn en dat empowerment een continu proces is, waarbij uitkomsten ook weer een onderdeel van het proces kunnen worden (25).

IV. Participatie van de doelgroep

Zowel bij het conceptualiseren van het begrip als bij het evalueren van meetinstrumenten voor empowerment is het belangrijk de visie en ervaringen van de doelgroep te bevragen en mee te nemen (18,25,29). Dit participatief proces is voor de doelgroep ook een vorm van empowerment (17,25). Daarnaast kan het inzetten van ervaringsdeskundigen in de GGZ bijdragen aan empowerment (3).

3.2.4. Niveaus empowerment

In de literatuur worden verschillende niveaus van empowerment omschreven, waaronder het individuele, het gemeenschaps- en het organisatieniveau. Voor een schematisch overzicht wordt er verwezen naar *tabel 1*.

TABEL 1: DEELASPECTEN EMPOWERMENT OP INDIVIDUEEL, ORGANISATIE- EN GEMEENSCHAPSNIVEAU

NIVEAU	DIMENSIE	SUBNIVEAU
Individu	<i>Zelfbeleving</i>	· Gevoel van controle · Gevoel van competentie · Ervaring van zin, betekenis · Positief gevoel van eigenwaarde
	<i>Kritisch bewustzijn</i>	· Inzicht in eigen doelen, verlangens en behoeften · Inzicht in interpersoonlijke en maatschappelijke (machts)verhoudingen, beelden en opvattingen en de relatie met gezond leven · Inzicht in de eigen mogelijkheden en middelen om doelen te verwezenlijken
	<i>Gedrag</i>	· Participatie in sociale en politieke activiteiten die bijdragen aan gezond leven (vereniging, sportclub, politieke partij, werkgroep, etc.) · Bewuste keuzes maken · Weerbaarheid, assertiviteit · Coping met moeilijke situaties, problemen oplossen · Verandering in leefstijl in overeenstemming met eigen doelen
Organisatie	<i>Beleving</i>	· Verbondenheid en betrokkenheid bij organisatie · Interne structuur organisatie (aanwezigheid ondervertegenwoordigde groepen, samenwerking subgroepen) · Intern functioneren van organisatie (levensvatbaarheid of activiteit, conflicthantering) · Geloof dat organisatie invloed heeft
	<i>Kritisch bewustzijn</i>	· Maatstaf voor de geschiktheid van doelen van de organisatie · Mate waarin organisatie doelen bereikt · Maatschappelijke (machts)verhoudingen, beelden en opvattingen binnen de organisatie · Verbanden tussen de organisaties · Verwerven van middelen
	<i>Gedrag</i>	· Participatie in besluitvormingsprocessen · Acties om maatschappelijke omgeving te beïnvloeden · Veranderingen in openbaar beleid · Verwerven van middelen voor werknemers
Gemeenschap	<i>Beleving</i>	· Gevoel van onderlinge verbondenheid in de gemeenschap en betrokkenheid bij het leven in de gemeenschap · Geloof van de gemeenschap in de eigen mogelijkheden om invloed uit te oefenen op gezond leven in die gemeenschap
	<i>Kritisch bewustzijn</i>	· Inzicht van de gemeenschap in gedeelde doelen, verlangens en behoeften · Inzicht van de gemeenschap in maatschappelijke (machts)verhoudingen, beelden en opvattingen · Inzicht van de gemeenschap in de eigen mogelijkheden en middelen om doelen te verwezenlijken
	<i>Gedrag</i>	Uitingen van community empowerment, bijvoorbeeld: · Participatie van gemeenschap in politieke besluitvormingsstructuren · Lokaal leiderschap · Sociale steun netwerken · Samenwerkingsverbanden Lange termijn doelen: · Aanpassingen in fysieke omgeving · Aanpassingen in wet- en regelgeving · Aanpassing in maatschappelijke besluitvormingsprocedures · Positieve of genuanceerde beeldvorming over de gemeenschap

Schema uit 'Toolbox voor het meten van empowerment bij de einddoelgroep' (30).

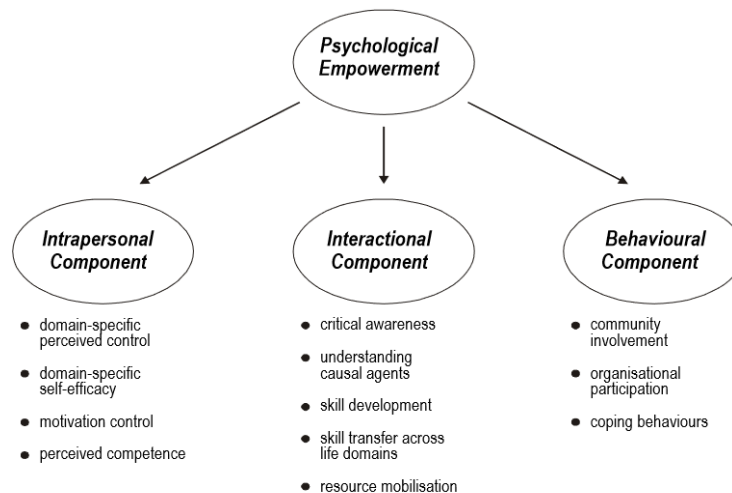
Psychologisch empowerment

Empowerment op individueel niveau wordt vaak psychologisch empowerment genoemd en kan worden onderverdeeld in een aantal dimensies en deelaspecten (*figuur 4*). Deze drie dimensies komen telkens terug op alle niveaus van empowerment (*tabel 1*). De aspecten hebben niet alleen betrekking op het individu, maar ook op de omgeving (24-25,27).

- 1) *Intrapersoonlijke dimensie of zelfbeleving*: bevat het geloof in de eigen competenties en mogelijkheden, maar ook het vertrouwen, de wil en motivatie om de persoonlijke situatie te beïnvloeden.
- 2) *Interpersoonlijke of interactionele dimensie*: heeft betrekking op het kritisch bewustzijn van de maatschappelijke mogelijkheden, normen en middelen, alsook de vaardigheden om deze te benutten en bronnen te mobiliseren.

- 3) *Gedragsdimensie*: omvat de betrokkenheid in de gemeenschap, sociale participatie, constructief gedrag bij het aangaan van bepaalde situaties en bij keuzes maken.

De in deze masterproef gebruikte meetschaal bevat vooral elementen met betrekking tot het individuele niveau, maar dit bestaat dus niet alleen uit het intrapersonlijke deel. Het bevat ook kennis van de sociaal-politieke omgeving en acties gericht op het uitoefenen of verwerven van controle.



FIGUUR 4: DIMENSIES EN DEELASPECTEN VAN PSYCHOLOGISCH EMPOWERMENT (27)

Empowerment op organisatieniveau

Empowerment op het niveau van organisaties betekent dat er organisatorische processen en structuren bestaan die participatie en het bereiken van doelen van de organisatie bevorderen (24). Er is een verschil tussen 'empowerende' en 'empowerde' organisaties. In een empowerende organisatie krijgen mensen mogelijkheden om vaardigheden te ontwikkelen, zijn er sociale en ondersteunende activiteiten en realiseert de organisatie doelen. 'Empowerde' organisaties beïnvloeden het grotere systeem en hebben een invloed op de besluitvorming en het beleid (25).

Empowerment op gemeenschapsniveau

Empowerment van gemeenschappen verwijst naar de samenleving en het sociale beleid en houdt ook in dat mensen samenwerken om hun invloed en de kwaliteit van leven in de gemeenschap te verbeteren en richt zich op participatie van iedereen (25,28). Ook het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende buurt- en gemeenschapsprojecten is een vorm van empowerment op dit niveau (24).

De ontwikkeling van empowerment is dus een dynamisch proces van interacties in en tussen de verschillende niveaus, waarin het psychologisch empowerment, of de kracht van mensen om doelen na te streven en controle te hebben over hun leven, centraal staat en een gemeenschappelijk doel is op alle niveaus (24-25). Empowerment start bij een individu en gaat er vanuit dat mensen graag controle willen hebben binnen hun leefwereld. Maar zoals reeds besproken in *figuur 3*, wordt de zelfbepaling door interne en externe factoren begrensd. De invloed die op deze factoren kan worden uitgeoefend is variabel en vaak is er enige vorm van samenwerking of collectieve actie nodig.

3.2.5. De relatie tussen empowerment en gezondheid

I. Een veranderende visie op gezondheid

Een basis voor de nieuwe visie op gezondheid werd gelegd in 'The Ottawa Charter for Health Promotion' (11). Er is sprake van een verschuiving van een ziekte- en pathologiegerichte aanpak naar een meer holistische benadering van gezondheid, waarin het ondersteunen van mensen bij het verwerven van inzicht en controle over hun gezondheid en de beïnvloedende factoren (leefstijl, sociaal, cultureel, structureel, et cetera) centraal staan. De individuele gezondheid wordt hierin gerelateerd aan de sociaaleconomische omgeving en herstel komt centraal te staan. Een kernstrategie is empowerment met aandacht voor een participatieve en

gemeenschapsgerichte aanpak (1,3,11). Mola et al. pleitten er dan ook voor patiëntempowerment op te nemen in de definitie van huisartsgeneeskunde, zoals die door WONCA werd gedefinieerd. De noden, verwachtingen en doelen van de patiënt met een chronische aandoening dienen in de participatieve zorg centraal te staan. Huisartsen en eerstelijnsverlener zijn toegankelijk en wijdverspreid in de samenleving en kunnen bijdragen aan het verspreiden van het empowermentconcept naar patiënten en gemeenschappen (31). Wanneer een empowermentvisie geïncorporeerd wordt in de huidige definitie, ligt de weg open voor onderzoek, onderwijs en het ontwikkelen en implementeren van effectieve interventies.

II. Directe en indirecte effecten van empowerment

Empowerment kan een directe en indirecte invloed op gezondheid uitoefenen. De directe invloed verwijst naar het bevorderen van gezond gedrag, het stimuleren van besluitvorming door mensen en het verbeterde zelfmanagement (9). Empowerment van individuen met chronische aandoeningen, zoals astma, diabetes en depressie, blijkt een effectieve strategie om copingvaardigheden en inzicht in gezondheidsproblemen te vergroten. Er is evidentie voor betere klinische uitkomsten en een hogere patiënttevredenheid (1,31). Empowermentonderzoek is vooral gebeurd bij sociaal achtergestelde groepen (zoals HIV-patiënten, vrouwen, armen). De effecten die werden vastgesteld waren divers: verbeterde (mentale) gezondheid en kwaliteit van leven, meer autonomie, beleidsveranderingen (9). Empowerment van patiënten met psychische of psychiatrische problemen kan ook bijdragen aan een toename van de kwaliteit van leven (9-10). Daarnaast kunnen individuen, organisaties of gemeenschappen acties ondernemen om risicofactoren in de omgeving te beïnvloeden, wat bijdraagt aan het bestrijden van achterstanden in gezondheid (1,9-11). Dan is er sprake van een indirecte invloed op gezondheid. Men spreekt dan ook wel van de instrumentele waarde van empowerment, die betrekking heeft op het verbeteren van sociale doelen (zoals inkomen en werksituatie) (16). Verder is er enige evidentie dat empowerment kan bijdragen aan een meer kosteneffectief gebruik van gezondheidsdiensten (9,32). Zoals besproken leidt empowerment echter niet vanzelfsprekend tot minder zorgafhankelijkheid en het nastreven van kostenbesparingen zou een bedreiging kunnen zijn voor het empowermentconcept.

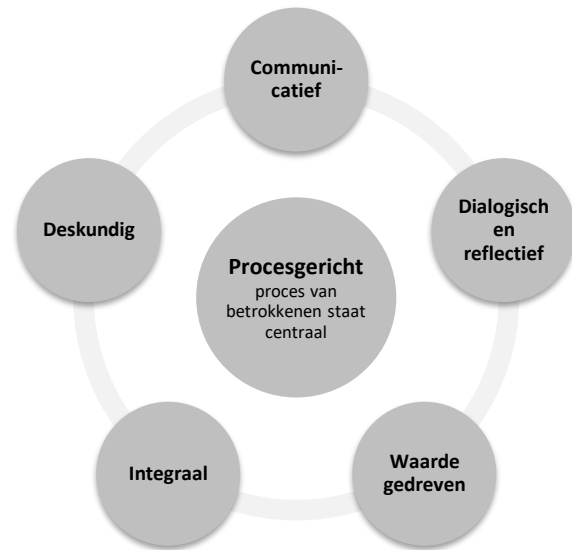
Het implementeren van empowermentstrategieën vergt een bijzondere inspanning en het meten van empowerment als proces en als uitkomst kent veel beperkingen. Er dient langdurig en kostelijk onderzoek te gebeuren, want empowerment is een complex en continu proces dat tijd vergt. Daarnaast is de inhoud van empowerment voor iedereen anders. Ook is het niet altijd mogelijk om te empoweren (bijvoorbeeld de motivatie ontbreekt of in dialoog gaan lukt niet) en kan het leiden tot het nemen van verkeerde beslissingen of heeft het een negatieve impact op de omgeving (8). Toch sluit empowerment aan bij de nieuwe visie op gezondheid zoals die door de WHO wordt gedefinieerd. Men kan ervan uitgaan dat empowerment met een individuele en maatschappelijke dimensie, met als doel het vergroten van de leefwereld, zelfcontrole en beslissings- en handelingsmogelijkheden, een positieve invloed heeft op de (psychische) gezondheid.

3.2.6. Principes ter ondersteuning van empowermentprocessen

Het is te kort door de bocht om ervan uit te gaan dat bepaalde algemene interventies empowerend werken. Eerder onderzoek probeerde reeds een systematische review van empowerende interventies uit te voeren, maar men kwam al snel tot de conclusie dat dit vrijwel onmogelijk is (23). De redenen zijn de uiteenlopende definities van empowerment en verschillen in context, doelgroep en meetinstrumenten. De hulpverlening dient aangepast te zijn aan de context en het individu of de doelgroep en wat bij de één wel werkt, werkt niet vanzelfsprekend bij de ander (8,25). Bouman formuleerde onderstaande principes van empowerend werken in de zorg- en welzijnssector op individueel en collectief niveau. De uitwerking ervan verschilt naargelang de situatie, maar de houding van de hulpverlener blijkt een cruciaal element in alle principes (8,23). Deze principes kunnen een leidraad vormen voor de eigen kritische reflectie op de werkwijze en ondersteuning van empowermentprocessen door de ELP in de praktijken van Gvhv.

Procesgericht werken:

De ondersteuning is gericht op het proces waarin het individu of de groep centraal staan. Het doel van de ondersteuning is het vergroten van en aansluiten bij de leefwereld. Oftewel het vergroten van de mogelijkheden en vaardigheden om een eigen invulling te geven aan verschillende levensgebieden. Er wordt gefocust op de krachten en mogelijkheden en op individueel niveau kan dit gaan over psychologische veerkracht, kennis, behoeften, motivaties, et cetera (33). Dit proces kan individueel of in groep ondersteund worden door het aanreiken van verstaanbare informatie en van bepaalde strategieën, methoden, tools of hulpbronnen (23,33).



FIGUUR 5: PRINCIPES VAN EMPOWEREND WERKEN VOLGENS BOUMAN (23,8)

Communicatief werken:

Om empowerment te bevorderen is een *communicatieve situatie* belangrijk, waarbij met het individu wordt bekeken wat de persoonlijke doelen en middelen zijn, realistisch in de individuele en maatschappelijke context. Deze samenwerkingsrelatie bevat ook het principe *participatief werken*, want door actieve betrokkenheid van mensen in dit proces, kan men keuzemogelijkheden uitbreiden en het gevoel van controle en invloed vergroten (33). Het doel kan voor iedereen anders zijn. De 'interventie' wordt dan deel van de leefwereld. Men spreekt van een *systemische of strategische situatie* wanneer de doelen en middelen (vooraf) door de hulpverlener of door financiële of juridische kaders worden bepaald (bijvoorbeeld vermindering zorgafhankelijkheid of besparingen). De patiënt heeft hierin veel minder inbreng.

Dialogo en reflectie:

Hierbij aansluitend is de constante dialoog in empowermentondersteuning belangrijk. Een samenwerkingsrelatie, die niet te sturend is, met betrokkenheid, aandacht, empathie en respect en waarin hulpbronnen en de veerkracht van mensen worden aangesproken (8,23). De kwaliteit van de samenwerkingsrelatie en de communicatie blijken veel belangrijker voor empowerment, dan de toegepaste interventie (23). Een strategische situatie kan een obstakel vormen voor het aangaan van een dialoog, naast de situatie waarin de patiënt te kwetsbaar is door zijn (psychische) toestand (bijvoorbeeld bij een schizofrene of ernstig depressieve patiënt), waardoor het niet altijd mogelijk is om zelf doelen en middelen vast te stellen. De eerste stap is dan ervoor zorgen dat er terug mogelijkheden komen om in dialoog te gaan, anders heeft de interventie weinig zin of werkt deze averechts. Vanuit de dialoog kan reflectie en actie mogelijk worden gemaakt.

Waarde gedreven:

Ondersteuning is waarde gedreven, waarbij er aandacht is voor ervaringen en betekenisgeving door individuen en groepen mensen. Dit vinden we terug in de onderstaande figuur onder 'positief werken'. Er is een grondhouding waarin respect, gelijkwaardigheid en eigen betekenisgeving aanwezig zijn (33).

Integrale benadering:

Een integrale aanpak, waarin beperkingen of kwetsbaarheden niet worden ontkent, maar waarin er gericht wordt op het vergroten van kennis en vaardigheden met aandacht voor de mens in al zijn levensgebieden (micro-, meso- en macroniveau). Erkenning van de mogelijkheden en beperkingen, die kunnen veranderen in het proces, is belangrijk.

Deskundig:

Empowermentondersteuning maakt gebruik van de ervaringskennis van mensen. Het inzetten van ervaringsdeskundigen kan in bepaalde situaties een belangrijke vorm van ondersteuning bieden door een verbinding tussen individuen en hulpverleners te vormen (3). Daarnaast is kennis van professionals en de uitwisseling en integratie hiervan tussen verschillende actoren wenselijk.

Naast deze principes formuleren de Vlaamse onderzoeksters Steenssens en Van Regenmortel ook algemene werkingsprincipes van empowerment, voornamelijk gebaseerd op de definitie van Zimmerman (33). Deze werden gebruikt in de ontwikkeling van de Vlaamse Empowerment-Barometer voor de evaluatie van buurtgebonden activeringsprojecten (33). Hiermee kunnen projecten op individueel en op gemeenschapsniveau worden geëvalueerd. Wanneer men de principes van beiden vergelijkt (*figuur 5 en 6*), blijken deze inhoudelijk grotendeels overeen te komen, al is de woordkeuze in de figuren niet altijd hetzelfde. Toch zijn er enkele verschillen, die hieronder kort worden toegelicht, omdat ze een aanvulling kunnen vormen wanneer er (voornamelijk) in groeps- of gemeenschapsverband wordt gewerkt.



FIGUUR 6: PRINCIPES VAN EMPOWEREND WERKEN VOLGENS STEENSSENS EN VAN REGENMORTEL (33)

Inclusief werken:

Dit betekent dat er zoveel mogelijk mensen actief worden betrokken in bepaalde projecten of werkingen. De nadruk dient dan vooral te liggen op de participatie van kwetsbare populaties. Idealiter werkt men vooraf met de doelgroep van een project samen om noden en behoeften te formuleren en hier vervolgens acties of interventies aan te koppelen (33). Inclusief werken heeft geen duidelijke plaats in *figuur 5*, maar ook Bouman focust zich op de inclusie van kwetsbare populaties, maar laat dit minder duidelijk naar voren komen in de kern van de empowermentprincipes.

Relatiegericht werken:

In het schema van Steenssens en Van Regenmortel heeft relatiegericht werken een aparte plaats gekregen. Het gaat hier enerzijds om het aangaan van een samenwerkingsrelatie met hulpverleners, maar anderzijds ook om samenwerkingsverbanden met anderen. Zij zien veel kansen voor groepswerking, waarin kennis kan worden uitgewisseld, kritische bewustwording kan ontstaan en mensen vaardigheden en capaciteiten kunnen ontwikkelen. Dit kan aanleiding geven tot het gevoel ergens bij te horen, zelfontplooiing en een stimulans zijn om invloed uit te oefenen (33). Ook het onderzoek van Bouman toont dat een belangrijke vorm van empowerment ontstaat door activiteiten en groepswerkingen van samenwerkende lotgenoten. Het kan individuele en collectieve versterkingsprocessen op gang brengen, die zover kunnen reiken tot het beïnvloeden van besluitvormingsprocessen op beleidsniveau (23).

Naast de algemene principes, formuleren Steenssens en Van Regenmortel nog enkele belangrijke organisatorische randvoorwaarden ter ondersteuning van de empowermentbenadering, namelijk:

- Een empowermentbenadering opnemen in de visie en het beleid van de organisatie, waarin ook voldoende aandacht gaat naar empowerment van de medewerkers zelf.
- Voldoende werkingsmiddelen (tijd, geld, mankracht et cetera) om deze benadering te ondersteunen. Ook het onderhouden van samenwerkingsrelaties, naast individuele en groepswerkingen, valt hieronder.
- Aandacht voor de empowermentcompetenties van medewerkers, zoals de houding en vaardigheden.

3.2.7. Empowerende elementen in een ELPF

Er bestaat nog geen literatuur over de conceptualisering van het begrip empowerment in een multidisciplinaire eerstelijnssetting met een ELPF. Dit onderzoek is een eerste aanzet om het complexe construct empowerment in deze context te onderzoeken. De psychische gezondheid van mensen is immers een specifiek, maar zeer belangrijk deel van de leefwereld, dat een impact heeft op alle levensgebieden.

In hoofdstuk 3.1 werden de kerntaken van de ELP beschreven. In dit hoofdstuk wordt bekeken welke empowerende elementen terugkomen in het werk van de ELP en hoe daar een invulling aan wordt gegeven.

Hiervoor wordt eerst de literatuur bekeken en vervolgens zal de analyse van de diepte-interviews aanvullende inzichten geven.

Individuele hulpverlening

De belangrijkste taak van de ELP is de oplossings- en actiegerichte zorg, die aansluit bij de context en de leefwereld van de patiënt. De psychologische ondersteuning richt zich op het vergroten van de emotionele draagkracht, het creëren van mogelijkheden, het uitbreiden van (coping)vaardigheden, verhogen van de zelfredzaamheid en het samen met een professional zoeken naar oplossingen (2,7) (*proces-, krachtgericht en communicatief werken op individueel niveau*). In het rapport in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid worden doelen voor de begeleiding van de ELP omschreven, namelijk: helpen inzicht te bieden in de aard en achtergrond van de klachten, helpen controle over het eigen functioneren te vergroten aan de hand van verschillende KPI en het stimuleren om ook na de begeleiding het versterkingsproces verder te zetten (2) (*proces- en krachtgericht werken op individueel niveau*). De ELP werkt generalistisch en heeft kennis van verschillende strategieën en methodes om in dialoog te gaan en te reflecteren met de patiënt. In de eerstelijnspsychologie is naast psycho-educatie, het KOP-model van Paul Rijnders een frequent gebruikte toepassingsvorm van een KPI (2,5,7,34). Op een gestructureerde wijze worden de klachten (K), omstandigheden (O) en de persoonlijke stijl (P) met de patiënt overlopen. Het brengt de mogelijkheden, maar ook de beperkingen in de omstandigheden en de eigen kwetsbaarheden in beeld. Vervolgens worden hier in overleg met de patiënt doelen en acties aan gekoppeld om mee aan de slag te gaan. Het model is ontwikkeld om in een beperkt aantal sessies de participatie van patiënten te bevorderen en de (coping)vaardigheden te versterken (34) (*communicatief, dialoog en reflectie, integraal en procesgericht op individueel niveau*). Het KOP-model wordt als uitgangspunt gebruikt door de ELP van GvhV.

Groepswerking

Ook het organiseren van groepssessies is een mogelijke taak van de ELP en vormt een aanvulling op het getrapte zorgmodel. In de praktijk blijken veel ELP niet aan groepswerking te doen (5). Vaak ontbreken de organisatorische randvoorwaarden om dit te kunnen realiseren, nochtans liggen hierin wel de mogelijkheden om empowermentprocessen op diverse manieren en niveaus te ondersteunen. Binnen GvhV werden ervaringen opgedaan met groepssessies rond stress, een project rond langdurig zieken en het project de 'Goed-Gevoel-Stoel'. Bij dit laatste project draait het om het geloof in en gevoel van controle over de mentale gezondheid. Het zijn drie intensieve praat sessies met een focus op draaglast en draagkracht. De doelstelling is inzicht te bieden, competenties aan te leren en mensen met psychische klachten in groep sterker te maken (12) (*procesgericht, relatiegericht, communicatief/participatief, dialoog en reflectief, waarde gedreven, deskundig en integraal werken op individueel, organisatie en gemeenschapsniveau*). In dergelijke groepscursussen, waar inspraak van individuen mogelijk is, lijken alle principes van empowerend werken naar voren te komen.

Toegankelijkheid

Maatschappelijk kwetsbare groepen vinden moeilijk toegang tot geschikte informatie en gezondheidsvoorzieningen en hebben vaak minder kennis en vaardigheden om te handelen in het belang van hun gezondheid, met als gevolg dat empowerment van deze groep mensen nog altijd heel moeilijk is (11). Uit onderzoek blijkt dat de ELP een relatief grote groep kwetsbare mensen weet te bereiken (5). Aangezien kwetsbare groepen duidelijk een groter risico lopen op psychische problemen, leidt het verbeteren van de toegankelijkheid voor deze groep al tot een empowerende zorg (3). Een voorwaarde voor empowerment op individueel niveau is ten eerste al de toegang tot gezondheidszorg (*inclusief werken op individueel niveau*).

Samenwerking, netwerking en wijkgericht werken

De meerwaarde van de integratie van een ELP in een multidisciplinaire praktijk werd reeds besproken. Door overleg kunnen huisartsen, ELP en andere medewerkers reflecteren en van elkaar leren. Daarnaast kan het geven van vormingen door de ELP nuttig zijn (2) (*communicatief en relatiegericht werken en dialoog en reflectie op organisatieniveau*). Ook draagt multidisciplinaire samenwerking bij aan integrale zorg, dus op meerdere aspecten van de leefwereld. Niet alleen binnen de praktijk, maar ook door een lokaal netwerk uit te bouwen buiten de praktijk en wijkgericht te werken (*integraal en relatiegericht werken op alle niveaus*). De ELP is in de mogelijkheid om, samen met individuen of hulpverleners, met het gezondheidscentrum of met andere diensten, individueel empowerment uit te breiden naar organisatie- en gemeenschapsniveau (*tabel 1*). Door wijkgericht te werken kan men de leefbaarheid verbeteren, maar hier is ondersteuning en aansturing vanuit andere sectoren noodzakelijk. Elke interventie op het niveau van de geestelijke gezondheid dient idealiter samen te gaan met acties en interventies in de leefomgeving, de fysieke en sociale gezondheid (2). Bij GvhV gaat men er vanuit dat het empowerend werkt als men mensen inzicht geeft in de sociale en politieke omstandigheden, die mee kunnen

spelen bij psychische problemen. Er is extra aandacht voor het maatschappelijke perspectief, dat een invloed uitoefent op individuen, wijken en de samenleving in zijn geheel (12).

Bovenstaande leert ons, dat wanneer men de literatuur over de visie, werking en kerntaken van de ELP bekijkt, hij of zij zich in een bijzondere positie bevindt. Een positie die een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren aan het ondersteunen van empowermentprocessen op individueel niveau (*tabel 1*). Ook sluiten de principes van empowerend werken aan bij de theoretische werking van een ELPF. Ten slotte is de ELP in de mogelijkheid, indien de voorzieningen, omstandigheden en organisatorische randvoorwaarden dit toelaten, een bijdrage te leveren aan de andere niveaus van empowerment.

3.3. Meetinstrument empowerment

3.3.1. Introductie

Het meten van uitkomsten in de gezondheidszorg is de laatste jaren steeds belangrijker geworden om de meerwaarde en effectiviteit van interventies aan te tonen en te verantwoorden, ook in de GGZ en in het sociaal werk. Zo werd er een meetschaal psychologisch empowerment ontwikkeld met mensen in armoede en sociaal werkers, die vervolgens werd getest in het OCMW van Lier en Antwerpen (35). Hierbij moet men niet vergeten, dat zeker in de GGZ, het meten van klinische uitkomsten aan de hand van vragenlijsten, slechts één onderdeel is van de evaluatie. Ook de patiënttevredenheid, het effect op het dagelijks functioneren en de kosten moeten mee in overweging worden genomen (2). Een tweede aandachtspunt is dat meetschalen in de eerstelijnsgezondheidszorg geschikt moeten zijn voor een heterogene patiëntenpopulatie (2). Een goede uitkomst betekent dus meer dan het verlichten van klachten.

3.3.2. Voorwaarden voor een empowermentmeting

Het voorgaande literatuuronderzoek maakt de complexiteit van het begrip empowerment duidelijk en laat zien dat de invulling ervan afhankelijk is van de context en de doelgroep. Het is dan ook belangrijk om te vermelden dat er geen allesomvattend en gestandaardiseerd meetinstrument bestaat voor empowerment. Zimmerman omschreef het als volgt:

“The development of a universal and global measure of empowerment is not an appropriate goal because it may not mean the same thing for every person, organization, or community everywhere” (18).

Een conceptualisering van het begrip empowerment samen met de doelgroep is dus noodzakelijk (18,29). Wanneer men vervolgens een meetinstrument wil ontwikkelen, evalueren en valideren, is het belangrijk de inhoud af te toetsen met de doelgroep. Dit participatief proces is ook een vorm van empowerment (17,25). Bouman et al. constateert echter, dat er tot op heden weinig onderzoek over empowerment is wat rekening houdt met het perspectief van de kwetsbare doelgroep zelf (8).

De afgelopen jaren werden er enkele meetinstrumenten ontwikkeld, geoperationaliseerd en geëvalueerd. Opvallend aan deze instrumenten is dat er een grote onderlinge variatie is in het aantal niveaus (individueel, gemeenschap en organisatie), dimensies en aspecten waarop ze betrekking hebben (30). In wetenschappelijk onderzoek ziet men vaak een reductie van het aantal niveaus en beperkt men zich meestal tot het meten van het individuele of psychologisch empowerment (17,25). Een meting van psychologisch empowerment is methodologisch veel minder complex, dan een meting op bijvoorbeeld gemeenschapsniveau, waarbij veel meer personen en interacties betrokken zijn. Daarnaast worden resultaten op de andere niveaus pas na meerdere jaren bereikt, wat betekent dat langdurig, complex en vaak kostelijk onderzoek noodzakelijk is (17). Het gevaar van een te enge focus op het individuele niveau, is dat de verantwoordelijkheid volledig bij het individu wordt gelegd (8,25-26). Vaak is er in de meetinstrumenten ook een reductie van het aantal dimensies binnen een niveau (30). De dimensies (intrapersoonlijk of zelfbeleving, interactioneel en gedrag) beïnvloeden echter elkaar en juist de interacties ertussen resulteren uiteindelijk in empowerment (27). Deze vorm van reductie lijkt daarom moeilijk te verdedigen vanuit een empowermentbenadering. Daarnaast is het vanwege de onderlinge afhankelijkheid van de dimensies noodzakelijk de interne consistentie van de vragenlijst na te gaan, aangezien het samen zetten van aspecten van empowerment (bijvoorbeeld uit verschillende vragenlijsten) niet hetzelfde is als het meten van het concept empowerment (16). Een belangrijk aandachtspunt hierbij is, dat een groot deel van het empowermentonderzoek heeft plaatsgevonden in de Verenigde Staten en men voorzichtig dient te zijn

bij het vertalen en gebruiken van anderstalige vragenlijsten, omdat er sprake kan zijn van cultuur- en waardeverschillen (13,29).

Ten slotte gaan empowermentuitkomsten over de effecten van interventies *die gericht zijn op* empowerment (25). Anders gezegd draait het niet alleen om de uitkomsten van de interventie, maar ook om de manier waarop de interventie plaatsvindt en de onderliggende processen. Deze processen en een evaluatie van het hoe en waarom van die effecten is ook een deel van empowerment. Het kan dus niet de bedoeling zijn empowerment uit te drukken in wel of niet empowered zijn. Het is een continu evoluerend proces, waarbij soms ook stappen terug worden gezet. Ook dit is een reden waarom empowerment moeilijk meetbaar is, omdat de kern van empowerment een proces is, dat gekenmerkt is door vallen en opstaan en leren omgaan met tegenslagen en beperkingen. Mensen gaan zelden in één keer vooruit en een causale of lineaire relatie is dan ook moeilijk aan te tonen (23). Zoals eerder besproken, is dus vooral ook een combinatie van onderzoeksmethoden (zowel kwantitatief als kwalitatief) belangrijk in empowermentonderzoek.

Dat er een redelijk aantal meetinstrumenten is ontwikkeld, wil zeggen dat er toch een poging wordt gedaan het moeilijke concept empowerment te meten. Naast de beperkingen, zijn er ook voordelen van meetinstrumenten. Een kwalitatieve analyse van de meetschaal psychologisch empowerment bij sociaal werkers en cliënten van enkele OCMW's toonde dat een instrument hulp kan bieden bij een krachtgerichte aanpak en bij het (h)erkennen van bronnen of krachten die in de persoon zelf liggen of in zijn omgeving (35). Anderzijds kan het een hulpmiddel zijn om in dialoog te gaan over bepaalde zaken, die misschien niet spontaan aan bod zouden komen. Er wordt namelijk gekeken vanuit het perspectief van de patiënt. Daarnaast kan de meetschaal ook nuttig zijn bij de dialoog over de evaluatie van het proces, om eventuele verwezenlijkingen meer objectief bespreekbaar te maken (35). Zo is het bijvoorbeeld mogelijk meer nadruk te leggen op een dimensie waar slechter op gescoord wordt. Ten slotte biedt een meetschaal een kans om invulling en structuur te geven aan het vaak nog vage concept empowerment (35).

3.3.3. Het meetinstrument: de Nederlandse Empowerment Lijst

Voor het kwantitatieve deel van deze masterproef wordt gebruik gemaakt van de NEL. Het Nederlandse Trimbos-instituut ontwikkelde de NEL samen met patiënten met een psychische kwetsbaarheid. Vóór het ontwikkelen van de vragenlijst vond er een conceptuele verkenning van het begrip empowerment plaats met patiënten (14). Zoals besproken is een conceptualisering van het begrip empowerment met de doelgroep een belangrijke meerwaarde van deze ontwikkelde vragenlijst.

De vragenlijst bestaat uit 40 items, die door factoranalyse onderverdeeld worden in zes domeinen: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap (*bijlage 1*). Er wordt een totaalscore en een score per dimensie berekend. Een score kan worden berekend als ten minste 80% van de items van een schaal zijn ingevuld. De schaalscore = (som items) / (aantal ingevulde items). Door de vragenlijst herhaaldelijk in te vullen kan men evalueren hoe mensen groeien in hun kracht en het is ook een manier om het hulpaanbod te beoordelen. Het is een gevalideerde vragenlijst, ze heeft goede psychometrische eigenschappen en is door validering in de Nederlandstalige context beter toepasbaar dan (vertalingen van) buitenlandse vragenlijsten, onder andere vanwege het risico op culturele interpretatieverschillen. Daarnaast bevat de NEL omgevingsgerichte en sociale items en items rond het omgaan met problemen, die in de veelgebruikte Amerikaanse vragenlijst niet aan bod komen (13-14,29). De concurrente en content validiteit en interne consistentie zijn goed en de 40 items vormen een samenhangend geheel (*bijlage 1*) (13,36).

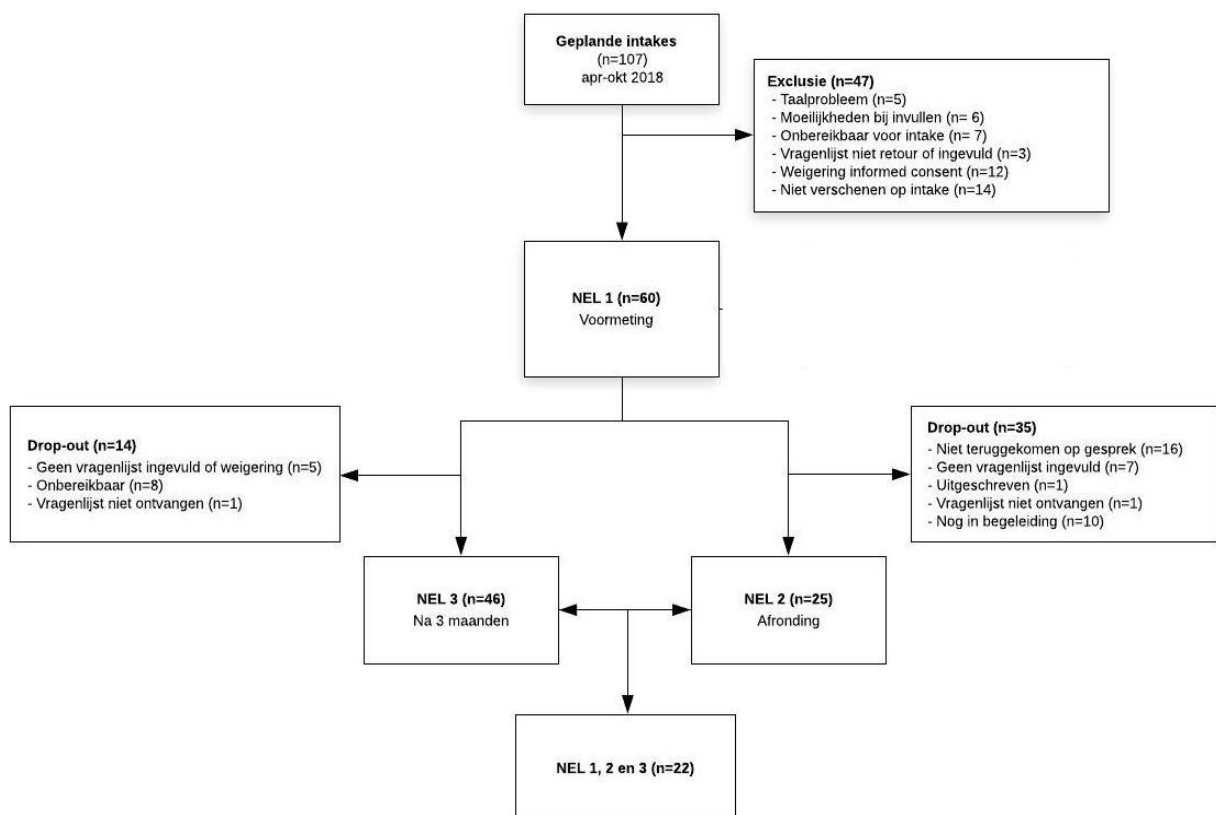
Geen van de bestaande meetinstrumenten in de literatuur sloot perfect aan bij de huidige context, daarom was het noodzakelijk keuzes te maken. Zoals reeds kort toegelicht in de methodologie werd er gekozen voor de NEL, omdat ze psychologisch empowerment in de ruimste zin evalueert en niet alleen focust op de zelfbeleving of de intrapersonlijke dimensie. Ook de interpersoonlijke dimensie en de gedragscomponent komen in de vragenlijst aan bod. Dit is essentieel in de sociaalecologische benadering van empowerment, omwille van de interdependentie van deze dimensies.

4. Resultaten

4.1. Kwantitatief: meten van empowerment in de praktijk

In de periode van april tot oktober 2018 werden in beide praktijken in totaal 107 intakes gepland, waarvan 60 in Deurne en 47 in Hoboken. De ELP in Deurne werkt voltijds en de ELP in Hoboken deeltijds. Van de patiënten die werden verwezen voor een intake, bleek 9,3% niet op de intake te verschijnen (n=14). Uiteindelijk vulden 60 patiënten de voormeting in (response rate 56,1%), 46 de meting na drie maanden en 25 de meting bij afronding. In totaal hebben 22 patiënten alle drie de vragenlijsten voltooid. De respons van de meting na drie maanden (n=46) was zoals verwacht groter dan de respons bij afronding (n=25). Verschillende oorzaken liggen hieraan ten grondslag. De belangrijkste reden is dat er soms geen duidelijk afrondingsmoment was, zo kwam het voor dat patiënten hun afspraak afbelden, niet op de afspraak verschenen of zeiden op een later moment terug te komen. Deze begeleidingstrajecten werden beschouwd als 'niet afgerond'. Daarnaast kwam het voor dat mensen de vragenlijst niet meer wilden invullen of onbereikbaar waren. Tenslotte was een deel van de patiënten nog in begeleiding op het moment van afronden van deze studie.

FIGUUR 7: FLOWCHART GEÏNCLUDEERDE EN GEËXCLUDEERDE PATIËNTEN



4.1.1. Karakteristieken patiënten

TABEL 2: KARAKTERISTIEKEN PATIËNTEN (N=60)

Leeftijd Gem. (n; SD; min.-max.) ≤ 18 jaar % 19-59 jaar % ≥ 60 jaar %	42,2 (60; 16,9, 17-83) 5 % 76,7% 18,3%
Geslacht vrouw % (n)	68,3% (41)
Nationaliteit Belg % (n) Nederlands % (n) Marokkaans % (n) Overige % (n)	86,7% (52) 3,3% (2) 3,3% (2) 6,6% (4)
Opleidingsniveau Lager onderwijs % (n) Hoger onderwijs % (n) Onbekend % (n)	65% (39) 17% (17) 6,7% (4)
Woonsituatie Alleenwonend % (n) Inwonend bij familie % (n) Samenwonend % (n) Onbekend % (n)	30% (18) 18,3% (11) 45% (27) 6,7% (4)
Werksituatie Voltijds % (n) Deeltijds % (n) Geen/pensioen % (n) Student % (n) Vrijwilligerswerk % (n) Onbekend % (n)	31,7% (19) 26,7% (16) 28,3% (17) 5% (3) 3,3% (2) 5% (3)
Verwezen Ja 0de lijn 1ste lijn 2de lijn 3de lijn (0de en 1ste lijn)	50% (30) 10% (6) 10% (6) 25% (15) 3,3% (2) 1,7% (1)
NEL1 (voormeting)* Sociale steun: gem. (n; SD) Eigen wijsheid: gem. (n; SD) Erbij horen: gem. (n; SD) Zelfmanagement: gem. (n; SD) Betrokken leefgemeenschap: gem. (n**; SD) Totaal empowerment: gem. (SD)	3,56 (60; 0,70) 3,21 (60; 0,77) 3,23 (60; 0,71) 3,32 (60; 0,68) 3,27 (57; 0,67) 3,30 (60; 0,57)

* Professionele hulp werd niet berekend gezien 'n.v.t.' bij de voormeting en bijgevolg te veel missing data.

** Een subscore werd alleen berekend indien ten minste 80% van de schaal is ingevuld.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 42 jaar en de meerderheid (68,3%) is vrouw. Iets meer dan driekwart van de patiënten is tussen de 19 en 59 jaar, 18,3% is 60 jaar of ouder en 5% is 18 jaar of jonger. Het grootste deel heeft de Belgische nationaliteit (86,7%), maar hier is een vertekening mogelijk, aangezien de patiënten die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, geëxcludeerd zijn in de steekproef. De meerderheid is lager opgeleid (65%) en naast dat 31,7% voltijds en 26,7% deeltijds werkt, heeft 28,3% geen werk (n=15) of is met pensioen (n=2). De helft van de patiënten wordt doorverwezen door de ELP en in de meeste gevallen naar de tweede lijn (25%) (tabel 2).

Het gemiddelde aantal sessies na drie maanden en bij afronding is terug te vinden in tabel 3. 73% van de patiënten heeft één tot vier gesprekken met de ELP, 25% heeft vijf tot tien gesprekken en 1,7% had meer dan tien gesprekken.

TABEL 3: AANTAL SESSIES

Aantal sessies na 3 maanden Gem. (n; SD)	2,78 (60; 1,42)
Aantal sessies bij afronding Gem. (n; SD; bereik)* 1-4 sessies % (n) 5-10 sessies % (n) > 10 sessies % (n)	3,63 (60; 2,56; 1-11)* 73% (44) 25% (15) 1,7% (1)

* Tien patiënten waren nog bezig met de gesprekken op het moment van afronden van de studie. De toekomstige sessies zijn dus niet meer meegenomen in dit gemiddelde.

4.1.2. Resultaten metingen

De hypothese is dat de begeleiding van de ELP een positief effect heeft op empowerment van patiënten. De eerste analyse is een vergelijking tussen de voormeting (NEL1) en de afrondingsmeting (NEL2) (tabel 4). Omwille van de eerder beschreven redenen was de respons op de afrondingsmeting beperkt en vulden slechts 25 patiënten deze vragenlijst in. Gezien de totale populatie startende patiënten 107 bedroeg en 25 personen de afrondingsvragenlijst invulden, zal er bij een 90% betrouwbaarheidsinterval (BI) een foutenmarge zijn van 14%. De resultaten dienen dan ook met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Wanneer men binnen deze groep van 25 patiënten kijkt of de scores veranderen, constateert men dat 'eigen wijsheid' (p=0,008), 'erbij horen' (p=0,005) en de totale empowermentscore (p=0,022) een significante toename vertonen. Ook constateert men een achteruitgang op de schaal 'betrokken leefgemeenschap' (p=0,680), maar dit verschil is niet significant.

TABEL 4: EMPOWERMENTSCORES VOORMETING (NEL 1) EN AFRONDINGSMETING (NEL 2) (N=25)

	Voormeting Gem. (SD)	Afrondingsmeting Gem. (SD)	Verschijscores Gem. (SD) [90% BI]	P-waarde
<i>Sociale steun</i>	3,70 (0,63)	3,79 (0,66)	+ 0,09 (0,62) [-0,12, 0,30]	0,482
<i>Eigen wijsheid</i>	3,34 (0,85)	3,68 (0,54)	+ 0,34 (0,59) [0,14, 0,55]	0,008
<i>Erbij horen</i>	3,38 (0,70)	3,82 (0,62)	+ 0,44 (0,70) [0,20, 0,68]	0,005
<i>Zelfmanagement</i>	3,44 (0,74)	3,64 (0,57)	+ 0,20 (0,65) [-0,02, 0,42]	0,134
<i>Betrokken leefgemeenschap</i>	3,12 (0,79)	3,05 (0,63)	- 0,07 (0,79) [-0,33, 0,20]	0,680
<i>Totale empowermentscore</i>	3,38 (0,65)	3,62 (0,48)	+ 0,24 (0,49) [0,07-0,41]	0,022

De tweede analyse is een vergelijking van de scores tussen de voormeting en de meting drie maanden na de startdatum van de begeleiding (tabel 5). Afgaande op het gemiddelde aantal sessies op drie maanden (2,78 sessies) en het gemiddelde aantal sessies bij afronding (3,63 sessies), kan men ervan uitgaan dat de meerderheid van de patiënten nog in begeleiding was op het moment dat NEL3 werd ingevuld. In deze analyse bestaat de steekproef uit 46 personen en uitgaande van NEL1 bedraagt de respons rate van NEL3 76,7%. Redenen voor het niet invullen van NEL3 worden in *figuur 7* genoemd. Gezien de totale populatie 107 bedroeg en 46 patiënten NEL3 invulden, zal er bij een 90% BI een foutenmarge van 9% zijn. De resultaten dienen dan ook opnieuw met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, omwille van de beperkte steekproefgrootte.

Men constateert dat er een significante toename wordt vastgesteld op de schalen: 'sociale steun' ($p=0,040$), 'eigen wijsheid' ($p=0,002$), 'erbij horen' ($p=0,016$) en de totale empowermentscore ($p=0,019$). Op de schaal 'betrokken leefgemeenschap' ($p=0,069$) constateert men een significante afname van de score. Een andere vaststelling, die werd gedaan bij de verwerking van de vragenlijsten, is dat er in de categorie 'betrokken leefgemeenschap' meer waardes ontbreken, bijgevolg werden drie vragenlijsten (*) geëxcludeerd omwille van te lage respons om een subscore te berekenen. Ook merkten enkele patiënten op dat dit moeilijkere vragen waren, wat een verklaring kan zijn voor het ontbreken van waardes.

TABEL 5: EMPOWERMENTSCORES VOORMETING (NEL 1) EN METING NA DRIE MAANDEN (NEL 3) (N=46)

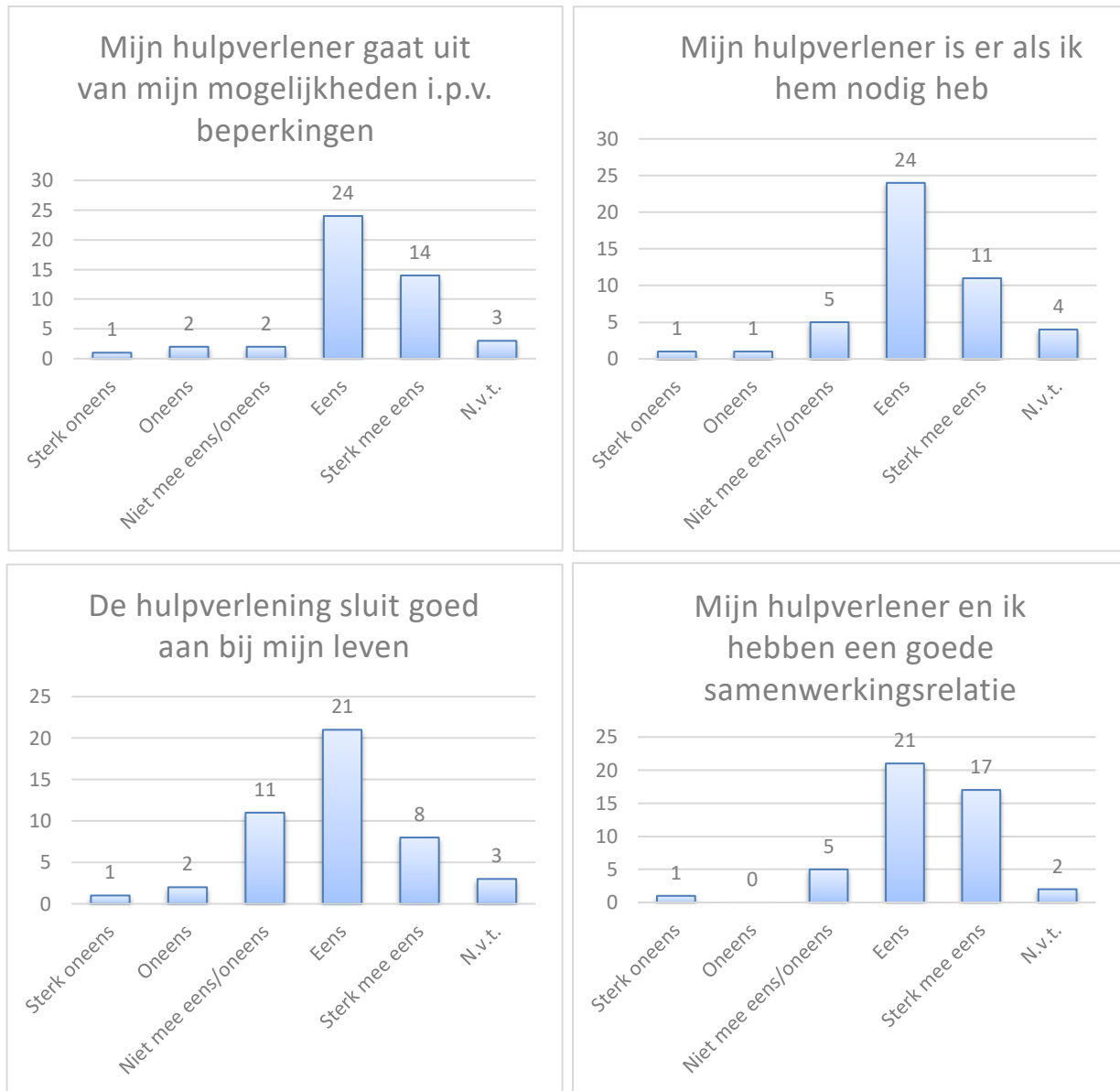
	Voormeting Gem. (SD)	3 maanden meting Gem. (SD)	Verschijscores Gem. (SD) [90% BI]	P-waarde
<i>Sociale steun</i>	3,56 (0,64)	3,74 (0,69)	+ 0,18 (0,59) [0,04, 0,33]	0,040
<i>Eigen wijsheid</i>	3,20 (0,76)	3,52 (0,64)	+ 0,32 (0,65) [0,16, 0,48]	0,002
<i>Erbij horen</i>	3,28 (0,64)	3,57 (0,67)	+ 0,29 (0,80) [0,10, 0,49]	0,016
<i>Zelfmanagement</i>	3,34 (0,66)	3,48 (0,64)	+ 0,14 (0,70) [-0,04, 0,31]	0,189
<i>Betrokken leefgemeenschap</i>	3,22 (0,58)*	3,03 (0,55)*	- 0,19 (0,68) [-0,37, 0,19]	0,069
<i>Totaal empowermentscore</i>	3,30 (0,51)	3,50 (0,55)	+ 0,19 (0,53) [0,06, 0,32]	0,019

*N=43, 3 mensen vulden niet genoeg antwoorden in om een score te kunnen berekenen.

De categorie professionele hulpverlening is niet meegenomen in de analyse, omdat er bij de voormeting nog geen contact was met de ELP en de meesten personen hierdoor 'n.v.t.' hebben geantwoord. Een zinvolle analyse is daardoor niet mogelijk. Aangezien er ook een verkorte versie van de NEL bestaat, met alleen de componenten 'sociale steun', 'erbij horen' en 'eigen wijsheid', werd verondersteld dat dit geen al te grote problemen zou geven. De combinatie van deze drie subschalen blijkt namelijk al meer dan 95% tot 96% van de variantie in de totale score te bepalen (36). Wel kan men een descriptieve analyse uitvoeren van de antwoorden op deze subschaal. Dit maakte het mogelijk toch enige informatie te verkrijgen over de ervaringen met de hulpverlening. Voor de descriptieve analyse werden de antwoorden op NEL3 ($n=46$) gebruikt.

Op de stelling 'mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden i.p.v. mijn beperkingen' antwoordt 83% van de patiënten 'eens' of 'sterk mee eens'. 11% heeft een neutrale mening ('n.v.t.' en 'niet mee eens/oneens') en een kleine minderheid (6,5%) is het oneens met de stelling. Op de stelling 'mijn hulpverlener is er als ik hem nodig heb' antwoordt 76% bevestigend, 20% blijft neutraal en 4% is het er niet mee eens. De derde stelling is 'de hulpverlening sluit goed aan bij mijn leven'. 63% is het hiermee eens, 30% blijft neutraal en 6,5% is het hiermee oneens. Op de laatste stelling, 'mijn hulpverlener en ik hebben een goede samenwerkingsrelatie', antwoordt 40% 'sterk mee eens' en 46% 'eens', 15% blijft neutraal en 2% 'sterk oneens'. Een laatste vaststelling bij de verwerking van NEL3 is dat één persoon op vrijwel alle vragen 'sterk oneens' heeft geantwoord.

FIGUUR 8: GRAFISCHE WEERGAVE RESULTATEN OP SUBSCHAAL 'HULPVERLENING' VAN NEL 3 (N=46)



4.2. Kwalitatief: meerwaarde in empowermentonderzoek

Naast de theoretische dimensies en deelaspecten van empowerment (*tabel 1, figuur 4*) en het kwantitatief onderzoek, is het kwalitatieve deel belangrijk om inzichten te verkrijgen over vragen, zoals: “Ervaren patiënten een evolutie en in welke mate kan dat het resultaat van de begeleiding zijn?”, “Welke factoren kunnen het persoonlijke proces, in deze context, ondersteunen of belemmeren?”, “Voelt de ELP zich ‘empowered’ in de organisatie?”. Ook de visie en ervaringen van de ELP zijn belangrijk om na te gaan welke principes of voorwaarden volgens hen nodig zijn om empowerend te kunnen werken met individuen en in een organisatie. In de sociaalecologische benadering is de link tussen individueel empowerment en de organisatie van de hulpverlening belangrijk om mensen opnieuw of sterker te verbinden met sociale of politieke omgevingssystemen. Van hieruit kan worden vertrokken om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren en empowerende processen bij individuen, hulpverleners en organisaties te ondersteunen.

4.2.1. Patiëntervaringen ELP en gevoel van empowerment

4.2.1.1. Patiëntkarakteristieken

TABEL 6: KARAKTERISTIEKEN GEÏNTERVIEWDE PATIËNTEN

Patiënt	Geslacht	Leeftijd (j)	Nationaliteit (afkomst)	Praktijk	Aanmeldingsklacht	Aantal gesprekken bij ELP	Verwijzing naar externe dienst
1	V	37	Spaanse	Deurne	Relatieproblemen	4	Ja, maar niet gedaan
2	M	63	Belg	Deurne	Suicidegedachten en angst	6	Nee
3	V	53	Belg	Deurne	Depressie	3	Ja, CGG
4	M	19	Belg (Marokkaans)	Deurne	Depressie	2, nadien drop-out	-
5	V	67	Belg	Hoboken	Stress en familiale problemen	3	Nee
6	M	56	Belg	Hoboken	Stress en burn-out	10	Nee
7	V	34	Belg (Marokkaanse)	Hoboken	Perfectionisme	4	Ja, maar niet gedaan
8*	V	76	Belg	Hoboken	Rouw	10	Ja, cursus mindfulness

*Pilot-interview dat niet werd geïncludeerd

4.2.1.2. Verwachtingen

ELP

Alle deelnemers gaven aan dat ze geen specifieke verwachtingen hadden van de psycholoog als persoon. Eén iemand vond het wel belangrijk een klik te hebben met de psycholoog: *“Het moet klikken, als het niet klikt, dan gaat het niet”* (patiënt 2).

Begeleiding ELP

Wat betreft de begeleiding van de ELP waren de antwoorden meer divers. Enkele patiënten hadden geen verwachtingen. Twee patiënten verwachtten vooral op pad geholpen te worden en twee anderen verwachtten terug meer controle te krijgen over het leven. *“Verwachtingen? Eigenlijk heel abstract, dat iemand u terug een beetje grip op het leven kan geven, omdat je zover heen bent dat je geen enkele reden nog ziet om te leven”* (patiënt 3). Eén patiënte gaf aan misschien andere verwachtingen te hebben, omdat de begeleiding bij haar vooral een overbrugging vormde naar de derde lijn. Een andere verwachtte vooral bevestiging van een deskundig persoon te krijgen.

Opstarten van medicatie

Niemand bleek verwachtingen te hebben rond het opstarten van medicatie tijdens de begeleiding. Twee patiënten stonden er wel voor open, maar waren uiteindelijk allebei blij dat, dat niet nodig was.

4.2.1.3. Ervaringen begeleiding en empowerment

Bijna iedereen merkte op dat, datgene waar ze mee worstelen een proces is met ups en downs. Dat er periodes zullen zijn dat het minder goed zal gaan. *“En ik zal wel eens af en toe terug naar beneden vallen. (...) En als ge dan ziet de gesprekken met Hamza, zes keren in tijdspanne van enkele maanden. Dus dat is eigenlijk ook nog allemaal vrij... ik moet met datgene wat ik had en nu moet ik verder werken hè”* (patiënt 2). De patiënt die voortijdig afhaakte, merkte op dat hij zich op dat moment nog niet bewust was van de impact van de ELP op zijn motivatie en zelfvertrouwen. Tijdens het interview bleek dat hij er toch veel aan gehad heeft en dat afhaken tijdens de begeleiding, dus niet per definitie wil zeggen dat er sprake is van een negatieve ervaring.

Ondersteunende en/of positieve elementen

De patiënten geven in de interviews drie grote thema's van factoren aan, die een positieve bijdrage hebben op hun ervaring met de begeleiding en hun gevoel van empowerment: individuele factoren, ELP en begeleiding gerelateerde factoren en omgevingsfactoren.

I. Individu

Op één na, geloven alle patiënten dat ze hun eigen situatie kunnen beïnvloeden. *“Ja, ik geloof daar wel heel erg hard in en ook al val ik altijd, ik sta altijd terug op”* (patiënt 7). De jongste deelnemer, die voortijdig met de begeleiding stopte, geeft ook aan dat hij eerst niet dacht dat het hem zou lukken, maar nu hij terugkijkt is hij daar wel van overtuigd: *“Nu ben ik heel zeker van mezelf dat het echt wel veranderbaar is”* (patiënt 4).

II. ELP en begeleiding

In de analyse komen een aantal ondersteunende en/of positieve elementen in relatie tot de ELP naar voren. Ten eerste is iedereen het erover eens dat een toegankelijke houding van de ELP cruciaal is en dat die er ook is. Alle patiënten vinden dat de psycholoog goed kan luisteren. Andere zaken die worden aangehaald, zijn: een rustige en aangename uitstraling, een warm en vriendelijk karakter, een begripvol persoon en een aangename manier van spreken. *“... ook de manier hoe dat je binnenkomt, dat je gaat zitten, hoe dat je aangesproken wordt... Ja, ik vind dat heel voornaam. Dat maakt het, het is al raar. Het is dus niet gewoon, dus je zit al met een hoop zenuwen voordat je binnengaat. (...) Ja, ik ben wel een heel gevoelige, maar het was goed, een heel warme mens” (patiënt 2).* De meningen van de patiënten over de psychologen als persoon zijn zeer positief.

Ten tweede was het voor twee mensen een positieve ervaring, dat ze gemeenschappelijke kenmerken hadden met de ELP. In dit geval de culturele achtergrond en geen al te groot leeftijdsverschil met de psycholoog. *“... hij de cultuur snapte en hoe ik me voel, dat was echt iets positiefs en ik voelde me daar echt thuis alsof hij een soort familie was. (...) Ik denk dat dat voor andere mensen ook wel kan helpen moest een psycholoog van dezelfde cultuur zijn en ongeveer dezelfde leeftijdscategorie” (patiënt 4).*

Daarnaast blijkt het belangrijk een gelijkwaardige relatie en een vertrouwensband op te bouwen, zodat men vrijuit kan spreken en in samenspraak kan beslissen. Drie patiënten geven aan de ELP als vriend te zijn gaan beschouwen tijdens het begeleidingstraject. Ten slotte vinden twee patiënten het belangrijk dat ze bij de ELP de bevestiging van een buitenstaander of deskundige kregen. *“Ik denk dat het vooral belangrijk is dat ge uw eigen daar gehoord voelt. Dat je er mag zijn met uw ding, dat er ook wel wordt gezocht, samen met jou wel. Met de dingen die jou eventueel kunnen helpen. Die ruimte had je daar wel. Niks werd opgelegd, het was allemaal in samenspraak” (patiënt 7).*

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de ELP en de begeleiding die hij geeft. Welke elementen van de begeleiding als ondersteunend en/of positief worden ervaren, worden hieronder toegelicht. Er zijn drie grotere thema's die aan bod komen: persoonlijke beleving, inzichten en interacties met de omgeving en de veranderingen in gedrag.

Persoonlijke beleving

Alle patiënten zijn het erover eens dat de begeleiding een positief effect heeft op hun zelfvertrouwen en dat ze op dit moment sterker in het leven staan, omdat ze meer geloven in zichzelf. De meerderheid geeft ook aan dat er nog moeilijke momenten zullen komen, maar dat het gemakkelijker is om nu het positieve in zichzelf naar boven te halen. *“... dat zelfvertrouwen dat ik kwijt was, heeft hij terug aangewakkerd en hij heeft mij terug doen geloven in mijzelf” (patiënt 1).* *“Voor een groot stuk heeft dat mijn zelfvertrouwen wel naar boven gehaald. Ook al is het nog altijd wel wat moeilijk. Maar grotendeels is het wel echt veel beter tegenover vroeger. Want vroeger was ik wel iemand die denkt van 'ik ben niks waard' en zo. Maar nu ben ik meer sterk” (patiënt 4).*

Wat heel duidelijk naar voren komt, is dat de patiënten zich sterker voelen. *“Maar nu door met Hamza te praten, voel ik ook wel dat ik het wil aangaan, dat ik de kracht heb om ervoor te gaan” (patiënt 2).*

Verder hebben patiënten het gevoel, dat ze beter kunnen omgaan met hun kwetsbaarheden, meer controle hebben over hun leven en meer tevreden zijn met zichzelf. *“Voorheen kon ik niet zelf iets bepalen, nu heb ik het meer in de hand. Dat is wel goed” (patiënt 3).* *“Nu wel ja, nu heb ik meer terug controle. Ik heb vandaag een dag verlof gepakt, vorig jaar geen gepakt. (...) Ik doe nog heel weinig tegen mijn goesting. Ik zeg het ook als het tegen mijn goesting is” (patiënt 6).* Het besef van bepaalde kwetsbaarheden is er bij alle patiënten, maar ze geven aan daar ook positieve zaken uit te halen, dat het niet erg is en ze er beter mee kunnen omgaan dan voor de begeleiding, of sneller stappen durven te zetten als het opnieuw misloopt. *“Content zijn met uw eigen. Niet iemand anders willen zijn. Uw positieve punten kennen. Hoe hard je ook moet werken, ook uw beperkingen kennen. Dat is ook belangrijk” (patiënt 6).* *“Mijn leven is na de psychologische hulp veel beter uiteindelijk, maar er is altijd nog wat chaos erin, want ik probeer ook nog altijd alles bij elkaar te houden, want soms verlies ik een touwtje hier en daar” (patiënt 4).* *“Soms heb je niet graag, dat er een etiket op wordt geplakt, maar ik was er wel blij mee, dat dat er was. Als het moest kon ik het uitspreken en dan was het niet iets wat ik er zelf van heb gemaakt. Dus daar was ik blij om, dat we dat hebben, dat is er. Maar nu moet ik ermee verder. Het heeft er wel voor gezorgd, dat ik er anders mee moet omgaan. Ik ben daar ook elke dag echt mee bezig” (patiënt 7).*

Inzichten en interacties

De meeste patiënten geven aan meer inzicht te hebben gekregen in de persoonlijke doelen en de eigen mogelijkheden. Ze waren het overzicht verloren en kwamen er niet meer alleen uit. *“Hij heeft mij een spiegel voor gehouden. Dan schoot ik in de lach en zei hij ‘je lacht altijd’, maar dat is omdat ik het weet van mezelf, maar er moet iemand zijn die zegt: ‘hey maat, dat ben jij’. (...) Maar hij heeft ook een aantal zaken laten inzien, die niks voor mij zijn”* (patiënt 6). *“Uiteindelijk, wat hij allemaal heeft gezegd, diep van binnen, weet ik dat. Maar als ik mij dan slecht voel, dan vind ik die niet. Of, ik vind die wel, maar dan heb ik zoiets van ‘dat gaat toch niet lukken’. Dan geef ik het snel op. Dus hij heeft die gewoon mij doen herinneren. Die factoren, die wel goed zijn bij mij”* (patiënt 1). Meestal worden de doelen niet direct opgesteld, maar komen deze geleidelijk na een aantal gesprekken naar voren. *“Ja, door het praten, krijg je ook wel of verwoordde eigenlijk datgene waar ge mee zit en dat was ook het doel. (...) En dan komt het toch met praten en met hulp van Hamza, kom je er dan toch achter van: het is de moeite om toch de sprong te wagen”* (patiënt 2). De meesten hebben hun doelen al kunnen bereiken of werken hier nog steeds aan. Twee patiënten, die zijn verwezen, hebben niet echt doelen met de ELP opgesteld. Eén van hen geeft aan dat het de bedoeling was met de andere therapeut hieraan te werken.

Iedereen vindt het belangrijk dat een psycholoog inzicht geeft in (omgevings)factoren, die van invloed kunnen zijn op het psychisch welzijn. *“Ja, ik vind dat wel belangrijk. (...). Hij heeft me wel laten inzien dat bepaalde factoren rondom mij veranderd moesten worden. Dat kan ook wel helpen, moest dat iets kleins of iets groots zijn. Dat is wel belangrijk, want in het kleinste kun je ook oplossingen vinden, dat is wel een belangrijke factor”* (patiënt 4). *“Het ligt niet alleen aan u...”* (patiënt 6). Verschillende factoren zijn in de gesprekken bij de ELP aan bod gekomen, waaronder: financiën, cultuur, werkomstandigheden en relaties. Redenen van patiënten om ook deze factoren in kaart te brengen zijn divers: psychische klachten hangen vaak samen met problemen in andere levensgebieden, het geeft aanknopingspunten om dingen te veranderen, het helpt om positieve en ondersteunende zaken te zien in de omgeving en je kunt een verkeerd beeld hebben van de situatie. De patiënten die politiek actiever waren, zeiden dat ze ook met de ELP over bepaalde politieke zaken konden praten: *“Ik heb af en toe wel over politiek kunnen praten met Rody. Ik zit er ook nog altijd in en kom met mensen samen. En op mijn werk weten ze ook dat ik nog zo actief ben”* (patiënt 6). Ten slotte vinden patiënten het fijn wanneer de ELP aangeeft dat ze niet de enige zijn met psychische klachten.

De aangereikte instrumenten of tools waarmee wordt gewerkt in de begeleiding, maken voor veel patiënten deel uit van een positieve ervaring. Naast het werken met het veelgebruikte KOP-schema, wordt ook aangegeven dat het fijn is stap per stap te werken, een weekschema te maken en te leren hoe men negatieve gedachten kan omzetten in positieve (cognitieve gedragstherapie). *“Hij kaatste de bal terug, waardoor ik ook zag van inderdaad je moet niet negatief, maar het positieve zien en hij draaide alles naar de positieve zin. Ja, dat heb ik daar ook uit geleerd, want dat kon ik niet voordat ik bij hem ging. Alles was altijd even donker en grijs, en nu wel”* (patiënt 2). *“De positieve ervaring bij mij was een programma dat we hebben gevolgd. Dat was een aantal stappen en dat was een klein stukje herkenbaar van bij de AA, dat gaat ook in een aantal stapjes. En dat heeft vooral te maken met structuur en dat was voor mij het belangrijke. Waar zit het probleem? Hoe gaat we dat oplossen? Tegen wanneer gaan we dat oplossen? En na elke sessie werd dat geëvalueerd. Ik voelde echt wel vooruitgang”* (patiënt 6).

Voor al het KOP-schema wordt door de mensen waarbij het gebruikt werd positief ervaren. Eén persoon vertelde er een foto van te hebben om er af en toe nog eens naar te kijken. *“Dat is stom voor gewoon even dat KOP-systeem eventjes in elkaar steken in drie kolommen. Dat was al heel wat voor mij hoor. Gewoon ernaar kijken. Dat ben jij. Samen met iemand die bijstuurde wel hè. Dat vond ik wel belangrijk. Ik vind echt wel dat dat mij geholpen heeft”* (patiënt 7). Eén patiënte vond de opdracht, om te noteren hoe ze op bepaalde situaties zou reageren, nogal langdradig en begreep niet goed waarom ze dat moest doen, maar gaf wel aan dat het in de gesprekken werd gebruikt om erop terug te komen. Niet iedereen stond open voor opdrachten of huiswerk. En het werd ook niet bij iedereen meegegeven. De methodiek lijkt dus niet centraal te staan, maar wel de persoon in kwestie, waarop de begeleiding wordt aangepast.

Eén patiënte geeft aan dat ze het heel positief vindt dat er cursussen worden georganiseerd. Over de stresscursus georganiseerd door de ELP zegt ze het volgende: *“Ik vind dat wel echt goed. (...) Ik vind dat maatschappelijk wel heel relevant om veel van die dingen te organiseren. Dat mensen leren werken rond zulke zaken”* (patiënt 3).

Gedrag

Vrijwel alle patiënten vermelden dat ze zichzelf beter kunnen beschermen, sneller aangeven wanneer en waarom het moeilijk loopt en eerder grenzen aangeven. *“Ik geef al gemakkelijker aan als het moeilijk gaat”* (patiënt 5). *“En nu ook qua hobby's of aan mezelf denken, kon ik toen niet, maar nu denk ik echt wel aan mezelf. Dat is echt*

wel veranderd" (patiënt 4). *"Ik heb de stap gezet om dat tegen mij collega's te zeggen, dat ik daarmee zat. Daarvoor zou ik dat nooit niet gedaan hebben. Ik geef mijn grenzen meer aan"* (patiënt 7).

Ze ervaren dat ze beter kunnen omgaan met moeilijke situaties (coping), door bijvoorbeeld het negatieve om te zetten in het positieve, rustig erover te praten, et cetera. Ook durven ze meer beslissingen te nemen en proberen ze de aangeleerde vaardigheden in de praktijk te brengen. *"Met datgene wat ik hier gekregen heb, hier ga ik ook verder werken, ga ik het ook aan, ga ik het doen en dan zal ik wel ondervinden of het ook lukt. En ik zal wel eens af en toe terug naar beneden vallen. Dat ik zeg 'verdorie, zo had ik het niet voorzien', maar ik voel me wel iets sterker..."* (patiënt 2). De patiënte die werd verwezen naar het CGG gaf aan tijdens de begeleiding ook een eigen keuze gemaakt te hebben door zich niet te laten testen (diagnosestelling). Dat vond ze een positieve evolutie. Tenslotte merkte één patiënte op het fijn te vinden de beslissing voor een afrondingsgesprek in samenspraak te maken. *"Dat was wel fijn hoor. Je vulde elkaar wat aan en hij had dat ook wel. Dat is wel top, om met zo iemand samen te werken"* (patiënt 7).

Daarnaast hebben enkele deelnemers veranderingen doorgevoerd in hun leef- en werkstijl, bijvoorbeeld: meer naar buiten gaan, meer bewegen, werkuren respecteren, vrijwilligerswerk doen, meer met muziek bezig zijn, emoties onder controle houden, eigen tempo volgen. *"Ik heb een stap terug gedaan op het werk, want ik zat eigenlijk nog in een hogere functie en ik heb gezegd 'het is niks voor mij, ik ga ermee stoppen, want het vreet aan mezelf'. En ik was blij dat ik dat gedaan heb en dat is ook mijn erkenning om naar hier te komen. (...) Ja ergens heb je iemand die dan zegt: 'je moet toch een paar stappen beginnen nemen'. Daar ben ik wel content over dat ik dat gedaan heb"* (patiënt 6).

Enkelen geven ook aan, nu ze eenmaal geweest zijn, sneller de stap naar hulpverlening te zetten in moeilijke periodes. Eén patiënt zegt dat het een veilig gevoel geeft, te weten waar ze terecht kan.

Er zijn een aantal patiënten, die aangeven na de begeleiding, anderen te helpen door advies te geven en aan te sturen op het zoeken van hulp wanneer ze bepaalde signalen krijgen, bijvoorbeeld bij collega's, vrienden of mensen in hun omgeving en zelfs bij onbekenden. *"Ik vertel hun mijn verhaal en ik zeg ook altijd dat ik naar de psycholoog ben geweest en dan probeer ik mijn verhaal toe te passen op hun verhaal. (...) Ja, soms zelfs onbekende mensen, bijvoorbeeld via sociale media. Ik ken die dan niet en dan zie ik op een foto van hun iets depressiefs en dan denk ik van 'oei, er is iets met die persoon' en dan spreek ik die gewoon aan. En dan zeg ik van 'wat is er aan de hand?' En zo verder..."* (patiënt 4).

Ook komt er naar voren, dat het uitkomen voor de eigen psychische klachten, die ze ervaren of ervaren, anderen ook kan helpen door problemen meer bespreekbaar te maken in de (werk)omgeving. *"Ik heb geen schaamtegevoel daarover. Ik vertel liever dat ik dat heb meegemaakt en men moet oppassen dat ook niet te laten gebeuren. (...) Iedereen weet dat ook, dat maakt het allemaal gemakkelijker, dat is een klein beetje sociale controle en dat is goed. (...) 8 uur werken, 8 uur betaald, ook voor mij. En heel veel collega's doen dat nu ook"* (patiënt 6).

Ten slotte, blijkt de participatie van patiënten aan een onderzoek voor velen ook een positieve ervaring te zijn. Eén patiënte vertelde, dat het belangrijkste voor haar in het interview was, dat er een onderzoek is. Een andere vond het een mooie samenvatting van zijn begeleiding bij de ELP en hoopt dat andere mensen ermee geholpen kunnen worden: *"Ja, dat is eigenlijk een resumé van de 6 weken, die ik hier gehad heb. (...) dat andere mensen die het nodig hebben dat kunnen horen, het is zo nodig"* (patiënt 2).

III. Omgeving

De omgevingsfactoren, die patiënten tijdens de begeleiding als steunend of positief ervaren, zijn de steunbronnen in de omgeving en de financiële toegankelijkheid van de psycholoog. Vrijwel alle deelnemers benoemen steunfiguren in hun omgeving. Dit loopt uiteen van vrienden tot familie, collega's, maar ook de artsen van beiden praktijken worden genoemd. *"Mijn collega's weten van mijn situatie ook af. Die snappen dat ook en ik kan ook alles bij hen kwijt. Op het werk zijn het echt topmensen. Als ik daar ben, vergeet ik echt alles wat buiten is"* (patiënt 4). *"Nog iets zoeken wat ik zou kunnen vinden dat ik graag doe, als vrijwilligerswerk hè. Maar ja, het moet er ook op uitkomen, dat het past in de situatie, maar daar helpen de dokters hier ook wel goed mee. Dat is nergens anders zo hoor"* (patiënt 5). Twee personen kregen vanuit hun werk ook vaardigheden om anders met bepaalde zaken om te gaan. Twee patiënten geven aan steun te vinden in het lezen van boeken en een andere vindt veel houvast in haar islamitisch geloof. Ten slotte vinden meerdere patiënten de financiële toegankelijkheid van de ELP een belangrijk pluspunt. Naast het feit dat de artsen als steunfiguren worden benoemd, vinden enkelen het ook fijn een bevestiging van de arts te krijgen om naar de ELP te gaan. *"De stap is natuurlijk wel*

rapper gezet als de dokter het ook zegt hè. Je zoekt een soort van bevestiging” en “Ja, maar de stap had misschien toch langer geduurd als de dokter het niet had gezegd, want ik ken m’n eigen daar zelf in, ik wil altijd dan toch de grenzen gaan verleggen. En dan was het misschien niet zo snel gegaan” (patiënt 6).

Belemmerende en/of negatieve elementen

In de analyse komen drie thema’s van factoren naar voren, waarvan de patiënten aangeven dat deze een negatieve invloed hebben op hun ervaring met de begeleiding en hun gevoel van empowerment: individuele factoren, ELP en begeleiding gerelateerde factoren en omgevingsfactoren. De drempels van de patiënten om in begeleiding te gaan, zullen apart worden besproken.

I. Individu

De patiënte, die ter overbrugging van een verwijzing werd opgevolgd door de ELP, gaf aan dat ze het gevoel had haar eigen situatie niet te kunnen beïnvloeden, andere verwachtingen had en ze nam een gesloten houding aan. *“Maar ik heb dat ook niet toegelaten, dat was niet de verwachting. Er was ook gezegd dat dit voor een aantal keren was, totdat je daar terecht kunt. Dat is dus ook niet echt te vergelijken”. “Als je ernaar toe gaat met de gedachte er met tien keren bovenop te geraken, dan denk ik dat je andere verwachtingen hebt” (patiënt 3).* Eén patiënt vond het een negatieve ervaring dat hij in tranen is uitgebarsten bij de ELP. Hij gaf ook aan zich slecht te voelen op dat moment, waardoor hij op eigen initiatief de gesprekken beëindigde. *“Er was niet echt een afrondingsgesprek, het was toen niet echt het moment voor mij” (patiënt 4).*

II. ELP en begeleiding

Er zijn weinig elementen met betrekking tot de ELP, die de patiënten aanbrengen als hinderende of negatieve ervaring. Eén patiënte met een islamitische geloofsovertuiging had gemengde gevoelens over het feit dat de psycholoog in Deurne dezelfde achtergrond had: *“(…) ik ken hem, het is een Marokkaan en ik moet dan alles gaan vertellen...” (patiënt 1).* De jongste deelnemer gaf aan vooral direct een oplossing te willen vinden door naar de psycholoog te gaan, maar merkte dat hij dat niet direct kreeg: *“(…) dat heeft me uiteindelijk wel die dag gerust kunnen stellen, maar op het moment dat ik daar wegging, was het allemaal terug gewoon hetzelfde” (patiënt 4).*

Een opvallende vaststelling in de interviews was dat de patiënte, die ter overbrugging in opvolging was, zich veel minder geholpen voelde. Zij gaf daar de volgende factoren voor aan: het gevoel dat de psycholoog ervaring mistte door zijn jonge leeftijd, dat hij bleef hameren op diagnosestelling en dat ze te weinig concrete tips meekreeg. Ze onderkende zelf dat ze niet volledig open was en zich zo slecht voelde, dat ze ook niet verwachtte geholpen te worden bij de ELP, maar wel in de derde lijn. *“(…) ik denk dat hij dat ook zag, dat ik dat ook niet verwachtte, omdat ik na die intro wachtte om bij het CGG dus verder te kunnen... Het zag er ook naar uit dat het niet zo 123 opgelost geraakt zou zijn en je wil dan zelf ook niet over alles bij hem gaan beginnen praten, omdat je bepaalde dingen ook niet altijd tegen iedereen wil vertellen, dus ga je zelf ook niet volledig open” (patiënt 3).*

Het laatste thema dat in de interviews naar boven kwam was de afronding en opvolging. Eén patiënt stelde zich de vraag of hij nog wel eens terug mag komen, omdat hij denkt dat hij daar nog wel behoefte toe zou kunnen hebben in de toekomst. Een ander gaf juist aan de bevestiging te hebben gekregen altijd terecht te kunnen bij de ELP. Een patiënte die verwezen werd naar een andere therapeut ondervond dat ze daarin te vrij werd gelaten, wat ertoe heeft bijgedragen dat ze uiteindelijk niet meer gegaan is: *“Het minste vond ik op het einde. Ik kreeg dan bepaalde therapeuten en ik had graag gehad dat ik gericht werd gestuurd naar iemand. Nu had ik keuze uit verschillende mensen (...). Ik had graag samen contact opgenomen met die therapeuten. Ik had daar precies meer begeleiding in nodig” (patiënt 7).*

De patiënte die naar het CGG verwezen werd ervaarde onzekerheid bij het afrondingsgesprek: *“Na de laatste afspraak dacht ik dat hij het niet tof vond dat ik niet meer bij hem wou komen. Misschien had hij gedacht dat ik een keer per half jaar of na drie maanden ook nog bij hem zou komen om het wat op te volgen. (...) dus misschien heeft hij mij te weinig het gevoel gegeven dat het een positieve wending is geweest dat ik terecht kon, en dat het positief moet worden afgesloten” (patiënt 3).*

III. Omgeving

De twee patiënten van Marokkaanse origine merkten allebei op dat zij problemen ervaren in hun familie om te spreken over psychische problemen. *“Het feit dat in de Marokkaanse cultuur, als je depressief bent of bijvoorbeeld zo’n familieprobleem hebt, dat het eigenlijk gewoon de normaalste zaak is of gewoon dat je dat niet hoort te vertellen aan een persoon...”* (patiënt 4).

Bijna iedereen geeft aan zich slechter te voelen door opmerkingen of gedrag van mensen in hun nabije omgeving (hoofdzakelijk familieleden of vrienden). Meestal gaat het dan over zogenaamd goedbedoelde adviezen of het ontbreken van steun. *“Uiteindelijk heb ik hem wel verteld, dat ik naar de psycholoog ben gegaan, desondanks dat hij wel boos was op mij...”* (patiënt 4). Niemand ervaarde een negatieve invloed vanuit collega’s of het werk.

4.2.1.4. Drempels

De meesten ervaren drempels om naar de psycholoog te gaan. Ze wijten dit vooral aan zichzelf: ze proberen zelf problemen op te lossen, vinden het niks om naar een psycholoog te gaan of denken niet aan de mogelijkheid. *“Ik heb altijd nee gezegd, ‘dat is niks voor mij’, (...) dat is echt met heel veel drempels eigenlijk. Echt veel mensen die mij hebben moeten overtuigen”* (patiënt 4). Twee deelnemers hadden schrik dat er informatie uit de gesprekken zou worden doorgegeven, omdat ze de psycholoog persoonlijk kenden of deze via vrienden kennen, maar zij werden beiden gerustgesteld na de eerste afspraak.

Twee deelnemers gaven aan een vroegere ervaring te hebben met een andere psycholoog, waar ze allebei minder tevreden over waren. Eén van hen gaf aan dat hij daardoor negatiever was ingesteld: *“(...) daardoor was ik ook een klein beetje negatief ingesteld, klein beetje hè, want dan denk ik van ja maar, wat ga ik dan meer krijgen?”* (patiënt 2).

De meerderheid van de patiënten geeft twee maatschappelijke factoren aan, die een drempel kunnen vormen om naar de psycholoog te gaan, namelijk de financiële drempel en de beeldvorming over mensen met psychische klachten in de samenleving. Bijna iedereen vindt dat psychologische hulpverlening financieel toegankelijker moet worden gemaakt, maar met extra aandacht voor armere mensen en 65 plussers. *“Ik denk dat er nog veel mensen, vooral arme mensen, naast de boot vallen. Dat zie ik op het werk soms. Daar werken veel arme mensen”* (patiënt 6). *“Er zouden er meer moeten zijn, jammer genoeg. Die geen 50 euro kosten, want je kunt dat wel even volhouden, maar mensen die het economisch iets krapper hebben, is 50 euro een week eten bij manier van spreken”* (patiënt 1). *“ (...) onze regering, dat ze dat moeten opentrekken voor iedereen. Ik vind dat geen luxeproduct. Vind ik echt niet hè. Schoonheidsspecialiste dat is een luxeproduct. Een psychiater en psycholoog niet hè. ik heb eigenlijk, toen ervoor in mindere mate, maar hier bij Hamza, (...) heb ik toch wel ondervonden hoe belangrijk dat het is. Ik zou niet weten hoe ik eruit gekomen zou moeten zijn. Nee dat weet ik echt niet. Misschien in het kanaal gesprongen, ik weet het niet. Belangrijk!”* en *“(...) tot 65 heb je recht op bijstand van de psycholoog, na 65 niet, alhoewel dat er heel veel mensen zijn en dan zeg ik heel veel die er na hun 65e wel degelijk nood hebben...”* (patiënt 2). Ook over de beeldvorming van mensen met psychische klachten zijn de meesten het eens. Het wordt vaak nog bekeken als zwakte, hoewel dat twee patiënten wel aangeven dat een bezoek aan de psycholoog meer aanvaardbaar is geworden. *“We zijn zot. Dat is eigenlijk kei erg. Het wordt wel minder en minder, maar het wordt wel bekeken als zwakheid. Terwijl het eigenlijk het tegenovergestelde is. Je gaat naar de psycholoog omdat je sterk bent”* (patiënt 1). Eén patiënte gaf aan het gevoel te hebben niet begrepen te worden, ook omdat ze nog naar het werk probeerde te gaan: *“Maar het feit dat je thuis zit, bewijst niet hoe ernstig het met u is. Zo had ik laatst iemand die ook een burn-out had, maar die zei dat ik blij kon zijn dat ik niet net als haar thuiszat. Dat is ook wel een misverstand dat uit de wereld geholpen mag worden”* (patiënt 3).

4.2.1.5. Mening en vragenlijst

De patiënten die de NEL invulden, werden gevraagd wat ze ervan vonden. De meesten gaven aan niet zo’n grote voorstander te zijn van vragenlijsten, omdat men er te weinig de eigen mening in naar voren kan laten komen. Ook kan het invullen van de vragen beïnvloed worden door de emotionele toestand op dat moment. Sommige vragen waren volgens hen ook moeilijk te beantwoorden. *“..., want als ik op een slechte dag invul, dan is alles negatief. Als ik een positieve dag heb, dan is alles positief en dat is ook niet reëel. Dus ik denk dat je uit een gesprek altijd wel meer haalt dan enquêtes en vragenlijsten, maar dat kost natuurlijk heel veel tijd”* (patiënt 1). *“..., een vragenlijst is moeilijk. Ja, want ge kunt niet schrijven wat ge wilt schrijven”* (patiënt 2).

4.2.2. Visie ELP op empowerment

4.2.2.1. Kerntaken bij GvhV

Uit de analyse van de taken van de ELP komen vier grote thema's naar voren: individuele begeleiding, multidisciplinair (samen)werken, groeps cursussen en projecten mee vormgeven en sociaal-politieke activiteiten ondersteunen.

Individuele begeleiding

Beide psychologen geven aan dat hun belangrijkste taak, het kortdurend opvolgen van mensen met lichte of milde psychische klachten, is. Daarnaast is het toeleiden van mensen tot diensten of het verwijzen, indien er sprake is van een complexe of bepaalde problematiek, een belangrijke rol. Eén van hen merkt op dat, die verwijzing samen met de patiënt dient te gebeuren en dat het belangrijk is mensen hierin te ondersteunen. *"(...) dus het is niet zo dat we telefoonnummers meegeven en zeggen van 'oké contacteert die personen maar', maar we proberen het dan zelf en we proberen dan nazorg te bieden door die nadien nog eens uit te nodigen om te zien of dat die al dan niet is geweest, hoe dat verlopen is..."*. Ten slotte merkt de andere psycholoog op dat het vaak een combinatie is van opvolgen en toeleiden of verwijzen: *"vaak is het ook een combinatie van de twee"*. De doelstelling van de begeleiding is vooral mensen versterken door hen vaardigheden te geven, waardoor dat ze anders kunnen omgaan met bepaalde situaties. *"Het is eigenlijk ervoor zorgen, op de minst intensieve vorm, een aantal vaardigheden meegeven, zodat ze die kunnen toepassen in hun dagdagelijks leven. En op die manier zichzelf ook wel een stukje kunnen versterken. En anders omgaan met bepaalde situaties"*. *"(...) mensen eventjes te depanneren, terug op weg te zetten en dat ze zelf verder kunnen op eigen kracht"*.

Multidisciplinair (samen)werken

1) Samenwerken in de praktijk

De ELP zijn allebei geïntegreerd in de praktijk en patiënten komen alleen op verwijzing van de huisarts bij hen terecht. De samenwerking behelst een aantal zaken: het geven van advies en coaching door de ELP aan de huisartsen over patiënten en het uitwerken van de psychosociale kaart. Daarnaast zorgt de aanwezigheid van de psychologen in de praktijken voor snelle en betere communicatie. Eén van de psychologen geeft aan ook een stuk sensibilisering van de artsen op zich te nemen door bijvoorbeeld vormingen te geven. *"Ik probeer de dokters ook wat bewust te maken van bepaalde problematiek als autisme bijvoorbeeld. Dat is iets wat veel dokters niet heel veel ervaring mee hebben of niet heel aandachtig voor zijn"*.

2) Samenwerken met externen

Er zijn volgens de psychologen drie belangrijke taken omtrent de samenwerking met externen. Ten eerste hebben ze de opdracht een netwerk uit te bouwen en contacten te onderhouden met andere psychologen of externe personen met de bedoeling het hulpaanbod in beeld te brengen en op elkaar af te stemmen en beter te kunnen doorverwijzen. *"Wat ikzelf ook belangrijk vind, is om een netwerk uit te bouwen. Dus contacten met psychologen, diensten, instellingen, waar dat we mee samenwerken, om die beter in beeld te brengen. Om die dichterbij de praktijken en artsen te proberen te brengen. Daar kruipt ook heel wat tijd in"*.

Ten tweede is het samenkomen en onderhouden van contacten met andere psychologen en externen belangrijk om ideeën, visies en drempels uit te wisselen en te bundelen, om zo ook deel te nemen aan het maatschappelijk debat in de GGZ. *"En ook in contact blijven met andere organisaties met, we noemen dat partnerorganisaties die, onze ideeën, en visies, drempels, meenemen in andere overlegorganen"*.

Tenslotte wordt er op Antwerps niveau geprobeerd om een samenwerkingsverband van ELP te organiseren om de discipline een sterkere plek te geven in het hulpverleningslandschap. Dit doen ze door de werking op elkaar af te stemmen, zich kenbaar te maken en ervaringen uit te wisselen. *"(...) hebben we zo een aantal afspraken gemaakt met de andere ELP. Hoe verwijzen we door? Naar wie verwijzen we door? Wat verwijzen we naar elkaar door? En wat verwijzen we naar een volgende lijn, maar ook wel naar de lagere lijnen, vrije tijd. (...) En kenbaar te gaan maken naar andere organisaties"*. *"Proberen we de discipline wat meer vorm te geven, erkenning te geven in het geestelijke gezondheidslandschap"*.

3) Samenwerken met andere praktijken van GvhV

GvhV heeft meerdere multidisciplinaire groepspraktijken in België. Naast de praktijken in Hoboken en Deurne hebben ook de praktijken in Zelzate en Genk een psycholoog. De ELP geven aan dat ze allebei een taak opnemen in de samenwerking met de andere praktijken. Zo hebben ze een visie- en werkingstekst opgesteld: *"Hoe dat we werken, wat we verwachten, hebben we uitgewerkt en daarmee willen we de andere praktijken ook daarrond sensibiliseren en daar vormingen rond geven, vragen die er zouden zijn"*.

Groeps cursussen en projectgroepen mee vormgeven

Beide ELP ervaren het organiseren van groeps cursussen niet als kerntaak, maar wel als een belangrijke meerwaarde. De factoren die daartoe bijdragen zijn: de groepsdynamiek, mensen krijgen ondersteuning van elkaar, mensen merken dat ze niet alleen zijn met hun problemen en de mogelijkheid om de invloed van maatschappelijke factoren mee te nemen in de cursus. *“Persoonlijk vind ik het een verrijking. Omdat je een extra dimensie kunt creëren in die begeleiding van die individuen. En die extra dimensie is dat groepsproces, de interactie tussen mensen, waar dat heel veel uitkomt, waar dat mensen ook heel veel ondersteuning krijgen. Dus dat is iets dat je in die individuele gesprekken niet kunt creëren.”* Eén ELP gaf al meerdere cursussen rond stress en zit in een projectgroep om de groepswerking in de praktijk te verbeteren. De ander geeft aan sinds kort ook cursussen mee te begeleiden voor mensen met chronische pijnklachten en in het verleden de cursus ‘De goed-gevoel-stoel’ georganiseerd te hebben met externe diensten.

Sociaal-politieke activiteiten ondersteunen

De ELP geven aan dat ze ook een belangrijke taak voor hen zien weggelegd in het ondersteunen van sociale en/of politieke activiteiten. Beiden vertellen dat ze in hun gesprekken vaak signalen oppikken en daar iets mee willen doen, maar dat dat niet altijd gemakkelijk is. *“Ook ben je als ELP en evengoed als huisarts een beetje de voelspriet in de maatschappij”* en *“(…) signalen die in een kabinet aan bod komen om daar iets mee te doen. Om daarmee naar buiten te komen, om mensen te versterken, om mensen te doen aansluiten aan de reeks groepen, die er al bestaan om structurele veranderingen teweeg te brengen”*. Ze geven aan mee te werken aan buurtfeesten, campagnes, schrijven opiniestukken, mengen zich in het publieke debat rond burn-out en langdurig zieken, et cetera.

4.2.2.2. Visie empowerment

De elementen die terugkomen in de visie van de psychologen zijn: het versterken van mensen om in het eigen leven en in het leven van anderen zaken te veranderen, mensen hun krachten te helpen (her)ontdekken en de mogelijkheid te geven hun leven in handen te pakken. *“Na verloop van tijd zien mensen die of vinden die krachten niet, die in henzelf zit. En de bedoeling is om die krachten dan te gaan herontdekken als het ware. En door die te gaan herontdekken, dat mensen op die manier verandering kunnen brengen in hun eigen leven of in die van een ander”*. Daarvoor is het noodzakelijk mensen tools te geven, mensen samen te brengen en mensen inzichten te geven en bewust te maken van bepaalde factoren die hun psychisch welzijn beïnvloeden. *“Ik denk ook mensen wijzen op wat er aan de hand is in de maatschappij en wat de structurele factoren zijn in de problematiek. In maatschappelijke problematiek bedoel ik dan. Dat ook dat een heel belangrijk stuk is van empowerment”*.

4.2.2.3. Vormen van empowerment

Beide ELP geven aan dat ze voornamelijk op het individuele niveau werken via hun begeleiding. *“In mijn begeleiding moeten we eerlijk gewijs wel zeggen dat we op dat individueel niveau zitten. Omdat dat ook datgeen is wat dat de hulpvraag vaak is van de mensen zelf. Om daarrond te werken. En dan gaandeweg komen die andere wel mee mogelijks al dan niet aan bod. Maar we zitten dan vooral op dat individuele”*. Op het voorgelegde schema (tabel 1) geven ze aan, dat ze werken rond alle dimensies van empowerment op individueel niveau, omdat die met elkaar verbonden zijn. *“Ge kunt die niet los van elkaar zien”*. Eén van de psychologen omschrijft dat als volgt: *“Psychische klachten, dan lijden mensen effectief hè en door hen te empoweren, door hen terug in hun krachten te zetten, verlicht dat lijden. En door hen te empoweren, maatschappelijk dan ook een stuk, ga je zien dat dat psychisch lijden dat ze ervaren of ervoeren op individueel niveau, dat ze daar een stukske maatschappelijk ook iets ondersteund worden”*.

Daarnaast geven zij ook aan te kunnen bijdragen op organisatie- en gemeenschapsniveau, omdat ze daarvoor de mogelijkheden hebben in de organisatie waartoe ze behoren. *“Ik denk dat dan vooral die maatschappelijke visie is. Ik denk dat dat wel verschilt. Niet verschilt van een andere ELP van een andere praktijk niet zozeer. Maar wel de mogelijkheden die een andere ELP heeft binnen een andere praktijk om aan dat maatschappelijke mee deel te nemen of verandering in teweeg te brengen. Vanuit onze praktijk is die mogelijkheid er wel en worden we daar ook een stukske in gestimuleerd. En doen we dat dan ook”*.

Bevorderende en/of ondersteunende elementen

In de thematische analyse kwamen de volgende thema's van bevorderende factoren naar voren: praktijk en organisatie gerelateerde factoren, ELP gerelateerde factoren en maatschappelijke invloed.

I. Praktijk en organisatie gerelateerde factoren

Het ontwikkelen van een maatschappelijke visie

Zoals in paragraaf 4.2.2.3 vermeld werd, vinden de ELP dat de maatschappelijke visie van de organisatie hen meer mogelijkheden geeft om bij te dragen aan empowerment. Eén van de psychologen zegt dat de visie het ook gemakkelijker maakt om mensen te laten participeren aan activiteiten. *"We zijn buiten een huisartsenpraktijk, ook een actiecentrum en dat is iets dat in alles eigenlijk hier beleefd wordt. Dat maakt dat het makkelijker is om dat met mensen te bespreken om daaraan deel te nemen"*.

Empowerment van medewerkers in de organisatie

Beide psychologen geven aan dat ze patiënten beter kunnen ondersteunen, wanneer ze als hulpverlener ook empowered zijn. Een omgeving waarin dat mogelijk wordt gemaakt blijkt belangrijk. *"Dus als ge zelf empowered wordt, aangemoedigd, versterkt wordt, ondersteund wordt, samenwerkt, dan ga je dat ook uitstralen op jouw patiënten, op de mensen waarmee dat je in contact komt"*. Belangrijke factoren die de ELP hierbij aangeven zijn: de samenwerking met de huisartsen en deel uitmaken van het team. De ene psycholoog geeft aan dat de samenwerking aangenaam verloopt: *"Nee, ik moet eigenlijk zeggen dat dat goed verloopt. Ik denk dat er ook tijd genoeg wordt voorzien om uit te wisselen over opvolging, ik vind dat de artsen ook wel een heel groot deel op zich nemen als het gaat over psychische zorg aan patiënten. Is ook heel mooi om te zien"*. De andere psycholoog zegt er het volgende over: *"(...) dat ik mee deel uitmaakt van de praktijk in het algemeen en dat ik niet gewoon een externe ben die hier wat consultaties komt doen. Want dan heb je ook weinig verbinding en dan kun je ook moeilijk samenwerken..."*.

Toegankelijkheid en laagdrempeligheid

Eén van de psychologen merkt op dat zijn lokalisatie in de groepspraktijk drempelverlagend werkt: *"Het feit dat ik hier in de praktijk zit tussen de huisartsen en de diëtisten en de verpleging, maakt dat mensen veel makkelijker de stap zetten naar hier"*. Ook de toegankelijkheid en de doelgroep wordt groter door de lagere financiële drempel om een psycholoog te consulteren. *"Mensen komen hier terecht uit alle lagen van de bevolking terwijl dat als je 50 euro per uur vraagt als privétherapeut krijg je maar een bepaald deel van de bevolking"*.

Mogelijkheden groeps cursussen te organiseren en geven

Dat de ELP het geven van groeps cursussen een meerwaarde vinden werd reeds besproken. Het is echter een aanbod dat vanuit de praktijk kan worden aangeboden merkt één van de psychologen op. Beiden vinden dat groeps cursussen een bijzondere bijdrage leveren aan het empowermentproces, waarin ook ruimte is om maatschappelijke factoren te bespreken met mensen. *"Dat is ook een heel belangrijk stuk van empowerment. Mensen samenbrengen en mensen tools geven om dingen aan te pakken. Samen aan te pakken en niet alleen aan te pakken"*. *"In de groeps cursus, (...) we hebben iemand gehad die zelfs niet wist wat een vakbond was en die zo iets had van 'Oh, daar kan ik mij bij aansluiten? Ik ga dat doen, want ik wordt eigenlijk vanuit mijn werk niet goed behandeld, misschien is het al een stap om dat te gaan doen'"*.

II. ELP gerelateerde factoren

De volgende factoren vinden de ELP belangrijk om bij te kunnen dragen aan empowerment in de individuele begeleiding:

Houding van de ELP

Eén van de ELP merkt op dat hij vooral zijn eigen werkinstrument is en dat zijn houding en taalgebruik ook een belangrijke factor in het hulpverleningsproces is. Een klik voelen is voor allebei de psychologen essentieel. *"De manier waarop ik de vragen stel, mijn houding, mijn taalgebruik. Alles hè. Mijn uitstraling. Dat zeggen ook mensen hè. Dat maakt dat ofwel het wel klikt of niet"*.

Generalistisch werken

Beide psychologen geven aan dat ze op maat werken, omdat iedereen anders is en de doelgroep heel uitgebreid is: *“Door de diverse doelgroep, dient er vooral op maat te worden gewerkt”*. Generalistisch werken betekent voor hen ook het bevragen en in kaart brengen van alle factoren, die een invloed kunnen hebben op het psychisch welzijn van patiënten. Ze merken op dat het vaak een combinatie is van problemen in de (levens)omstandigheden en in de copingstijl. *“(…) dat we niet alleen zicht of kijk hebben of ons focussen op dat psychisch lijden, maar dat we ook een stukske in kaart brengen van oké, hoe loopt het als het gaat over huisvesting, over werk, over vrije tijd over gezondheid, over onderwijs, dat zijn allemaal zaken die dat we mee proberen te integreren in onze gesprekken”*. Beiden vinden het geven van inzichten en het bewustmaken van mensen van deze beïnvloedende factoren zeer belangrijk in hun begeleiding. Tegelijkertijd is er dan de mogelijkheid om bepaalde maatschappelijke thema's te bespreken. *“Door mensen bewust te maken van wat er aan de hand is. Niet te zeggen of niet enkel en alleen te focussen op coping bijvoorbeeld hè, want het is niet alleen hoe dat je omgaat met je stress wat er voor zorgt dat je je slecht voelt, maar het is ook stress zelf hè en een druk vanuit de maatschappij ...”*.

De gebruikte methodiek: KOP-model

Om het generalistisch werken in de praktijk te brengen, gebruiken de beiden ELP meestal het KOP-model, omdat het de context en leefwereld, samen met de copingstijl in beeld brengt. Het is een houvast voor zowel de ELP als de patiënt en maakt het mogelijk om mensen bewust te maken over de verschillende beïnvloedende factoren van hun psychisch welzijn. De ELP hebben het gevoel dat ze daar met de patiënt dan gemakkelijker doelstellingen en acties aan kunnen verbinden en nieuwe copingmechanismen kunnen ontwikkelen. *“En dat model brengt wat structuur en orde in de hoofden van de mensen. Door het duidelijk te maken, soms gebruiken we het bord waar we dat dan opschrijven, welke klachten mensen hebben, de levensomstandigheden en dan wordt dat duidelijker voor de mensen en is het ook vatbaarder om daar dan acties aan te gaan koppelen, om daar dan mee aan de slag te gaan. En als het duidelijker is, als mensen dat inzicht hebben verworven dan kunnen ze daar ook makkelijker doelstellingen over formuleren”*. De nadruk wordt gelegd op de persoonlijke stijl en de omstandigheden. De psychologen zijn zich ervan bewust dat de omstandigheden in sommige gevallen (bijvoorbeeld overlijden dierbare) niet aangepast kunnen worden, maar in andere gevallen wel. *“Als het gaat over pesten op het werk, dan kan er wel acties aan gekoppeld worden. Van hoe ga je ermee om? Wie spreek je aan? Waar signaleer je dat? Dus op die manier proberen we vanuit het KOP-model niet alleen te focussen op, die copingmechanismen, dat individueel gedeelte, maar ook de nadruk te leggen op die omstandigheden. En die omstandigheden, die zijn zo breed als ge zelf kunt maken. En daar proberen we dan maatschappelijk, die maatschappelijke context mee in te betrekken.”* Ten slotte geven de psychologen aan dat er ook veel psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie toegepast wordt in de gesprekken.

III. Maatschappelijke invloed

Deelname aan maatschappelijk debat

Deelnemen aan het maatschappelijk debat vinden beide psychologen een belangrijk onderdeel van empowerment. Daarvoor zitten ze in werkgroepen en overlegorganen, om ook de drempels die dat zij en hun patiënten ervaren met andere hulpverleners te delen en te bundelen. *“... die werkgroepen rond de ELP en de uitrol van heel die terugbetaling naar projecten. Daar zijn we aan het meewerken, ik denk dat dat ook een stuk empowerment is hè, want dat zorgt ervoor hopelijk dat mensen snel bij een psycholoog terechtkomen. En die toegankelijkheid verbeterd wordt”*. *“Dat is nog wel een work in progress, maar we hebben dan wel wat andere ELP samengebracht om dan over te brainstormen en het was ook wel opvallend dat die allemaal dezelfde knelpunten tegenkomen als wij bij Geneeskunde voor het Volk. Dus het is niet dat wij daarin geïsoleerd zitten of zo, dat we alleen op die problemen stoten, maar het is eigenlijk in heel Antwerpen”*. Ook zoals eerder vermeld is ook het onderhouden van contacten met de partnerorganisaties een manier om ideeën en problemen kenbaar te maken op beleidsniveau, bijvoorbeeld op stadsniveau.

Belemmerende en/of negatieve elementen

In de thematische analyse kwamen vier categorieën van belemmerende factoren naar boven: persoonsgebonden en praktijkgebonden factoren, ELP gerelateerde factoren, maatschappelijke en beleidsfactoren.

I. Persoonsgebonden factoren

Intrinsieke motivatie patiënt

Beide psychologen zijn het erover eens dat patiënten ook een stuk gemotiveerd moeten zijn om samen te kunnen werken. *“Mensen moeten zelf ook een stukske gemotiveerd zijn om dat te kunnen of willen doen”*. Anderzijds merkt één van de psychologen het volgende op: *“Het is letterlijk de deur naast hun dokter hè. Maar dat maakt ook wel dat ik soms mensen heb, die niet per se supergemotiveerd zijn. Wat ik wel een goede zaak vind op zich, dat ook die mensen tot bij de psycholoog geraken en niet alleen als ge supergemotiveerd zijt en superveel geld hebt en er spullen en geld aan wilt geven”*. Er wordt opgemerkt dat er ook een groep mensen is, die komt als de nood hoog is en dan afhaakt en later terug opduikt. Beiden geven aan het gevoel te hebben het dan niet te kunnen afwerken. *“Of ene keer komen en dan niet meer en dan na drie maanden het weer zo erg is dan toch een keer terugkomen, dat dat zich zo wat herhaalt op die manier. En dat je op die manier ook niet verder geraakt”*. Aan de andere kant wordt dit beeld ook weer genuanceerd en zegt één van hen dat dat eigen is aan het proces wat mensen doormaken: *“...en ik denk dat dat nog meer is dan bij privétherapeuten, wat daar ook het geval is. Maar ik denk in zo'n wijkgezondheidscentrum zoals hier, of in een huisartsenpraktijk sowieso dat dat nog meer is. En dat je daar rekening mee moeten houden op de een of andere manier. En dat dat ook oké is en dat ook mag en dat dat ook kan. Dat je mensen er ook niet op moet afstraffen per se. Je hebt soms therapeuten die zeggen 'als je eens een keertje niet komt, dan mag je nooit meer terugkomen. Dat gaat hier niet als ik dat zou doen. Dan zou ik niet veel mensen meer kunnen zien denk ik”*.

Een dialoog aangaan moet mogelijk zijn

Indien de problematiek ernstig of erg complex is, en dus eigenlijk niet thuishoort bij de ELP, kan dit als een belemmering in het hulpverleningsproces worden ervaren. Toch zijn beide ELP het erover eens dat er ook mogelijkheden zijn om deze mensen te ondersteunen en te verwijzen. *“Dus als er sprake is van een complexe psychische problematiek, dan is het de bedoeling dat we dan samen met die persoon gaan kijken van wie dat die dan verder kan helpen. Er moet een intact vermogen zijn om te kunnen reflecteren over hun eigen situatie... En dan gaan we die proberen door te verwijzen naar een andere lijn of een andere soort van hulpverlening”*. Ook blijkt het geven van inzichten bij mensen met een persoonlijkheidsproblematiek vaak erg moeilijk, maar niet onmogelijk. Eén van de psychologen merkt op, dat er bij deze patiëntengroep een gevaar is om mensen te veel te empoweren. *“Maar ook bij mensen met een persoonlijkheidsproblematiek, is dat soms ook heel erg moeilijk om hen tot dat inzicht te laten komen. Maar ook als het gaat over complexe problematieken. Mensen met een autismeproblematiek bijvoorbeeld of mensen met een mentale beperking of... Ja dat zijn zaken die het niet makkelijker maken. Wat niet wil zeggen dat het onmogelijk is hè”*. *“Ja, en soms zit daar wel een stukske persoonlijkheidsproblematiek. Dat je mensen zodanig sterk maakt maar dat ze dan daarin doorschieten. Dat ze te veel dingen gaan verwachten en daardoor dan juist daarin blokkeren”*.

Belemmeringen in de context

Daarnaast kan de sociale context van een patiënt zo complex of uitzichtloos zijn, dat de psychologische ondersteuning zeer moeilijk kan zijn. *“Ja, die omstandigheden...dat zijn zaken die dat proces wel in de weg kunnen zitten. Of een beter voorbeeld, onlangs nog iemand zonder papieren bijvoorbeeld, die geen perspectief heeft of dat hier ooit in orde zal gaan komen. Ja dan is dat heel moeilijk om aan die persoon te gaan... Dan is het moeilijk, niet onmogelijk om dan te gaan zeggen van ok, meng je mee in het maatschappelijk debat als het gaat rond migratie”*.

II. Praktijk en organisatie gerelateerde factoren

Lage drempel en te snelle doorverwijzing door artsen

De laagdrempelige toegang (zowel financieel, als de bereikbaarheid) van de psychologen in beide praktijken kan ertoe bijdragen dat artsen heel snel geneigd zijn om naar de psycholoog te kijken en kan er voor zorgen dat mensen, die weinig gemotiveerd zijn, niet komen opdagen. Dit komt de hulpverleningsrelatie niet ten goede. *“Ja in het begin toen ik hier kwam, merkte ik heel hard dat mensen ook gewoon al niet kwamen opdagen vanaf het begin. Ook omdat huisartsen heel snel de neiging hadden van 'ga maar naar de psycholoog'. En dat ze daar niet echt motiverende gespreksdingen rond deden. Dat is nu wel, nu pushen ze patiënten niet te hard om hier te komen en gaan ze wel eerst in gesprek daarover. Wat dat het al beter maakt”*. Psychologen lijken baat te hebben bij een goede voorlichting aan patiënten door de artsen. Indien patiënten te snel of zonder veel uitleg worden doorverwezen kan dit de ondersteuning in de weg staan door bijvoorbeeld vroegtijdig afhaken: *“Ik merk wel dat, (...), als mensen heel snel, te snel worden doorgestuurd zonder dat er echt wordt gesproken over waarom zou je naar de psycholoog gaan en wat voor nut kan dat hebben, dat mensen ook veel sneller afhaken”*. Ook merken beide psychologen op, dat het soort problematieken dat verwezen wordt niet altijd geschikt is voor de eerste lijn en dat soms pas tijdens de psychologische begeleiding de complexiteit van de problematiek tot uiting komt. *“Ja nu alle artsen zijn anders hè... En dat merk je soms ook wel in de doorverwijs, het soort mensen dat dan doorverwezen worden of het soort problematieken dat dan doorverwezen worden. Dat een huisarts minder goed trieert of inschat is dit nu iets, al dan niet voor een eerste lijn, maar dat wordt dan ook wel besproken”*.

III. ELP gerelateerde factoren

Houding ELP en 'klik' met de patiënt

Ook geven de psychologen aan dat er een 'klik' moet zijn met de patiënt om een goede hulpverleningsrelatie tot stand te brengen. Als die niet aanwezig is wordt het moeilijk: *“Ja, belemmeringen, of als het niet klikt met contact”*. Eén van hen zegt dat de houding, het taalgebruik, de uitstraling van de psycholoog zelf heel belangrijk zijn hiervoor. *“Maar natuurlijk mezelf ook hè. Als instrument, ik ben mezelf, ik ben m'n eigen tool ook hè. De manier waarop ik de vragen stel, mijn houding, mijn taalgebruik. Alles hè. Mijn uitstraling. Dat zeggen ook mensen hè. Dat maakt dat ofwel het wel klikt of niet. Dus je bent je eigen werkinstrument ook hè. Een arts heeft nog andere instrumenten die dat ie uit zijn tas kan toveren. Maar wij niet. Wij zijn onszelf, die daarmee ingezet wordt hè. En dat kan klikken of niet klikken. Maar ook dat, afhankelijk van de levensfase waarin je zit of uw dag ook. Als je zelf wat minder uitgerust bent, dat speelt ook allemaal mee. Dat kan een ander effect hebben”*.

Te eenzijdige focus op copingmechanismen

Eén van de psychologen geeft een algemene opmerking over een mogelijke belemmerende factor in het werk van psychologen en de maatschappij, namelijk een te eenzijdige focus op coping, waardoor schuldgevoelens van mensen versterkt kunnen worden. *“Ik denk ook te hard focussen op het individuele, gewoon dat dat tegenwerkt. Als je zegt van 'ja, het is inderdaad coping, je coping is superslecht, je coopt echt op een heel foute manier. Ja, dan voel je je ook niet echt empowered hè, want dan is het helemaal uw eigen schuld. Ik denk dat mensen vooral niet het gevoel mogen krijgen dat ze alleen zijn met hun problemen en dat ze de enige zijn”*.

IV. Maatschappelijke en beleidsfactoren

Beperkte toegankelijkheid van de (externe) psychologische hulpverlening

De noden zijn hoog, maar de middelen te beperkt om een goed en toegankelijk netwerk van psychologische hulpverlening uit te bouwen. *“Ja, geestelijke gezondheidszorg wordt binnen de gezondheidszorg wat stiefmoederlijk behandeld, wat dat maakt dat er heel weinig middelen voorzien zijn om dat op een goede manier uit te bouwen”*. Daarnaast verloopt het verwijzen van mensen naar externe diensten moeizaam, gezien de vaak hoge kosten en lange wachtlijsten. *“Maar zeker als ik mensen moet doorsturen naar tweede lijn of naar privé, dat is bijna onmogelijk gewoon. Er zijn zo weinig mensen die ik daar naartoe krijg, puur omwille van het feit dat dat te veel geld kost. Dat is echt een heel groot probleem”*. De beide ELP ervaren dit als een belangrijke drempel om empowermentprocessen te kunnen ondersteunen. De andere lijnen, inclusief de psychiatrische hulpverlening, zitten volledig vol, waardoor mensen worden teruggestuurd. *“En dus daar merken we wel een heel groot spanningsveld, dat de andere lijnen en de tweede en derde lijn niet altijd kunnen volgen met de vragen die dat daar worden gesteld en daardoor de bal dan terugkaatsen naar ons. Dat maakt het moeilijk”*. *“Dus ik denk dat die toegankelijkheid een heel groot knelpunt is om ons werk als eerstelijnspsycholoog goed te kunnen doen”*. Tenslotte wordt er opgemerkt dat er een te beperkt aanbod is voor bepaalde groepen mensen, bijvoorbeeld migranten met een taalproblematiek.

Problemen bij verwijzingen

Wanneer er verwezen wordt, wordt er vaak ook veel werk dubbel gedaan, zoals oriëntatie- en intakegesprekken, terwijl er al een inschatting is gemaakt door de ELP. Dat is een drempel voor patiënten, maar ook voor de doorstroming en het vertrouwen in het werk van de ELP. Daarnaast merkt de ELP op dat men vaak niet te kiezen heeft bij wie dat iemand terecht komt in de tweede lijn: *“Binnen de geestelijke gezondheidszorg, als het gaat over die tweede lijn, VAGGA en Andante, gesubsidieerde diensten, er werken mensen met een verschillende achtergrond, met een verschillende opleiding. Er zijn mensen die een therapeutische opleiding hebben gevolgd, maar mogelijk met verschillende disciplines, psychodynamisch, gestalttherapie, cliëntgericht, maar je weet niet waar dat je terecht komt. En als doorverwijzer is dat wel lastig want als je iemand hebt en je hebt al een inschatting gemaakt en je denkt dit is eerder iemand die mogelijk cliëntgericht verder beter kan geholpen worden. Ja dan heb je daar niet in te kiezen tenzij dat je in de privé gaat, maar als je dan in de privé gaat dan betaal je en dan betaal je veel en je hebt geen terugbetaling van de ziekenkas. Het is moeilijk hè”*. Ook is de hulpverlening vaak niet aangepast aan de vraag van de mensen, zegt één van de psychologen. Al deze factoren komen niet ten goede aan het vertrouwen in de psychologische hulpverlening. *“Dus ik krijg wel heel wat feedback van patiënten terug over de hulpverlening. En dat is wel jammer want op die manier, is er weinig vertrouwen na verloop van tijd en kun je dat taboe dat er heerst rond psychische problematiek moeilijk doorbreken ook. Dus er is nog wel wat werk”*. Ten slotte merkt één van de ELP op dat een verwijzing vaak éénrichtingsverkeer is, dus dat er weinig overleg en terugkoppeling gebeurt naar de ELP.

Onbekendheid ELP

Binnen de GGZ is de functie ELP nog niet goed gekend, omdat het een vrij nieuwe discipline is in het hulpverleningslandschap. *“Wat dat maakt dat daar heel wat onduidelijkheden rond zit”*.

Te eenzijdige beeldvorming en eigen verantwoordelijkheid

De psychologen merken op dat mensen vaak een negatieve beeldvorming in de huidige maatschappij ervaren met betrekking tot hun psychische problemen. Veel mensen hebben schuldgevoelens of hebben het gevoel te hebben gefaald. *“En mensen komen ook vaak hier met een heel groot schuldgevoel, die voelen zich heel schuldig dat ze zo in de put zitten, omdat ze zich niet goed voelen, niet voort kunnen, ze niet voor andere mensen kunnen zorgen. Maar dat maakt dat die problematiek alleen maar erger wordt. Dus ik denk dat zeker bij die groep, loskomen van een individueel schuldmodel, dat zij de oorzaak zijn van hun eigen problemen, super belangrijk is in het herstelproces”*.

4.2.2.5. Meetinstrument empowerment

Meerwaarde van een meetinstrument

De ELP formuleren drie voordelen met betrekking tot het gebruik van meetinstrumenten. Ten eerste kun je door te meten zaken objectiveren: *“...door het soms gewoon zwart op wit te zetten, kan dat empowerend werken. En ook voor uzelf. Dat het duidelijk is welke richting we gaan, zijn we nog wel met het juiste bezig?”*. Ten tweede kan men de gegevens gebruiken om op beleidsniveau te overtuigen. Ten slotte kunnen de gegevens helpen bij de zoektocht naar methodieken en manieren om patiënten nog meer te ondersteunen bij het empowermentproces. Eén van de psychologen refereert hierbij naar de ontwikkeling van het KOP-model: *“Het KOP-model is ook zo een stuk ontstaan. En door evidence-based en door zo'n metingen te doen heeft men eigenlijk wel bereikt wat men nu heeft bereikt om echt wel die lijnen meer scherper te gaan krijgen en een methodiek te gaan uitwerken om een model voor te stellen waar dat heel veel praktijken ook mee aan de slag gaan”*.

Beperkingen

De ELP geven enkele moeilijkheden aan bij het gebruik van een vragenlijst in de praktijk. Bij sommige mensen is het heel lastig om een vragenlijst af te nemen of is het taalgebruik te moeilijk. Ook kost het extra tijd en werk om de vragenlijst af te nemen en te verwerken. Een andere beperking van de NEL was de formulering van enkele vragen: *“dat sommige vragen dubbelzinnig of niet zo duidelijk waren geformuleerd”*. *“En sommige vragen zijn heel abstract. Bijvoorbeeld: ‘De samenleving respecteert mijn rechten als burger’”*.

5. Bespreking

5.1. Interpretatie kwalitatief onderzoek en vergelijking met literatuur

De visie en doelstelling van de ELP is om mensen te versterken en helpen om krachten te (her)ontdekken door inzichten te bieden, vaardigheden aan te leren om anders om te gaan met bepaalde situaties. Dit sluit nauw aan bij de besproken definities van empowerment. De ELP werkt dus vooral rond psychologische empowerment in de individuele hulpverlening. Ook de andere taken die in de interviews naar voren kwamen, namelijk verwijzen of begeleiden van mensen naar andere diensten, geven van groepscursussen, multidisciplinair samenwerken en netwerken, deelname aan sociaal-politieke activiteiten, kunnen bijdragen aan de ondersteuning van empowermentprocessen van individuen, maar ook op collectief niveau. Deze taken komen grotendeels overeen met de kerntaken die in de literatuur beschreven zijn (2,5,7). Iets wat minder sterk naar voren komt in de literatuur, is het ondersteunen of bijdragen aan sociaal-politieke activiteiten of het maatschappelijk debat. De ELP van GvhV ziet dit wel als een belangrijke taak, maar merken op dat de organisatie waarbinnen ze werken hen die mogelijkheden biedt, in tegenstelling tot bij veel andere ELP.

Aan de hand van de interviews met de patiënten en de ELP kunnen ondersteunende en belemmerende factoren voor het versterkingsproces worden benoemd. Deze hebben betrekking op: de persoon zelf, de begeleiding en de (praktijk)organisatie en de omgeving.

Wanneer we de ondersteunende elementen met betrekking tot de ELP bekijken, zijn dit: de toegankelijke houding, gemeenschappelijke kenmerken (bijvoorbeeld cultuur en leeftijd), een gelijkwaardige relatie en het opbouwen van een vertrouwensband om vrijuit te spreken en in samenspraak beslissingen te nemen. Dat de houding van de hulpverlener een cruciaal terugkerend element is (8,23), bevestigen de patiënten en de ELP in de praktijk. Dit is belangrijk om communicatief en in dialoog te kunnen werken. Een goede samenwerkingsrelatie en communicatie zijn mogelijk nog belangrijker dan de toegepaste interventie (23). In de begeleiding zijn de dimensies van psychologisch empowerment (*tabel 1, figuur 4*) alle drie sterk aanwezig. De onderlinge samenhang van de intrapersonlijke, interpersoonlijke en gedragsdimensie is aanwezig en de ELP bevestigen dat ze in al deze dimensies proberen te werken. Op het gebied van persoonlijke beleving ervaren patiënten vooral meer zelfvertrouwen en controle. Ook voelen ze zich sterker en accepteren ze kwetsbaarheden. Wat betreft de interpersoonlijke dimensie en het kritisch bewustzijn vermelden patiënten vooral het belang van het krijgen van inzichten in persoonlijke doelen en mogelijkheden. Ook het opstellen van doelen en inzichten over beïnvloedende (positieve en negatieve) omgevingsfactoren wordt als belangrijk ervaren. Hoewel niet bij iedereen toegepast, ervaren de meesten het gebruik van het KOP-model als belangrijke tool om mogelijkheden en ook kwetsbaarheden in kaart te brengen. Wat betreft gedrag spreekt men over toegenomen weerbaarheid, beter grenzen aangeven en beslissingen nemen, anders omgaan met moeilijke situaties (coping), aanpassingen in leef- en werktijl, sneller inschakelen van hulpverlening, anderen helpen en durven uitkomen voor kwetsbaarheden. Dat patiënten aangeven in het vervolg sneller de stap naar hulpverlening te zetten, lijkt te bevestigen dat hulpverlening niet per se de noodzaak aan ondersteuning vermindert. Ook de participatie van patiënten aan onderzoek draagt bij aan de positieve ervaring. Personen die zich empowered voelen lijken op hun beurt weer andere mensen te willen ondersteunen. In de begeleiding komen alle eerder beschreven principes van empowerend werken aan bod.

De ELP vermelden ook enkele bevorderende en ondersteunende elementen om aan het empowermentproces van patiënten te kunnen bijdragen. Het ontwikkelen van een (maatschappelijke) visie als praktijk of organisatie en het in een team kunnen samenwerken met huisartsen lijkt ervoor te zorgen dat de ELP zichzelf ook empowered voelen. Daarnaast maakt de organisatie het mogelijk om (financieel) toegankelijke hulpverlening aan te bieden, is de drempel laag omdat de ELP fysiek aanwezig is in de praktijken en is het mogelijk om cursussen te organiseren. Deze elementen uit de (praktijk)organisatie lijken dus indirect bij te dragen aan empowerment en komen overeen met de eerder door Steenssens en van Regenmortel benoemde organisatorische randvoorwaarden ter ondersteuning van een empowermentbenadering (33). Het verlagen van de drempel en verhogen van de toegankelijkheid is een belangrijk onderdeel van empowerend werken (inclusief werken), om ook de meest kwetsbare patiënten te bereiken. Verder geven de ELP aan dat hun eigen houding belangrijk is en dat ze op maat van de patiënt en generalistisch werken. Het bewustmaken en inzichten geven door middel van uiteenlopende methodieken, waarin de patiënt centraal staat, is belangrijk. Hiervoor maken zij veelvuldig gebruik van het KOP-model, omdat dit de context van de patiënt en zijn of haar moeilijkheden duidelijk in beeld brengt. Het is een tool om in dialoog te gaan en maakt het gemakkelijker doelstellingen en acties te formuleren. Ten

slotte kan het deelnemen aan het maatschappelijk debat via overlegorganen en werkgroepen ervoor zorgen dat empowerment op samenlevingsniveau wordt gefaciliteerd.

Naast de eerder genoemde individuele en omgevingsfactoren die belemmerend kunnen werken, zijn er weinig negatieve ervaringen met betrekking tot de ELP. Eén patiënte met een ernstige psychische problematiek, die ter overbrugging naar gespecialiseerde hulp in opvolging was, voelde zich minder geholpen door de ELP. Een mogelijke verklaring kan zijn dat de patiënte zich in dusdanige psychische toestand bevond, waardoor het moeilijk was om in dialoog te gaan over doelen en middelen. Het aangaan van een dialoog en het kunnen reflecteren is een principe van empowerend werken. Bij gebrek hieraan kan een ELP moeilijkheden ervaren in de begeleiding. Mensen met ernstige klachten, een verstoorde realiteitszin of dubbeldiagnoses behoren eigenlijk niet tot de doelgroep van de ELP. De ELP dient zich voornamelijk te richten op milde tot matige en niet-complexe klachten, maar uit eerder onderzoek blijkt dat er in de praktijk in bijna de helft van de gevallen sprake is van ernstige of langdurige problemen (5). Dit kan doordat de toegang tot de hogere lijnen nog op zich laat wachten of er een te hoge (financiële) drempel is voor de patiënt. Dit kan empowerend werken in de weg staan. Het lijkt dan ook belangrijk te bekijken in hoeverre een dialoog mogelijk is of kan worden in een kortdurende begeleiding en daarnaast als beroepsgroep en organisatie te ijveren voor een betere toegankelijkheid van de psychische gezondheidszorg. Met betrekking tot de begeleiding worden er door de patiënten wel een aantal punten rond de afronding en opvolging aangehaald. Het is niet bij iedereen duidelijk of ze nog terug op gesprek mogen komen na afronding en of ze dan eerst nog langs een arts moeten passeren. Uit de registraties van de patiënten die de NEL invulden, blijkt een deel van de patiënten na hun afronding nog wel eens nood te hebben aan een gesprek en komt daardoor terug. Dit is gezien het procesmatige aspect van empowerment niet onverwacht en dus ook niet per definitie negatief, hoewel de ELP aangeven dat dit soms wel lastig kan zijn en de grens met chronische opvolging niet altijd duidelijk is. Het lijkt dus belangrijk het ritme van de patiënt te volgen, trachten dit proces zo goed als mogelijk te ondersteunen en erkennen dat dit met ups en downs verder zal gaan na de begeleiding. Dat het afhaken tijdens de begeleiding niet altijd negatief hoeft te zijn, zagen we in de praktijk. Empowerment is tenslotte een proces dat gekenmerkt wordt door stappen voor- én achteruit. Het mogelijk maken om terug te komen bij de ELP na een periode van afwezigheid, stelt patiënten gerust en sluit aan bij dit proces. In dit opzicht kan men verdedigen mensen een nieuwe kans te geven en de hulpverlening opnieuw op te pakken. Ten slotte blijkt dat sommige patiënten niet op hun verwijzadres terechtkomen. Een reden die in een van de interviews naar voren kwam, is de keuze (te) vrij te laten, waardoor er een nieuwe drempel ontstaat. Vanuit het principe 'participatief werken' lijkt dit geen verkeerde gedachte, maar eerder is gebleken dat patiënten de doorverwijzing als een moeilijke stap kunnen ervaren (5).

De ELP ervaren belemmerende factoren, die te maken hebben met de persoon of zijn omgeving: soms te weinig motivatie, onmogelijk om in dialoog te gaan en te reflecteren en uitzichtloze situaties in de sociale context. Met betrekking tot de praktijk en organisatie wordt de volgende factor aangegeven: te snel en zonder veel uitleg verwijzen van patiënten door de huisartsen, mogelijk door de zeer lage fysieke en financiële toegankelijkheid. In de begeleiding kan het ontbreken van een 'klik' hinderend werken. Op maatschappelijk gebied worden problemen bij de verwijzingen aangehaald als belangrijke belemmerende factor in de hulpverlening. Uit de literatuur blijkt dat veel ELP moeilijkheden ondervinden met de samenwerking of terugkoppeling van externe diensten, een beperkt aanbod van gespecialiseerde hulp en de wachtlijsten (5). De ELP van GvhV bevestigen dit en vullen aan: er is een beperkte toegankelijkheid en er zijn veel knelpunten rond de verwijzingen (hoge kosten, lange wachtlijsten, beperkt en niet afgestemd aanbod, geen vrije keuze, weinig terugkoppeling, et cetera). Al deze factoren kunnen empowerment dus in de weg staan.

Tenslotte mogen we ook de drempels van patiënten om gebruik te maken van (psychologische) hulpverlening niet vergeten. Uit de registraties blijkt dat een deel van de patiënten al niet op zijn intake verschijnt. In de interviews zijn persoonlijke en financiële redenen, eerdere ervaringen en de negatieve beeldvorming, enkele drempels die aan bod zijn gekomen. Om de drempels volledig in kaart te brengen, is verder onderzoek nodig.

5.2. Interpretatie kwantitatief onderzoek en vergelijking literatuur

In de steekproef van deze studie blijkt er een ongelijke verdeling van het geslacht te zijn (68,2% is vrouwelijk). Dit werd ook geconstateerd in de registratie tijdens de pilootprojecten van de overheid, waarin 70% van de patiënten die bij de ELP terecht kwam vrouwelijk was (5). De leeftijdsverdeling komt grotendeels overeen met deze studie, maar in de huidige steekproef was het aantal 60 plussers hoger (18,3% versus 6%). Het aantal aangeboden sessies komt redelijk overeen met de in de literatuur beschreven waarden. Voor één tot vier sessies

is dit 73% versus 79,8%, voor vijf tot tien sessies 18,6% versus 25% en voor meer dan tien sessies 1,7% versus 1,7%. In deze studie werd 50% van de patiënten verwezen, dit is vergelijkbaar met het gemiddelde percentage in de pilootprojecten (56%), maar er was een sterk verschil tussen de pilootprojecten wat te maken kan hebben met de geografische spreiding van de projecten (5).

In dit onderzoek blijkt dat de ELP een grote groep kwetsbare mensen bereikt (twee derde is laaggeschoold, één derde woont alleen, twee derde bevindt zich in een precare werksituatie en heeft ofwel geen of deeltijds werk). Dit komt overeen met de resultaten in de pilootprojecten. Een verklaring hiervoor is de lage financiële drempel en lokalisatie binnen een multidisciplinaire groepspraktijk.

De NEL werd reeds in meerdere studies gebruikt (5,13,35-38). Ook werd de vragenlijst in enkele longitudinale en gerandomiseerd gecontroleerde studies gebruikt, waarin het empowerend effect van cursussen en hulpverleningsmodules werd geëvalueerd door middel van voor- en nametingen (36-38). De resultaten van de huidige studie moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd gezien de kleine steekproef en het ontbreken van een controlegroep. Ze lijken echter wel een bepaalde richting uit te wijzen. Patiënten lijken drie maanden na de start van de begeleiding (en bij afronding) meer 'empowered' te zijn. De categorieën 'sociale steun', 'eigen wijsheid', 'erbij horen' en de totale score vertonen significante resultaten. Een opvallende vaststelling is de achteruitgang op de schaal 'betrokken leefgemeenschap'. Wanneer men echter de vragen van deze schaal bekijkt (bijvoorbeeld 'de samenleving respecteert mijn rechten als burger', 'deze samenleving houdt rekening met mensen met een psychische handicap'), lijken deze minder geschikt om het effect van een interventie te evalueren. Ook werden er in deze categorie minder vragen ingevuld door de patiënten en werden sommige vragen als te moeilijk ervaren. De achteruitgang op deze schaal kan duiden op mogelijke inzichten tijdens de begeleiding over hoe er in de samenleving wordt gekeken naar en omgegaan met patiënten met psychische problemen, waardoor patiënten misschien lager scoren in vergelijking met de voormeting. Ook is het mogelijk dat door vooruitgang op vlak van empowerment de patiënt de spontane neiging om de schuld van zijn/haar problematiek op zich te nemen beter kan hanteren en tegelijkertijd doorheen dit empowermentproces meer inzicht krijgt in de sociale determinanten die een effect hebben op de gezondheid. De huidige steekproef is echter te klein om verbanden tussen socio-demografische variabelen en empowermentscores na te gaan en verder onderzoek hieromtrent is aanbevolen.

Uit de descriptieve analyse van de begeleiding bij de ELP komt vooral de aanwezigheid van een goede samenwerkingsrelatie sterk naar voren (86% antwoordt positief). Ook ervaart het grootste deel van de patiënten dat de ELP uitgaat van de mogelijkheden in plaats van de beperkingen (83% antwoordt positief). Deze resultaten lijken de resultaten uit de kwalitatieve analyse te bevestigen. Eerder werd besproken dat voor empowerment de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie misschien nog wel belangrijker is dan de toegepaste interventie (23). Dat dit door zoveel patiënten als positief wordt ervaren is dus een belangrijke vaststelling.

5.3. Sterktes en beperkingen

De kracht van dit onderzoek is het gebruik van triangulatie, waarbij door middel van verschillende invalshoeken (literatuuronderzoek, diepte-interviews en vragenlijsten), een poging is gedaan om empowermentprocessen te vatten. Het combineren van onderzoeksmethoden wordt sterk aanbevolen in empowermentonderzoek, omdat het zo'n complex begrip is. Het feit dat de visies van zowel de ELP als van de patiënten werden meegenomen is een belangrijk pluspunt. Empowermentonderzoek dient te gebeuren met patiënten en niet enkel over patiënten. Het is de eerste keer dat dergelijk onderzoek plaatsvond in Belgische huisartsenpraktijken. Een tweede kracht van dit onderzoek is het dynamische proces dat patiënten samen met de hulpverlener doorlopen. De patiënten bevinden zich vaak in een precare mentale en/of fysieke situatie, waardoor het naleven van afspraken en invullen van vragenlijsten niet altijd strikt verloopt en deelname aan onderzoek vaak al een opgave op zich is. Het is mogelijk dat mensen die zich fysiek of mentaal niet goed voelden op het moment van het eerste contact niet hebben deelgenomen. Ook zijn er enkele patiënten die slechts éénmalig op gesprek komen of niet meer verschijnen op hun afspraak. Dit soort omstandigheden zijn moeilijk te voorspellen en zijn eigen aan dit dynamische onderzoek, waardoor eerder de 'effectiveness' dan de 'efficacy' is gemeten. Dit sluit aan bij de derde kracht, namelijk het feit dat de deelnemers hoofdzakelijk behoorden tot een psychosociale kwetsbare populatie. Deze patiëntengroep betrekken in onderzoek is een uitdaging en dus een belangrijke meerwaarde van dit onderzoek.

De resultaten dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de kleine steekproef. Alle patiënten die sinds het begin van het onderzoek een begeleidingstraject startten werden gevraagd om deel te nemen om een zo groot mogelijke patiëntengroep te bereiken. Vanwege het beperkte tijdsbestek en de beperkingen bij dit follow-up onderzoek (onder andere drop-out en niet op afspraken verschijnen) was een grotere steekproef niet mogelijk. Patiënten werden voor het invullen van een vragenlijst meerdere malen proactief benaderd (via telefoon, mail en huisbezoek). Daarnaast is er gekozen om het onderzoek uit te voeren in twee praktijken met allebei een ELP om een groter aantal patiënten te bereiken. Het aanwezig zijn van dezelfde visie (12), organisatie van de praktijk, lokalisatie in hetzelfde grootstedelijk gebied en hantering van het KOP schema, zorgden ervoor dat een evaluatie van de beide praktijken in één onderzoek mogelijk werd geacht. Er bestaat niet één model of één werkwijze, het is juist de kracht van de ELP om zijn werkwijze aan te passen aan de patiënt, waardoor een vergelijking tussen verschillende ELP eigenlijk niet aan de orde is. De persoonlijke werkstijl van de beide ELP kan verschillen, maar dit hoeft geen probleem te zijn. Waar het in deze studie vooral om draaide is om te kijken of patiënten en de ELP het gevoel hebben dat empowermentprocessen worden ondersteund en welke belemmeringen er meespelen. In de interviews van de patiënten en de ELP komen gelijkaardige antwoorden naar voren en worden geen grote verschillen tussen beiden praktijken of psychologen gevonden.

Het vinden van deelnemers voor een interview was gezien de patiëntenpopulatie niet gemakkelijk. Toch is er in de kleine groep gepoogd een afspiegeling te maken van de heterogene populatie, met daarbij mensen die hun traject volledig bij de ELP doorlopen hebben, mensen die zijn verwezen naar een andere instantie en iemand die zijn gesprekken op eigen initiatief besloot te beëindigen. Ook dit hoort bij het eerder beschreven proces dat patiënten doorlopen. De patiënten die deelnamen, vonden dat allemaal een positieve ervaring en hoopten hiermee op hun manier te kunnen bijdragen. Ook bij het invullen van de vragenlijsten werd geconstateerd dat, ondanks de kwetsbaarheid van de doelgroep, de meerderheid van de patiënten het geen probleem vond om een vragenlijst in te vullen. Er waren positieve reacties van patiënten op het feit dat ze iets terug konden doen voor de hulpverlening. Ook hierin ligt een empowerend element verscholen, namelijk 'participatief werken'.

In deze thesis werd vooral de nadruk gelegd op de elementen van de begeleiding die een invloed hebben op de patiënten, omdat dit de doelstelling was van deze masterproef. We moeten ons echter van bewust zijn dat er ook andere beïnvloedende factoren zijn, zoals de drempels om een begeleidingstraject te starten en persoonlijke en omgevingsfactoren. Enkele van deze factoren konden benoemd worden na de interviews met de patiënten en de ELP, maar deze zijn zeker nog niet volledig omdat de steekproef beperkt is.

Een sterk punt van de NEL is, dat het psychologisch empowerment in de ruimste zin evalueert en niet alleen focust op de intrapersonlijke dimensie. Ook de interpersoonlijke dimensie en de gedragscomponent komen aan bod. Dit is essentieel in de sociaalecologische benadering van empowerment, omwille van de interdependentie van deze dimensies. Daarnaast is het één van de weinige Nederlandstalige vragenlijsten en heeft ze goede psychometrische eigenschappen. Ook is de conceptualisering gebeurd met patiënten met psychische problemen. Deze vorm van participatie is belangrijk in empowermentonderzoek. Een kanttekening hierbij is dat bij de ontwikkeling van de NEL vooral mensen met ernstige psychische klachten betrokken waren. Uit de literatuur blijkt echter, dat bijna de helft van de mensen die bij de ELP terechtkomt, ook ernstige psychische klachten heeft (5). Een beperking van empowermentonderzoek met meetinstrumenten is dat het momentopnames zijn, welke beïnvloed worden door de (gemoeds)toestand van het individu. Een cijfermatige achteruitgang wil dan ook niet altijd zeggen dat er een echte achteruitgang is. Zo bleek dat één patiënt afhaakte om persoonlijke redenen, maar toch tevreden was over de begeleiding en de ELP. Dit konden we alleen maar vaststellen door middel van een kwalitatieve bevraging. Verder kunnen patiënten doelen stellen, welke niet altijd vervat zijn in de vragenlijst. Ook het bereiken van dit soort doelen kan bijdragen aan empowerment. Daarnaast is er gekozen voor vaste meetmomenten. Er werd gekozen voor een voormeting en een meting na drie maanden om patiënten zeker op twee vaste tijdstippen te evalueren. Het was namelijk te verwachten dat de meting bij afronding moeilijk vast te leggen zou zijn omwille van verschillende redenen (*figuur 7*). Ook de mensen die niet meer op hun afspraak verschenen, werden beschouwd als 'niet afgerond'. Dit werd altijd achteraf gecontroleerd bij de ELP. Verder onderzoek is nodig om te achterhalen wat de exacte redenen zijn dat mensen afhaken. Ten slotte zijn er patiënten die geen afrondingsgesprek hebben gehad, maar na een aantal maanden wel terug een afspraak vragen bij de ELP. Het moment van afronding is dus moeilijk te bepalen. Er werd verwacht dat de meerderheid van de patiënten binnen de drie maanden een afrondingsgesprek zou hebben. Er wordt echter geconstateerd, dat dit bij een deel van de patiënten niet het geval blijkt te zijn. Sommige patiënten zullen ook langer in opvolging zijn bij de ELP dan het bestek van deze studie en empowerment is juist een proces dat tijd vergt. Hierdoor is het mogelijk dat effecten onderschat worden. Een andere beperking van het kwantitatieve onderzoek is dat er geen controlegroep is. Dit was in deze setting niet te realiseren. Om het effect op langere

termijn na te kunnen gaan, is het raadzaam de vragenlijst een aantal maanden na afronding van de behandeling nog een keer af te nemen.

Ook ervaren de patiënten en de ELP in de praktijk enkele moeilijkheden met het instrument. Sommige patiënten geven aan dat ze enkele vragen moeilijk geformuleerd vinden. De patiënten die het Nederlands niet als moedertaal hebben, blijken moeilijkheden te ervaren bij het invullen. De vragenlijst lijkt dus nog onvoldoende aangepast aan het doelpubliek. Bij aanvang van de studie werd ervoor gekozen de NEL niet aan te passen, omdat het een gevalideerde vragenlijst is met goede psychometrische eigenschappen. In eerder onderzoek wordt ook opgemerkt dat het taalgebruik van vragenlijsten een vaak voorkomend struikelblok is en de Likertschaal voor een deel van de mensen moeilijk te interpreteren is (35). De NEL zou nog meer aangepast moeten worden aan het doelpubliek. Naast de eerder besproken beperkingen, is de vragenlijst ook erg lang en kan het aanbevolen zijn de kortere vragenlijst te gebruiken. De vragenlijst aanvullen met een open vraag om de persoonlijke doelen na te gaan kan een aanvulling zijn.

5.4. Aanbevelingen

Empowerment vraagt inzet van mensen zelf, van mensen samen, van professionals en van de samenleving. Juist de combinatie zal het meeste effect hebben (23). De patiënten en beide ELP bevestigen dit grotendeels. Empowerment kan voor een deel worden ondersteund door professionals en de ELP richt zich hoofdzakelijk op één aspect van de leefwereld, namelijk de psychische gezondheid. Voor een integrale benadering is het dan ook belangrijk samen te werken met andere hulpverleners. Het uitbouwen van een netwerk en het multidisciplinair samenwerken zijn dus waardevolle empowerende taken van een ELP. Enkel focussen op individuele begeleiding is onvoldoende. Indien de ELP problemen in de sociale context van de patiënt vaststelt, is het belangrijk te weten wanneer en waarheen men kan verwijzen. Taakafbakening en verwijzen lijken dan ook belangrijk in het ondersteunen van empowerment. Om empowermentprocessen in de samenleving te bevorderen is het belangrijk dat naast gezondheidseducatie en een goede toegankelijkheid van de zorg, ook de noodzakelijke sociale structuren aanwezig dienen te zijn (11,24). Er is een intersectorale samenwerking tussen overheid, hulpverlening, lokale organisaties, gemeenschappen en anderen nodig om psychosociale problemen structureel aan te pakken, zodat iedereen de kans krijgt om te participeren en mee te werken aan een rechtvaardige en solidaire samenleving. Het is een belangrijke taak van de overheid om de sectoren op elkaar af te stemmen en de financiële toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren (2,23). De terugbetaling van de begeleiding bij de ELP voor iedereen mogelijk maken zou al een eerste stap in de goede richting zijn. Het is een illusie om te denken dat de ELPF en een empowermentbenadering dé oplossing zijn voor alle problemen in de GGZ. Toch kan men ook als hulpverlener, door verder te kijken dan het individu, een maatschappelijke rol opnemen en iets doen met de signalen die men krijgt en zich aansluiten bij organisaties of netwerken.

De ELP vinden het organiseren van groepscursussen een belangrijke meerwaarde. In de literatuur wordt ook het belang daarvan aangehaald, maar in de praktijk gebeurt dit nog vaak niet (5). Het is laagdrempelig en verruimt het hulpverleningsaanbod volgens het getrapte zorgmodel. Eerder onderzoek toont dat vrijwel alle principes van empowerend werken ondersteund kunnen worden door activiteiten en groepswerkingen van mensen met gelijkaardige ervaringen. Dit omvat naast groepscursussen ook lotgenotengroepen en sociale bewegingen (23). In dit onderzoek werden de groepscursussen niet besproken, maar in onderzoek naar empowermentprocessen, die de ELP mee kan ondersteunen, verdient het aanbeveling daar verder onderzoek naar te doen.

Een aandachtspunt in de werking van de ELP zouden de afrondingsgesprekken en de verwijzingen kunnen zijn. Enkele patiënten haakten af of raakten niet tot aan hun verwijsadres. In deze studie werd 50% van de patiënten verwezen, dit is dus een belangrijk punt in de begeleiding van de ELP. In deze studie wordt niet bekeken of patiënten daadwerkelijk op hun verwijsadres terecht zijn gekomen en welke zaken dit verhinderen. Aangezien verwijzen een belangrijke taak is van de ELP zou het interessant zijn om dit in een volgend onderzoek mee te nemen.

In het huidige hulpverleningslandschap kan de toegankelijkheid van de ELP in de praktijken een uitdaging zijn. Beide psychologen geven aan dat het mogelijk is dat mensen met psychische problemen naar de praktijk worden toegetrokken. De toegankelijkheid van de psychische hulpverlening voor de patiënten stijgt, maar de belasting mag voor de praktijken ook niet te zwaar worden (geen wachtlijst) en men moet voorkomen dat patiënten, die meer gespecialiseerde hulp nodig hebben, door de ELP worden opgevolgd. Ook dienen de huisartsen ondersteund te worden in een gerichte verwijzing naar de ELP.

Psychische klachten nemen een groot deel van het werk van huisartsen in beslag en behoren tot de moeilijkste problemen, omdat er vaak een hele sterke verwevenheid is met problemen in andere levensgebieden. Daarnaast dragen psychische problemen vaak bij aan een slechtere algemene gezondheid. Het inzetten van de expertise van een ELP bij ziekte, ziektepreventie en gezondheidsbevordering is belangrijk voor een geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg. Het sluit aan bij de persoonlijke en integrale zorg die huisartsen bieden. Deze integratie dient dan ook gepromoot te worden op beleidsniveau, maar ook in de opleidingen van eerstelijnsgezondheidswerkers. Huisartsen in de praktijken van GvhV werken nauw samen met de ELP en het is niet alleen de ELP die empowermentprocessen kan ondersteunen. Ook de huisartsen kunnen de principes van empowerend werken toepassen. Het werken in een team of organisatie, waarin hulpverleners mogelijkheden, vaardigheden en middelen krijgen om daartoe bij te dragen, lijkt hierbij cruciaal.

6. Conclusie

Dit onderzoek maakt duidelijk dat empowerment een belangrijk concept is in de veranderende visie op gezondheid en dat de aandacht ervoor in de toekomst waarschijnlijk alleen nog zal toenemen. Het vaak samen voorkomen van fysieke, sociale en psychische problemen vergt een integrale aanpak en versterking van de eerste lijn, waarin het multidisciplinair samenwerken tussen ELP en huisartsen een voorbeeld kan zijn.

In dit onderzoek zijn verschillende ondersteunende en belemmerende elementen rond empowermentprocessen geïdentificeerd. De ELP ondersteunt empowermentprocessen voornamelijk op individueel niveau, maar is in de mogelijkheid, indien organisatorische voorwaarden dit toelaten, een bijdrage te leveren aan de andere niveaus van empowerment. Bekijken hoe een bepaalde interventie, in dit geval de begeleiding bij de ELP, bijdraagt aan empowerment en mensen versterkt kent vele beperkingen. Bovendien bestaat er vrijwel geen literatuur over empowerment en psychologische hulpverlening in een eerstelijnssetting. Of een interventie werkt, hangt af van de persoon en zijn context, maar ook van de hulpverlening. Het draait bij empowerment niet alleen om de uitkomsten, maar de manier waarop en het proces van de interventie zijn minstens zo belangrijk. Enkele principes van empowerend werken kunnen bijdragen aan het ondersteunen van empowermentprocessen en deze vindt men terug in de werkwijze van de ELP. De ELP doet mensen kijken naar hun krachten en bekijkt de persoon in een breed perspectief. Door samen naar oplossingen te zoeken en nieuwe inzichten te bieden gaan mensen zelf over tot actie.

Het is de taak van de ELP en andere hulpverleners om een omgeving te creëren waarin empowermentprocessen worden gestimuleerd en versterkt en doelen worden opgesteld en nagestreefd. De patiënten zijn over het algemeen positief over de ELP en de begeleiding en hebben het gevoel meer empowered te zijn. De resultaten van de kwantitatieve analyse wijzen in dezelfde richting. Zelfs dit beperkte onderzoek suggereert dat bij een kwetsbare populatie een beperkt aantal sessies resulteert in een positief effect op de totale empowermentscore, de domeinen 'sociale steun' en 'erbij horen' enerzijds en 'eigen wijsheid' en 'zelfmanagement' anderzijds, zowel bij de meting na drie maanden als bij de afrondingsmeting. Ondanks de kleine steekproef werd er voor de totale empowermentscore een statistisch significant effect vastgesteld bij de meting na drie maanden en bij de afrondingsmeting. Er was ook een statistisch significant effect voor de domeinen 'eigen wijsheid' en 'erbij horen' in de afrondingsmeting en daarbovenop voor het domein 'sociale steun' in de meting na drie maanden. Er werd daarnaast in beide metingen een negatief effect op het domein 'betrokken leefgemeenschap' vastgesteld. Dit domein bekijkt vanuit patiëntenperspectief in welke mate de samenleving rekening houdt met mensen met psychische problemen. Voor deze vaststelling werden mogelijke verklaringen besproken, maar verder onderzoek hierrond is aanbevolen.

Ook suggereert dit onderzoek dat de patiënten die wellicht het meeste baat zouden hebben bij empowerment, namelijk zij die zich in kwetsbare situaties bevinden, nood hebben aan een laagdrempelige toegang tot de ELP. Dit zowel door de financiële drempels om naar de psycholoog te gaan te verlagen, als door het systeem van multidisciplinaire samenwerking binnen en tussen huisartsenpraktijken. Het is een taak van de hulpverleningssector om ervoor te waken dat empowerment niet wordt vereenzelvigd met zelfredzaamheid en minder nood aan hulpverlening, dit kan tenslotte nooit het doel zijn van empowerment.

Het onderzoek bevestigt dat het diverse publiek en de diverse problemen in een eerstelijnssetting vragen om maatwerk waarin de patiënt centraal staat. Verder onderzoek is aanbevolen om meer betrouwbare conclusies te kunnen trekken. Daarnaast is het belangrijk om in de context waarin gewerkt wordt, een visie te ontwikkelen rondom empowerment. Al deze inzichten kunnen bijdragen aan het versterken van empowerende zorg.

7. Bibliografie

1. User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2010.
2. De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E, Desmyter F, Decroos V. Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog. In opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid. WGC Botermarkt vzw en CGG Eclips vzw; 2009.
3. Van Regenmortel T. Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg. *Neuron*. 2009; 14(8): p. 309-314.
4. Frisque ME. Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk: een verlaagde drempel voor psychotherapie? [dissertation]. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven; 2015.
5. Van Audenhove C, Coppens E, Neyens I, De Jaegere V, Mestdagh A, Vranken R. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015.
6. Derksen J, De Jong A. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. *Huisarts en Wetenschap*. 2011 augustus.
7. Van Hoof E. De eerstelijnspsycholoog: eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis. Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen; 2015.
8. Boumans J. Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen. Utrecht: Trimbos-instituut en Movisie; 2012.
9. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network; 2006.
10. Sakellari E. Empowering mentally ill people: A new health promotion challenge? *International Journal of Caring Sciences*. 2008 April; 1(1): p. 21-25.
11. Dugani S, Bhutta ZA, Kissoon N. Empowering people for sustainable development: the Ottawa Charter and beyond. *J Glob Health*. 2017 June; 7(1).
12. El Moukhtari H, Verhage R. Visie en oriënteringstekst. *Eerstelijnspsychologie bij GvhV*. GvhV; 2018.
13. Boevink W. Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren: HEE-gesch(r)ift. Utrecht: Trimbos-Instituut; 2009.
14. Boevink W, Kroon H, Giesen F. Empowerment: constructie en validatie van een vragenlijst. Utrecht: Trimbos-Instituut; 2008.
15. Baert S. Uitkomstenmanagement in Vlaanderen. Het meten van behandeluitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg. *Psyche*. 2008; 20: p. 14-16.
16. Steenssens K, Van Regenmortel T. Empowerment-meetinstrumenten. Kritische reflectie op basis van theoretische grondslagen. *VLAS-Studies 17*. Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt; 2014.
17. Cross R, Woodall J, Warwick-Booth L. Empowerment: challenges in measurement. *Global Health Promotion* [internet]. Epub 2017 jul 1 [geciteerd 2018 jan 14]; 0(0): p. 1-4. Beschikbaar via: doi: 10.1177/1757975917703304.
18. Zimmerman M. Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*. 1995; 23(5): p. 581-599.
19. Gisle L, Van der Heyden J, Charafeddine R. Geestelijke gezondheid. In: *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. Brussel: WIV-ISP; 2014.
20. Poppe E. De functie van de eerstelijnspsycholoog binnen de geestelijke gezondheidszorg: een cruciale schakel binnen de huidige evolutie van vermaatschappelijking van de gezondheidszorg? [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2011.
21. Grouwels D, Humblet F, Heyrman J, De Lepeleire J. Interdisciplinaire eerstelijns praktijk. Bevraging van 33 geavanceerde huisartsenpraktijken. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde; 2007.
22. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for futures studies; 1991.
23. Boumans J. Naar het hart van empowerment. Over de vraag wat werkt. Utrecht: Trimbos-Instituut en Movisie; 2015.

24. Perkins D, Zimmerman M. Empowerment theory, research and application. *American Journal of Community Psychology*. 1995 October; 23(5): p. 569-579.
25. Steenssens K, Van Regenmortel T. Grondslagen en uitdagingen voor het meten van empowerment. *VLAS-Studies 6*. Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt; 2013.
26. Van Duppen D, Bensing J. De huisarts helpt de patiënt om voor zichzelf op te komen. In Van der Horst H, Buntinx F, Knottnerus A, Metsemakers J, De Sutter A, Van Weel C. *Leerboek huisartsgeneeskunde*. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 245-257.
27. Zimmerman M, Rappaport J. Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*. 1988; 16: p. 725-750.
28. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International*. 1998; 13(4): p. 349-364.
29. Rogers S, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment. *Psychiatric Services*. 1997; 48(8).
30. Peters L, Jacobs G, Molleman G. *Toolbox voor het meten van empowerment bij de einddoelgroep*. Utrecht: Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie; 2007.
31. Mola E, De Bonis J, Giancane R. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. *The European Journal of General Practice*. 2008; 14(2): p. 89-94.
32. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M, et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed method study. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(1): p. 252-265.
33. Steenssens K, Van Regenmortel T. *Empowerment Barometer. Procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Hoger Instituut voor de Arbeid; 2007.
34. Rijnders P, De Jong T, Pieters-Korteweg K. *Kortdurend behandelen in de GGZ: een inleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 1999.
35. Depauw J, Driessens K. *Try out meetschaal psychologische empowerment*. *VLAS-Studies 12*. Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt; 2013.
36. Boevink W, Kroon H, Delespaul P, Van Os J. Empowerment according to persons with severe mental illness: development of the Netherlands Empowerment List and its psychometric properties. *Open Journal of Psychiatry*. 2017 January; 7(1): p. 18-30.
37. Van den Elsen L, Van Steenbergen-Weijenburg K, Laheij M, Muntingh A, Sinnema H, Spijker J. Het effect van 'rehabilitatie door zelfmanagement' op empowerment. *GZ-psychologie*. 2016 mei; 3: p. 10-14.
38. Gestel-Timmermans V, Brouwers E, Van Assen M, Van Nieuwenhuizen C. Effects of a peer-run course on recovery from serious mental illness: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*. 2012 January; 63(1): p. 54-60.

8. Bijlagen

8.1. NEL

Domeinen, Crohnbach's α en de bijbehorende vragen van de NEL (13).

Domeinen	Crohnbach's α	Vragen
Professionele hulp	0,806	1. Mijn hulpverlener en ik hebben een goede samenwerkingsrelatie. 6. Mijn hulpverlener gaat uit van mijn mogelijkheden in plaats van mijn beperkingen. 14. Mijn hulpverlener is er als ik hem/haar nodig heb. 29. De hulpverlening sluit goed aan bij mijn leven.
Sociale steun	0,868	5. De mensen om mijn heen accepteren mij. 8. Mijn omgeving biedt mij een luisterend oor. 9. De mensen om mij heen nemen me zoals ik ben. 16. De mensen van wie ik hou steunen mij. 17. Ik kan passende ondersteuning krijgen als dat nodig is. 27. Ik heb een goede verstandhouding met de mensen om mij heen. 39. Ik kan terugvallen op de mensen om mij heen.
Eigen wijsheid	0,891	3. Ik heb het gevoel dat ik iets kan betekenen voor iemand anders. 4. Ik heb een doel in mijn leven. 12. Ik haal voldoening uit wat goed gaat. 13. Ik weet wel raad met de problemen die op mijn weg komen. 15. Ik beslis hoe ik baas wordt over mijn leven. 18. Ik heb de wil om verder te gaan. 21. De patiëntenrol staat niet meer centraal in mijn leven. 31. Ik vind mezelf de moeite waard. 32. Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten. 33. Ik overzie hoe mijn leven mij gevormd heeft tot wie ik nu ben. 38. Ik kan omgaan met mijn kwetsbaarheden. 40. Ik durf op mezelf te vertrouwen.
Erbij horen	0,735	24. Ik heb regelmatig afspraken buiten de deur. 25. Ik kan mijn ervaringen delen met anderen met soortgelijke ervaringen. 30. Ik heb het gevoel dat ik ergens bij hoor. 34. Ik ervaar rust en veiligheid in mijn woning. 35. Ik heb elke dag voldoende te doen. 37. Ik doe dingen die ik belangrijk vind.
Zelfmanagement	0,735	7. Ik weet mijn grenzen te trekken. 10. Ik weet wat ik beter wel en wat ik beter niet kan doen. 20. Ik heb structuur in mijn leven. 22. Ik durf hulp te vragen. 26. Ik weet waar ik goed in ben.
Betrokken leefgemeenschap	0,814	2. Deze samenleving houdt rekening met mensen met een psychische handicap. 11. In onze samenleving worden mensen met een psychische handicap voor vol aangezien. 19. De samenleving respecteert mijn rechten als burger. 23. Deze samenleving biedt sociale zekerheid aan mensen met een psychische handicap. 28. Deze samenleving maakt ruimte voor mijn manier van meedoen. 36. In onze samenleving worden mensen met een psychische handicap niet gediscrimineerd.
	0,930 (NEL)	

8.2. Topiclijst diepte-interview patiënten

Leeftijd: ...

Nationaliteit: ...

Geslacht: ...

Aantal sessies bij ELP: ...

Topic 1: Verwachtingen

- Welke verwachtingen had u van de begeleiding bij de ELP?
 - Welke zaken die u verwacht had, zijn niet of onvoldoende aan bod gekomen?
 - Waren er specifieke verwachtingen ten aanzien van de psycholoog zelf?
- Wat waren uw verwachtingen met betrekking tot het opstarten van medicatie tijdens de begeleiding?
 - Werde er uiteindelijk medicatie opgestart? Zo ja, weet u nog welke?

Topic 2: Ervaringen

- Als u terugdenkt aan de periode dat u in begeleiding was bij de ELP, wat waren de positieve ervaringen met de begeleiding bij de ELP?
 - Wat heeft ervoor gezorgd dat de begeleiding tot deze positieve ervaringen heeft geleid?
- Wat waren de negatieve ervaringen tijdens de begeleiding?
 - Wat heeft ervoor gezorgd dat de begeleiding tot deze negatieve ervaringen heeft geleid?
- Hoe ervoer u het contact met de ELP?
- Waren er factoren in uw omgeving (werk, relatie, financieel, gezin), die een negatieve invloed hadden op uw klachten? Zo ja, wat waren deze factoren?
- Waren er factoren in uw omgeving (werk, relatie, financieel, gezin), die een positieve invloed hadden op uw klachten? Zo ja, wat waren deze factoren?
- Hoe ging uw omgeving om met de klachten waarvoor u onder begeleiding bent geweest bij de ELP?

Topic 3: Moeilijkheden of barrières

- Welke moeilijkheden heeft u ervaren in uw leven door de klachten waarvoor u onder begeleiding bent geweest bij de ELP?
- Zijn er dingen die u niet kunt of kon doen in het dagelijks leven door uw klachten? Zo ja, welke?
- Indien van toepassing, wat waren uw drempels om in begeleiding te gaan bij de psycholoog?

Topic 4: Proces en uitkomsten

In empowerment staat de kracht van mensen om doelen na te streven en controle te hebben over hun leven centraal. Belangrijke aspecten zijn: geloven in de eigen mogelijkheden, kennis over factoren die een invloed hebben op gezondheid en actie ondernemen.

- Kende u het begrip empowerment al?
 - Zo ja, in hoeverre komt uw eigen beeld overeen met deze definitie?
 - Zo nee, begrijpt u de gegeven definitie? Wat vindt u van deze definitie?
- In hoeverre heeft de begeleiding uw zelfvertrouwen beïnvloed?
- Welke doelen heeft u tijdens de begeleiding opgesteld? Hoe probeert u deze doelen te bereiken?
- In hoeverre gelooft u dat u uw eigen situatie kunt beïnvloeden/veranderen?
- Welke inzichten over uw eigen kunnen heeft u gekregen door de ELP?
- Welke middelen heeft de ELP u aangereikt om uw doelen te kunnen verwezenlijken?
- Welke kennis over factoren (sociaal, financieel, cultureel, politiek) die uw gezondheid kunnen beïnvloeden heeft u tijdens de begeleiding opgedaan?
- Waarom is het belangrijk dat u inzicht krijgt in factoren (sociaal, cultureel, politiek), die uw leven beïnvloeden?
- Welke acties (deelname aan sociale en politieke activiteiten) heeft u ondernomen n.a.v. uw begeleiding?
 - Welke invloed heeft deze actieve betrokkenheid?
- Wat merkt u aan veranderingen in uw leven door het begeleidingstraject bij de ELP?
 - Welke dingen kunt u nu doen, wat voor de therapie onmogelijk was?
 - Welke veranderingen merkt u in de omgang met anderen na de begeleiding van de ELP?
- Hoe kijkt u na de behandeling bij de ELP naar moeilijke situaties in uw leven (coping)?
- In hoeverre heeft u het gevoel meer controle te hebben over uw leven?
- Hoe kijkt u na de behandeling bij de ELP naar het ontstaan van uw psychische klachten?
- Wat is uw mening over de manier waarop er in de samenleving wordt gekeken naar mensen met psychische klachten?

Topic 5: Slotbemerkingen:

- Heeft u suggesties om het werken met de ELP in de praktijk te verbeteren?
- Heeft u nog aanvullingen of zaken die u nog wilt vermelden, maar niet aan bod zijn gekomen?
- Wat vond u het belangrijkste in dit gesprek? Wat blijft u vooral bij?
- Hoe heeft u dit gesprek ervaren?

8.3. Topiclijst diepte-interview ELP

Topic 1: Taken en ervaringen

- Wat zijn uw voornaamste taken als eerstelijnspsycholoog (ELP) in de praktijk?
 - Hoe worden de taken van de ELP beïnvloed door de doelgroep en aangepast aan de regionale noden?
- Hoe verloopt een kortdurende generalistische behandeling?
- Welke voorwaarden zijn belangrijk om kortdurende generalistische zorg aan te kunnen bieden?
- Wat is het doel van deze kortdurende psychologische behandelingen?
- Welke interventies gebruikt u hoofdzakelijk tijdens deze behandelingen? En waarom?
 - CGT, PST, online interventies, begeleide zelfhulp, andere?
- Op welke manieren werkt u samen met andere hulpverleners in de praktijk?
 - Hoe verloopt de samenwerking met de huisarts? (coachende rol)
- Op welke manier werkt u samen met andere hulpverleners buiten de praktijk?
 - Hoe is de sociale kaart tot stand gekomen?
 - Hoe stemt u uw aanbod af op de lokale partners?
 - Welke moeilijkheden ondervindt u hierbij?
- Hoe kijkt u tegen het aanbieden van groepssessies of cursussen, naast de individuele hulpverlening?
 - Welke meerwaarde zouden groepssessies kunnen bieden?
 - Wat zijn uw ervaringen met groepssessies?
- Welke rollen (zoals maatschappelijk, politiek) ziet u weggelegd voor een ELP buiten de individuele hulpverlenende rol?
- Waarin verschilt een ELP binnen Geneeskunde voor het Volk met andere ELP?

Topic 2: Visie

- Wat verstaat u onder het begrip (psychologisch) empowerment?
 - (In empowerment staat de kracht van mensen om doelen na te streven en controle te hebben over hun leven centraal. Belangrijke aspecten zijn: geloven in de eigen mogelijkheden, kennis over factoren die een invloed hebben op gezondheid en actie ondernemen.)
- Waarom is empowerment van mensen met psychische klachten volgens u belangrijk?
- Hoe probeert u bij te dragen aan het empowermentproces van patiënten?
 - Op welke manier kan het KOP-model bijdragen aan het empowermentproces?
 - Hoe verloopt de participatie van de patiënt in zijn behandelingstraject?
 - Welke factoren kunnen een negatieve impact op empowerment hebben?
- Op welke manier probeert u de hogere niveaus van empowerment (organisatie- en gemeenschapsniveau) te betrekken in uw functie als ELP?
- Om patiënten te empoweren, dient u als hulpverlener ook empowered te zijn. Wat is uw mening over deze uitspraak?

Topic 3: Evaluatie

- Hoe merkt u in de praktijk dat patiënten zich empowered voelen?
- Wat zouden voordelen kunnen zijn van het gebruiken van een empowermentmeetschaal in de praktijk?
 - Welke meerwaarde zou een empowermentmeting voor u hebben?
- Wat zouden nadelen kunnen zijn van het gebruik van een empowermentmeetschaal?
- Welke opmerkingen heeft u betreffende de Nederlandse Empowerment Vragenlijst?
 - Welke zaken in de vragenlijst zou u aanpassen? (toevoegen of verwijderen)
- Hoe ervaart u het gebruik van de Nederlandse Empowerment Vragenlijst?
 - Evaluatie met patiënt

Topic 4: Barrières

- Welke factoren kunnen er volgens u toe leiden dat patiënten onvoldoende empowered worden?
- Welke zaken kunnen het empowermentproces volgens u in de weg staan?

Topic 5: Slotbemerkingen

- Heeft u nog aanvullingen of zaken die u nog wilt vermelden, maar niet aan bod zijn gekomen?
- Wat vond u het belangrijkste in dit gesprek? Wat blijft u vooral bij?
- Hoe heeft u dit gesprek ervaren?

8.4. Goedgekeurd onderzoeksprotocol

Achtergrond: Sinds 2016 is er een eerstelijnspsycholoog (ELP) gevestigd in de multidisciplinaire praktijken van 'Geneeskunde voor het Volk' in Deurne en Hoboken. De eerstelijnspsychologische functie (ELPF) is een relatief nieuw begrip in Vlaanderen. Tijdens de eerstelijnsconferentie in 2010 werden de knelpunten in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen onder de aandacht gebracht (1). Naar aanleiding hiervan werden er zeven pilootprojecten opgestart met als opdracht een ELPF te implementeren. De evaluatie van deze projecten is positief op meerdere aspecten. Zo ervaren huisartsen de ELP als een belangrijke toegevoegde waarde (1). Veel huisartsen rapporteren immers een grote nood en gebrek aan competentie met betrekking tot de begeleiding van psychische problemen (1). In het evaluatierapport wordt verder onderzoek naar de effecten van de ELPF op empowerment aanbevolen. Empowerment is een proces waarbij mensen, organisaties of gemeenschappen invloed krijgen op gebeurtenissen en situaties, die belangrijk voor hen zijn (2). Specifiek gaat het hier over het gevoel van controle over beslissingen of acties die een invloed hebben op de gezondheid. Onderzoek heeft aangetoond dat empowerment een positieve invloed heeft op verschillende gezondheidsaspecten en kan bijdragen aan een meer kosteneffectief gebruik van gezondheidsdiensten en het bestrijden van achterstanden in gezondheid (3-5).

Doelstelling: De doelstelling van deze masterproef is om via literatuuronderzoek en prospectief observationeel onderzoek na te gaan in welke zin de ELP werkelijk bijdraagt aan empowerment van de patiënt. Krijgen patiënten door de begeleiding meer controle en gaan ze meer participeren of over tot actie?

Deelvragen: De deelvragen die zullen worden besproken zijn: Hoe worden de kerntaken van de ELP binnen de praktijk vervuld? Hoe wordt het begrip empowerment gedefinieerd en wat zijn de kernelementen? Wat zijn de effecten van empowerment op de gezondheid? Hoe kan men empowerment meten? Welke vormen van empowerment worden potentieel bevorderd door de behandeling bij de ELP? Wat zijn de ervaringen van patiënten met betrekking tot de ELP en hun gevoel van empowerment?

Methode:

- **Literatuuronderzoek:** Er zal gestart worden met een beschrijvend literatuuronderzoek ter theoretische verkenning van het begrip empowerment, de kerntaken van de ELP en de huidige stand van zaken in Vlaanderen. Na de theoretische bespreking van het concept, de kernelementen en de effecten op gezondheid, zal de gebruikte vragenlijst om empowerment te meten worden besproken.
- **Kwantitatief onderzoek:** De Nederlandse Empowerment Vragenlijst (NEL) zal worden gebruikt en is ontwikkeld met de inbreng van patiënten met psychische problemen, wat een belangrijke voorwaarde is voor empowermentonderzoek. De NEL bestaat uit 40 vragen met 5 antwoordopties volgens een 5-punts Likertschaal. Er worden verschillende dimensies van empowerment gemeten, namelijk: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap. Het is een gevalideerde vragenlijst en ze heeft goede psychometrische eigenschappen. Ook kan ze door de validering in Nederlandstalige context beter gebruikt worden dan vertalingen van een Amerikaanse variant door onder andere culturele verschillen (6). De vragenlijst zal, na geïnformeerde toestemming, voorgelegd worden aan patiënten, vooraleer zij starten met de behandeling bij de ELP. De vragenlijst zal aangevuld worden met enkele socio-demografische vragen en enkele extra vragen (zie bijgevoegde vragenlijsten). Gedurende 5 tot 6 maanden worden patiënten gerekruteerd voor een eerste meting. Gezien het kortdurende traject (gemiddeld 4 sessies bij de ELP), zal er bij afronding van het traject een tweede vragenlijst worden ingevuld en 3 maanden na de beginmeting een derde meting met dezelfde vragenlijst bij deze patiënten. Patiënten zullen dan gecontacteerd worden (via mail of per post). Het onderzoek zal plaatsvinden in zowel de praktijk in Deurne alsook in Hoboken. Vanwege de herhaalde metingen over een bepaalde periode met een beperkte tijdsduur van deze masterproef en het de eerste keer is dat deze vragenlijst in een Vlaamse huisartsenpraktijk wordt gebruikt gaat het hier om een pilootstudie. Er zal gekeken worden of het instrument te gebruiken is in onze setting en of het haalbaar is een evaluatie op grotere schaal te doen. Het betreft een longitudinale studie, waarbij men met het herhaaldelijk afnemen van de vragenlijst kan nagaan of en in welke mate patiënten groeien in hun empowerment. De vragenlijst is een instrument om het hulpaanbod te beoordelen op de mate waarin deze empowerend werkt. Er wordt een empowerment score berekend (som items / aantal ingevulde items) bij elke meting en een gemiddelde voor de drie meettijdstippen. Er wordt een mixed model analyse toegepast, waarbij herhaalde metingen bij dezelfde individuen worden geanalyseerd en rekening wordt gehouden met de afhankelijkheid van de metingen. Ook zal er worden bekeken of bepaalde socio-demografische gegevens een effect hebben op de

empowermentscore door te groeperen. Daarnaast kan men met een multilevel analyse nagaan of er een verschil is tussen beide praktijken en het effect op empowerment en of het aantal gevolgde sessies bij de ELP een invloed heeft op de uitkomst. Ook de interne consistentie van de vragenlijst in onze setting kan worden bekeken door de Cronbach alfa te berekenen. Steekproefgrootte: omdat het hier om een pilootstudie gaat, wordt er gestreefd naar het maximale aantal deelnemers van beide praktijken. Alle patiënten die starten bij de ELP zullen worden benaderd. Het betreft in totaal ongeveer 150 (N) patiënten, die zullen starten tijdens de komende 6 maanden. Bij deze populatie en een betrouwbaarheidsinterval van 95% en confidence interval van 0,10 zijn 59 vragenlijsten vereist. Dit is gezien de verwachte 30% respons een haalbare doelstelling.

- Kwalitatief descriptief: Er zullen semigestructureerde diepte-interviews (van 30-45 min) plaatsvinden met beide eerstelijnspsychologen om de kerntaken, werking en visie op empowerment van de ELP in de praktijk in beeld te brengen. Ook zullen er semigestructureerde diepte-interviews plaatsvinden met een tiental patiënten, die reeds in behandeling waren bij de ELP om de ervaringen van patiënten te beschrijven en het begrip empowerment op een kwalitatieve manier te verdiepen. Het exacte aantal interviews is op dit moment nog onbekend, maar er zal gestreefd worden naar volledige datasaturatie. Deze interviews zullen, voor zover mogelijk, plaatsvinden op de praktijk en patiënten zullen bij afronding van hun traject bij de ELP gevraagd worden om deel te nemen aan een interview (purposive sampling). Zij zullen bij toestemming tot deelname worden gecontacteerd. Van alle interviews zal een transcript gemaakt worden en nadien worden de data gecodeerd verwerkt en vindt een descriptieve analyse van de data plaats.

Databeheer: De gecollecteerde data (vragenlijsten en opnames van diepte-interviews) zullen gecodeerd worden verwerkt met behulp van een codeersleutel, die wordt bewaard en enkel toegankelijk is door de onderzoeker. De opnames worden direct na het uittypen van de interviews vernietigd. De overige data (vragenlijsten en uitgetypte interviews) zullen na het afronden van de studie, in juni 2019, worden vernietigd. De studie zal starten in april 2018 en zal worden afgesloten in juni 2019.

Verzekering: Er werd voor deze studie een verzekering afgesloten door de universiteit waaraan de promotor verbonden is, ook al houdt deze studie weinig tot geen risico in voor de deelnemer.

1. Van Audenhove C, Coppens E, Neyens I, De Jaegere V, Mestdagh A, Vranken R. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Onderzoeksrapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015.
2. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. 1998; 13(4): p. 349-364.
3. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Health Evidence Network; 2006.
4. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M, et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed method study. BMC Health Services Research. 2015; 15(1): p. 252-265.
5. Sakellari E. Empowering mentally ill people: A new health promotion challenge? International Journal of Caring Sciences. 2008 April; 1(1): p. 21-25.
6. Boevink W, Kroon H, Giesen F. De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut 2008

8.5. Advies Ethisch Comité



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603



ETHISCH COMITE

Prof. dr. G. Van Hal
UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Het effect van de eerstelijnspsycholoog op empowerment van de patiënt. (manama huisartsgeneeskunde Audrey Hensels)

datum	ons kenmerk
16/04/2018	18/10/121

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 16/04/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
Dr. Hensels
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
 - informatieblad voor de deelnemer (interview), versie 2 dd. 05/04/2018
 - informatieblad voor de deelnemer (vragenlijst), versie 2 dd. 05/04/2018
 - toestemmingsformulier deelnemer, versie 2 dd. 05/04/2018
- Protocol aangepaste versie dd. 5/04/2018
versie 2
- Vragenlijst(en)
 - De Nederlandse Empowerment vragenlijst 1, versie 1 dd. 01/03/2018
 - De Nederlandse Empowerment vragenlijst 2, versie 1 dd. 01/03/2018
 - De Nederlandse Empowerment vragenlijst 3, versie 1 dd. 01/03/2018
 - Semi-gestructureerd diepte-interview topiclijst en prompts, versie 1 dd. 01/03/2018
 - Diepte-interview na afronding van behandeltraject bij de ELP, versie 1 dd. 01/03/2018



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Orle Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603



Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/10/121

datum

16/04/2018

ons kenmerk

18/10/121

contactpersoon

Annelies Van Looy

Anniek Leeraert

Peggy Jacobs

ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:

- Startdatum inclusie patiënten
- Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
 - o Nooit opgestart
 - o Vroegtijdig stopgezet
 - o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras

Voorzitter Ethisch Comité

CC: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. A. Hensels, NVT, Kruishofstraat 247 - 2610 Wilrijk



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
 Parking via Drie Eikenstraat 655
 Tel +32 3 821 30 00
 www.uza.be / BE0874.619.603



Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 18/10/121

datum

16/04/2018

ons kenmerk

18/10/121

contactpersoon

Annelies Van Looy

Anniek Leeraert

Peggy Jacobs

ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.

Deze studie werd besproken op vergadering van 16/04/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
<u>Voorzitter</u>			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
<u>Ondervoorzitter</u>			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
<u>Leden EC UZA</u>			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	+
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN DE WIELE Miranda	Patëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
<u>Toegevoegde leden UA</u>			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
<u>Uitgenodigde Experts</u>			
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	+
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	+
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.



UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603



Universiteit
Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. G. Van Hal
UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Het effect van de eerstelijnspsycholoog op empowerment van de patiënt. (manama huisartsgeneeskunde Audrey Hensels)

datum
5/06/2018

ons kenmerk
18/10/121

uw kenmerk

contactpersoon
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Geachte collega

Het Ethisch Comité heeft akte genomen van het/de volgende melding(en) in verband met bovenvermelde studie:

- o Inclusie eerste patiënt dd. 16/04/2018

Met vriendelijke groeten

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

CC Prof. dr. R. Remmen; UA - Huisartsgeneeskunde
Dr. A. Hensels; NVT