

OVERGANG ONLINE NAAR AMBULANT

Binnen een geïntegreerd model van geestelijke gezondheidszorg volgens het 'stepped care' model (getrapte zorg) kan er best gestreefd worden naar een vloeiende overgang tussen de verschillende niveaus van zorg. Van laagdrempelige telefonische of online eerstelijns hulp, over (online) vervolggesprekken, naar online begeleiding of behandeling, en tenslotte naar ambulante of residentiële behandeling.

DE 'KLOOF' TUSSEN ACUTE EN VERDERGEZETTE HULP

Veel mensen die gebruikmaken van laagdrempelige eerstelijnsdiensten zoals Tele-onthaal, Zelfmoordlijn, De DrugLijn, JAC Online, e.a. staan dikwijls nog zeer afkerig tegenover de reguliere hulpverlening. Die drempel is vaak nog heel hoog. Ze schamen zich, zijn bang dat hun vrijheid wordt afgenomen of hebben een negatief beeld van hulpverleners. Een groot deel van deze hulpvragers, zeker online, hebben daarenboven de vraag om online verder te kunnen gaan, eens ze die stap gezet hebben. Deze vraag wordt niet alleen vanuit afkerigheid of schaamte gesteld, maar soms ook vanuit praktisch oogpunt (de kantooruren van reguliere diensten zijn dan een hinderpaal) of vanuit een gezond 'zelfredzaamheidsprincipe' (zoveel mogelijk zelf in handen houden).

De laagdrempelige eerstelijnsdiensten beschikken meestal niet over voldoende middelen om vervolggesprekken aan te bieden aan hun cliënten, hoewel ze regelmatig de noodzaak daarvan aanvoelen. Hun eerste taak bestaat erin hulpvragers 'over de acute crisis heen te helpen', maar daarvoor zijn eenmalige contacten dikwijls niet voldoende. Ofwel omdat de crisissituatie van langere duur is, ofwel omdat het over een meer complexe problematiek gaat (bijvoorbeeld zelfmoordgedachten die kaderen binnen een depressieve evolutie, of middelenmisbruik dat kan evolueren naar een afhankelijkheidsprobleem). Hulpvragers kunnen na een eerste gesprek wel opnieuw contact opnemen, maar komen dan vaak bij een andere hulpverlener terecht, wat een hinderpaal vormt om constructief verder te werken aan wat voordien reeds besproken werd.

Ongeveer alle laagdrempelige eerstelijnsdiensten ervaren een kloof tussen hun aanbod en een vervolgbegeleiding of -behandeling die in sommige gevallen aangewezen is. Nochtans zou de mogelijkheid tot vervolggesprekken, bij voorkeur door professionele hulpverleners, een aanzienlijke meerwaarde kunnen betekenen. Enerzijds zullen een aantal mensen daardoor voldoende geholpen zijn om de problemen niet verder te laten escaleren en om op eigen kracht verder te gaan. Anderzijds zullen diegenen die meer intensieve hulp nodig hebben gemakkelijker kunnen verwezen worden naar de reguliere hulp, omdat de 'weerstand' tegenover hulpverlening verkleint wanneer men zich reeds geaccepteerd en geholpen voelt. Voortgezette online gesprekken (indien aangewezen) kunnen dus een goede 'filter' vormen tussen eerstelijns crisishulp en ambulante eerstelijns of tweedelijns hulpverlening.

WAAROM PROFESSIONELE HULPVERLENERS?

Waarom professionele hulpverleners, of minstens vrijwilligers die voldoende omkaderd worden door een multidisciplinaire professioneel team? Omdat men hiervan mag verwachten dat zij beter opgeleid zijn, en dus meer draagkracht hebben, om met zwaardere en complexere problematieken om te gaan gedurende de vervolggesprekken. In de mate van het mogelijke

zullen zij ook een diagnostische inschatting moeten kunnen maken over de ernst van een problematiek, en dus over de urgentie van verdere doorverwijzing naar reguliere hulp. Bijvoorbeeld: kaderen de doodswensen van een hulpvrager binnen een tijdelijke crisis, of is er sprake van een depressieve of zelfs psychotische ontwikkeling?

ORGANISATIE VAN VERVOLGGESPREKKEN EN VERWIJZING

Wie kan instaan voor de online of telefonische vervolggelgesprekken en eventuele verwijzing? Hier zijn verschillende mogelijkheden.

VIA DE EERSTE LIJN

Vervolggelgesprekken kunnen georganiseerd worden door de laagdrempelige eerstelijnsdiensten zelf. Dit is bijvoorbeeld de manier van werken bij 113Online in Nederland. Voor hulpvragers die behoefte hebben aan een langer contact, bieden zij 5 tot 8 vervolggelgesprekken met een professionele medewerker. Deze verlopen, afhankelijk van de voorkeur van de hulpvrager, via mail of via chat. Hulpvragers krijgen daartoe toegang tot een afgeschermd gedeelte op de website van 113Online. Daar beschikken ze niet enkel over een communicatiemodule (een berichtenbox of een chatapplicatie), maar ook over kleine online hulpmiddelen zoals een stemmingsdagboek, een zgn. 'moodbox' en toegang tot een afgeschermd forum waar ze anonieme contacten kunnen hebben met 'lotgenoten'. Om de drempel naar reguliere hulpverlening (indien nodig) verder te verkleinen wil 113Online ook gaan experimenteren met een ambulante steunpunt. Ze hebben de hypothese dat cliënten die in een spreekkamer door iemand van 113Online kunnen ontvangen worden, deze stap sneller zullen zetten. Deze cliënten zijn immers met 113Online een band aangegaan en hebben hun vertrouwen geschonken. Tijdens maximaal 3 face-to-face gesprekken kan dan de diagnostiek worden uitgediept of een verkenning worden gemaakt van verdere ambulante behandeling of sociale begeleiding. In principe is het ook mogelijk dat een cliënt tijdens één van de tussenstappen doorstroomt naar een meer langdurige vorm van online begeleiding.

[Zie het interview met 113Online directeur Jan Mokkenstorm op de PSY website](#)

Bovenstaand 113Online model is in eerste plaats ontwikkeld in het kader van suïcidepreventie. Het heeft als mogelijk nadeel dat dergelijke eerstelijnsdienst over lokale ambulante steunpunten moet beschikken, wat in de praktijk niet altijd haalbaar is.

Onderstaande afbeelding geeft het 113Online model weer, met de verschillende doorstroommogelijkheden.

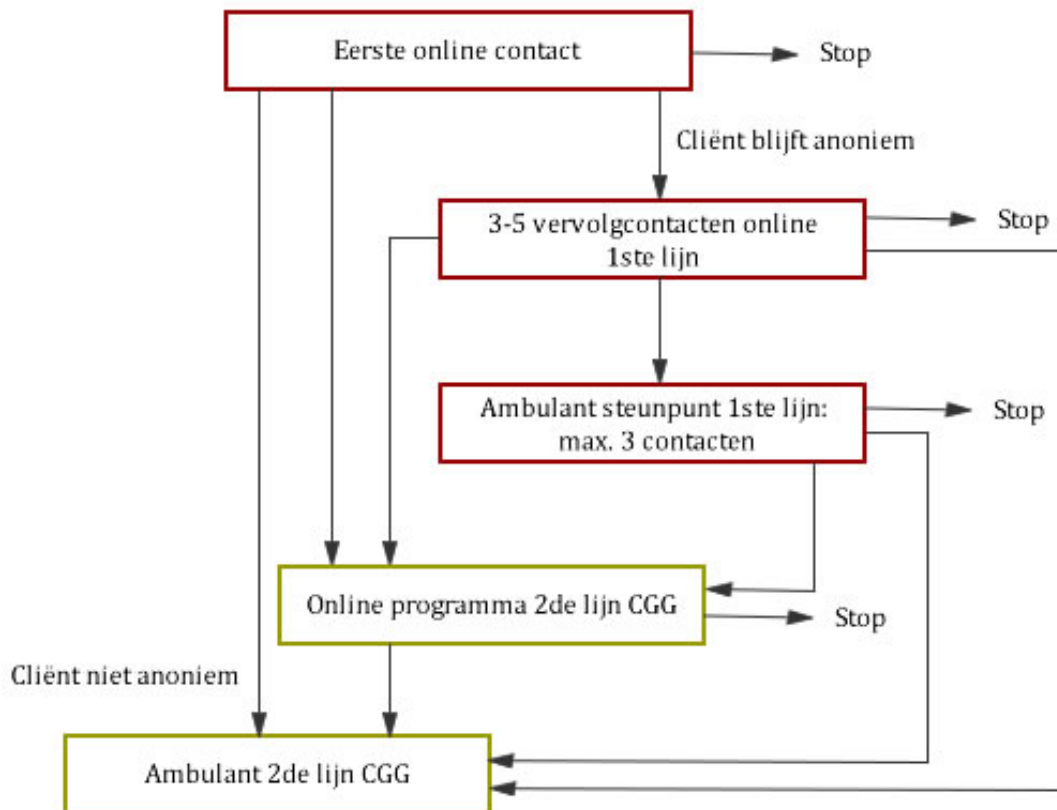


fig.1 Traject via laagdrempelige eerstelijnsdienst

VIA DE TWEEDE LIJN

Online vervolggesprekken zouden ook kunnen aangeboden worden door professionele hulpverleners die verbonden zijn aan regionale CGG's. In ieder geval kunnen hulpvragers dan online verder, hoewel ze zich tot een andere organisatie moeten richten. Om deze drempel zo laag mogelijk te maken, is het wel aan te bevelen dat hulpvragers bij deze overstap anoniem kunnen blijven. Beroep doen op medewerkers van regionale diensten heeft als groot voordeel, dat indien hulpvragers na de vervolggesprekken meer hulp nodig hebben, ze bij dezelfde dienst terecht kunnen. Die drempel zal in vele gevallen kleiner zijn, omdat er reeds een band is met de organisatie (mogelijk kunnen ze zelfs bij dezelfde hulpverlener terecht). Een andere mogelijkheid is dat cliënten doorstromen naar een online behandelingsprogramma, dat specifiek op hun problemen is afgestemd. In het geval van middelenmisbruik zou dit alcoholhulp.be en verwante programma's kunnen zijn. In het geval van stemmingsstoornissen komt bijvoorbeeld kleurjeven.be in aanmerking, op voorwaarde dat dit programma tot een volwaardige online behandeling zou worden uitgebouwd (momenteel is het enkel voorzien voor zelfhulp of begeleide zelfhulp). Genoemde programma's kunnen ook in 'blended' vorm aangewend worden (d.w.z. een combinatie van een online programma met face-to-face gesprekken). Dit is tegelijkertijd een pleidooi om deze online programma's regionaal 'in te bedden'.

Onderstaande afbeelding geeft de verschillende doorstroommogelijkheden van dit model weer.

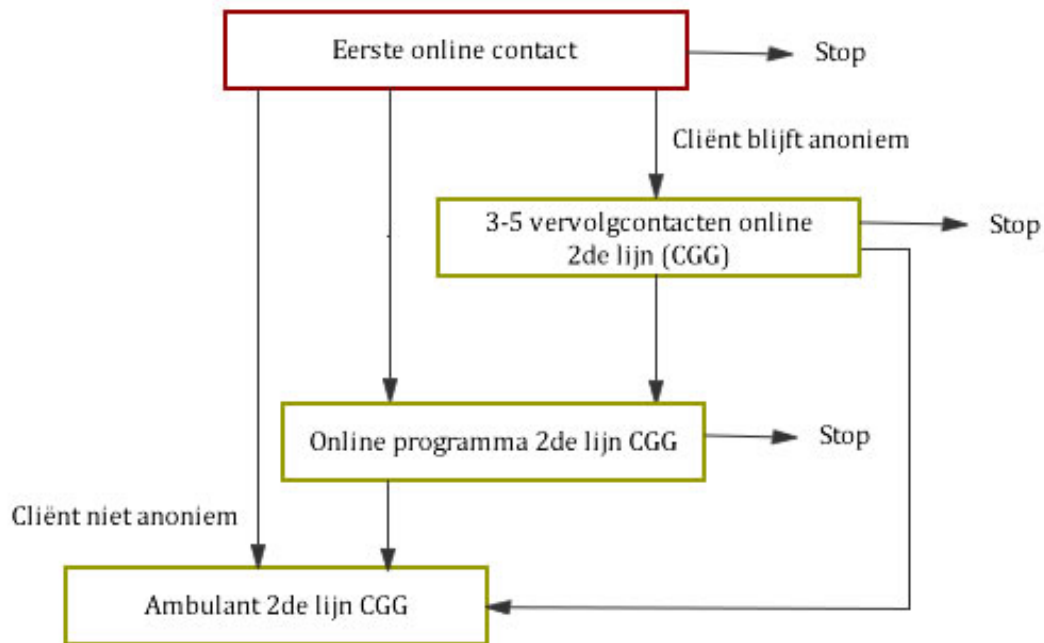


fig.2 Traject via tweede lijn

VIA EEN COMBINATIE VAN EERSTE EN TWEDE LIJN

Natuurlijk is in praktijk ook een combinatie van de bovenstaande modellen denkbaar. Hulpvragers kunnen dan in eerste instantie vervolcontacten aangeboden krijgen via de laagdrempelige eerstelijnsdienst. In het geval van acute suïcidedreiging is dit mogelijk een groot voordeel, omdat de drempel zeer laag blijft. Is er daarna toch nog een vervolg nodig dan kan dit door een tweedelijnsdienst opgenomen worden. De cliënt moet dan wel een overstap naar een andere organisatie maken, maar dat kan ook online gebeuren. Een beschikbare online overgang zal de drempel zo laag mogelijk houden. In het beste geval wordt de tweedelijns online opvang aangeboden in de regio van de cliënt. Dit heeft alleen maar voordelen wanneer verdere doorstroming naar ambulante begeleiding aangewezen is.

Bovenstaand model pleit er dus opnieuw voor om online tweedelijns hulp regionaal aan te bieden. Online kan een meer uitgebreide screening voorzien worden in het kader van diagnostiek, maar ook een langdurig online programma. Tweedelijnsdiensten hoeven hun online aanbod echter niet via een publieke website aan te bieden, tenzij het over uitgewerkte programma's gaat die ze laagdrempelig willen ter beschikking stellen. Voor online vervolcontacten is dat echter niet de bedoeling.

Onderstaande afbeelding geeft de verschillende doorstroommogelijkheden van dit model weer.

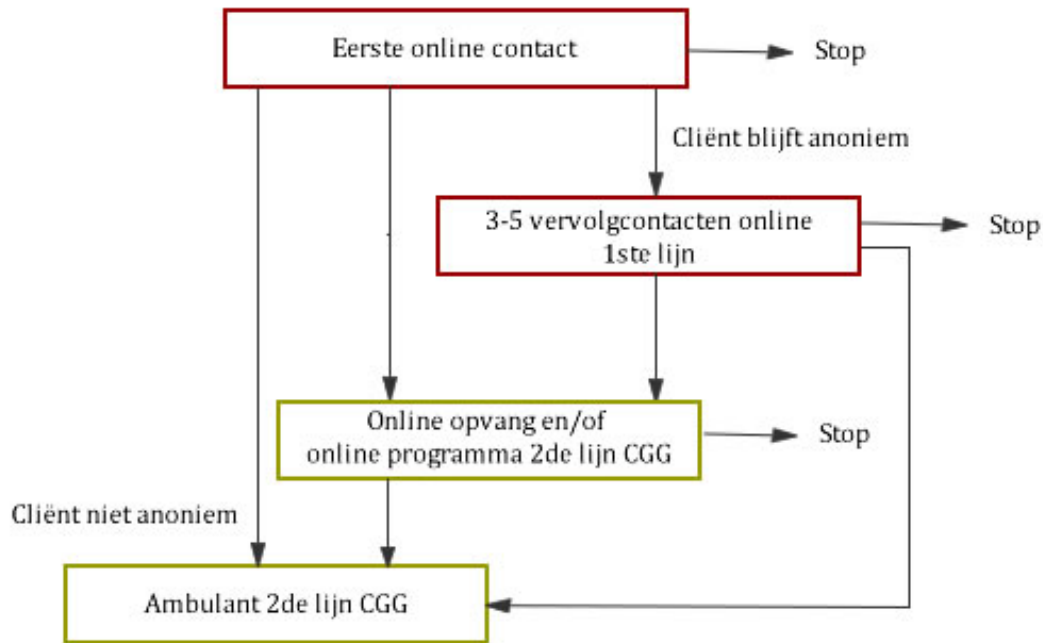


fig.3 Traject via eerste en tweede lijn

IN DE PRAKTIJK

In de praktijk zal veel afhangen van de aard van het probleem dat de hulpvrager brengt, maar ook van de concrete organisatie van de laagdrempelige eerstelijnsdiensten zelf. Enkele voorbeelden om dit te illustreren:

- Acute suïcidedreiging kan ervoor pleiten dat de Zelfmoordlijn zelf voorziet in de eerste online vervolgesprekken. In deze situatie blijft de drempel immers best zo laag mogelijk.
- JAC Online voorziet dikwijls al online vervolgesprekken. Het JAC beschikt ook over een regionaal netwerk.
- Tele-Onthaal is wel regionaal gespreid, maar hun regionale vestigingen richten zich op heel Vlaanderen.
- De DrugLijn biedt hulp aan via telefoon en mail, maar niet via chat (hoewel ze dat graag zouden willen), en werkt centraal.

Verder is het zo dat laagdrempelige eerstelijnsdiensten open staan voor online communicatie, terwijl dit voor tweedelijnsdiensten veel minder het geval is. Sommige CGG's en categoriale diensten willen experimenteren met online hulpvormen of hebben al een online aanbod, andere CGG's staan er (nog) niet voor open.

In veel tweedelijnsdiensten vraagt men een (beperkte) financiële bijdrage aan cliënten of zal men dit mogelijk invoeren. De kracht van veel online hulpvormen is echter gedeeltelijk gebaseerd op het anonieme karakter ervan. Dit pleit ervoor om geen financiële bijdrage te vragen, omdat dit de anonimiteit hoe dan ook onmogelijk maakt. Bij 'blended' hulpverlening liggen de zaken anders. Wanneer in dit kader chatgesprekken zouden plaatsvinden, kan hier wel

een financiële bijdrage gevraagd worden, zoals deze gelden bij face-to-face contacten binnen de organisatie.

De praktijk zal er in ieder geval toe moeten leiden dat een intensievere samenwerking tot stand komt tussen eerste- en tweedelijnszorg. Het bijzonder verdienstelijke werk dat laagdrempelige eerstelijnsorganisaties nu verrichten, zal een beter vervolg kennen (indien aangewezen). Voor de tweede lijn kan een betere 'filter' resulteren in een efficiëntere werking, want hulpvragers die minder hulp nodig hebben komen niet bij hen aankloppen, terwijl diegenen die wel intensievere hulp behoeven sneller bij hen zullen terecht kunnen. Een beter 'filtering' door 'stepped care' draagt immers bij tot 'matched care' en op termijn waarschijnlijk ook tot kortere wachtlijsten.

Herwig Claeys

projectverantwoordelijke online programma's CAD-Limburg