Perceptie en drempels bij huisartsen over huiswerkopdrachten bij patiënten met een psychosociale problematiek.

Brenda Janssens, KU Leuven

Promotor: Dr. Peter Pype, U Gent

Copromotor: Roland Rogiers, U Gent/UZ Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

2014-2016

Abstract

PERCEPTIE EN DREMPELS BIJ HUISARTSEN OVER HUISWERKOPDRACHTEN BIJ PATIËNTEN MET EEN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK.

Haio: Brenda JANSSENS, KU Leuven
Promotor: Dr. Peter PYPE, U Gent
Copromotor: Roland ROGIERS, U Gent/UZ Gent

Context: Als huisarts in België kom je vaak in contact met patiënten met een psychosociale klacht. 60%-80% van de psychosociale problemen wordt in België bij de huisarts behandeld. De meest voorkomende psychosociale diagnoses in Vlaanderen zijn een depressieve stoornis of gevoel, een acute stressreactie, een angststoornis, zware slaapproblemen, surmenage en een somatisatiestoornis. Bijgevolg is het zeer belangrijk dat deze patiënten een gepaste zorg krijgen. Om een patiënt met een gelijkaardige klacht te helpen heeft de arts beschikking over verschillende interventies. Een van de interventies is het gebruiken van huiswerkopdrachten. Dit zijn taken die de arts meegeeft aan de patiënt om thuis zelf uit te voeren zodat de behandeling gecontinueerd wordt in de thuissituatie. Aan de hand van deze opdrachten kan de patiënt inzichten verwerven over alledaagse situaties waarin de problemen zich voordoen. Daarnaast leert de patiënt hoe hij anders kan reageren in specifieke omstandigheden. In de literatuur wordt het gebruik van huiswerkopdrachten door huisartsen aangemoedigd bij psychosociale problemen.

Onderzoeksvraag: De vraag waar dit onderzoek een antwoord op zoekt bestaat uit twee delen. Ten eerste wordt er onderzocht wat de perceptie van de Vlaamse huisarts is over het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk. De tweede vraag is welke drempels de artsen bij het gebruik ervan ervaren.

Methode: Om de gegevens te verzamelen werd er gekozen voor semigestructureerde interviews. Een e-mail met een korte vragenlijst werd verstuurd naar de LOK-verantwoordelijken van de Vehamed vzw (de huisartsenkring van Berlare, Buggenhout, Dendermonde, Hamme, Lebbeke en Zele), met de vraag deze vragenlijst door te sturen naar hun leden. Verder werd de e-mail verzonden naar de leden van de LOK-groep van Dendermonde en naar de leden van de seminariegroepen in Dendermonde. Op die manier werd de vragenlijst naar ongeveer 80 artsen verzonden. De artsen die de lijst invulden, werden vervolgens gecontacteerd om een interview te plannen. Zo werden er 9 artsen ondervraagd. De interviews werden met een geluidsrecorder opgenomen en vervolgens uitgetypt. Daarna werden de gegevens gelezen en open gecodeerd. Zo ontstond er een lijst met codes, waaruit de resultaten van het onderzoek werden afgeleid.

Resultaten: De interviews bevestigden dat artsen regelmatig geconfronteerd werden met patiënten met psychosociale problemen. De artsen probeerden deze patiënten open te benaderen en goed te luisteren naar de klachten. De meerderheid van de artsen gaf af en toe een huiswerkopdracht mee, maar vaak waren het weinig concrete taakjes.

Over het algemeen stonden de artsen positief tegenover de opdrachten, echter hier en daar vermeldden ze enkele negatieve aspecten. De meeste artsen vonden de huiswerkopdrachten een bijdrage aan de consultvoering voor psychosociale problemen. Wanneer er werd bevraagd welke drempels de artsen opmerkten bij het gebruik van de opdrachten kwamen vier thema's aan het licht. Deze waren de *patiënt*, de *arts*, het *gebrek aan tijd* en het *gebrek aan kennis*.

Conclusies: De mening van de meeste huisartsen over de huiswerkopdrachten is positief. Ze beschouwen de opdrachten als een interventie die door hen kan worden gebruikt bij psychosociale problemen. Er zijn echter enkele drempels waarmee ze geconfronteerd worden wanneer ze de opdrachten in praktijk stellen.

Inhoudsopgave

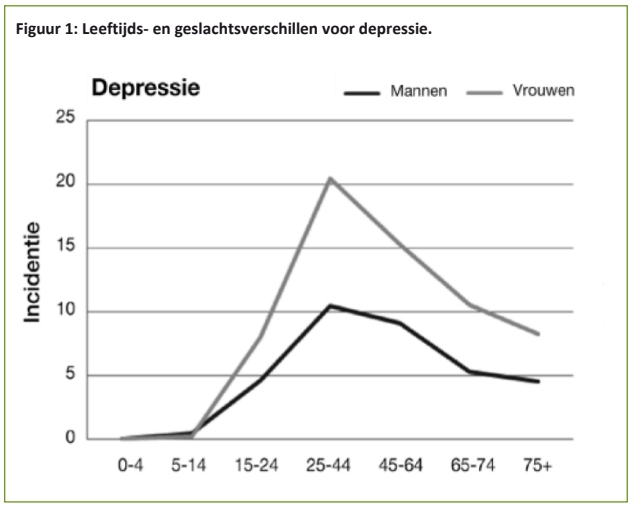
Abstract....2
1) Inleiding....6
2) Persoonlijke motivatie....8
3) Literatuur....9
3.1) Zoekstrategie....9
3.2) Definitie huiswerk....9
3.3) Cognitieve gedragstherapie en huiswerkopdrachten....10
3.4)Huiswerkopdrachten in de huisartsenpraktijk....12
3.4.1) Richtlijnen....12
3.4.2) Andere literatuur....13
4) Onderzoek....15
4.1) Onderzoeksopzet....15
4.1.1) Doelstelling....15
4.1.2) Methode....15
4.2) Deelnemers....15
4.3) Verzamelen van data....17
4.4) Data-analyse....18
5) Resultaten....19
5.1) Psychosociale problemen....19
5.2) Aanpak van psychosociale problemen door de huisarts....19
5.3) Gebruik van huiswerkopdrachten....21
5.4) Perceptie....21
5.4.1) Positief....22
5.4.2) Negatief....22
5.5) Drempels voor de huisarts....23
5.5.1) Patiënt....23
5.5.2) Tijd....24
5.5.3) Arts....24
5.5.4) Kennis....25
5.6) Mening van de patiënt....26
6) Discussie....27
6.1) Resultaten ten opzichte van literatuur....27
6.2) Sterktes en zwaktes....27
6.3) Verder onderzoek....28

6.4) Toekomst 28
7) Besluit 29
Literatuurlijst 30
Bijlagen 32
Bijlage 1: Vragenlijst interviews 32
Bijlage 2: Toestemmingsformulier 33
Bijlage 3: Resultaten korte vragenlijst 34
Bijlage 4: Toelichtingsformulier 35
Bijlage 5: Codeboom 36
Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie 38

1) Inleiding

Als huisarts in België kom je dagelijks in contact met patiënten die te kampen hebben met psychosociale problemen. In het grootste deel van de gevallen is de huisartsenpraktijk de eerste plaats waar de patiënt terechtkomt met deze klachten (1). 60%-80% van de psychosociale problemen wordt namelijk door de huisarts behandeld (2). De meest voorkomende psychosociale diagnoses in Vlaanderen zijn een depressieve stoornis of gevoel, een acute stressreactie, een angststoornis, zware slaapproblemen, surmenage en een somatisatiestoornis (3). Intego is een Belgische databank binnen het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven. Deze databank registreert en analyseert de prevalentie en incidentie van ziektes waarmee Vlaamse huisartsen worden geconfronteerd. Hieruit blijkt dat depressie de meest voorkomende psychische aandoening is die de huisarts diagnosticeert. De incidentie ligt dan ook op 13 gevallen per 1000 patiëntjaren (figuur 1). Voor acute stressreacties ligt het cijfer op 5,31 per 1000 patiëntjaren en voor slaapproblemen op 4,03 (3). Uit de cijfers die het Intego-project vrijgeeft is verder af te leiden dat in een van de pilootregio's met 560.000 inwoners en ongeveer 500 voltijds werkende huisartsen 75.000 patiënten aan een of meerdere mentale problemen lijden (4). Uit deze gegevens blijkt de noodzaak van een gepaste zorg bij psychosociale problemen.

Figuur 1: Leeftijds- en geslachtsverschillen voor depressie.



Figuur 1: Incidentie depressie. Integoproject (3).

Wanneer de patiënt dan bij de huisarts terechtkomt met een psychosociaal probleem, heeft de huisarts een aantal verschillende interventies die hij alleen of gecombineerd kan toepassen. De arts kan onder andere de patiënt goed voorlichten (psycho-educatie), kan verwijzen naar een psycholoog of psychiater, kan opteren voor medicamenteuze therapie, kan zelf gesprekstherapie toepassen of kan gebruikmaken van huiswerkopdrachten voor de patiënt. Dit onderzoek bespreekt het meegeven van de huiswerkopdrachten aan patiënten.

Huiswerkopdrachten kaderen in een bepaalde visie op hulpverlening. Deze visie houdt in dat men de patiënt ziet als een deskundige van zijn leefwereld die kan deelnemen en beslissingen nemen in zijn zorgproces. De arts doet niet alles zelf, maar begeleidt de patiënt in zijn zorgtraject (5).

De huiswerkopdrachten zijn daarom een onderdeel van een groter behandelingsplan. Door een opdracht te geven maakt de arts duidelijk dat de patiënt centraal staat in het behandelingsproces. De opdrachten kunnen een hulpmiddel zijn om problemen te accepteren en concretiseren, om inzicht te verkrijgen in alle aspecten van het ziekteproces en om herval te voorkomen (5-6).

2) Persoonlijke motivatie

Dokterspraktijk Huysartsdendermonde is een praktijk met 2 vaste artsen en 2 Huisartsen In Opleiding (HAIO's). De praktijk is gelegen in Dendermonde, Oost-Vlaanderen. De patiëntenpopulatie van deze praktijk is zeer gevarieerd. Patiënten komen met een uitgebreid arsenaal van klachten en problemen, waaronder ook een groot aantal psychosociale klachten. Als 1ste jaar HAIO merkte ik al snel dat patiënten met psychosociale problemen met grote openheid werden benaderd in deze praktijk en dat er veel belang werd gehecht aan een goede zorg voor de patiënt met psychosociale problemen.

Daarnaast werd ik in deze praktijk voor het eerst geconfronteerd met het praktisch gebruik van huiswerkopdrachten in de huisartsensetting. Ik had voordien vooral in de lessen informatie gekregen over het slaapdagboek, het activeren van depressieve patiënten, angstdagboeken en andere huiswerkopdrachten. Maar tot dan had ik nog geen echte toepassing gezien in de praktijk. Door te ervaren hoe huiswerkopdrachten en concrete adviezen aan patiënten kunnen worden ingezet in de consultvoering is mijn interesse in dit onderwerp gegroeid. Ik merkte dat patiënten hierin meestal vlot meegingen en dat het een positief effect had op hun problematiek.

Daarom sprak het mij ten sterkste aan om eens te onderzoeken hoe andere huisartsen in Vlaanderen denken over deze soort huiswerkopdrachten en hoe ze ermee omgaan. Het doel van dit onderzoek is om na te gaan wat de perceptie is van huisartsen over huiswerkopdrachten bij patiënten met psychosociale problemen in hun praktijk. Daarnaast wil ik ook onderzoeken welke drempels de artsen ondervinden bij het gebruik hiervan.

3) Literatuur

3.1) Zoekstrategie

Het literatuuronderzoek werd gedaan volgens de watervalmetafoor met als gebruikte zoektermen: “huiswerkopdrachten”, “huiswerk”, “homework”, “diary”, “homework AND psychosocial”, “homework AND psychology”, “homework AND psychotherapy”, “homework primary care”, “diary primary care”, “homework general practice”. Domus Medica, NHG, NICE en EBM Practice Net leverden enkele goede resultaten op. De meeste informatie was te vinden op Pubmed en Google Scholar. Verder heb ik nog informatie gevonden in de databank van de Master Na Master-projecten (MANAMA-projecten) op de Icho website. Ook kon ik literatuur vinden in de tijdschriften HuisartsNU en Huisarts&Wetenschap. De zoektocht had als doel informatie te vinden over het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen en nog specifieker het gebruik in de huisartsenpraktijk.

3.2) Definitie huiswerk

De term ‘*huiswerk*’ bij psychosociale problemen is afkomstig uit de psychotherapie. Een aantal vormen van psychotherapie maken gebruik van activiteiten tussen de consultaties. Aan de hand van deze activiteiten kan de patiënt inzichten verwerven over alledaagse situaties waarin problemen zich voordoen. Daarnaast leert de patiënt hoe hij anders kan reageren in die situaties (7). Een vaste definitie voor huiswerkopdrachten in psychotherapie bestaat echter niet. Er kan gesteld worden dat huiswerkopdrachten de patiënt toelaten om efficiënt gebruik te maken van de tijd tussen de verschillende sessies. De tijd tussen de sessies kan dan een deel gaan uitmaken van de therapie, doordat de patiënt taken zal uitvoeren. Die taken zullen mee helpen de therapiedoelen te bereiken. Daarnaast kan huiswerk ervoor zorgen dat bepaalde problemen, afhankelijk van specifieke tijdstippen of locaties worden behandeld (7). Door hierop verder te gaan konden Beck, Rush, Shaw en Emery in 1979 toch een definitie voor huiswerkopdrachten afleiden (8). ‘Huiswerkopdrachten zijn activiteiten die patiënten toelaten om informatie te verkrijgen en nieuwe leerervaringen om te zetten van de therapeutische setting naar situaties in het dagelijkse leven waarin hun problemen zich voordoen (8).’ Een mooi voorbeeld hiervan is een patiënt met problemen in sociale omgang met anderen. Hij kan tijdens een therapiesessie goede sociale gedragingen aanleren en oefenen. In de tijd tussen twee sessies geeft de therapeut hem dan de opdracht deze nieuwe gedragingen toe te passen in het echte leven.

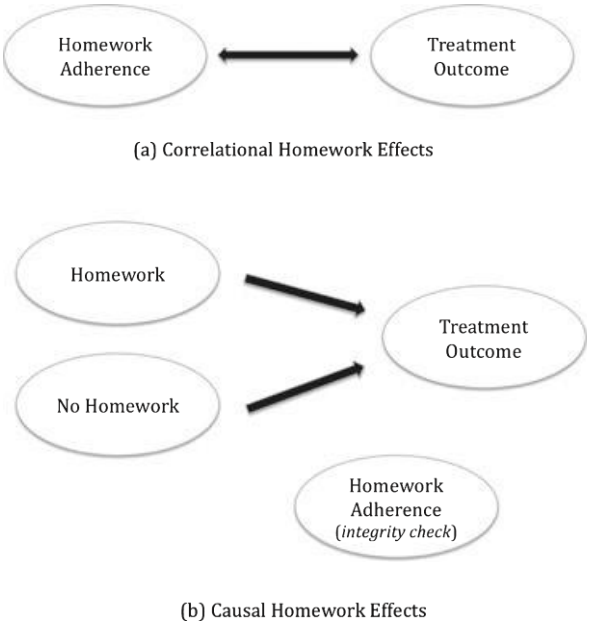
Naast een gebrek aan een definitie voor huiswerkopdrachten in psychotherapie zijn er ook nog maar heel weinig publicaties beschikbaar over hoe huiswerk moet worden geïntegreerd in verschillende psychotherapieën. Ook al is het gebruik van huiswerkopdrachten voor vele psychotherapeuten dagelijkse kost, toch is er grote variatie in de manier van aanbrengen en toepassen van huiswerkopdrachten in het leven van patiënten (7).

3.3) Cognitieve gedragstherapie en huiswerkopdrachten

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een vorm van psychotherapie. Onder de verschillende psychotherapieën is CGT diegene die het meest gebruik maakt van huiswerkopdrachten. Het is een geheel van behandelingen die als doel hebben gedachten, emoties en gedragingen te veranderen. Dit gebeurt door het aanpakken van disfunctionele gedachten of vermijdingsgedrag (9). Voor angst en depressie is dit de psychotherapie waarover het grootste aantal randomized controlled trials (RCT's) onderzoek hebben gedaan. Deze RCT's toonden de effectiviteit van de therapie ook aan (10-12).

Huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen zijn een van de basisbeginselen van CGT (13). De meerderheid van de artikels hierover zijn bijgevolg artikels met betrekking tot cognitieve gedragstherapie. De opdrachten zijn onder meer teksten lezen, zichzelf monitoren, gedragsactivatie, zichzelf aan bepaalde situaties/beelden/voorwerpen blootstellen (9).

Over het effect van huiswerkopdrachten bij depressie in CGT zijn verschillende artikels te vinden in de literatuur. Een meta-analyse uitgevoerd onder leiding van Nikolaos Kazantzis, concludeert dat huiswerkopdrachten bij CGT de resultaten van de therapie doen verbeteren (14). Er zijn twee groepen van studies over het effect van huiswerkopdrachten op resultaten van therapie. Ten eerste testen sommige studies de correlatie tussen het uitvoeren en de resultaten van het huiswerk. Deze studies bewezen een positief effect op de therapiedoelen bij goed uitvoeren van de huiswerkopdrachten. Ten tweede zijn er de studies die therapie mét huiswerkopdrachten vergelijken met therapie zonder huiswerkopdrachten. Dit zijn studies over het causale effect. Aan de hand van dit soort studies is meestal, maar niet altijd, superioriteit gevonden van therapieën mét huiswerkopdrachten (Figuur 2). De meta-analyse van Kazantzis behoort tot de tweede groep en toont een positief causaal effect van de huiswerkopdrachten (14).



Figuur 2: Twee groepen van studies die het effect van huiswerkopdrachten onderzoeken(13).

Een andere studie toonde aan dat huiswerk compliantie een positief effect heeft op de veranderingen in depressie bij CGT. De patiënten die het meeste huiswerk uitvoerden verbeterden veel meer dan diegenen die weinig of geen huiswerk deden (15). Ook bij angststoornissen voorspelde een betere huiswerk compliantie een snellere vermindering van symptomen (16).

Welke factoren bepalen er nu of een patiënt goed of slecht meewerkt aan huiswerkopdrachten in CGT? Hierbij spelen zowel patiënt- als therapeutvariabelen een rol. In een onderzoek vond men dat huiswerkcompliantie vooral afhankelijk is van het feit of de therapeut het opgegeven huiswerk nakijkt en van de algemene vaardigheden van de therapeut. Die vaardigheden werden getest aan de hand van een competentie schaal. De compliantie steeg in het onderzoek wanneer de onderzoeker het huiswerk nalas of controleerde. De leeftijd van de patiënt, de ernst van depressie en de scholingsgraad hadden geen effect op de compliantie. Wel was het aantal voorafgaande depressieve periodes negatief gecorreleerd met de compliantie van huiswerkopdrachten (17). Daarnaast bleek uit onderzoek dat de meeste patiënten positief stonden ten opzichte van huiswerkopdrachten en dat ze de meeste taken uitvoerden (18).

Over de meest succesvolle inzet van huiswerkopdrachten verschenen een aantal aanbevelingen. De taken moeten niet te complex zijn of ze moeten geleidelijk stijgen in moeilijkheidsgraad. De taken mogen geen angst uitlokken en zijn best nauw verbonden met de inhoud van de sessies. De therapeut doet er goed aan de patiënt aan te sporen om een datum en locatie te kiezen om de opdrachten uit te voeren. Verder geeft hij best een goede uitleg bij de taak en vraagt hij na of de patiënt de taak haalbaar vindt. Tot slot geeft hij geschreven materiaal of taakbeschrijvingen met de patiënt mee naar huis (18).

3.4)Huiswerkopdrachten in de huisartsenpraktijk

3.4.1) Richtlijnen

In verschillende richtlijnen voor huisartsen wordt het gebruik van huiswerkopdrachten geadviseerd bij psychosociale problemen. Domus Medica is een vzw die de huisartsen in Vlaanderen en het Brussels Gewest vertegenwoordigt. Domus Medica biedt onder andere richtlijnen aan voor een goede praktijkvoering. Een van die richtlijnen heeft als onderwerp de aanpak van slaapproblemen. Hierin zegt men dat de eerste stap in niet-medicamenteuze aanpak van slaapproblematiek goede patiëntenvoorlichting is. Als tweede stap raadt men gericht slaapadvies aan. Gericht slaapadvies is een aantal adviezen over slaaphygiëne met stimuluscontrole. Tussen twee consultaties wordt aangeraden dat de patiënt de besproken interventies toepast in de praktijk en dat de patiënt een slaapdagboek invult. Dit dagboek heeft dan als doel een beeld te krijgen van de vorderingen (19). Een andere richtlijn van Domus Medica geeft adviezen in verband met depressie bij volwassenen. Ook hier wordt een huiswerkopdracht aangeraden in de behandeling, namelijk het activeren van de patiënt. Activeren kan gebeuren via beweging, sport of terug oppikken van activiteiten die voordien aangenaam, nuttig of waardevol waren en/of het gevoel van competentie gaven. Het gebruik van een dagboek of een schriftelijk verslag wordt aangeraden om een overzicht te krijgen van welke activiteiten de patiënt thuis heeft gedaan (20).

De Nederlandse tegenhanger van Domus Medica is het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG biedt standaarden aan voor de huisarts om het medische beleid te ondersteunen. In de standaarden voor psychische problemen wordt ook het gebruik van huiswerkopdrachten door de huisarts geadviseerd. Onder andere in de standaard over angststoornissen wordt er gezegd dat de huisarts kan gebruikmaken van de principes van CGT. Men spreekt over het gebruik van een dagboek over gedachten en gevoelens, de blootstelling van de patiënt aan situaties, afspraken rond het vermijden van bepaalde gedragingen enzovoort. Bij onvoldoende effect of bij zeer ernstige klachten kan de huisarts de patiënt hiervoor doorverwijzen naar een psycholoog of psychiater (Figuur 3) (21).

ICPC-code	*Diagnose*	*Stap 1*	*Stap 2*	*Stap 3*
P01	Angstklachten	Voorlichting, evt. PST		
P74	Angststoornis			
P74.02P74.01	Gegeneraliseerde angststoornis Sociale fobie Paniekstoornis met of zonder agorafobie	Voorlichting	CGT (zelfhulp)	CGT(door therapeut)of antidepressivum
P79.1P75	Specifieke fobie Hypochondrie	Voorlichting	CGT (zelfhulp)	CGT(door therapeut)
P02.01	PTSS	Voorlichting en verwijzen (CGT of EMDR)		
P79.2	OCS	Voorlichting en verwijzen		

Figuur 3: Behandelopties angst. PTSS = posttraumatische stressstoornis; OCS = obsessieve-compulsieve stoornis; PST = problem-solving treatment; CGT = cognitieve gedragstherapie; EMDR = Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (20)

Ten tweede wordt - net zoals in de richtlijn bij Domus Medica - het belang van activering benadrukt in de richtlijn van NHG over depressie. In deze richtlijn wordt er gesproken over 'dag-structurering en activiteitenplanning'. Zo moet men zorgen dat de patiënt een vaste dagplanning heeft. Dit houdt in: vaste uren van opstaan, slapen, eten en activiteiten. Verder is het aangewezen om te voorkomen dat de dagplanning niet te belastend is en dat er een goed evenwicht bestaat tussen verplichtingen en ontspannende activiteiten (22).

Verdere informatie over huiswerkopdrachten bij de huisarts was terug te vinden op de website van EBM Practice Net. EBM Practice Net is een online databank met praktijkrichtlijnen en algemene 'Evidence Based Medicine-informatie'. De voornaamste doelgroep van de databank zijn de huisartsen. Een van de richtlijnen, onder het deel psychiatrie, is gebaseerd op een Cochrane review en gaat over cognitieve psychotherapie. In een onderdeel specifiek over de huisartsenpraktijk stelt men dat de huisarts, eventueel na een korte training, in staat is cognitieve en gedragsmatige methoden te gebruiken bij de behandeling van psychiatrische stoornissen (23).

3.4.2) Andere literatuur

Tijdens het zoeken naar literatuur over huiswerkopdrachten bij de huisarts ging ik ook te rade bij (voormalige) medestudenten huisartsgeneeskunde. Over slaapproblemen zijn verschillende MANAMA-projecten geschreven. Een daarvan is de scriptie van Frederique Vanderspickken over de implementatie van een praktijkrichtlijn voor slaapproblemen. Die richtlijn raadt het gebruik van voorlichting, slaaphygiëne en stimuluscontrole aan bij chronische slaapproblemen in de huisartsensetting. Stimuluscontrole is een gedragstherapeutische techniek die negatieve conditionering tracht te doorbreken. Dit betekent concreet dat de patiënt wordt opgedragen op te staan indien hij langer dan 15 minuten wakker ligt om iets ontspannend te doen. Het doel van de scriptie was om te testen of dit ook haalbaar was in de praktijk. Na het toepassen van de richtlijn waren zowel de artsen als patiënten tevreden en de richtlijn werd implementeerbaar geacht

(24). Een vergelijkbare masterproef werd geschreven door Sarah Calis. In dit onderzoek werd de hierboven beschreven aanbeveling van Domus Medica over slapeloosheid toegepast en geëvalueerd. De resultaten waren dat de niet-medicamenteuze aanpak in de richtlijn van Domus Medica kon worden toegepast door de huisarts. Toch zag men dat er nog vaak gekozen werd voor een combinatie met slaapmedicatie (25).

Verder vond ik nog een interessant artikel van een praktijk Geneeskunde voor het Volk te Deurne (Antwerpen). Deze praktijk startte een praktijkproject om CGT te implementeren in de behandeling van een heel aantal problematieken, gaande van angst, depressie, CVS/fibromyalgie, relatieproblemen en dergelijke tot alledaagse lichamelijke problemen zoals vermoeidheid. Hierbij maakten de artsen onder andere gebruik van dagboekregistratie. Ze lieten de patiënt gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag neerschrijven met als doel te objectiveren en te expliciteren, afstand te nemen en verbanden te leggen. In het artikel werd er besloten dat de huisarts in zijn positie een reële meerwaarde kan zijn in de toepassing van CGT (26). Met betrekking tot dit onderzoek toont dit project dat CGT en het gebruik van huiswerkopdrachten een plaats hebben in de huisartsenpraktijk.

4) Onderzoek

4.1) Onderzoeksopzet

4.1.1) Doelstelling

Het einddoel van dit onderzoek was de perceptie en de drempels over huiswerkopdrachten bij psychosociale problematiek bij huisartsen te onderzoeken. Op basis van interviews probeerde ik te achterhalen wat de mening van de Vlaamse huisarts hierover is.

4.1.2) Methode

Voor dit specifieke onderzoek werd er geopteerd voor het afnemen van semigestructureerde interviews van huisartsen. Semigestructureerde interviews worden ook diepte-interviews genoemd. Bij dit type van interview vertrek je van een aantal voorafgaand gekozen vragen. Die vragen dienen als ruggengraat van het gesprek, maar in de loop van het gesprek komen er heel wat vragen bij. Dit geeft je de vrijheid om over bepaalde interessante onderwerpen wat door te vragen of om meer uitleg te vragen. Op die manier kan je als interviewer wat meer in detail gaan. Er werd voor dit type interview gekozen om tot een kwalitatief onderzoek te komen. Een kwalitatief onderzoek heeft vooral als bedoeling te onderzoeken wat er in een bepaalde groep leeft over een onderwerp. Het onderzoek is dan ook niet statistisch representatief, maar gaat meer op zoek naar de meningen en motieven van de geïnterviewde personen.

Bij een semigestructureerd interview moet de interviewer gebruikmaken van een lijst met vragen. Bij het opstellen van de voorlopige vragenlijst baseerde ik mij op de onderzoeksvraag en de geconsulteerde literatuur. Deze voorlopige lijst werd geanalyseerd en herzien door mijn promotor, Dr. Peter Pype. Na overleg met mijn copromotor Roland Rogiers werden verdere aanpassingen gedaan. Tijdens een proefinterview testte ik de vragen uit op een huisarts. Op basis van het proefinterview veranderde ik de volgorde van de vragen om het interview vlotter te laten verlopen. Zo ontstond de definitieve vragenlijst die gebruikt werd voor de interviews [Bijlage 1].

Elke deelnemende arts ondertekende voor het afnemen van het interview een toestemmingsformulier. Door dit formulier te ondertekenen erkende de arts dat hij akkoord ging met een deelname aan dit onderzoek [Bijlage 2].

4.2) Deelnemers

Alle actief werkzame huisartsen in Vlaanderen behoorden tot de doelgroep. De bedoeling was een zo groot mogelijke diversiteit aan huisartsen te interviewen. Voor die selectie koos ik ervoor om een enquête rond te sturen naar artsen. De enquête werd per e-mail verstuurd. In de e-mail werd de opzet van het onderzoek uitgelegd, werd er vermeld dat er een interview zou plaatsvinden en werd er een link naar de enquête toegevoegd. Voor de enquête maakte ik gebruik van de website EnqueteMaken.be (28). Ik stuurde de mail door naar de 7 voorzitters van de LOK-groepen van Vehamed vzw (de

huisartsenkring van Berlare, Buggenhout, Dendermonde, Hamme, Lebbeke en Zele), met de vraag dit naar hun leden te sturen (29). Twee van de voorzitters antwoordden mij dat ze hieraan gevolg hadden gegeven. Ik stuurde de enquête verder ook persoonlijk uit naar alle leden van de lokale LOK-groep in Dendermonde en naar de leden van de seminariegroepen in Dendermonde.

In de enquête bevroegen we een aantal persoons- en praktijkkenmerken (het geslacht en de leeftijd, groepspraktijk of solo-praktijk, samenwerking met HAIO's). Daarnaast werd er gepeild of de artsen bekend waren met het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk en of ze hier zelf mee werkten. Tot slot werden hun contactgegevens gevraagd om de artsen later te kunnen contacteren voor het interview.

13 van ongeveer 80 aangeschreven artsen vulden de enquête in over een verloop van 3 maanden. Het aantal mannelijke respondenten was groter dan vrouwelijke, namelijk 8 mannen (62%) ten opzichte van 5 vrouwen (38%). Deze verhouding is representatief voor de verhouding mannelijke/vrouwelijke huisartsen in Oost-Vlaanderen (30). Verder werkte de meerderheid van de huisartsen in een groepspraktijk, maar doorgaans zonder HAIO. Onder de huisartsen die de enquête invulden waren er 3 artsen (23.08%) tussen twintig en dertig jaar, 2 (15,38%) tussen dertig en veertig, 1 (7,69%) tussen veertig en vijftig, 5 (38,46%) tussen vijftig en zestig, 2 (15,38%) tussen zestig en zeventig en niemand boven de zeventig. Deze groep kende een voldoende grote variatie in geslacht, leeftijd en praktijkorganisatie voor de studie. Onder de huisartsen in de groep had de meerderheid al wel eens gehoord over deze huiswerkopdrachten (62%). 46% maakte voor het interview ook al gebruik van deze opdrachten in hun consultvoeren [Bijlage 3] (Figuur 4).

Groep 1		
Geslacht	62% Mannen	38% Vrouwen
Praktijk	62% Groepspraktijk	38% Solopraktijk
Haio	62% Geen Haio	38% Wel Haio
Leeftijd	Leeftijd 20-30 jaar	23,08%
	30-40 jaar	15,38%
	40-50 jaar	7,69%
	50-60 jaar	38,46%
	60-70 jaar	15,38%
	70-80 jaar	0%
Gehoord van huiswerk	62% Wel	38% Niet
Gebruik van huiswerk	46% Wel	54% Niet

Figuur 4: Verhoudingen in de groep van de deelnemers enquête.

De volgende stap was het contacteren van de huisartsen die de enquête hadden ingevuld om het interview in te plannen. Hiervoor stuurde ik opnieuw een mail met daarin een Doodle pagina met enkele voorstellen van data. Indien de data niet pasten voor de artsen, konden ze zelf een alternatief voorstellen. Op die manier kon ik een interview vastleggen met 9 huisartsen.

De verhoudingen in deze verzameling van 9 artsen bleven ongeveer gelijk aan de vorige groep artsen. Er waren 5 (56%) mannelijke en 4 (44%) vrouwelijke artsen. Verder bleven de leeftijdsverhoudingen grotendeels gelijk (Figuur 5). In figuur 6 staat een overzicht van de demografische kenmerken per deelnemer (Figuur 6).

Groep 2		
Geslacht	56% Mannen	44% Vrouwen
Praktijk	67% Groepspraktijk	33% Solopraktijk
Haio	38% Geen Haio	62% Wel Haio
Leeftijd	Leeftijd 20-30 jaar	22,22%
	30-40 jaar	11,11%
	40-50 jaar	11,11%
	50-60 jaar	44,44%
	60-70 jaar	22,22%
	70-80 jaar	0%
Gehoord van huiswerk	78% Wel	22% Niet
Gebruik van huiswerk	67% Wel	33% Niet

Figuur 5: Verhoudingen in de groep van deelnemers interview.

Deelnemers	Geslacht	Leeftijd	Praktijk	Haio?
P1	M	50-60	Solo	Nee
P2	M	50-60	Solo	Nee
P3	V	50-60	Groep	Nee
P4	M	60-70	Groep	Ja
P5	M	60-70	Solo	Nee
P6	V	40-50	Groep	Ja
P7	M	20-30	Groep	Ja
P8	V	30-40	Groep	Ja
P9	V	20-30	Groep	Ja

Figuur 6: Overzicht deelnemers interview.

4.3) Verzamelen van data

De gegevens voor het onderzoek verkreeg ik door het afnemen van semigestructureerde interviews. Voor de start van het interview kregen de geïnterviewde personen nog een korte uitleg op papier over het doel van het onderzoek en het interview [Bijlage 4]. Daarna konden de huisartsen nog eventuele vragen stellen over het interview. Elk interview werd opgenomen met een geluidsrecorder, waarvan de artsen ook op de hoogte werden gebracht. Alle gegevens werden anoniem verwerkt. De interviews vonden bij voorkeur plaats in de praktijkruimte van de arts. Zo was de geïnterviewde in zijn vertrouwde omgeving. Het leek mij gemakkelijker voor hem om na te denken over de consultvoering in de ruimte waar deze effectief plaatsvindt. Daarnaast was het voor de artsen praktischer dat ze zich niet dienden te verplaatsen. Na acht interviews werd de saturatie van gegevens bereikt. Vervolgens werden alle interviews letterlijk uitgetypt en uitgeprint.

4.4) Data-analyse

Eens alle interviews waren afgerond, kon ik van start gaan met het verwerken van de gegevens. De eerste stap was alle gegevens open coderen. Bij het open coderen vertrekt de onderzoeker vanuit de tekstgegevens. Die worden dan zorgvuldig gelezen en in fragmenten opgedeeld. Deze fragmenten krijgen een label of een code toegekend en kunnen later met elkaar worden vergeleken. Ik koos voor het handmatig coderen en schreef daarom de codes in de kantlijn van de uitgeprinte interviews. Zo ontstonden er een aantal codes, die per thema geordend werden. Deze grote thema's waren: psychosociale problemen, de aanpak van psychosociale problemen door de huisarts, het gebruik van huiswerkopdrachten, de positieve en negatieve perceptie, de drempels voor de huisarts, de mening van de patiënt, informatie verwerven, de psycholoog en de ergernissen van de arts. Aan de hand van die codeboom werden de resultaten van dit onderzoek afgeleid [Bijlage 5].

5) Resultaten

In deze rubriek worden de resultaten die volgden uit de interviews besproken. De resultaten worden hier en daar ondersteund door uitspraken van de geïnterviewde artsen. Deze citaten staan telkens cursief.

5.1) Psychosociale problemen

Om het interview te openen vroeg ik steeds hoeveel patiënten op consultatie kwamen met psychosociale problemen als eerste of tweede klacht. Hierover waren alle artsen het met elkaar eens: psychosociale problematiek komt zeer vaak voor in de huisartsenpraktijk. De meeste artsen schatten dat een 15-30% van de patiënten zich presenteert met een of andere psychosociale klacht. De problemen die het meest voorkwamen in de praktijk waren angst, depressie, slaapproblemen, surmenage en relationele/familiale problemen. Een gegeven dat vaak terugkwam was dat de patiënten meestal niet met één specifieke klacht naar de praktijk kwamen, maar eerder met een mengeling van klachten. In die mengeling van klachten was dan ook vaak een psychosociaal probleem aanwezig. Voor een aantal van de artsen waren de patiënten met psychosociale klachten echte "energieverslinders". Dat betekende dat ze de indruk hadden meer tijd en energie te steken in de psychosociale klacht dan in een puur lichamelijk probleem.

"[…]naast tijdsgebrek ook zeer energieverslindend. Psychosociale consultaties zijn altijd veel vermoeiender, voor mij toch. Psychologen die enkel en alleen psychosociale dingen doen, dan moet je toch echt uitgeput zijn op het einde van de dag." P8

5.2) Aanpak van psychosociale problemen door de huisarts

Met betrekking tot de aanpak van de geïnterviewde artsen stelde ik vast dat er twee woorden waren die er echt uitsprongen tijdens de interviews. Eerst en vooral was er het werkwoord "luisteren". Voor de grote meerderheid van de dokters was actief luisteren en het verhaal van de patiënt horen enorm belangrijk. Om zelf niet te snel het gesprek te bepalen, maar de patiënt eerst zelf te laten praten. Het luisteren had voor sommige artsen als doel het probleem van de patiënt goed te begrijpen. Voor anderen was het meer om de patiënt zelf inzicht in zijn problemen te geven.

"En dan luisteren en meegaan in het verhaal, het proberen te begrijpen, waar ze het moeilijk mee hebben. Wat maakt hen ongerust, wat baart hun zorgen. Wat gaat er in hen om[…]. Een mooi voorbeeld van een patiënt, waar ik blij mee ben als ze naar buiten gaan, is als ze zeggen: 'Bedankt om te luisteren'. En je hebt misschien niets gedaan. Het verhaal laten komen, klachten laten komen en afsluiten. Maar je hebt geluisterd. Dat is het medicament. Het luisteren is dikwijls therapie op zich." P5

“Hun problemen oplijsten en ernaast zet ik alles wat hun energie/kracht geeft[…] Zorgen dat de patiënt wat inzicht heeft in zijn eigen probleem. Zodanig dat ze wat sneller mee zijn als je dan iets voorstelt van behandeling.” P7

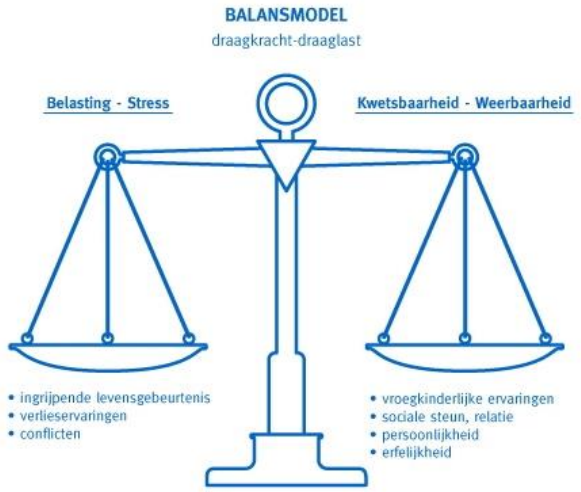
Het tweede vaak terugkomende element was “openheid”. Dit is open staan ten opzichte van de patiënt, open vragen stellen, hen de ruimte geven om het hele verhaal te laten komen. Dit met als doel de drempel zo laag mogelijk te maken voor de patiënt.

Hierop volgend vonden veel van de dokters het noodzakelijk om te zorgen voor continuïteit door hun patiënt terug te zien. Een andere kernbegrip dat een paar keer terugkwam was “positief bekrachtigen”. Zo biedt de arts een positieve prikkel wanneer de patiënt iets goed heeft gedaan.

“Mijn bureau zou het beeld moeten geven van hoe ik benader. Vrij leeg, open. Maar ik probeer met zo’n wit mogelijk blad elke consultatie te voeren.” P5

Andere artsen gebruikten dan weer een hulpmiddel om de problematiek te verhelderen. Een paar artsen gebruikten frequent het Balansmodel. Dit model weegt de draagkracht af ten opzichte van de draaglast. Aan de ene kant van de balans staan de dingen die voor belasting of stress zorgen. Aan de andere kant staan de dingen die de patiënt weerbaarheid geven in het leven. Door meer of minder elementen aan één kant toe te voegen kan er terug een evenwicht komen in het leven van de patiënt (Figuur 6). Een ander soort hulpmiddel is uitleggen dat er een evenwicht moet zijn tussen de tijd die je met je gezin, op het werk of met jezelf doorbrengt. De arts toetste dan of de patiënt zich hierin kon vinden en of er een probleem was in een van die domeinen.

Tot slot kwam er regelmatig terug dat er bij ernstige pathologie werd verwezen naar de psycholoog, dat er gestart werd met medicamenteuze behandeling of dat er gekozen werd voor een combinatie van de twee. De meeste artsen waren tevreden over de samenwerking met psychologen. Vaak kozen de artsen enkele vaste psychologen waarmee ze samenwerkten. Dit deden ze op de eerste plaats om de communicatie vlot te laten verlopen. De artsen vonden het belangrijk om feedback te krijgen van de psycholoog. Ten tweede konden ze zo inschatten met welke psycholoog de patiënt het best zou samenwerken.



Figuur 6: Balansmodel

5.3) Gebruik van huiswerkopdrachten

Van de geïnterviewde huisartsen maakte een aantal gebruik van huiswerkopdrachten. Voor velen was dit echter niet op een heel gestructureerde manier. Vaak waren het individuele adviezen of opdrachtjes waarover de artsen spraken. Ook waren deze opdrachten eerder vaag en niet heel concreet. De tijdstippen of plaatsen waar de patiënt een taak diende uit te voeren werden niet besproken. Een voorbeeld hiervan is aan een patiënt de opdracht geven dat hij zichzelf dagelijks moet aankleden en ten minste 1 activiteit doen. Een ander voorbeeld is aan de patiënt de opdracht geven om een bepaald onderwerp aan te kaarten bij een belangrijk persoon. Een klein aantal artsen gebruikte wel concrete huiswerkopdrachten zoals een slaapdagboek, een angstdagboek, relaxatietechnieken, literatuur lezen en dergelijke.

Wat mij daarnaast opviel was dat de meeste artsen wel even mondeling nagingen of de opdracht gelukt was, maar er niet verder op in gingen. Ook bij opdrachten waar de patiënt iets moest neerschrijven, lazen de meeste artsen dit niet na. Als reden kwam vaak terug dat de geschreven tekst iets persoonlijk van de patiënt bevat. Enkel bij expliciete vraag van de patiënt zouden sommige artsen de tekst lezen.

“En dat zeg ik vaak, de volgende keer dat je terugkomt, je brengt dat mee, ik ga het niet lezen, maar breng het wel mee en dan vertel je erover. Dan ben je nog altijd vrij van te zeggen wat je wilt…Anders schrijven ze brieven naar u en dat is niet de bedoeling. De bedoeling is naar zichzelf te schrijven, zichzelf te exploreren.” P5

5.4) Perceptie

De eerste doelstelling van deze studie was om te achterhalen hoe de gemiddelde Vlaamse huisarts tegenover het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen staat. In het algemeen hadden de artsen hierover een positieve mening, toch waren er ook enkele negatieve bedenkingen tijdens de interviews.

5.4.1) Positief

De meeste artsen stonden zeer positief ten opzichte van huiswerkopdrachten. Ze hadden er goede ervaring mee, ze geloofden erin, ze zagen het als iets positief voor de zorg van de patiënt. Verder vonden ze het leerrijk en een meerwaarde voor hun consultvoering. Zelfs de artsen die de opdrachten nog niet gebruikten stonden in het algemeen positief tegenover de opdrachten en waren er nieuwsgierig naar. Verder vonden de meeste artsen dat de huiswerkopdrachten binnen het takenpakket van de huisarts vielen en zouden ze die ook aanraden aan hun collega's.

"Ik vind dat dat ook een taak voor de huisarts is. Dat is zeker iets dat kan, het is zeer zinvol. Het is op een manier veel leuker dan meestal of dikwijls de vraag naar medicatie. Die vrouw met die slaapproblemen had vooral ook de vraag van: 'heb je niet iets voor meer energie.' Dus multivitaminetoestanden is dan de vraag. Dat je weet van dat brengt niets op, maar dan weet je dat achter die vraag van alles achter zit." P1

De lijst met redenen voor het positieve gevoel over huiswerkopdrachten was zeer uiteenlopend. De ene arts gebruikte de opdrachten als opener van een gesprek, de andere voor opvolging. De ene vond het goed om de patiënt in de diagnose te betrekken, de andere vond dat huiswerkopdrachten therapeutisch werken. In de tabel staat een overzicht van de belangrijkste beweegredenen volgens de artsen om huiswerkopdrachten te gebruiken (Figuur 10).

Redenen positieve perceptie		
Goede opener gesprek	**Betrokkenheid tonen**	**Erkenning als patiënt**
Patiënt betrekken in diagnose	**Om als arts goed te werken**	**Medicatie vermijden**
Probleem begrijpen als arts, inzicht krijgen	**Goed als opvolging**	**Zichzelf veranderen**
Werkt therapeutisch	**Test medewerking van patiënt**	**Verhaal op tafel krijgen**
Relativeren	**Zelfobservatie**	**Inzicht in eigen problemen**

Figuur 10: Redenen van artsen om huiswerkopdrachten te gebruiken.

5.4.2) Negatief

Enkele artsen waren over de hele lijn negatief over huiswerkopdrachten. Voor hen kwam het over als iets nieuws, een soort van experimenteren met de patiënt. De artsen gebruikten de huiswerkopdrachten niet zelf, maar hadden hun twijfels over het nut van de opdrachten. Een arts twijfelde eraan of de patiënt bij die opdrachten wel centraal stond of de opdracht zelf niet teveel aandacht opeiste.

"Is de arts nog met geneeskunde bezig? Of is hij bezig met alles op te schrijven, in hokjes te steken. Maar doet hij dan nog geneeskunde? En dat verwijt ik de nieuwe tendensen, dat ze geen rekening houden met, de patiënt komt hier met zijn kwaal. Je moet naar de patiënt luisteren, je moet zien wat het is en je moet dat probleem zo goed mogelijk aanpakken." P2

Daarnaast vonden een aantal dokters het meer een taak van de psycholoog, niet iets waar de huisarts zich moet mee bezig houden. De reden hiervoor was tweeledig. Aan de

ene kant vreesden enkele artsen dat ze er teveel tijd zouden insteken om het praktisch haalbaar te maken. Anderzijds hadden bepaalde dokters niet de ambitie om die huiswerkopdrachten zelf toe te passen. Ze vonden het aangenamer om het aan een psycholoog over te laten.

"Dus ik geloof wel in huiswerkopdrachten op zich, maar ik vind niet dat ik ze zelf echt kan of moet gaan uitvoeren." P8

Een ander nadeel was de belasting voor de patiënt. Enkele artsen vreesden dat de psychosociale patiënt al onder grote druk stond en dat de huiswerkopdrachten die druk alleen zouden verhogen. En dat, als de patiënt de opdracht niet kon afwerken, dit voor nog meer stress zou zorgen. Verder werd er vermeld dat een huiswerkopdracht ook zeer denigrerend kon overkomen naar de patiënt. Dit kon vermeden worden door een goede uitleg te geven over het nut van de opdrachten.

"…ik probeer opdrachten zo mee te geven dat het als patiënt niet zo gezien wordt als huiswerk. Huiswerk opleggen kan zeer denigrerend overkomen. De patiënt naar waarde schatten is zoeken wat hen ligt." P5

5.5) Drempels voor de huisarts

De tweede doelstelling van het onderzoek was om de drempels waar huisartsen mee te maken kregen bij het gebruik van huiswerkopdrachten te onderzoeken. Er waren vier frequent terugkerende thema's: de patiënt, de tijd, de arts en de kennis.

5.5.1) Patiënt

De drempel die tijdens de interviews het meest terugkwam was de (on)wil van de patiënt. Indien de patiënt zelf niet openstond voor de opdrachten vonden de artsen het heel moeilijk om de patiënt hierin mee te krijgen. Wanneer de patiënt naar eigen zeggen geen tijd of zin had in de opdrachten gingen de artsen het niet forceren om de patiënt alsnog aan het werk te zetten. Verder dachten sommige artsen dat hun oudere patiënten dit soort opdrachten niet gewend waren en dat ze er om die reden niet voor zouden openstaan.

"Wat zou voor u een reden zijn om huiswerkopdrachten niet te gebruiken bij patiënten met psychosociale problemen?

Als de patiënt het niet ziet zitten. Ik vraag het altijd en als de patiënt dan zegt van: 'Pfff, ik schijf niet graag. Of daar ga ik me niet mee bezig houden.' Dan ga je niet veel succes oogsten hé." P7

Daarnaast moeten de huiswerkopdrachten volgens de artsen op een goed moment in het behandelingsproces worden aangewend. De artsen hebben het gevoel dat de patiënt op bepaalde momenten er meer voor open staat dan op andere momenten. Timing van de huiswerkopdrachten in de behandeling is dus afhankelijk van de motivatie van de patiënt. Dit is iets waarvan de meeste artsen dachten dat ze dit wel intuïtief aanvoelen.

“Afhankelijk van de fase of toestand waar die persoon in zit, kan je dat niet onmiddellijk meegeven. Dus dat hangt echt van de persoon zelf af en waar dat die zit in gans zijn probleem. Dus als een patiënt genoeg inzicht heeft om te weten: ‘Ik moet iets veranderen’, dat je dan dat laatste duwtje kan geven om het te veranderen.” P3

De artsen hadden ook enkele ideeën om de drempel van de patiënt te verlagen. Sommige artsen probeerden de patiënten toch te overtuigen door een goede uitleg te geven over het nut van de huiswerkopdrachten. Ze merkten dat indien de patiënt inzag dat het voor hem positief kon zijn, de opdrachten ook vaker en beter werden uitgevoerd.

“Ervaar je soms een drempel?

Ja, je ervaart dat soms wel van de patiënt uit, maar meestal gaat dat wel weg door een uitleg te doen. Als je zegt waarom dat nuttig is, ga je er wel nog een deel over de streep halen. Als mensen niet begrijpen waarom ze iets moeten doen- dat is trouwens met medicatie ook zo- als mensen niet begrijpen waarom dat ze het moeten doen gaan ze het dikwijls niet doen.” P6

Een andere manier om te zorgen dat de patiënt de opdracht wel zou doen was volgens een arts een vervolgafspraak te geven. Dan kreeg de patiënt echt een taak die tegen een bepaalde datum afgewerkt moest zijn om deze dan samen met de arts te bespreken. Dit maakte het minder gemakkelijk voor de patiënt om de opdracht niet te doen. Tot slot was het belangrijk om een goede timing te zoeken voor de huiswerkopdrachten in het behandelingsproces van de patiënt.

5.5.2) Tijd

Voor veel van de artsen was de tijd die ze erin staken een grote drempel om huiswerkopdrachten te gebruiken. De psychosociale consultatie nam op zich al meer tijd in beslag dan een andere raadpleging. Veel van de artsen zagen het niet zitten om daarbij nog een degelijke en volledige uitleg te geven over huiswerkopdrachten of om de opdrachten te bespreken. Zeker artsen die gebruik maakten van een afsprakensysteem waarbij ze een kwartier per patiënt voorzien, zagen dit niet goed zitten om in hun schema in te passen.

Sommigen zagen dan wel de mogelijkheid om de patiënt een vervolgafspraak te geven om het verder te bespreken. De artsen die dit deden hadden de indruk dat de meeste patiënten hiermee wel instemden. Zo konden ze tegelijkertijd toetsen of de patiënt bereid was om verder te gaan met de behandeling.

5.5.3) Arts

Een derde factor die vaak aan bod kwam bij de drempels was de arts zelf. De meest voorkomende drempel van de arts was het feit dat ze er niet altijd aan dachten. Het was niet de eerste behandelwijze die in hun opkwam. Als gevolg daarvan dachten ze er niet altijd aan om een huiswerkopdracht mee te geven. Door de opdrachten vaak mee te geven, kwam er routine in die handeling en werd de drempel om eraan te denken tijdens een consultatie natuurlijk verlaagd.

"Als je het vaak gebruikt wordt die drempel altijd lager. Dat is met de meeste behandelingen. Dat is gelijk met een infiltratie bijvoorbeeld. Doe je dat elke week is de drempel veel lager dan als je dat elke twee maanden doet. Nee, dat is waar, als je er eigenlijk achter staat moet je dat zoveel mogelijk doen en bij zoveel mogelijk patiënten toepassen en dan wordt de drempel altijd lager." P7

Verder vermeldden enkele artsen dat het belangrijk was om ook zelf achter de huiswerkopdracht te staan. Dit maakte het gemakkelijker om ze goed uit te leggen en de patiënt te overtuigen om de opdracht goed uit te voeren. Bij opdrachten waarbij de arts niet het gevoel had dat ze effect zouden hebben, was de drempel groter om ze in de praktijk te gaan gebruiken.

Daarnaast kwam aan het licht dat het gemoed van de arts ook een drempel kon zijn. Enkele artsen voelden aan dat ze af en toe een mindere dag hadden. Op die dagen was de drempel om een huiswerkopdracht mee te geven veel hoger. Een andere drempel was het schuldgevoel van de arts. De arts vond het zeer vervelend om te merken dat hij weinig met de resultaten van een huiswerkopdracht kon doen. En dit zorgde voor een schuldgevoel bij de arts, zeker wanneer de patiënt veel tijd in de taak had gestoken.

"Maar dan nog heb ik het gevoel dat ik daar dan te weinig mee doe als ze terugkomen. Ik denk dan: die mensen hebben daar zo hun werk in gestoken en ja… Er staat dan wel op hoe ze zich gevoeld hebben maar dat is het dan ook. Ik ga daar dan niet veel verder meer mee." P8

5.5.4) Kennis

De laatste drempel was het gebrek aan kennis over de huiswerkopdrachten. Zowel bij de jongere als de oudere generatie werd dit vaak opgegeven als reden om deze niet te gebruiken. De oudere generatie linkte dit meestal aan hun leeftijd. Door hun leeftijd was hun opleiding in de geneeskunde langer geleden en toen was er volgens hen veel minder aandacht voor psychosociale problemen.

"Ik ben van de oudere generatie. Dus daar werd uiteraard niet gesproken over huiswerkopdrachten of psychische problematiek." P4

Op de vraag of de artsen dan meer informatie wensen, antwoordden de meesten positief. Enkele gaven wel aan dat ze er liefst niet teveel tijd aan spenderen. De artsen verkozen een echte les: een bijscholing, een LOK-vergadering of een les via e-learning. Indien er informatie in tekstvorm zou worden gegeven, dan liefst op papier en niet per e-mail.

"Dat zou een goed onderwerp zijn voor een LOK-vergadering. Dat meen ik. Dat is iets waar ik zeker van ben dat een boel mensen daar positief naar zouden kijken. LOK lijkt mij het beste. Elektronisch komt er veel teveel, je wordt overmeesterd, dat is niet goed. In de boekjes misschien, ja in de boekjes, dan kijk je eens naar de samenvatting of de titels eens overlopen." P1

5.6) Mening van de patiënt

De artsen waren van mening dat de meeste patiënten wel openstonden om een huiswerkopdracht uit te voeren. Wanneer ze het voorstelden reageerden de meeste patiënten positief. Hoe ernstiger het probleem, hoe meer de patiënt gemotiveerd was. Natuurlijk waren er patiënten die geen zin hadden om te schrijven of in een opdracht. Dan drongen de meeste artsen niet aan. Een paar artsen probeerden de patiënten dan wel te overtuigen van het nut.

"Hoe reageren patiënten?

De meesten positief. Als mensen komen spreken over dat soort problemen zit het dikwijls al heel diep en zijn ze meestal wel bereid te proberen wat wordt voorgesteld. Ook met het slaapdagboek, de meesten doen dat wel." P6

Een van de dokters dacht dat zijn patiënten met psychosociale klachten wel tevreden zouden zijn met huiswerkopdrachten. Ze zouden het aangenaam vinden om te merken dat er veel aandacht werd gegeven aan hun probleem.

Slechts enkele artsen dachten dat hun patiënten hier niet voor zouden openstaan.

"Wat is volgens jou de mening van patiënten?

De meesten hun reactie is: 'Daar ga ik mij niet mee bezig houden.' " P2

6) Discussie

6.1) Resultaten ten opzichte van literatuur

Huiswerkopdrachten zijn activiteiten die patiënten toelaten om informatie te verkrijgen en nieuwe leerervaringen om te zetten van de therapeutische setting naar situaties in het dagelijkse leven waarin hun problemen zich voordoen (7). In de meeste studies die therapie mét en zonder huiswerkopdrachten vergeleken, werden de studies mét beter bevonden (14). Verder stimuleerden richtlijnen voor huisartsen het gebruik van huiswerkopdrachten (19-23). In het kader van dit onderzoek werden een aantal artsen geïnterviewd over hun perceptie en drempels bij huiswerkopdrachten. De meeste artsen gaven hun patiënten huiswerkopdrachten mee, omdat ze de taken als een meerwaarde beschouwden voor de psychosociale raadpleging. Het waren vaak weinig concrete taken, echter gebruikten sommige artsen wel gestructureerde opdrachten.

De inzet van huiswerkopdrachten is daarentegen optimaal indien de huisarts een concrete datum en locatie afspreekt om de opdrachten uit te voeren en als hij geschreven materiaal of taakbeschrijvingen met de patiënt meegeeft (18). Opvallend was dat de meeste artsen niet verder op de afgewerkte huiswerktaak ingingen of de geschreven taak nalazen, ondanks dat in de literatuur aangetoond werd dat de compliantie stijgt wanneer de onderzoeker het huiswerk naleest of controleert (17). Het zou dus beter zijn om dit toch te doen als huisarts.

De mening van de huisartsen was over het algemeen positief, mits enkele bedenkingen. De meerderheid van de artsen was het eens met de literatuur en de richtlijnen dat huiswerkopdrachten nuttig zijn en een plaats hebben in de huisartsenpraktijk.

6.2) Sterktes en zwaktes

Alle interviews werden door één en dezelfde onderzoeker uitgevoerd en geïnterpreteerd. Het voordeel was dat de manier van interviewen tijdens het hele onderzoeksproces gelijk bleef. Ook werd er voorafgaand een proefinterview gedaan en opgenomen. Zo konden de vragen worden uitgetest en aangepast. Deze proef had ook als doel om ervaring op te doen als interviewer, zodat de gesprekken vlot konden verlopen. Een nadeel van één onderzoeker was dat alle gegevens werden beoordeeld en verwerkt door die enkele persoon.

Om artsen te vinden voor het interview werd een vragenlijst verstuurd per e-mail. Die vragenlijst moesten ze invullen en daarna werd er een afspraak gemaakt. Het kan zijn dat artsen, die reeds een grotere interesse hadden voor het onderwerp meer reageerden dan anderen. Daarnaast kan dit ervoor gezorgd hebben dat dokters die grote drempels ervaren bij huiswerkopdrachten niet deelgenomen hebben omdat ze deze niet gebruiken. De kans bestaat dat de resultaten hierdoor positief beïnvloed werden. Tijdens de interviews merkte ik echter niet dat alleen artsen met grote interesse voor psychosociale problematiek deelnamen. De artsen die deelnamen aan het interview

waren overwegend werkzaam in een groepspraktijk en 67% werkte samen met een HAIO.

Tijdens dit onderzoek werden de huiswerkopdrachten als interventie op zich beoordeeld. Er werd geen rekening gehouden dat de opdrachten deel uitmaken van een groter geheel. De huiswerkopdrachten passen in een visie van zorg waarin de patiënt deelneemt in zijn eigen zorg en gaandeweg door contacten met de arts zichzelf kan beredderen. Om tot een holistische benadering van de gezondheid van de patiënt te komen dient de arts te beschikken over de juiste kennis en vaardigheden. Door deze te combineren kan hij een totaal en gepersonaliseerd behandelingsplan opstellen (5).

6.3) Verder onderzoek

De interviews werden afgenomen bij een groep van negen artsen afkomstig uit de omstreken van Dendermonde. In het kader van verder onderzoek kan het zeker interessant zijn om een grotere groep artsen hierover te ondervragen. Verder kan het ook goed zijn om artsen uit alle delen van Vlaanderen te bevragen en met elkaar te vergelijken. Daarnaast lijkt het mij boeiend na te gaan hoe de perceptie van patiënten is ten opzichte van de huiswerkopdrachten. In dit onderzoek vertelden de artsen hoe zij dachten dat patiënten hiertegenover stonden. Deze vraag rechtstreeks richten aan de patiënt kan een interessant nieuw onderzoek opleveren.

6.4) Toekomst

Aan het eind van het onderzoek kan ik opmaken dat huiswerkopdrachten hun plaats hebben in de huisartsensetting. De meerderheid van de artsen vindt dat de opdrachten een meerwaarde zijn voor de zorg van hun patiënt. Om het gebruik ervan in de toekomst nog beter te laten verlopen en te stimuleren, kan het nuttig zijn hierover meer opleiding te geven. Zowel de oudere als de jongere generatie gaven aan dat ze nood hadden aan wat extra informatie over dit onderwerp. Het kan dus zeker interessant zijn om over huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen bijscholing aan te bieden en om hier tijdens de opleiding huisartsgeneeskunde dieper op in te gaan in alle Vlaamse universiteiten.

7) Besluit

De huisarts in België komt dagelijks in contact met patiënten die te kampen hebben met problemen van psychosociale aard. Bij dit type problemen kan er gebruik worden gemaakt van huiswerkopdrachten. Het onderwerp van dit onderzoek was de perceptie en de drempels van huisartsen bij huiswerkopdrachten in het kader van psychosociale problemen te onderzoeken. De huiswerkopdrachten werden in de literatuur het meest beschreven in de cognitieve gedragstherapie. In studies bij CGT werd aangetoond dat het gebruik van opdrachten een positief effect heeft op de zorg voor de patiënt. Door de opdrachten thuis uit te voeren kan de patiënt de behandeling verderzetten tussen de verschillende sessies van de therapie. Het gebruik van deze opdrachten werd verder aanbevolen in enkele richtlijnen voor huisartsen, zoals de richtlijnen van Domus Medica, NHG en EBM Practice Net.

Aan de hand van interviews met enkele Vlaamse huisartsen werden tijdens dit onderzoek de perceptie van en de drempels bij huiswerkopdrachten onderzocht. Er werd duidelijk dat psychosociale klachten zeer frequent voorkomen bij de huisarts. Deze klachten proberen de artsen zo open mogelijk te benaderen. Verder vinden ze luisteren naar het probleem enorm belangrijk. De meeste artsen maken bij psychosociale problemen af en toe gebruik van opdrachten. De taken zijn echter vaak kleine, weinig gestructureerde opdrachten. Enkele artsen vermeldden toch dat ze gebruikmaken van concrete huiswerkopdrachten.

In het algemeen stonden de huisartsen zeer positief ten opzichte van huiswerkopdrachten. Hier en daar hadden ze wel wat bedenkingen over het nut en de praktische aspecten. De drempels die hoofdzakelijk aan bod kwamen waren de patiënt, de tijd, de arts en de kennis. Voor de meeste artsen werden de huiswerkopdrachten gezien als een meerwaarde in de consultatie bij psychosociale problemen.

Literatuurlijst

1) Goldberg D. Psychiatry and primary care. World Psychiatry 2003 ;2(3): 153-157.
2) Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Presenting prevalence and management of psychosocial problems In primary care in Flandres. Archives of public health 2015; 75(10): 1-6.
3) Truyers C, Bartholomeeusen S, Buntinx F. Geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts Nu 2012; 41(1): 25-26.
4) Meest voorkomende geestelijke gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk. Internet site Vitalink 2012. Beschikbaar via http://www.vitalink.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Meest-voorkomende-geestelijke-gezondheidsproblemen-in-de-huisartspraktijk/. Geraadpleegd 2016 december 2.
5) Rümke A. Verkenningen in de psychiatrie: een holistische benadering. Zeist: Christofoor; 2004. p.266.
6) Van Broeck N, Braet C. Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 211. p.404.
7) Kazantzis N, Ronan KR. Can between-session (homework) activities be considered a common factor in psychotherapy? Journal of Psychotherapy Integration 2006; 16(2): 115-127.
8) Beck A T, Rush A J, Shaw B F, Emery G. Cognitive Therapy of depression. Guilford Press; 1979. p. 425
9) D. Huppert J. The Building Blocks of Treatment in Cognitive-Behavioral Therapy. Isr J Psychiatry Relat Scy 2009; 4: 245-250.
10) Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. PLoS Med 2013; 10(5): e1001454.
11) Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Clin Psychiatry 2008; 69(4): 621–32.
12) Y. Hayasaka, T. A. Furukawa, T. Sozu, H. Imai, N. Kawakami, M. Horikoshi. Enthusiasm for homework and improvement of psychological distress in subthreshold depression during behavior therapy: secondary analysis of data from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2015; 15: 302.
13) Kazantzis N, Deane F P, Ronan K R, L' Abate L. Using homework assignment in cognitive behavior therapy. Routledge; 2005. p. 416
14) Kazantzis N, Whittington C, Dattilio F. Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. Clinical Psychology 2010; 17: 144-156.
15) Burns DD, Spangler DL. Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? J Consult Clin Psychol 2000; 68(1): 46-56.
16) Glenn D, Golinelli D, Rose RD, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, et all. Who gets the most out of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders? The role of treatment dose and patiënt engagement. J Consult Clin Psychol 2013; 81(4): 639-649.
17) Bryant MJ, Simons AD, Thase ME. Therapist skill and patient variables in homework compliance: controlling n uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. Cognitive therapy and research 1999; 23(4): 381-399.

18) Fehm L, Mrose J. Patients' perspective on homework assignments in cognitive-behavioral therapy. Clinical Psychology and Psychotherapy 2008; 15: 320-328.
19) Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Internet site Domus Medica 2008. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/slapeloosheid-horizontaalmenu-392/1137-aanpak.html?showall=&start=1. Geraadpleegd 2015 juni 10.
20) Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Internet site Domus Medica. Beschikbaar via http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/depressie.html. Geraadpleegd 2015 juni 10.
21) Angst. Internet site NHG. Beschikbaar via https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/angst. Geraadpleegd 2015 juni 10.
22) Depressie. Internet site NHG. Beschikbaar via https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening#Begrippen. Geraadpleegd 2015 juni 10.
23) Cognitieve psychotherapie. Internet site EBMPracticeNet 2009. Beschikbaar via: https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm01018. Geraadpleegd 2015 november 28.
24) Vanderspickken F, Goedhuys J, Deturck L. Aanpak van slaapproblemen in de eerste lijn: implementatie van een praktijkrichtlijn. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2012-2013.
25) Calis S, Deveugele M, Declerq T. Slapeloosheid in de eerste lijn: Toepassing en evaluatie van de huidige Domus Medica-aanbeveling. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2007-2009.
26) Van Duppen D, Neirinckx J, Seuntjens L. Van counselen naar cognitive gedragstherapie: Een meerwaarde in de huisartsenpraktijk. HuisartsNu 2005; 34(4): 195-201.
27) Dijkhuizen D, Wiegant S, Schuling J. Oplossingsgerichte gesprekken. Huisarts&Wetenschap 2013; 56: 548.
28) Internet site EnquêteMaken 2006. Beschikbaar via: http://www.enquetemaken.be/index.php. Geraadpleegd 2015 juni 5.
29) Internet site Vehamed vzw 2014. Beschikbaar via: http://www.vehamed.be/Page/NavormingLOK. Geraadpleegd 2015 juni 10.
30) Aanbodratio's huisartsen en specialisten. Internet site Vitalink 2012. Beschikbaar via: http://www.vitalink.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Artsen/Aanbodratio%E2%80%99s-huisartsen-en-specialisten/#vrouwen. Geraadpleegd 2016 januari 17.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst interviews

1) Hoe groot schat je het aantal patiënten dat je praktijk consulteert met psychosociale problemen als aanmeldingsklacht of secundaire klacht.
   Welke problemen zie je dan, bijvoorbeeld een dag zoals gisteren?
   Het gaat hier dus om het ter sprake brengen van een psychosociaal probleem als reden van contact. Heb je een bepaalde manier van het benaderen van deze problematiek?

2) Wat weet je over het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk?
   In de begeleiding van psychosociale problemen word nogal eens gesproken over opdrachten die patiënten moeten uitvoeren tussen 2 bijeenkomsten door. Wat is je mening daarover?

3) Op welke manier ben je op de hoogte gebracht van het gebruik van deze opdrachten bijvoorbeeld slaapdagboek, stimuleren tot sporten, …?
   (Hoe mee in contact gekomen, bijscholing, zelf beginnen gebruiken?, …)

4) Geef je zelf huiswerkopdrachten mee aan je patiënten met psychosociale problemen?
   Zo ja, wat is je ervaring hiermee?
   Zo neen, waarom niet?
   Wanneer laatste keer? Wat was probleem? Welke opdracht?

5) Wat is het voordeel van het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problematiek, los van het feit dat je ze al dan niet gebruikt?
   Wat is je drijfveer bij een patiënt huiswerkopdracht voor te stellen?

6) Wat vind je een nadeel of problematisch aan het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problematiek?
   Gebruik je ze bij elke patiënt? Waarom zou je het niet topassen?

7) Ervaar je drempels om huiswerkopdrachten te gebruik in de huisartsenpraktijk? Zo ja, welke? Waarom zijn dit drempels denk je?

8) Hoe zouden die drempels verlaagd/ vermeden kunnen worden?
   Wat kan er voor jou veranderen om ze makkelijker te kunnen gebruiken?

9) Wat is volgens jou de mening van patiënten over deze opdrachten?

10) Alle pro's en contra's naast elkaar gezet, beschouw je de huiswerkopdrachten als een bijdrage aan je consultvoering?

Eventuele bijvragen

1) Zou je graag meer informatie krijgen over huiswerkopdrachten en op welke manier?
2) Zou je het gebruik van huiswerkopdrachten aanraden aan andere artsen? Waarom wel/niet?
3) Makkelijker met hulpmiddelen? (o.a. computerprogramma, folder, …)

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER MANAMA:

PERCEPTIE EN DREMPELS BIJ HUISARTSEN OVER HUISWERKOPDRACHTEN BIJ PATIËNTEN MET PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK.

Ik, Huisarts/HAIO (naam) ……

bevestig bij dezen mijn toestemming deel te nemen aan het interview in verband met de bovenvermelde Master Na Master-proef. Het interview zal 30 minuten tot 1 uur innemen.

"*De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt*."

Datum ……

Plaats…….

Handtekening

Bijlage 3: Resultaten korte vragenlijst

1 Bent u een m/v?	2 Werkt u in solo of groep?	2 Werkt u in solo of groep? Hoeveel artsen?	3 Werkt u met Haio's?	3 Werkt u met Haio's? Indien ja, hoelang al?	4.1 Wat is uw leeftijd? =20-30 jaar	4.2 Wat is uw leeftijd? =30-40 jaar	4.3 Wat is uw leeftijd? =40-50 jaar	4.4 Wat is uw leeftijd? =50-60 jaar	4.5 Wat is uw leeftijd? =60-70 jaar	4.6 Wat is uw leeftijd? =70-80 jaar	5 Had u voordien al gehoord van het gebruik van huiswerkopdrachten bij psychosociale problematiek in de huisartsenpraktijk? (Onder huiswerkopdrachten wordt in deze studie de hele brede waaier van opdrachten verstaan. Gaande van slaapdagboek, opdrachten om patiënten te activeren, dagboek bij angstproblemen, ...)	6 Gebruikt u huiswerkopdrachten voor patiënten bij psychosociale problematiek of niet?
Vrouw	Groepspraktijk		Nee		Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Soms
Vrouw	Groepspraktijk	nu 2 binnenkort 3	Ja	vanaf 1 september	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	ja	weinig, eigenlijk enkel het hoofdpijndagboek
Man	Solo		Nee		Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	ja	ja
Man	Groepspraktijk		Nee		Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Neen	Neen
Man	Solo		Nee		Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	nee	nee
Man	Solo		Nee		Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Principieel niet onbekend. Praktisch nog geen gebruik van gemaakt.	neen dus, maar wel bereid om daar meer over te vernemen.
Vrouw	Groepspraktijk		Ja	2 jaar	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja
Man	Groepspraktijk		Ja	2 jaar	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	neen	neen
Man	Solo		Nee		Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	neen	neen
Vrouw	Groepspraktijk	5+1 HAIO (ik ben zelf de HAIO)	Nee		Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	neen	neen
Vrouw	Groepspraktijk		Ja	2 jaar	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	ja, dagboek bij angstproblemen en de angstcirkel	ja, maar niet altijd
Man	Groepspraktijk	2+haio	Ja	eigen haio jaren + nu starten als associé	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	ja, bij rookstop, alcohol, slaapproblemen, piekeren... Alles situaties waar de patiënt meer controle over z'n eigen gedrag en gewoonten moet krijgen.	ja, cfr. vorige vraag
Man	Solo		Nee		Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Nee	Dat men een soort dagboek bij houdt is me wel bekend. Opdrachten om meer te activeren, lijkt me wel logisch maar is me niet zo bekend.	Neen. Men kan raad geven, en achteraf bevragen wat er van geworden is , maar echt opvolgen met een dagboek doe ik niet.

Bijlage 4: Toelichtingsformulier

TOELICHTING GEÏNTERVIEWDEN MANAMA:

PERCEPTIE EN DREMPELS BIJ HUISARTSEN OVER HUISWERKOPDRACHTEN BIJ PATIËNTEN MET PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK.

In dit onderzoek worden de perceptie en drempels bij huisartsen over huiswerkopdrachten bij patiënten met psychosociale problematiek onderzocht. Huisartsen krijgen in hun praktijk wekelijks of zelfs dagelijks te maken met psychosociale problemen van patiënten. Dit kan gaan van stemmingsstoornissen, angststoornissen, slaapproblemen, lichamelijk onverklaarbare klachten, somatische klachten met psychosociale impact en vele andere vormen. Het is dus zeer belangrijk om deze patiënten een gepaste zorg te kunnen aanbieden.

Om een patiënt te helpen die zich presenteert met een gelijkaardige klachten kan de arts opteren voor verschillende behandelingswijzen. De arts kan voorlichten (psycho-educatie), kan verwijzen naar een psycholoog of psychiater, kan opteren voor medicamenteuze therapie, kan zelf gesprekstherapie toepassen en kan gebruik maken van huiswerkopdrachten voor de patiënt. In deze studie zullen we het verder hebben over deze huiswerkopdrachten.

Wat wordt er echter verstaan onder huiswerkopdrachten bij patiënten met psychosociale problemen? Dit zijn taken die de arts meegeeft aan de patiënt om zelf thuis uit te voeren. Met deze opdrachten wordt de behandeling gecontinueerd in de thuissituatie. Daarnaast kan wat de arts tracht te veranderen in het doen en denken van de patiënt, ook thuis worden aangeleerd. Hieronder vallen natuurlijk heel veel verschillende opdrachten. Afhankelijk van de te behandelen problematiek worden verschillende soorten huiswerkopdrachten gebruikt, gaande van registratie-opdrachten tot het oefenen of uitvoeren van helpend gedrag. Enkele voorbeelden zijn slaapdagboek, dagboek over angsten, activeren bij depressie, yoga, …

Deze studie wil onderzoeken wat huisartsen vinden van het gebruik van dit soort van interventies. Daarnaast zal er worden getoetst welke drempels huisartsen ervaren bij het gebruik ervan.

Bijlage 5: Codeboom

Psychosociale problemen

- Frequentie
- Soort problemen:
  - Angst
  - Depressie
  - Slaapproblemen
  - Surmenage
  - familiale problemen
- Veel
- Verhalen
- Mengeling van problemen
- Energievretertjes

Aanpak

- Luisteren
- Open
- Open vragen
- Positief bekrachtigen
- Rustig probleem aanpakken
- Inzicht patiënt
- Continuïteit

- Benaderen met hulpmiddel
- Proberen aanvaarden
- Veranderen denkwijze
- Medicatie
- Psycholoog

Huiswerkopdrachten

- Soort HW
- Manier van gebruik
- Opdrachten/adviezen
- Weinig concreet
- Niet dieper op in gaan
- Weinig structuur
- Individueel

- Op terugkomen waarom niet gelukt
- Niet denigrerend laten overkomen
- Controle is de outcome
- Opvolgen
- Boeken lezen

Perceptie positief

- Perceptie goed:
  - Blijven gebruiken
  - Goede ervaring mee
  - Ik geloof erin
  - Outcome
  - Iets positief
  - Meerwaarde
  - Bron van inspiratie
  - Zeer grote variatie
  - Individueel werken
  - Leerrijk
  - Bijdrage consult
- Reden perceptie:
  - Betrekken in diagnose
  - Begrijpen
  - Therapeutisch
  - Relativeren
  - Inzicht problemen patiënt
  - Betrokkenheid
  - Om Goed te werken
  - Medewerken test
  - Goede opener gesprek
  - Goed voor opvolging
  - Zelfobservatie
  - Erkenning voor pt
  - Inzicht voor pt zelf
  - Zichzelf veranderen
  - Medicatie vermijden
  - Verhaal op tafel krijgen
  - Probleem als arts begrijpen
- Taak HA
- Voldoening als HA
- Aanrader andere artsen
- Positieve interesse arts

Perceptie negatief

- Perceptie:
  - Slecht
  - Nieuw
  - Twijfels over
  - Niet zien zitten
- Neemt tijd in
- Iets voor psychologen
- Niet voor HA
- Praktisch moeilijk, eerder theorie
- Geen ambitie arts
- Niet iedereen baad bij
- Niet alle patho
- Kan denigrerend overkomen
- Nieuwe techniek, experimenteren
- Twijfels bij HW
- Pt niet centraal
- Niet goed voor oplossing
- Belasting pt
- Niet van gehoord
- Gebruik het niet

Informatie

- Leerervaring
- Hoe info:
  - In praktijk leren
  - Info
  - Bijscholing
  - Fiches
  - Geen lijstjes
  - Les
  - Standaard
- Geen tijd voor opleiding
- Niet teveel tijd

Drempels

- Drempel pt:
  - Timing in problematiek pt
  - Intuïtief
  - Uitvoeren
  - Geen zin
  - Geen tijd
  - Wil
  - Drempel pt opheffen
    - Wil om te veranderen
    - Overtuigen, uitleg

        - Al afspraak volgende keer
    - Ervoor openstaan
    - Niet gewoon
    - Meer stress pt
- Drempel tijd
    - Al afspraak volgende keer
- Drempel arts
    - Je moet het vaak doen
    - Schuldgevoel (ik doe er niets mee)
    - Energieverslindend
    - Geen ambitie
    - Niet aan denken
    - Gemoed arts
    - Opheffen drempel niet aan denken
    - Zelf nut inzien
- Gebrek kennis
- Leeftijd (door gebrek kennis)

Patiënt

- Mening pt
    - Meestal positief
    - Vlot in meegaan
    - Blij met aandacht
    - Angstig?
    - Negatief
    - Beu
- Motivatie pt, inzet pt
- Patiënten doen het niet
- Datum meegeven
- Patiënten werken mee
- Reden wel meewerken: zo diep zitten
- Overtuigen

Psycholoog

- Psycholoog
- Pten positief over psycholoog

Ergernissen

- Ergernissen beroep arts

Bijlage 6: Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0388	27-jan-16	Zie "CC"

BETREFT Advies voor monocentrische studie met als titel:
Perceptie en drempels bij huisartsen over huiswerkopdrachten bij patiënten met psychosociale problematiek. (Manama Brenda Janssens)

Belgisch Registratienummer: B670201524480

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 31/03/2015 (volledig ontvangen dd. 08/04/2015)
* Antwoord onderzoekers
  Ontvangen via mail dr. Janssens dd. 20/04/2015 in antwoord op opmerkingen EC dd. 10/04/2015
* Diverse
  - Toelichting geïnterviewden manama (versie 2 dd. 18/04/2015)
  - Topic guide manama
* Toestemmingsformulier dd. 18/04/2015
  huisarts (versie 2)

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 20/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 20/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 20/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 20/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/05/2016
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/05/2016

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0388	27-jan-16	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. M. DEVEUGELE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg