# Psychosociale problemen in een Alkense huisartsenpraktijk: een beschrijvend en toetsend onderzoek

Huidige situatie en probleemanalyse in het kader van een meerjarig kwaliteitsverbeterend project

**Huisarts-in-opleiding:** dr. Barbara Peeters

**Promotor:** prof. dr. Jan De Lepeleire

**Co-promotor:** dr. Leo Pas

**Master of Family Medicine**

**Master Huisartsgeneeskunde**

KU LEUVEN

# VOORWOORD

Graag wil ik mijn promotor, prof. dr. Jan De Lepeleire, en co-promotor, dr. Leo Pas, bedanken voor hun begeleiding bij het schrijven van deze masterproef. Zij waren steeds bereikbaar en aarzelden niet om raad te geven. Uiteraard hebben hun inspanningen, ideeën en aanmerkingen bijgedragen tot het geheel dat deze masterproef geworden is.

Verder wil ik mijn praktijkopleider, dr. Philip Poelmans, bedanken voor de twee leerrijke jaren als huisarts-in-opleiding in zijn praktijk. Tijdens de drukke dagelijkse consultaties hebben we aangenaam en gedreven samengewerkt.

Ik wil de patiënten in de praktijk die hebben meegewerkt aan de enquête in dit onderzoek bedanken. Hun bereidwilligheid om te getuigen over vaak moeilijke psychosociale problemen is niet vanzelfsprekend.

In het bijzonder wil ik Tim bedanken voor zijn duwtje-in-de-rug wanneer ik daar nood aan had. Het was niet altijd even gemakkelijk als partner van een huisarts-in-opleiding. Toch is hij mij steeds ambitieus vooruit blijven stuwen.

Een laatste vermelding houd ik voor ‘onze mini’ die me vanuit mijn buik enthousiast schoppend heeft aangemoedigd tijdens de laatste schrijvende loodjes aan deze masterproef.

Barbara

# INHOUD


VOORWOORD ..... 2

INHOUD ..... 3

ABSTRACT ..... 5

INLEIDING ..... 6

VRAAGSTELLING ..... 6

METHODE ..... 7

Semigestructureerd diepte-interview: huidige aanpak in de praktijk en visie van de huisarts ..... 7

Probleemanalyse ..... 7

Bevraging via enquête: visie van de patiënt ..... 8

Voorstellen tot kwaliteitsverbetering ..... 9

Goedkeuring ethische commissie ..... 9

RESULTATEN ..... 9

Huidige aanpak in de praktijk ..... 9

Visie van de huisarts ..... 9

Visie van de patiënt ..... 11

Kenmerken van de respondentenpopulatie ..... 11

Types psychosociale problemen ..... 13

Aanpak door de huisarts in eigen beheer ..... 13

Verwijzing ..... 14

Samenwerking tussen huisarts en psycholoog/psychiater ..... 18

Eerstelijnspsycholoog ..... 19

BESPREKING ..... 20

De uitvoering van het minimum takenpakket vormt de basis van elk psychosociaal consult ..... 20

Verwijzen blijft frustraties met zich meebrengen ..... 20

Schaamte en stigma voor de psycholoog/psychiater verminderen ..... 21

Over het intakegesprek en de persoonlijkheid van de hulpverlener ..... 21

Cognitieve gedragstherapie als meerwaarde in de aanpak door de psycholoog/psychiater ..... 22

Opvolging door de huisarts blijft belangrijk na verwijzing ..... 22

Samenwerken = beter werken ..... 22

De eerstelijnspsycholoog als mogelijke oplossing ..... 23
To do: eerstvolgende acties met het oog op kwaliteitsverbetering ..... 23
Sterktes en zwaktes ..... 23
BESLUIT ..... 24
LITERATUUR ..... 25
BIJLAGEN ..... 26
1 Vragenlijst semigestructureerd diepte-interview praktijkopleider ..... 26
2 Begeleidende tekst algemeen plan van aanpak ..... 28
3 Informatiebrief en informed consent enquête patiënten ..... 31
4 Vragenlijst enquête patiënten ..... 33
5 Herinneringsbrief enquête patiënten ..... 41
6 ICPC2 codetabel ..... 42
7 Protocol ethische commissie ..... 44
8 Goedkeuring ethische commissie ..... 48

# PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN EEN ALKENSE HUISARTSENPRAKTIJK: EEN BESCHRIJVEND EN TOETSEND ONDERZOEK

## HUIDIGE AANPAK EN PROBLEEMANALYSE IN HET KADER VAN EEN MEERJARIG KWALITEITSVERBETEREND PROJECT

Barbara Peeters[1], Jan De Lepeleire[2] & Leo Pas[3]

**ABSTRACT**

**Background**

In a general practice in Alken, Belgium patients with psychosocial problems compose an important part of the practice population. The objective of the general practitioner is to provide in a high quality primary to these problems in collaboration with specialized psychosocial caregivers. In daily practice many obstacles and barriers to optimal care prevail. Treatment by the general practitioner himself and referral to and collaboration with psychiatrists and psychologists need quality improving amendments.

**Methods**

In this first phase of a perennial quality improving project a descriptive study was conducted. Through an in-depth semi-structured interview the current approach by the general practitioner was registered. This current approach was compared with a universal plan for the management of psychosociale problems, that had been developed in an earlier exploratory literature study. With the use of a fishbone diagram based on the in-depth semi-structured interview an analysis of occurring difficulties in referring to psychosociale caregivers was drawn up. A cross-sectional questionnaire was submitted to patients with psychosocial problems encountered in the practice. Their experiences and perceptions were quantitative and qualitative analysed. Views from the general practitioner and the patients were compared. From this whole stumbling points were identified and proposals for quality improving measures were made.

**Results**

Listening empathically, explaining the psychosocial problem, discussing ideas, concerns and expectations (ICE), giving lifestyle advice and providing in emotional support (all aspects of the minimal task schedule) are generally performed by the general practitioner and well appreciated by patients, fulfilling their needs and expectations and leading to an important satisfaction concerning the treatment of psychosocial problems. Referring and collaborating with psychosocial caregivers such as psychiatrists and psychologists remain subject of multiple frustrations. For the general practitioner the time-consuming access to specialized care and the lack of interdisciplinary communication and feedback are the most prominent barriers. Patients don't seem to mind going through an intake procedure, but do indicate the importance of being in tune with their caregiver. They also request active follow-up by the general practitioner after being referred. His confidential role is not to be underestimated. Reports from the psychiatrist/psychologist are scarce. The general practitioner is in need for more information to assess patients' evolution during psychotherapeutic therapy.

**Conclusions**

The general practitioner is in most cases the first contact to whom patients with psychosocial problems address. The minimal task schedule can be withheld as his basic attitude in each psychosocial consult. For problems going beyond his professional expertise he needs support from specialized services. This collaboration has multiple drawbacks. To improve quality next steps to take in the general practice in Alken are composing a practice protocol for the approach by the general practitioner himself and his follow-up after referral, editing a social map of regional psychosocial caregivers and working out a care pathway with them. The implementation of an in-house psychologist over the long haul can be invested.

**Keywords**

Primary care, psychosocial problems, quality improvement

1 Huisarts-in-opleiding, KU Leuven

2 Promotor, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

3 Co-promotor, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven

# INLEIDING

Depressie, burn-out, gezin gerelateerde moeilijkheden, angstgevoelens, …. Het zijn maar enkele voorbeelden van psychosociale problemen die de laatste jaren in de huisartsenpraktijk vaak worden tegenkomen. Uitgaande van de registraties uit de Intego-databank blijken voor bovenstaande problemen incidenties van 9.2°/°° patiënten/jaar (depressieve stoornis), 2.6°/°° patiënten/jaar (probleem met het werk) en 1.7°/°° patiënten/jaar (angststoornis).[1] Cijfers over het voorkomen van de overkoepelende noemer van psychosociale problemen zijn in de literatuur moeilijk te vinden, voornamelijk omdat in de meeste artikels wordt gefocust op een apart psychisch of sociaal probleem.
Ook in een voorgestelde operationele definitie blijft een opsomming van individuele psychische en sociale problemen overheersen: "Psychosociale problemen omhelzen het brede spectrum van wat niet strikt medisch-somatisch is. Ze hebben consequenties voor het dagelijks functioneren van de patiënt en hebben betrekking op diens leefwereld en/of biografie. Het gaat enerzijds over uiteenlopende psychologische problemen zoals: angstig/nerveus/gespannen gevoel, (posttraumatische of acute) stress, depressie en depressief gevoel, burn-out, etc. Anderzijds gaat het over uiteenlopende sociale problemen zoals: armoede/financiële problemen, problemen met huisvesting, met voedsel/water, sociaal-culturele problemen, etc."[2]
Het is niet altijd even gemakkelijk om deze waaier van problemen, al dan niet verweven en met gevolgen voor elkaar, op de meest aangewezen manier op te vangen en op te lossen. Wij proberen, vanuit onze rol als huisarts, te ondersteunen waar mogelijk en wenselijk, en zo nodig tijdig te verwijzen naar psychologen, psychiaters of andere psychosociale hulpverleners uit de regio. Hierbij streven wij steeds naar een waardevolle service en kwaliteit van zorg.
Ook in een huisartsenpraktijk in Alken vormen patiënten met psychosociale problemen een aanzienlijke groep in de patiëntenpopulatie. De praktijkvisie stelt voor hen een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde voorop, in samenwerking met gespecialiseerde psychosociale hulpverleners uit de regio.
De gemotiveerde huisarts loopt in de dagelijkse praktijkvoering tegen obstakels aan. Wat betreft de aanpak in eigen beheer zijn werkdruk en tijdsgebrek in de dagelijkse consultvoering hardnekkig. Ook het wel kunnen aanbieden van psycho-educatie en algemene levenswijsheden enerzijds, maar het ontbreken van een gefundeerde psychotherapeutische achtergrond en opleiding om aanslepende psychosociale problemen correct aan te pakken anderzijds, zijn belangrijke beperkingen.
Hij verwijst de patiënten bijgevolg liever naar collega-hulpverleners op de eerste en tweede lijn. In dit verwijsbeleid spelen wachtlijsten, een vooralsnog onvoldoende tot niet terugbetaald kostenplaatje voor de patiënt, taboe en stigma rond de psycholoog en de psychiater en het soms moeilijk vinden van de juiste hulpverlener voor een bepaalde patiënt, belangrijke weerstandige rollen.

# VRAAGSTELLING

Daarom werd besloten om in de praktijk een meerjarig kwaliteitsverbeterend project op te zetten rond de verwijzing naar en de samenwerking met de regionale psychosociale hulpverleners. Daarvan maakt dit onderzoek de eerste fase uit. Volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd om de kwaliteitsverbetering gestalte te geven:

- Hoe kunnen de verwijzing en de samenwerking tussen de huisarts en de regionale psychosociale hulpverleners uit de eerste en tweede lijn aangepast worden aan de ervaren behoeften van de huisarts in de praktijk en de patiënten met een psychosociaal probleem?

    - Waaruit bestaat de huidige aanpak van psychosociale problemen in de praktijk?

- Hoe ziet de huisarts de rol die hij kan spelen en de taken die hij kan opnemen in de aanpak van psychosociale problemen? Welke problemen en belemmeringen ervaart hij in de praktijk?
- Hoe beleeft de patiënt met een psychosociaal probleem de aanpak in de praktijk? Welke aspecten vindt hij positief verlopen en waar is hij minder tevreden over?
- Welke problemen, knelpunten en moeilijkheden worden op basis van de visies van de huisarts en de patiënt vastgesteld?
- Welke eerstvolgende stappen, interventies en actiepunten ter kwaliteitsverbetering kunnen worden vooropgesteld?

# METHODE

In de eerste fase van dit kwaliteitsverbeterend project werd een beschrijvend en toetsend onderzoek uitgevoerd. Aan de hand van een semigestructureerd diepte-interview met de huisarts werd de huidige aanpak in de praktijk opgetekend. Deze aanpak werd getoetst aan een op literatuur en voorbereidend onderzoek gestoeld voorstel tot algemeen plan van aanpak voor psychosociale problemen, dat eerder door de huisarts-in-opleiding werd ontwikkeld. In een probleemanalyse volgens het visgraatmodel, opgesteld op basis van het semigestructureerd diepte-interview, werd een overzicht van voorkomende barrières en moeilijkheden in de verwijzing naar psychosociale hulpverleners opgesteld. Daarna gebeurde een cross-sectionele bevraging van patiënten met psychosociale problemen. Hun beleving van de eigen aanpak door de huisarts en de verwijzing werd kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd. De visies van de huisarts en de patiënten werden vergeleken en uit dit geheel werden knelpunten geïdentificeerd. Deze vormen de uitgangspunten voor voorstellen tot kwaliteitsverbetering in de aanpak van psychosociale problemen in de praktijk.

## Semigestructureerd diepte-interview: huidige aanpak in de praktijk en visie van de huisarts

In de huisartsenpraktijk in Alken werken één vaste huisarts, tevens praktijkopleider, één huisarts-in-opleiding en twee secretaresses, van wie één voltijds en één halftijds. Er wordt dagelijks consultatie gevoerd, enkel op afspraak, tijdens een ochtend-, middag- en avondblok. Tussendoor worden de aangevraagde huisbezoeken afgewerkt. In de patiëntenpopulatie zijn alle leeftijden vertegenwoordigd. Sociaaleconomisch betreft het eerder hoger opgeleide verdieners, maar ook andere sociale klassen komen aan bod. Aanmeldingsklacht en diagnose worden zoveel mogelijk gecodeerd in het dossier volgens de ICPC2-codering. Er worden jaarlijks 2600 globaal medische dossiers (GMD) afgesloten in de praktijk. De aanpak van patiënten met psychosociale problemen gebeurt niet volgens een vastgelegd stramien of een praktijkprotocol. In het eerste deel van het semigestructureerd diepte-interview met de praktijkopleider werd de huidige aanpak bij aanvang van de kwaliteitsverbetering in de praktijk in kaart gebracht.
Tijdens academiejaar 2014-2015 werkte de huisarts-in-opleiding mee aan een explorerend onderzoek naar de aanpak van psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk van morgen[3]. Hierin formuleerde zij op basis van literatuuronderzoek en binnen- en buitenlandse richtlijnen een algemeen plan van aanpak voor psychosociale problemen, bestaande uit een minimum takenpakket voor de huisarts en adviezen inzake opvolging, verwijzing en samenwerking met hulpverleners uit de eerste en tweede lijn (figuur 1). In het tweede deel van het semigestructureerd diepte-interview werd dit plan aan de praktijkopleider voorgelegd, samen met de begeleidende tekst, waarna hem feedback werd gevraagd naar de toepasbaarheid ervan. Ook zijn uitgebreidere visie op welke rol hij kan spelen in de aanpak van psychosociale problemen en welke taken hij kan opnemen werd bevraagd. De huidige aanpak in de praktijk werd hierbij getoetst aan het algemeen plan van aanpak.
Een synthese van beide delen van het interview werd neergeschreven.

## Probleemanalyse

Op basis van het semigestructureerd diepte-interview met de praktijkopleider werd een probleemanalyse opgesteld volgens het visgraatmodel van de barrières waarmee hij in de verwijzing naar en de samenwerking met de psychosociale hulpverleners te maken krijgt. De knelpunten werden opgelijst in vier categorieën:

personen, praktijkorganisatie en -functioneren, infrastructuur en externe maatschappelijke factoren. De analyse werd met hem besproken en nadien verfijnd en verdiept.

| MINIMUM TAKENPAKKET |
|---|
| Luisterend oor/empathisch gesprek |
| Exploreren en concretiseren |
| Ideas, concerns and expectations (ICE) |
| Veiligheid |
| Patiëntenvoorlichting/psycho-educatie |
| Behandelplan |
| Activeren en algemene adviezen |
| Arbeidsongeschiktheid |
| Farmacotherapie |

| GEINTERESSEERDE EN GETRAINDE HUISARTS |
|---|
| Gesprekstherapie in meerdere sessies |
| Gestandaardiseerde psychotherapie |
| Cognitieve gedragstherapie |
| Systeemtherapie |
| Problem-solving therapie |
| Oplossingsgerichte therapie |
| Sociale ondersteuning |
| Begeleiding van mantelzorgers |

| OPVOLGING IN EIGEN BEHEER |
|---|
| Watchful waiting |
| Actieve monitoring |
| Herevaluatie |

| VERWIJZING EN SAMENWERKING |
|---|
| Hulpverleners in eerste lijn |
| Gespecialiseerde tweede lijn |
| Brugfunctie |
| Zorgcontinuïteit |
| Multidisciplinair overleg |

*Figuur 1: schematisch voorstel van algemeen plan van aanpak voor psychosociale problemen.*

## Bevraging via enquête: visie van de patiënt

Door middel van een search in het elektronisch medisch dossier (Windoc®) werden alle patiënten die zich tussen 1 september 2015 en 31 augustus 2016 (periode van eerste jaar als huisarts-in-opleiding) in de praktijk met een probleem aanmeldden dat als psychosociaal werd gekenmerkt (ICPC2-code P of Z), geïdentificeerd.

Aan hen werd via twee wegen gevraagd om deel te nemen aan een enquête die peilde naar "psychosociale problemen: aanpak door de huisarts en verwijzing naar de psycholoog/psychiater". Enerzijds kregen zij op papier via de post een geprinte anonieme vragenlijst opgestuurd die zij nadien ingevuld konden terugsturen (een enveloppe met het adres van de praktijk en een geplakte postzegel was hiervoor ter beschikking) of binnenbrengen in de praktijk. Anderzijds werd hen tegelijk via e-mail een elektronisch link naar een anonieme KULeuven-websurvey bezorgd met de mogelijkheid om de vragenlijst online in te vullen. De patiënten mochten naar eigen keuze één van beide mogelijkheden aanwenden. Een informatiebrief en informed consent werden toegevoegd.

De vragenlijst bestond uit twee delen: zeven vragen over de aanpak door de huisarts en vijftien vragen over de verwijzing naar de psycholoog/psychiater. Aan elke vraag werden vijf Likertschaal antwoordmogelijkheden

gekoppeld, waarvan er één mocht worden aangekruist. Bijkomend kon telkens een verklaring van het antwoord in vrije tekst worden toegevoegd.
De enquête liep van 5 november 2016 tot en met 1 december 2016. Herhalingsuitnodigingen tot deelname werden verstuurd met een verlenging van de antwoordperiode tot en met 31 december 2016. De antwoorden uit de per post ontvangen enquêteformulieren werden handmatig verbatim ingegeven op de KU Leuven-websurvey.
Alle antwoorden werden nadien in een uit de websurvey gegenereerd Excel-document beschrijvend verwerkt en geanalyseerd. De antwoordmogelijkheden kregen volgende waarden toegediend: 5 = helemaal wel/zeker wel/volledig (maximum), 4 = eerder wel/waarschijnlijk wel, 3 = neutraal/evenveel wel als niet, 2 = eerder niet/waarschijnlijk niet, 1 = helemaal niet/zeker niet (minimum).

## Voorstellen tot kwaliteitsverbetering

De belangrijkste resultaten uit het semigestructureerd diepte-interview, de probleemanalyse en de patiëntenenquête werden vergeleken, samengevat en besproken met de praktijkopleider. Hieruit werden enkele eerstvolgende stappen naar oplossingen, interventies en actiepunten geformuleerd met het oog op kwaliteitsverbetering in de aanpak van psychosociale problemen in de praktijk in de komende jaren.

## Goedkeuring ethische commissie

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft op 1 april 2016 deze masterproef "kwaliteitsverbeterend project rond de aanpak van psychosociale problemen in een Alkense huisartspraktijk" onderzocht en gunstig geadviseerd. Het onderzoek werd geregistreerd onder nummer mp11425.

# RESULTATEN

## Huidige aanpak in de praktijk

### Waaruit bestaat de huidige aanpak van psychosociale problemen in de praktijk?

In het eerste consult waarin een patiënt een psychosociaal probleem naar voor brengt, probeert de praktijkopleider in de eerste plaats het probleem te definiëren: gaat het om een depressie of een burn-out? Betreft het een angststoornis of een familiaal probleem? Is er een onderliggende persoonlijkheidsstoornis aanwezig? Spelen er vitale kenmerken mee, zoals slaap- en eetstoornissen, emotionele labiliteit of problemen in het dagelijks functioneren? Verder wordt er vooral geluisterd naar de verzuchtingen van de patiënt en wordt er getracht zich een beeld te vormen rond een aantal probleemaspecten: de ernst (oorzakelijke factoren, onderliggende comorbiditeiten, risico op ontsporing van de situatie, suïcidale ideatie), de verwachtingen van de patiënt (rust, arbeidsongeschiktheid, medicamenteuze ondersteuning, gesprekken) en het ziekte-inzicht.
Een behandelplan wordt opgesteld en uitgelegd aan de patiënt in een poging om hem een houvast te geven in de eerstvolgende dagen. Zo'n plan bestaat uit het benoemen en duiden van het psychosociale probleem met uitleg over oorzaak en verloop. De patiënt krijgt vaak een rustperiode en arbeidsongeschiktheid voorgeschreven. Het opstarten van medicatie wordt overwogen en besproken, inclusief uitleg over nut en doel van deze middelen, risico op onvoldoende en averechtse effecten en nevenwerkingen.
Er worden afspraken gemaakt om de patiënt terug te zien. In geval van bijzondere ernst, hoogdringendheid of risico op escalatie van de problematiek (alarmsymptomen) gebeurt dit snel, binnen de week. Soms wordt telefonisch contact gepleegd om dagelijks een vinger aan de pols te houden. Zonder alarmsymptomen herconsulteert de patiënt na tien à veertien dagen om enigszins het eerste effect van een time-out en al dan niet opgestarte medicatie af te wachten. Bij een gunstig effect begeleidt de praktijkopleider de patiënt verder zelf en volgt hij deze op.
In geval van moeilijke controle van het psychosociale probleem of bij onvoldoende effect van de gestarte begeleiding, verwijst hij de patiënt gericht door naar een andere psychosociale hulpverlener. Deze keuze wordt onder andere bepaald door het type problematiek (depressie versus alcoholverslaving) en de financiële middelen

van de patiënt. Een psychiater is door de lange wachtlijsten zeer moeilijk snel beschikbaar. Het aanbod aan psychologen is groot, maar hun persoonlijkheid (matcht de psycholoog met de patiënt?) en de kwaliteit van begeleiding (wordt er gericht naar een oplossing toegewerkt?) zijn weinig tot onvoldoende gekend. Ook het financiële aspect onder vorm van geen terugbetaling speelt mee. Om deze laatste belemmering te omzeilen, kan de huisarts verwijzen naar een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), maar ook hier moet hij rekening houden met een wachttijd. Bovendien verloopt een eerste consult in deze centra vaak via een aanmelding en komt de patiënt niet onmiddellijk bij de verder begeleidende hulpverlener terecht.

## Visie van de huisarts

### Hoe ziet de praktijkopleider de rol die hij kan spelen en de taken die hij kan opnemen in de aanpak van psychosociale problemen in de praktijk?

*Minimum takenpakket*

Voor de praktijkopleider vormt het minimum takenpakket een basisaanpak in consultaties rond psychosociale problemen. Zoals blijkt uit de beschrijving van de huidige aanpak in de praktijk (vide supra) komen de meeste aspecten ervan aan bod, meestal vanaf het eerste patiëntencontact.

Vooral het luisterende oor/empathische gesprek vergt voor hem uiterste aandacht. Meer dan éénder welke andere consultatie vraagt een raadpleging rond psychosociale problemen een rust uitstralende huisarts die zijn patiënt het gevoel geeft dat tijd er niet toe doet en dat hij één en al actieve luisteraar is. Empathie en lichaamstaal zijn hierin belangrijk. Voldoende stiltes laten vallen op welgekozen momenten en soms zelfs vanachter je artsenbureau uit komen en naast de patiënt gaan zitten, kunnen nuttig blijken.

Het exploreren en concretiseren van de klacht gebeurt voornamelijk om het probleem te definiëren en de ernst ervan in te schatten. De verwachtingen van de patiënt inzake het voorschrijven van rust, arbeidsongeschiktheid en medicatie worden bevraagd en in overweging genomen.

In het behandelplan moeten concrete plannen en doelstellingen worden geformuleerd zodat de patiënt “tevreden” de consultatieruimte kan buitenstappen. De praktijkopleider is van mening dat je soms ook moet durven uitspreken dat je eigenlijk geen pasklare oplossing hebt. Het opnemen van de patiënt in begeleiding en opvolging wordt ervaren als engagement en interesse. Dit boezemt vertrouwen in.

Binnen het geheel van het minimum takenpakket moet, in tegenstelling tot de patiënt voor wie de consultatie nooit lang genoeg kan duren, toch een redelijke tijdslimiet in acht genomen worden. In die zin is elke psychosociale raadpleging een zoektocht naar een opening om tot besluitvorming en afronding te komen, zonder dat de patiënt zich hierdoor benadeeld of “buitengezet” voelt. In de visie van de praktijkopleider kan dit tijdsgebrek samen met onvoldoende inlevingsvermogen van de huisarts en hiermee samengaand onbegrip voor bepaalde psychosociale problemen nefast zijn voor een goede consultatievoering. Vermoeidheid bij de huisarts of veelvuldige storende telefoons kunnen leiden tot een stroeve raadpleging die de patiënt minder vertrouwen bezorgt in zijn hulpverlener.

Ruimte voor verbetering ziet de praktijkopleider in het consequenter bespreken van algemene levensstijladviezen voor de patiënt: tips rond een gezond eetgedrag, nodige lichaamsbeweging, een degelijke slaaphygiëne, het opstellen van een dag- en weekschema, het opnemen van hobby’s en het onderhouden van sociale contacten blijven soms achterwege.

*Geïnteresseerde en getrainde huisarts*

De praktijkopleider start meerdere sessies ondersteunende gesprekken als hij merkt dat de problematiek van de patiënt voor hem herkenbaar is of als de oplossing vervat zit in het tot rust brengen van de patiënt of in “een kwestie van tijd”. Belangrijk hierin is ook het opvangen van een signaal van de patiënt dat hij veel vertrouwen heeft in de huisarts. Gestandaardiseerde psychotherapie wordt door de praktijkopleider niet toegepast. Hiervoor verwijst hij de patiënt naar de psycholoog of de psychiater. Hiervoor wil hij ook in de toekomst op deze hulpverleners een beroep blijven doen. Mantelzorgers worden begeleid indien hier vraag naar is. Zo nodig wordt de partner van de patiënt of een ander familielid uitgenodigd om de consultatie bij te wonen.

*Opvolging in eigen beheer*

Er wordt voornamelijk gewerkt volgens het principe van actieve monitoring door de praktijkopleider. Hij ziet de patiënt liefst op regelmatige basis terug. Op het einde van elke consultatie wordt een volgende afspraak gepland. Op die manier verliest de praktijkopleider de patiënt niet uit het oog en kan hij tijdig ingrijpen bij dysfunctioneren. Hij is van mening dat dit beter werkt dan het initiatief bij de patiënt laten volgens een watchful waiting-houding. Toekomstgericht wil hij op dezelfde manier blijven werken.

*Verwijzing en samenwerking*

Volgens de praktijkopleider is er geen vaste meetbare drempel tot of te overschrijden limiet naar een opdringen van een verwijzing. Meerdere factoren bepalen of een patiënt hiermee beter geholpen kan worden: een minder goed omschreven of zeer ernstig psychosociaal probleem, onrustwekkende onthullingen van de patiënt tijdens de gesprekken met de huisarts, het uitblijven van het nodige vertrouwen en een "klik" in de therapeutische relatie, de patiënt of diens familie dringen aan op verwijzing, de medicatie slaat niet aan of wordt niet getolereerd, etc.

Elke verwijzing is een individueel verhaal. Deze gebeurt naargelang de aard van de problematiek, de snelheid waarmee de verwijzing dient te worden gerealiseerd, de persoonlijkheid, diepgang en verstandelijke bagage van de patiënt, zijn financiële armslag, etc.

Via een verwijzing verwacht de praktijkopleider een snelle en adequate opvang met verder uitdiepen van de psychosociale problematiek en het brengen van inzicht bij de patiënt. Verder hoopt hij op termijn "genezing" te bereiken, een objectief dat binnen het kader van de huisartsenpraktijk niet altijd te realiseren is. Voor zichzelf verwacht hij een vermindering van de belasting als hulpverlener en het creëren van een gedeelde verantwoordelijkheid.

De in het algemeen plan van aanpak beschreven taken voor de huisarts in het vervullen van een brugfunctie naar de andere psychosociale hulpverleners, het bewaken van zorgcontinuïteit en het bevorderen van multidisciplinair overleg zijn volgens de praktijkopleider nodig en noodzakelijk, maar dan wel in een gedeelde rol met alle partners in de psychosociale zorg. Tijdsgebrek maakt dat dit voor de huisarts alleen zeer moeilijk tot onmogelijk uitvoerbaar is. In een toekomstig afgesproken samenwerkingsplan tussen de verwijzende praktijkopleider en de psychosociale hulpverlener waarnaar verwezen, kunnen deze taken worden besproken en verdeeld. Alleszins is het terugkoppelen en briefen van adequate informatie over de gevoerde aanpak en de evolutie van de patiënt onontbeerlijk. De praktijkopleider is absoluut vragende partij voor meer bespreking en overleg.

### Welke problemen en belemmeringen ervaart de praktijkopleider in de verwijzing naar en de samenwerking met de psychosociale hulpverleners uit de eerste en tweede lijn?

Moeilijkheden en frustraties leven overvloedig. Het verwijsproces blijft een tijdrovende strijd, waarvan de uitkomst nooit vooraf te voorspellen is. Het bespreken van een verwijzing met de patiënt gebeurt door de praktijkopleider steeds in voorzichtige bewoordingen omdat psychologen lange wachttijden kennen, psychiaters een patiëntenstop instellen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) telefonisch een intakegesprek voorstellen maar de patiënt niet terugbellen en bedden op een psychiatrische afdeling (PAAZ) slechts met mondjesmaat lijken vrij te komen. Het slagen van een verwijzing is meestal recht evenredig met de door de huisarts geleverde inspanning en gespendeerde tijd om deze op poten te zetten. Psychosociale instanties schermen zich af en dekken zich in tegen overbelasting, terwijl ze broodnodig zijn. Veel geduld, kostbare consultatietijd vrijmaken om te telefoneren tijdens kantooruren, boodschappen inspreken op antwoordapparaten, misnoegde patiënten en familieleden over nog niet vastgelegde afspraken en algemeen herhaaldelijk het deksel op de neus krijgen, zijn dagelijkse kost in de aanpak van psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk.

Figuur 2 toont een uitgebreid overzicht van de barrières waar de praktijkopleider tegenaan loopt in de verwijzing naar en de samenwerking met de psychosociale hulpverleners uit de eerste en tweede lijn.

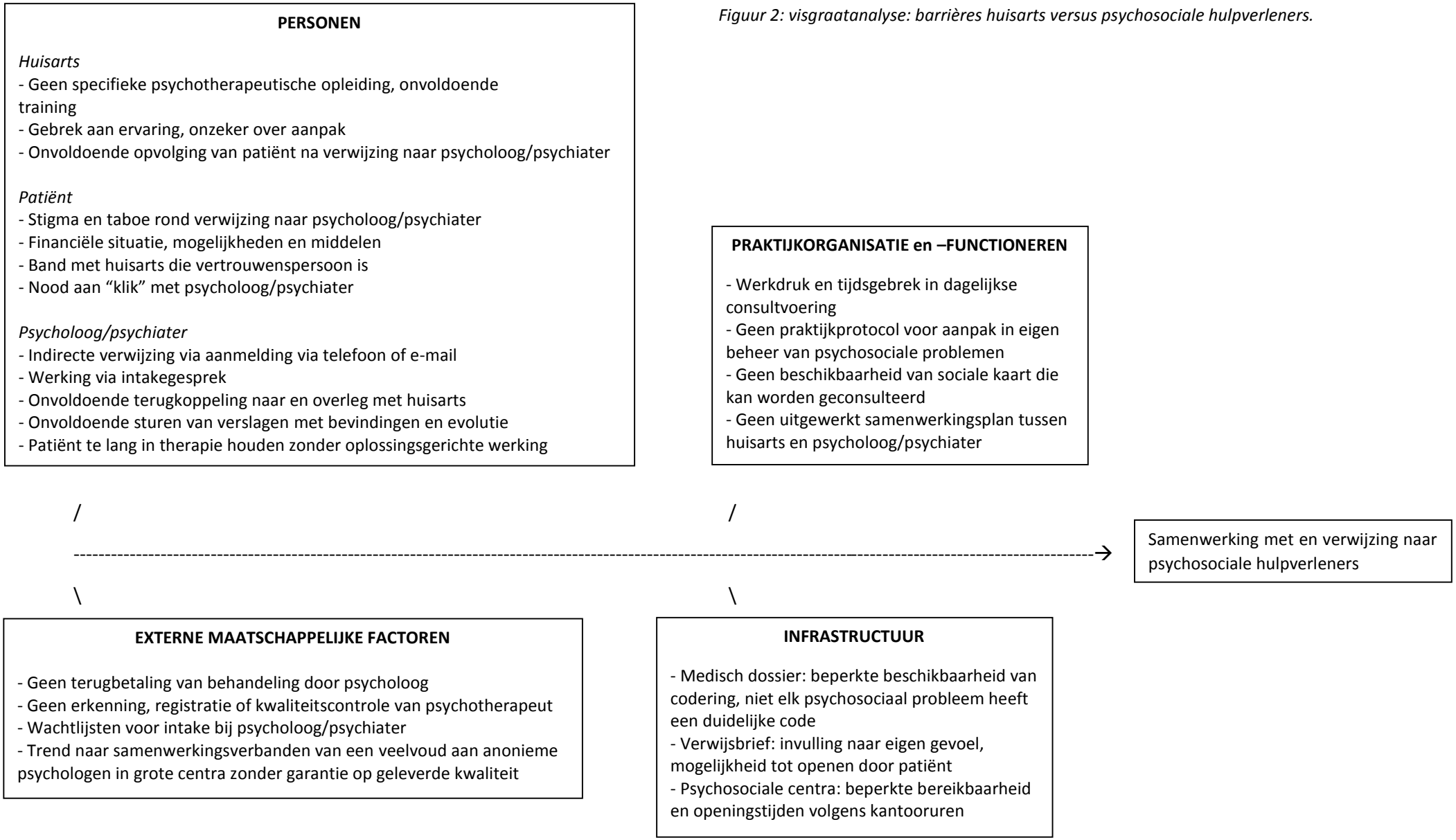
## Visie van de patiënt

### Hoe beleeft de patiënt met een psychosociaal probleem de aanpak in de praktijk? Welke aspecten vindt hij positief verlopen en waar is hij minder tevreden over?

#### Kenmerken van de respondentenpopulatie

In de praktijk werden in de periode tussen 1 september 2015 en 31 augustus 2016 92 patiënten met een psychosociaal probleem geregistreerd, vooral vrouwen (73%) met een gemiddelde leeftijd van 43 jaar (range tussen 21 en 68 jaar). Hiervan vulden 37 mensen de enquête in, overeenkomend met een responsgraad van 40.2%. Redenen voor niet-deelname werden niet bevraagd.

De meeste geregistreerde psychosociale problemen kwamen voor in de leeftijdscategorie tussen 30 en 49 jaar (23/37 = 62.2%). Twintigers en vijftigers meldden de minste problemen. In de leeftijdscategorie van 30 tot 39 jaar was er een duidelijk overwicht van vrouwelijke patiënten met psychosociale problemen (12/13 = 92.3%). Tussen 60 en 69 jaar waren er meer mannen dan vrouwen met een psychosociaal probleem.




*Figuur 2: visgraatanalyse: barrières huisarts versus psychosociale hulpverleners.*

## Types psychosociale problemen

Aan elke patiënt werd op basis van zijn omschrijving in eigen woorden van de psychosociale klacht een ICPC2-symptoomcode toegekend. De patiënten werden op basis hiervan samengebracht in grote categorieën van psychosociale problemen in onderstaande verdeling in tabel 1. In veertien gevallen betrof het een combinatie van problemen en werd de patiënt in meerdere categorieën ondergebracht. 23 patiënten hadden een enkelvoudig psychosociaal probleem.

| | **Depressiviteit** | **Werk/ Burn-out** | **Psychosomatiek** | **Relatie/ Gezin** | **Verslaving** | **Slaap** | **Sociaal nao** | **Angst** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Absoluut aantal (totaal = 37)** | 21 | 10 | 8 | 7 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| **% (totaal = 100)** | 56.8 | 27.0 | 21.6 | 18.9 | 5.4 | 5.4 | 5.4 | 2.7 |

*Tabel 1: verdeling van patiënten in grote categorieën van psychosociale problemen.*

Koploper der psychosociale problemen was depressiviteit. Werk gerelateerde problemen, vaak burn-out, volgden hierna. Lichamelijke klachten als uiting van een psychosociaal probleem (psychosomatiek) en familiale problemen (binnen de relatie of in het gezin) kwamen op de derde plaats. In veel mindere mate kwamen ook verslaving, slaapproblemen en angststoornissen voor.
Opvallend werden psychosociale problemen in een toch aanzienlijk aantal gevallen als een somatisch probleem geuit, in de eerste plaats als algemene moeheid/zwakte. Bij drie patiënten werd de uiteindelijke diagnose van een depressie gesteld. Bij één patiënt speelde de combinatie van een burn-out en een familiaal probleem en bij één patiënt een slaapstoornis.
Verslaving, slaapproblemen en sociale problemen werden uitsluitend door mannelijke patiënten geuit. In alle andere categorieën was er een belangrijk overwicht aan vrouwelijke patiënten.
Depressiviteit kwam voornamelijk voor bij dertigers en veertigers (13/21 = 61.9%). Werk gerelateerde problemen en burn-out kwamen uiteraard enkel voor bij patiënten in het arbeidscircuit, maar zeer opvallend is dat het in 70% van de gevallen een jonge patiënt betrof tussen 30 en 39 jaar. In deze leeftijdscategorie kwamen ook de meeste relationele problemen voor.

## Behandeling door de huisarts in eigen beheer

Zes van de 37 patiënten (16.2%) werden door de huisarts behandeld uitsluitend in eigen beheer.
Vijf van deze zes patiënten worstelden met een werk gerelateerd probleem: twee van hen met een zuiver probleem gelinkt aan de werksituatie en drie van hen met een bijkomend onderliggend probleem dat meest waarschijnlijk het werk beïnvloedt: een depressie of een familiaal probleem. De helft (5/10 = 50%) van de patiënten met een werk gerelateerd probleem/burn-out werd dus enkel door de huisarts begeleid, zonder verwijzing.

## Minimum takenpakket

De verschillende elementen uit het minimum takenpakket werden door de huisarts zeer goed uitgevoerd volgens de beleving van de patiënten. Een luisterend oor aanbieden, een meelevend gesprek voeren, het probleem analyseren, peilen naar bezorgdheden en verwachtingen, uitleg geven over de aandoening, de behandeling bespreken, advies geven over levensstijl en emoties ondersteunen, gebeurden bij quasi elke patiënt.
Donkere gedachten bespreken gebeurde bij drie patiënten helemaal niet. Mogelijk ging het hier om patiënten waarbij dit ook niet nodig was omdat er geen zwart denken aanwezig was.
Het voorschrijven van medicatie en arbeidsongeschiktheid werd bij elke patiënt individueel overwogen. Enigszins opvallend is dat de twee patiënten die geen medicatie kregen voorgeschreven wel arbeidsongeschikt werden verklaard en omgekeerd: de twee patiënten die aan het werk bleven, kregen medicamenteuze ondersteuning.

| | Minimum | Maximum | Mediaan | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **Luisterend oor** | 5 | 5 | 5 | 5 |
| **Medelevend gesprek** | 4 | 5 | 5 | 4.8 |
| **Probleemanalyse** | 4 | 5 | 5 | 4.7 |
| **Bezorgdheden en verwachtingen** | 4 | 5 | 5 | 4.8 |
| **Donkere gedachten** | 1 | 5 | 2 | 2.3 |
| **Uitleg** | 4 | 5 | 4.5 | 4.5 |
| **Behandelplan** | 3 | 5 | 5 | 4.7 |
| **Levensstijl** | 1 | 5 | 4.5 | 3.8 |
| **Emoties** | 4 | 5 | 4.5 | 4.5 |
| **Medicatie** | 1 | 5 | 4 | 3.3 |
| **Arbeidsongeschiktheid** | 1 | 5 | 3 | 3 |

*Tabel 2: kreeg u volgende hulp van de huisarts in de praktijk?*

## Voldoen aan verwachtingen, behoeften invullen en het probleem oplossen

De huisarts voldeed in zeer grote mate aan de verwachtingen en de behoeften van de patiënten. Het aanbieden van een luisterend oor en het geven van uitleg en advies bleek een eenvoudige, maar door de patiënten erg geapprecieerde houding die hen effectief vooruit hielp. Zij schreven hierover:

> *"Het alleen al luisteren naar mijn probleem vond ik al veel, dat ik bij iemand mijn verhaal kwijt kon. Dit heeft de huisarts zeer goed gedaan. Dat ik tweewekelijks op consultatie mocht om te praten over mijn gevoel heeft me goed geholpen."*

> *"Heldere kijk op de zaak wat het werk betreft. De huisarts helpt je goed, luistert naar je en stelt de juiste vragen om tot een conclusie te komen."*

> *"Luisteren en samen eventuele oplossingen bespreken. Medicatie voorschrijven. Opvolgen van de situatie. De dokter neemt de klachten au sérieux en zoekt steeds, samen met de patiënt, naar een oplossing."*

| | Minimum | Maximum | Mediaan | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **Verwachting** | 4 | 5 | 5 | 4.8 |
| **Behoefte** | 4 | 5 | 5 | 4.8 |
| **Oplossing** | 4 | 5 | 5 | 4.7 |
| **Opnieuw naar huisarts** | 5 | 5 | 5 | 5 |

*Tabel 3: voldoen aan verwachtingen, behoeften invullen, het probleem oplossen door de huisarts en zich opnieuw tot hem richten.*

Alle patiënten die door de huisarts werden begeleid, zeiden zich bij een volgend psychosociaal probleem opnieuw tot hem te richten. Er was met andere woorden een absolute tevredenheid over de aanpak door de huisarts.

## Verwijzing

31/37 patiënten (83.8%) werden verwezen naar een andere psychosociale hulpverlener uit de eerste of tweede lijn.

## Wijze en verloop van verwijzing

*Naar wie?*

5/31 patiënten (16.12%) werden verwezen naar een psycholoog, drie van hen naar een privé psycholoog en twee van hen naar een CGG. Het betreft patiënten met depressieve gevoelens. Twee patiënten (6.5%) werden

verwezen voor opname op de PAAZ. Eén van hen was een man met een verslavingsproblematiek (acuut alcoholmisbruik). Geen enkele patiënt werd verwezen voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De 'andere' instanties waarnaar vier patiënten (12.9%) werden verwezen, waren onder andere een gedragstherapeut (psychosomatische patiënt) en crisisbegeleiding aan huis bij een depressieve vrouw met drie jonge kinderen en moeilijkheden om in verplaatsing en opvang te voorzien.
De andere twintig patiënten, bijna twee derde van het totale aantal (64.5%), werden verwezen naar een privé psychiater. Het gaat hier om een vrouwelijke psychiater waarmee in de praktijk een gekende vlotte en aangename samenwerking bestaat. Zij heeft haar eigen ambulante psychiatrische en psychotherapeutische centrum opgericht en werkt hier samen met psychologen. Vanuit onze huisartspraktijk werken wij graag met deze hulpverleners samen omdat patiënten op vrij korte termijn (gemiddelde wachttijd van twee tot vier weken) in de zorg worden opgekomen. Het centrum ligt in de regio, maar niet in de onmiddellijke nabijheid van de praktijk, zodat patiënten niet worden tegengehouden door het idee dat "straks iedereen in de buurt weet dat ik naar de psychiater ga" (schaamte en stigma). Bovendien hebben wij de ervaring dat de hulpverleners doelgericht werken zonder patiënten onnodig lang in therapie te houden en zijn wij deze aanpak zeker genegen.

*Wanneer?*
Meer dan de helft van de psychosociale problemen (54.8%) werden niet onmiddellijk, maar pas na een aantal consultaties bij de huisarts verwezen. 22.6% werd toch onmiddellijk na de eerste consultatie verwezen. Iets meer dan één op tien patiënten (12.9%) nam zelf het initiatief tot een consult bij de psychiater/psycholoog zonder advies van de huisarts.
Bij depressieve klachten probeerde de huisarts in de helft van de gevallen (10/21 = 47.6%) in eerste instantie om zelf een begeleiding in te vullen. Pas indien na enkele consultaties bleek dat er onvoldoende resultaat en vooruitgang werd geboekt, werd de patiënt verwezen naar de psychiater/psycholoog. De enige patiënt met een angstprobleem werd onmiddellijk verwezen voor een gerichte psychotherapeutische behandeling, waarvoor de praktijkopleider geen opleiding heeft genoten.
Ook psychosociale problemen met een psychosomatische component (5/8 = 62.5%) werden vaak verwezen, hetzij onmiddellijk (2/8 = 25%) , hetzij na enkele raadplegingen bij de huisarts (3/8 = 37.5%). Mogelijk werd hier van bij het begin een tweesporenbeleid gevolgd met aandacht voor zowel geest als lichaam. Anderzijds is het mogelijk dat het somatische aspect van het verhaal eerst werd onderzocht en uitgediept, waarna een niet-somatische etiologie naar boven kwam, die verder door de psychiater/psycholoog werd begeleid en behandeld.
Werk gerelateerde problemen werden meestal na een aantal consultaties bij de huisarts verwezen voor een intensievere burn-out coaching en begeleiding door de psycholoog/psychiater.

*Waarom?*

| | **Absoluut aantal patiënten (totaal = 37)** | **% (totaal = 100)** |
|---|---|---|
| **De huisarts dit nodig vond/voorstelde en ik die raad heb opgevolgd** | 15 | 48.4 |
| **Ik hierom zelf actief heb gevraagd en de huisarts hiermee in overleg akkoord ging** | 8 | 25.8 |
| **Mijn familie/gezin/vrienden mij dit hebben aangeraden en ik hun raad met de huisarts heb besproken** | 1 | 3.2 |
| **Ik dit volledig zelfstandig heb beslist zonder bespreking met de huisarts of met mijn naasten** | 3 | 9.7 |
| **Andere** | 4 | 12.9 |

*Tabel 4: redenen voor verwijzing.*

Ongeveer de helft van de patiënten werd verwezen op voorstel van de huisarts, waarbij diens raad door de patiënt werd opgevolgd. Eén op vier patiënten vroeg zelf actief aan de huisarts om een verwijzing, waarbij deze hiermee in overleg akkoord ging. Net geen 10% van de patiënten besliste volledig zelfstandig zonder overleg met huisarts of naasten om een psycholoog/psychiater te raadplegen.
Zeven van de acht (87.5%) patiënten die zelf actief aan de huisarts de vraag stelden om te worden verwezen, waren patiënten met depressieve klachten, al dan niet uitgelokt of beïnvloed door een werk gerelateerd of familiaal probleem. Twee van de drie patiënten (66.7%) die volledig zelfstandig beslisten om rechtstreeks naar

een psychosociale hulpverlener te stappen, waren ook depressieve patiënten. Deze groep van patiënten met een depressief probleem was met andere woorden de groep die het meest proactief actie en initiatief ondernam om, al dan niet in overleg met de huisarts, een verwijzing te bewerkstelligen om door een psycholoog/psychiater geholpen te kunnen worden. Dit betekent geenszins dat deze patiënten ontevreden waren over de aanpak door de huisarts (ze gaven scores van 4 en 5). Er werd geen verband aangetoond tussen het niet invullen van verwachtingen en behoeften of het niet oplossen van het psychosociale probleem door de huisarts en het daarom vragen van een verwijzing naar een psycholoog/psychiater.
Bij de patiënt die zich liet adviseren door familie/gezin/vrienden gaat het om een sociaal probleem. Alle andere psychosociale problemen, onder andere werk gerelateerde zaken, angststoornissen, slaapproblemen en psychosomatiek, werden voornamelijk op voorstel van de huisarts verwezen. Derden ('andere') die raad gaven inzake verwijzing waren een opvoedster bij een familiaal probleem met een kind en een spoedarts bij een geval van acuut alcoholmisbruik (verslavingsproblematiek).

*Intake of geen intake?*
Twee derde van de patiënten (67.7%) kwam na verwijzing onmiddellijk bij de psycholoog of psychiater terecht. Dit resultaat wordt verklaard door het feit dat deze patiënten vooral (18/21 = 85.7%) werden verwezen naar een psychiater in de regio met wie vanuit de praktijk vaak en vlot wordt samengewerkt.
Iets minder dan een kwart van de patiënten (22.6%) ging eerst op intake en kreeg nadien een psychosociale hulpverlener toegewezen. Intakegesprekken worden vooral door psychologen georganiseerd, zowel privé (4/7 = 57.1%), als verbonden aan een CGG (2/7 = 28.6%). Drie van de 21 patiënten (14.3%) kwamen onmiddellijk bij een privé psycholoog terecht.
De patiënten zelf leken niet heel erg in te zitten met het moeten doorlopen van een intakegesprek. De helft van hen (16/31 = 51.6%) had een neutrale mening op de stelling 'ik vind het moeilijk om eerst op algemeen kennismakingsgesprek te gaan en pas daarna mijn vaste psycholoog/psychiater toegewezen te krijgen' en een kwart (7/31 = 22.6%) schoof op richting niet akkoord (score van 1 en 2). Een belangrijk ander kwart echter (8/31 = 25.8%) had het moeilijk met een intakegesprek.

*"Omdat ik dan weer heel mijn verhaal moet vertellen (is best wel pijnlijk)."*

*"Het is niet gemakkelijk om hierover te praten, je moet jezelf toch een beetje blootgeven. Liever rechtstreeks bij psycholoog."*

*"Je hebt vaak geen energie om je verhaal meerdere keren te doen."*

Andere patiënten zagen een voordeel in een intakegesprek omdat het de gelegenheid bood om te bekijken welke hulpverlener hen het beste zou kunnen verder helpen.

## Voldoen aan verwachtingen, behoeften invullen en het probleem oplossen

| | Minimum | Maximum | Mediaan | Gemiddelde |
|---|---|---|---|---|
| **Verwachting** | 1 | 5 | 4 | 4.0 |
| **Behoefte** | 1 | 5 | 5 | 4.0 |
| **Oplossing** | 1 | 5 | 4 | 3.7 |
| **Opnieuw naar psycholoog/psychiater** | 2 | 5 | 5 | 4.2 |

*Tabel 5: voldoen aan verwachtingen, behoeften invullen, het probleem oplossen door de psycholoog/psychiater en zich opnieuw bij hem aanbieden.*

Ongeveer drie kwart van de verwezen patiënten (71%) waren tevreden (waardering van 4 en 5) over het invullen van hun verwachting en het voldoen aan hun behoefte door de psycholoog/psychiater. Zij gaven hierover volgende vrije commentaren:

*"Er wordt geluisterd en tijd genomen voor je probleem en er wordt gezocht naar een oplossing of hoe je het probleem op een andere manier moet aanpakken."*

*"De psychiater geeft het luisterend oor en ook voorstellen/oefeningen om mijn pijnpunten aan te pakken en terug te verbeteren."*

*"Al mijn vragen werden onderzocht en er werden mij manieren aangeleerd om gewoonten aan te passen."*

*"De psychiater heeft me geholpen om mijn leven terug in handen te nemen: eerst de problemen ontrafeld, nadien aan de hand van oefeningen een stappenplan gemaakt om zelf evolutie te maken."*

*"Ik krijg een luisterend oor en huiswerk om mijn onderliggende problemen verder uit te zoeken vanwaar deze juist komen."*

Uit deze commentaren kan worden opgemaakt dat de meest toegepaste therapievorm de cognitieve gedragstherapie was. Elementen uit dit type therapie werden op regelmatige basis door de patiënten vermeld: andere denkwijze aanleren, probleem op een andere manier aanpakken, voorstellen en oefeningen om pijnpunten aan te pakken en te verbeteren, manieren aanleren om gewoonten aan te passen, aan de hand van oefeningen een stappenplan maken, etc. Dit type therapie bleek de patiënten ook effectief vooruit te helpen in de aanpak van hun probleem gezien de grote tevredenheid. Ook het zoeken en vinden van oplossingen, eerder het domein van de oplossingsgerichte therapie, werden door de patiënten aangehaald als een goed aspect in de aanpak door de psycholoog/psychiater.
Bijkomende positieve factoren waren het creëren van een veilige omgeving en openheid om eerlijk te kunnen praten, het aanbieden van een luisterend oor, het geven van voldoende tijd om het hart te luchten en het tonen van begrip, steun en empathie. Dit waren allemaal houdingen van de psychosociale hulpverlener die aan de verwachtingen en behoeften van patiënten voldeden.
Twee patiënten gaven duidelijk aan dat er een "klik" moet zijn met de hulpverlener: het is belangrijk dat je je goed en op je gemak voelt bij de hulpverlener die je behandelt. Eén patiënt gaf aan dat het moeilijk is en blijft om over psychosociale problemen met "gewone mensen" uit je omgeving te praten.
Een derde van de verwezen patiënten (29%) was minder tevreden (score van 3 of minder). Het te vlug plakken van een diagnostisch etiket op de patiënt, te snel/veel over medicatie praten, een onvoldoende warme en empathische therapeutische relatie opbouwen, in gesprekken geen common ground vinden en het te weinig bieden van steun en aanreiken van oplossingen, bleken de grootste heikele punten.
Inzake medicatie waren de meningen verdeeld: bepaalde patiënten voelden zich hiermee meer ondersteund, anderen hadden het moeilijker en twijfelden aan deze aanpak.
Het type psychosociale probleem leek geen rol te spelen in de tevredenheid over de aanpak door de psycholoog/psychiater. Depressieve patiënten maakten zowel in de tevreden als in de ontevreden groep het grootste deel van de patiënten uit. Ook werk gerelateerde en psychosomatische problemen kwamen in beide groepen voor.
Twee patiënten vermeldden een verschil tussen de aanpak door de psychiater en door de psycholoog. De éne voelde zich meer geholpen door de psychiater, de andere eerder door de psycholoog. Een andere patiënt heeft een aantal hulpverleners moeten "proberen" vooraleer de juiste persoon gevonden werd.
De patiënten bij wie aan de verwachting werd voldaan en van wie de behoefte werd ingevuld, gaven ook aan dat de psycholoog/psychiater hen had geholpen op weg naar een oplossing voor hun psychosociale probleem. Ze leken wel te beseffen dat deze weg niet gemakkelijk is en kwamen regelmatig een obstakel tegen. Het is een proces van zelf op weg gaan, een leercurve doormaken, er bewust mee bezig zijn en leren omgaan met terugval en mindere momenten. Zij schreven hierover:

*"Ik ben nog volop in behandeling, we zijn goed op weg."*

*"Het gaf me de bevestiging dat de leercurve die ik doorging de correcte weg van aanpakken was."*

*"Je moet er heel bewust mee bezig zijn, er is toch nog regelmatig een terugval."*

*"Absoluut, opgelost is het nog niet, dat heeft tijd nodig, maar ik ben op goede weg door de professionele hulp die ik krijg."*

*"Het is natuurlijk zo dat je het proces nog altijd zelf moet doormaken en als je dat niet inziet, helpt het allemaal niet."*

Ook in de groep patiënten met een eerder negatieve ervaring bij de psycholoog/psychiater kwamen de resultaten overeen. Patiënten die aanvoelden dat aan hun verwachting niet werd voldaan of hun behoefte niet werd ingevuld, vonden bij de psycholoog/psychiater ook geen oplossing voor hun probleem. Zij leken dit vooral te wijten aan de ernst en intensiteit ervan. Zij zeiden:

*"Het zit zo diep in mij (heb ik de indruk)."*

*"Ik moet van ver komen en heb nog veel werk. Een ingeworteld probleem los je niet in 1 2 3 op."*

Twee ontevreden patiënten wilden in de toekomst een behandeling door de huisarts. Een derde patiënt meende dat een andere hulpverlener mogelijk wel had kunnen helpen en wilde een volgende keer bij iemand anders terecht voor een andere aanpak. Twee patiënten vonden dat het al dan niet opnieuw naar de psycholoog/psychiater gaan in de toekomst afhing van het probleem dat zich dan stelt.

### Vergelijking van verwijzing naar psycholoog privé versus psycholoog CGG

Vijf patiënten werden verwezen naar een psycholoog, waarvan drie privé en twee verbonden aan een CGG. Er was geen kwalitatief verschil in tevredenheid tussen beide groepen.
Eén patiënt gaf aan dat hij via de hulp door de privé psycholoog een beter zelfbeeld kreeg en nadien steviger in zijn schoenen stond en zich effectief beter voelde. De andere twee patiënten waren eerder niet tevreden (score van 2 en 3). Zij vonden de psycholoog te afstandelijk en vonden niet dezelfde golflengte, waardoor slechts een matig resultaat werd bereikt.
Bij de patiënten verwezen naar een CGG zagen we eenzelfde verdeling. Eén patiënt was zeer tevreden (score van 5). De andere had een mindere ervaring: *"de psycholoog heeft me goed gedaan om mijn hart te luchten, maar heel veel oplossingen heeft het niet gebracht."*

### Samenwerking tussen huisarts en psycholoog/psychiater

De meningen en indrukken van patiënten waren in een 60/40-verhouding positief en negatief verdeeld.
Op de vraag in welke mate de steun van de huisarts en die van de psycholoog/psychiater elkaar aanvulden, antwoordden 18/31 (58.1%) patiënten met een positieve score van 5 (helemaal aanvullend) of 4 (eerder wel aanvullend). Zij hadden een goede indruk over de samenwerking door de vaststelling dat huisarts en psychosociale hulpverlener in contact stonden met elkaar.

*"Zij bespreken de casus en volgen elkaar op."*

*"Goede briefing en telefonisch overleg."*

*"Ze zijn goed op elkaar afgestemd. Mijn gesprekken werden ook aan mijn dossier toegevoegd."*

Dertien van deze achttien patiënten (72.2%) werden verwezen naar de privé psychiater waarmee in de praktijk vaak contact wordt opgenomen. Alle bovenstaande vrije commentaren hebben betrekking op deze arts. Het lijkt er dus op dat deze samenwerking zowel door de huisarts als door de patiënt als vlot, aangenaam en nuttig werd geapprecieerd.
13/31 (41.9%) verwezen patiënten beoordeelden de mate van aanvulling tussen de aanpak van de huisarts en die van de psychosociale hulpverlener eerder negatief (3 = neutraal, 2 = eerder niet aanvullend, 1 = helemaal niet aanvullend). Deze patiënten merkten tekortkomingen in de samenwerking op in de vorm van weinig opvolging en feedback tussen de huisarts en de psycholoog/psychiater en het niet doorsturen van verslagen.

*"Er was geen contact tussen huisarts en psychiater."*

*"Volgens mij zijn er nooit verslagen of dergelijke van de psychiater doorgestuurd naar de huisarts en eigenlijk vind ik dat wel jammer."*

Twee patiënten gaven aan duidelijk meer steun te hebben gehad van de huisarts. Eén van hen haalde als reden aan dat de huisarts dichter bij de patiënt staat. Een andere patiënt zei net het tegenovergestelde: *"ook al kent de huisarts me en kan hij me goed inschatten, toch is het soms gemakkelijker om je door iemand die op wat meer afstand van je staat, te laten begeleiden."*
17/31 (54.8%) verwezen patiënten waren eerder wel (score van 4) en helemaal akkoord (score van 5) met de stelling dat het belangrijk is om nadien ook nog door de huisarts opgevolgd te worden. Zij zeiden:

*"Het zou na een verwijzing nuttig zijn nog eens met de huisarts te praten om na te gaan of je wel goed zit en of je nog enkele vragen hebt."*

*"Voor mij wel omdat ik een goed open gesprek kan voeren met mijn huisarts en dit me een duwtje in de rug geeft om verder te doen."*

*"Toch belangrijk, je huisarts is een vertrouwenspersoon."*

*"De huisarts staat over het algemeen wel korter bij je en kan zo toch ook nog extra interveniëren indien nodig."*

De rol van de huisarts als arts die dicht bij de patiënt staat, vertrouwenspersoon en aanspreekpunt bij twijfel, bleef voor de patiënt belangrijk, ook na verwijzing naar een andere psychosociale hulpverlener. Ook om op de hoogte te blijven van wat er door de psycholoog/psychiater werd gedaan, was opvolging door de huisarts nuttig. Patiënten die het eerder niet nodig vonden om nadien verder opgevolgd te worden door de huisarts, waren van mening dat de behandeling best door één persoon en niet door iedereen tegelijkertijd gebeurde.
Hoewel patiënten aangaven een opvolging door de huisarts belangrijk te vinden, bleek uit de enquête dat er vaak geen vervolgafspraken werden gemaakt. Slechts bij 4/31 patiënten (12.9%) werd er een specifieke herhaalafspraak voor hun psychosociaal probleem gemaakt. Het betrof vier depressieve patiënten die verwezen werden naar een privé psychiater. De reden waarom andere patiënten niet specifiek werden opgevolgd, is onbekend. De meerderheid, 54.8% (17/31) van de patiënten, werd voor hun psychosociaal probleem enkel opgevolgd als ze een volgende keer met een ander probleem op raadpleging kwamen. Waarschijnlijk werd er dan even kort op teruggekomen.

### Eerstelijnspsycholoog

In de praktijk wordt af en toe nagedacht over het aantrekken van een vaste psycholoog om psychosociale problemen beter te kunnen opvangen. Als huisartsen worstelen we met mogelijk pro's, maar evenzeer met een aantal contra's inzake deze mogelijke toekomstige evolutie. In de enquête werd daarom aan de patiënten de vraag gesteld of zij bij deze psycholoog op consultatie zouden gaan en wat hiervoor al dan niet de beweegredenen zouden zijn.
Heel wat patiënten bleken open te staan voor een eerstelijnspsycholoog in de praktijk. Positieve patiënten meenden dat een nauwere samenwerking tussen huisarts en psycholoog, de context van een vertrouwde omgeving, het sneller geholpen kunnen zijn en mogelijk zelfs het sneller hulp zoeken, een meerwaarde zouden kunnen creëren.

*"Omdat de samenwerking tussen psycholoog en huisarts dan waarschijnlijk heel goed is."*

*"Omdat het een vertrouwde omgeving is."*

*"Ik denk dat dat heel handig zou zijn. Door deze "korte" samenwerking hebben beiden een veel duidelijker beeld over de patiënt, zou ik persoonlijk misschien sneller geholpen zijn."*

*"Best wel makkelijk, alles onder 1 dak en dossiers allemaal onder 1 dak."*

*"Al vlugger hulp zoeken."*

Nog twijfelende patiënten vreesden dat een vaste psycholoog niet voor elk psychosociaal probleem de juiste specialisatie zou hebben of niet met elke patiënt de juiste overeenkomst en "klik" zou vinden.

# BESPREKING

Welke problemen, knelpunten en moeilijkheden worden op basis van de visies van de huisarts en de patiënt vastgesteld en welke eerstvolgende stappen, interventies en actiepunten ter kwaliteitsverbetering kunnen worden vooropgesteld?

## De uitvoering van het minimum takenpakket vormt de basis van elk psychosociaal consult

De huisarts is als zorgvertrekker en hulpverlener betrokken in de aanpak van 60 tot 80% van psychosociale problemen.[4, 5] Hij wordt veruit als eerste geconsulteerd door patiënten en heeft een belangrijke rol in diagnose en behandeling. Hoewel hij aangeeft in zijn medische opleiding onvoldoende training te hebben gekregen in psychologische en psychotherapeutische behandelingen, neemt hij een aantal taken op zich.[5] Laag intensieve interventies zoals ondersteunende gespreksvoering, counseling (luisteren en adviseren), psycho-educatie, levensstijladvies en emotionele bijstand aan de patiënt behoren tot zijn voornaamste pijlers in de aanpak van psychosociale problemen.[4,5,6,7] In hoog intensieve interventies zoals formele psychotherapie, meestal cognitieve gedragstherapie, voelt hij zich echter tegen de grenzen van zijn professionele kunnen aanlopen.[6,7] Hij is terughoudend in de uitvoering van deze behandelingen en zoekt hiervoor steun bij andere hulpverleners.[8] Tijdsdruk en het zich onvoldoende voorbereid voelen door een gebrek aan opleiding met onzekerheid tot gevolg maken dat de huisarts eerder kiest voor farmacologische therapie dan zelf psychotherapie op te starten.[5,8]

De praktijkopleider geeft in het semigestructureerd diepte-interview aan de uitvoering van het minimumtakenpakket als een basisaanpak te beschouwen voor psychosociale consultaties. Hij past zelf de verschillende items ervan reeds goed toe. Nadruk ligt op het luisterende oor/empathische gesprek, het exploreren van de klacht, het inschatten van de ernst, het bevragen van verwachtingen (ICE) en het opstellen van een duidelijk behandelplan.

Uit de patiëntenbevraging blijkt dat aan hun verwachtingen en behoeften in zeer grote mate door de praktijkopleider wordt voldaan. De schijnbaar eenvoudige houdingen en handelingen uit het minimum takenpakket worden door de patiënten met een psychosociaal probleem als erg nuttig en waardevol ervaren. De tevredenheid van de patiënten over de aanpak door de praktijkopleider is absoluut: zij zullen zich bij een volgend psychosociaal probleem allemaal opnieuw tot hem richten. De factor sociale wenselijkheid in deze positieve beleving van de patiënten speelt onvermijdelijk mee.

De visgraatanalyse wijst op het momenteel ontbreken van een praktijkprotocol voor de aanpak van psychosociale problemen. Dit dient toekomstgericht opgesteld te worden. Het minimumtakenpakket moet hiervan integraal deel uitmaken. Dit zorgt ervoor dat alle huisartsen in de praktijk (het is de bedoeling om op korte termijn uit te groeien tot een duo- en later zelfs groepspraktijk) dezelfde basishouding aannemen. De kwaliteit van de aanpak in eigen beheer is zo uniform bij elke huisarts.

Waar het minimumtakenpakket steeds moet gelden, kan elke huisarts daarbuiten, volgens eigen interesse, een stap verder gaan. De praktijkopleider plant geen toepassing van gestandaardiseerde psychotherapie. Een toekomstige collega kan en mag hierin wel ambitie hebben. Het volgen van bijscholingen, opleidingsmomenten en trainingsmodules voor verschillende psychosociale problemen (bijvoorbeeld training rond aanpak van burn-out zoals die door de huisarts-in-opleiding werd gevolgd) lijken wel voor elke huisarts in de praktijk een meerwaarde te kunnen betekenen om concrete tools aan te leren. Zo kan het gebrek aan ervaring en de onzekerheid over de eigen aanpak weggewerkt worden.

## Verwijzen blijft frustraties met zich meebrengen

De huisarts geeft aan nood te hebben aan ondersteuning in de aanpak van psychosociale problemen in de dagelijkse praktijk. Hij verwijst als hij het gevoel heeft dat het probleem verder reikt dan zijn expertise of als de patiënt duidelijk maakt dat hij meer hulp wil.[8] De patiënt voelt dat de psycholoog meer tijd voor hem heeft en beter opgeleid en getraind is. Na diens psychotherapeutische behandeling heeft hij meer zelfvertrouwen en houvast in het omgaan met het psychosociale probleem. De tevredenheid is groot.[6] De huisarts voelt dat de diagnose sneller wordt gesteld en dat er een betere zorg is voor de patiënt. Voor zichzelf en zijn praktijk komt er meer tijd vrij en verbeteren de werkomstandigheden.[6,9]

De praktijkopleider in dit onderzoek bevestigt de nood aan hulp via verwijzing bij zeer ernstige psychosociale problemen en onrustwekkende indrukken, op aandringen van de patiënt of bij het niet aanslaan van zijn gestarte

begeleiding en/of medicatie. Hij verwacht voor de patiënt diepgang en inzicht in het psychosociale probleem met een oplossing op termijn en voor zichzelf een vermindering van de werkbelasting en een gedeelde verantwoordelijkheid in de patiëntenzorg.
Een verwijzing kan dus nuttig en noodzakelijk blijken, maar kampt in de praktijk met heel wat obstakels die tot irritaties en verzuchtingen leiden, zoals uit het semigestructureerd diepte-interview en de visgraatanalyse naar voor komt. Dezelfde frustraties komen overvloedig terug in de literatuur, waaruit kan worden opgemaakt dat oplossingen moeilijk te vinden zijn. Een verwijzing is een tijdrovende bezigheid. Er zijn praktische bezwaren zoals financiële barrières en lange wachtlijsten. Er zijn patiënt gerelateerde moeilijkheden zoals niet direct akkoord gaan met een verwijzing, angst voor stigmata en intakeprocedures waardoor daling van motivatie en verlaging van compliance en engagement. Er zijn huisartsenproblemen zoals het uit het oog verliezen van de patiënt na verwijzing en het niet meer kunnen opvolgen van de verdere ontwikkeling door een gebrek aan communicatie, informatie-uitwisseling en samenwerking.[4] Van al deze zijn de voornaamste barrières voor de huisarts de moeilijke toegang tot psychosociale diensten (beperkte beschikbaarheid, wachtlijsten en complexe zorgpaden) en de suboptimale interdisciplinaire relaties. Voor de patiënt zijn evenzeer deze (on)bereikbaarheid en tevens de kostprijs de belangrijkste negatieve factoren.[6]
Toekomstgericht lijkt het moeilijk om vanuit de eerste lijn tegen een aantal van deze barrières op te boksen. De praktijkopleider heeft weinig tot geen invloed op de financiële middelen van de patiënt of op het voorlopig nog steeds achterwege blijven van een uitgewerkt terugbetalingssysteem voor de psycholoog. Hierop blijven hameren door vertegenwoordigers in de diverse beleidsorganen lijkt op termijn de beste garantie op succes te bieden. Ook voor de lange wachtlijsten in de psychosociale zorg dienen op overheidsniveau initiatieven te worden uitgewerkt. De praktijkopleider bepaalt evenmin het gevoerde beleid in psychosociale centra waar slechts beperkte openingstijden gelden.

## Schaamte en stigma voor de psycholoog/psychiater verminderen

De patiënten in dit onderzoek geven weinig schaamte aan. Dit is enerzijds de verdienste van de praktijkopleider dankzij zijn open houding en eerlijke communicatie, waardoor alles bespreekbaar is. Het vertrouwen van de patiënten in hem is groot en zij durven zich bijgevolg blootgeven. Anderzijds wordt het stigma beperkt door meestal samen te werken met een psychiater in de regio en niet in de directe buurt, naar wie patiënten zich in alle vrijheid kunnen begeven, zonder vrees om snel bekenden tegen het lijf te lopen.

## Over het intakegesprek en de persoonlijkheid van de hulpverlener

Een indirecte verwijzing, via een aanmelding via e-mail of telefoon, met nadien een verplicht intakegesprek, is voor de praktijkopleider één van de nadelen van de recente evolutie tot het oprichten van grote therapeutische centra waar een veelvoud aan psychologen werkzaam is. De patiënten daarentegen staan hier minder kritisch tegenover. Slechts een kwart van hen heeft moeite met een aanmeldingsgesprek. De voornaamste reden hiervoor is het meermaals zich moeten blootgeven in het vertellen van een vaak pijnlijk verhaal.
Kwaliteitsverbetering aanbrengen ligt niet voor de hand. Als associaties van psychologen of psychiaters ervoor kiezen om via een intakeprocedure te werken, heeft de praktijkopleider hier weinig tegenin te brengen. Zoveel mogelijk hulpverleners persoonlijk leren kennen om mogelijk toch rechtstreeks naar hen te kunnen verwijzen of samenwerken met individueel werkende psychologen, kunnen oplossingen zijn. In het verleden werd in de praktijk reeds geprobeerd om patiënten rechtstreeks naar een bepaalde psycholoog, werkzaam in een groot centrum, te verwijzen omdat er een grote tevredenheid was over zijn aanpak. Al snel echter werd dit door de psycholoog in kwestie afgeblokt en werd er gevraagd om de structuur via een intake te respecteren. Anderzijds moet in de toekomst het intakegesprek minder als een belemmering worden gezien vermits 75% van de patiënten in dit onderzoek zeggen hiermee weinig moeite te hebben. Zij menen dat hierdoor kan worden ingeschat welke hulpverlener hen het beste kan begeleiden.
Wat de patiënten veel belangrijker vinden, is het ervaren van de juiste “klik” met de psychosociale hulpverlener. Een goede persoonlijkheidsmatch tussen zorgverstrekker en patiënt is onontbeerlijk. De hulpverlener als persoon is belangrijker dan het volgen van een bepaalde psychologische theorie of het toepassen van een type psychotherapeutische behandeling.[4] Meer informatie over de competenties en specialisaties van de verschillende psychologen wordt gevraagd.[5] Patiënten geven in de bevraging aan dat een onvoldoende warme en empathische therapeutische relatie en het niet vinden van een common ground belemmerende factoren zijn die maken dat er een mindere tevredenheid ontstaat over de aanpak door de psycholoog/psychiater. De persoonlijkheid van een hulpverlener kan echter niet worden afgelezen uit de foto’s en de korte beschrijvingen op de websites van psychotherapeutische centra. Persoonlijk contact is hiervoor onontbeerlijk.

De juiste match tussen patiënt en psychosociale hulpverlener bewerkstelligen zal bijgevolg in de toekomst zeer moeilijk blijven voor de praktijkopleider. Hij kan zich eventueel baseren op ervaringen van andere patiënten in de praktijk, maar hierin speelt de subjectieve ervaring en beleving uiteraard. Om meer psychosociale hulpverleners te leren kennen, dringt het opstellen van een uitgebreide sociale kaart in de praktijk zich op. Onbekend is onbemind.

## Cognitieve gedragstherapie als meerwaarde in de aanpak door de psycholoog/psychiater

De psycholoog/psychiater voldoet aan de verwachtingen en vult de behoeften in bij drie kwart van de patiënten in dit onderzoek. De meest toegepaste therapievorm is de cognitieve gedragstherapie. Waar de praktijkopleider beperkt is tot het minimum takenpakket, gebruikt de psycholoog/psychiater technieken uit dit type therapie in zijn begeleiding. De patiënten geven aan handvaten aangereikt te krijgen om hun psychosociaal probleem aan te pakken. Oefeningen, huiswerk en stappenplannen om denkwijzen te veranderen, gewoonten aan te passen, pijnpunten te verbeteren en oplossingen te genereren helpen hen vooruit in de aanpak van hun psychosociaal probleem.

## Opvolging door de huisarts blijft belangrijk na verwijzing

De rol van de praktijkopleider als vertrouwenspersoon is zeer sterk. Het is de voornaamste reden voor de patiënten in dit onderzoek om ook na verwijzing en tijdens therapie bij de psycholoog/psychiater door hem te worden opgevolgd. De praktijkopleider kent hen het beste, staat het dichtst bij en geeft een extra duwtje in de rug. Patiënten geven ook aan dat opvolging door de huisarts nuttig is om op de hoogte te blijven van wat er bij de psycholoog/psychiater wordt gedaan. Voor de praktijkopleider bestaat hierin het voordeel dat hij, waar hij nu soms de indruk heeft dat patiënten langer dan nodig in therapie worden gehouden, zo nodig kan interveniëren en bijsturen om meer oplossingsgericht te werken.
Uit de bevraging blijkt echter dat er vaak geen vervolgafspraken worden vastgelegd. De reden hiervoor is onbekend. Patiënten worden voor hun psychosociaal probleem enkel opgevolgd op het moment dat ze zich in een volgende consultatie met een ander probleem presenteren.
Kwaliteitsverbetering kan in de toekomst bereikt worden door ook tijdens het traject van de patiënt bij de psychosociale hulpverlener de vinger aan de pols te houden en volgens een bepaalde frequentie, bijvoorbeeld maandelijks, de patiënt terug te zien. Het belang van deze opvolging dient te worden vastgelegd in het praktijkprotocol.

## Samenwerken = beter werken

De patiënten met een psychosociaal probleem in dit onderzoek krijgen een indruk over de samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog/psychiater. 40% van hen meldt tekortkomingen. Zij bemerken weinig feedback tussen de praktijkopleider en de psycholoog/psychiater en het niet doorsturen van verslagen. 60% van hen is positief gestemd. Het betreft hier voornamelijk de samenwerking tussen de praktijkopleider en de privé psychiater waarnaar in de praktijk vaak wordt verwezen. Verslagen worden bezorgd indien de patiënt hiervoor zijn toestemming geeft en zo nodig worden individuele casussen telefonisch besproken.
Kennis van elkaars competenties, talenten en werkmethodes zijn voorwaarden om in vertrouwen te kunnen samenwerken.[5] De ondersteuning door de psychosociale hulpverlener is meer succesvol in geval van een vlotte en open communicatie met de verwijzende huisarts.[8] Van het grootste belang voor de huisarts is het ontvangen van feedback van de psycholoog: een verslag van zijn diagnostische bevindingen en therapeutische aanbevelingen. Een gebrek hieraan is een belangrijke negatieve ervaring voor de huisarts in de samenwerking.[5] Communicatie wordt gezien als een teken van beleefdheid en goede medische praktijkvoering. Gedeelde communicatiesystemen zouden hierin bevorderend kunnen werken.[6] Oplossingen worden ook voorgesteld in het tijdig melden van patiëntenbesprekingen aan de huisarts en het bevorderen van zijn deelname aan georganiseerd teamoverleg.[10]
Het uitwerken van een afspraken- en takenplan kan de kwaliteit van de samenwerking in de toekomst verbeteren. In dit plan dient onder andere de vereiste inhoud van de verwijsbrief van de praktijkopleider en de frequentie van terugkoppeling via verslagen van de psychosociale hulpverlener te worden besproken. Om meer multidisciplinair overleg te organiseren, kan de mogelijkheid tot aanwezigheid van de praktijkopleider op teambesprekingen worden bekeken. Deze maatregel zal vermoedelijk worden beperkt door het ontbreken van een compensatie (geen nomenclatuurnummer) en wegens tijdsgebrek voor de praktijkopleider, maar inspanningen om dit toch te implementeren lijken nuttig. Indien niet haalbaar, moeten andere wegen voor

contactname verkend worden, bijvoorbeeld via een vast telefonisch overlegmoment. Het maken van afspraken in een samenwerkingsplan verhoogt het aantal verwijzingen van huisarts naar psycholoog.[8]

## De eerstelijnspsycholoog als mogelijke oplossing

Een psycholoog-in-huis verlaagt de drempel tot verwijzing, zowel voor de huisarts als voor de patiënt.[4, 8] De toegang tot de geestelijke gezondheidszorg wordt verhoogd. Logistieke problemen zoals werk, gezin, afstand, transport en kostprijs zijn minder doorslaggevend. De snellere beschikbaarheid van een afspraak zorgt voor meer patiënten die ingaan op het voorstel tot verwijzing en minder afzeggingen. Er is een betere therapietrouw. Het vertrouwde gevoel van praktijkpersoneel en locatie reduceert het stigma omdat psychologische en medische behandelingen onder hetzelfde dak plaatsvinden.[11] De kwaliteit van samenwerking wordt hoog ingeschat.[8] De integratie van een eerstelijnspsycholoog in de huisartsenpraktijk leidt tot een verbetering voor alle partijen. De huisarts geniet van betere werkomstandigheden, een optimalere patiëntenzorg en, via informatie-uitwisseling, van meer kennis over het management van psychosociale problemen. De patiënt bouwt geloof en vertrouwen op in zijn eigen vermogen om het betreffende psychosociaal probleem, maar ook andere dagelijkse strubbelingen, aan te pakken. Beiden genieten een upgrade van hun quality of life.[5,6]

Al deze voordelen pleiten eerder tegen de terughoudendheid van de praktijkopleider om de samenwerking met een eerstelijnspsycholoog aan te gaan. Ook het “concept” zou binnen zijn visie kunnen passen: een laagdrempelige (in tijd en afstand), financieel haalbare (gedeeltelijke terugbetaling), kortdurende en oplossingsgerichte (maximaal 10 sessies van 1 uur) aanpak van frequent voorkomende psychosociale problemen (depressie, life events, relationele problemen).[6] De patiënten in de praktijk blijken alleszins positief tegenover deze mogelijke toekomstige evolutie te staan. Zij bevestigen een nauwere samenwerking tussen huisarts en psycholoog, de context van een vertrouwde omgeving en het sneller geholpen kunnen zijn als meerwaarde. Een bezwarende factor die overeind blijft staan is de juiste match tussen patiënt en psycholoog. De praktijkopleider vreest de beperkte keuzemogelijkheid waarbij niet elke patiënt zich goed voelt bij éénzelfde psycholoog en niet elke psycholoog interesse en opleiding heeft in de verschillende psychosociale problemen. Patiënten geven het belang van deze “klik” ook erg aan.

## To do: eerstvolgende acties met het oog op kwaliteitsverbetering

| | |
|---|---|
| Afspraken over aanpak in de praktijk (praktijkprotocol) | <u>Eigen beheer</u><br>Volledige uitvoering van minimumtakenpakket door iedere huisarts als basis van goed medisch handelen bij psychosociale problemen.<br>Uitbreiding van zorg en therapie mogelijk volgens individuele interesse.<br>Aanmoedigen van volgen van trainings- en opleidingsmomenten inzake aanpak van psychosociale problemen.<br><u>Opvolging na verwijzing</u><br>De patiënt met een psychosociaal probleem volgens een bepaalde frequentie terugzien om vinger aan de pols te houden en evolutie op te volgen. |
| Sociale kaart | Opstellen en up-to-date houden om nieuwe psychosociale hulpverleners te leren kennen en meer verwijsmogelijkheden te creëren.<br>Durven verwijzen naar het onbekende om aanpak en kwaliteit in te schatten.<br>Identificeren van individuele hulpverleners en grotere centra waarover tevreden en waarmee samenwerking kan worden geïntensifieerd. |
| Afspraken over samenwerking met psychosociale hulpverleners (samenwerkingsplan) | Taken en verantwoordelijkheden op elkaar afstemmen.<br>Concrete afspraken maken rond communicatie en terugkoppeling: hoe vaak en via welke weg.<br>Mogelijkheid tot deelname van huisarts aan teamoverleg bespreken. |
| Eerstelijnspsycholoog | Voor- en nadelen voor de praktijk in kaart brengen.<br>Implementatie op lange termijn onderzoeken. |

*Tabel 6: van knelpunten naar actiepunten.*

## Sterktes en zwaktes

Dit kwaliteitsverbeterend project werd opgevat als een meerjarig onderzoek, waarvan heden enkel de eerste probleemanalytische fase werd uitgevoerd. De visies van de praktijkopleider enerzijds en de patiënten anderzijds

werden uitgebreid bevraagd en in kaart gebracht. Een zwakte is dat het slechts één huisarts betreft en een kleine patiëntengroep met een beperkte responsgraad op de enquête.
Er is een waarschijnlijke selectiebias gezien de asymmetrische verdeling van vooral geslacht bij de respondenten van de enquête en het feit dat de meesten van hen naar een bepaalde hulpverlener werden verwezen. Er is mogelijk informatiebias omdat de vragenlijst op papier of online werd bezorgd en het invullen ervan zelfstandig gebeurde, hetgeen een eigen interpretatie van elke gestelde vraag met zich meebrengt. Het mondeling bevragen van de respondenten had dit kunnen vermijden. Ook een beperking door het geven van sociaal wenselijke antwoorden over de eigen huisarts speelt mee.
Het zou interessant zijn om het gestarte project in de toekomst verder te zetten. Uit de uitgevoerde probleemanalyse werden enkele oplossingen, interventies en actiepunten geformuleerd die in de praktijk kunnen worden toegepast, waarna een kwaliteitsmeting van de nieuwe aanpak kan gebeuren.

## BESLUIT

Anno 2017 blijft de aanpak van psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk belangrijke uitdagingen stellen. De huisarts is in zijn rol als poortwachter van de eerste lijn het eerste aanspreekpunt voor de meeste patiënten. Hij neemt een aantal taken op zich en doet dat behoorlijk goed. Wanneer de omvang van psychosociale problemen zijn expertise en professionele capaciteiten overschrijdt, loopt hij echter vast.
Een vlotte verwijzing naar en samenwerking met de psycholoog of de psychiater is op dat moment een wenselijke ondersteuning. Helaas verloopt dit minder evident dan in andere (somatische) disciplines. Onvoldoende beschikbaarheid, complexe toegang, lange wachtlijsten, hoge kostprijs en gebrekkige communicatie werken frustrerend.
Structurele oplossingen zijn noodzakelijk, maar blijken moeilijk te vinden en traag organiseerbaar te verlopen. Nieuwe initiatieven zoals de oprichting van acute en chronische mobiele teams in het kader van het psy107-project[12], Reling[13] voor de regio Zuid-Limburg waartoe Alken behoort, bieden hulp in de ambulante setting, maar zijn nog steeds onvoldoende toereikend in het praktijkveld.
De eerstelijnspsycholoog lijkt veelbelovend als partner van de huisarts in de aanpak van psychosociale problemen. Hoe deze hulpverlener ingeschakeld dient te worden in de doorsnee Vlaamse huisartsenpraktijk en kan bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg voor zowel huisarts als patiënt, moet de toekomst uitwijzen.
In de huisartsenpraktijk in Alken zijn het opstellen van een praktijkprotocol, het opmaken van een sociale kaart en het uitwerken van een samenwerkingsplan met de psychosociale hulpverleners eerstvolgende stappen met het oog op kwaliteitsverbetering. In het praktijkprotocol moet het minimum takenpakket gelden als basisaanpak in elk psychosociaal consult. Actieve monitoring door de huisarts, ook na verwijzing, dient te worden ingesteld. De sociale kaart moet nieuwe psychosociale hulpverleners bevatten om meer verwijsmogelijkheden aan te bieden. In het samenwerkingsplan met hen dienen taken en verantwoordelijkheden te worden verdeeld. Afspraken over communicatie, informatie-uitwisseling, terugkoppeling en multidisciplinair overleg moeten worden gemaakt en opgevolgd.

# LITERATUUR


[1] Departement Huisartsgeneeskunde, KU Leuven. Intego-project [Online] 2011; Beschikbaar vanaf URL: www.intego.be.

[2] Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Onderzoeksrapport: voorkomen en aanpak van psychosociale problemen in eerste lijn 2013.

[3] Aerts E, Peeters B, Robyns T et al. Psychosociale problemen in de huisartspraktijk: een kwalitatief onderzoek naar de huidige aanpak. Masterproef Geneeskunde 2015.

[4] Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Presenting prevalence and management of psychosocial problems in primary care in Flanders. Archives of Public Health (2015); 73:10 DOI 10.1186/s13690-015-0061-4.

[5] Grenier J, Ritchie P, Chomienne MH et al. Collaboration between family physicians and psychologists. Can Fam Physician 2008; 54:232-3.e1-5.

[6] Roberge P, Hudon C, Pavilanis A et al. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental health disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. BMC Family Practice 2016; 17:134.

[7] Declercq T, Habraken H, van den Ameele H et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: depressie bij volwassenen. Antwerpen: Domus Medica vzw 2017.

[8] Schoenmakers B, De Lepeleire J. The in-house psychologist: do we speak the same language? Short report of a qualitative practice project. Health psychology research 2013; volume 1:e9.

[9] Chomienne MH, Grenier J, Gaboury I et al. Family doctors and psychologists working together: doctor's and patient's perspectives. Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 1365-2753.

[10] Pas L, De Deken L, Van Rossen E. Samenwerking tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg bij depressie en preventie van zelfdoding – een synthese ten behoeve van lokaal overleg en toepassing. Domus Medica 2007.

[11] Miller-Matero LR, Dubaybo F, Ziadni MS et al. Embedding a psychologist into primary care increases access to behavioural health services. Journal of Primary Care & Community Health 2015; Vol. 6(2) 100-104.

[12] www.psy107.be.

[13] www.reling.be.

# BIJLAGEN

## BIJLAGE 1 – VRAGENLIJST SEMIGESTRUCTUREERD DIEPTE-INTERVIEW PRAKTIJKOPLEIDER

**EERSTE VRAAG**

1) Waaruit bestaat de globale aanpak van psychosociale problemen in uw praktijk?

**HET VOORSTEL TOT ALGEMEEN PLAN VAN AANPAK (SCHEMA + BEGELEIDENDE TEKST) WORDT TER BESCHIKKING GESTELD OM TE BEKIJKEN**

- MINIMUM TAKENPAKKET

2) Welke aspecten komen in uw consultatievoering rond psychosociale problemen aan bod?
    Wat vindt u dat goed loopt?
        Verklaring?
    Wat loopt er minder vlot?
        Verklaring?
    Welke mogelijkheden voor verbetering ziet u?
        Hoe zou dit concreet gerealiseerd kunnen worden?
3) Welke aspecten komen minder of onvoldoende aan bod?
    Waarom niet? Redenen?
    Zouden deze aspecten in de toekomst wél aan bod kunnen komen?
        Hoe?

- GEINTERESSEERDE EN GETRAINDE HUISARTS

4) Start u gesprekstherapie in meerdere sessies op?
    Voor welke problemen geeft u meestal een herhaalafspraak?
    Hoe scoort u zichzelf hierin?
        Wat verloopt vlot?
        Waar voelt u zich beperkt? Welke moeilijkheden ondervindt u?
            Waarom?
    Welke zijn uw verwachtingen van deze gesprekstherapie?

- OPVOLGING IN EIGEN BEHEER
- VERWIJZING EN SAMENWERKING

5) Welke problemen worden opgevolgd in eigen beheer en welke worden verwezen?
    Waardoor wordt deze keuze bepaald? Wat maakt dat u een probleem niet zelf opvolgt, maar doorverwijst?
    Welke aanpak kan u zelf nog aan? Waar ligt de drempel van wat in uw huisartspraktijk nog kan worden aangepakt en wat niet meer?

- OPVOLGING IN EIGEN BEHEER

6) Watchful waiting of actieve monitoring?
    Hoe wordt dit beslist?
    Wat verwacht u van de gekozen aanpak?

- VERWIJZING EN SAMENWERKING

7) Op welke basis beslist u naar wie u verwijst?

Wanneer naar een hulpverlener uit de eerste lijn?
Wanneer naar de tweede lijn?

8) Welke zijn uw verwachtingen bij verwijzing?
Welke van deze worden ingevuld?
Welke niet?
Verklaring?

9) Wat loopt er goed inzake verwijzing?
Wat maakt dat dit goed loopt?

10) Met welke moeilijkheden wordt u geconfronteerd?
Waar ligt de oorzaak van deze moeilijkheden?

11) Welke frustraties leven er?

12) Welke noden en behoeften ervaart u?

13) Welke suggesties voor verbetering heeft u?

14) Taken van de huisarts inzake samenwerking: brugfunctie, zorgcontinuïteit, multidisciplinair overleg.
Zijn dit de taken van de huisarts?
Moet iemand anders deze taken invullen?
Wie?
Zijn er andere taken voor de huisarts te weerhouden?

15) Hoe kunnen taakafstemming en samenwerkingsaspecten verbeterd worden?
Welke initiatieven zouden hiervoor in de praktijk opgezet kunnen worden?

# BIJLAGE 2 – BEGELEIDENDE TEKST ALGEMEEN PLAN VAN AANPAK

**Psychosociale problemen in de huisartspraktijk van morgen: voorstel tot algemeen plan van aanpak**

We beslisten om dit voorstel op te bouwen aan de hand van Vlaamse (Domus Medica), Nederlandse (NHG) en Britse (NICE) richtlijnen en aanbevelingen. Hierin wordt telkens voor een specifiek psychosociaal probleem een behandelplan voorgesteld. Bepaalde aspecten van elk beleid blijken echter ook toepasbaar op andere psychosociale problemen dan hetgene waarvoor de richtlijn werd gemaakt. Hoe frequenter een bepaalde vorm van aanpak in de verschillende aanbevelingen voorkwam, hoe meer gewicht deze voor ons kreeg om opgenomen te worden in het algemeen plan van aanpak. Overleg met elkaar en een subjectief gevoel van belangrijkheid speelden hierin ook mee. Het algemeen plan van aanpak dat wij voorstellen, zou door de doorsnee huisarts gevolgd kunnen worden.

<u>Behoeften van patiënt en competenties van huisarts</u>
De aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn dient uit te gaan van de behoeften van de patiënt. In overeenstemming hiermee wordt de te volgen strategie bepaald. Daarnaast is de aanpak afhankelijk van de door de huisarts ontwikkelde competenties. Elke huisarts dient zijn eigen grenzen te bewaken en te bepalen of en in welke mate hij de gevraagde taken kan opnemen. Wanneer de huisarts niet zelf de noodzakelijke psychosociale begeleiding kan verzekeren, dient hij hiervoor te verwijzen. De aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn lijkt voordelen te hebben, met name in het bereiken van een betere therapietrouw. Ook vinden patiënten het subjectief aangenamer om door hun vertrouwde huisarts behandeld te worden.

<u>Minimum takenpakket</u>
In een empathisch gesprek wordt er een luisterend oor aangeboden. Dit is een basishouding voor elke huisarts. De patiënt wordt aangemoedigd om zijn verhaal te vertellen en krijgt de kans om te ventileren.
De huisarts exploreert uitlokkende en onderhoudende factoren en stressoren en concretiseert de klacht zo precies mogelijk. Hierbij brengt hij steeds voorgeschiedenis, kwetsbaarheden en context mee in rekening en heeft hij continu aandacht voor de emoties van de patiënt. De impact van het psychosociale probleem op de patiënt kan groot zijn en mogelijk een significante oorzaak van co-morbiditeit. De huisarts gaat het bestaan van geassocieerde problemen, functionele beperkingen en middelenmisbruik na. In feite komen tijdens deze exploratie alle DSM-5-assen aan bod: de primaire symptoomstoornissen, achterliggende persoonlijkheidsstoornissen, bijkomende somatische ziekten, psychosociale en contextuele factoren en de mate van belemmering van functioneren.
Een inventarisatie van de bezorgdheden en verwachtingen geeft de huisarts een indicatie over hoe de patiënt zijn psychosociale probleem beleeft en over zijn motivatie tot aanpak. Het geeft inzicht in de verbanden die de patiënt zelf al heeft gelegd en in de ideeën die de huisarts later in de consultatie zal moeten bevestigen of corrigeren.
De veiligheid van de patiënt, maar ook van andere gezinsleden en derden dient altijd in acht genomen te worden. De huisarts schat mogelijke gevaren in en neemt zo nodig onmiddellijk beschermingsmaatregelen om de situatie te beveiligen. Hij bevraagt eventuele suïcidale gedachten en plannen en handelt naargelang het ingeschatte risico. Hij bespreekt alarmsignalen met de patiënt en maakt duidelijke afspraken over de opvangmogelijkheden in geval van crisis.
De huisarts die via het ICE-principe een goed beeld heeft verkregen van de opvattingen van de patiënt kan tijdens de patiëntenvoorlichting de over te brengen informatie maximaal aanpassen aan diens noden. Er wordt inzicht gegeven in de aard van de aandoening, de etiologie en epidemiologie en in het verloop en de evolutie. De patiënt heeft recht op en baat bij deze psycho-educatie, zeker als hij betrokken wordt in het besluitvormingsproces rond de behandeling.
Alle behandelingsopties met hun voor- en nadelen moeten voor de patiënt verduidelijkt worden. De eigen mogelijkheden als huisarts, het regionale aanbod aan gespecialiseerde hulpverlening, de ernst van het psychosociale probleem, eerdere ervaringen van de patiënt en zijn voorkeur zijn belangrijke parameters die via ‘shared decision making’ tot een concreet behandelplan en realistische behandeldoelen leiden.
Het is belangrijk om de patiënt te activeren. Zo nodig stellen huisarts en patiënt in samenspraak een dag- en weekschema op. Lichaamsbeweging wordt zoveel mogelijk in het dagelijks leefpatroon ingebouwd. Algemene adviezen omvatten verder een degelijke slaaphygiëne en een gezond eetgedrag. De huisarts raadt de patiënt aan zijn hobby’s opnieuw op te nemen en hij stimuleert het onderhoud van sociale contacten. Activatie vormt, samen met exploratie en psycho-educatie, de eerste drie stappen van cognitieve gedragstherapie. (vide infra)

De patiënt is soms niet in staat zijn professionele activiteiten uit te oefenen als gevolg van het psychosociale probleem. De huisarts controleert het bestaan van deze moeilijkheden en geeft advies in verband met arbeidsongeschiktheid.
De plaats van medicatie in de behandeling wordt door de huisarts aangegeven. De bezorgheden van de patiënt, zoals de vrees voor verslaving en bijwerkingen, worden in het juiste perspectief geplaatst.

Geïnteresseerde en getrainde huisarts

De geïnteresseerde huisarts kan een stap verder gaan. Op vraag van de patiënt wordt op regelmatige basis een empathisch gesprek georganiseerd.
Meer intensief spreekt de huisarts een reeks persoonlijke en ondersteunende gesprekken af waarin hij de patiënt helpt om zijn gedachten te ordenen en gevoelens te uiten. De patiënt wordt actief begeleid, zo nodig met ondersteuning van een dagboek, huiswerk of opdrachten. Er worden door de huisarts handvaten aangereikt om met het psychosociale probleem om te gaan.
De getrainde huisarts kan een vorm van gestandaardiseerde psychotherapie toepassen.
*Cognitieve gedragstherapie* richt zich erop om automatische negatieve gedachten te doorbreken. De therapie wordt meestal door een gespecialiseerde hulpverlener uitgevoerd. Cognitieve gedragstherapie heeft bewezen effect op verscheidene psychosociale problemen en is toepasbaar in een huisartssetting.
*Systeemtherapie* is een andere effectieve vorm van therapie. Er wordt vertrokken vanuit de idee dat elk individu in relatie staat tot zijn omgeving en dat deze relatie telkens een systeem vormt waarin alle leden elkaar voortdurend beïnvloeden. Menselijk gedrag wordt bijgevolg steeds gezien in het licht van de context waarin iemand zich bevindt en van het netwerk van sociale relaties van die persoon. Een individu kan dus niet meer alleen verantwoordelijk worden gesteld voor een bepaalde positieve of negatieve gebeurtenis, maar zaken gebeuren altijd vanuit de wisselwerking tussen mensen. Bij systeemtherapie zal de therapeut steeds proberen in te werken op de wijze waarop mensen elkaar beïnvloeden.
*Problem-solving therapie* is een gestructureerde interventie op basis van cognitieve gedragsprincipes. De focus ligt op het hier en nu in plaats van op het verleden en wat daar eventueel is misgegaan. Men probeert vier doelstellingen te behalen: begrip van de patiënt over het verband tussen de symptomen en de problemen, definiëren van het probleem, aanleren van technieken om deze problemen op te lossen en het meegeven van een positieve ervaring op gebied van problem-solving. Deze therapie kan ook door de huisarts met succes worden toegepast en heeft zeker effect bij patiënten met psychosociale problemen.
*Oplossingsgerichte therapie* gaat uit van het principe dat iedereen over probleemoplossend vermogen beschikt. De therapie is erop gericht dit vermogen te ontsluieren en te activeren en stelt de patiënt in staat zijn eigen oplossingen te creëren. De analyse van de oplossing vormt hier het vertrekpunt van de behandeling en niet de diagnose van het probleem. Ook deze therapie heeft zijn plaats in de huisartspraktijk.
Extra sociale ondersteuning wordt door de huisarts voorzien indien hier nood aan is.
Bijkomend kan de huisarts een dialoog aangaan over de mogelijkheid tot ondersteuning van de patiënt door de andere leden van het betrokken gezin. 'Meerzijdige partijdigheid' is een benadering waarbij afwisselend vanuit de context van elk individu de situatie rond het psychosociale probleem bekeken wordt. De huisarts probeert het gedrag van de patiënt neutraal te bespreken en de menselijkheid van de diverse reacties hierop te begrijpen. Mantelzorgers en kwetsbare betrokkenen worden begeleid.

Opvolging in eigen beheer

Een goede opvolging in eigen beheer kan tot verbetering leiden van een minder ernstige presentatie van het psychosociale probleem. Op die manier kan een verwijzing vermeden worden. De keuze voor watchful waiting of actieve monitoring hangt af van het klinische oordeel van de huisarts en van de voorkeur van de patiënt.
Indien er wordt geopteerd voor watchful waiting ligt het initiatief tot afspraak bij de patiënt. De huisarts houdt de vinger aan de pols en is steeds beschikbaar.
In het geval van actieve monitoring worden er controles vastgelegd bij de huisarts aan een bepaalde frequentie. Op die manier kunnen symptomen en functioneren van nabij worden opgevolgd. De huisarts verliest de patiënt niet uit het oog, blijft hem aanmoedigen en biedt een tijdskader waarbinnen de gestelde behandelingsdoelen bereikt kunnen worden. Ondertussen blijft hij de mogelijke nood aan verwijzing naar ambulante of residentiële gespecialiseerde behandeling continu herevalueren.
Indien farmacotherapie werd opgestart, past de huisarts de behandeling aan in functie van effecten en nevenwerkingen.
Na beëindiging van de therapie wijst de huisarts de patiënt op de mogelijkheid om laagdrempelig contact te houden en te allen tijde een herval te bespreken.

Verwijzing en samenwerking

In principe bepaalt de huisarts het meest geschikte behandelingsniveau voor de patiënt en daarmee neemt hij ook de beslissing tot verwijzing. In de praktijk echter zijn het vooral pragmatische overwegingen die het verwijsbeleid van de huisarts sturen: wil de patiënt verwezen worden? Welke hulpverlening bestaat er in de regio? Hoe lang zijn de wachtlijsten? Een verwijzing heeft een grotere slaagkans indien de huisarts de personen naar wie hij verwijst, kent. Een degelijke lokale sociale kaart is hierin onontbeerlijk. De huisarts past best het 'stepped care' model toe. Dit betekent dat de minst invasieve en meest effectieve interventie eerst aan bod komt. Nadien kan de zorg met een intensievere en meer gespecialiseerde hulpverlening worden uitgebreid.

De huisarts vraagt advies rond aanpak aan andere hulpverleners uit de eerste lijn indien hij weinig ervaring of voeling heeft met het psychosociale probleem. Bij onzekerheid over de diagnose, het uitblijven van verbetering na eerdere interventies, belangrijke comorbiditeit, zwaardere psychiatrische aandoeningen of in geval van gevaar roept hij de hulp in van een gespecialiseerde arts uit de tweede lijn.

In de communicatie en samenwerking tussen de diverse hulpverleners kan de huisarts enkele belangrijke taken op zich nemen.

In de eerste plaats kan hij een brugfunctie invullen naar de psychotherapeutische, sociale en psychiatrische hulpverlening. De huisarts maakt afspraken over informatie-uitwisseling, terugkoppeling en evaluatie van de verwijzing. Vanuit de eerste lijn bestaat er een belangrijke vraag naar het verkrijgen van voldoende verslagen en rapporten uit de tweede lijn.

Daarnaast bewaakt de huisarts de zorgcontinuïteit via tussentijdse contacten met de hulpverleners. Hij bespreekt ieders verantwoordelijkheden en volgt op of de patiënt in de best geschikte hulpverlening voor zijn psychosociale probleem wordt opgevangen. Hij controleert of de patiënt de gemaakte afspraken nakomt en de gekozen aanpak volhoudt.

Tenslotte bevordert en organiseert de huisarts zo nodig multidisciplinair overleg, bijvoorbeeld bij belangrijke wendingen in de begeleiding. De meerwaarde van een multidisciplinair team zit in een combinatie van kennis, onderlinge ondersteuning en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Het is belangrijk dat de leden ervaring hebben in de behandeling van het psychosociale probleem en dat ze elkaars taken, bevoegdheden en werkzaamheden kennen en respecteren. Er moet een goede afstemming zijn van de behandeldoelen en het behandelplan.

## BIJLAGE 3 – INFORMATIEBRIEF EN INFORMED CONSENT ENQUÊTE PATIËNTEN

Alken, 5 november 2016

Beste patiënt

Angstgevoelens, depressie, burn-out, gezinsgerelateerde moeilijkheden, … zijn maar enkele voorbeelden van psychosociale problemen die wij de laatste jaren in onze praktijk steeds vaker tegenkomen.

Het is niet altijd even gemakkelijk om deze problemen op de meest aangewezen manier op te vangen en op te lossen. Wij proberen, vanuit onze rol als huisarts, te ondersteunen waar mogelijk en wenselijk, en zo nodig tijdig door te verwijzen naar psychologen, psychiaters of andere psychosociale hulpverleners uit de regio. Hierbij stellen wij steeds een kwaliteitsvolle geneeskunde voorop.

Dr. Peeters voert, in het kader van haar opleiding tot huisarts, een onderzoek naar psychosociale problemen in onze praktijk: waaruit bestaat de aanpak door de huisarts en hoe verloopt de verwijzing naar de psycholoog/psychiater? Wat doen wij goed, wat verloopt minder vlot, en waar en hoe kunnen in de toekomst in onze praktijk verbeteringen worden aangebracht?

**Omdat u, onze patiënt, uiteraard diegene bent die dit alles van op de eerste rij meemaakt, telt uw mening en is deze voor ons erg belangrijk. Via deze enquête willen wij daarom uw visie op de zorg, ondersteuning en aanpak van psychosociale problemen belichten.**

Via een **vragenlijst** horen wij graag van u:

- Hoe beleeft u de huidige aanpak in de praktijk?
- Wat denkt u over de aangeboden hulp door de huisarts?
- Hoe ervaart u de ondersteuning via verwijzing naar de psychloog/psychiater?
- In welke mate helpen de huisarts enerzijds en de psycholoog/psychiater anderzijds uw probleem aanpakken?
- Worden uw verwachtingen ingelost?
- Worden uw behoeften beantwoord?
- Worden uw problemen opgelost?

Alle patiënten die wij in de periode tussen september 2015 en augustus 2016 in onze praktijk zagen met een psychosociaal probleem, werden geselecteerd voor dit onderzoek.

Voor het verzamelen en analyseren van uw gegevens is uw **toestemming** nodig. Door het invullen van deze enquête gaat u akkoord met het volgende:

*Ik verklaar hierbij dat ik als deelnemer aan dit onderzoek:*

1) *De hierboven beschreven informatie, die uitleg geeft over het onderzoek, gelezen heb.*
2) *Ervan op de hoogte ben dat mij op elk ogenblik de mogelijkheid wordt geboden om bijkomende informatie over het onderzoek te verkrijgen.*
3) *Geheel vrijwillig deelneem aan het onderzoek. Ik kan ten allen tijde mijn toestemming tot deelname stopzetten.*
4) *De toestemming geef aan de onderzoekers om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren. De verkregen gegevens worden voor geen enkel ander doel gebruikt dan voor het onderzoek.*

U kan de vragenlijst **graag vóór 01/12/2016** ofwel via bijgevoegde enquête **op papier** invullen en terugsturen naar de praktijk in de voorgefrankeerde enveloppe, dan wel **online** invullen via volgende link: https://websurvey.kuleuven.be/index.php/15700/lang-nl.

Indien u vragen heeft over het onderzoek kan u steeds contact opnemen met dr. Peeters in de praktijk op het telefoonnummer 011/31 22 80.

**Hartelijk bedankt voor uw tijd en deelname!**

Dr. Barbara Peeters (huisarts-in-opleiding)
Dr. Philip Poelmans (praktijkopleider)
Prof. dr. Jan De Lepeleire (promotor)
Dr. Leo Pas (co-promotor)

## BIJLAGE 4 – VRAGENLIJST ENQUÊTE PATIËNTEN

## PERSOONSGEGEVENS

Geslacht:
Leeftijd:

## DEEL 1: AANPAK DOOR DE HUISARTS

CONSULTATIE BIJ DE HUISARTS

1) **U kwam het voorbije jaar op consultatie in de praktijk voor een psychosociaal probleem. Geef in eigen woorden weer waarom u de huisarts raadpleegde: (uw reden voor contact, uw vraag, uw bedenking, uw vermoeden, …)**

| |
|---|
| |

2) **Kreeg u volgende hulp van de huisarts in de praktijk? Geef door aankruisen aan in elke mate welke hulp werd verstrekt.**

| | Helemaal wel | Eerder wel | Neutraal, evenveel wel als niet | Eerder niet | Helemaal niet |
|---|---|---|---|---|---|
| Luisterend oor bieden | | | | | |
| Medelevend gesprek voeren | | | | | |
| Probleem analyseren: waar komt het vandaan, wat heeft het uitgelokt, … | | | | | |
| Peilen naar bezorgdheden en verwachtingen | | | | | |
| Donkere gedachten bespreken | | | | | |
| Probleem uitleggen: wat is het, hoe ontstaat het, hoe verloopt het, … | | | | | |
| Samen een behandelplan opstellen | | | | | |
| Advies geven over levensstijl: eten, bewegen, sociale contacten, slapen, … | | | | | |
| Emoties ondersteunen | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Medicatie voorschrijven | | | | | |
| Arbeidsongeschiktheid voorschrijven | | | | | |
| Opvolggesprekken bij de huisarts plannen | | | | | |
| Doorverwijzen naar de psycholoog/psychiater | | | | | |
| Andere, specifieer: …….. …… | | | | | |

UW VERWACHTINGEN EN BEHOEFTEN

**3) U kwam op consultatie met een bepaalde verwachting. Werd door de huisarts aan die verwachting voldaan? Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Ja, volledig voldaan |
| | Ja, eerder wel voldaan |
| | Neutraal, evenveel wel als niet voldaan |
| | Nee, eerder niet voldaan |
| | Nee, helemaal niet voldaan |

Verklaar uw antwoord: welke verwachting wel/niet, waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**4) Ik heb van de huisartsen de volledige ondersteuning gekregen waar ik behoefte aan had. Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Helemaal akkoord |
| | Eerder wel akkoord |
| | Neutraal, evenveel wel als niet akkoord |
| | Eerder niet akkoord |
| | Helemaal niet akkoord |

Verklaar uw antwoord: welke behoefte wel/niet, waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**5) Heeft de aanpak door de huisarts u geholpen op weg naar een oplossing voor uw probleem? Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Ja, het heeft mijn probleem opgelost |
| | Ja, het heeft eerder wel geholpen |
| | Neutraal, het heeft mijn probleem voor de helft wel en voor de helft niet opgelost |
| | Nee, het heeft eerder niet geholpen |
| | Nee, het heeft mijn probleem erger gemaakt |

Verklaar uw antwoord: waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**6) Als ik opnieuw een probleem zou hebben, zou ik mij opnieuw tot de huisarts wenden om samen naar een oplossing te zoeken. Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Ja, zeker wel |
| | Ja, waarschijnlijk wel |
| | Neutraal, misschien wel, misschien niet |
| | Nee, waarschijnlijk niet |
| | Nee, zeker niet |

Verklaar uw antwoord: waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**7) Vrije opmerkingen en/of suggesties over de aanpak door de huisarts:**

| |
|---|
| |

## DEEL 2: VERWIJZING NAAR DE PSYCHOLOOG/PSYCHIATER

VERLOOP VAN DE VERWIJZING

**1) Ik werd verwezen: (kruis één van de antwoorden aan)**

| | |
|---|---|
| | Onmiddellijk na de eerste consultatie bij de huisarts |
| | Na een aantal consultaties bij de huisarts |
| | Zonder consultatie bij de huisarts: ik ging op eigen initiatief naar de psycholoog/psychiater zonder eerst de huisarts te raadplegen |
| | Na de consultatie bij de huisarts: ik ging op eigen initiatief naar de psycholoog/psychiater zonder dat de huisarts dit had voorgesteld |
| | Andere,<br>specifieer: …… |

**2) Ik werd verwezen omdat: (kruis één van de antwoorden aan)**

| | |
|---|---|
| | De huisarts dit nodig vond/voorstelde en ik die raad heb opgevolgd |
| | Ik hierom zelf actief heb gevraagd en de huisarts hiermee in overleg akkoord ging |
| | Mijn familie/gezin/vrienden mij dit hebben aangeraden en ik hun raad met de huisarts heb besproken |
| | Ik dit volledig zelfstandig heb beslist zonder bespreking met de huisarts of met mijn naasten |
| | Andere,<br>specifieer: …… |

**3) Ik werd verwezen naar: (kruis één van de antwoorden aan)**

| | |
|---|---|
| | Psycholoog privé |
| | Psychiater privé |
| | Psycholoog verbonden aan Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) |
| | Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) |
| | Psychiatrisch ziekenhuis |
| | Andere,<br>specifieer: …… |

**4) Nadat ik werd verwezen, bleef ik in contact met de huisarts: (kruis één van de antwoorden aan)**

| | |
|---|---|
| | Ja, via specifieke opvolgconsultaties voor mijn probleem |
| | Ja, via consultaties voor andere problemen waarmee ik naar de huisarts ging tussendoor |
| | Ja, via de telefoon |
| | Nee |
| | Andere,<br>specifieer: …… |

**5) Na mijn verwijzing: (kruis één van de antwoorden aan)**

| | |
|---|---|
| | Kwam ik onmiddellijk bij de psycholoog/psychiater terecht |
| | Ging ik eerst op algemeen kennismakingsgesprek en kreeg ik nadien de psycholoog/psychiater toegewezen |

| | |
|---|---|
| | Andere,<br>specifieer: …… |

UW VERWACHTINGEN EN BEHOEFTEN

**6) Welke omschrijving past het best bij de hulp die u van de psycholoog/psychiater kreeg? Kruis alle antwoorden aan die van toepassing zijn.**

| | |
|---|---|
| | Bewust worden en aanvaarden |
| | Emoties en reacties controleren |
| | Andere denkpatronen aanleren |
| | Gedrag bijsturen en veranderen |
| | Assertiviteit verhogen |
| | Weerbaarheid verhogen |
| | Oplossingen leren zoeken en toepassen |
| | Andere,<br>specifieer: …… |

**7) U ging naar de psycholoog/psychiater met een bepaalde verwachting. Werd door hen aan die verwachting voldaan? Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Ja, volledig voldaan |
| | Ja, eerder wel voldaan |
| | Neutraal, evenveel wel als niet voldaan |
| | Nee, eerder niet voldaan |
| | Nee, helemaal niet voldaan |

Verklaar uw antwoord: welke verwachting wel/niet, waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**8) Ik heb van de psycholoog/psychiater de volledige ondersteuning gekregen waar ik behoefte aan had. Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Helemaal akkoord |
| | Eerder wel akkoord |
| | Neutraal, evenveel wel als niet akkoord |
| | Eerder niet akkoord |
| | Helemaal niet akkoord |

Verklaar uw antwoord: welke behoefte wel/niet, waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**9) Heeft de aanpak door de psycholoog/psychiater u geholpen op weg naar een oplossing voor uw probleem? Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Ja, het heeft mijn probleem opgelost |
| | Ja, het heeft eerder wel geholpen |
| | Neutraal, het heeft mijn probleem voor de helft wel en voor de helft niet opgelost |
| | Nee, het heeft eerder niet geholpen |
| | Nee, het heeft mijn probleem erger gemaakt |

Verklaar uw antwoord: waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**10) Als ik opnieuw een probleem zou hebben, zou ik mij opnieuw tot de psycholoog/psychiater wenden om samen naar een oplossing te zoeken. Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Ja, zeker wel |
| | Ja, waarschijnlijk wel |
| | Neutraal, misschien wel, misschien niet |
| | Nee, waarschijnlijk niet |
| | Nee, zeker niet |

Verklaar uw antwoord: waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

SAMENWERKING HUISARTS – PSYCHOLOOG/PSYCHIATER

**11) In welke mate vulden de steun die u van de huisarts en van de psychiater/psycholoog kreeg elkaar aan? Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Helemaal aanvullend |
| | Eerder wel aanvullend |
| | Neutraal, evenveel wel als niet aanvullend |
| | Eerder niet aanvullend |
| | Helemaal niet aanvullend |

Verklaar uw antwoord: op welk vlak was er wel/geen aanvulling, op welk vlak was er wel/geen verschil?

| |
|---|
| |

**12) Ik vind het belangrijk om na een verwijzing naar de psycholoog/psychiater ook nog door de huisarts opgevolgd te worden via specifieke consultaties voor mijn psychosociaal probleem. Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Helemaal akkoord |
| | Eerder wel akkoord |
| | Neutraal, evenveel wel als niet akkoord |
| | Eerder niet akkoord |
| | Helemaal niet akkoord |

Verklaar uw antwoord: waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**13) Ik vind het moeilijk om eerst op algemeen kennismakingsgesprek te gaan en pas daarna mijn vaste psycholoog/psychiater toegewezen te krijgen. Kruis één van de antwoorden aan.**

| | |
|---|---|
| | Helemaal akkoord |
| | Eerder wel akkoord |
| | Neutraal, evenveel wel als niet akkoord |
| | Eerder niet akkoord |
| | Helemaal niet akkoord |

Verklaar uw antwoord: wat is wel/niet moeilijk, waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**14) Mocht er een vaste psycholoog in de huisartspraktijk komen, zou ik hier op consultatie gaan voor mijn psychosociaal probleem.**

| | |
|---|---|
| | Ja, zeker wel |
| | Ja, waarschijnlijk wel |
| | Neutraal, misschien wel, misschien niet |
| | Nee, waarschijnlijk niet |
| | Nee, zeker niet |

Verklaar uw antwoord: waarom wel/niet?

| |
|---|
| |

**15) Vrije opmerkingen en/of suggesties over de verwijzing naar de psycholoog/psychiater:**

| |
|---|
| |

**HARTELIJK BEDANKT VOOR UW TIJD EN DEELNAME!**

## BIJLAGE 5 – HERINNERINGSBRIEF ENQUÊTE PATIËNTEN

Alken, 10 december 2016

Beste patiënt

Een aantal weken geleden kreeg u via brief en/of via mail een uitnodiging om deel te nemen aan een onderzoek, in het kader van mijn opleiding tot huisarts, naar psychosociale problemen in onze praktijk: waaruit bestaat de aanpak door de huisarts en hoe verloopt de verwijzing naar de psycholoog/psychiater? Wat doen wij goed, wat verloopt minder vlot, en waar en hoe kunnen in de toekomst in onze praktijk verbeteringen worden aangebracht?

Dr. Poelmans en ik hoopten op zoveel mogelijk deelnemers en wij zijn heel tevreden met de antwoorden die wij tot nu toe mochten ontvangen. Toch denken wij dat dit nog beter kan! Voorlopig nam 30% van jullie deel aan de enquête en met deze herinnering willen wij dit aantal graag optrekken naar 50%.

**Des te meer deelnemers, des te meer verschillende visies en dus des te meer adviezen van jullie, onze patiënten, om onze psychosociale zorg in de toekomst anders en beter aan te pakken!**

De vragenlijst invullen kan nog steeds via dezelfde 2 wegen:

1) Op papier via het formulier dat jullie per post ontvingen en terug bezorgen aan de praktijk via de voorgefrankeerde terugstuurenveloppe of gewoon langskomen en binnenbrengen

of

2) Online invullen via volgende link: https://websurvey.kuleuven.be/index.php/15700/lang-nl.

**Deelnemen kan nog tot en met 31/12/2016**, nadien wordt de enquête definitief afgesloten.

Uw mening telt en is voor ons erg belangrijk!

**Hartelijk bedankt voor uw tijd en deelname!**

Dr. Barbara Peeters (huisarts-in-opleiding)
Dr. Philip Poelmans (praktijkopleider)

# BIJLAGE 6 – ICPC2-CODETABEL

## ICPC-2-NL
## International Classification of Primary Care - 2e editie
## Wonca International Classification Committee (WICC)

### Standaard procescomponenten

| | |
|---|---|
| *30 | Volledig lichamelijk onderzoek |
| *31 | Gericht lichamelijk onderzoek |
| *32 | Gevoeligheidsonderzoek |
| *33 | Microbiologisch/immunologisch onderz |
| *34 | Bloedonderzoek |
| *35 | Urineonderzoek |
| *36 | Faecesonderzoek |
| *37 | Histologie/cytologie |
| *38 | Ander laboratoriumonderzoek nao |
| *39 | Functieonderzoek |
| *40 | Diagnostische endoscopie |
| *41 | Röntgen/beeldvormend onderzoek |
| *42 | Elektrische afleidingen |
| *43 | Ander diagnostisch onderzoek |
| *44 | Immunisatie/preventieve medicatie |
| *45 | Gezondheidsvoorlichting/advies/dieet |
| *46 | Overleg binnen eerste lijn |
| *47 | Overleg met specialist |
| *48 | Verhelderen/gesprek over vraag patiënt |
| *49 | Andere preventieve verrichting |
| *50 | Medicatie-recept/verzoek/injectie |
| *51 | Incisie/drainage/spoelen/aspiratie |
| *52 | Excisie/biopsie/cauterisatie |
| *53 | Instrumentatie/catheterisatie/dilat |
| *54 | Hechting/gipsspalk/prothese |
| *55 | Locale injectie/infiltratie |
| *56 | Verband/compressie/tamponade |
| *57 | Fysiotherapie/revalidatie |
| *58 | Therapeutisch gesprek/counselen |
| *59 | Andere therapeutische verrichting |
| *60 | Uitslag onderzoek/verrichting |
| *61 | Uitslag onderz/verricht and hulpverl |
| *62 | Administratieve verrichting |
| *63 | Follow-up contact niet gespecificeerd |
| *64 | Episode/contact op initiatief hulpverl |
| *65 | Episode/contact op initiatief derde |
| *66 | Verwijzing andere eerstelijns hulpverl |
| *67 | Verwijzing naar specialist/ziekenhuis |
| *68 | Andere verwijzing nao |
| *69 | Andere reden voor contact nao |

### Algemeen en niet gespecificeerd A

| | |
|---|---|
| A01 | Gegen pijn/pijn meerdere plaatsen |
| A02 | Koude rillingen |
| A03 | Koorts |
| A04 | Algemene moeheid/zwakte |
| A05 | Zich ziek voelen |
| A06 | Flauwvallen/syncope |
| A07 | Coma |
| A08 | Zwelling |
| A09 | Zweetprobleem |
| A10 | Bloeding nao |
| A11 | Pijn op de borst nao |
| A13 | Bezorgd over/angstig voor behandeling |
| A16 | Prikkelbare zuigeling |
| A18 | Ontevreden/bezorgd over uiterlijk |
| A20 | Verzoek om/gesprek over euthanasie |
| A21 | Risicofactor voor kanker |
| A23 | Risicofactor nao |
| A25 | Angst voor de dood/het sterven |
| A26 | Angst voor kanker nao |
| A27 | Angst voor andere ziekte nao |
| A28 | Functiebeperking/handicap nao |
| A29 | Andere algemene symptomen/klachten |
| A70 | Tuberculose |
| A71 | Mazelen |
| A72 | Waterpokken |
| A73 | Malaria |
| A74 | Rode hond |
| A75 | Mononucleosis infectiosa |
| A76 | Andere virusziekte met exantheem |
| A77 | Andere virusziekte nao |
| A78 | Andere infectieziekte nao |
| A79 | Maligniteit nao |
| A80 | Trauma/letsel nao |
| A81 | Multitrauma/multipele letsels |
| A82 | Laat gevolg van trauma |
| A84 | Geneesmiddelintoxicatie |
| A85 | Geneesmiddelbijwerking |
| A86 | Toxisch effect niet-medicinale stof |
| A87 | Complicatie medische behandeling |
| A88 | Schadelijk gevolg fysische factor |
| A89 | Gevolg prothese |
| A90 | Aangeboren afwijkingen multipele/nao |
| A91 | Abnormale uitslag onderzoek nao |
| A92 | Allergie/allergische reactie nao |
| A93 | Premature pasgeborene |
| A94 | Andere perinatale morbiditeit |
| A95 | Perinatale mortaliteit |
| A96 | Dood |
| A97 | Geen ziekte |
| A98 | Preventie |
| A99 | Ziekte/toestand niet gespec aard/lok |

### Bloed, bloedvormende organen en immuunstelsel B

| | |
|---|---|
| B02 | Vergrote/pijnlijke lymfeklier(en) |
| B04 | Symptomen/klachten bloed |
| B25 | Angst voor AIDS/HIV |
| B26 | Angst voor kanker bloed/lymfe |
| B27 | Angst voor andere ziekte bloed/lymfe |
| B28 | Functiebeperking/handicap (B) |
| B29 | And sympt/klacht lymfe/immuun-syst. |
| B70 | Acute lymphadenitis |
| B71 | Chronische/niet gespec lymphadenitis |
| B72 | Z.van Hodgkin/non-Hodgkin lymfoom |
| B73 | Leukemie |
| B74 | Andere maligniteit bloed/lymfestelsel |
| B75 | Benigne/niet gespec neopl bloed/lymfe |
| B76 | Traumatische miltruptuur |
| B77 | Ander letsel bloed/lymfestelsel/milt |
| B78 | Erfelijke hemolytische anemie |
| B79 | Andere aangeb afwijking bloed/lymfe |
| B80 | IJzergebrekanemie |
| B81 | Pernicieuze/foliumzuurdefic anemie |
| B82 | Andere/niet gespecificeerde anemie |
| B83 | Purpura/stollingsstoornis |
| B84 | Abnormale leukocyten |
| B87 | Splenomegalie |
| B90 | HIV-infectie/AIDS |
| B99 | Andere ziekte bloed/lymfe/milt/im-muun |

**Processcodes**
**Symptomen / klachten**
**Infecties**
**Neoplasmata**
**Traumata**
**Aangeboren afwijkingen**
**Andere diagnosen**

### Spijsverteringsorganen D

| | |
|---|---|
| D01 | Gegeneraliseerde buikpijn/buikkrampen |
| D02 | Maagpijn |
| D03 | Zuurbranden |
| D04 | Pijn anus/rectum |
| D05 | Perianale jeuk |
| D06 | Andere gelokaliseerde buikpijn |
| D07 | Indigestie/dyspepsie |
| D08 | Flatulentie/meteorisme/boeren |
| D09 | Misselijkheid |
| D10 | Braken |
| D11 | Diarree |
| D12 | Obstipatie |
| D13 | Geelzucht |
| D14 | Haematemesis |
| D15 | Melaena |
| D16 | Rectaal bloedverlies |
| D17 | Incontinentie voor ontlasting |
| D18 | Verandering faeces/defecatiepatroon |
| D19 | Symptomen/klachten tanden/tandvlees |
| D20 | Symptomen/klachten mond/tong/lippen |
| D21 | Slikprobleem |
| D23 | Hepatomegalie |
| D24 | Zwelling in buik nao |
| D25 | Opgezette buik |
| D26 | Angst voor kanker spijsvert |
| D27 | Angst voor andere ziekte spijsvert |
| D28 | Functiebeperking/handicap (D) |
| D29 | Andere symptomen/klachten spijsvert |
| D70 | Gastrointestinale infectie |
| D71 | Bof |
| D72 | Virushepatitis |
| D73 | Verondersteld inf gastro-enteritis |
| D74 | Maligniteit maag |
| D75 | Maligniteit colon/rectum |
| D76 | Maligniteit pancreas |
| D77 | Andere maligniteit spijsvert nao |
| D78 | Benigne/niet gespec neopl spijsvert |
| D79 | Corpus alienum spijsverteringsorganen |
| D80 | Ander letsel spijsverteringsorganen |
| D81 | Aangeboren afwijking spijsvert |
| D82 | Ziekte tanden/tandvlees |
| D83 | Ziekte mond/tong/lippen |
| D84 | Ziekte oesophagus |
| D85 | Ulcus duodeni |
| D86 | Ander peptisch ulcus |
| D87 | Stoornis maagfunctie |
| D88 | Appendicitis |
| D89 | Hernia inguinalis |
| D90 | Hiatus hernia |
| D91 | Andere hernia abdominalis |
| D92 | Diverticulose/diverticulitis |
| D93 | Irritable bowel syndrome |
| D94 | Chronische enteritis/colitis ulcerosa |
| D95 | Anusfissuur/perianaal abces |
| D96 | Wormen/andere parasieten |
| D97 | Leverziekte nao |
| D98 | Cholecystitis/cholelithiasis |
| D99 | Andere ziekte spijsverteringsorganen |

### Oog F

| | |
|---|---|
| F01 | Pijn oog |
| F02 | Rood oog |
| F03 | Afscheiding uit oog |
| F04 | Vlekken/vliegjes voor de ogen |
| F05 | Andere visusstoornis |
| F13 | Abnormaal gevoel aan oog |
| F14 | Abnormale oogbewegingen |
| F15 | Abnormaal uiterlijk oog |
| F16 | Symptomen/klachten ooglid |
| F17 | Symptomen/klachten door bril |
| F18 | Symptomen/klachten door contactlens |
| F27 | Angst voor oogziekte |
| F28 | Functiebeperking/handicap (F) |
| F29 | Andere symptomen/klachten oog |
| F70 | Infectieuze conjunctivitis |
| F71 | Allergische conjunctivitis |
| F72 | Blepharitis/hordeolum/chalazion |
| F73 | Andere infectie/ontsteking oog |
| F74 | Neoplasma oog/adnexen |
| F75 | Confusie/bloeding oog |
| F76 | Corpus alienum in oog |
| F79 | Ander letsel oog |
| F80 | Stenose ductus lacrimalis/zuigeling |
| F81 | Andere aangeboren afwijking oog |
| F82 | Ablatio retinae |
| F83 | Retinopathie |
| F84 | Maculadegeneratie |
| F85 | Ulcus corneae |
| F86 | Trachoom |
| F91 | Refractie-afwijking |
| F92 | Cataract |
| F93 | Glaucoom |
| F94 | Blindheid |
| F95 | Strabisme |
| F99 | Andere ziekte oog/oogadnexen |

### Oor H

| | |
|---|---|
| H01 | Oorpijn |
| H02 | Symptomen/klachten gehoor |
| H03 | Oorsuizen |
| H04 | Afscheiding in/uit oor |
| H05 | Bloed in/uit oor |
| H13 | Verstopt gevoel oor |
| H15 | Ontevreden/bezorgd over uiterlijk oor |
| H27 | Angst voor oorziekte |
| H28 | Functiebeperking/handicap (H) |
| H29 | Andere symptomen/klachten oor |
| H70 | Otitis externa |
| H71 | Otitis media acuta/myringitis |
| H72 | Otitis media met effusie |
| H73 | Tubair catarre/tubastenose |
| H74 | Chronische otitis media |
| H75 | Neoplasma oor |
| H76 | Corpus alienum in oor |
| H77 | Perforatie trommelvlies |
| H78 | Oppervlakkig letsel oor |
| H79 | Ander letsel oor |
| H80 | Aangeboren afwijking oor |
| H81 | Overmatig cerumen |
| H82 | Vertigineus syndroom |
| H83 | Otosclerose |
| H84 | Presbyacusis |
| H85 | Akoestisch trauma |
| H86 | Doofheid |
| H99 | Andere ziekte oor/mastoid |

### Cardiovasculair stelsel K

| | |
|---|---|
| K01 | Pijn toegeschreven aan hart |
| K02 | Druk/beklemming toegeschr. aan hart |
| K03 | Pijn cardiovascular stelsel nao |
| K04 | Hartkloppingen/bewust van hartslag |
| K05 | Andere onregelmatige hartslag |
| K06 | Opgezette aderen |
| K07 | Gezwollen enkels/enkeloedeem |
| K22 | Risicofactor voor cardiovasc ziekte |
| K24 | Angst voor hartziekte |
| K25 | Angst voor hoge bloeddruk |
| K27 | Angst voor and cardiovasc ziekte |
| K28 | Functiebeperking/handicap (K) |
| K29 | Andere sympt/klacht cardiovasc stelsel |
| K70 | Infectieziekte cardiovascular stelsel |
| K71 | Acuut reuma/reumatische hartziekte |
| K72 | Neoplasma cardiovascular stelsel |
| K73 | Aangeb afwijking cardiovasc stelsel |
| K74 | Ischemische hartziekte met angina |
| K75 | Acuut myocardinfarct |
| K76 | Ischemische hartziekte zonder angina |
| K77 | Decompensatio cordis |
| K78 | Boezemfibrilleren/-fladderen |
| K79 | Paroxysmale tachycardie |
| K80 | Hartritmestoornis nao |
| K81 | Hartgeruis/vaatgeruis nao |
| K82 | Pulmonale hartziekte |
| K83 | Hartklepziekte nao |
| K84 | Andere hartziekte |
| K85 | Verhoogde bloeddruk |
| K86 | Hypertensie zonder orgaanbeschadig. |
| K87 | Hypertensie met orgaanbeschadiging |
| K88 | Orthostatische hypotensie |
| K89 | Voorbijgaande cerebrale ischemie |
| K90 | Cerebrovasculair accident (CVA) |
| K91 | Cerebrovasculaire ziekte |
| K92 | Atherosclerose/ziekte perif arteriën |
| K93 | Longembolie |
| K94 | Phlebitis/thrombophlebitis |
| K95 | Varices been |
| K96 | Hemorroïden |
| K99 | Andere ziekte cardiovasculair stelsel |

### Bewegingsapparaat L

| | |
|---|---|
| L01 | Symptomen/klachten nek |
| L02 | Symptomen/klachten rug |
| L03 | Symptomen/klachten lage-rug |
| L04 | Symptomen/klachten borstkas |
| L05 | Symptomen/klachten flank/oksel |
| L07 | Symptomen/klachten kaak |
| L08 | Symptomen/klachten schouder |
| L09 | Symptomen/klachten arm |
| L10 | Symptomen/klachten elleboog |
| L11 | Symptomen/klachten pols |
| L12 | Symptomen/klachten hand/vinger |
| L13 | Symptomen/klachten heup |
| L14 | Symptomen/klachten been/dijbeen |
| L15 | Symptomen/klachten knie |
| L16 | Symptomen/klachten enkel |
| L17 | Symptomen/klachten voet/teen |
| L18 | Spierpijn |
| L19 | Symptomen/klachten spier nao |
| L20 | Symptomen/klachten gewricht nao |
| L26 | Angst voor kanker bewegingsst. |
| L27 | Angst voor andere ziekte bewegingsst. |
| L28 | Functiebeperking/handicap (L) |
| L29 | And symptomen/klachten bewegingsst. |
| L70 | Infectieziekte bewegingsst. |
| L71 | Maligniteit bewegingsst. |
| L72 | Fractuur radius/ulna |
| L73 | Fractuur tibia/fibula |
| L74 | Fractuur hand/voet |
| L75 | Fractuur femur |
| L76 | Andere fractuur |
| L77 | Verstuiking/distorsie enkel |
| L78 | Verstuiking/distorsie knie |
| L79 | Verstuiking/distorsie gewricht nao |
| L80 | Luxatie/subluxatie |
| L81 | Ander letsel bewegingsst. |
| L82 | Aangeboren afwijking bewegingsst. |
| L83 | Neksyndroom |
| L84 | Rugsyndroom zonder uitstralende pijn |
| L85 | Verworven afwijking wervelkolom |
| L86 | Rugsyndroom met uitstralende pijn |
| L87 | Bursitis/tendinitis/synoviitis nao |
| L88 | Reumatoïde arthritis |
| L89 | Coxartrose |
| L90 | Gonartrose |
| L91 | Andere perifere artrose |
| L92 | Schoudersyndroom |
| L93 | Epicondylitis lateralis |
| L94 | Osteochondrose |
| L95 | Osteoporose |
| L96 | Acuut inwendig knieletsel |
| L97 | Benigne/niet gespec neopl bewegingsst |
| L98 | Verworven afwijking extremiteiten |
| L99 | Andere ziekte bewegingsapparaat |

### Zenuwstelsel N

| | |
|---|---|
| N01 | Hoofdpijn |
| N03 | Aangezichtspijn |
| N04 | Restless legs |
| N05 | Tintelen vingers/voeten/tenen |
| N06 | Andere sensibiliteitsstoornis |
| N07 | Convulsie/stuip |
| N08 | Abnormale onwillekeurige bewegingen |
| N16 | Stoornis reuk/smaak |
| N17 | Vertigo/duizeligheid |
| N18 | Verlamming/krachtsverlies |
| N19 | Spraakstoornis |
| N26 | Angst voor kanker zenuwstelsel |
| N27 | Angst voor andere ziekte zenuwstelsel |
| N28 | Functiebeperking/handicap (N) |
| N29 | Andere sympt./klachten zenuwstelsel |
| N70 | Poliomyelitis |
| N71 | Meningitis/encephalitis |
| N72 | Tetanus |
| N73 | Andere infectieziekte zenuwstelsel |
| N74 | Maligniteit zenuwstelsel |
| N75 | Benigne neoplasma zenuwstelsel |
| N76 | Niet gespec neoplasma zenuwstelsel |
| N79 | Commotio cerebri |
| N80 | Ander letsel hoofd |
| N81 | Ander letsel zenuwstelsel |
| N85 | Aangeboren afwijking zenuwstelsel |
| N86 | Multiple sclerose |
| N87 | Parkinsonisme |
| N88 | Epilepsie |
| N89 | Migraine |
| N90 | Clusterhoofdpijn |
| N91 | Facialisparalyse/Bell's palsy |
| N92 | Trigeminusneuralgie |
| N93 | Carpale tunnelsyndroom |
| N94 | Perifere neuritis/neuropathie |
| N95 | Spanningshoofdpijn |
| N99 | Andere ziekte zenuwstelsel |

Universiteit Gent
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

## Psychische problemen P

P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel
P02 Acute stressreactie
P03 Depressief gevoel
P04 Prikkelbaar/boos gevoel/gedrag
P05 Zich oud voelen/gedragen
P06 Slaapstoornis
P07 Verminderd seksueel verlangen
P08 Verminderde seksuele bevrediging
P09 Bezorgdheid over seksuele voorkeur
P10 Stamelen/stotteren/tic
P11 Eetprobleem bij kind
P12 Enuresis
P13 Encopresis/problemen toilettraining
P15 Chronisch alcoholmisbruik
P16 Acuut alcoholmisbruik
P17 Tabaksmisbruik
P18 Geneesmiddelmisbruik
P19 Drugsmisbruik
P20 Geheugenstoornis
P22 Gedragsprobleem kind
P23 Gedragsprobleem adolescent
P24 Specifiek leerprobleem
P25 Levensfaseprobleem volwassene
P27 Angst voor psychische ziekte
P28 Functiebeperking/handicap (P)
P29 Andere psychische sympt./klachten
P70 Dementie
P71 Andere organische psychose
P72 Schizofrenie
P73 Affectieve psychose
P74 Angststoornis/angsttoestand
P75 Somatisatiestoornis
P76 Depressieve stoornis
P77 Suïcide/suïcidepoging
P78 Neurasthenie/zurmenage
P79 Fobie/dwangstoornis
P80 Persoonlijkheidsstoornis
P81 Hyperkinetische stoornis
P82 Posttraumatische stressstoornis
P85 Mentale retardatie
P86 Anorexia nervosa/boulimie
P98 Psychose nao
P99 Andere psychische ziekte

**Processcodes**
**Symptomen / klachten**
**Infecties**
**Neoplasmata**
**Traumata**
**Aangeboren afwijkingen**
**Andere diagnosen**

## Luchtwegen R

R01 Pijn toegeschreven aan luchtwegen
R02 Kortademigheid
R03 Piepende ademhaling
R04 Ander probleem ademhaling
R05 Hoesten
R06 Epistaxis/neusbloeding
R07 Niezen/neusverstopping
R08 Andere symptomen/klachten neus
R09 Symptomen/klachten neusbijholten nao
R21 Symptomen/klachten keel
R23 Symptomen/klachten stem
R24 Haemoptoe
R25 Abnormaal sputum/slijm
R26 Angst voor kanker luchtwegen
R27 Angst voor andere ziekte luchtwegen
R28 Functiebeperking/handicap (R)
R29 Andere sympt./klachten lucht-wegen
R71 Kinkhoest
R72 Streptokokken angina
R73 Furunkel/abces neus
R74 Acute infectie bovenste luchtwegen
R75 Acute/chronische sinusitis
R76 Acute tonsillitis
R77 Acute laryngitis/tracheitis
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis
R79 Chronische bronchitis
R80 Influenza
R81 Pneumonie
R82 Pleuritis/pleuravocht
R83 Andere infectie luchtwegen
R84 Maligniteit bronchus/long
R85 Andere maligniteit luchtwegen
R86 Benigne neoplasma luchtwegen
R87 Corpus alienum neus/larynx/bronchus
R88 Ander letsel luchtwegen
R89 Aangeboren afwijking luchtwegen
R90 Hypertrofie tonsillen/adenoïd
R92 Niet gespec neoplasma luchtwegen
R95 Chronisch obstructieve longziekte
R96 Astma
R97 Allergische rhinitis
R98 Hyperventilatiesyndroom
R99 Andere ziekte luchtwegen

## Huid S

S01 Pijn/gevoeligheid huid
S02 Jeuk
S03 Wratten
S04 Lokale zwelling/knobbel huid
S05 Mult zwellingen/knobbels huid
S06 Lokaal exantheem
S07 Gegeneraliseerd exantheem
S08 Verandering in kleur huid
S09 Infectie vinger/teen
S10 Furunkel/karbunkel
S11 Posttraumatische huidinfectie
S12 Beet/steek insect
S13 Beet mens/dier
S14 Brandwond
S15 Corpus alienum in huid
S16 Buil/kneuzing
S17 Schaafwond/schram/blaar
S18 Scheurwond/snijwond
S19 Ander huidletsel
S20 Likdoorn/eeltknobbel
S21 Symptomen/klachten aspect huid
S22 Symptomen/klachten nagels
S23 Haaruitval/kaalheid
S24 Symptomen/klachten haar/hoofdhuid
S26 Angst voor kanker huid
S27 Angst voor andere ziekte huid
S28 Functiebeperking/handicap (S)
S29 Andere symptomen/klachten huid
S70 Herpes zoster
S71 Herpes simplex
S72 Scabies/andere ziekte door mijten
S73 Pediculosis/andere huidinfestatie
S74 Dermatomycose
S75 Candidiasis huid
S76 Andere huidinfectie
S77 Maligniteit huid
S78 Lipoom
S79 Benigne/niet gespec neoplasma huid
S80 Fotokeratose/zonnebrand
S81 Hemangioom/lymfangioom
S82 Naevus
S83 Andere aangeboren afwijking huid
S84 Impetigo
S85 Pilonidaal cyste/fistel
S86 Seborroisch eczeem
S87 Constitutioneel eczeem
S88 Contacteczeem
S89 Luieruitslag
S90 Pityriasis rosea
S91 Psoriasis
S92 Ziekte zweetklieren
S93 Atheroomcyste
S94 Unguis incarnatus
S95 Molluscum contagiosum
S96 Acne
S97 Chronisch huidulcus
S98 Urticaria
S99 Andere ziekte huid

## Endocriene klieren/stofwisseling/ voeding T

T01 Overmatige dorst
T02 Overmatige eetlust
T03 Verminderde eetlust
T04 Voedingsprobleem zuigeling/kind
T05 Voedingsprobleem volwassene
T07 Gewichtstoename
T08 Gewichtsverlies
T10 Vertraagde groei
T11 Dehydratie
T26 Angst voor kanker endocriene klieren
T27 Angst and ziekte endocr/stofwisseling
T28 Functiebeperking/handicap (T)
T29 And sympt/klacht endocr/stofwis/voed
T70 Infectie endocriene klier
T71 Maligniteit schildklier
T72 Benigne neoplasma schildklier
T73 And/niet gespec neopl endocriene klier
T78 Ductus thyreoglossus/cyste
T80 And aangeb afwijking endocr/stofwis
T81 Struma
T82 Adipositas
T83 Overgewicht
T85 Hyperthyreoïdie/thyreotoxicose
T86 Hypothyreoïdie/myxoedeem
T87 Hypoglykemie
T89 Insuline afhankelijke diabetes
T90 Niet insuline afhankelijke diabetes
T91 Vitamine-/voedingsdeficiëntie
T92 Jicht
T93 Vetstofwisselingsstoornis
T99 Andere ziekte endocr/stofwis/voeding

## Urinewegen U

U01 Pijnlijke mictie
U02 Frequente mictie/aandrang
U04 Urine-incontinentie
U05 Ander mictieprobleem
U06 Hematurie
U07 Andere symptomen/klachten urine
U08 Urineretentie
U13 Andere symptomen/klachten blaas
U14 Symptomen/klachten nier
U26 Angst voor kanker urinewegen
U27 Angst voor andere ziekte urinewegen
U28 Functiebeperking/handicap (U)
U29 Andere sympt./klachten urine-wegen
U70 Pyelonephritis/pyelitis
U71 Cystitis/andere urineweginfectie
U72 Urethritis
U75 Maligniteit nier
U76 Maligniteit blaas
U77 Andere maligniteit urinewegen
U78 Benigne neoplasma urinewegen
U79 Niet gespec neoplasma urinewegen
U80 Letsel urinewegen
U85 Aangeboren afwijking urinewegen
U88 Glomerulonephritis/nefrose
U90 Orthostatische proteïnurie/albuminurie
U95 Urolithiasis
U98 Abnormale uitslag urine-onderzoek nao
U99 Andere ziekte urinewegen

## Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling W

W01 Vraag bestaan zwangerschap
W02 Angst zwanger te zijn
W03 Bloedverlies tijdens zwangerschap
W05 Braken/misselijkheid tijdens zwang
W10 Postcoitum anticonceptie
W11 Orale anticonceptie
W12 Intra-uteriene anticonceptie
W13 Sterilisatie vrouw
W14 Andere vorm van anticonceptie vrouw
W15 Infertiliteit/subfertiliteit vrouw
W17 Post-partum bloedverlies
W18 Andere sympt./klachten post-partum
W19 Sympt./klachten borst/borstvoeding
W21 Ontevreden/bezorgd uiterlijk zwang
W27 Angst voor complicatie zwangerschap
W28 Functiebeperking/handicap (W)
W29 Andere sympt./klachten zwanger-schap
W70 Puerperale infectie/sepsis
W71 Zwangerschapcomplicerende infectie
W72 Maligniteit gerelateerd aan zwang
W73 Benigne/niet gespec neopl zwangersch.
W75 Zwangerschapcomplicerend letsel
W76 Zwang compl aangeboren afw moeder
W78 Zwangerschap
W79 Ongewenste zwangerschap
W80 Ectopische zwangerschap
W81 Zwangerschapstoxicose
W82 Spontane abortus
W83 Abortus provocatus
W84 Zwangerschap met verhoogd risico
W85 Zwangerschapsdiabetes
W90 Ongecompl bevalling levendgeborene
W91 Ongecompl bevalling doodgeborene
W92 Gecompl bevalling levendgeborene
W93 Gecompliceerde bevall. doodgeborene
W94 Mastitis puerperalis
W95 Andere ziekte borsten zwang/kraambed
W96 Andere complicatie kraambed
W99 Andere ziekte zwangerschap/bevalling

## Vrouwel. geslachtsorganen (incl. borsten) X

X01 Pijn geslachtsorganen vrouw
X02 Menstruatiepijn
X03 Intermenstruele pijn
X04 Pijnlijke coitus vrouw
X05 Amenorroe/oligomenorroe
X06 Menorragie
X07 Onregelmatige/frequente menstruatie
X08 Intermenstrueel bloedverlies
X09 Premenstruele symptomen/klachten
X10 Uitstel van de menstruatie
X11 Menopauzale symptomen/klachten
X12 Postmenopauzaal bloedverlies
X13 Bloedverlies na coitus
X14 Vaginale afscheiding
X15 Andere vaginale symptomen/klachten
X16 Symptomen/klachten vulva
X17 Symptomen/klachten kleine bekken vr
X18 Pijn in de borst(en) vrouw
X19 Knobbel/zwelling borst vrouw
X20 Symptomen/klachten tepel vrouw
X21 Andere symptomen/klachten borsten vr
X22 Ontevreden over uiterlijk borsten vr
X23 Angst voor seks overdraagbare aand vr
X24 Angst voor seksueel disfunctioneren vr
X25 Angst voor kanker geslachtsorganen vr
X26 Angst voor borstkanker vrouw
X27 Angst voor and ziekte geslachtsorg vr
X28 Functiebeperking/handicap (X)
X29 And sympt./klachten geslachtsorg vr
X70 Syphilis vrouw
X71 Gonorroe vrouw
X72 Genitale candidiasis vrouw
X73 Genitale trichomoniasis vrouw
X74 Ontsteking kleine bekken/PID
X75 Maligniteit cervix uteri
X76 Maligniteit borst vrouw
X77 Andere maligniteit geslachtsorganen vr
X78 Fibromyoom uterus
X79 Benigne neoplasma borst vrouw
X80 Benigne neoplasma geslachtsorg vr
X81 And/niet gespec neopl geslachtsorg vr
X82 Letsel geslachtsorganen vrouw
X83 Aangeb afwijking geslachtsorganen vr
X84 Vaginitis/vulvitis nao
X85 Ziekte cervix uteri nao
X86 Abnormale cervixuitstrijk
X87 Prolaps vagina/uterus
X88 Mastopathie/cyste borst vrouw
X89 Premenstrueel spanningssyndroom
X90 Herpes genitalis vrouw
X91 Condylomata acuminata vrouw
X92 Chlamydia-infectie geslachtsorganen vr
X99 And ziekte geslachtsorganen/borsten vr

## Mannelijke geslachtsorganen (incl. borsten) Y

Y01 Pijn penis
Y02 Pijn testis/scrotum
Y03 Afscheiding urethra man
Y04 Andere symptomen/klachten penis
Y05 Andere sympt/klacht scrotum/testis
Y06 Symptomen/klachten prostaat
Y07 Impotentie nao
Y08 Sympt/klacht seks functie nao man
Y10 Sub-/infertiliteit man
Y13 Sterilisatie man
Y14 Andere vorm van geboorteregeling man
Y16 Symptomen/klachten borst(en) man
Y24 Angst voor seks disfunctioneren man
Y25 Angst voor seks.overdraagb.aand man
Y26 Angst voor kanker geslachtsorg. man
Y27 Angst voor and.ziekte gesl.org. man
Y28 Functiebeperking/handicap (Y)
Y29 And sympt/klachten geslachtsorg man
Y70 Syphilis man
Y71 Gonorroe man
Y72 Herpes genitalis man
Y73 Prostatitis/vesiculitis seminalis
Y74 Orchitis/epididymitis
Y75 Balanitis
Y76 Condylomata acuminata man
Y77 Maligniteit prostaat
Y78 And maligniteit geslachtsorganen man
Y79 Ben/niet gespec.neopl.gesl.org.man
Y80 Letsel geslachtsorganen man
Y81 Phimosis/slurfpreputium
Y82 Hypospadie
Y83 Niet ingedaalde testis
Y84 And. aangeboren afw geslachtsorg man
Y85 Benigne prostaathypertrofie
Y86 Hydrocele
Y99 Andere ziekte geslachtsorganen man

## Sociale problemen Z

Z01 Armoede/financieel probleem
Z02 Probleem met voedsel/water
Z03 Probleem met huisvesting/buurt
Z04 Sociaal-cultureel probleem
Z05 Probleem met werk
Z06 Probleem met werkloosheid
Z07 Probleem met opleiding
Z08 Probleem met sociale zekerheid
Z09 Juridisch probleem
Z10 Probleem met gezondheidszorg
Z11 Probleem ziek zijn/acceptatie ziekte
Z12 Relatieprobleem met partner
Z13 Probleem met gedrag van partner
Z14 Probleem met ziekte van partner
Z15 Verlies/overlijden van partner
Z16 Relatieprobleem met kind
Z18 Probleem met ziekte van kind
Z19 Verlies/overlijden van kind
Z20 Relatieprobleem met ouders/familie
Z21 Probleem met gedrag ouders/familie
Z22 Probleem met ziekte ouders/familie
Z23 Verlies/overlijden van ouders/familie
Z24 Relatieprobleem met vrienden
Z25 Aanranding/and schadel. gebeurtenis
Z27 Angst een sociaal probleem te hebben
Z28 Functiebeperking/handicap (Z)
Z29 Sociaal probleem nao

## Afkortingen

| | |
|---|---|
| Aand | aandoening |
| Aangeb | aangeboren |
| Afw | afwijking |
| And | andere |
| Ben | benigne |
| Compl | complicaties |
| Gegen | gegeneraliseerde |
| Gesl.org. | geslachtsorganen |
| Gespec | gespecifieerde |
| Hulpverl | hulpverlener |
| Lok | lokalisatie |
| Nao | niet anders omschreven |
| Neopl | neoplasma |
| Schadel | schadelijke |
| Spijsver | spijsverteringsorganen |
| Sympt | symptomen |
| Vr | vrouw |
| Vrouwel | vrouwelijke |
| z.van | ziekte van |
| Zwang | zwangerschap |

**Biomedische Wetenschappen**
## Ethische begeleiding masterproeven

## mp11425 Kwaliteitsverbeterend project rond de aanpak van psychosociale problemen in een Alkense huisartspraktijk

Student(en):
Barbara Peeters
Promotor:
Jan De Lepeleire (jan.delepeleire@med.kuleuven.be - u0007721 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:
Peeters Barbara

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief interventioneel onderzoek
Gebruikte methode:
zonder geneesmiddelen

**Bijkomende gegevens:**

Achtergrond:
Vorig academiejaar 2014-2015 werkte ik in mijn masterproef geneeskunde mee aan een explorerend kwalitatief onderzoek naar de aanpak van psychosociale problemen in de huisartspraktijk van morgen. Hierin formuleerde ik een algemeen plan van aanpak voor psychosociale problemen, bestaande uit een minimum takenpakket voor de huisarts en adviezen inzake opvolging, verwijzing en samenwerking met hulpverleners uit de eerste en tweede lijn.
In de praktijk waar ik momenteel als huisarts-in-opleiding (HAIO) aan het werk ben, vormen de patiënten met psychosociale problemen een aanzienlijke groep in de patiëntenpopulatie. De praktijkvisie stelt voor hen een kwaliteitsvolle huisartsgeneeskunde voorop, in samenwerking met gespecialiseerde psychosociale hulpverleners uit de regio.
Het aanbod aan psychologen en psychotherapeuten, zowel verbonden aan centra als zelfstandig werkzaam, is groot, maar de aanpak van de hulpverlening is in de praktijk onvoldoende gekend. De vraag stelt zich bijgevolg hoe de huisarts een grondiger inzicht kan krijgen in de verschillende vormen van psychosociale hulpverlening in de regio waarop hij een beroep kan doen, hoe naar deze instanties verwezen dient te worden en op welke manier er constructief kan worden samengewerkt.

## Vraagstelling:

*Onderzoeksdoel*

Hoe kan de samenwerking tussen de huisarts en de regionale psychosociale hulpverleners uit de eerste en tweede lijn aangepast worden volgens de noden van de huidige aanpak in de opleidingspraktijk en de ervaren behoeften van de patiënten met een psychosociaal probleem, de huisarts en de psychosociale hulpverleners?

*Onderzoeksvragen*

1) Hoe verloopt de huidige aanpak van psychosociale problemen in de opleidingspraktijk?
a. Wat nemen de PO en de HAIO zelf op bij de psychosociale problemen die zij tegenkomen? Welke ondersteuning bieden zij zelf aan?
b. Wanneer hebben de PO en de HAIO hulp nodig? Voor welke problemen en in welke situaties doen zij een beroep op andere instanties?
c. Worden hun verwachtingen ingevuld?
d. Welke noden en behoeften ervaren zij?
e. Hoe zien zij de taakafstemming en de samenwerking met de regionale psychosociale hulpverleners?

2) Hoe beleven de patiënten met een psychosociaal probleem de huidige aanpak in de opleidingspraktijk?
a. Wat denken zij over de aangeboden hulp door de PO en de HAIO?
b. Hoe ervaren zij de ondersteuning via verwijzing?
c. Worden hun verwachtingen ingelost? In welke mate helpen enerzijds PO en HAIO in eigen beheer, anderzijds psychosociale hulpverleners via verwijzing hun problemen aanpakken?
d. Welke belemmeringen voelen zij? Tegen welke barrières lopen zij aan?

3) Waaruit bestaat het psychosociale hulpverleningsaanbod in de regio? Welke vormen van psychosociale hulp zijn er?
a. Wat doen de verschillende psychosociale hulpverleners waarmee de opleidingspraktijk samenwerkt? Hoe onderscheiden zij zich van elkaar?
i. Voor welke problemen kan de opleidingspraktijk bij hen terecht?
ii. Hoe pakken zij deze problemen aan? Zijn er aspecten of problemen die niet opgenomen worden?
b. Welke ideeën hebben zij over de verwijzing door de huisarts en de HAIO?
i. Via een intake, waarna de hulpverlener wordt gekozen? Kan een directe gerichte verwijzing naar een specifieke vorm van ondersteuning of hulpverlener door de PO en HAIO plaatsvinden?
ii. Hoe kan vermeden worden dat een intake tot een nieuwe verwijzing leidt?
iii. Hoe kunnen de PO en de HAIO de verwijzing gericht sturen?
iv. Op welke manier komt de juiste patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener terecht?
c. Hoe zien zij de taakafstemming en de samenwerking met de PO en de HAIO?
d. Wat denken zij over de terugkoppeling van informatie naar de PO en de HAIO?

4) Welke problemen, knelpunten en moeilijkheden inzake samenwerking worden uit de visies van patiënt, huisarts (PO en HAIO) en psychosociale hulpverlener geïdentificeerd?

5) Leiden overeengekomen oplossingen, interventies en actiepunten tussen de PO en de HAIO en de psychosociale hulpverleners waarmee zij samenwerken tot
a. een grotere patiënten tevredenheid? (beleving)
b. een subjectief betere ervaring van gericht verwijzen en met voldoening samenwerken? (kwaliteitsverbetering)

## Methodologie:

Het kwaliteitsverbeterd project wordt opgevat als een participerend actieonderzoek.

*FOCUS (find problem, organise meeting, clarify problem, understand proces, select strategy)*

Kwalitatief (voormeting)
Via een semigestructureerd diepte-interview met de PO in de opleidingspraktijk wordt de huidige aanpak in de praktijk in kaart gebracht. Hiervoor wordt een herwerkte versie van de vragenset uit de masterproef van vorig academiejaar gebruikt. De huidige aanpak wordt getoetst aan het minimum takenpakket dat in diezelfde masterproef werd voorgesteld om eventuele hiaten in het licht te stellen.
Via retrospectief onderzoek door middel van een search in het EMD worden alle patiënten die zich over een bepaalde periode (vb. jaar 2015) in de praktijk met een psychosociaal probleem aanmeldden, geïdentificeerd. Deze patiënten worden aangeschreven via brief of e-mail, waarin uitleg gegeven wordt over het praktijkproject, waarna hen om hun deelname wordt gevraagd (informed consent). Bij onvoldoende respons worden herhalingsuitnodigingen verstuurd of worden de patiënten telefonisch gecontacteerd. Via een gestructureerde vragenlijst en aanvullende diepte-interviews wordt hun perspectief belicht. Deze worden opgesteld aan de hand van een voorbereidende literatuurstudie, waarin eveneens wordt gezocht naar objectieve parameters voor evaluatie. Via bezoeken aan, en gesprekken aan de hand van semigestructureerde interviews met de psychosociale hulpverleners waarmee de praktijk samenwerkt, wordt een overzicht van de verschillende hulpverleners en hun manier van werken opgesteld en worden hun ideeën opgetekend.

De verschillende visies worden samengelegd in een visgraatanalyse (personen: huisarts (PO en HAIO)/hulpverlener/patiënt, praktijk, externe factoren: maatschappij, middelen: economie, etc.) om zowel de positieve aspecten inzake samenwerking als de werkpunten duidelijk te maken. Deze probleemanalyse wordt in een gezamenlijke vergadering met de huisarts en de psychosociale hulpverleners besproken. Hieruit worden oplossingen, interventies en actiepunten voorgesteld. De verschillende visies vormen ook een toetsing voor de toepasbaarheid van het minimum takenpakket dat vorig academiejaar in de masterthesis werd voorgesteld. Hiaten in dit pakket worden onderzocht, waarna aanvulling en bijsturing. Zo nodig worden andere en extra accenten gelegd. Zo mogelijk worden de voorgestelde oplossingen, interventies en actiepunten uit de visgraatanalyse geïntegreerd.

Tussenfase
Dit geheel (het voorbereidende hypothesen genererende werk over problemen en verbeterpunten via de interviews enerzijds en het toetsende werk over de toepasbaarheid van het minimum takenpakket anderzijds) leidt tot een consensus over een nieuwe aanpak, waarmee PO, HAIO en psychosociale hulpverleners akkoord gaan en die wordt geformuleerd onder de vorm van een aangepast minimum takenpakket.

*PDCA (plan, do, check, act)*

Prospectief worden alle nieuwe patiënten die zich in een bepaalde periode (vb. vanaf datum x in 2016) met een psychosociaal probleem presenteren volgens de nieuwe aanpak benaderd. De voorgestelde oplossingen, interventies en acties worden toegepast. De PO en de HAIO voeren het aangepaste minimum takenpakket systematisch uit. Gemaakte afspraken tussen de huisarts en de psychosociale hulpverleners over verwijzen en samenwerken worden gevolgd. Tussentijds wordt in een gezamenlijke vergadering met de huisarts en de psychosociale hulpverleners een eerste check gepland. De nieuwe aanpak wordt op basis hiervan geëvalueerd en bijgestuurd, waar nodig.

Kwantitatief (nameting)
Op het einde van de prospectieve onderzoeksperiode worden de patiënten, via dezelfde gestructureerde vragenlijst en hetzelfde bijkomende diepte-interview als de retrospectieve

groep patiënten, bevraagd over hun bevindingen en ervaringen van de aanpak van hun psychosociale probleem. Outcomes zoals medicatiegebruik (bijvoorbeeld minder voorschrijven van slaapmiddelen of psychofarmaca), aantal consulten in de opleidingspraktijk en bij de psychosociale hulpverleners, tevredenheid over de zorg, mate waarin psychosociale problemen afnamen, etc. komen hierin aan bod. Verder zullen hierbij mogelijk patiënten van de retrospectieve groep zitten wiens problemen nog niet opgelost of hangende waren, bijvoorbeeld wegens ontevredenheid over de aangeboden hulp. Zij vormen een interessante aparte groep: voelen zij zich, na de aanpassing van de aanpak in de opleidingspraktijk, beter geholpen?

Referenties:

- Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Onderzoeksrapport: voorkomen en aanpak van psychosociale problemen in eerste lijn. 2013.
- Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Presenting prevalence and management of psychosocial problems in primary care in Flanders. Archives of Public Health (2015) 73:10 DOI 10.1186/s13690-015-0061-4.
- Pas L, De Deken L, Van Rossen E. Samenwerking tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg bij depressie en preventie van zelfdoding – een synthese ten behoeve van lokaal overleg en toepassing. Domus Medica 2007.

## BIJLAGE 8 – GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Kwaliteitsverbeterend project rond de aanpak van psychosociale problemen in een Alkense huisartspraktijk" (mp11425)

Martine Goossens <martine.goossens@med.kuleuven.be>
vr 1-4-2016 16:44
Inbox
Aan: Jan De Lepeleire
CC: Barbara Peeters

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Kwaliteitsverbeterend project rond de aanpak van psychosociale problemen in een Alkense huisartspraktijk" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Kwaliteitsverbeterend project rond de aanpak van psychosociale problemen in een Alkense huisartspraktijk" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)