De samenwerking tussen huisarts en psycholoog: wat denkt de patiënt hierover?

Matthias Verleije, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Paul Van Royen, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2017 – 2018]

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

Abstract

Context: Veel Belgen kampen met milde tot matige psychologische problemen. De huisarts en de psycholoog spelen een centrale rol in het detecteren en behandelen van deze psychologische problemen. In de huidige literatuur alsook het nieuwe model van het Kenniscentrum (KCE) is er weinig aandacht voor de visie van de patiënt over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog.

Onderzoeksvragen:

- Wat is de mening van de patiënt over open communicatie tussen huisarts en psycholoog? Waarom wel/niet?
- Welke informatie mag er in de verwijsbrief staan?
- Zijn er bezwaren om dit elektronisch te doen, bv. via SumEHR?
- Wat is de visie van de patiënt over het voorgestelde model van het KCE voor mentale gezondheidszorg?

Methode: Er werd een descriptief, kwalitatief onderzoek opgesteld met semigestructureerde interviews met patiënten. Deze resultaten werden voorgelegd in een focusgroep van huisartsen en psychologen. Alle resultaten werden thematisch geanalyseerd met behulp van Nvivo.

Resultaten: Tien patiënten (gemiddelde leeftijd: 46,6 jr; 6 mannen, 4 vrouwen) die naar een psycholoog zijn geweest geïnterviewd, waarvan 5 na verwijzing door de huisarts, werden geïnterviewd. Hieruit bleek dat de huisarts meer verantwoordelijkheden toegekend kreeg naargelang de vertrouwensband met de patiënt. Meer specifiek gaat dit over de keuze van psycholoog, diagnostiek, steun, inkorting van de wachttijd en administratieve functies. Patiënten stonden positief over communicatie tussen hulpverleners, maar in de realiteit gebeurde dit door de hoge werkdruk zelden. De visie van de patiënt over het KCE-model was wegens de betaalbaarheid en de diverse rollen die de huisarts en eerstelijnspsycholoog hierin kunnen spelen positief. Het beperkt aantal terugbetaalde sessies werd als negatief ervaren.

De resultaten werden voorgelegd aan een focusgroep van 4 psychologen en 3 huisartsen (gemiddelde leeftijd 37 jaar; 5 vrouwen, 2 mannen). Enkel informatie over eerdere opnames en diagnostiek wordt als relevant geacht door hulpverleners. Er heerst een terughoudendheid over elektronische communicatie wegens de vertrouwelijkheid van de informatie en de toegankelijkheid voor andere hulpverleners.

Conclusie: De huisarts kan bij patiënten met psychologische problemen verschillende verantwoordelijkheden opnemen naargelang de vertrouwensband met hen. Patiënten staan positief over interdisciplinaire communicatie, maar er is meer onderzoek nodig over hoe dit praktisch kan en/of dit op een elektronische manier kan gebeuren.

Implicaties voor de praktijk: Er moet voldoende aandacht geschonken worden aan een adequate sociale kaart voor psychologische hulpverlening en hoe interdisciplinaire communicatie onderhouden kan worden. Indien men doorverwijst moet hier tijd in gestoken worden, en relevante verwijsbrieven worden voorzien. Belangrijke opmerkingen voor het KCE-model zijn dat er rekening gehouden moet worden met privacy, de vertrouwensband met de eerstelijnspsycholoog, het aantal terugbetaalde sessies en initiatieven om deze zorg toegankelijker te maken.

Trefwoorden: patient preference, consultation and referral, patient satisfaction, interdisciplinary communication, primary care, mental health

Inhoudsopgave

1 INLEIDING 1
ACHTERGROND 1
ONDERZOEKSVRAGEN 3

2 LITERATUURSTUDIE 4
INLEIDING 4
METHODOLOGIE LITERATUURSTUDIE 4
Zoektermen 4
Bronnen 4
RESULTATEN 5
Relatie met de huisarts 5
Autonomie 5
Interactie tussen huisarts en patiënt 6
Interdisciplinaire communicatie 6
Betaalbaarheid 7
Follow-up 7

3 VELDONDERZOEK: INTERVIEWS MET PATIËNTEN 8
INTRODUCTIE 8
METHODOLOGIE 8
Studie design 8
Rekrutering 8
Dataverzameling 8
Thematische analyse 9
RESULTATEN 9
Demografische gegevens 9
Inleiding 9
De huisarts 9
De psycholoog 14
De patiënt 18
Interdisciplinaire communicatie 20
Het elektronisch dossier 21
Het KCE-model: organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg 22

4 VELDONDERZOEK: FOCUSGROEP MET HUISARTSEN EN PSYCHOLOGEN 27
1. METHODOLOGIE 27
Studiedesign 27
Rekrutering 27
Dataverzameling 27
Thematische analyse 27
RESULTATEN 27
Demografische gegevens 27
De huisarts 28
Interdisciplinaire communicatie 29
Elektronisch dossier 30
De psycholoog 30
De patiënt 31
Het KCE-model: organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg 31

6) DISCUSSIE 34

7) RICHTLIJNEN VOOR DE PRAKTIJK 37

8) BIBLIOGRAFIE 38

9) BIJLAGEN 39
BIJLAGE 1: SAMENVATTING COCHRANE-BEOORDELINGSFORMULIEREN LITERATUUR 39
BIJLAGE 2: INLICHTINGSFORMULIER 41
BIJLAGE 3: INFORMED CONSENT 41
BIJLAGE 4: SCRIPT INTERVIEWS 42
BIJLAGE 5: GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ 44
BIJLAGE 6: INFORMED CONSENT FOCUSGROEP 45
BIJLAGE 7: PROTOCOL ICHO 47

1 Inleiding

Achtergrond

Belgen kampen steeds meer met psychologische problemen. Uit de resultaten van de nationale gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid blijkt dat een derde van de bevolking (van ouder dan 15 jaar) psychologische problemen te hebben. Dit betekent dat ze zich o.a. gestresseerd of gespannen voelen of ongelukkig of gedeprimeerd zijn. 10% van de bevolking blijkt last te hebben van angststoornissen, 15% vertoont tekenen van depressie en 30% heeft slaapproblemen.[1]
Deze cijfers zijn ook gestegen sinds die enquête van 2008. Verder verklaarde 16% van de respondenten psychofarmaca te hebben genomen (kalmeermiddelen of antidepressiva) in de 2 weken voorafgaand aan het interview. Alcoholgebruik werd bij 10% van de respondenten als problematisch beschouwd.[1]
Mensen uit achtergestelde sociale klassen en werklozen hebben in het algemeen meer psychologische problemen.[2] Verder kampt ons land ook met een hoog aantal zelfdodingen, met een jaarlijks sterftecijfer van 17,4 per 100.000 inwoners (gestandaardiseerd gemiddelde voor leeftijd en geslacht) tegenover 10,6 in de Europese Unie (cijfers van 2012).[3]

Psychologische problemen zijn niet alleen voor de betrokkene, maar ook voor de maatschappij een grote belasting, vooral inzake van absenteïsme en productiviteitsverlies.[2] Meer specifiek, werd de algemene kost van psychische aandoeningen in België in 2001 al geschat op 4% van het BBP.[4] Volgens de cijfers van het RIZIV (2013) zijn een derde tot de helft van de nieuwe aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen toe te schrijven aan geestelijke aandoeningen. Op 10 jaar tijd is dit een stijging met 58%.[5]

Psychotrope geneesmiddelen (antidepressiva en kalmeermiddelen) worden als één van de enige gemakkelijk toegankelijke therapeutische opties beschouwd voor mensen met angst- en depressieve stoornissen. Het gebruik ligt hoger bij de laagst geschoolden (33% is gebruiker) en bij ouderen (35% van de 75-plussers gebruikt). Het gebruik van antidepressiva ligt aanzienlijk hoger dan het Europese gemiddelde (71,0 doses per dag per 1000 inwoners tegenover 64,6 voor het Europese gemiddelde).[6]

De voorkeur van de patiënt om zijn of haar psychologische problemen te behandelen met psychotherapie in plaats van medicatie mag ook niet onderschat worden. In een literatuurstudie uit 2003 werd onderzocht welke behandeling patiënten met een depressie verkozen.[12] Uit de verschillende RCT's en focusgroepen bleek dat patiënten therapie verkozen boven medicatie omdat ze dit beschouwden als "werken aan de kern van het probleem". Antidepressiva daarentegen beschouwd als verslavend. Hun voorkeur werd echter sterk bepaald door eerdere ervaringen met psychotherapie of antidepressiva. Vrouwelijke patiënten verkozen eerder psychotherapie en oudere patiënten eerder medicamenteuze behandeling. Opvallend was dat patiënten die een sterke voorkeur voor psychotherapie hadden, maar geen therapie konden starten, vaak onbehandeld bleven.[7]
Zoals vermeld in het KCE-verslag kan het onbehandeld blijven van milde tot matige psychologische problemen leiden tot een verergering van deze problemen met een bemoeilijking van behandeling tot gevolg.[8]

Bij geriatrische patiënten zag men een soortgelijk patroon qua voorkeursbehandeling. Mannelijke patiënten of patiënten die eerder antidepressiva namen, hadden een voorkeur voor antidepressiva. Het merendeel (57%) verkoos echter psychotherapie. In de studie van Amber Gum zag men echter dat geriatrische patiënten een hogere tevredenheid ervaarden van de behandeling van hun depressie bij een samenwerking tussen huisarts, psycholoog en

adviserend psychiater. De outcome van deze multidisciplinaire behandeling was ook beter dan de gewone behandeling (enkel medicamenteuze of psychologische behandeling na bespreking met de huisarts).[9]

De hoge frequentie van psychologische problemen en de aanzienlijke persoonlijke en maatschappelijke impact werden reeds in de inleiding van het KCE-rapport 265a beschreven.[6] Momenteel speelt de huisarts een centrale rol in het herkennen en behandelen van deze psychologische problemen. De huisarts is een eerste aanspreekpunt en coördinator in de gezondheidszorg. Verder wordt de huisarts ook geconsulteerd door verschillende leeftijdsgroepen over recidiverende somatische klachten, psychosomatische klachten, verslaving en levenseinde.[10]

Op de eerstelijnsgezondheidsconferentie van 2010 bracht de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle geestelijke gezondheidszorgspecialisten uit de eerste lijn, een aantal knelpunten aan in de geestelijke gezondheidszorg die de bovenvermelde problemen zouden kunnen verklaren.[11] Zo werd een gebrek aan coördinatie, samenhang en samenwerking in de eerste lijn, een beperkte toegankelijkheid van de zorg voor kwetsbare en kansarme groepen en onvoldoende competenties inzake psychische problematieken bij eerstelijnswerkers aangehaald. Soms worden ook enkel psychofarmaca voorgeschreven omdat ze geen andere concrete oplossing hebben.[12]

Daarom werden door minister Jo Vandeurzen zeven proefprojecten omtrent eerstelijnspsychologen gestart. Zo werd er onderzocht hoe aan de bovenstaande knelpunten een antwoord kon worden geboden. Nadien bleken de aanbevelingen om deze knelpunten aan te pakken divers te zijn. Zo zou de psychiatrische zorg in de thuissituatie, alsook in crisis- en spoedsituaties uitgebreid moeten worden. Verder zou ook de samenwerking tussen verschillende actoren in de eerste lijn moeten verbeteren, alsook hun samenwerking met gespecialiseerde zorgverleners. Er zou meer aandacht gegeven moeten worden aan preventie, e-mental health, maar ook aan het stigma rond psychische problemen. Als laatste zouden er ook eerstelijnspsychologen ingevoerd moeten worden om zo de toegankelijkheid, de kwaliteit van de zorg en de samenwerking met de tweedelijnszorg te verbeteren.[13]

In dit laatste advies speelt ook de huisarts een grote rol. De verantwoordelijkheden van de huisarts in dit model zijn het herkennen van psychische problemen en het inschatten van de nood aan zorg. In samenwerking met de eerstelijnspsycholoog is het belangrijk om informatie uit te wisselen en de follow-up van de patiënten ondersteunen.[8]

Door het samenbrengen van de complementaire competenties van huisartsen en psychologen kan de problematiek van de patiënt beter worden geëvalueerd. Een terugkoppeling van informatie vanuit de psycholoog naar de huisarts toe kan ook medisch shoppen en het combineren van verschillende behandelingen vermijden. De huisarts is volgens KCE ook de meest aangewezen persoon om deze informatie te centraliseren.[8]

Bij deze adviezen was er echter beperkte aandacht voor de visie van de patiënt. Zowel over de huidige knelpunten als over het vooropgestelde getrapte model wordt geen feedback van de patiënt gevraagd. In het nieuwe model zou er niet alleen meer aandacht zijn voor psychische problematiek, maar worden de verantwoordelijkheden van de huisarts uitgebreid en wordt de samenwerking met psychologen intenser. Psychische problematiek is een persoonlijk en gevoelig onderwerp, dus de inspraak en de autonomie van de patiënt is ook belangrijk.

Onderzoeksvragen

Zowel in het huidige model als in het model opgesteld door het KCE is er weinig tot geen onderzoek gedaan naar wat de mening is van de patiënt over open communicatie tussen huisarts en psycholoog. De interactie tussen huisarts en psycholoog is natuurlijk niet zonder gevaren. Hoe gedetailleerd en uitgebreid moet deze informatie-uitwisseling zijn? In deze masterthesis wordt verder onderzocht wat de visie van de patiënt is over de samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog. Meer bepaald:

- Wat is de mening van de patiënt over open communicatie tussen huisarts en psycholoog? Waarom wel/niet?
- Welke informatie mag er in de verwijsbrief staan?
- Zijn er bezwaren om dit elektronisch te doen, bv. via SumEHR?
- Wat is de mening van de patiënt over het voorgestelde model van het KCE voor mentale gezondheidszorg?

2 Literatuurstudie

Inleiding

Deze studie onderzocht de visie van de patiënt over de samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog. Hiervoor de huidige literatuur nagegaan of er reeds onderzoeken over gepubliceerd werden. De onderzoeksvragen die gebruikt werden in de literatuurstudie zijn:

- Wat is de mening van de patiënt over open communicatie tussen huisarts en psycholoog? Waarom wel/niet?
- Welke informatie mag er in de verwijsbrief staan?
- Zijn er bezwaren om dit elektronisch te doen, bv. via SumEHR?

Methodologie literatuurstudie

Zoektermen

Uit de bovenstaande onderzoeksvragen werden de volgende Engelse zoektermen geïdentificeerd: 'patient preference', 'consultation and referral', 'primary care', 'mental health', 'patient satisfaction', 'interdisciplinary communication' en 'psychology'. De Nederlandse zoektermen die gebruikt werden zijn: 'communicatie', 'huisarts', 'psycholoog', 'patiënt', 'interactie', 'voorkeur patiënt' en 'patiënt verwijzing'.

Bronnen

In de volgende databases werden verschillende combinaties van de bovenstaande Engelse zoektermen ingevoerd: PubMed, Google Scholar en PsychInfo. Verder werd er ook met de Nederlandse zoektermen gezocht in Domus Medica, NHG, Huisarts Nu, KCE, ICHO, Tijdschrift voor Psychotherapie en Huisarts en Wetenschap. Dit leverde de volgende resultaten op:

Bron	**Aantal resultaten**	**Relevantie op basis van titel en abstract**	**Relevantie na kritische beoordeling**
PubMed	519	13	5
Google Scholar	/	6	2
PsychInfo	139	0	0
Domus Medica	1	0	0
NHG	1	0	0
Huisarts Nu	15	0	0
KCE	1	1	1
ICHO	112	2	0
Tijdschrift voor Psychotherapie	54	0	0
Huisarts en Wetenschap	251	0	0

Een additionele filter zoals publicatiedatum (minder dan 20 jaar geleden) werd gebruikt. Dit leverde 22 studies op, waarvan 5 dubbele resultaten. De overige 17 studies werden beoordeeld aan de hand van de Cochrane-beoordelingsformulieren. (zie bijlage 1)

Resultaten

De resultaten van deze literatuurstudie waren beperkt. Zo zijn er slechtst drie studies gevonden die naadloos aansluiten bij de eigen onderzoeksvraag. Verder zijn er vijf studies met relevante passages weerhouden. Deze resultaten werden verwerkt in de onderstaande thema's.

Relatie met de huisarts

In een Canadese studie werden patiënten met chronische ziekten geïnterviewd over hun noden en voorkeuren omtrent mentale gezondheidszorg. Hieruit bleek dat patiënten die een langdurige relatie met hun huisarts hadden, de huisarts meer bekwaam achtten om de diagnose van een angstproblematiek of depressie te stellen. Zo kon volgens de patiënten de huisarts ook belangrijke informatie van familieleden en kennissen krijgen.[14]

In een Britse *systematic review* werden doorverwezen patiënten geïnterviewd over de problemen die zij ervaarden. Deze studie was niet gespecifieerd voor mentale gezondheidszorg, maar toch kunnen enkele bevindingen in verband met doorverwijzing door de huisarts weerhouden worden. Zo werd de huisarts door sommige patiënten beschouwd als drempel tot verdere zorg, wegens een moeilijke bereikbaarheid van de huisarts en zijn of haar gebrek aan kennis bij ernstige ziekten. Er ook een deel van de patiënten dat de huisarts wel vertrouwde om de patiënt correct door te verwijzen.
Patiënten die een goede vertrouwensband hadden met hun huisarts ervaarden dit anders. Zij beschouwden de huisarts als gids in de gezondheidszorg en voelden zich beter na geruststelling en ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten die deze relatie niet hadden met hun huisarts, hadden ook aanzienlijk minder vertrouwen in de coördinerende functie van hun huisarts. Dit laatste geldt ook voor patiënten die niet bij hun gebruikelijke huisarts terecht kunnen.[15]

In deze studies worden belangrijke elementen aangehaald over verschillende percepties van de huisarts door de patiënt. Als de huisarts een vertrouwenspersoon is in de ogen van de patiënt kan hij ook als aanspreekpunt beschouwd worden voor mentale problemen. Hiervoor is echter de duur van de arts-patiëntrelatie als voldoende tijd tijdens de consultatie belangrijk. Een interessante toevoeging aan deze opmerking is het voorstel van het KCE rapport om een aparte nomenclatuur op te stellen met als doel een beperkt aantal langere consultaties te kunnen hebben bij de huisarts.[8]

Autonomie

In een studie over de voorkeuren qua doorverwijzing naar mentale gezondheidszorg door de huisarts bij Mexicaanse patiënten werden er focusgroepen georganiseerd en interviews afgenomen bij zorgverleners en patiënten. Patiënten wilden duidelijk weten naar wie en waarom ze werden doorgestuurd. Ze verkozen om zelf geactiveerd te worden, waarmee bedoeld werd dat ze graag zelf hun eerste afspraak maakten en informatie kregen over verschillende opties qua behandeling.[16]

Op welke manier de patiënt met zijn autonomie omgaat, werd onderzocht in de reeds vermelde Britse *systematic review*. Zo werd er onderzocht hoe patiënten reageren in situaties waarbij de coördinatie van hulpverleners niet duidelijk is. Patiënten gingen hier proactief mee om door bijvoorbeeld zelf medicatielijsten bij te houden, assertief gedrag te vertonen, zelf contact op te nemen met de huisarts na medische gebeurtenissen en zich zieker voor te doen dan ze effectief waren, zodat er sneller medische beslissingen werden genomen.[15]

In deze studie wordt een belangrijk thema aangehaald, namelijk de autonomie van de patiënt. Verkiezen patiënten om zelf hun eerste afspraak bij de psycholoog te maken of verkiezen ze dat de huisarts de eerste afspraak vastlegt? In welke mate worden patiënten geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden qua psychologen, therapiestromingen en de mogelijke duur van de behandeling?

Interactie tussen huisarts en patiënt

De patiënt hecht belang aan goede communicatie. In een Brits onderzoek werd dit meer gespecifieerd. Factoren zoals tijd, vertrouwensband, begrijpbare informatie en goede interpersoonlijke vaardigheden werden door de patiënt belangrijk geacht. Factoren zoals stress (bij de patiënt), inadequate informatie en het gevoel dat er niet naar de patiënt geluisterd werden als storend ervaren. Patiënten beschouwden hun eigen gebrek aan kennis, slechte lichamelijke gezondheid op moment van consultatie of lagere sociale status in vergelijking met hun arts als oorzaken voor slechte communicatie.[15]

Uit een Mexicaanse studie over de voorkeuren qua doorverwijzing naar mentale gezondheidszorg door de huisarts bleek eveneens dat patiënten veel belang hechten aan goede communicatie. Meer concreet werd hiermee oogcontact, duidelijke communicatie met en ruimte krijgen om hun bezorgdheden te uiten bij hun huisarts bedoeld. Vakjargon en lange wachttijden werden aangehaald als negatieve factor in de communicatie. Opvallend was dat het belang van deze concrete informatie geen enkele keer vermeld werd in de interviews met de hulpverleners zelf. Een simpele vraag zoals ‘hoe voelt u zich?’ kan volgens de geïnterviewde patiënten de interactie met de huisarts verbeteren.[16]

Ook in een longitudinaal, kwantitatief Canadees onderzoek bleek dat de meest voorkomende behoefte van depressieve of angstige patiënten coördinatie in de mentale gezondheidszorg is.[17] In een Canadese studie waarbij chronisch zieke patiënten werden geïnterviewd, bleek dat patiënten zich ook geremd voelen om over mentale gezondheid te praten met hun huisarts. De voornaamste redenen hiervoor waren dat de patiënten tijdsdruk voelden en angst hadden om medicatie voorgeschreven te krijgen.[14]

De interactie tussen de patiënt en de huisarts is ook een belangrijk thema om te bevragen. Zijn er verschillen qua interactie tussen de patiënten die zijn doorverwezen en de patiënten die niet zijn doorverwezen? Welke kenmerken vinden de patiënten belangrijk als zij contact hebben met hun huisarts?

Interdisciplinaire communicatie

Chronische zieke patiënten die nood hadden aan mentale gezondheidszorg waardeerden goede communicatie tussen de huisarts, psycholoog en andere hulpverleners, maar er werd niet gespecifieerd op welke manier. In de studieopzet werden psychologen wel in de huisartspraktijk geïncorporeerd en dit werd door de patiënten ook als positief ervaren.[14]

In een Britse *systematic review* werden doorverwezen patiënten geïnterviewd en hieruit bleek dat sommige patiënten gefrustreerd waren over het gebrek aan communicatie tussen de huisarts en specialisten, maar ook tussen de specialisten onderling. Als oplossing hiervoor werden informele manieren van communicatie, zoals bijvoorbeeld telefoneren gesuggereerd om zo fragmentatie in de gezondheidszorg te voorkomen.[15]

In een Amerikaanse kwantitatieve studie over de frequentie van psychiatrische aandoeningen en de voorkeur van patiënten qua behandeling werd er ook gepeild naar de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog. Hieruit bleek dat er een sterke voorkeur was voor communicatie tussen behandelend arts en de psycholoog (87% van 296 patiënten). Bij

de patiënten die een voorkeur hadden voor de vernoemde interdisciplinaire communicatie was er een lichte voorkeur om de behandeling in dezelfde setting te laten plaatsvinden. Bij patiënten die geen interdisciplinaire communicatie wilden was er een lichte voorkeur om in een externe locatie behandeld te worden door de psycholoog (60%).[18]

In een Canadese *systematic review* werd er nagegaan welke samenwerkingsmodellen voor mentale gezondheidszorg in de eerste lijn er reeds onderzocht werden. Hierbij werden verschillende types patiënten gecategoriseerd naargelang de mentale aandoening en de ernst hiervan. Opvallend was dat de meeste types patiënten een sterke voorkeur hadden voor eenzelfde locatie voor huisartsgeneeskunde en mentale gezondheidszorg (zowel psychiater als psycholoog).[19]

De interdisciplinaire communicatie is ook een belangrijk thema dat met de patiënt moet besproken worden. Hoe ziet de patiënt de communicatie tussen huisarts en psycholoog? Mag er open communicatie zijn? En op welke praktische manier dan liefst? Zou dit ook elektronisch mogen, zoals via de SumEHR bijvoorbeeld? Ook de locatie van bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog is belangrijk om te bespreken. Hebben de patiënten die door de huisarts zijn doorverwezen een andere voorkeur dan diegenen die op eigen houtje contact hebben gezocht met de psycholoog?

Betaalbaarheid

In een longitudinale, kwantitatieve studie bij Canadese depressieve of angstige patiënten werd als belangrijkste tekortkoming van mentale zorg de betaalbaarheid aangehaald. Dit was voor 55% van de ondervraagde patiënten de voornaamste reden om geen psychologische hulpverlening te contacteren.[17]

De betaalbaarheid is een thema dat belangrijk is om met de patiënten te bespreken. Is het belangrijk om hen voor een doorverwijzing te informeren over de kostprijs? Heeft dit belang bij het uitleggen van de therapeutische opties? In het voorgestelde model van het KCE zou de betaalbaarheid van een sessie bij de psycholoog sterk verbeteren, maar zou het aantal sessies beperkt worden. Wat is de mening van de patiënt hierover?

Follow-up

In een Canadese *systematic review* werd er nagegaan welke samenwerkingsmodellen er reeds zijn onderzocht voor mentale gezondheidszorg in de eerste lijn. Hierbij werden verschillende types patiënten gecategoriseerd naargelang de mentale aandoening en de ernst hiervan. Verder bleek ook dat er een betere klinische outcome qua behandeling van depressie was alsook een hoge tevredenheid van patiënten als er voldoende follow-up was. Deze uitvoering van deze follow-up werd echter niet concreet ingevuld.[19]

Hoe beschouwt de patiënt de follow-up? Verwacht de patiënt de er nog contact wordt opgenomen met de huisarts na de doorverwijzing? En op welke manier dan liefst?

3 Veldonderzoek: interviews met patiënten

Introductie

Aangezien de literatuur beperkt is omtrent de visie van de patiënt over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog, zowel in het huidige model als in het model voorgesteld door het KCE, wilden we in het veldonderzoek de volgende vragen onderzoeken:

- Wat is de mening van de patiënt over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog? Waarom wel/niet?
- Welke informatie mag er in de verwijsbrief staan?
- Hoe staat men ten opzichte van digitale (electronische) communicatie? Zijn er bezwaren om dit elektronisch te doen, bv. via SumEHR?
- Wat is de visie van de patiënt over het model voor mentale gezondheidszorg voorgesteld door KCE?

Methodologie

Studie design

Er werd gekozen voor descriptief kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews. Omdat de onderzoeksvragen over persoonlijke mogelijks gevoelige ervaringen en percepties gaan en om meer diepgang te krijgen, werd er geopteerd voor individuele interviews. Er werd een goedkeuring bekomen van het ethisch comité op 14 juni 2017 (zie bijlage 5). Er werd een script opgesteld aan de hand van de thema's die voortkwamen uit de literatuurstudie en het voorgestelde model voor mentale gezondheidszorg van het KCE. Dit script werd ook telkens aangevuld met thema's bekomen uit de voorgaande interviews. De interviews vonden plaats tussen mei 2017 en januari 2018. Er werden 10 interviews afgenomen, waarbij 5 deelnemers die door de huisarts verwezen werden naar de psycholoog en 5 deelnemers die op eigen initiatief contact hadden opgenomen met de psycholoog. In het begin van elk interview werd het onderzoek kort voorgesteld aan de hand van een inlichtingsformulier (zie bijlage 2) en werd er een informed consent ondertekend (zie bijlage 3). De anonimiteit van de dataverwerking werd verzekerd bij de deelnemers en de mogelijkheid om zich nadien terug te trekken uit het onderzoek werd uitgelegd. Er werden demografische gegevens verzameld aan de hand van een korte vragenlijst (zie demografische gegevens onder 3.3). De interviews werden afgenomen door de eerste onderzoeker. De interviews werden ook via geluidsopname geregistreerd om volledige transcriptie te garanderen.

Rekrutering

De deelnemers werden gerekruteerd vanuit verschillende regio's rond Antwerpen via informele contacten van de eerste onderzoeker, de promotor, de praktijkopleider van de eerste onderzoeker en naburige groepspraktijken van psychologen. Er werd een evenwichtig aantal deelnemers uit stedelijke en randstedelijke omgeving gerekruteerd. Er werd aandacht besteed aan een gelijke verdeling van geslacht en leeftijd in de twee vermelde onderzochte deelnemersgroepen.

Dataverzameling

Er werd een script (zie bijlage 5) door eerste onderzoeker en de promotor opgesteld aan de hand van de thema's die voortkwamen uit de literatuurstudie en het voorgestelde model voor mentale gezondheidszorg van het KCE. Zo konden de interviews semi-gestructureerd

afgenomen worden. Het opstellen van het script gebeurde volgens de richtlijnen van de bijscholing "Kwalitatief onderzoek: analyse en resultaten" van Prof. Dr. Lieve Peremans aan de VUB. Er werd gestart met een open vraag om de aanleiding naar het eerste contact met de psycholoog en de context daarvan te schetsen. Nadien werd er aan de hand van de geschetste situatie structureel thema's bevraagd om meer diepgang te bekomen.

Thematische analyse

Alle interviews werden volledig uitgeschreven door de eerste onderzoeker. De transcripten werden gecodeerd door de eerste onderzoeker aan de hand van NVivo (versie 11.4.3). Er werden descriptieve en interpretatieve codes toegekend aan de relevante tekstfragmenten. Daarna werden deze codes gegroepeerd onder grotere thema's. Eerder gecodeerde interviews werden nadien nogmaals geanalyseerd om zo recenter geïdentificeerde thema's ook toe te kennen zo nodig.

Resultaten

Demografische gegevens

Patiënt	Leeftijd	Geslacht	# Psych	Contact HA in jaar	Diagnose	Eerste contact psy
1A	56	M	2	20	Burn-out/depressie	2015
2A	33	M	2	5	Angst/paniek	2016
3A	53	V	1	14	Burn-out	2016
4A	54	M	1	16	Burn-out/stress	2015
5A	36	V	1	4	Trauma/burn-out	2017
1B	41	V	1	6	Burn-out	2017
2B	28	V	1	3	Laag zelfbeeld	2017
3B	27	M	1	1	Angst/dwang-gedachten	2013
4B	33	M	3	4	Verlatingsangst	2014
5B	45	M	3	16	Trauma	2011
	Gemiddeld 46,6j	6 mannen	Gemiddeld 1,6j	Gemiddeld 8,9j		
	Mediaan 38,5j	4 vrouwen	Mediaan 1,5j	Mediaan 5,5j		

Inleiding

De resultaten werden geanalyseerd en gegroepeerd onder verschillende thema's, namelijk de huisarts, de psycholoog, de patiënt en de interdisciplinaire communicatie. Als laatste werd de visie van de patiënt over het KCE-model uitgeschreven.

De huisarts

a) Verantwoordelijkheden van de huisarts

De rol van de huisarts was divers in het opvangen en doorverwijzen van patiënten met psychologische problemen. Deze rol was afhankelijk van hoe de huisarts betrokken was bij de psychologische problematiek (doorverwijzing of niet), de vertrouwensband met de huisarts en de aard van de psychologische problematiek. Zo verwachtten patiënten waarbij de huisarts

nauw betrokken was in het verwijzingsproces om als steunpunt aanwezig te blijven voor, tijdens en na de behandeling bij de psycholoog.

"Met de huisarts die een houvast biedt, waar ik steeds en altijd terecht kan, is zeer belangrijk. Je staat op ijs en de huisarts is dan een houvast. Zeer belangrijk."
- Patiënt 1A

Patiënten met een langdurige band met de huisarts gaven aan de huisarts een belangrijke rol speelt op vlak van diagnostiek. Zij wilden dat er eerst (langere) gesprekken bij de huisarts werden gevoerd om zo meer diepgang in de psychologische problematiek te bekomen. Zij stelden de huisarts ook voor als meer geschikt om een diagnose te stellen over de psychologische problematiek. Bij psychosomatische of angstklachten vonden de geïnterviewde patiënten het belangrijk om onderzocht en gerustgesteld te worden door hun huisarts. Dit was volgens een patiënt zowel belangrijk voor, tijdens als na de behandeling bij de psycholoog.

"Ik vind een huisarts meer gekwalificeerd om over mijn psychologische toestand te oordelen. Dat klinkt misschien heel raar, maar een psycholoog kan niet oordelen over mijn lichamelijke klachten."
- Patiënt 2A

Deze patiënten vertrouwden de huisarts ook volledig in de keuze van hulpverlener, zowel voor het type hulpverlener (psychiater, psycholoog of therapeut), alsook voor de persoon zelf. Deze patiënten zagen ook geen voordelen in een keuze tussen hulpverleners, zij volgden de keuze van hun huisarts.

"Dat was in het begin eigenlijk van de burn-out. En een beetje later had ik dat nog eens gevraagd en dan heeft zij het verschil tussen psychotherapeut en een psycholoog en dat ik beter naar een psycholoog moest gaan. Ik vertrouwde daar wel in, dat iemand zo mijn handje vastpakte en zei wat ik moest doen."
– Patiënt 5A

Sommige patiënten vonden het ook aangenaam als de huisarts de eerste afspraak zelf maakte om zo een langere wachttijd te vermijden. Een enkele patiënt vond het ook heel stresserend om met vreemde personen te bellen en gaf aan dat haar behandeling sneller gestart zou zijn als de huisarts de afspraak had vastgelegd. Patiënten vermeldden ook dat het geven van informatie over de aard en de duur van de behandeling belangrijk was. Patiënten ervaarden het betrekken van naasten om uitleg te krijgen over de psychologische problematiek en medicamenteuze behandeling als belangrijk en aangenaam.

"Ja, ik vind het belangrijk om de optie te krijgen om iemand mee te nemen. Ik was eens niet goed en mijn vriendin was mee. De huisarts heeft haar toen ook gevraagd om er even bij te komen zitten en heeft dan even gekaderd wat er aan de hand is. Voor veel mensen die met psychische pijn tornen doen dat alleen. Dat is wat schaamte maar ook door onbegrip van de omgeving. Maar toen mijn huisarts dat had uitgelegd, dit is aan de hand. Dat deed voor mij heel veel. Uw naasten moeten daarbij betrokken worden. Mensen kennen dat vaak niet, die moeten wel weten wat er mis is."
– Patiënt 2A

Verder werden in de interviews eerder klassieke verantwoordelijkheden zoals het voorschrijven en monitoren van medicatie en controleren van bloedwaarden ook vermeld. Patiënten met een langdurige band met de huisarts vonden het prettig als de huisarts peilden naar hun gemoedstoestand na de verwijzing, ook bij oorspronkelijk lichamelijke aanmeldingsklachten.

Patiënten die geen vertrouwensband hadden met de huisarts, kenden ook minder verantwoordelijkheden aan de huisarts toe. Dit werd beperkt tot administratieve

verantwoordelijkheden (zoals arbeidsongeschiktheid). De psycholoog werd dan ook gelijkwaardig of belangrijker geacht in het stellen van de diagnose.

b) Communicatie van de huisarts

Er werden verschillende zaken verwacht op vlak van communicatie van de huisarts. Op het moment van doorverwijzing werd vermeld dat patiënten het belangrijk vonden om duidelijke informatie mee te krijgen op het tempo van de patiënt. Zo gaven een aantal patiënten aan niet het verschil te weten tussen een psychiater, psycholoog en therapeut. Verder apprecieerden patiënten, die werden doorverwezen, het als de huisarts benadrukte dat er een oplossing was en dat ze op de huisarts konden blijven rekenen voor ondersteuning. Enige diepgang in de communicatie werd ook als aangenaam ervaren door de patiënten die werden doorverwezen door de huisarts.

"Ik vind het wel een heel goeie dokter, maar ook het feit dat hij na mijn bloed te testen doorvroeg en suggereerde om naar de psycholoog te gaan. Dat hadden niet veel dokters gedaan. Ik was wel verrast, allez, aangenaam verrast dat hij dat uitsprak wat ik vanbinnen al wist. Hij vroeg echt door in plaats van gewoon mijn resultaten te bekijken. Het was eigenlijk ook de allereerste keer dat ik tegen iemand vreemd dan had kunnen zeggen wat er op mijn lever lag. Dat ik wakker lag van bepaalde dingen. Dat was de allereerste keer dat ik dat had kunnen zeggen. Dat was een opluchting. Ik had daarna er niets mee gedaan, maar ik heb dat wel moeten toegeven, ook aan mijzelf."
- Patiënt 2A

Eén patiënt meldde dat hij de leeftijd van de huisarts ook belangrijk vond om te communiceren over psychologische problemen. Zo voelde hij zich meer op zijn gemak om met jonge artsen te praten dan met oudere. De duur van de consultatie werd zowel door de meeste patiënten als probleem ervaren. Ze ervaarden hun huisarts als gehaast en vonden het moeilijk om over gevoelige onderwerpen te praten. Andere patiënten die hun huisarts als een steunpunt ervaarden, hadden het gevoel dat de huisarts dat er wel voldoende naar hen werd geluisterd tijdens de consultatie.

"Als ik kom met een verkoudheid, vraagt hij toch altijd hoe ik mij voel. Ik vind dat wel goed. Zo schept ge wel vertrouwen met uw huisarts. Hij ziet dat ook aan mij, dat is het grappige eraan. Hij ziet dat direct als ik binnenkom, "ge zit niet goed in uw vel", zegt hij dan"
- Patiënt 5B

Er waren ook enkele geïnterviewde patiënten die niet tevreden waren over de communicatie met hun huisarts. Praktisch ervaarden ze een lange wachttijd bij de huisarts of onvoldoende tijd krijgen in de consultatie als onaangenaam. Verder hadden zij het gevoel niet serieus worden genomen als ze over hun gevoelens praten en dat er onvoldoende aandacht aan de doorverwijzing werd gegeven.

.

"Da's daar zelf op afspraak lang wachten en dan moet ge u ook nog eens haasten tijdens de consultatie. Ik ben daar wel een paar keer geweest, ik voelde mij toen duizelig en zwak en ik had hartkloppingen. Maar ja, dan proberen ze u gerust te stellen. Het is niks, dat gaat wel vanzelf weg. Maar dat was niet. Misschien is dat iets van vroeger? Dat nu iedereen denkt dat ze kanker hebben en dat ze dan gewoon gerustgesteld moeten worden? Bij mij was dat niet. Ik heb ook een paar gezegd dat ik mij niet goed in mijn vel voelde en dat vond ik al moeilijk. En dan krijgt ge te horen van, dat komt wel goed, maakt u geen zorgen, maar ik was dus echt niet geholpen. En na de zoveelste keer zei hij weer van er is niks, maar hier zijn tien beurten voor ademhaling bij de kinesist. Maar er was niks? Dat heb ik niet gedaan, ik snapte dat echt niet."
– Patiënt 3B

c) Relatie tussen patiënt en huisarts:

Bij de geïnterviewde patiënten was er een duidelijk verschil qua vertrouwensband met de huisarts. Patiënten die niet door de huisarts verwezen zijn, hadden een kortere of oppervlakkige band met hun huisarts. Drie patiënten die geen vertrouwensband met de huisarts hadden, gaven wel aan dat de huisarts een vertrouwenspersoon zou kunnen zijn, maar dat ze op dit moment nog niet zo'n relatie hadden. Patiënten die een langdurig en positief contact hadden met hun huisarts vermeldden ook spontaan dat ze voldoende vertrouwen hadden in de huisarts qua verwijzing, de keuze van de psycholoog en het nazicht van psychosomatische klachten.

"Ja, misschien omdat ik die gewoonte niet heb om dat met de huisarts nu te bespreken. Heeft er ook wat mee te maken dat ik nog niet zolang in de praktijk zit, misschien als je al jaren een band met de huisarts hebt dat dat anders loopt."
– Patiënt 1B

Bij enkele patiënten met een langdurige relatie met de huisarts werd ook vermeld dat ze het aangenaam vonden dat de huisarts al informatie had gekregen van naasten over hun gemoedstoestand en dat hij/zij uitleg kon geven aan naasten over de psychologische problematiek en medicatie-gebruik. Daartegenover werd ook wel vermeld dat de huisarts soms te dicht kon staan. Zo meldde een patiënte dat haar huisarts een familielid was van haar partner, waardoor ze soms het gevoel had dat ze niet vrijuit kon spreken over haar thuissituatie. Patiënten wiens huisarts in een groepspraktijk werkte, signaleerden dit wel als storende factor. Zo vonden zij dat door het contact met verschillende artsen, het gedeelde medische dossier en de onzekerheid bij welke arts ze terecht zouden komen, het moeilijk maakte om een vertrouwensband te krijgen.

"Het lastige vind ik wel aan zo'n groepspraktijk dat ge zo geen vaste dokter hebt. Ik ben dan 's ochtends ziek en om dan toch ergens terecht te kunnen moet ge wel gewoon tevreden zijn met wie dat er vrij is. Dat vind ik een beetje lastig. Maar ja, uiteindelijk, als dat zoiets is dat niet opgevolgd moet worden, is dat niet zo erg. Maar ge mist wel een band dat ge opbouwt met uw dokter, dat hebt ge met een andere huisarts wel, daar krijgt ge echt een band mee."
– Patiënt 4B

d) Rol van de huisarts in de doorverwijzing:

De huisarts speelde een belangrijke rol als coördinator in de mentale gezondheidszorg, meer specifiek in de keuze naar welke type zorgverlener (therapeut, psychotherapeut, psycholoog en psychiater) er werd doorverwezen. De huisarts speelde ook een grote rol in de keuze van psycholoog door contactgegevens te geven aan de patiënt (vide infra). De tevredenheid bij de doorverwezen patiënten omtrent hun verkregen zorg was ook hoog. Patiënten die werden doorverwezen vermeldden geen moeilijkheden met hun weg te vinden in het landschap van mentale gezondheidszorg.

"Gewoon de weg naar een psycholoog. Ge weet niet hoe ge die vindt, hoe ge die contacteert of uw problemen wel erg genoeg zijn. Moest ik naar een psychiater? Wat is het verschil eigenlijk? Dat lijkt alsof dat ge nog in een stoel moet gaan zitten en over uw ouders praten, maar dat is niet zo. Alhoewel, misschien een beetje wel (lacht)."
- Patiënt 3B

Patiënten die niet werden doorverwezen meldden wel een zekere onwetendheid en frustratie over de verschillende types zorgverleners en de kwaliteit hiervan. Zij rekenden ook op advies vanuit hun sociale omgeving (familie, vrienden, collega's) of informatie die ze online vinden. Enkele patiënten ervaarden hun verkregen zorg als negatief. Ze gaven aan dat ze weinig resultaat ervaarden na langdurige (1-2 jaar) begeleiding.

"Goh, tjah, ik vond dat eerste contact wat ja, ge beantwoordt wat vragen en dat was het eigenlijk. Vooral naarmate dat die sessies vorderde, vond ik dat maar niks. Maar da's de eerste keer he, ik kan niet vergelijken. Dat was dan met kaarsen, wierook en als ik mij niet goed voelde moest ik letterlijk een boom knuffelen. Dat was echt niks voor mij."
- Patiënt 5B

Een enkele patiënt had ook weinig vertrouwen in de rol die de huisarts kon spelen in de doorverwijzing. Hij beschouwde de stap naar mentale gezondheidszorg als een belangrijke, autonome psychologische stap waar geen externe hulp aan te pas moest komen. Een patiënt die doorverwezen werd, ervaarde tijdens consultatie dat er weinig aandacht werd gegeven aan de doorverwijzing. Deze patiënt was ook nadien ontevreden over de verkregen zorgen van de psychotherapeut.

e) Gebruik van een verwijsbrief

Slechts één geïnterviewde patiënt op doorverwijzing gaf aan dat er een verwijsbrief werd opgesteld. De patiënten hadden ook de bedenking hierbij of psychologen die wel vereisten en of ze de gegeven informatie dan niet gewoon aan de patiënt zelf konden vragen. Een patiënt die op eigen initiatief contact had gezocht met een psycholoog, gaf aan dat een verwijsbrief wel een nuttige manier zou kunnen zijn om de ernst van de psychologische problematiek te benadrukken.

"Ja, de huisarts stelt dat op, maar ik vind dat wel belangrijk dat de huisarts noteert hoe ik mij voel. Dat benadrukt ook wel hoe ik mij voel, dan staat er echt ook van de huisarts dat die man zich niet goed voelt. Dat vind ik wel een meerwaarde."
- Patiënt 5B

Aangezien er amper verwijsbrieven werden opgesteld bij verwijzing en de beperkte reacties van de geïnterviewde patiënten konden er geen verdere bedenkingen opgesteld worden over het thema verwijsbrieven.

f) Belang van de voorbereiding van een doorverwijzing:

Er was geen interesse om een hulpvraag te formuleren of een bepaalde doelstelling te bespreken vooraleer naar de psycholoog te gaan. Patiënten gaven zelf aan dat het interessant zou kunnen zijn voor mensen met psychosomatische klachten of moeite om hun problemen te verwoorden. Zij ervaarden ook niet in hun eerste contact met de psycholoog dat de hulpverlener dit verwachtte. Patiënten gaven het belangrijk te vinden om onbevooroordeeld het contact met de psycholoog aan te gaan.

"Ik zoek zelf nog wel is iets op en als ik vertel wat mijn probleem is, focussen ze enkel op dat probleem. Ik ben gewoon open gegaan en zij moeten maar bepalen waar het zit. Dat vond ik heel belangrijk. En dat heeft mijn huisarts ook wel ondersteund, ze heeft niet gezegd het was si en la."
- Patiënt 2A

De opmerking werd ook gemaakt dat het formuleren van een hulpvraag of een doelstelling al een stap te ver in de behandeling. Een patiënt formuleerde het als volgt:

"Nee, ik denk dat het moeilijk is om naar de psycholoog te gaan, voor veel mensen. Ik zat vooral met die gedachte, is het wel nodig? Nog helemaal niet met voorbereiding. Ik heb ondertussen ook met veel mensen gebabbeld waarvan ik dacht dat ze beter naar een psycholoog zouden gaan. En die vraag komt altijd terug, is dat wel echt nodig? Is dat wel erg genoeg? Dat voorbereiden is voor mij al ja, een stap te ver."
- Patiënt 3B

Andere patiënten gaven ook aan om rekening te houden met mentale gezondheidstoestand en gedachtegang van de patiënt op het moment van consultatie. Bij een enkele patiënt werd de voorbereiding wel als belangrijk beschouwd. Factoren die hierbij kunnen spelen zijn de langdurige vertrouwensband met de huisarts en frequente consultaties vooraleer er doorverwezen werd.

g) Follow-up

Een enkele patiënt die op doorverwijzing naar de psycholoog was gegaan, gaf aan dat de huisarts een belangrijke rol kon spelen in de follow-up. Hij gaf aan dat de huisarts een steunfiguur kan zijn voor patiënten met psychologische problemen. Diezelfde patiënt gaf ook aan dat zijn begeleiding bij een psycholoog een drempel vormde om terug met mogelijk psychosomatische klachten op consultatie te komen.

"Er zou wat opvolging moeten zijn, zeker bij paniek. Gewoon is bellen, allez dat is niet jullie taakomschrijving, jullie hebben al zoveel, maar zo eens na 4 weken bellen en vragen, wilt ge nog eens langskomen? Dat zou veel mensen kunnen helpen. Ge hebt altijd wat schrik om terug te vallen, ook al hebt ge bij de psycholoog hebben gezeten. Het zou kunnen helpen dat de huisarts het even opvolgt.
...
Ik lag toen na mijn werk in de zetel thuis, leg mijn gsm weg en wou gerust gelaten worden. Dan had ik geen fut meer om te bellen. Maar allez, dan mag een telefoontje van een minuut zijn, dan voelen mensen zich niet meer zo alleen met hun ziekte. Alleen zijn maakt ge echt heel hard mee als ge iets hebt in uw hoofd, niet per se omdat ge geen steun hebt, maar ge kunt bij niemand terecht."
- Patiënt 2A

Andere patiënten die niet op doorverwijzing met de psycholoog contact hadden gezocht, waren autonomer op dit vlak. Zo werd er met de psycholoog afgesproken dat de patiënt zelf contact moest opnemen, indien er vraag was naar verdere gesprekken. Zij zagen geen duidelijke rol voor de huisarts hierin.

De psycholoog

a) Keuze van psycholoog

Er was een duidelijk verschil in de keuze van psycholoog tussen de patiënten die werden doorverwezen en de patiënten die zelf contact hadden opgenomen met een psycholoog. De patiënten op doorverwijzing met een goede vertrouwensband met hun huisarts vertrouwden volledig in de keuze van de huisarts. Hun ervaring met de gekozen psycholoog was in de regel ook positief. Zij hadden ook geen interesse om verschillende opties aangeboden te krijgen via de huisarts.

"Nee, ik heb ontzettend veel vertrouwen in de huisarts. Ik kom daar ook al jaren. Ze heeft mij ook al voor ander zaken gestuurd, een echo en een MRI. Ik heb nooit noemenswaardige problemen gehad met een doorverwijzing. Moest ze ook goeie feedback horen via patiënten of familie, is dat goed meegenomen. Nee, ik heb vertrouwen in mijn huisarts en medecollega's voor doorverwijzingen."
- Patiënt 4A

Patiënten die zelf contact opnamen met een psycholoog gebruikten verschillende kanalen vooraleer een keuze te maken. Zo werden websites geraadpleegd, contact opgenomen met de mutualiteit voor terugbetaalde psychologen, ervaringen van kennissen besproken en advies gevraagd aan psychologen (in opleiding) in hun sociale kringen.

"En ja, ik had daar niet meer zo'n goed gevoel bij en ik ben dat beginnen kijken op de website van de mutualiteit De Voorzorg want daar krijg je ook korting via volwassen. Zij hebben daar een lijst

gepubliceerd van erkende psychologen en daar ben ik eens gaan kijken. En dan op de website van de psychologen zelf gaan kijken, en dan gaan kijken vanuit welke strekking en problemen zij mee werken. Iedereen heeft zo een beetje zijn specialisatie en om te zien of dat iets voor mij zou zijn."
- Patiënt 1B

Belangrijke factoren in hun keuze waren bereikbaarheid en expertise in hun bepaalde psychologische problematiek. Ook de foto van de psycholoog zelf op de websites en het geslacht speelden een rol voor enkele patiënten. Een enkele patiënt bleek een ver familielid te zijn van de gekozen psycholoog, wat reden was om de behandeling elders voort te zetten.

"Ik heb dan zelf het initiatief genomen, ik ben op internet gaan zoeken naar therapeuten en psychologen in de buurt die rond verwerking van relatiebreuken werken. Ik ben dan wel specifiek gaan kijken naar hun specialisatie. Onbewust speelde de foto die erbij staat ook wel een rol of dat ja, vertrouwen geeft. Onbewust dan denk ik. Man of vrouw maakte niet echt uit en vooral de eerste keer dat ge er naartoe gaat, dat ge zoiets moet hebben dat ge u op uw gemak voelt."
- Patiënt 4B

Het eerste contact werd ook als belangrijke factor vermeld. Patiënten gaven aan het belangrijk te vinden om een aangename, rustige stem aan de lijn te krijgen en of ze zich op hun gemak voelde bij het eerste gesprek. Een patiënt die over zijn eerste psycholoog niet tevreden was tijdens het eerste contact heeft echter nog zijn behandeling daar enkele maanden voortgezet.

b) Verwachtingen van de patiënt over de psycholoog

Op vlak van communicatie werd vermeld dat patiënten beleefd waren en op een normale manier met de patiënten omgingen. Ook werd vermeld dat een patiënt voldoende weerwoord wilde, waarmee vermoedelijk bedoeld werd dat de psycholoog even sterke verbale capaciteiten zou moeten hebben als de patiënt. Er werd regelmatig vermeld dat patiënten het belangrijk vonden om persoonsgerichte zorg te verkrijgen. Enkele patiënten vermeldden ook dat ze aangenaam en belangrijk vonden dat er werd benadrukt dat er een beroepsgeheim was en dat alles wat besproken werd binnenskamers bleef.

"Dat was echt functioneel voor uzelf. Klinkt raar, maar dat was gewoon een deftige mens die u aanspreekt en naar u luistert op een normale manier, zonder kinderachtig te zijn of zo, is dat puur iemand die ten dienste staat om u te genezen. Ik heb daar ook geen band mee en dat is ook wat de bedoeling. Ge legt u bloot bij iemand en die helpt u."
- Patiënt 3B

Op vlak van therapie wilden patiënten voornamelijk in een korte tijdspanne positieve resultaten voelen. Er werd ook vermeld dat een patiënt het belangrijk vond om een diagnose te krijgen voor zijn psychologische problematiek. Een andere patiënt meldde dat hij het belangrijk vond om de mogelijkheid te krijgen om voldoende te ventileren tijdens de sessies.

"Ja, dat vind ik wel beter. Ik ben daar zelf ook naartoe gegaan met een duidelijke boodschap. Af en toe heb ik eens nood om te ventileren, liefst ook bij iemand buitenaf. Dat ik mijn vrouw en vrienden wat kan sparen (lacht)."
- Patiënt 5B

De psycholoog zelf werd als een alternatief voor medicatie (meer specifiek antidepressiva en anxiolytica) beschouwd. Hierbij waren er zowel patiënten met negatieve ervaringen op vlak van neveneffecten met deze medicatie alsook patiënten die terughoudend waren over medicatiegebruik.

"Ik haatte echt die medicatie, ik werd daar apathisch van, de scherpe kantjes eraf, positief of negatief. In bed zijt ge ook een wrak. Ge zweet constant. En dan zegt ge van ja, ge kunt de medicatie aanpassen, maar ik wil geen antidepressiva nemen om u beter te voelen. Dus ik wou dat oplossen en ja, dat moet ge met de psycholoog doen."

- Patiënt 2A

c) Eerste contact met patiënt

Alle patiënten waren tevreden over hun eerste contact met (soms verschillende) psychologen, uitgezonderd één patiënt. Patiënten meldde dat het belangrijk was om een klik te voelen en deze was ook in, uitgezonderd het ene geval, aanwezig. De invulling van het eerste contact bestond uit een kennismaking, intake over de problematiek en bij sommigen ook verdere praktische informatie, zoals diagnostische vragenlijsten invullen, betaling, bereikbaarheid van de psycholoog, informatie over beroepsgeheim en samenwerking met de huisarts. Een patiënt meldde dat hij onwennig gevoel had bij de eerste consultatie en heeft dan ook enkele sessies later zelf de behandeling stopgezet.

"Goh, tjah, ik vond dat eerste contact wat ja, ge beantwoordt wat vragen en dat was het eigenlijk. Vooral naarmate dat die sessies vorderde, vond ik dat maar niks. Maar da's de eerste keer he, ik kan niet vergelijken. Dat was dan met kaarsen, wierook en als ik mij niet goed voelde moest ik letterlijk een boom knuffelen. Dat was echt niks voor mij."
- Patiënt 5B

Opvallend is dat nagenoeg elk contact met of zonder doorverwijzing als positief werd ervaren. Patiënten omschreven hun ervaring als ontlastend en emotioneel.

"Ik ben daar naartoe geweest en dan ja, veel open vragen, waarom zit ge hier. Ge zit tegenover elkaar, open vragen en best ook wel een mooi gebouw. Dat voelde wel leuk aan dat dat deftig is. Ge moet u wel over die drempel heen zetten. Ge zit in een wachtkamer en ge voelt echt de kwetsbaarheid in de lucht. Er zitten daar veel mensen, die gewoon niet meekunnen met de snelheid van de tijd. En, ja ge zit daartussen en ge zit daar in zo'n besloten ruimte, waar kwetsbaarheid mag. Ik vond dat nog wel oké."
- Patiënt 3B

d) Locatie

Naar aanleiding van de literatuurstudie en het model van het KCE werd ook aan de geïnterviewde patiënten gevraagd wat zij er van vonden als er een psycholoog in hun huisartsenpraktijk aanwezig zou zijn. Zeven patiënten reageerden positief. Dit zou volgens hen drempelverlagend kunnen werken en interdisciplinaire samenwerking kunnen verbeteren. Zo zou de belasting van de huisarts in behandeling van psychologische problematiek ook verminderd kunnen worden. Ook omwille van praktische redenen, zoals verplaatsing, leek dit interessant. Hierbij werd ook vermeld dat een psycholoog werkzaam in de huisartsenpraktijk niet moet impliceren dat elke patiënt naar deze psycholoog verwezen zou moeten worden, maar dat er rekening moet worden gehouden met een adequate behandeling door een psycholoog met de juiste expertise.

"Nee, helemaal niet. Als ge een praktijk zijt met verschillende hulpverleners hebt en ge hebt wat overleg, dan leert ge toch van elkaar, ge krijgt meer informatie. Zo kunt ge ook een begeleiding van een patiënt beter afstemmen."
- Patiënt 5B

Een patiënte reageerde neutraal, zij zag geen voor- of nadelen in psycholoog in de huisartsenpraktijk. Zij vond dat de voorkeur van de hulpverleners zelf belangrijker was.

Twee patiënten reageerden afwijzend. Argumenten hiervoor waren een gedeelde wachtkamer, waarbij andere patiënten zouden kunnen zien dat de patiënt zelf naar de psycholoog zou gaan. Een ander argument was dat hierdoor interdisciplinaire communicatie zou toenemen ten koste van het beroepsgeheim tussen patiënt en psycholoog.

"Liever gescheiden, ik heb eens in een groepspraktijk gezeten met ook een psycholoog. Ik vind dat toch wat raar om in dezelfde wachtkamer te zitten. Dan ziet iedereen toch dat ik naar de psycholoog ga. Dat is wat openbaar. Of mensen vanop de straat of de buren of zo, dat vind ik niet dat die dat allemaal moeten weten."
- Patiënt 3A

e) Betaalbaarheid

De algemene tendens op vlak van betaalbaarheid was dat psychologische zorg als duur werd ervaren. De prijs per sessie was tussen de vijftig en zeventig euro. Voor de meeste patiënten was de hoge prijs ook een reden om psychologische zorg uit te stellen. In financieel kwetsbare perioden, zoals langdurige arbeidsongeschiktheid, werd de drempel voor psychologische zorg nog hoger. Patiënten gingen ook zelf op zoek naar oplossing hiervoor, zoals contact opnemen met hun mutualiteit voor terugbetaling of via sociale kringen advies krijgen over goedkopere therapeuten.

"Duur hé, ik vind dat duur (lacht). Ik ben blij dat ik nu bij <psycholoog 3> terecht kan en ik betaal bij de psycholoog toch veel. Bij <groepspraktijk 1> betaal ik geld bij de psychiater, dan nog vijftig euro bij de psycholoog en nog zestig euro bij een burn-outcoach. Op een maand is dat rap honderdvijftig euro dat ge spendeert. Ik zat dan ook bij de ziekenkas hé, dat is niet logisch. Eigenlijk ge krijgt dat moeilijk rond. Ik vind dat raar, ze zetten u op ziekenkas, ge staat op zestig procent van uw loon. Ge moet dan werken aan uw situatie en dat kost dan veel geld. Dat is niet logisch. Ik vind op zijn minst van de psycholoog als ge daar nood aan hebt, zoals in mijn geval, heeft mij dat wel serieus wat geld gekost. Ik vond dat moeilijk en ik snap ook wel dat veel mensen het daar moeilijk mee hebben."
- Patiënt 5B

Goedkopere alternatieven zoals VAGGA werden ook overwogen, maar de lange wachttijd was vaak een reden om toch contact op te nemen met een privé-psycholoog. Een geïnterviewde patiënt was in begeleiding bij VAGGA, maar ervaarde de wachttijd van negen maanden als psychologisch zwaar. Deze patiënt was echter uiteindelijk heel tevreden over de verkregen zorg daar en de betaalbaarheid.

Als de psychologische behandeling als positief en werkzaam werd beschouwd, gaven patiënten wel aan dat hun behandeling de financiële kost waard was. Dit werd zowel door patiënten die onder uitkering stonden als patiënten die werkzaam bleven verteld.

"55 euro is toch altijd direct een bedrag. Ik ging altijd in het proces op van, ik moet geholpen worden. Na een aantal sessies tel ik niet meer dat geld. Iedereen rekent op zijn manier. Ik voel mij nu wel beter, ik merk dat ook van mijn omgeving dat ze dat opmerken. Ik begin de kost meer te relativeren. Ik vind het wel veel geld, dat wel. Nadat ge geholpen wordt, is dat wel de moeite waard, maar ik heb wel zitten rekenen. Als ik elke week ga, is dat veel geld en begon ik wel te twijfelen of ik wel ging gaan. Het zou wel fijn zijn als daar een oplossing voor zijn."
- Patiënt 4A

f) Wachttijd

Tijdens de interviews werd ook gevraagd naar de wachttijd die de patiënten hadden vooraleer hun eerste contact met psycholoog. De gemiddelde wachttijd met of zonder doorverwijzing bedroeg twee tot vier weken. Deze werd algemeen gezien als draaglijk beschouwd. Elementen die een belangrijke rol hier in speelden waren de beschikbaarheid van de huisarts in tussentijd, de ernst van de pathologie zoals gepercipieerd door de patiënt en het telefonisch contact met de psycholoog.

"Wat ge altijd hebt met wat ik toen had, ge zijt heel hard gerustgesteld na zo'n gesprek met een arts, dus ge wandelt rustig buiten. Ge hebt niet direct een nood meer dan om met een psycholoog te babbelen. Na drie weken is dat wel weg en dat ziet ge uit naar die wachttijd. Ik vind wel als dat acuut is, dat de arts kan bellen, zodat dat vooruit kan gaan."

- Patiënt 2A

Enkele patiënten wachttijden van vier tot zes maanden, waarna ze ook niet ingingen op het vastleggen van deze afspraak.

"Ik wou in 2016 al eens een afspraak maken op advies van een collega. Ik kon pas 4 maanden later terecht. Maar als ge in zo'n zwarte put zit, lijkt vier maanden, vier jaar. Dat is dus wel fout gelopen."
- Patiënt 1A

Dit illustreert het belang van een adequate wachttijd voor de geïnterviewde patiënten. Indien de wachttijd te lang is, gaan de psychologische zorgen mogelijk niet door. Zoals vermeld in de literatuurstudie kan dit met als gevolg een verergering van de psychologische problemen en een moeilijkere behandeling teweeg brengen. Een patiënt kreeg een wachttijd van negen maanden en beschouwde deze wachttijd ook als moeilijk.

"Dan vroeg ze (secretaresse VAGGA, nvdr) ook of ik besefte dat het negen maanden duurde voor ik op gesprek kon. Ik was van ja, oké en dan vroeg ze of ik het ging redden tot dan en natuurlijk zegt ge dan maar ja. Ik herinner mij dat wel als een heel speciale periode. Ik had die stap wel gezet, ik was naar buiten gekomen, ik had gebeld met een psycholoog, dus ik voelde mij wel anders. Ik voelde mij wel wat bevrijd, ik had aan mijzelf toegegeven dat ik hulp nodig had en dat ik er niet alleen voor stond. Dus eigenlijk, viel die wachttijd mee want ik had die stap gezet, maar ja, ik stond er nog wel alleen voor. En achteraf gezien, ik was ook wel echt aan het afzien. Ik was echt aan het aftellen naar september."
- Patiënt 3B

Diezelfde patiënt benadrukte eerder ook het belang van zelf een afspraak te maken en beschouwde dit ook als therapeutisch. Hij vermeldde ook een principieel belang om in tussentijd geen snellere afspraak bij een privé-psycholoog te maken.

De patiënt

a) Autonomie

De autonomie van de patiënt werd op diverse wijzen ingevuld. Zo waren er wisselende ervaring van de patiënten op doorverwijzing die meer of minder autonomie toegekend kregen. De praktische doorverwijzing kwam vaak neer op het stimuleren van de patiënt om naar de psycholoog te gaan en zelf de eerste afspraak te maken met gegeven contactgegevens. De ervaring van de patiënt hiervan was wisselend. Enkele patiënten stelden hierdoor hun afspraak uit of namen geen contact op met de psycholoog. Als redenen hiervoor werden opgegeven dat ze zich psychisch niet goed genoeg voelden of een angst ervaarden om een persoonlijk gesprek met een onbekende persoon te voeren.

"Voor mij had dat veel gemakkelijker geweest. Voor mij was dat echt een drempel, een klik, dat ge moest maken. Ik bel echt niet graag, om zelf iemand te bellen, ik moet mij echt moed inspreken. Zeker voor een psycholoog dan, da's iets totaal onbekend en dat weet ge dat ge u zelf bloot gaat moeten geven. Dus ik heb dat keihard uitgesteld."
- Patiënt 2B

Andere patiënten ervaarden het juist als een moeilijke, maar belangrijke stap om zelf contact op te nemen als therapeutische stap.

"M: Heeft de huisarts voor u een afspraak gemaakt?
P: Nee, ik heb zelf gebeld.
M: Hoe was dat voor u?
P: Ja, ik vond dat een heel belangrijke stap. Niemand anders kan dat voor u doen. Als iemand anders dat voor u doet voelt dat als een opdracht."
- Patiënt 2A

De overige patiënten reageerden afwijzend op de vraag of de huisarts de afspraak beter kon maken en kenden minder belang toe aan deze stap. Deze patiënten belden echter ook voor hun werk regelmatig, wat mogelijk drempelverlagend zou kunnen werken.

Bij patiënten die zonder doorverwijzing in begeleiding waren bij een psycholoog werd het inlichten van de huisarts als initiatief van de patiënt beschouwd. Het actief bevragen door de huisarts zelf werd ook als mogelijkheid geopperd met de kanttekening dat dit belastend kan zijn bovenop het zware takenpakket van de huisarts.

Ook in het erkennen van hun psychologische problematiek zelf was het thema van autonomie herkenbaar. Patiënten ervaarden het als moeilijk dat ze zelf hun psychologische problemen niet konden oplossen. Dit leidde tot uitstel en mogelijke verergering van hun problematiek. Enkele patiënten gaven aan dat de erkenning van hun psychologische problemen en de nood aan begeleiding een belangrijke stap was in therapeutisch proces.

"Vaak denk ik waarom kon ik dat zelf niet oplossen? Dat dat zo diep in uw karakter kan zitten. Ik ben nu over de vijftig, dat kent ge u zelf toch. Dus ja, zelfs heb nu nog heb ik die vraag. Waarom gaat dat niet beter met een gewone babbel of een uitstap naar de zee? Maar ja, ik had die nood om echt vrij te praten. Mijn echtgenote was er minder voor te verminderen en bij andere zal dat ook wel zo zijn. Ge kunt u bij andere niet bloot geven, maar als ge dan toch met in uw kop met iets zit, dan kan dat alleen maar moeilijker en moeilijker worden. Ik ben daar heel realistisch in."
- Patiënt 4A

Patiënten die niet werden doorverwezen, namen ook zelf de verantwoordelijkheid op om na te denken over hun problematiek en hulpvraag naar de psycholoog toe. Redenen die hiervoor werden aangehaald was de hoge kostprijs van de psycholoog en bijgevolg het zinvol gebruik maken van de sessies

b) De rol van stigma en taboe

In elk afgenomen interview kwamen de thema's taboe en stigma van psychologische voor. Bij patiënten met een angstproblematiek en psychosomatische klachten die doorverwezen werden door huisarts ervaarden een angst voor stigmatisering. Zo hebben enkele patiënten consultaties bij de huisarts uitgesteld, omdat zij vreesden dat hun somatische klachten automatisch gelinkt werden aan hun psychologische problematiek.

"Ik voel en denk allemaal dingen, maar ik heb dat ook op een gegeven moment 6 maand opgekropt. Ik had ook zelf het gevoel dat het in mijn kop zit, maar ik durfde niet meer gaan. Ik ging al naar de psycholoog. Ge wilt soms dat ze u eens onderzoeken, zonder dat ze u kennen."
- Patiënt 2A

Een patiënte die een familiale band met haar huisarts had, ervaarde het als moeilijk dat zij weet had van haar psychologische problemen. Dit gold niet enkel voor hun huisarts, maar ook naar hun collega's indien zij in een groepspraktijk werkte. Ook huisartsen-in-opleiding werden hierbij vermeld. Een patiënte wiens huisarts in een opleidingspraktijk werkte, vond het moeilijk dat huisartsen-in-opleiding weet hadden van haar psychologische problemen, omdat zij tijdelijk verbonden waren aan de praktijk.

"Ja, in mijn geval, in de praktijk waar ik zit zijn er veel huisartsen. En elke arts van de groepspraktijk kan dat dan zien in mijn dossier. Dus da's wel een nadeel vind ik aan een groepspraktijk, want andere dokters die ge niet of minder kent, zien dat dan ook. Mijn huisarts is zelf ook familie van mijn vriend, dus allez, die gaat er niet over beginnen op familiefeesten, maar ze weet dat wel. Ook met opleidingsartsen, die werken dan een jaar, maar dan zijn die ook weg. Zij weten dan ook informatie en onthouden dat, ook al zien wij elkaar nooit meer. Da's zo raar. Ge hebt er geen vat op."
- Patiënt 2B

Bij het bespreken van de mogelijkheden om psychologische problemen te noteren in het elektronisch dossier of via de SumEHR werd frequent vermeld dat patiënten angst hadden om zo ook door andere hulpverleners gestigmatiseerd te worden. Hier gold weeral het argument dat ze wilden dat hun somatische klachten serieus werden genomen en niet werden automatisch werden gelinkt aan hun psychologische problematiek.

"Want als daar nu instaat dat de patiënt hartklachten of slikproblemen had, dan denk ik dat als ge eens wordt opgenomen en ze bekijken dat daar, dat het terug over de psychologisch gedoe gaat gaan. Daar heb ik wel oprecht schrik voor. De diagnose is bij de arts, de psycholoog kan enkel de symptomen wegnemen door te praten. Dat fysieke vind ik anders."
- Patiënt 2A

Patiënten ervaarden hun psychologische problemen ook als taboe. Dit gold voor zowel jonge als oude patiënten. Dit ervaarden patiënten ook als een drempel om naar de psycholoog te gaan. Zij ervaarden ook wisselend reacties van hun sociale omgeving. Enkele patiënten vermeldden ook dat zij hun bezoeken aan de psycholoog geheim hielden. Redenen die hiervoor werden opgegeven was dat mensen die naar de psycholoog gingen het label "gestoord" kregen en het weinig maatschappelijk aanzien van een psycholoog.

"Het eerste waar ik aan denk is dat de drempel naar de psycholoog nu heel hoog is. Het zou een betere reputatie moeten krijgen. Het blijft gelinkt aan halve gestoorde. Het is taboe. Terwijl mijn ervaring nu leert dat er zoveel mensen een depressie hebben doorgemaakt. En er wordt in alle talen over gezwegen."
- Patiënt 1A

Als oplossing hiervoor suggereerden patiënten dat er bewustwordingcampagnes moesten worden georganiseerd en dat ook reeds op kinderleeftijd psychologische problemen en bijhorende hulpverlening bespreekbaar moesten zijn.

Interdisciplinaire communicatie

De geïnterviewde patiënten werd ook bevraagd over de communicatie tussen huisarts en psycholoog. Bij slechts twee patiënten was er daadwerkelijk communicatie tussen huisarts en psycholoog. Bij de patiënt die doorverwezen was, was dit op initiatief van de huisarts en bij de patiënt die niet doorverwezen was op initiatief van de psycholoog. Bij een patiënt werd er ook regelmatig door de huisarts zelf gevraagd hoe de behandeling bij de psycholoog liep, ook als de patiënt kwam voor lichamelijke klachten.

"Ja, nu de laatste psycholoog waar ik bij ben gegaan is losstaand van de huisarts. Als er nu echt een probleem is, lijkt het mij belangrijk dat er toch goed gecommuniceerd wordt. Dat moeten ze allebei zien zitten natuurlijk. In het verleden heeft de huisarts contact opgenomen met de psychiater, er was weinig initiatief langs hun kant. Terwijl hij wel belangrijk is voor mij, ik vind dat de huisarts meer initiatief moet nemen om contact te leggen, maar ook omgekeerd."
- Patiënt 5B

"Eum, mogen wel, die mogen dat perfect doen. Is dat nodig? Dat weet ik niet, dat kan helpen. Maar de huisarts kan dat ook gewoon vragen aan mij."
- Patiënt 4A

Bij alle andere patiënten was er geen communicatie of bleef dit onduidelijk. Alle patiënten reageerden wel positief op het voorstel van interdisciplinaire communicatie. Patiënten die niet doorverwezen werden, twijfelden om dit zelf aan de huisarts te melden op consultatie. De suggestie werd gemaakt dat de huisarts dit zelf kan vragen, maar ook met de bedenking dat dit vaak niet relevant is of te belastend voor de huisarts. Twee patiënten maakten wel de bedenking dat het inlichten van de huisarts juist stigmatiserend zou kunnen zijn met als gevolg ook een hogere drempel om contact op te nemen met de huisarts. Ook werd de

bedenking gemaakt als de patiënt zelf een beperkte band heeft met zijn of haar huisarts, dat deze interdisciplinaire communicatie irrelevant zou zijn.

"Ik voel en denk allemaal dingen, maar ik heb dat ook op een gegeven moment 6 maand opgekropt. Ik had ook zelf het gevoel dat het in mijn kop zit, maar ik durfde niet meer gaan. Ik ging al naar de psycholoog. Ge wilt soms dat ze u eens onderzoeken, zonder dat ze u kennen. Dat vind ik wel een nadeel aan de communicatie tussen psycholoog en arts."
- Patiënt 2A

Een patiënte benadrukte het belang om hier ook toestemming voor te vragen van de patiënt. Naargelang de psychologische problematiek kan de informatie ook gevoelig en persoonlijk zijn.

"... als de psycholoog dat gewoon vraagt aan de patiënt of die informatie mag worden gedeeld met de huisarts. Ja, dat gewoon even vragen, mag het of mag het niet. Het feit de psycholoog alles in vertrouwen kan aanhoren, vind ik wel belangrijk. Ik denk dat veel mensen die stap niet gaan zetten als ze die garantie niet meer hebben."
- Patiënt 5A

De concrete invulling van deze communicatie was divers. Er ging een voorkeur uit naar telefonisch contact of via mail, maar de suggestie voor overleg in levende lijve werd ook gesuggereerd. Door de meeste patiënten werd benadrukt dat dit voor hen minder een rol speelden en dat de voorkeuren van de hulpverleners zelf belangrijker waren.

Het elektronisch dossier

Er werd aan de patiënten ook gevraagd wat hun visie over het gebruik van een elektronisch dossier en psychologische zorg was. Zo werd er hun voorgelegd of het interessant zou zijn dat de psycholoog aanvullingen kon maken in het elektronisch medisch dossier.

De algemene reactie van patiënten op het noteren van informatie over psychologische problemen in het elektronisch dossier, zowel op doorverwijzing als zonder doorverwijzing, was terughoudend. Zo beschouwden de patiënten hun psychologische informatie als vertrouwelijk en persoonlijk. Patiënten met psychosomatische en angst-gerelateerde klachten aan dat ze angst hadden om gestigmatiseerd te worden bij contact met andere hulpverleners. Zo wilden ze dat hun lichamelijke klachten ook serieus werden genomen en niet gelinkt werden aan hun psychologische problemen. Verder gaven patiënten ook hun twijfels over de bescherming van de privacy van hun gegevens.

"Goh dat moet wel beperkt zijn, dat niet iedereen zoiets kan zien. Ik heb daar zelf geen probleem mee, maar ik weet niet of dat als ge in een ziekenhuis komt voor een gebroken pols, dat het interessant is om voor die mensen om dat ook allemaal te zien. Ja, de patiënt moet wel weten wat er gekend is door wie."
- Patiënt 1B

Een patiënte die behandeld werd voor een traumatische jeugdervaring beschouwde het delen van informatie over haar psychologische problematiek als nadelig voor het behandelingsproces. Zo rekende zij op het beroepsgeheim van psychologen om zo vrijuit te praten. Het delen van gegevens zou voor haar drempel zijn om contact te zoeken met de psycholoog.

"Nee, alles wat ge vertelt zou bij de psycholoog moeten blijven. Ik vind dat zelf een opluchting dat ze enkel wat nota's nemen, maar dat is allemaal persoonlijk en niemand anders gaat dat zien. En liever ook niet bij de huisarts dan, dan komt dat ook dan in het medisch dossier en alles wat ge zegt en ja, in een groepspraktijk is dat wel lastig. Als dat zou gebeuren, zou ik echt niet hetzelfde vertrouwen hebben bij de psycholoog om alles te vertellen."

- Patiënt 5A

Het belang van communicatie tussen betrokken hulpverleners werd door de geïnterviewde patiënten zelf wel benadrukt. Een oplossing die voorgesteld werd, was dat de informatie beknopt beschreven werd en beperkt zichtbaar was voor hulpverleners die belang zouden hebben bij het weten van de psychologische informatie.

"Dus als de psycholoog een hoop notities in maakt, geen probleem, maar dat moet flou blijven. Geen uitgebreide beschrijving van de klachten waar ik mee kwam. Gewoon de reden en start van de behandeling, beknopte beschrijving van de sessies. Want als daar nu instaat dat de patiënt hartklachten of slikproblemen had, dan denk ik dat als ge eens wordt opgenomen en ze bekijken dat daar, dat het terug over de psychologisch gedoe gaat gaan. Daar heb ik wel oprecht schrik voor. De diagnose is bij de arts, de psycholoog kan enkel de symptomen wegnemen door te praten. Dat fysieke vind ik anders."
- Patiënt 2A

Een patiënt had zijn twijfels over capaciteiten van andere hulpverleners om als gevolg deze psychologische informatie te interpreteren. Als er beknopt informatie werd genoteerd, zou er onrecht aangedaan kunnen worden aan de complexe en persoonlijke invulling van de vermelde diagnose. Een andere oplossing die werd gesuggereerd door geïnterviewde patiënten was om aan de start van de behandeling al dan niet toestemming te geven aan de psycholoog om informatie te delen met de huisarts. De patiënte met de traumatische jeugdervaring suggereerde om ook de verslagen van de psycholoog op te delen in informatie die wel en niet gedeeld mocht worden.

Het KCE-model: organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg

a) Toegangswegen

In het nieuwe KCE-model zouden er vier toegangswegen tot mentale gezondheidszorg zijn. Zo blijven de huidige toegangswegen naar de privé-psycholoog en de psychiater bestaan, maar aanvullend zou er ook een eerstelijnspsycholoog zijn alsook de mogelijkheid om langere consultaties bij de huisarts te kunnen voeren. Hierover werden de eerste indruk en de voorkeur van de patiënt bevraagd. Bij patiënten die initieel zijn doorverwezen door de huisarts hadden een sterke voorkeur om terug via de huisarts te gaan. Deze zou dan een functie als eerste aanspreekpunt en poortwachter invullen om gericht te kunnen verwijzen met voldoende achtergrondinformatie.

"Lijkt me aangewezen, de huisarts de historie van de patiënt. Ik verwacht eigenlijk niet veel van rechtstreeks naar de psycholoog te gaan. Die drempel is nog te hoog."
- Patiënt 1A

Patiënten die initieel op eigen initiatief met de psycholoog contact hadden opgezocht, hadden gemengde gevoelens. Zij gaven een voorkeur aan zowel de eerstelijnspsycholoog als de huisarts. Hierbij werd vooral financiële voordelen vermeld, namelijk de terugbetaling van vijf sessies bij de eerstelijnspsycholoog. Zij meldden ook dat ze het belangrijk vonden om duidelijk het onderscheid tussen een eerstelijnspsycholoog en een privé-psycholoog te kunnen zien. Slechts één patiënt was vastbesloten om rechtstreeks naar de eerstelijnspsycholoog te gaan. De reden die hiervoor werd vermeld was dat het contact met de huisarts te persoonlijk was om bij zijn psychologische problematiek betrokken te worden.

"Sowieso, de psycholoog. En als het langer zou duren, zou ik ook liever hebben dat de huisarts niet wordt ingelicht. Een huisarts is eigenlijk zelf wat persoonlijker als een psycholoog. Een psycholoog ziet

ge kort en als het goed gaat, laat ge die los. Ik heb de mijne vijf keer op een half jaar gezien, nu is dat gedaan en ik hoop dat wij elkaar nooit meer hoeven zien. Met een huisarts is dat anders, met mijn huisarts zou ik nog babbelen in de supermarkt, mijn psycholoog zou ik echt mijden. Dat moet echt gescheiden blijven."
- Patiënt 3B

Door verschillende patiënten werd de opmerking gemaakt dat het onduidelijk was waarom eerstelijnspsychologen terugbetaald zouden zijn en andere privé-psychologen niet.

"Ik snap wel niet goed waarom dat niet allemaal terugbetaald wordt. Waarom kan de privé-psycholoog geen terugbetaling krijgen dan? Da's toch ook zo bij kinesisten? Of artsen?"
- Patiënt 4B

Verder was er ook interesse en begrip van alle geïnterviewde patiënten dat andere externe instanties, zoals bijvoorbeeld rusthuizen, het CAW en andere organisaties die met risicovolle doelgroepen samenwerkten een eenvoudige en snelle toegangsweg tot mentale gezondheidszorg zouden hebben. Een enkele patiënt maakte zich zorgen dat haar vertrouwelijke gegevens zouden kunnen uitlekken. Hierdoor neigde zij desondanks haar precaire financiële situatie toch eerder naar een privé-psycholoog.

"Dan moet ge de afweging maken of dat ge de kost wilt betalen of dat uw informatie misschien niet privé zou zijn."
- Patiënt 5B

b) Rol van de huisarts

De rol die aan de huisarts werd toegekend verschilde sterk naargelang de vertrouwensband die ze met hun arts hadden. Patiënten met een goede vertrouwensband kenden meer verantwoordelijkheden toe in het KCE-model. Zo werd de huisarts beschouwd als eerste aanspreekpunt voor psychologische problemen. De huisarts kan dan de dringendheid van de problematiek inschatten en correct doorverwijzen. De huisarts kan ook de medische voorgeschiedenis communiceren naar andere hulpverleners. Tijdens de behandeling bij een psycholoog kan de huisarts ook dienen als steunpunt bij psychisch onwelzijn. De huisarts werd ook als belangrijk beschouwd in een blijvende inschatting van somatische al dan niet psychosomatische klachten.

Er was ook veel interesse in de groep patiënten die initieel zijn doorverwezen door de huisarts om langere consultaties te kunnen hebben. Zo kan er volgens patiënten voldoende tijd en ruimte zijn om psychologische problemen te ontdekken en kan de huisarts zijn of haar rol als moreel steunpunt beter vervullen. Ook voor praktische redenen leek voor een patiënt de mogelijkheid voor langere consultaties interessant. Zo hoeven gesprekken niet opgesplitst te worden in kortere consultaties en kan er als gevolg een sneller therapeutisch resultaat bekomen worden. Dit zou ook minder belastend voor de huisarts kunnen zijn.

"Ik denk dat dat voor veel mensen deugd zou doen. Meestal na een aantal sessies bij de psycholoog wordt dat vaak erger, dan kan de huisarts die rol op zich nemen om wat te steunen. Of als die psycholoog niet echt nodig is, kan de huisarts die rol ook op zich nemen."
- Patiënt 2A

Patiënten die niet zijn doorverwezen beschouwden de rol van de huisarts als beperkter. Verantwoordelijkheden die werden toegekend waren het opstarten en monitoren van medicatie en administratieve functies, zoals arbeidsongeschiktheid. Enkele patiënten beschouwden ook het betrekken van de huisarts als iets negatief. Zo hadden ze angst om gestigmatiseerd te worden bij aanmelding met somatische klachten. Er werd ook een zekere schaamte vermeld als hun huisarts hen in slechte psychische toestand zou zien. De

vaardigheden voor diagnose en behandelen van psychische problemen van de huisarts werden ook als ontoereikend beschouwd.

"Allez, beschouw de huisarts ook is een als een tandarts. Er zal misschien ook wel een link zijn tussen tandhygiëne en mentale gezondheid, maar moet die dan ook alles weten? Als ik dan met een griep terug naar diezelfde huisarts moet, misschien denkt die dan dat ik niet meer eet, omdat ik depressief ben. Voor mensen die echt in een slechte fase zitten, is dat wel een slecht idee. Ik denk dat dat uw band met uw dokter wat wantrouwig kan maken."
- Patiënt 3B

c) Rol van de eerstelijnspsycholoog

Alle patiënten beschouwden de behandeling en diagnostiek als de verantwoordelijkheden van de eerstelijnspsycholoog. Patiënten die niet werden doorverwezen beschouwden de eerstelijnspsycholoog als eerste aanspreekpunt voor psychologische problemen. Patiënten die een vertrouwensband hadden met hun huisarts verlangden ook een goede samenwerking tussen eerstelijnspsycholoog en huisarts. Patiënten die geen vertrouwensband hadden met de huisarts wilden liever dat de inhoud van de gesprekken binnenskamers bleef en bij sommige patiënten dat deze informatie expliciet niet gedeeld werd met de huisarts. Er werd ook vermeld dat bij recidiverende of nieuwe psychologische problemen dat patiënten terug op dezelfde eerstelijnspsycholoog beroep wilden kunnen doen.

"Ja, ik denk dat als dit systeem zou bestaan, zou ik wel naar de eerstelijnspsycholoog, misschien omdat ik die gewoonte niet heb om dat met de huisarts nu te bespreken. Heeft er ook wat mee te maken dat ik nog niet zolang in de praktijk zit, misschien als je al jaren een band met de huisarts hebt dat dat anders loopt."
- Patiënt 1B

Het aantal sessies bij de eerstelijnspsycholoog dat terugbetaald zou worden, werd over het algemeen als te weinig beschouwd, want kennismaking, intake en complexere therapie (zoals bijvoorbeeld EMDR) namen veel tijd in beslag. De bezorgdheid werd geuit dat er nadien geen psychologische opvang of verdere behandeling beschikbaar zou zijn. Anderzijds werd er ook erkend dat terugbetaling een maatschappelijke kost impliceert en dat voor lichtere problematiek vijf sessies mogelijk voldoende was.

"Ik vind de sessies moeilijk in te schatten, ik weet niet of ik zelf vijf sessies voldoende vindt, maar het kost ook geld aan de maatschappij zeker. De staatskas he, het moet betaalbaar blijven. Natuurlijk als mensen ondersteuning krijgen, kunnen ze misschien ook aan het werk blijven."
- Patiënt 1B

Voor zwaardere problematiek zou vijf sessies voldoende zijn om een inschatting te maken en een adequate doorverwijzing te voorzien. Slechts één patiënt had het gevoel dat hijzelf met vijf sessies voldoende geholpen zou zijn.

"Lijkt mij perfect. De meeste problemen, als het dan gaat over lichtere problemen is dat wel genoeg. En als ge met een gigantische persoonlijkheidsstoornis zit, wordt ge toch doorverwezen. Als het gaat over basic dingen gaat zoals angsten enzovoort, lijkt vijf mij wel genoeg. De meeste mensen die ik ken hadden ook niet veel sessies nodig."
- Patiënt 3B

Over de terugbetaling van vijf sessies werd positief gereageerd. Zoals reeds vermeld in het hoofdstuk over de huidige betaalbaarheid van psychologische zorg, beschouwden veel patiënten dit als een drempel om hun psycholoog aan te spreken. Patiënten vermeldden dat dit vooral belangrijk is voor patiënten met een lage socio-economische status.

"Dat financieel plaatje vind ik wel beter, mensen krijgen nu schrik om hulp te zoeken omdat het te duur is. Daar moet meer een balans in. Da's toch raar, dat de psychiater wordt terugbetaald en de

psycholoog niet. En bij kinderen is het dan nog anders. Wij komen nog goed rond, allez, tis niet altijd gemakkelijk, maar voor veel mensen is dit heel veel geld. Alle ondersteuning dat ge kunt krijgen is toch een hulpmiddel."
- Patiënt 4A

Als adequate wachttijd voor een eerste gesprek met de eerstelijnspsycholoog werd tussen twee en vier weken gesuggereerd. Patiënten met een vertrouwensband met hun huisarts lieten deze inschatting aan de huisarts over, maar verlangden wel de mogelijkheid dat de huisarts zo nodig snel afspraken kon maken bij de eerstelijnspsycholoog.

d) De overgang van eerste naar tweede niveau

De meningen van de patiënten over de organisatie van het tweede niveau en de overgang van eerste naar tweede niveau waren gemengd. De meeste patiënten reageerden positief dat er een aansluitend opvangnet was als zij bij eerstelijnspsycholoog niet voldoende geholpen zouden zijn. Sommige patiënten waren echter ongerust over een overbelasting van het tweede niveau in, omdat vijf sessies in de eerste lijn altijd ontoereikend zou zijn met als gevolg een constante doorstroom naar het tweede niveau.

De betrokkenheid van een psychiater in het tweede niveau werd met gemengde gevoelens onthaald. Zo vonden sommige patiënten het interessant dat voor het starten van medicatie er een arts beschikbaar zou zijn. Verder zou er dan een gemakkelijk aanspreekpunt zijn in tweede lijn voor ernstige problematiek. Andere patiënten vonden de betrokkenheid van de psychiater dan weer een stap te ver en niet aansluitend op hun problematiek.

"P: Ja, ik denk dat ik wel op dat tweede niveau zou komen, maar dan zo'n psychiater is wel een stap te ver.
M: Hoe zo?
P: Ja, ik ben niet gek hé. Dat is een dokter en pillen, als ik de mensen zie die bij ons in de psychiatrie zitten. Dat is wel een heel ander soort problematiek. Ik zie mij eerder bij een psycholoog terecht komen en niet bij een psychiater. Voor andere mensen misschien wel, met drugs of andere problemen."
- Patiënte 5A

Om te kunnen doorstromen naar het tweede niveau moet er een functioneel bilan opgesteld worden. Dit is een zorgdossier waarbij huisarts en eerstelijnspsycholoog bij betrokken worden. Dit geeft de toegang tot zorg onder voorwaarden bij gespecialiseerde psychologen met een psychiater als toezichter. Jaarlijks zou dit dossier geëvalueerd worden om te zien of een verlenging van de zorg noodzakelijk is.

Het algemeen onthaal bij de patiënten was positief. Zo werd aangehaald dat de maatschappelijke noodzaak hiervan belangrijk is en dat de samenwerking van huisarts en eerstelijnspsycholoog noodzakelijk is om adequate, gespecialiseerde zorg te voorzien. Als belangrijke bedenkingen werden aangehaald dat er toestemming hiervoor gevraagd moet worden aan de patiënt om een functioneel bilan en dat er voldoende aandacht moet zijn voor de bescherming van deze gegevens. Er werd ook gesuggereerd als dit functioneel bilan ook toegankelijk zou zijn voor andere hulpverleners, dat er tweeluik zou moeten zijn met onderscheid tussen lichamelijke en psychologische gegevens. Zo zou er geen inzage zijn in persoonlijke of gevoelige informatie voor hulpverleners die hier volgens de patiënt geen baat bij zouden hebben.

"Ik vind dat wel goed. Maar inderdaad, afhankelijk van welke problematiek dat ge zit, kunt ge ja, of ge al dan niet, dat het ook afhangt van de patiënt of die er comfortabel mee is. En privacy ook he, dat ge dan vraagt aan de patiënt of het oké is dat ze zo'n dossier starten en dat ze die informatie delen. Dan kan de patiënt ook zelf kiezen in hoeverre dat er informatie gedeeld wordt. Dat die weet dat ge een drankprobleem hebt oké, maar dan de details of andere dingen hoeft niet per sé."
- Patiënt 4B

Verder werd er bezorgdheden geuit over de extra belasting voor de huisarts, alsook het reeds vermelde risico van stigmatisering van de patiënt bij de huisarts zelf.

"Allez, beschouw de huisarts eens als een tandarts. Er zal misschien ook wel een link zijn tussen tandhygiëne en mentale gezondheid, maar moet die dan ook alles weten? Als ik dan met een griep terug naar diezelfde huisarts moet, misschien denkt die dan dat ik niet meer eet, omdat ik depressief ben. Voor mensen die echt in een slechte fase zitten, is dat wel een slecht idee. Ik denk dat dat uw band met uw dokter wat wantrouwig kan maken."
- Patiënt 3B

e) Algemene bedenkingen

Er werd telkens gevraagd aan de patiënt of zij zelf nog bedenkingen hadden of aanvullingen zagen voor het KCE-model. Zo werden digitale aanvullingen door verschillende patiënten voorgesteld. Een patiënt vond het belangrijk dat ook voor moeilijke momenten na de werkuren opvang beschikbaar was. Om het praktisch te houden suggereerde hij een chatdienst en/of telefoonlijn waarmee men in contact kon komen met een (psycho)therapeut. Met toestemming van de patiënt kon deze hulpverlener ook inzage krijgen in het functioneel bilan van de patiënt. Verder suggereerden twee patiënten dat er een duidelijk online overzicht moet zijn die patiënt begeleid in het kiezen van het type zorgverlener. Aansluitend zou de patiënt zich ook moet kunnen aanmelden via dit systeem voor psychologische begeleiding in levende lijve.

"Ja, ook online bijvoorbeeld. Als ge gewoon een overzichtelijke website had, met indeling voor leeftijd of zo, dat zou wel goed zijn. Bij de huisarts of specialist gaat dat allemaal wel. Een meer eigentijdse benadering over hoe ge zoiets moet aanpakken. Dat ge gewoon bij de juiste persoon met het juiste gevoel terechtkomt. Iets helder, iets dat zegt of dat ge naar de psychiater moet gaan of de psycholoog."
- Patient 3B

Een andere patiënt vroeg zich af in welke mate andere psychologische hulpverleners ook van terugbetaling zouden kunnen genieten, meer specifiek een burn-outcoach. Als laatste werd meermaals gemeld dat er aansluitend een bewustwordingscampagne aansluitend zou moeten gevoerd worden, om zo te strijden tegen het taboe van psychologische problemen en de drempel naar psychologische zorg te verlagen.

4 Veldonderzoek: focusgroep met huisartsen en psychologen

De bovenstaande resultaten werden teruggekoppeld aan een focusgroep met huisartsen en psychologen. De thema's, vanuit de interviews met patiënten, werden samengevat en de meeste relevante werden weerhouden. Deze resultaten werden gepresenteerd aan een groep van zeven hulpverleners. Hun informed consent werd gevraagd (zie bijlage 6) en het gesprek werd op video opgenomen om een transcriptie te kunnen maken. De eerste onderzoeker leidde de focusgroep.

1. Methodologie

Studiedesign

De reden van de terugkoppeling aan een focusgroep was om te peilen naar de persoonlijke ervaringen en percepties van de verschillende hulpverleners en kan door interactie meer informatie bieden dan individuele interviews. Er werden psychologen en huisartsen uit dezelfde eerstelijnszone geselecteerd, waardoor de deelnemers als gevolg vrijuit konden praten. De focusgroep vond plaats op 9 maart 2018. Voor de aanvang van de focusgroep werden de deelnemers kort voorgesteld en anonimiteit bij verwerking van de data werd verzekerd. Er werd een informed consent (zie bijlage 6) getekend en er werden relevante demografische gegevens verzameld. Er werd ook de optie aangeboden om zich nadien terug te trekken uit het onderzoek.

Rekrutering

Er werden 4 psychologen en 3 huisartsen gerekruteerd uit een randstedelijke omgeving. Heterogeniteit werd bekomen door hulpverleners te selecteren van verschillende leeftijden en ervaring in hun vakgebied. Ze werden gecontacteerd via informele contacten van de huisartsenpraktijk waar de eerste onderzoeker tewerkgesteld was.

Dataverzameling

De weerhouden thema's werden voorgesteld via een powerpointpresentatie. Deze werd overlopen met de praktijkopleider en collega's van de eerste onderzoeker. Hierbij werd een selectie uitgevoerd om meer diepgang te bekomen. De tijdslimiet werd ook gerespecteerd. De focusgroep was bedoeld als terugkoppeling van de bekomen data aan de hulpverleners, en dus werden er geen verdere focusgroepen gepland of datasaturatie nagestreefd.

Thematische analyse

De focusgroep werd volledig uitgeschreven. Het transscript werd gecodeerd en deze werd teruggekoppeld aan bovenstaande thema's. Deze codering werd uitgevoerd aan de hand van het programma NVivo.

Resultaten

Demografische gegevens

Deelnemer	Leeftijd	Geslacht	Locatie	Ervaring	Praktijk
HA 1	43 jaar	V	Randstedelijk	15 jaar	Groep
HA2	34 jaar	M	Randstedelijk	6 jaar	Groep
HA3	41 jaar	V	Randstedelijk	1 jaar	Duo

P1	40 jaar	V	Randstedelijk	16 jaar, klinisch psychologe	Groep
P2	35 jaar	V	Stedelijk	10 jaar, klinisch psychologe, psychotherapeute	Duo
P3	38 jaar	M	Stedelijk	11 jaar, klinisch (kinder)psycholoog, gezinstherapeut	Duo
P4	28 jaar	V	Randstedelijk	2 jaar, klinisch psychologe, seksuoloog	Groep
Gemiddelde	37 jaar	2M/5V		7,29 jaar	

Om de focusgroep te starten werd er kort uitleg gegeven over het onderzoek en nadien werd er een rondvraag uitgevoerd. De bedoeling was om met een laagdrempelige vraag de verschillende deelnemers te stimuleren om deel te nemen aan het gesprek. Bij de huisartsen werd er gepeild naar hoe frequent zij doorverwezen naar een psycholoog en wat hun manier van werken daarbij was. Bij de psychologen werd er gepeild naar hoe groot het aandeel patiënt was dat op doorverwijzing van de huisarts kwam en in welke mate zij nadien nog contact hadden met de huisarts. De relevante thema's werden overlopen en de resultaten werden gegroepeerd in de onderstaande thema's.

De huisarts

f) Verantwoordelijkheden van de huisarts

Uit de interviews met de patiënten bleek patiënten met een goede vertrouwensband met hun huisarts meer verantwoordelijkheden toekenden. Dit werd voorgelegd aan de focusgroep ter vergelijking met hun eigen ervaringen en indrukken. De huisartsen gaven aan dat ze vooral consultaties opbouwden naar een verwijzing naar de psycholoog. Meestal gaven ze enkel contactgegevens aan de patiënt, zodat ze zelf een afspraak konden maken. Eén huisarts gaf aan dat hij wel specifiek vroeg of de patiënt in staat was de afspraak zelf te maken.

"Natuurlijk moeten die mensen zelf in staat zijn om zo'n afspraak te maken om die afspraak te maken. Ik had nog iemand die duidelijk aangaf dat hij niet in staat was om dat praktisch allemaal te regelen. In die gevallen neem ik zelf wel contact op, maar als ik het gevoel heb dat dat goed komt, dan geef ik de coördinaten mee."
- HA 2

Het belang van een vertrouwensband met de huisarts in de betrokkenheid van het verwijzingsproces naar de psycholoog werd door alle hulpverleners bevestigd. De huisartsen waren beperkt in hun feedback hierover. De psychologen gaven echter aan dat er veel belang werd gehecht aan de adviezen van de huisarts als er een sterke vertrouwensband was. Meer specifiek concreet merkten dit in hun vertrouwen in de keuze van zorgverlener en het type zorgverlener (psycholoog, psychotherapeut of psychiater). De psychologen waren ook meer geneigd om informatie terug te koppelen naar de huisarts als deze betrokken was. Een van de psychologen gaf aan dat ze de huisarts betrok bij het opvolgen van de medicatie, administratie en bij complexe gevallen om zo de wachttijd voor de psychiater te overbruggen.

"Nee, eigenlijk niet. Soms merk je ook dat ze een brief van de huisarts mee hebben en dan weet ge toch dat ze al samen rond de tafel hebben gezeten. Dan ben ik zelf ook meer geneigd om beter te communiceren naar de dokter."
- P4

Opvallend was dat geen van de psychologen had meegemaakt dat de informatie niet naar de huisarts gecommuniceerd mocht worden. Er waren wel neutrale reacties van de patiënt. Slechts in één uitzonderlijk geval werd er gevraagd om de huisarts hierbuiten te houden.

"Ik heb dat nog nooit gehad, dat ik geen contact de huisarts mocht nemen. Wel dat als niet echt een band hebben, dat ze zeggen van "bwah, ja", maar dat ze zeggen "nee, liever niet" ik heb dat nog nooit meegemaakt."
- P1

g) Gebruik van een verwijsbrief

Uit de interviews met patiënten bleek dat er slechts in één geval een beperkte verwijsbrief werd opgesteld. De patiënten gaven aan dat zij geen vragende partij hiervoor waren, tenzij dat de psycholoog hier belang aan hechtte.

De huisartsen gaven aan dat zij zelden tot nooit een verwijsbrief opstelden bij een verwijzing naar een psycholoog. Ook de psychologen gaven aan dat zij weinig belang hechtten aan een verwijsbrief, tenzij als er reeds psychiatrische opnames of diagnostische testen waren uitgevoerd. Zo kon vermeden worden dat onderzoeken dubbel werden uitgevoerd. Een van de psychologen gaf aan dat ze het belangrijk vond om contact op te nemen met de huisarts als er inhoudelijke verschillen waren tussen de aanmeldingsklacht van de patiënt zelf en de opgestelde verwijsbrief.

"Ja, inderdaad, als het over diagnostiek gaat vind ik dat ook wel doorgaans belangrijk, maar ik krijg sowieso regelmatig mensen bij mij die geen verwijsbrief bij hebben, maar waarbij dat ook geen meerwaarde zou zijn."
- P3

Interdisciplinaire communicatie

Uit de interviews met de patiënten bleek dat er slechts beperkt communicatie was tussen de hulpverleners, maar dat de patiënten hier positief tegenover stonden. Deze ervaring van de patiënten werd bevestigd door de hulpverleners. Er was een aarzelende respons, waaruit bleek dat interdisciplinaire communicatie wel belangrijk werd bevonden, maar zelden plaatsvond.

Redenen die hiervoor werden aangehaald waren tijdsgebrek en het gevoel dat communicatie met de huisarts geen routinehandeling was. Als er wel door de psychologen met de huisarts werd gecommuniceerd, werd er altijd toestemming gevraagd aan de patiënt. Er werd ook aangehaald dat de psychologen zeker contact opnamen met de huisarts als de behandeling zonder succes werd stopgezet. Verder werd er ook contact opgenomen als er vragen waren over de medicatie van de patiënt of als de patiënt een drempel ervaarde om arbeidsongeschiktheid bij de huisarts te vragen.

De huisartsen vonden deze interdisciplinaire communicatie in bepaalde situaties belangrijk. Zo wilde een huisarts ook graag informatie over diagnostiek en opnames teruggekoppeld krijgen. De huisartsen communiceerden zelden met de psycholoog zelf, maar vroegen aan de patiënt zelf om na verwijzing terug op consultatie te komen en het verloop te bespreken. Eén huisarts gaf haar twijfels aan over de correctheid van de verkregen informatie via de patiënt.

Wat er bij de psychologen wordt besproken is in de privésfeer, maar diagnostisch en verslagen van opnames leren wij als huisarts wel veel uit. De sessies bij de psychologen vind ik moeilijker om informatie van te hebben, maar kan wel belangrijk voor ons zijn. Wat ik wel goed zou vinden is om informatie te krijgen dat ze effectief bij een psycholoog zijn geweest. Soms zeggen ze we hebben dit gedaan, we hebben dat gedaan, maar eigenlijk weten we dat niet. Eum, en dan is het ook niet mijn stijl om dat te gaan controleren. Dan zou het wel goed zijn om te weten of er contact is geweest met de psychologen en dan weten we ook ineens waar we staan en dan hoeven ook niet verder te gaan in de behandeling.
- HA 1

Elektronisch dossier

Uit de resultaten van de geïnterviewde patiënten blijkt dat patiënten participatie van de psycholoog in het elektronisch dossier zinvol vinden. Veel patiënten toonden een terughoudendheid voor elektronische communicatie, omdat het over persoonlijke en vertrouwelijke informatie gaat. Er werd door patiënten gevreesd om gestigmatiseerd te worden bij hulpverlening en een enkele patiënt zou bij het gebruik van het elektronisch dossier het als een drempel beschouwen om vrijuit te spreken bij de psycholoog.

Deze stellingen werden bevestigd door de psychologen. Zij gaven aan dat het voor hen onduidelijk was wat er in een hypothetisch elektronisch dossier zou geschreven moeten worden. Zij beschouwen vooral de inhoud van de gesprekken bij de psycholoog als privé en niet zozeer het feit dat een patiënt bij de psycholoog in behandeling was. Ook gaf een psycholoog aan dat patiënten het belangrijk vonden dat hun vertrouwelijke informatie enkel bij hun vaste huisarts terechtkwam en niet in het gedeelde dossier van een groepspraktijk.

Er is nu ook veel discussie over het e-dossier bij ons. We hebben ons beroepsgeheim, wat kunt ge daar in plaatsen en wat niet? Ik denk dat dat iets is, als hun huisarts dat mag weten. En ook enkel die huisarts, als die in een groepspraktijk werkt, dan liever niet. Daar vragen ze soms ook specifiek naar.
- P4

De psycholoog

a) Keuze van de psycholoog

Uit de interviews bleek dat patiënten op doorverwijzing veel vertrouwen hadden in de keuze van zorgverlener van de huisarts en in het algemeen ook heel tevreden waren over hun verdere behandeling. De patiënten die niet op doorverwijzing in contact waren gekomen met hun psycholoog maakten hun keuze aan de hand van diverse kanalen en hadden een wisselende tevredenheid over hun behandeling.

Deze indruk werd bevestigd door de psychologen. Als reden hiervoor werd gesuggereerd dat het moeilijk is voor een patiënt om zijn weg te vinden in de mentale gezondheidszorg. Zij herinnerden zich ook meldingen van patiënten die contact hadden gehad met verschillende hulpverleners vooraleer ze bij de 'correcte' hulpverlener terechtkwamen. Ook werd aangehaald dat patiënten vertelden dat ze eigenlijk een willekeurige keuze hadden gemaakt qua zorgverlener. Er heerste volgens de psychologen onder sommige patiënten ook onduidelijkheid over het verschil tussen bestaande therapiestromingen en welke het beste paste bij hun ziektebeeld.

"Ik denk inderdaad heel moeilijk is voor patiënten. Ik heb al mensen bij mij gehad die dat zeggen. "Ik heb uw naam daar zien staan en ik heb u dan maar gekozen." Of soms als het klikt, geven ze aan dat het wel een serieuze zoektocht is geweest. Maar de mensen weten weinig, wat is cognitieve gedragstherapie, wat is systeemtherapie, wat is dit, wat is dat. Ja, wat moet ik nu kiezen, vragen ze dan. "
- P2

b) Wachttijd voor de psycholoog

Sommige geïnterviewde patiënten gaven aan dat ze de doorverwijzing van de huisarts beschouwden als een manier om de wachttijd bij de psycholoog in te korten. De reacties van de psychologen op deze stelling was gemengd. Ze gaven aan dat de huisarts capabel was om de urgentie van de situatie in te schatten. Zo was één psycholoog meer geneigd om toch een afspraak te voorzien als het op doktersadvies was. De andere psychologen die in een groepspraktijk werkten, gaven meer belang aan de inhoud van de casus om zo de beslissing

door te schuiven naar de betrokken of adequate psychologen. In die gevallen werd de huisarts meer beschouwd als een communicatiekanaal.

De patiënt

a) Autonomie van de patiënt

De patiënten die zijn doorverwezen, gaven aan dat de huisarts verwachtte dat ze zelf de afspraak met de psycholoog maakten. Sommigen beschouwden dit als een therapeutische stap en anderen stonden hier neutraal tegenover. Eén patiënte gaf aan dat dit een oorzaak was de consultatie onnodig lang uit te stellen. De huisartsen die deelnamen aan de focusgroep gaven ook aan dat ze verwachten dat de patiënt zelf de afspraak maakte. Als achterliggende reden gaven ze aan zo de autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt te willen stimuleren, alsook dat het een logisch gevolg was van een traject dat huisarts en patiënt samen hebben gevolgd. Enkel in urgente situaties zou deze huisarts contact opnemen met de psycholoog zelf, maar dan zou er ook geopteerd worden voor andere hulpverlening. Een huisarts gaf dat hij wel controleerde of de patiënt in staat was om de afspraak zelf te maken.

"Natuurlijk moeten die mensen zelf in staat zijn om zo'n afspraak te maken om die afspraak te maken. Ik had nog iemand die duidelijk aangaf dat hij niet in staat was om dat praktisch allemaal te regelen. In die gevallen neem ik zelf wel contact op, maar als ik het gevoel heb dat dat goed komt, dan geef ik de coördinaten mee."
- HA2

Verder werd er in de focusgroep besproken bij wie het initiatief lag om de huisarts te informeren dat de patiënt bij de psycholoog in behandeling was. In de interviews gaven patiënten aan dat het belangrijk was dat de huisarts op de hoogte was van hun behandeling bij de psycholoog, maar dat het onduidelijk was hoe de huisarts hierover geïnformeerd moest worden. De huisartsen gaven aan dat het onmogelijk was om bij elke aanmeldingsklacht te informeren of de patiënt contact had gehad met de psycholoog. Er werd ook gesuggereerd dat enkel huisartsen die een relevante rol spelen in de behandeling van gerelateerde pathologie of inzake arbeidsongeschiktheid geïnformeerd moesten worden.

b) Stigma en taboe

Uit de interviews met de patiënten bleek dat er nog een angst heerste voor stigmatisering, zowel door de huisarts als andere hulpverleners. Sommige patiënten gaven ook aan dat dit een reden was om consultaties bij de huisarts uit te stellen. Ook ervaarden de patiënten hun behandeling als taboe en hielden ze die ook vaak geheim, tenzij voor hun naaste omgeving.

In de focusgroep werden deze stellingen bevestigd, maar verder kwam er weinig feedback. Eén huisarts gaf aan dat ze in consultaties wel kon vermoeden welke patiënten het als een drempel zouden ervaren om terug bij de huisarts op gesprek te komen omwille van angst voor stigmatisering.

Het KCE-model: organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg

Er werd een korte presentatie gegeven aan de focusgroep over de werking van het KCE-model. Nadien werd er tijd gegeven om eventuele vragen te stellen.

a) Toegangswegen

Uit de interviews bleek dat er een voorkeur was van de patiënten op doorverwijzing om terug via de huisarts doorverwezen te worden. Bij de patiënten die niet op doorverwijzing waren, was er een gemengde voorkeur voor de eerstelijnspsycholoog en de huisarts. Hierop was er geen aanvullende informatie vanuit de focusgroep.

b) Rol van de eerstelijnspsycholoog

Patiënten gaven in de interviews aan dat ze van de eerstelijnspsycholoog behandeling en diagnostiek verwachten en de patiënten met een goede vertrouwensband met de huisarts verwachtten ook een goede samenwerking tussen eerstelijnspsycholoog en de huisarts. In het algemeen werden vijf sessies als te weinig beschouwd. Graag zouden patiënten met recidiverende problemen ook bij dezelfde eerstelijnspsycholoog behandeld worden.

Deze laatste twee bedenkingen werden bevestigd door de aanwezige psychologen. Vijf sessies blijken noodzakelijk om een vertrouwensband te creëren, maar zijn onvoldoende om de meeste psychologische problemen te behandelen. Het belang om dezelfde eerstelijnspsycholoog te behouden werd ook bevestigd. Redenen hiervoor waren de moeilijkheid voor de patiënten om het aanmeldingsproces (en bijhorende processen zoals het intakegesprek en een vertrouwensband krijgen) opnieuw te ondergaan, alsook om te werken aan diepgaandere problematiek waarvoor de patiënt op moment van de eerste aanmelding nog niet klaar was om die te verwerken.

"Ik merk ook wel bij jongeren die bij TEJO gaan, die hebben daar dan tien sessies en dan ja, moeten ze die doorverwijzen en dan komen die bij mij. Ze zeggen dan dat ze daar heel hun verhaal hebben gedaan en nu moet dat bij u terug. Soms hebben die echt al wel wat processen doorgemaakt."
- P3

"Ja, ik heb zelf ook mensen die na een aantal jaren toch terugkomen. Ze zeggen dan wat ze hebben gehad en dat ze in die tijd nog niet klaar waren voor dit of dat en dat ze nu bij mij willen terugkomen. Eum, en dat is ook logisch denk ik, want ge hebt al heel de achtergrond van die cliënt en ge hebt dat proces al doorgemaakt. Die beschouwt u ook als vertrouwenspersoon, dus ge gaat ook sneller aan iets kunnen werken. Of als ze bijvoorbeeld regelmatig hervallen, dan hoeven ze niet heel hun verhaal terug opnieuw te doen."
- P2

c) Rol van de huisarts

Uit de interviews bleek dat de patiënt met een goede vertrouwensband vragende partij was voor langere consultaties bij de huisarts.

De huisartsen in de focusgroep reageerden hier positief. op Nu werden er reeds langere consultaties ingepland op gepaste tijdstippen om toch voldoende tijd te voorzien. Het werd als positief ervaren dat er ook een bijhorende nomenclatuur voor zou komen. Een huisarts suggereerde dat de huisarts best de planning van deze consultaties zelf in handen neemt.

d) Overgang eerste naar tweede niveau

De overgang van het eerste naar het tweede niveau werd in het algemeen als positief ervaren door de patiënten. Er werden twee bedenkingen van de patiënten weerhouden. Enerzijds vonden sommige patiënten het betrekken van een psychiater een stap te ver. Anderzijds werden vijf sessies als onvoldoende beschouwd en dat er hierdoor mogelijk een overbelasting van het tweede niveau zou komen.

Deze bedenkingen werden door de focusgroep bevestigd en andere bedenkingen die door de focusgroep geopperd werden, waren dat het moeilijk is voor sommige patiënten om opnieuw

te starten bij een nieuwe hulpverlener na vijf sessies en dat het nadelig zou zijn voor de patiënt als de voorwaarden voor toegang tot het tweede niveau te streng zijn.

e) Bedenking van de patiënt

Aan het einde van elk interview werd er gevraagd of de patiënt nog bedenkingen over of toevoegingen aan het model van het KCE had. Een van de suggesties was een chatdienst met een psycholoog die permanent toegankelijk was.

De reacties van de psychologen hierover waren negatief. Zij zagen geen toegevoegde waarde aan bestaande diensten, zoals de zelfmoordlijn of tele-onthaal. Verder was er weinig vertrouwen in de werkzaamheid van virtuele psychologische begeleiding, wegens het gemis aan menselijk contact en foutieve inpretatie bij het chatten. Het feit dat psychologische hulp niet permanent beschikbaar zou zijn, zou juist de zelfredzaamheid en de kracht van het sociaal vangnet kunnen bevorderen.

"Ik begrijp wel dat mensen een houvast willen, maar niet altijd beschikbaar zijn is ook zelfredzaamheid wat verzorgen en hun sociaal vangnet wat kracht bij zetten. Daar moeten ze ook op kunnen terugvallen."
- P1

Een andere aanvulling die patiënten voorstelden was een digitaal platform waarbij er richting werd gegeven in het zorglandschap voor mentale aandoeningen. Hierbij zou de patiënt door de invoer van leeftijd, geslacht en aanmeldingsklacht gestuurd kunnen worden in de richting van het juiste type zorgverlener en zich meteen online kunnen aanmelden. Een patiënt suggereerde ook om op dit platform diagnostische vragenlijsten te voorzien.

De reacties van de hulperverleners waren zeer positief. Zowel voor zichzelf als voor de patiënten zou een duidelijk online overzicht van de geestelijke gezondheidszorg belangrijk zijn. Er werden bedenkingen geuit over de toevoeging van vragenlijsten wegens de wisselende kwaliteit hiervan.

"En dan zeker als er dan dit systeem zou doorkomen, dat mensen ook heel duidelijk hoe dat dat systeem in elkaar zit. Wij zelf als hulpverlener, dat is de eerste keer dat ik dit zie. Ik heb dat niet via beroepsorganisaties binnengekregen ook al probeer ik dat goed te volgen. Als hulpverleners die daar deel van uitmaken nog niets gekregen hebben, gaat dat voor cliënten ook heel belangrijk zijn. Hoe zit dat systeem in elkaar? Waar hoort ge thuis in dat plaatje"
- P2

Enkele patiënten wilden ook graag bijhorende bewustwordingscampagnes die duidelijkheid zouden scheppen over het zorglandschap alsook de taboe rond psychologische zorg zouden aanpakken. De psychologen beaamden het belang van huidige campagnes en de snelle positieve effecten die ze daarvan merken in de praktijk. Het belang om de milde tot matige psychologische problematiek ook in de media te tonen werd benadrukt.

"Ge blijft wel in een grijze zone zitten met zo'n programma's. Nu is het weer een indeling van ge zijt gezond of ge zit in de psychiatrie. Al wat daar tussen zit dat blijft nog iets vaag. Is het erg genoeg? Moet het heel erg zijn om naar de psycholoog te mogen gaan? Ik vind het goed dat ze zo'n programma's opzetten, maar dat sluit niet aan bij de problemen die patiënten ervaren als ze gewoon even vastlopen in hun leven. Ge hoort dat ook van cliënten die met erge verhalen zitten, die dan zeggen van het is niet zo erg als die ene op TV. Dat ze hun eigen problemen minimaliseren"
- P1

6) Discussie

In dit kwalitatief onderzoek werd er aan de hand van semigestructureerde interviews en een aansluitende focusgroep onderzocht wat de visie van de patiënt over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog is. Uit de resultaten bleek dat de huisarts een dynamische rol speelt naargelang de vertrouwensband met de patiënt. Dit bleek zowel uit de huidige ervaringen van de patiënten, uit de feedback over het KCE-model, alsook uit de ervaringen van de hulpverleners in de focusgroep. De huisarts staat ook volgens de psychologen in voor een aanzienlijk deel van de doorverwijzingen voor psychologische hulpverlening. Het lijkt dus belangrijk dat naargelang de voorkeur van de patiënt de huisarts de ruimte moet krijgen om een grote betrokkenheid bij de psychologische doorverwijzing en opvolging te kunnen hebben.

Er kwamen ook andere belangrijke elementen aan het licht, zoals bijvoorbeeld adequate communicatie van de huisarts. Zowel patiënten gaven aan dat het belangrijk was om voldoende tijd te krijgen om diepgang te bekomen in de gesprekken met de huisarts. De huisartsen gaven dan weer aan in de focusgroep dat zij ook ervaarden dat het belangrijk was om voor bepaalde consultaties meer tijd te voorzien, maar dat dit praktisch moeilijk was gezien de hoge tijdsdruk. Een nomenclatuur voor langere consultaties werd zowel door de huisartsen als de patiënten met een goede vertrouwensband als positief onthaald.

Een rode draad die doorheen de vermelde thema's loopt, is de nood aan duidelijkheid en coördinatie in de huidige organisatie van mentale gezondheidszorg. Hierbij speelden verschillende elementen een rol. Zo werd door de patiënten aangehaald dat zij het verschil tussen type zorgverleners niet duidelijk vonden en dat ze als gevolg geen duidelijke aanspreekpunten hadden voor hun psychologische problemen. Dit ervaarden vooral de patiënten die geen vertrouwensband hadden met hun huisarts als een probleem. Dit bracht ook bij sommige patiënten ook negatieve ervaringen met psychologische hulpverlening teweeg. Er werd ook een nood aan bewustwording over psychologische problemen aangehaald met aandacht voor zowel ernstige als lichtere problemen. Er werd door de patiënt ook een voorkeur gegeven aan digitale manier om hun weg te vinden in het zorglandschap. Ook de hulpverleners gaven aan dat zij niet op de hoogte werden gehouden over nieuwe ontwikkelingen in de organisatie van mentale gezondheidszorg. Zowel de psychologen als de huisartsen meldden dat zij nog niets hadden gehoord via professionele kanalen over het organisatiemodel van het KCE.

De noodzaak van een verwijsbrief werd door de geïnterviewde patiënten in het midden gelaten. De hulpverleners zelf gaven ook aan dat enkel eerdere opnames of diagnostiek als belangrijk werden geacht om te vermelden in een verwijsbrief. Dit sluit ook aan bij de bevindingen van de masterproef van Dr. Margot Stenveld in 2015.[20] In het nieuwe KCE-model wordt bij de verwijzing naar het tweede niveau echter wel belang gehecht aan een correcte documentatie van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog onder de vorm van een functioneel bilan. De juiste invulling van dit functioneel bilan zou interessant zijn om verder te onderzoeken. Meer specifiek wat de verschillende hulpverleners als belangrijk achten om te vermelden in dit bilan, alsook de visie van de patiënt hierover.

De follow-up na behandeling van psychologische problemen was een thema waar slechts beperkte resultaten aan het licht kwamen uit de interviews en de focusgroep. Mogelijk is dit thema te groot an sich en viel het ook uit de scope van het onderzoek, waardoor het moeilijk was om hierover diepgang te kunnen bekomen. Het zou een interessant onderzoek zijn om de rolverdeling van de psychologen en huisartsen te onderzoeken. Uit de huidige resultaten blijkt dat de autonomie van de patiënt hierin belangrijk is en dat het initiatief in hun handen ligt om terug contact op te nemen bij problemen. Een belangrijke bedenking die hierbij kan worden gemaakt, werd geformuleerd door een van de patiënten. Hij gaf aan dat hij tijdens een herval

zich zo slecht in zijn vel voelde, waardoor hij geen contact meer kon opnemen met de psycholoog. Zijn huisarts zag hij echter ook niet als een aanspreekpunt, want die had de patiënt al doorverwezen naar de psycholoog.

Over de rol van de psycholoog waren de belangrijkste thema's die aan het licht kwamen de verwachtingen van de patiënt en de ervaring van het eerste consult. In het eerste contact speelde de huisarts bij sommige patiënten een rol qua keuze en coördinatie. De verwachtingen van dit eerste consult waren legio, maar belangrijker was dat de ervaring bij vrijwel alle patiënten positief was. Dit is opvallend, want later in de opvolging gaven sommige patiënten wel aan dat ze ontevreden waren over de verkregen hulpverlening. De ervaring van de patiënt bij het eerste contact is belangrijk om te zien of er een 'klik' is, maar bij de geïnterviewde patiënten was dit vrijwel altijd zo. In de ervaring van de verdere behandeling kan het noodzakelijk zijn dat bijvoorbeeld de huisarts peilt naar het verloop en de ervaring van de patiënt. Zo nodig kunnen er oplossingen of alternatieven besproken worden. Verder kwamen ook praktische elementen zoals de keuze van de psycholoog, de voorkeur van locatie, de betaalbaarheid en de wachttijd aan bod. De respons op deze factoren zijn, zoals eerder beschreven, divers. Het KCE-model sluit echter mooi aan bij de diverse voorkeuren van de patiënt, want dit model biedt de mogelijkheid voor eerstelijnspsychologen om in verschillende settings consultaties te voeren. Verder komt er een terugbetaling, maar blijft de mogelijkheid om bij privé-psycholoog op gesprek te gaan bestaan.

De mate waarin autonomie en zelfredzaamheid werd toegekend aan de patiënt was ook divers. Uit de ervaringen van de patiënt alsook die van de huisartsen in de focusgroep blijkt dat er meestal verwacht wordt van de patiënt dat hij of zij zelf de afspraak met de psycholoog maakt. Dit proces werd heel verschillend door patiënten ervaren. Voor sommigen was dit een belangrijke stap om zelf te nemen, voor anderen was dit juist een drempel om contact op te nemen. Als men de gedachtegang van het KCE volgt, namelijk dat het uitstellen van psychologische zorg de psychologische problematiek kan verergeren, is het belangrijk dat deze drempel ook voorkomen wordt. Het is met andere woorden belangrijk dat de huisarts vraagt of de patiënt zichzelf in staat acht om een afspraak te maken en zo niet, dat de huisarts aanbiedt om zelf contact op te nemen met de psycholoog.

Verder werd ook duidelijk dat stigma en taboe voor de patiënten nog een rol speelden. Deze thema's lopen ook als een rode draad doorheen de verschillende onderwerpen die reeds aan bod zijn gekomen. Taboe speelt een belangrijke rol in het bespreken en uitstellen van het behandelen van psychologische problemen. Stigmatisering speelt dan weer een rol in het beperken van interdisciplinaire communicatie. Zowel de focusgroep als de geïnterviewde patiënten kaderen dit als een maatschappelijke aangelegenheid. In deze context raadden sommige patiënten aan om campagnes te voeren om taboe aan te pakken. Dit sluit ook aan bij de adviezen van het KCE. Het kan ook impliceren dat het belangrijk is voor de huisarts om van deze stigmatisering en taboe bewust te zijn en zo nodig dit te bespreken met de patiënt.

Het werd ook duidelijk dat de communicatie tussen hulpverleners beperkt was, desondanks dat de patiënt hier positief tegenover staat. De hulpverleners in de focusgroep reageerden ook positief, maar bevestigden ook dat er zelden interdisciplinaire communicatie plaats vond. De redenen die werden aangehaald waren tijdsgebrek en dat psychologen het (nog) niet als routine in de vingers hadden. Alle partijen benadrukten dat de toestemming van de patiënt hiervoor belangrijk was. Deze bevindingen kaartten een mogelijk hiaat in de zorgverlening aan. Alle betrokken partijen ervaren interdisciplinaire communicatie als belangrijk, maar er werd door de deelnemers van dit onderzoek geen praktische invulling aan gegeven. Verder onderzoek zou interessant om te zien hoe deze interdisciplinaire communicatie gestimuleerd kan worden. Mogelijk is het opstellen van een functioneel bilan in het KCE-model een stimulatie voor deze communicatie, want hierbij moeten zowel de eerstelijnspsycholoog als huisarts betrokken worden.

Patiënten zien het belang in van een elektronisch invulling van deze interdisciplinaire communicatie, maar halen ook het belang aan van respect voor hun privacy. Het antwoord op de initiële onderzoeksvraag, met name of de interdisciplinaire communicatie volgens de patiënt elektronisch mag verlopen, is genuanceerd. Patiënten gaven aan dat om een holistische benadering van hun gezondheid door hun vertrouwde hulpverleners te krijgen dat ze wel op de hoogte moesten zijn van hun behandeling. Er is begrip voor een elektronisch interdisciplinaire communicatie, mits aandacht voor beperkte toegang van deze gegevens, bescherming van de privacy en idiosyncrasieën van de psychologische problematiek van de patiënt.

Er werd ook de visie van de patiënt gevraagd over het nieuwe organisatiemodel voor mentale gezondheidszorg van het KCE. Hierbij werden de voorkeuren, bedenkingen en aanvullingen van de patiënten onderzocht. Er kwamen belangrijke elementen aan het licht, namelijk dat de verantwoordelijkheden van de huisarts volgens de patiënt ook weerom afhankelijk was van de vertrouwensband met de patiënt. Het huidige KCE-model laat echter voldoende ruimte voor een dynamische rol van de huisarts naargelang de relatie met de patiënt. De huisarts wordt echter wel verplicht betrokken bij het opstellen van het functioneel bilan, maar in dit onderzoek waren daar geen expliciete bezwaren tegen. Het aantal terugbetaalde sessies werd zowel door de patiënt als de hulpverleners als weinig bevonden. Het aantal sessies werd echter onderzocht in het rapport van het KCE.[8] Hieruit bleek dat de gemiddelde noodzakelijke sessies 3,1 (1,5-3.9) was. De tevredenheid van zowel de patiënten als de hulpverleners hierover was groot met respectievelijk een gemiddelde score van 8,9/10 en 8/10. Een belangrijke kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat de verwijzingsgraad na het aantal gevolgde sessies voor verdere opvolging hoog was, namelijk 56%.[10] Men zich de bedenking maken of deze doorstroom naar het tweede niveau beperkt kan worden door het uitbreiden van het aantal sessies bij de eerstelijnspsycholoog. De focusgroep maakten de bedenking dat er met vijf sessies slechts voldoende tijd nodig is om een vertrouwensband te scheppen met de patiënt.
Deze reactie kwam op de opmerking van een patiënt dat ze bij recidiverende problemen bij dezelfde eerstelijnspsycholoog behandeld wilt worden. Voorlopig wordt er bij het huidig KCE-model geen adviezen omtrent deze opmerking. Mogelijk wordt er geïmpliceerd dat bij recidiverende problemen hulpverlening op het tweede niveau noodzakelijk is.

Er waren twee aanvullingen op het KCE-model die door de focusgroep als positief werden onthaald. De eerste aanvulling was een digitaal platform waarbij informatie werd gegeven over het zorglandschap, therapievormen en types zorgverlener. Hierbij zou ook de mogelijkheid om zich online voor therapie aan te melden mogelijk moeten zijn. De tweede aanvulling werd reeds eerder vermeld, namelijk een campagne waarbij er bewustwording wordt gecreëerd over psychologische problematiek, met zowel aandacht voor milde als ernstige problemen.

Er zijn tenslotte ook nog belangrijke tekortkomingen die bij dit onderzoek nog moeten worden aangehaald. Zo was het aantal patiënten die werden geïnterviewd beperkt. De aansluitende focusgroep werd ook slechts eenmaal uitgevoerd, waardoor er geen datasaturatie kon worden bekomen. De interviews en de focusgroep zelf werden uitgevoerd door een onervaren interviewer. De interviewer zelf werd ook geïdentificeerd als huisarts-in-opleiding. Dit kan de antwoorden van de deelnemers, zowel van de focusgroep als de patiënten beïnvloed hebben. Er werden ook enkel deelnemers geïnterviewd vanuit de regio Antwerpen, waardoor de resultaten niet kunnen worden veralgemeend over Vlaanderen of België. Er werd ook geen member-check uitgevoerd, want de bekomen data werd niet teruggekoppeld aan de deelnemers, waardoor er geen feedback was over de correcte interpretatie van hun uitspraken.

7) Richtlijnen voor de praktijk

Voor de consultatie:

- Stel een sociale kaart op van psychologen met aandacht voor locatie, expertise en indien mogelijk betaalbaarheid;
- Overleg met psychologen hoe interdisciplinaire communicatie kan bewerkstelligd worden.

Tijdens de consultatie:

- Communiceer op het tempo van de patiënt op een duidelijke manier;
- Bied aan om de afspraak zelf te maken met de psycholoog indien de patiënt dit zelf niet wilt doen;
- Wees begripvol en empathisch tijdens het consult;
- Voorzie voldoende tijd om psychologische problemen te bespreken;
- Spendeer voldoende aandacht en tijd aan de doorverwijzing naar een psycholoog;
- Stel een verwijsbrief op indien er in de voorgeschiedenis reeds diagnostiek of opnames hebben plaatsgevonden.

Na de consultatie:

- Peil naar de patiënt zijn of haar psychische toestand;
- Peil hoe de behandeling loopt bij hun psychologische hulpverlener;
- Bied aan om een consultatie samen met naasten te hebben van de patiënt;
- Wees bewust dat een doorverwijzing stigmatiserend kan werken en bespreek dit met de patiënt.

Algemeen:

- Bied ondersteuning aan voor, tijdens en na de doorverwijzing;
- Overweeg een psycholoog in de huisartsenpraktijk met indien mogelijk een aparte wachtkamer.

KCE:

- Voorzie voldoende bescherming van de gegevens van patiënten;
- Bied de mogelijkheid om bij dezelfde eerstelijnspsycholoog op consultatie te gaan bij recidiverende problemen;
- Overweeg om het aantal terugbetaalde sessies bij de eerstelijnspsycholoog uit te breiden om zo het aantal doorverwijzingen te beperken;
- Vraag de toestemming aan de patiënt vooraleer een functioneel bilan op te stellen;
- Beperk de wachttijd tot twee à vier weken voor het eerste en het tweede niveau;
- Start met campagnes om meer bewustwording te creëren over psychologische problematiek;
- Voorzie een digitaal platform om patiënten wegwijs te maken in het zorglandschap;
- Bied de mogelijkheid aan voor patiënten om zich online aan te melden voor de eerstelijnspsycholoog.

8) Bibliografie

1. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014
2. Mairiaux P, De Cia J, Panda J-P, Braeckman L, Hansez I. (2012). "Prevalence of Burnout Among Belgian Workers Assessed Through the Occupational Healthcare System." Occupational Health, 30th International Congress.
3. OECD, "Suicide rates (indicator)", 2016, OECD Health Statistics.
4. Vandenbroucke F, "La psyche: le cadet de mes soucis? Soins de santé mentale: les voies de la participation et de la concertation." 2001, Note de politique générale du ministre des Affaires Sociales et des Pensions et du ministre de la Santé publique.
5. INAMI-RIZIV, "Rapport annuel 2013.", 2013. Beschikbaar op: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport-annuel-2013.pdf
6. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, "La performance du système de santé Belge. Rapport 2015. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)"; 2015. KCE Reports **259**.
7. Digna JF, van Schaik MD, Alexandra FJ, Klijn H, van Hout PJ, Harm WJ, van Marwijk M, Aartjan TF, Beekman, M, de Haan R, van Dyck A, "Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care.", 2003, General Hospital Psychiatry **26**: 184-189.
8. Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens, W, Van Cauter X en Eyssen M., "Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg. Health Services Research (HSR)", 2016. KCE Reports 265As.
9. Amber M., Gum P, Patricia A. Hunkeler E, Tang L, Katon W, Hitchcock P, Steffens DC, Dickens J, en Unützer J, "Depression Treatment Preferences in Older Primary Care Patients." 2006, The Gerontologist **46**(1): 14-22.
10. Dispa MF, Van Audenhove C, Meys E, Nicolas E en Jamoulle P, "Uitsluiting en geestelijke gezondheid: de kip en het ei / Exclusion et santé mentale: l'oeuf et la poule." 2015, Koning Boudewijn Stichting, **3355**.
11. Jo Vandeurzen, "Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2010-2011", 2011.
12. Van Audenhove C en Scheerder G, "Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg: eindrapport werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg", 2010.
13. Coppens E, Neyens I, Van Audenhove C. "Onderzoek naar de invoering van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Onderzoeksrapport.", 2015, Steunpunt WVG.
14. Pasquale RCH, Pavilanis A, Beaulieu MC en Benoit A "A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients.", 2016, BMC Family Practice **17**(134).
15. Sampson RJC, Barbour R, Polson R en Philip Wilson P "Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research.", 2015, BMJ Open **5**.
16. Maia Ingram MPH, Guernsey de Zapien BA, Herman PM, en Scott C, "Using participatory methods to enhance patient- centred mental health care in a federally qualified community health center serving a Mexican American farmworker community." 2014, Health Expectations **18**: 3007-3018.
17. Dezetter A, Duhoux A, Menear M, Roberge P, Chartrand E, Fournier L. "Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec." 2015, The Canadian Journal of Psychiatry **60**(6): 284-293.
18. Mauksch LB, Katon WJ, Russo J, Cameron J, Walker E en Spitzer R, "Mental Illness, Functional Impairment, and Patient Preferences for Collaborative Care in an Uninsured Primary Care Population." 2001, The Journal of Family Practice **56**(1): 41-46.
19. Craven M, "Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base." 2006, Canadian Journal of Psychiatry **51**: 1-62.
20. Stenveld M, De Haes W en Van Nuland M, "Hoe kan de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog geoptimaliseerd worden?", 2016, Masterproef Huisartsgeneeskunde, ICHO.

9) Bijlagen

Bijlage 1: samenvatting Cochrane-beoordelingsformulieren literatuur

Artikel 1: Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research
Toepasbaarheid: interessante en kwalitatieve systematic review over perspectief van patiënten omtrent verwijzing, follow-up en organisatie hiervan. Centrale thema's die hieruit komen (drempels, coördinatie, communicatie en relatie/persoonlijke waarden) kunnen terugkomen in verwijzing naar de psycholoog, maar er zijn geen studies geïncludeerd die dit specifiek kunnen staven. Nuttig als achtergrondinformatie in literatuurstudie.
Artikel 2: Using participatory methods to enhance patient-centred mental health care in a federally qualified community health center serving a Mexican American farmworker community.
Toepasbaarheid: sterk uitgevoerd onderzoek, waarbij focusgroep losstaand interessante conclusies heeft qua voorkeuren mentale gezondheidszorg van de patiënt. Jammer genoeg sterke culturele factor (Latijns-Amerikaans, platteland) waardoor conclusies mogelijk moeilijk mee te nemen zijn in literatuurstudie.
Artikel 3: Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives.
Toepasbaarheid: Niet bruikbaar, want de opzet studie vermeldt focusgroep, die dan later nergens wordt uitgewerkt. Verdere publicaties hierover zijn ook niet terug te vinden. Kwantitatieve conclusies wijzen dat patiënten een verhoogde levenskwaliteit ervaren dankzij de integratie van een psycholoog in de huisartsenpraktijk, maar dit sluit niet aan bij de onderzoeksvragen van de eigen literatuurstudie.
Artikel 4: Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport
Toepasbaarheid: Wel bruikbaar. Interessante studie die aansluit bij eigen onderzoeksvragen over perspectief van patiënten over interprofessioneel samenwerking psychologische zorg in de eerstelijn. Deze studie gaf aanleiding tot het starten van deze thesis, zeker belangrijk om te verwerken in literatuurstudie.
Artikel 5: A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients
Toepasbaarheid: Wel bruikbaar, want interessante kwalitatieve studie met beschrijving van zowel de ervaring van patiënten als medisch personeel. Onderzoeksvraag sluit aan bij eigen onderzoek en identificeert ook de noden en barrières van patiënten. Enige kanttekening bij deze studie is de selectie op patiënten met chronische ziekten en ook als culturele context de Canadese gezondheidszorg.
Artikel 6: Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec
Toepasbaarheid: Beperkt bruikbaar, want de inclusiecriteria zijn identiek (ouder dan 18, milde psychologische aandoening zoals depressie, angst/paniek/fobie met exclusie van ernstige psychiatrische comorbiditeiten) aan eigen onderzoek. Hierbij wordt echter vertrouwd op de DAS of HADS schaal om de diagnose te stellen in plaats van de expertise van huisarts/psycholoog. Alle patiënten werden ook geselecteerd vanuit de eerste lijn, er werden geen patiënten onderzocht die rechtstreeks naar de psycholoog gingen. Resultaten meer gericht op drempels naar psychologisch zorg dan samenwerking tussen huisarts en psycholoog.
Artikel 7: "A tale of two systems- perceptions of primary care for depression in London and Melbourne."
Toepasbaarheid: Beperkt bruikbaar, want qua opbouw interessante studie, maar gezien de

thema's vooral gespecifieerd worden op gezondheidszorg in Londen en Melbourne, de visie van de patiënt op behandeling depressie zelf niet geselecteerd zijn op depressie of andere psychopathologie en er geen vermelding van de rol van psycholoog wordt gemaakt, sluit de studie niet aan bij de eigen onderzoeksvragen. Enkele segmenten over praktijkorganisatie en relatie huisarts en patiënten wel bruikbaar.
Artikel 8: "Patient preferences for depression treatment programs and willingness to pay for treatment."
Toepasbaarheid: Niet toepasbaar, focus ligt sterk op bruikbaarheid onderzoeksmethode (willingness-to-pay) voor antidepressiva, waarbij enkel vergeleken wordt met geen behandeling. Geen vermelding van psychotherapie, eerstelijnszorg of kwalitatieve visie van patiënt.
Artikel 10: "Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care."
Toepasbaarheid: Beperkt bruikbaar, systematic review met hiaten in (beschrijving) methodologie die verduidelijking geeft over de voorkeur van patiënten (psychotherapie) en achterliggende factoren (assumpties, hoog opgeleide vrouwen). Geen beschrijving rol eerste lijn, geen update sinds 2003, alsook mogelijk onderhevig aan culturele/maatschappelijke verschillen. Eerder interessant om te verwerken in introductie om belang psychotherapie toe te lichten.
Artikel 9: "Depression treatment preferences in older primary care patients." =>
Toepasbaarheid: Interessante kwantitatieve studie over voorkeur en effecten behandeling bij geriatrische patiënten. Nadelig is dat de rol van de huisarts beperkt beschreven is en er geen vermelding wordt gemaakt over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Toepasbaar als achtergrondinformatie om belang psychologische zorg voor ouderen te illustreren, maar sluit verder niet aan bij onderzoeksvraag.
Artikel 10: "Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients" => kwantitatieve studie opgenomen in artikel 12 over voorkeur antidepressiva tegenover psychotherapie bij depressieve patiënten in de eerste lijn, weinig toegevoegde waarde tegenover systematic review.
Artikel 11: "Better practices in collaborative mental health care- an analysis of the evidence base."
Toepasbaarheid: Beperkt toepasbaar. Interessante systematic review met beperkingen qua beschrijving methodologie (selectieprocedure summier beschreven, geen kwaliteitsbeoordeling. Verder zeer interessante resultaten over samenwerking tussen huisarts en psycholoog, maar weerom zeer beperkt qua visie van de patiënt.
Artikel 15: "Mental Health Needs of Older Adults and Primary Care Opportunity for Interdisciplinary Geriatric Team Practice"
Toepasbaarheid: bij nazicht is dit geen valide artikel. Qua methode wordt hier niets beschreven, neigt eerder naar een uitgebreide column dan wetenschappelijk artikel.

Bijlage 2: Inlichtingsformulier

Tweede versie aanvraag Ethisch Comité: De samenwerking tussen huisarts en patiënt, wat denkt de patiënt hierover? 25/5/2017

Universiteit Antwerpen

Titel project: "De samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog: wat denkt de patiënt hierover?"

Universiteit van Antwerpen
Faculteit Geneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Beste mevrouw mijnheer,

U bent gevraagd deel te nemen aan een onderzoek over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Dr. Matthias Verleije (huisarts-in-opleiding) en Prof. Dr. Lieve Peremans en Prof. Dr. Paul Van Royen als onderzoeksproject in het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen.

U bent gekozen om deel te nemen aan dit onderzoek omwille van je contact met de psycholoog.

De bedoeling van dit onderzoek is om de samenwerking tussen de psycholoog en huisarts verder te onderzoeken. Dit zal gedaan worden aan de hand van een interview waarvan de resultaten enkel bestemd zijn voor het onderzoek. De resultaten zullen niet beschikbaar zijn voor andere mensen dan de onderzoekers. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZA/UA.
Als u wil deelnemen aan het interview, mag u naar matthias.verleije@student.uantwerpen.be mailen. Nadien kan u gecontacteerd worden met meer informatie omtrent het interview. De resultaten zullen gecodeerd verwerkt worden. Dit betekent dat degenen die het onderzoek lezen, uitgezonderd de onderzoekers zelf, niet weten welke patiënt welk antwoord geeft.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om de betreffende samenwerking tussen huisarts en psycholoog te onderzoeken, maar er zal zorg voor gedragen worden dat dit volledig zonder mogelijke identificatie van de deelnemers gebeurt. U kan op ieder moment beslissen om je deelname aan het onderzoek stop te zetten en de toestemming alsnog in te trekken. De beslissing om wel of niet deel te nemen aan dit onderzoek zal op geen enkele manier invloed hebben op de medische zorg die u krijgt.

Indien je na het interview last hebt van psychologische moeilijkheden, kan je altijd contact opnemen met de onderzoekers. Als je voor, tijdens of na het onderzoek nog vragen hebt, kan je contact opnemen met Dr. Matthias Verleije, matthias.verleije@student.uantwerpen.be.

Alvast erg bedankt,

De onderzoekers (Dr. Matthias Verleije, Prof. Dr. Lieve Peremans Prof. Dr. Paul Van Royen)

Bijlage 3: Informed Consent

Universiteit Antwerpen

Informed consent

De samenwerking tussen de huisarts en psycholoog: wat denkt de patiënt hierover?

Geachte mevrouw of meneer,

U bent gevraagd deel te nemen aan een onderzoek over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Dr. Matthias Verleije (huisarts-in-opleiding) en Prof. Dr. Lieve Peremans en Prof. Dr. Paul Van Royen als onderzoeksproject in het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen.

U bent gekozen om deel te nemen aan dit onderzoek omwille van je contact met de psycholoog.

De bedoeling van dit onderzoek is om de samenwerking tussen de psycholoog en huisarts verder te onderzoeken. Dit zal gedaan worden aan de hand van een interview waarvan de resultaten enkel bestemd zijn voor het onderzoek. De resultaten zullen niet beschikbaar zijn voor andere mensen dan de onderzoekers.

Als u wil deelnemen aan het interview, mag u naar matthias.verleije@student.uantwerpen.be mailen. Nadien kan U gecontacteerd worden met meer informatie omtrent het interview. De resultaten zullen gecodeerd verwerkt worden. Dit betekent degenen die het onderzoek lezen, uitgezonderd de onderzoekers zelf niet weten welke patiënt welk antwoord geeft.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om de betreffende samenwerking te onderzoeken, maar er zal zorg voor gedragen worden dat dit volledig zonder mogelijke identificatie van de deelnemers gebeurt. U kan op ieder moment beslissen om je deelname aan het onderzoek stop te zetten en de toestemming alsnog in te trekken. De beslissing om wel of niet deel te nemen aan dit onderzoek zal op geen enkele manier invloed hebben op de medische zorg die u krijgt.

Indien je na het interview last hebt van psychologische moeilijkheden, kan je altijd contact opnemen met de onderzoekers. Als je voor, tijdens of na het onderzoek nog vragen hebt, kan je contact opnemen met Dr. Matthias Verleije, matthias.verleije@student.uantwerpen.be.

Alvast erg bedankt,

De onderzoekers (Dr. Matthias Verleije, Prof. Dr. Lieve Peremans Prof. Dr. Paul Van Royen)

Bijlage 4: Script interviews

Titel project: “De samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog: wat denkt de patiënt hierover?”

1) Voorbereiding

- Demografische gegevens verzamelen van de verschillende deelnemers een korte vragenlijst
- Data plannen voor interview (1 uur) per deelnemer in juni-augustus
- Audio – en videoapparatuur: nakijken of alles aanwezig is en goed werkt
- Draaiboek afprinten
- Schrijfgerief meebrengen
- Uurwerk voor interviewer

2) Voorbereiding op locatie

- Deelnemer ontvangen op afgesproken datum in consultatieruimte Korte Klaren
- Informed consent overlopen en invullen
- Eventueel korte vragenlijst met demografische gegevens invullen voor deelnemers die dit niet op voorhand deden.

3) Introductie

- Kort voorstellen van mijzelf en inleiding op ManaMa thesis. Voorstellen van de onderzoekers en uitleggen dat het onderzoek gaat over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Graag willen we hier over te weten komen wat het perspectief van de patiënt hierover is. Ook wordt nadien het nieuw organisatie- en financieringsmodel van het KCE hieromtrent toegelicht en gevraagd wat de patiënt hierover vindt.
- Welkom en bedanking voor komst
- Aankondiging opname, start opname en meedelen anonimiteit opname
- Graag eigen ideeën en ervaringen delen, er bestaan geen goede/foute antwoorden

Topic 1 De stap naar psychologische hulpverlening

Doel inzicht krijgen in de reden van verwijzing, eventueel vroegere ervaringen met psychologische hulpverlening

U bent in begeleiding bij een psycholoog. Kan u eens kort vertellen wat de aanleiding was voor de hulpvraag voor een psycholoog?

Topic 2 Het verwijzingsproces

Doel inzicht te krijgen hoe de verwijzing verliep

- Hoe is de keuze voor de psycholoog verlopen?
- Is dit zelfstandig gebeurd? Of hebben hier instanties bij geholpen?
- Wat betekende dit voor u om de stap te zetten om naar een psycholoog te gaan?
- Hoe bent u bij deze psycholoog bent gekomen?
- Hoe verliep het eerste contact met deze psycholoog?
    - o Hoe is het gesprek toen gegaan?
    - o Hoe was het persoonlijk contact?
- Eerdere ervaringen met psychologische hulpverlening

- Is hier voorbereiding aan te pas gekomen?
    - o Hulpvraag helpen formuleren?
    - o Doelstelling formuleren?
- (verwijsbrief, communicatie)
- Hoe lang heeft het geduurd voor u contact hebt genomen met de psycholoog?
- Hoe was deze wachttijd voor u?

Topic 3 De verdere opvolging en samenwerking

- Zou er voor u communicatie tussen de huisarts en de psycholoog mogen zijn?
- Wat vindt u van open communicatie tussen de huisarts en de psycholoog?
- Wat vind je hier positief aan?
- Wat vind je hier negatief aan?
- Zou dit van jou elektronisch mogen, bijvoorbeeld via SumEHR (+toelichting SumEHR)

Topic 4 Verbetering interactie tussen huisarts en psycholoog

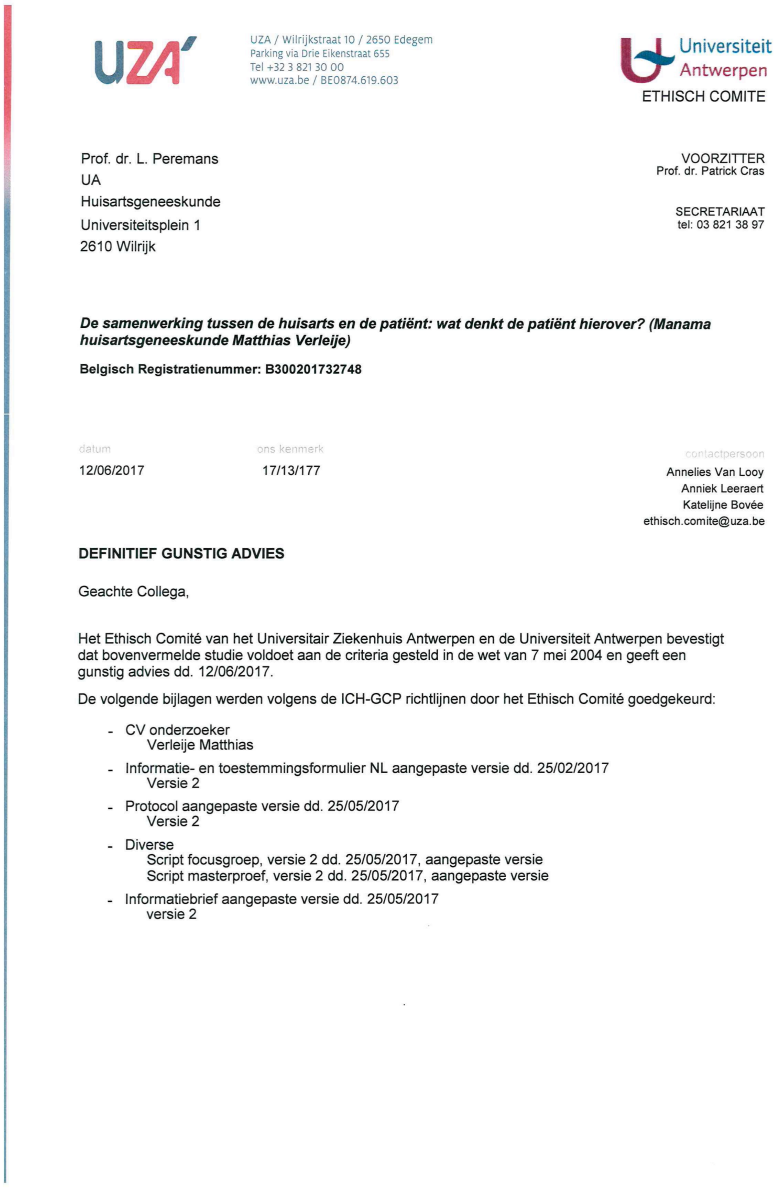
- Wat ziet u als mogelijke verbeteringen voor de samenwerking tussen huisarts en de psycholoog in jouw context?
- Hoe zou de samenwerking tussen huisarts en psycholoog in het algemeen verbeterd kunnen worden?
- Zijn er dingen die ontbreken om deze communicatie goed te laten verlopen?

Topic 5 Het voorstel van het KCE

- Korte uitleg over nieuw organisatiemodel van psychologische zorg met stroomdiagram KCE.
- Groot deel van Belgen kampt met milde en courante psychologische aandoeningen zoals angst en depressie. Zij kunnen door een tijdige ondersteuning worden overwonnen. Zo kan worden voorkomen dat deze tot moeilijker behandelbare problemen ontwikkelen.
- Het nieuwe systeem zou bestaan uit twee niveaus.
- Eerste niveau toegankelijk via eerstelijnspsycholoog of huisarts. Dit niveau is beperkt in aantal sessies. Ernstig klachten kunnen hier ook herkend worden en doorgestuurd naar gespecialiseerde centra.
- Het tweede niveau bestaat uit gespecialiseerde zorg en is toegankelijk vanuit het eerste niveau of via de psychiater. Deze gespecialiseerde zorg bestaat uit een psycholoog werkend in of verbonden met een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, gesteund door een adviserend psychiater. Hierbij wordt een elektronisch Zorgplan opgesteld dat wordt gedeeld tussen de verschillende hulpverleners.
- De privé-psycholoog blijft toegankelijk, maar dan zonder terugbetaling.
- Wat vind je positief aan dit nieuwe model? Wat kan er beter?
- Je hebt je verwijzing als … ervaren, past deze verwijzing in dit nieuwe systeem? Wat zou er dan beter zijn verlopen? Wat zou minder goed zijn verlopen?

Afsluitende vraag: wil je nog iets toevoegen aan het gesprek?

Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité



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

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. Peremans
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

De samenwerking tussen de huisarts en de patiënt: wat denkt de patiënt hierover? (Manama huisartsgeneeskunde Matthias Verleije)

Belgisch Registratienummer: B300201732748

datum: 12/06/2017
ons kenmerk: 17/13/177

contactpersoon:
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Katelijne Bovée
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 12/06/2017.

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

- CV onderzoeker
  Verleije Matthias
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 25/02/2017
  Versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 25/05/2017
  Versie 2
- Diverse
  Script focusgroep, versie 2 dd. 25/05/2017, aangepaste versie
  Script masterproef, versie 2 dd. 25/05/2017, aangepaste versie
- Informatiebrief aangepaste versie dd. 25/05/2017
  versie 2

Bijlage 6: Informed consent focusgroep

Universiteit Antwerpen

Titel project: “De samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog: wat denkt de patiënt hierover?”

Universiteit van Antwerpen
Faculteit Geneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Beste mevrouw mijnheer,

U bent gevraagd deel te nemen aan een onderzoek over de samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Dr. Matthias Verleije (huisarts-in-opleiding) en Prof. Dr. Lieve Peremans en Prof. Dr. Paul Van Royen als onderzoeksproject in het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Antwerpen.

U bent gekozen om deel te nemen aan dit onderzoek omwille hulpverlening als huisarts of psycholoog.

De bedoeling van dit onderzoek is om de samenwerking tussen de psycholoog en huisarts verder te onderzoeken. Dit zal gedaan worden aan de hand van een focusgroep waarvan de resultaten enkel bestemd zijn voor het onderzoek. De resultaten zullen niet beschikbaar zijn voor andere mensen dan de onderzoekers. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie van het UZA/UA.
Als u wil deelnemen aan het interview, mag u naar matthias.verleije@student.uantwerpen.be mailen. Nadien kan U gecontacteerd worden met meer informatie omtrent de focusgroep. De resultaten zullen gecodeerd verwerkt worden. Dit betekent degenen die het onderzoek lezen, uitgezonderd de onderzoekers zelf niet weten welke patiënt welk antwoord geeft.

Deelname aan dit onderzoek is vrijwillig. Alle informatie zal strikt vertrouwelijk behandeld worden. De resultaten van het onderzoek zullen gebruikt worden om de betreffende samenwerking te onderzoeken, maar er zal zorg voor gedragen worden dat dit volledig zonder mogelijke identificatie van de deelnemers gebeurt. U kan op ieder moment beslissen om je deelname aan het onderzoek stop te zetten en de toestemming alsnog in te trekken. De beslissing om wel of niet deel te nemen aan dit onderzoek zal op geen enkele manier invloed hebben op de medische zorg die u krijgt.

Als je voor, tijdens of na het onderzoek nog vragen hebt, kan je contact opnemen met Dr. Matthias Verleije, matthias.verleije@student.uantwerpen.be.

Alvast erg bedankt,

De onderzoekers (Dr. Matthias Verleije, Prof. Dr. Lieve Peremans Prof. Dr. Paul Van Royen)

Universiteit Antwerpen

Toestemmingsformulier

De samenwerking tussen huisarts en patiënt: wat denkt de patiënt hierover?

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik kreeg de kans en de nodige tijd om vragen over het onderzoek te stellen. Ik kreeg een bevredigend antwoord op al mijn vragen.

Ik weet dat de identiteit en persoonlijke gegevens die via deze studie worden verzameld, vertrouwelijk behandeld worden en enkel via codenummer achterhaald kunnen worden. Ik begrijp dat het opnamemateriaal en de bewerking daarvan uitsluitend voor analyse zal gebruikt worden.

Ik ben er mij van bewust dat de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit van Antwerpen dit onderzoek heeft goedgekeurd.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:
……

Datum: ……. Handtekening deelnemer: …..……

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik bevestig dat ik de aard, methode en doel van het onderzoek aan bovenvermelde respondent heb uitgelegd. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:
……..……..

Datum: ……. Handtekening onderzoeker: ..……

Bijlage 7: Protocol ICHO

Universiteit Antwerpen

PROTOCOL

DE SAMENWERKING TUSSEN DE HUISARTS EN DE PATIËNT: WAT DENKT DE PATIËNT HIEROVER?

Doelstelling en verantwoording

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de Belgen steeds meer kampen met psychologische moeilijkheden. Het gaat hier vooral om milde en matige problemen (angst en depressie). Als deze problemen niet aangepakt worden, kunnen ze zich met de tijd verder ontwikkelen en steeds moeilijker te behandelen worden. Ze zijn niet alleen voor de betrokkene, maar ook voor de maatschappij een grote belasting. (1, 2)
Momenteel speelt de huisarts in het aanpakken van deze psychologische moeilijkheden een centrale rol. De huisarts kan zelf psychologische ondersteuning aanbieden en/of doorverwijzen naar een psycholoog. Een recent KCE-rapport over organisatie en financiering van psychologische zorg haalt echter belangrijke problemen over aan. Zo hebben huisartsen door onvoldoende competenties, gebrek aan persoonlijke affiniteit of een tekort aan tijd om met hun psychologische problemen om te gaan. Soms worden ook enkel psychofarmaca voorgeschreven omdat ze geen andere concrete oplossing hebben. (3)

Door het samenbrengen van de complementaire competenties van huisartsen en psychologen kan de problematiek van de patiënt beter worden geëvalueerd. Een terugkoppeling van informatie vanuit de psycholoog naar de huisarts toe kan ook medisch shoppen en het combineren van verschillende behandelingen vermijden. De huisarts is volgens KCE ook de meest aangewezen persoon om deze informatie te centraliseren. (3)

De interactie tussen huisarts en psycholoog is natuurlijk niet zonder gevaren. Alles inzake geestelijke gezondheid ligt gevoelig, dus hoe gedetailleerd en uitgebreid moet deze informatie-uitwisseling zijn? Het respect voor het beroepsgeheim is immers onlosmakelijk verbonden met de vertrouwensrelatie die dan weer onmisbaar is voor een efficiënte psychologische interventie. Zowel in het huidige model als in het model opgesteld door het KCE is er weinig tot geen onderzoek gedaan naar de wensen van de patiënt.
Er is weinig tot geen onderzoek naar wat de mening is van de patiënt over open communicatie tussen huisarts en psycholoog. Ik zou graag verder onderzoeken wat de visie van de patiënt is over de samenwerking tussen de huisarts en de psycholoog. Meer bepaald:

Onderzoeksvraag

- Wat is de mening van de patiënt over open communicatie tussen huisarts en psycholoog? Waarom wel/niet?
- Welke informatie mag er in de verwijsbrief staan?
- Zijn er bezwaren om dit elektronisch te doen, bv. Via SumEHR?

Studiedesign

In deze masterproef wil ik een kwalitatief, descriptief onderzoek uitvoeren,

Methodologie

Minimaal 10 patiënten zullen worden geïnterviewd (de helft doorverwezen door huisarts en de helft die enkel opgevolgd worden door psycholoog) worden uitgevoerd. Deze resultaten kunnen teruggekoppeld worden naar huisarts en psycholoog in een groepsgesprek. De resultaten kunnen ook teruggekoppeld worden naar de praktijk om te evalueren hoe het nu verloopt in de praktijk en hoe dit kan verbeterd worden.
De patiënten worden gerekruteerd vanuit onze huisartsenpraktijk. Voor de overige vijf patiënten worden psychologen gecontacteerd waarmee de praktijk samenwerkt. Het interview zal ongeveer één uur duren per patiënt. Deze interviews zouden plaatsvinden tussen augustus 2017 en februari 2018. Nadien worden de interviews getranscribeerd en gecodeerd. Hierbij worden de gegevens constant vergeleken op gelijkaardige en contrasterende uitspraken in functie van de onderzoeksvraag. Deze resultaten zullen worden gepresenteerd in een focusgroep van huisartsen en psychologen. De uiteindelijke presentatie van de gegevens vindt plaats in juni 2018 (en eventueel augustus 2018). Nadien worden de audio-opnames gewist.

De audio-opnames kunnen enkel door de onderzoeker en promotor bekeken worden. De gegevens worden gecodeerd verwerkt met respect voor privacy van de patiënt. Er wordt de mogelijkheid geboden aan de deelnemers om zich tot het einde van het onderzoek terug te trekken uit de studie. Hierbij zullen alle gegevens gewist worden. Indien het interview nare herinneringen of negatieve gevoelens bij de patiënt teweeg brengt, kunnen zij een contactpersoon contacteren die vermeld staat op het inlichtingenformulier. Dit zal ook mondeling herhaald worden voor het interview zelf.

Ethische overwegingen

Deelnemers krijgen inzage in het afschrift van hun interview en krijgen de kans om opmerkingen te geven of wijzigingen door te voeren. De gegevens van het interview worden niet-traceerbaar gecodeerd.

Verzekering

Dekking via de verzekering van de Universiteit Antwerpen, waar de promotoren aan verbonden zijn.

Referenties

1) Dispa MF, Hermans K, Van Audenhove C, Meys E, Nicolas E, Jamoulle P, et al. Uitsluiting en geestelijke gezondheid: de kip en het ei / Exclusion et santé mentale: l'oeuf et la poule. Brussel: 2015.
2) Mairiaux P, Schippers N, De Cia J, Panda J-P, Braeckman L, Hansez I. Prevalence of Burnout Among Belgian Workers Assessed Through the Occupational Healthcare System. In: Occupational Health, 30th International Congress; 2012.
3) Eyssen Marijke, Van Cauter Xavier, Kohn Laurence, Obyn Caroline, Adriaenssens Jef, Christiaens Wendy, KCE Rapport 265A, Health Services Research, https://kce.fgov.be, 04-04-2016