Ontwikkelen van een, op het KOP-model gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out)

Luca Lenoir, universiteit Gent

Promotor: Jo Goedhuys, KU Leuven

Co-promotor: Tom Declercq, universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

ABSTRACT

Context

Wanneer mensen psychosociale problemen ervaren, zijn huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt. De consultstructuur die tijdens de opleiding geneeskunde aangeleerd wordt, blijkt minder goed toepasbaar bij dit soort consulten en in tegenstelling tot de fysieke klachten, kun je bij psychosociale klachten minder terugvallen op richtlijnen. Het KOP-model is een voorbeeld van een kortdurende, oplossingsgerichte therapie. Dit model dient ook als basis voor de Vlaamse opleiding eerstelijnspsychologie.

Onderzoeksvraag

Het doel van deze scriptie is het antwoord vinden op volgende onderzoeksvragen:

- Is het KOP-model - dat momenteel gebruikt wordt in de opleiding eerstelijns-psychologie in Vlaanderen- bruikbaar voor de huisarts?
- Kan er een consultmodel voor psychosociale problemen in de huisartspraktijk ontwikkeld worden, gebaseerd op het KOP-schema?

Aanvullend hierop onderzoekt Janne Morlion in haar scriptie volgende onderzoeksvragen:

- Hoe is dit model implementeerbaar in één/meerdere consult(en) van 20 min?
- Wat is het effect van dit consultmodel op de ervaringen van de artsen bij de aanpak van psychosociale problemen in de huisartspraktijk?

Om ons onderzoek af te lijnen, besloten we ons te beperkten tot surmenage en burn-out.

Methode

Aan de hand van literatuuronderzoek werd een eerste consultmodel, gebaseerd op het KOP-model, opgesteld. Dit model werd voorgesteld aan artsen, psychologen en ervaringsdeskundigen en tijdens een dubbelinterview en een focusgroepgesprek besproken. Deze werden kwalitatief geanalyseerd volgens de Quagol methode. Aan de hand van deze resultaten werd een aangepast consultmodel ontwikkeld.

Resultaten en discussie

Een gestructureerd model kan zorgen voor efficiënter tijdsgebruik van de artsen. Het model dient als kapstok om de psychosociale problemen te structureren en de verschillende consulten hier rond te kaderen. Het KOP-model lijkt goed geschikt om als basis te dienen voor dit model. Het is een eenvoudig model, bruikbaar voor een grote waaier aan problemen. Het kan gebruikt worden in alle leeftijdsgroepen en de taalbarrière is beperkt. Bovendien is het een goed onderbouwd model. Het KOP-schema is bruikbaar voor zowel psychologen als huisartsen.

Zowel in de literatuurstudie als bij de focusgroepgesprekken zijn de meningen verdeeld over de rol van de huisarts in het geven van (psycho)therapie. De coachende aanpak die bij het KOP-model wordt voorgesteld lijkt een goed alternatief. Tijdens de focusgroepgesprekken kwamen enkele mogelijke drempels voor het gebruik van een gestructureerd model op basis van het KOP-schema aan bod: nood aan voldoende opleiding, tijds- en energieinvestering, interesse en engagement van de artsen, grondhouding van de artsen, finaciering en geen/beperkt toegang tot samenwerking met een eerstelijnspsycholoog

Conclusie

Een gestructureerd model zou een antwoord kunnen bieden op twee problemen: de nood aan een onderbouwde aanpak van psychosociale klachten voor huisartsen én de nood aan een vlotte samenwerking op de eerste lijn. Dit zou zowel voor zowel de hulpverleners als de patiënten voordelen kunnen hebben.

Het gestructureerd consultmodel, gebaseerd op het KOP-model werd positief onthaald door de hulpverleners. Het lijkt veelbelovend (1) om te gebruiken in de praktijk, (2) om in integreren in de huisartsopleiding en (3) mogelijks ook om de samenwerking met andere hulpverleners te vergemakkelijken. Verder onderzoek naar implementatie op grotere schaal moet nog gebeuren.

INHOUDSTABEL

ABSTRACT **1**

INHOUDSTABEL **2**

AFKORTINGEN **4**

1 INLEIDING **5**

1.1 KEUZE VAN HET ONDERWERP 5
1.2 DOELSTELLING 6
1.3 BEGRIPPEN 6
1.3.1 Psychosociale problemen *6*
1.3.2 Surmenage en burn-out *6*
1.3.3 KOP-model *7*
1.3.4 Consultmodel *7*

2 METHODOLOGIE **8**

2.1 ONDERZOEKSOPZET 8
2.1.1 Overzicht *8*
2.1.2 Design *9*
2.1.3 Recrutering onderzoekspopulatie *9*
2.2 LITERATUURONDERZOEK 10
2.3 INTERVIEW EN FOCUSGROEPGESPREK 1.1 11
2.3.1 Deelnemers *11*
2.3.2 Onderzoeksvragen *11*
2.3.3 Analyse *12*
2.4 FOCUSGROEPGESPREK 2.1 EN 2.2 12

3 RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK **13**

3.1 PSYCHOLOGISCHE KLACHTEN IN HUISARTSPRAKTIJK 13
3.1.1 Epidemiologie *13*
3.1.2 Taakopvatting van de huisarts *13*
3.1.3 Aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk *14*
3.2 EVOLUTIE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG 15
3.3 KORTDURENDE INTERVENTIES 17
3.4 KOP-MODEL 18
3.5 AANPAK VAN SURMENAGE EN BURN-OUT 18

4 EERSTE VERSIE CONSULTMODEL **20**

4.1 STAP 1A – EXPLORATIE EN DIAGNOSTIEK 20
4.2 STAP 1B – INDICATIESTELLING KORTDURENDE BEHANDELING 21
4.3 STAP 2 – INTRODUCTIE & VOORBEREIDING 21
4.4 STAP 3 – OPSTELLEN ZIEKTETHEORIE EN BEHANDELDOELEN 21
4.5 STAP 4A – GEDRAGSVERANDERING 22
4.6 STAP 4B – WERKHERVATTING 22
4.7 STAP 5 – AFSLUITEN EN HERVALPREVENTIE 22
4.8 BIJLAGEN 22

5 RESULTATEN FOCUSGROEPGESPREKKEN **23**

5.1 WAT ZIJN DE VOOR- EN NADELEN VAN EEN GESTRUCTUREERD PSYCHOLOGISCH CONSULTMODEL IN DE HUISARTSPRAKTIJK? 23
5.2 WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN HET KOP-MODEL ALS BASIS VOOR DIT MODEL? 24
5.3 WAT IS DE PRAKTISCHE HAALBAARHEID VAN EEN GESTRUCTUREERD CONSULTMODEL OP BASIS VAN HET KOP-MODEL IN DE HUISARTSPRAKTIJK? 24
5.4 WAT ZIJN MOGELIJKE DREMPELS VOOR HET IMPLEMENTEREN VAN DIT MODEL? 26
5.5 WAT IS DE PLAATS VAN PSYCHO-EDUCATIE, VRAGENLIJSTEN, HUISWERK, INTERVENTIES OP GEDRAGSVERANDERING IN DE HUISARTSSETTING? 27
5.6 WAT IS DE MEERWAARDE VAN DIT MODEL IN DE SAMENWERKING MET (EERSTELIJNS)PSYCHOLOGEN? 28

6 DISCUSSIE 29

6.1 STERKTES EN ZWAKTES 29
6.1.1 Literatuuronderzoek 29
6.1.2 Focusgroepgesprekken 29
6.2 BESPREKING RESULTATEN 30
6.3 CONSULTMODEL 31
6.3.1 Stap 1a – exploratie en diagnostiek 32
6.3.2 Stap 1b – indicatiestelling kortdurende behandeling 32
6.3.3 Stap 2 – introductie & voorbereiding 33
6.3.4 Stap 3 – opstellen ziektetheorie en behandeldoelen 33
6.3.5 Stap 4 – evaluatie 33
6.3.6 Stap 5a – gedragsverandering 34
6.3.7 Stap 5b – werkhervatting 34
6.3.8 Stap 6 – afsluiten en hervalpreventie 34
6.3.9 Bijlagen 34
6.4 VERDER ONDERZOEK 36

7 CONCLUSIE 37

8 BIJLAGEN 38

8.1 BIJLAGE 1: BIJLAGEN VAN HET CONSULTMODEL 38
8.2 BIJLAGE 2: GEINFORMEERDE TOESTEMMING INTERVIEW EN FOCUSGROEP-GESPREK 39
8.3 BIJLAGE 3: GOEDKEURING ETHISCH COMITÉ EN GOEDGEKEURD PROTOCOL 42

9 REFERENTIES 43

AFKORTINGEN

HAIO	Huisarts in opleiding
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
MBI	Maslach Burnout Inventory
MeSH	Medical Subject Headings
QUAGOL	Qualitative Analysis Guide of Leuven
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
EMD	elektronisch medisch dossier
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisartsen - Geestelijke Gezondheidszorg
ELP	eerstelijnspsycholoog
CGT	cognitieve gedragstherapie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
POH	Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg
LOK	Lokale Kwaliteitsgroep

1 INLEIDING

1.1 Keuze van het onderwerp

Van bij de start van mijn eerste HAIO-jaar werd ik geconfronteerd met patiënten die kwamen consulteren met psychosociale klachten. Al snel bleek de begeleiding van dergelijke patiënten niet zo gemakkelijk. De consultstructuur die we tijdens de opleiding aangeleerd kregen, bleek minder goed toepasbaar bij dit soort consulten en in tegenstelling tot de fysieke klachten, kun je bij psychosociale klachten minder terugvallen op richtlijnen.

Ik besloot dat ik mij hierin wilde verdiepen en naar aanleiding van het kiezen van de masterproef onderwerpen, deed ik wat oriënterend literatuuronderzoek. Het bleek dat ik niet de enige was die moeite had met dit soort consulten.

Leen Wackenier deed in haar masterproef onderzoek naar de factoren die psychosociale zorg belastend maakt voor huisartsen. Ze schrijft: "*De belasting door psychosociale zorg wordt beïnvloed door factoren die bij de arts zelf liggen. In de literatuur worden in dit verband een gebrek aan opleiding en aan evidence based richtlijnen aangehaald. Het feit dat je als arts vaak geen invloed hebt op psychosociale problematiek, dat je bij dit soort zorg minder op 'automatische piloot' kunt werken o.a. door het gebrek aan richtlijnen en door de complexiteit van psychosociale problematiek.*" (1)

Ook Jasper Naert schreef zijn masterproef over deze problematiek. Hij stelde dat huisartsen er wel in lijken te slagen een goede probleemexploratie uit te voeren, maar dat ze onvoldoende kennis of tools tot hun beschikking hebben om op een gestructureerde manier om te gaan met psychosociale problemen. (2)

Ik raakte geïnspireerd en besloot in kader van mijn masterproef uit te zoeken of er een gestructureerde aanpak voor psychosociale klachten in de huisartspraktijk mogelijk was. Ik werkte hiervoor samen met Janne Morlion.

Het KOP-model werd ons uitgelegd tijdens de opleiding huisartsgeneeskunde. In het tijdschrift 'Huisarts Nu' verschenen ook twee artikels waarin voor de aanpak van surmenage en burn-out een handvat voor huisartsen werd aangereikt op basis van het KOP-model. (3) Bovendien is dit KOP-model de basis voor de opleiding eerstelijnspsychologie in Vlaanderen.

Het leek ons dan ook een interessante en relevante onderzoeksopzet om na te gaan of we aan de hand van het KOP-model een consultmodel voor de huisarts kunnen ontwikkelen om op die manier meer structuur in deze psychologische consulten te brengen en huisartsen praktische tools aan te reiken voor de aanpak van psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Door met hetzelfde model te werken als de eerstelijnspsychologen, kan dit bovendien leiden tot een betere afstemming binnen de eerste lijn.

Om ons onderzoek af te lijnen, besloten we ons te focussen op surmenage en burn-out.

1.2 Doelstelling

Het doel van mijn scriptie is het antwoord vinden op volgende onderzoeksvragen:

- Is het KOP-model - dat momenteel gebruikt wordt in de opleiding eerstelijns-psychologie in Vlaanderen - bruikbaar voor de huisarts?
- Kan er een consultmodel voor psychosociale problemen in de huisartspraktijk ontwikkeld worden, gebaseerd op het KOP-schema?

Aanvullend hierop onderzoekt Janne Morlion in haar scriptie volgende onderzoeksvragen:

- Hoe is dit model implementeerbaar in één/meerdere consult(en) van 20 min?
- Wat is het effect van dit consultmodel op de ervaringen van artsen bij de aanpak van psychosociale problemen in de huisartspraktijk?

1.3 Begrippen

1.3.1 Psychosociale problemen

Psychosociale problemen omvatten alle diagnoses die onder te brengen zijn onder de ICPC hoofdstukken P (psychische problemen) en Z (sociale problemen). (4,5)

1.3.2 Surmenage en burn-out

Overspanning/surmenage wordt gebruikt voor het aanduiden van een toestandsbeeld. De term surmenage is een term die vooral onder huisartsen gebruikt wordt. Het is een synoniem voor overspanning. Er zijn meerdere auteurs die een definitie of omschrijving van overspanning/overspannenheid geschreven hebben. (6)

Het burn-out-begrip werd geïntroduceerd in Amerika om de mentale uitputting bij hulpverleners te beschrijven. Het concept burn-out is internationaal sterk gekoppeld aan de meest gebruikte vragenlijst om burn-outverschijnselen te meten: de MBI (Maslach Burnout Inventory). De MBI omvat drie schalen: emotionele uitputting, depersonalisatie (een cynische houding ten opzichte van de mensen met wie men werkt) en verminderde gepercipieerde bekwaamheid in het werk. De verschijnselen worden nagevraagd in relatie tot het werk.

Wij kiezen voor beide begrippen de definitie te hanteren die wordt voorgesteld in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijnsprofessionals. (6)

1.3.2.1 Definitie ‘overspanning’

Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria (6):

A Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig:
- moeheid
- gestoorde of onrustige slaap
- prikkelbaarheid
- niet tegen drukte/herrie kunnen
- emotionele labiliteit
- piekeren

- zich gejaagd voelen
- concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.

B Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.

C Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.

D De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

1.3.2.2 Definitie 'burn-out'

Er is sprake van burn-out als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria (6):

A Er is sprake van overspanning.

B De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen.

C Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

1.3.3 KOP-model

"Het KOP-model is een toepassingsvorm van kortdurend behandelen waarbij men opnieuw overzicht wil bieden door te stellen dat klachten (K) worden veroorzaakt door de combinatie van stressvolle omstandigheden (O) en de (niet zo adaptieve) manier waarop de patiënt met die omstandigheden omgaat. Die manier van omgaan met de omstandigheden wordt in het KOP-model omschreven als persoonlijke stijl (P) of de copingstijl." (3)

1.3.4 Consultmodel

Een consultmodel is een gestructureerde manier om een consult uit te voeren. Het consultmodel dat in de huisartsenopleiding en daarmee in de huisartsenzorg wordt gehanteerd is vooral gericht op het geven van uitleg en advies aan de patiënt. (7)



Figuur 1: consultmodel Silverman (7)

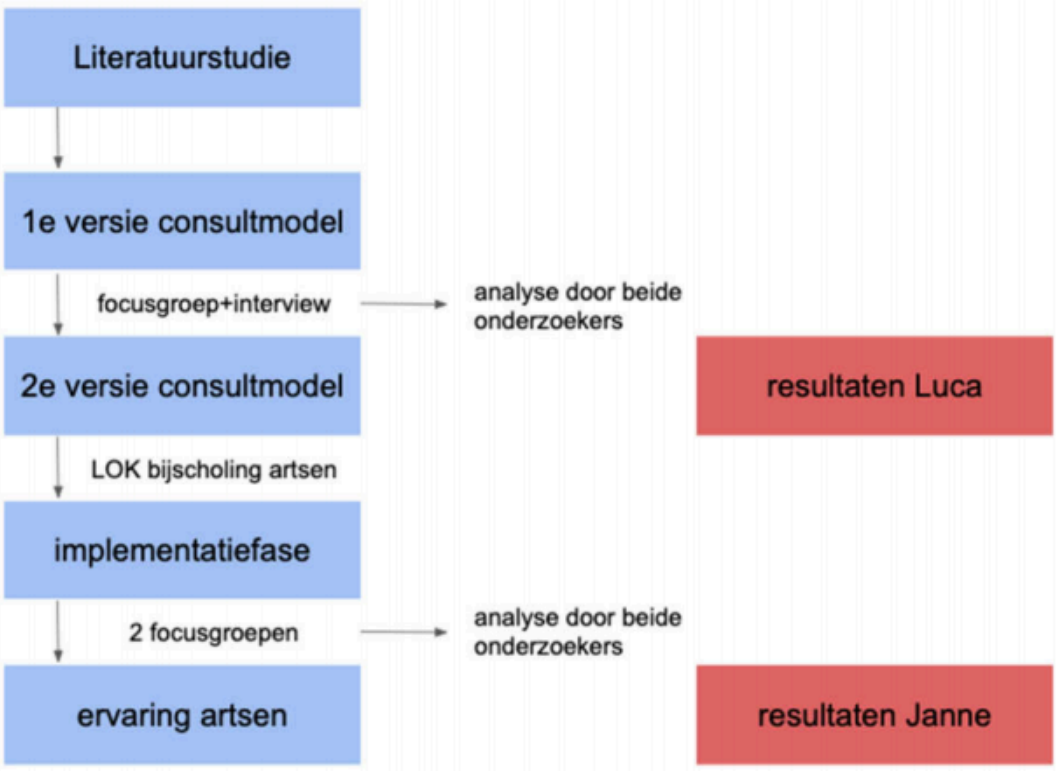
Voor de aanpak van psychosociale klachten is dit model minder toepasbaar. Het risico hiervan is dat artsen wel getraind kunnen zijn in de vaardigheden om de psychosociale klachten aan te pakken en de nodige tools ter beschikking hebben, maar dat deze niet opgehangen kunnen worden in een overkoepelend geheel. Dit kan leiden tot het stagneren van de zorg door terugval in de oude en meer bekende wijze van consultvoering. (7)

2 METHODOLOGIE

2.1 Onderzoeksopzet

2.1.1 Overzicht

Aangezien deze scriptie slechts een deel van een groter onderzoek beschrijft, volgt hieronder een kort overzicht van de algemene methodologie over de twee masterproeven heen. Figuur 2 toont een schematische weergave van het volledige onderzoek. In de daaropvolgende paragrafen volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de verschillende delen van de methode van deze masterproef.



Figuur 2: overzicht verloop onderzoek

Aan de hand van een literatuuronderzoek werd een eerste consultmodel ontwikkeld voor de aanpak van psychosociale klachten, zoals surmenage en burn-out. Dit model werd gebaseerd op het KOP-model van Rijnders et al. (3) Hierbij werden ook andere bestaande richtlijnen en onderzoeken in rekening genomen. (6,8–10)

Vervolgens werd dit model in juni 2018 tijdens een focusgroepgesprek en een interview getoetst. Zowel artsen, psychologen en een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg namen deel aan deze gesprekken.

Dit focusgroepgesprek en het interview werden opgenomen en achteraf op een kwalitatieve manier geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode. Aan de hand van de resultaten van deze gesprekken en een bijkomend interview met Kristel Luyckx (ervaringsdeskundige met het

KOP-model), werd een tweede, definitieve versie van het consultmodel opgesteld, aangevuld met uitgebreide praktische bijlagen.

Deze laatste versie van het consultmodel en de bijlagen werd in de periode oktober-november 2018 gepresenteerd aan veertien artsen van de drie deelnemende huisartspraktijken. Aan hen werd gevraagd het consultmodel bij een aantal patiënten toe te passen in de daaropvolgende vier maanden.

Na deze proefperiode werden opnieuw twee focusgroepgesprekken georganiseerd. Eén met de Gentse artsen in januari 2019 en één met de Oostendse artsen in februari. Ditmaal werden de deelnemende artsen gevraagd naar hun ervaringen met het model. Net als in de eerste stap werden deze gesprekken opgenomen en kwalitatief geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode.

Tot en met deze laatste stap werd alles door beide onderzoekers samen uitgevoerd. Het beschrijven van de resultaten van beide scripties werd door de individuele onderzoekers gedaan. De scriptie van Luca Lenoir vertrekt vanuit de eerste versie van het consultmodel. In de resultaten worden de gesprekken geanalyseerd die bijdroegen tot de ontwikkeling van het definitieve model. De scriptie van Janne Morlion vertrekt vanuit de definitieve versie van het consultmodel. In de resultaten worden de twee laatste focusgroepgesprekken geanalyseerd, waarin de ervaringen van de artsen met het consultmodel werden gedeeld.

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven (EC) het vermeld protocol onderzocht, besproken en goedgekeurd op haar vergadering van 19/03/2018.

2.1.2 Design

Aangezien het onderzoek nagaat of een nieuw concept (een consultmodel) in de zorg voor patiënten met psychosociale problemen kan bijdragen tot betere zorg, werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Hierbij was het de bedoeling aan de hand van focusgroepgesprekken een breed overzicht te krijgen over de achterliggende motivaties, meningen en behoeften van de deelnemers.

2.1.3 Recrutering onderzoekspopulatie

Om de gesprekken praktisch in te richten en de artsen tussentijds te herinneren aan het consultmodel, hebben we ervoor gekozen het eerste focusgroepgesprek, de LOK (lokale kwaliteitsgroep)-presentatie en de twee laatste focusgroepgesprekken in onze eigen opleidingspraktijk te organiseren. Luca veranderde na één jaar van opleidingspraktijk, dus vanaf de LOK werd ook deze praktijk geïncludeerd. Op die manier werd de heterogeniteit vergroot.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de deelnemende praktijken:

- Groepspraktijk in Ledeberg met acht vaste artsen (drie mannen en vijf vrouwen) met een spreiding in loopbaanduur en twee HAIO's (één man en één vrouw). In deze praktijk zijn ook andere disciplines vertegenwoordigd: twee psychologen (die niet bekend zijn met het KOP-model), één logopediste, één diëtiste en één podologe.

- Groepspraktijk in Sint-Amandsberg met twee vaste artsen (één man en één vrouw) en één HAIO. In deze praktijk werkt een eerstelijnspsychologe die de Vlaamse opleiding eerstelijnspsychologie volgde.
- Netwerkpraktijk in Oostende: bestaande uit vier praktijken op vier verschillende locaties. De eerste praktijk is een groepspraktijk met drie vaste artsen (één man, twee vrouwen), de tweede praktijk een groepspraktijk met twee vaste artsen (twee vrouwen) en een (vrouwelijke) HAIO , de derde praktijk een groepspraktijk met twee vaste artsen (twee mannen) met ondersteuning van een psychologe en de vierde praktijk met één vaste arts (man) en een (mannelijke) HAIO.

Voor het interview en het eerste focusgroepgesprek gingen we op zoek naar een heterogene groep artsen en psychologen mét en zonder kennis van het KOP-model. Naast de artsen en psychologen uit de opleidingspraktijken, nodigden we enkele experts in het KOP-model uit. We contacteerden Paul Rijnders en Els Heene, auteurs van het boek 'KOP-model Handboek. Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ.'. Via Els Heene kwamen we ook in contact met Nathalie Haeck, docent in de opleiding eerstelijnspsychologie. Via een collega HAIO kwamen we te weten dat men in het wijkgezondheidscentrum 'Brugse Poort' werkt volgens het Nederlandse model. Hierbij contacteerden we hun praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg Kristel Luyckx, POH'er met veel ervaring met het KOP-model. Ook Tom Declercq, docent huisartsgeneeskunde, co-auteur van de artikels 'Help, ik zit erdoor' en tevens co-promotor van deze thesis werd uitgenodigd.

Op de LOK-presentatie van het consultmodel nodigden we alle artsen van de drie opleidingspraktijken uit waarvan er in Gent twaalf aanwezig waren en in Oostende acht.

Om zowel van de Gentse als de Oostendse artsen feedback te krijgen over het gebruik van het model werd in beide steden een focusgroepgesprek georganiseerd. Hiervoor werden alle artsen die op de LOK's aanwezig waren in beide steden opnieuw via mail gecontacteerd. Er werd benadrukt dat iedereen welkom was, ook degene bij wie het gebruiken van het model minder vlot gelopen was. Er werd een herinnering gestuurd zodat we in elke stad aan een minimum aantal deelnemers van vier kwamen.

2.2 Literatuuronderzoek

Voor een eerste oriënterend literatuuronderzoek werden volgende Engelstalige zoektermen gebruikt: mental health (MeSH), primary mental health care, psychosocial problems, minimal intervention en psychological problems management. De zoektermen mental health en primary mental health care bleken veel te ruim. Aan de hand van de andere zoektermen en een beperking tot reviews werden 321 resultaten gevonden via Pubmed en 342 resultaten in de database van British Journal of General Practice. Op basis van titel en abstract werden zeven artikels weerhouden via pubmed en drie artikels via de database van British Journal of General Practice.

Daarna werd gezocht in de Nederlandstalige literatuur op basis van volgende zoektermen: eerstelijns geestelijke gezondheidszorg, generalistische geestelijke gezondheidszorg, surmenage, burn out, KOP-model, kortdurende psychologische interventies, psychologisch consultmodel. In de databanken van HA&Wetenschap, Huisarts Nu en Nivel.nl werden 188 artikels gevonden, waarvan dertien artikels weerhouden werden op basis van titel en abstract. Via de waterval methode werden uiteindelijk nog drie extra artikels gevonden.

Ten slotte werden deze zoektermen nog eens gebruikt voor het ICHO-archief. Hierbij werden 361 resultaten gevonden en werden uiteindelijk tien masterproeven weerhouden. Om ons verder in te werken in het thema, volgden we de opleiding “Aanpak van Burnout en Surmenage” aangeboden door het ICHO.

Het boek van Paul Rijnders en Els Heene, ‘KOP-model Handboek. Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ.’, vormde de voornaamste basis van ons eerste consultmodel. Eind november 2018 kwam ook een tweede relevant boek van Paul Rijnders op de markt: ‘Psychische klachten in de huisartspraktijk. Werken met het KOP-model’. Paul Rijnders gaf ons in afwachting van de officiële publicatie, alvast een inkijk in enkele hoofdstukken, zodat wij deze als bron konden gebruiken bij het opstellen van het definitieve consultmodel.

2.3 Interview en focusgroepgesprek 1.1

2.3.1 Deelnemers

Er werd een dubbelinterview en een focusgroepgesprek georganiseerd op 7 juni 2018. Deze vonden plaats in Ledeberg, in de vergaderzaal van één van de drie deelnemende huisartsenpraktijken.

Het interview werd afgenomen met experten in het KOP-model: Els Heene, mede-auteur van het KOP-model handboek, en Nathalie Haeck. Beiden zijn docenten in de opleiding eerstelijnspsychologie.

In het focusgroepgesprek brachten we elf zorgverleners met verschillende achtergronden samen:

- één huisarts met expertise in het KOP-model
- één huisarts met expertise in psychosociale klachten (maar niet met het KOP-model)
- vijf huisartsen zonder ervaring met het KOP-model
- één eerstelijnspsycholoog, opgeleid in het KOP-model
- twee psychologen met bijzondere expertise in het KOP-model (docenten)
- één praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg die werkt volgens het KOP-model.

Vooraf gebeurde een schriftelijke en mondelinge uitleg van de studie en tekenden de proefpersonen een informed consent (bijlage 2).

2.3.2 Onderzoeksvragen

Het doel van het focusgroepgesprek en het interview was om een antwoord te krijgen op volgende vragen:

- Wat zijn de voor- en nadelen van een gestructureerd psychologisch consultmodel in de huisartspraktijk?
- Wat zijn de voor- en nadelen van het KOP-model als basis voor dit model?
- Wat is de praktische haalbaarheid van een gestructureerd consultmodel op basis van het KOP-model in de huisartspraktijk?

- Wat zijn mogelijke drempels voor het implementeren van dit model?
- Wat is de plaats van psycho-educatie, vragenlijsten, huiswerk en interventies op gedragsverandering in de huisartssetting?
- Wat is de meerwaarde van dit model in de samenwerking met (eerstelijns-) psychologen?

Deze vragen werden als leidraad gebruikt om de verschillende thema's aan bod te laten komen, maar werden niet rigide gevolgd om zo de spontane interacties niet te onderbreken.

2.3.3 Analyse

Beide focusgroepgesprekken werden opgenomen met audio- en video-apparatuur en nadien volledig uitgetypt door één van beide onderzoekers. Daarna werd deze uitgetypte versie opnieuw beluisterd en gecontroleerd door de andere onderzoeker.

Om de verzamelde data te analyseren, werd gebruikt gemaakt van de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven)-methode, die bestaat uit twee delen. (11) Het eerste deel wordt volledig uitgevoerd op papier: de uitgetypte focusgroepgesprekken werden zorgvuldig herlezen, waarbij sleutelzinnen/passages onderstreept werden en gedachten of reflecties in de marge werden samengevat. Daarna werd op een narratieve manier een antwoord geformuleerd op de onderzoeksvragen. Ten slotte werd van een meer concreet niveau overgegaan op concepten (centrale ideeën). Door deze schematisch weer te geven en de sleutelconcepten te belichten, werd de data verder verfijnd. Dit is een cruciale voorbereiding op de uiteindelijk analyse. De analyse gebeurde tot en met deze stap door beide onderzoekers afzonderlijk. Ten slotte werd de data samengelegd en vergeleken.

Het tweede deel van de analyse volgens de QUAGOL-methode omvat het codeerproces aan de hand van het softwareprogramma Nvivo. Aan de hand van de lijst van concepten uit het eerste deel werd door beide onderzoekers samen een lijst van codes afgesproken. Deze codes werden daarna ingevuld met concrete data uit de focusgroepgesprekken. Elke significante passage werd aan een code toegewezen. Ten slotte werden alle fragmenten verbonden aan een code bestudeerd. Op basis van deze data werd dan uiteindelijk een antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Ook dit deel van de analyse werd door beide onderzoekers afzonderlijk uitgevoerd.

2.4 Focusgroepgesprek 2.1 en 2.2

Een beschrijving van de deelnemers en de onderzoeksvragen van de tweede reeks focusgroepgesprekken, kunt u terugvinden in de masterproef van Janne Morlion. (12)

3 RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK

3.1 Psychologische klachten in huisartspraktijk

3.1.1 Epidemiologie

Psychische problemen komen veel voor bij de algemene bevolking. Omwille van moeilijke begripsomschrijvingen en diagnosestellingen zijn prevalentiecijfers moeilijk in kaart te brengen. (13)

Uit de meest recente Belgische Gezondheidsenquête (2013) blijkt op nationaal niveau één op drie personen (32%) van 15 jaar en ouder psychische problemen te hebben. Deze verwijzen op de ene of andere manier naar een 'slecht in zijn vel zitten'. Dit is een stijgende trend aangezien van 2001 tot 2008 slechts één op vier personen (25%-26%) dergelijke problemen aangaf. (14)

In Nederland verzamelt het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) zorgregistraties in de eerstelijn. In 2017 was de jaarprevalentie van de diagnose neurasthenie/surmenage (overspannenheid) in de huisartsenpraktijk 9,7 per 1.000 mannen en 19,1 per 1.000 vrouwen. De diagnose komt bij mannen het meest voor in de leeftijdsgroep 40 tot en met 44 jaar en bij vrouwen in de leeftijdsgroep 35 tot en met 39 jaar. (15)

In een internationale vergelijking van zelfgerapporteerde werkgerelateerde stress in 2013 ondervonden 60% van de Nederlandse werknemers regelmatig of zeer vaak werkgerelateerde stress. Dit percentage ligt boven het EU27-gemiddelde (53%) en het Belgische cijfer bevindt zich op 47%. (16)

3.1.2 Taakopvatting van de huisarts

Wanneer mensen psychosociale problemen ervaren, zijn huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt. Het overgrote deel van de psychologische problemen wordt in de eerste lijn opgevangen. In een Britse studie wordt vermelding gemaakt van slechts 5-10% van patiënten die worden doorverwezen naar de tweede lijn. (17)

Hoewel tachtig procent van de huisartsen de diagnostiek van veelvoorkomende psychische problemen tot hun takenpakket rekent, vond in 2001 minder dan de helft van de Nederlandse huisartsen dat de behandeling ervan hun verantwoordelijkheid was. Als ze dan voor de behandeling instaan, gaat het vaak om psychofarmaca, terwijl patiënten liefst psychologisch begeleid worden binnen de huisartsenpraktijk. (18)

In een kleinschalig vragenlijstonderzoek bij Vlaamse huisartsen naar de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening, gaf 74% van de respondenten aan dat de huisarts vooral een ondersteunende en empathische rol heeft. De meningen over het aanbieden van psychotherapie waren meer verdeeld: 42% van de bevraagde huisartsen vond van wel, 21% vond dit niet hun taak. (19)

Mogelijke drempels die huisartsen kunnen ervaren om te investeren in psychologische consulten zijn onder andere: het tijdrovende karakter, gebrek aan interesse, onvoldoende opleiding/gebrek aan kennis van interventietechnieken, onvoldoende vergoeding, moeilijke doorverwijzing en het ontstaan van aanklampende zorg. (19)

3.1.3 Aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk

Daar waar in de huisartspraktijk de aanpak en doorverwijzing van puur medische problemen vaak goed onderbouwd is met richtlijnen, geldt dit minder voor de aanpak van psychosociale problemen zoals overspanning en burn-out. Nochtans is de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt voor milde en matige psychische klachten.

Huisartsen lijken er wel in te slagen een goede probleemexploratie uit te voeren, maar dikwijls beschikken ze over onvoldoende kennis of tools om op een gestructureerde manier om te gaan met psychologische problemen. (2) Gezien de problematiek vaak voorkomt, is er nood aan een gestructureerd protocol.(10)

In de doctoraatsstudie van Prof. Deveugele werd bij videoanalyses van consulten een duidelijk verschil opgemerkt in consultatiegedrag bij artsen wanneer het ging om psychosociale problemen in vergelijking met consulten over fysieke klachten. Artsen tonen meer empathie, zijn meer bezig met het opbouwen van een goede relatie met hun patiënt, stellen meer exploratieve vragen en geven minder informatie dan in andere consultaties. (4)

Patiënten informeren omvat onder andere het plaatsen van problemen in hun sociale context, de patiënt hulpmiddelen geven om hun gedrag en gevoelens te observeren en de relatie tussen problemen verklaren (psycho-educatie). Dit is vaak een belangrijke start bij het oplossen van psychosociale problemen. Het is dan ook opvallend dat artsen dit net minder doen bij consulten over psychosociale problemen. Hierdoor stelt zich de vraag of de huisartsen voldoende vaardigheden hebben om deze problemen structureel aan te pakken op een niet-medicamenteuze manier. Onderzoek naar goede, evidence based behandelingsstrategieën van dergelijke problematiek is nodig. (4)

In een Nederlands onderzoek waarbij men naging welke vormen van psychologische interventies toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk, bleek de huisarts vooral een rol te spelen in gezondheidsvoorlichting, motiverende gespreksvoering en reattributie, het toeschrijven van de oorzaken van gedrag aan interne of aan externe factoren. Deze interventies zouden mogelijk moeten zijn binnen de duur van één of meerdere (dubbel)consulten. In de Nederlandse context kan veel hiervan ook overgenomen worden door de Praktijkondersteuner Huisartsen - Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ). (18)

Uit een kwalitatief onderzoek naar de perceptie en drempels van huisartsen over huiswerkopdrachten bij patiënten met een psychosociale problematiek, blijkt dat het grootste deel van de ondervraagde huisartsen positief staan tegenover huiswerkopdrachten. Drempels voor het gebruik van huiswerkopdrachten zijn het gebrek aan kennis, weerstand bij de patiënt en tijdsgebrek. De gegeven huiswerkopdrachten blijken meestal vaag en niet erg concreet en artsen gaan vaak niet verder in op de afgewerkte taken. Nochtans is in de literatuur aangetoond dat de compliantie stijgt wanneer de onderzoeker het huiswerk naleest of controleert. (20)

In een review van de British Journal of General Practice die de aanpak van veelvoorkomende emotionele problemen en de effectiviteit van het consultgedrag in de huisartspraktijk onderzocht, rapporteren de meeste huisartsen vooral de meer eenvoudige benaderingen te gebruiken (zoals empathisch luisteren, uitleggen van symptomen en geruststellen), dan de meer specifieke, gestructureerde strategieën ('counselling skills', 'problem-solving techniques', 'behavioural techniques'). Het is echter moeilijk conclusies te trekken gezien het gebrek aan consistente definities. (17)

In een aansluitende studie (21) wil men een aanzet geven tot het ontwikkelen van een meer effectieve en evidence based aanpak van psychologische problemen in de huisartspraktijk. De tijd die een huisarts heeft tijdens een consult is beperkt, maar tegelijkertijd gaan een groot deel van de consulten over psychosociale problemen. Zoeken naar een aanpak om deze beperkte tijd therapeutisch zo efficiënt mogelijk te benutten kan misschien een kleine klinische impact hebben op individuele patiënten, maar met het groot aantal behandelde patiënten zou dit op populatieniveau wel zijn vruchten kunnen afwerpen. Gelijkaardige populatie effecten van korte gedragsinterventies werden reeds gedocumenteerd voor huisarts advies rond roken en ethylgebruik.

Tot nu toe zijn behandelstrategieën meestal gecomprimeerde versies van de (wel onderbouwde) specialistische behandelingen, wat veel vaardigheden vereist en moeilijk is in te bouwen in een routine consultatie. (21)

In deze review wordt voorgesteld om een aanpak in de huisartspraktijk te ontwikkelen die de kerncomponenten bevat die terugkomen in alle specialistische psychologische behandelingen. Dit zijn ten eerste het bereiken van een positieve therapeutische relatie, ten tweede het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie op het probleem en ten slotte het stimuleren van verandering in gedrag, gedachten of emoties. Deze drie elementen zitten al in het repertoire van consultvaardigheden van de meeste huisartsen. Een groot verschil met de specialistische behandelingen is vooral de beschikbare tijd die hieraan besteed kan worden. In de huisartssetting kan eventueel geprobeerd worden dit te spreiden over verschillende consulten. (21)

3.2 Evolutie geestelijke gezondheidszorg

De rol van de huisarts als poortwachter en regievoerder in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt steeds prominenter. Met de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen, die sinds de eerstelijnsconferentie in februari 2017 uit de startblokken is geschoten, en de toepassing van artikel 107 (vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg), wordt een betere interdisciplinaire samenwerking nagestreefd. Hierbij komt de persoon met een zorgnood meer centraal te staan en wordt het zorgaanbod geïntegreerd aangeboden. Hierbij zal onder andere de huisarts een belangrijke rol spelen. (13)

Bij deze vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt onder meer ingezet op vroegdetectie en vroeginterventie. Men wil dus dat geestelijke gezondheidsproblemen in een zo vroeg mogelijk stadium ontdekt en behandeld worden. Dit betekent dat er meer GGZ op de eerste lijn aanwezig dient te zijn. (13)

In een onderzoeksrapport van Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in verband met de invoering van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen wordt gesteld dat de huisarts en de eerstelijnspsycholoog (ELP) samen met andere eerstelijnswerkers de eerste schakel vormen in de GGZ zorgketen. Zij maken een initiële inschatting van de ernst en de aard van de problematiek en bieden psycho-educatie en kortdurende behandeling aan. Wanneer deze interventies niet volstaan, zorgt de ELP voor een gerichte verwijzing en geeft deze zo mee vorm aan getrapte zorg. (22)

Aanbieden van individuele kortdurende behandeling is één van de kerntaken van de ELP, maar hij kan ook educatieve interventies (al dan niet in groep) voorzien voor alledaagse psychische problemen (bvb. stress, angst, slaapproblemen,...). Daarnaast bouwt de ELP een netwerk op binnen de zorgregio om de continuïteit van zorg over de lijnen heen te bevorderen. Door goed af te stemmen tussen de verschillende actoren kan overlap in het zorgaanbod vermeden worden. De ELP begeleidt niet alleen patiënten, maar zal ook huisartsen en andere eerstelijnswerkers coachen. (22)

Dit laatste kan een belangrijke taak worden, want in bovenvermeld onderzoeksrapport kwamen ook voor de huisarts een aantal cruciale taken naar voor: 1) psychische problemen herkennen, 2) bepalen of een patiënt baat heeft bij een kortdurende behandeling of beter rechtstreeks in de tweede lijn wordt aangemeld, 3) patiënten informeren over de ELP en motiveren om de stap te zetten, 4) patiënten met lichte psychische problemen zelf verder helpen en 5) patiënten met een langdurige problematiek op lange termijn opvolgen. (22) Deze cruciale taken staan in schril contrast met de schaarste aan richtlijnen, scholing, kennis en training die er momenteel zijn voor huisartsen om aan die taken te kunnen voldoen.

Uit de pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie blijkt dat huisartsen de ELP als een belangrijke toegevoegde waarde ervaren:

- Een ELP is een nieuwe expert op vlak van psychische problematiek, een domein waarin veel huisartsen een tekort aan competentie rapporteren.
- Huisartsen leren veel bij over psychische problemen en zullen mogelijks ook bepaalde kortdurende psychologische interventies zelf leren opnemen.
- Huisartsen bouwen kennis op over het bestaande netwerk van zorgorganisaties in de regio dankzij de coachende rol van de ELP en de terugkoppeling na een doorverwijzing. Hierdoor kunnen zij hun eerstelijnsggz-rol beter vervullen.
- Er is een alternatieve niet-medicamenteuze behandeling van psychische klachten.

In Nederland werkt men al sinds de jaren tachtig met eerstelijnspsychologen, en stelt men vast dat een goede samenwerking met de huisarts belangrijk is. De psycholoog begint niet opnieuw nadat de huisarts heeft verwezen, maar bouwt voort op diens interventies. (23)

De evolutie in de GGZ is momenteel een ‘hot topic’, vanaf 1/03/19 gaat de terugbetaling van de klinisch psycholoog van start. Hierbij zal de patiënt slechts 11 euro (of 4 euro bij recht op verhoogde tegemoetkoming) moeten betalen per sessie. Patiënten tussen 18 en 64 jaar kunnen er voor vier (met mogelijke verlenging tot acht) sessies terecht mits verwijzing van de huisarts of psychiater en enkel voor matig ernstige psychische problemen inzake angst, depressie en alcoholgebruik. Milde psychische problemen kunnen verder aangepakt worden door de huisarts.

De terugbetaling gebeurt via overeenkomsten met netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen moeten zich bij zo'n netwerk aansluiten om terugbetaalde prestaties te kunnen leveren. De netwerken moeten huisartsen en psychiaters in hun regio op de hoogte brengen van zodra ze een contract met het Riziv hebben afgesloten. Zij dienen ook de verwijsbrief te verspreiden. (24)

De huidige opleidingen psychologie zijn vooral gericht op het aanbieden van specialistische, langdurige therapeutische behandelingen, waarbij de focus sterk ligt op het ziekte-genezingsmodel, terwijl bij kortdurende behandeling vooral aandacht besteed wordt aan het versterken van de gezonde kenmerken van de patiënt en het aanleren van copingvaardigheden.

In België vindt sinds 2016 een permanente vorming eerstelijns psychologische zorg plaats, waarbij deze generalistische manier van werken wordt aangeleerd.

3.3 Kortdurende interventies

De huidige GGZ bestaat vooral uit gespecialiseerde tweedelijnszorg met langdurige, intensieve behandeltrajecten. Deze situatie voldoet echter niet aan de toenemende vraag naar goede en toegankelijke eerstelijnszorg. Volgens epidemiologisch onderzoek valt de meerderheid van de psychische klachten onder mild tot matig ernstige klachten. Wanneer deze patiëntengroep geen behandeling krijgt (owv bvb lange wachttijden, grote drempel, financiële drempel,...) kunnen deze klachten verergeren.

Er is ondertussen een ruime evidentie dat deze milde tot matig ernstige klachten goed te behandelen zijn met een laag intensief (of kortdurend) behandelaanbod. Hierbij kan men hetzelfde resultaat verwachten als van intensievere behandelingen, maar op kortere termijn en met minder middelen.

Een belangrijke voorwaarde voor kortdurende interventies is een aanzienlijke participatie van de patiënt in zijn eigen behandeltraject met een meer beperkte rol voor de behandelaar.

De bedoeling van een kortdurende interventie is om op korte termijn tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen zodat de patiënt overzicht krijgt over zijn situatie (de uitlokkende aspecten hiervan en over zijn eigen rol hierin). Dit draagt bij tot remoralisatie en stimuleert zelfmanagement. Op deze manier kan daarna tussen patiënt en behandelaar een consensus worden bereikt over de doelen van de behandeling en de manier waarop deze behaald zullen worden.

Niet iedereen komt voor kortdurende eerstelijnspsychologische zorg in aanmerking. Een dichotome criterialijst kan hiervoor niet uitgewerkt worden omdat het niet zozeer de kenmerken van de klachten zijn die van invloed zijn op het beloop van psychische problemen. Het zijn vooral de persoonlijke kenmerken en de kenmerken van de omstandigheden die bepalen of iemand hiervoor in aanmerking komt. De huisarts is gezien de kennis van de context van de patiënt een goede persoon om dit in te schatten. (3,25)

In het onderzoeksrapport Eerstelijnspsychologische functies in Vlaanderen bevestigen de onderzoeksresultaten dat dankzij de ELP tweedelijnszorg voor veel patiënten vermeden kan worden. Zo is bijna de helft van de patiënten afdoende geholpen met enkel en alleen een

kortdurende generalistische behandeling. In de projecten werd aan 80% van de patiënten minder dan 5 sessies aangeboden en aan 19% tussen 5 en 10 sessies. Een kleine minderheid (2%) ziet men in meer dan 10 sessies. (22)

3.4 KOP-model

Het KOP-model is één van de toepassingsvorm van kortdurend behandelen.

"Klachten (K) worden veroorzaakt door de combinatie van stressvolle omstandigheden (O) en de (niet zo adaptieve) manier waarop de patiënt met die omstandigheden omgaat. Die manier van omgaan met de omstandigheden wordt in het KOP-model omschreven als persoonlijke stijl (P) of de copingstijl." ((3), zie ook hierboven)

Het KOP-model is zowel 1) een zoekmodel dat de behandelaar en patiënt kan ondersteunen bij de probleemexploratie, als 2) een verklaringsmodel. Samen met geruststelling en psycho-educatie kan dit soms voldoende zijn. Ten derde 3) kan het als een kapstok voor behandeling dienen, indien herstel van overzicht niet voldoende was.

Het KOP-model werd in 1999 ontworpen door Rijnders en collega's. In Nederland wordt dit generalistisch model al langer gebruikt voor de aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn door eerstelijnspsychologen en andere eerstelijnswerkers zoals psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

In België heeft het model ook zijn intrede gedaan: de eerste ervaringen met het model in de pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie hier in België zijn overwegend positief (22):

> *"Het KOP-model werd zeer geschikt bevonden om analyserend en structurerend met de patiënt te werken. Het biedt mogelijkheden om op een andere manier naar de situatie te kijken en reikt zo oplossingen aan waarmee de patiënt in de praktijk aan de slag kan. Patiënten worden zo geactiveerd en de verantwoordelijkheid wordt terug bij hen gelegd."*
>
> *"Het KOP-model wordt gebruikt om de problematiek te kaderen en patiënten meer inzicht te geven in de eigen problematiek. Dit model laat hen zien welke aspecten van het probleem ze zelf kunnen aanpakken."*
>
> *"Het KOP-model werd gebruikt als kapstok. De ELP gebruikt dit model eveneens voor de terugkoppeling van informatie naar huisartsen omdat het duidelijk en eenvoudig is."*
>
> *"Voor de verwijzende huisartsen werd een standaard verwijsbrief opgesteld – opgebouwd volgens het KOP-model."*

Het KOP-model vormt ondertussen de basis in de opleiding tot eerstelijnspsycholoog in Vlaanderen.

3.5 Aanpak van surmenage en burn-out

In België is er geen richtlijn voorhanden voor de aanpak van surmenage en burn-out. Er wordt momenteel wel onderzoek gedaan naar een zorgtraject burn-out. (26)

In 2011 werd in Nederland de multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en de LVE (Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen). Deze richtlijn werd geschreven ter bevordering van de effectieve samenwerking en was een antwoord op de behoefte aan een gelijkgerichte werkwijze en onderlinge afstemming tussen de verschillende eerstelijnsgezondheidswerkers.(6) Hieruit volgde de herziene Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak overspanning en burn-out (LESA). Ook andere instanties, zoals SOLKnet hebben deze richtlijn geadapteerd en als basis voor hun aanpak van overspanning gebruikt. (8,27)

De richtlijn en afgeleide protocollen vormen een leidraad voor alle eerstelijnshulpverleners zodat zij op een uniforme manier en met gemeenschappelijke uitgangspunten en definities werken in de aanpak van overspanning en burn-out. Zo kunnen patiënten erop vertrouwen een optimale begeleiding te krijgen, ongeacht de betrokken eerstelijns hulpverlener. Onzekerheid wordt weggenomen en shoppinggedrag wordt voorkomen. Voor patiënten met overspanning kan gebrekkige afstemming in tijd en op inhoud tussen diverse eerstelijnshulpverleners een extra spanningsbron op zich worden. Dit kan het herstel van klachten en het oppakken van de sociale rollen, waaronder werkhervatting, opmerkelijk vertragen en de kans op een recidief verhogen. (6)

Overspanning/surmenage en burn-out hebben een gunstig natuurlijk beloop. Er is geen onderbouwing voor een medicamenteuze aanpak. In de (huisarts)praktijk kan het wel nuttig zijn om gedurende de initiële acute periode kortdurend gebruik te maken van benzodiazepines bij ernstige slaapproblemen en van symptomatische middelen ter bestrijding van functionele lichamelijke klachten zoals pijn en maag-darmklachten. Het gevaar van het gebruik van (alternatieve) geneesmiddelen, zoals Ginkgo biloba, is het risico op medicalisering wanneer de patiënt een verbetering van de klachten gaat toeschrijven aan de middelen in plaats van aan zijn eigen kracht en acties. (6)

Niet medicamenteuze interventies zijn gericht op het versterken van de zelfredzaamheid van de patiënt en zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (CGT). Klachtbehandeling en bevorderen van participatie nemen een gelijkwaardige plaats in bij de begeleiding van de patiënt. De behandelaars hebben geen afwachtende rol maar volgen actief het proces van de patiënt en interveniëren op het juiste moment met de juiste aanpak. (6)

In de multidisciplinaire richtlijn worden drie fasen in de behandeling onderscheiden: de crisisfase, de probleemfase en de toepassingsfase. De interventies zijn aangepast aan deze fasen en houden zo rekening met het herstel van het probleemoplossend vermogen. Er wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt en de patiënt neemt een actieve positie in. Daarbij past het toepassen van schrijf- en registratieopdrachten en het meegeven van huiswerk. (6,28)

De rollen van huisarts, bedrijfsarts en eerstelijnspsycholoog zijn complementair aan elkaar en in de LESA worden duidelijke samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de beroepsgroepen. Zo worden patiënten met een aanhoudende burn-out ondanks eerstelijnsinterventies door de huisarts of bedrijfsarts doorverwezen naar de eerstelijnspsycholoog. De continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd met een wachttijd bij verwijzing van maximaal twee weken. (27)

4 EERSTE VERSIE CONSULTMODEL

Voor het opstellen van het consultmodel baseerden we ons op de verschillende stappen die Paul Rijnders en Els Heene in hun boek 'KOP-model Handboek. Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ.' bespreken. Deze stappen werden aangepast aan de huisartsensetting. Er zijn vijf stappen, waarbij er twee stappen (stap 1 en stap 4) onderverdeeld zijn in een A en B. De stappen komen niet overeen met volledige consulten. Hoe snel je van de ene naar andere stap overgaat, hangt af van zowel de patiënt als de arts. Niet elke patiënt zal altijd alle stappen doorlopen.

In het model zijn er telkens 3 kolommen. In de eerste kolom staat de naam van de stap, in de tweede kolom de inhoud van het consult en in de derde kolom geven we een overzicht van de verschillende interventies die je als behandelaar kan uitvoeren. Ten slotte voorzien we nog een aantal bijlagen waarin de interventies verder uitgewerkt worden.

Stappen		inhoud consult	Interventies behandelaar
stap 1a	**exploratie & diagnostiek**	exploratie aanmeldingsklacht DD: somatische aandoeningen, DSM, ...	basis psycho-educatie dagstructuur actieve rust *optioneel* *piekeropdrachten* *ontspannende activiteiten* *dagstructuur/slaapstructuur*
stap 1b	**indicatiestelling kortdurende behandeling**	beslisboom: pt geschikt voor kortdurende therapie?	basis beslisboom
stap 2	**introductie & voorbereiding**	uitleg KOP schema exploratie K, O en P	basis oefeningen inzicht krijgen in P *optioneel* *vragenlijsten K, O en P* *probleem- en oplossingsinventarisatie mbv schrijf en registratieopdrachten*
stap 3	**opstellen ziektetheorie en behandeldoelen**	K= OxP definiëren = opstellen ziektetheorie behandeldoelen formuleren	basis inzetten op verhogen draagkracht *optioneel* *probleem- en oplossingsinventarisatie mbv schrijf en registratieopdrachten*
stap 4a	**gedragsverandering**	uitvoeren behandeltheorie adhv interventies die werken op gedragsverandering	*optioneel* *oefeningen gedragsverandering* *opdracht om te saneren in belastende rollen* *opdrachten om te anticiperen op mogelijke belemmeringen bij opnemen taken en rollen*
stap 4b	**werkhervatting**	voorbereiden werkhervatting	
stap 5	**afsluiten en hervalpreventie**	follow up hervalpreventie	basis vroege signalen leren herkennen *optioneel* *vragenlijst nameting*

Figuur 3: eerste versie consultmodel

4.1 Stap 1a – exploratie en diagnostiek

In stap 1 komt een brede exploratie van de klachten aan bod. De arts overweegt somatische oorzaken, houdt rekening met DSM criteria en indien er een vermoeden is van een psychosociale component als oorzaak van de klachten, wordt dit al besproken met de patiënt in het kader van het tweesporenbeleid.

Basisinterventies tijdens deze stap zijn psycho-educatie die inzet op inzicht en acceptatie, dagstructuur en actieve rust. Indien een patiënt hier nood aan heeft, kunnen hier ook

specifieke interventie rond piekeren, ontspannen en slapen aan bod komen. Ook patiënten die uiteindelijk niet voldoen aan de voorwaarden om met dit model behandeld te worden, kunnen baat hebben bij deze interventies.

4.2 Stap 1b – indicatiestelling kortdurende behandeling

Indien er sprake is van psychosociale klachten, overweegt de arts of de patiënt in aanmerking komt voor kortdurende, laagintensieve therapie (in dit geval met het KOP-model). Dit wordt gedaan aan de hand van een beslisboom die ontwikkeld is door Frederik Boone.

Volgens Boone zijn er 5 patiëntgebonden voorwaarden die moeten vervuld zijn om een indicatie voor een kortdurende of laagintensieve behandeling te kunnen stellen (3):

- De patiënt bevindt zich in het 'pluis'-gebied: hij functioneert adequaat en is gemotiveerd voor behandeling. Vroegere behandelingen zijn succesvol afgesloten en de patiënt is in staat en bereid zijn eigen aandeel in de problematiek onder ogen te zien. Er is geen risico op decompensatie of suicide.
- De realiteitstoetsing van de patiënt is intact.
- De patiënt beschikt over sociale vaardigheden en competenties waarop hij kan voortbouwen.
- Er is een sociaal netwerk dat de patiënt tot steun, voorbeeld en stimulator kan dienen bij het veranderingsproces.
- De patiënt moet in staat zijn tot het aangaan van wederkerige vertrouwensrelaties. Op deze manier wordt een proces van leren in dialoog mogelijk.

4.3 Stap 2 – introductie & voorbereiding

In stap 2 van het consultmodel gaan we het KOP-schema introduceren bij de patiënt en de verschillende aspecten K, O en P exploreren.

Er bestaan heel wat hulpmiddelen (vragenlijsten, schrijf- en registratieoefeningen, metaforen) die de arts kunnen helpen dieper in te gaan op de K, de O en de P. In de bijlagen worden deze hulpmiddelen verder toegelicht.

4.4 Stap 3 – opstellen ziektetheorie en behandeldoelen

Nadat de K, de O en de P elk afzonderlijk in kaart gebracht zijn, is het belangrijk de samenhang van deze elementen met de patiënt te bespreken. Op die manier stel je een gedeelde ziektetheorie op. Aan de hand van deze gezamenlijke ziektetheorie, stelt de arts samen met de patiënt behandeldoelen op.

Tijdens deze stap zijn bijkomende interventies vooral gericht op het verhogen van de draagkracht van de patiënt.

4.5 Stap 4a – gedragsverandering

In stap 4a is er plaats voor interventies die werken op gedragsverandering. We denken hierbij aan elementen uit de (C)GT, zoals oefeningen met een G-schema (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg), gedragsexperimenten en assertiviteitstraining.

4.6 Stap 4b – werkhervatting

Surmenage en stress vindt vaak een oorzaak op het werk. Patiënten die na een arbeidsongeschiktheid terug aan het werk gaan, maken kans op herval indien de situatie op het werk onveranderd gebleven is. In stap 4b wordt de werkhervatting voorbereid om de kans op herval te beperken.

4.7 Stap 5 – afsluiten en hervalpreventie

In stap 5 wordt aandacht geschonken aan hervalpreventie.

4.8 Bijlagen

De bijlagen werden in deze fase nog niet volledig uitgewerkt. Er werd wel een selectie van bestaande documenten gebundeld om de artsen te tonen wat de mogelijkheden van de bijlagen waren.

5 RESULTATEN FOCUSGROEPGESPREKKEN

Hieronder worden de resultaten van de kwalitatieve analyses beschreven, aangevuld met enkele belangrijke quotes uit de focusgroepgesprekken. De resultaten worden gestructureerd als antwoord op de onderzoeksvragen.

5.1 Wat zijn de voor- en nadelen van een gestructureerd psychologisch consultmodel in de huisartspraktijk?

Alle deelnemers hebben de overtuiging dat patiënten met psychosociale klachten in de praktijk bijna altijd eerst bij de huisarts terecht komen. Ten eerste omdat de psychosociale klachten vaak verscholen zitten achter allerlei lichamelijke klachten, ten tweede omdat heel wat mensen niet te motiveren zijn tot psychische hulpverlening door zowel de financiële als maatschappelijke drempel.

De artsen geven aan veel tijd en energie te steken in deze consulten. Ze zijn het erover eens dat deze tijd dan best zo optimaal mogelijk benut moet worden. Niet alle artsen vinden dat hun tijd nu op een nuttige manier ingevuld wordt. Verschillende artsen gaven aan op te kijken tegen consulten rond psychosociale klachten, voornamelijk omdat ze deze als weinig controleerbaar ervaren.

Alle deelnemers waren het erover eens dat een gestructureerd consultmodel zowel voor de arts als de patiënt voordelen kan bieden.Voor de arts zorgt het voor wetenschappelijke onderbouwing en een kader om de consulten aan op te hangen. Het zou kunnen helpen om consulten af te bakenen en te evalueren wanneer nood is aan doorverwijzing. Alle deelnemers zijn het erover eens dat een gestructureerd model het makkelijker maakt om te communiceren tussen verschillende hulpverleners. Een belangrijke voorwaarde is natuurlijk dat iedereen het model kent. Bovendien denken enkele artsen dat een model het gevoel kan geven efficiënter te werken. Vooral de jongere artsen en HAIO's geven aan dat hun consultvoering hierdoor erg zou kunnen verbeteren. Meer ervaren artsen hebben vaak al een eigen manier ontwikkeld om deze consulten aan te pakken.

> *"En op den duur heb je een eigen model denk ik, waar jij je goed bij voelt, maar de vraag is inderdaad: 'hoe breng je dat over (aan andere hulpverleners nvdr)?' Ik merk dat daar vaak het probleem zit, als er bijvoorbeeld stagiairs bij mij zitten die dat fantastisch vinden, maar de veelheid aan informatie is dan te veel om op dat moment te kunnen geven en dan krijgen ze dat niet verwerkt. Als je een beetje een kader zou hebben, zou dat interessant zijn om dat beter te kunnen doen. En ik denk dat als het gestructureerd is dat het voor veel artsen, vooral voor HAIO's (…), die daar toch wel veel angst rond hebben, omdat dat zo weinig controleerbaar en vatbaar is, dat dat zeker een meerwaarde is".*

De voordelen voor de patiënt liggen vooral in het structureren: wanneer patiënten zich in een crisisfase aanmelden is het aanbieden van structuur erg belangrijk. Het helpt de patiënt om terug overzicht te krijgen over de situatie. Het werken met een onderbouwd, gestructureerd model zou ook kunnen bijdragen in het vertrouwen van een patiënt.

5.2 Wat zijn de voordelen van het KOP-model als basis voor dit model?

Alle deelnemers zijn het erover eens dat het KOP-model een eenvoudig model is dat gemakkelijk visueel kan voorgesteld worden. Enkele deelnemers hebben praktische ervaring met dit model en bevestigen dat het geschikt is voor alle leeftijden en ook gebruikt kan worden bij mensen die de taal niet volledig machtig zijn. Daarenboven kan het voor heel wat verschillende problematieken gebruikt worden.

> *"Ik denk dat dat de kracht is van het KOP-model is, dat je het zo breed kan gebruiken, dat je niet voor verschillende problemen of voor verschillende dingen een ander model moet hebben, maar dat je alles aan diezelfde kapstok kan ophangen."*

Het KOP-model biedt een duidelijke structuur. Deze kan dienst doen als een kapstok waaraan alle elementen die tijdens de consulten aan bod komen, opgehangen kunnen worden. Het zorgt zo voor een structuur en samenhang, waarnaar telkens kan teruggekeerd worden.

> *"Maar door het eenvoudig uit te leggen, het is eigenlijk een lege kapstok ook, waar je een aantal dingen aan kan hangen, dus dan doe je ook wel veel. Maar je vult het niet voor hén in. Dat is het grote verschil vind ik, dat je veel sneller op zelfredzaamheid zit."*

Bij het KOP-model neemt de zorgverlener een coachende rol op. Door de problemen te structureren, creëer je samen met de patiënt een overzicht. De patiënt krijgt tools aangereikt om daarna zelf aan de slag te gaan. Dit verhoogt de zelfredzaamheid en is soms zelfs voldoende voor remoralisatie, geloven dat het nog anders kan. Dit is voor verschillende deelnemers een belangrijk punt: het grootste deel van de artsen vindt het niet hun taak om therapie te geven. Twee artsen zijn hier wel in geïnteresseerd en deze zouden wel overwegen om zelf een vorm van therapie uit te voeren.

Verschillende hulpverleners rond de tafel bevestigen dat het KOP-model niet enkel voor artsen bruikbaar is, maar ook voor andere hulpverleners zoals psychologen, maatschappelijk werkers, praktijkondersteuners en verpleegkundigen. Als de verschillende hulpverleners kennis hebben van het model is het een makkelijke manier om over de probleemsituatie te communiceren, een gemeenschappelijke taal tussen de arts, de patiënt en andere hulpverleners. Daardoor zou het ook een ideaal model voor een verwijsbrief of overleg kunnen zijn.

5.3 Wat is de praktische haalbaarheid van een gestructureerd consultmodel op basis van het KOP-model in de huisartspraktijk?

Het voorgestelde model is een eenvoudig model, wat de haalbaarheid zeker ten goed komt. De ervaringsdeskundigen waarschuwen wel dat dit ook een valkuil kan zijn: het model lijkt op het eerste gezicht zeer eenvoudig, maar vergt toch oefening. Vooral het bepalen van de P en het opstellen van de samenhang tussen de drie factoren moet getraind worden. Artsen hebben

wel het voordeel dat ze veel mogelijkheden hebben om te oefenen: er zijn heel wat patiënten met psychosociale klachten en je kunt niet veel fout doen door telkens te proberen de K, O en P in kaart te brengen. Ook een onvolledig KOP-schema kan al wat overzicht helpen bieden.

Iedereen is het erover eens dat het belangrijk is dat het model zowel voor solo-artsen zonder omkadering, als voor goed werkende groepspraktijken met veel omkadering, zoals van een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH'er) en eerstelijnspsychologen (ELP's), haalbaar moet zijn. De artsen halen ook aan dat het model niet te rigide en dwingend mag zijn.

> *"Een stuk van uw haalbaarheid hangt denk ik af van het feit dat je het in niveaus voorstelt, in de zin van dat je kunt zeggen van: "oké is dat niet helemaal uw ding als huisarts, oké dan tot en met stap 3 en dat is oké."Of is het heel druk in de praktijk dan ga je ook tot stap 3 en dan als je het geluk hebt dat je kunt verwijzen dan is dan de rest voor de psycholoog"*

> *"Maar voldoende open houden hé, allé als je een protocol schrijft, niet dwingend van 'dat is de taak van die en dat is de taak van die', maar dat dat rollen zijn waar dat je kan over nadenken wie dat die opneemt en dat het misschien het advies kan zijn dat als het voorradig is, dat dàt meer bij de psycholoog ligt, dat dàt toch misschien eerder iets is wat je zelf kan doen..."*

Het voorgestelde model bestaat nu uit vijf stappen. Stap één tot en met drie zou voor elke arts haalbaar moeten zijn. Over stap vier en vijf zijn de meningen verdeeld. Verschillende van de artsen vinden dit te verregaand, terwijl anderen deze stappen wel nog zelf zouden uitvoeren. Eén van de deelnemers stelt voor na stap drie een evaluatie in te voeren waarin de arts nagaat of het voor zichzelf of voor de patiënt noodzakelijk is om door te verwijzen. Stappen vier en vijf blijven op die manier voorbehouden voor eenvoudige psychosociale problemen of voor artsen met een bijzondere affiniteit voor psychosociale problemen. Alle deelnemers kunnen zich in dit voorstel vinden.

Een vlotte samenwerking met een ELP (of andere eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz)-medewerker) blijkt ook een belangrijke factor in het bepalen van de haalbaarheid. Wie ondersteuning van een ELP/ggz-medewerker heeft, is meer geneigd met het model in zee te gaan, omdat de mogelijkheid er is om door te verwijzen op het moment dat de huisarts vast zit.

Enkele van de aanwezige psychologen hebben bedenkingen bij de dubbele rol die de arts krijgt in dit model: de huisarts bepaalt de arbeidsongeschiktheid én neemt de rol van therapeut op. Volgens hen is dit niet makkelijk te combineren. De aanwezige huisartsen zien dit echter net als een voordeel: het is gemakkelijker te beslissen over arbeidsongeschiktheid als je een beter zicht hebt op de gezette stappen dan wanneer een patiënt opgevolgd wordt door een externe psycholoog en enkel komt consulteren om de arbeidsongeschikheid te verlengen.

De huisartsen hebben nog enkele praktische bedenkingen:

- Het model met bijhorende tools moet makkelijk terug te vinden zijn (bv via een link op het bureaublad)
- Kant-en-klaar, afdrukbare schema's en werkbladen zouden de haalbaarheid verhogen

- Visuele tools zijn makkelijker in gebruik dan uitgebreide teksten
- Het aanbieden van meerdere tools waaruit je dan de tools kan kiezen die je het meeste liggen, zou de haalbaarheid verhogen.

Ten slotte komt de tijdsinvestering per consult aan bod. Meerdere artsen zijn ervan overtuigd dat het model enkel haalbaar is als het mogelijk is de consultduur te beperken tot maximum twintig min en bij uitzondering een dubbel consult van 30 minuten. Enkele artsen trekken nu al meer tijd uit voor dit soort consulten en zouden dat ook met dit model wel zien zitten.

5.4 Wat zijn mogelijke drempels voor het implementeren van dit model?

Een van de belangrijkste drempels voor het implementeren van dit model is de nood aan scholing. Het model is eenvoudig, maar er is toch nood aan voldoende opleiding en oefening om het ook vlot te kunnen hanteren. Alle aanwezigen zijn het erover eens dat enkel een korte opleiding, bijvoorbeeld tijdens een LOK-vergadering, onvoldoende is om het model volledig te beheersen. Ook intervisies om ervaringen te delen en hieruit te leren lijken nuttig.

Ten tweede vragen consultaties volgens dit model tijd en energie van de artsen. Het is afhankelijk van de eigen interesse en het engagement van de individuele arts in hoeverre hij of zij dit ziet zitten. Een belangrijke opmerking is wel dat dit soort consultaties sowieso tijd en energie vragen. Een gestructureerd model kan deze consultaties misschien wel efficiënter maken.

Een derde drempel is het feit dat er geen vergoeding voorzien is voor deze inspanning van de artsen. De tijd en energie die ze erin steken, wordt financieel niet gewaardeerd. Er wordt wel opgemerkt dat dit wel vaker voorkomt in de huisartspraktijk, onder andere bij palliatieve zorgen, psychiatrische problematieken, chronische zorg…

Om dit model te gebruiken, is het nodig dat de grondhouding van de artsen verandert. Patiënten worden zelf verantwoordelijk voor hun behandeling, artsen zijn slechts de facilitators. Dit is iets wat zowel artsen als patiënten niet gewoon zijn, maar in de toekomst meer zal voorkomen, denk maar de concepten patient-centered care en shared decision making, waarbij de patiënt de regie van de zorg in handen heeft. Enkele van de aanwezige artsen nemen deze houding nu al aan, maar er zijn ook verschillende artsen die het hier moeilijker mee hebben.

> *“Ik denk dat qua zien zitten ja of nee, ik denk dat dat veel afhangt van hoe je als huisarts gepercipieerd wordt. Ik denk dat we nog veel te vaak gepercipieerd worden als degene die een probleem op tafel krijgt, het oplost en dan de oplossing teruggeeft aan de patiënt. Dan gaat het natuurlijk moeilijk zijn om aan gedragsverandering te werken“*

Ten slotte zien niet alle artsen het zitten om zelf met gedragsverandering aan de slag te gaan. Afhankelijk van de eigen interesse en engagement zal er sneller doorgestuurd worden. In dat geval is het noodzakelijk een goede samenwerking met een psycholoog (in de buurt) te hebben. Het gebrek aan een (eerstelijns)psycholoog in de praktijk wordt hierdoor ook als een drempel aangebracht.

5.5 Wat is de plaats van psycho-educatie, vragenlijsten, huiswerk, interventies op gedragsverandering in de huisartssetting?

Alle aanwezigen vinden dat elke huisarts in staat zou moeten zijn psychosociale klachten te exploreren, te screenen en psycho-educatie te geven. Of een huisarts zelf een grotere rol wil/kan spelen in de behandeling, is afhankelijk van de motivatie en interesse van de arts. Ook de beschikbare tijd speelt een rol.

Hoewel bij gedragsinterventies in de eerste plaats aan psychotherapeuten gedacht wordt, blijkt dit zeker niet enkel aan hen voorbehouden. Enkele huisartsen halen aan dat huisartsen al werken op gedragsverandering bij chronische ziekten. Het geven van psycho-educatie is een eenvoudige vorm hiervan. Scholing en concrete werktools zijn hiervoor noodzakelijk. Metaforen en beelden zijn sterke tools. Het grootste deel van de deelnemers is van mening dat eenvoudige gedragsoefeningen zoals een G-schema zeker haalbaar zijn in de huisartspraktijk. Enkele huisartsen hebben hier reeds ervaring mee.

Het is een uitdaging om goed af te bakenen wat huisartsen zelf kunnen aanpakken en wat ze moeten doorsturen naar andere hulpverleners (zoals psychologen, maatschappelijk werkers ed). Indien de huisarts de interventies die inwerken op de P niet zelf kan/wil uitvoeren, is het natuurlijk een grote hulp als er psychologen of andere hulpverleners beschikbaar zijn die volgens hetzelfde model werken. Er wordt aangehaald dat ook het geven van psycho-educatie en gedragstraining in groep een optie is. Het geven van deze individuele of groepssessies door andere zorgprofessionals zoals maatschappelijk werkers, verpleegkundigen behoort ook tot de mogelijkheden.

Over het gebruik van vragenlijsten in de huisartspraktijk zijn de meningen verdeeld. De grootste drempel is het feit dat huisartsen weinig tot geen kennis hebben van de bestaande vragenlijsten. De ggz-medewerkster en de aanwezige psychologen zijn wel vertrouwd met het werken met vragenlijsten. Zij zijn van mening dat vragenlijsten beperkt bruikbaar zijn in de huisartspraktijk. Vooral voor het scoren en het interpreteren van de resultaten is voldoende expertise nodig. De enige vragenlijst die wel haalbaar lijkt voor huisartsen is de 4DKL. Eén van de deelnemers verwoordt de functie van de 4DKL mooi:

> *“(...) als je dat gewoon uitlegt dat dat net is zoals de koorts dat je meet bij de dokter om de ernst van de ziekte in te schatten, maar dan voor mentale klachten (…)”*

De aanwezigen lijken het erover eens dat het interessant is het bestaan van de andere vragenlijsten te kennen, maar dat het niet opportuun is deze te gebruiken als huisarts.

Slechts één van de aanwezige huisartsen heeft ervaring met het meegeven van huiswerk met de patiënt. De andere aanwezige artsen voelen toch nog een drempel om dit te doen: ze hebben het gevoel onvoldoende kennis te hebben hierover of geen mandaat te krijgen van de patiënt.

5.6 Wat is de meerwaarde van dit model in de samenwerking met (eerstelijns)psychologen?

Alle aanwezigen op de gesprekken zijn ervan overtuigd dat de samenwerking tussen huisarts en een ELP een grote meerwaarde kan bieden om psychosociale problemen in de eerste lijn aan te pakken. Bij psychosomatische klachten vullen huisarts en psycholoog elkaar goed aan: daar waar de arts medisch-somatisch sterk staat, heeft de psycholoog de psychologische onderbouwing om ook die andere kant goed in kaart te brengen.

Werken met hetzelfde model kan een zeer grote meerwaarde zijn binnen de samenwerking tussen huisarts en (eerstelijns)psycholoog. De huisarts kan zo bij sommige patiënten het traject zelf begeleiden, terwijl hij bij anderen een nuttig voortraject kan vormen. De huisarts kan gericht verwijzen en de ELP hoeft niet terug van nul te beginnen wanneer een patiënt doorgestuurd wordt.

> *"Het is ook een beetje baanbrekend werk hé. Het is eigenlijk wel good medical practice brengen op vlak van samenwerking. Dat is baanbrekende, zeker in de Vlaamse context"*

Het KOP-schema kan dienen als een verwijsbrief/doorgeefdocument tussen de verschillende hulpverleners. Het vormt een gezamenlijke taal om over de problemen te spreken bij multidisciplinair overleg. In de praktijk van de aanwezige POH'er ggz werken ze volgens een alternerend model, de patiënten hebben zowel consultaties bij de arts als bij de POH'er:

> *"Bij ons werken we met een gedeeld systeem met dat KOP-model. Eigenlijk een beetje zoals de richtlijnen van het KOP-model. Dus dat huisartsen wanneer ze een patiënt hebben, en dat ze vragen dat ik die zie, dat ze dan al aanbrengen vanuit het KOP-model wat de K, de O en de P zijn en wat ze willen dat ik doe. Ik vind dat de grote meerwaarde dat je een gemeenschappelijk communicatiemodel hebt en dat je dus, wij werken alternerend, dat je je patiënt dus ook naar de huisarts kunt sturen. Je geeft hem de opdracht om bepaalde registraties te doen of je doet die suggestie aan de huisarts. Dus die gemeenschappelijke taal en ook de afbakening. Dat hebben we bij ons ook zo gedaan: de huisarts doet vooral exploreren, screenen en psycho-educatie en als er dan wat meer moet gebeuren dan komt dat bij mij. Maar daarna ook weer terug en dat vind ik een énorme meerwaarde, voor de huisarts, maar ook voor de patiënt is dat een meerwaarde."*

Om dit te realiseren is het noodzakelijk dat een grote groep van zowel huisartsen als psychologen, opgeleid is in het gebruik van dit model en dat deze hulpverleners makkelijk met elkaar in contact kunnen komen. In het ideale geval zijn deze verschillende hulpverleners - zoals in het voorbeeld hierboven- gelinkt aan eenzelfde praktijk.

6 DISCUSSIE

6.1 Sterktes en zwaktes

6.1.1 Literatuuronderzoek

Het zoeken naar internationale literatuur werd bemoeilijkt doordat er geen duidelijke engelstalige term is voor surmenage. Nog een beperking is dat er, ook in het Nederlands, geen duidelijke definitie is van de termen surmenage en burn-out. Hierdoor zijn mogelijks relevante artikels niet in de zoektermen gevat.

Het KOP-model is vooral in Nederland en beperkter in België bekend. Er is geen internationale literatuur voorhanden over dit model. Er is wel internationale literatuur rond de effectiviteit van kortdurende therapie, waar het KOP-model onder valt.

6.1.2 Focusgroepgesprekken

Het voordeel van focusgroepgesprekken ten opzichte van individuele interviews is dat de deelnemers kunnen reageren op elkaars meningen en zelf bijkomende vragen kunnen stellen om nog beter te weten te komen wat leeft in de groep.

Om de gewenste informatie te verzamelen, werden door de onderzoekers open vragen opgesteld die zeker aan bod moesten komen. Deze werden niet rigide gevolgd, maar werden door de moderator (één van beide onderzoekers) gesteld op een moment dat het paste in de loop van de groepsdiscussie. De andere onderzoeker hield de verbale en non-verbale reacties van de deelnemers in de gaten zodat minder uitgesproken meningen niet verloren gingen.

Het nadeel van focusgroepgesprekken is het risico dat meningen van bepaalde deelnemers overstemd worden door meer prominent aanwezige deelnemers. Dit werd zoveel mogelijk beperkt door actief de stillere deelnemers naar hun mening te vragen en door non-verbale reacties in de gaten te houden en hierop in te spelen.

Bij dergelijke gesprekken is er ook het risico dat deelnemers sociaal wenselijk antwoorden. Ook het feit dat de deelnemers gerekruteerd werden in de eigen opleidingspraktijken kan dit in beperkte mate gestuurd hebben. Het betreft echter geen taboe-onderwerp en er werd telkens verduidelijkt dat we geen pleitbezorgers zijn van een dergelijk model en dat het enkel de bedoeling was om de heersende meningen te verzamelen.

De aanwezige artsen op de focusgroepgesprekken hadden een weinig heterogene achtergrond. Ze werden gerekruteerd uit de opleidingspraktijken van beide HAIO's, beiden groepspraktijken. Alle artsen werden uitgenodigd, maar enkel wie geïnteresseerd was, nam uiteindelijk deel aan de gesprekken. Bovendien komen alle artsen uit opleidingspraktijken, die per definitie dichter betrokken zijn bij de opleiding en mogelijks meer belang hechten aan evidence based werken. Er waren geen solo artsen aanwezig op de focusgroepgesprekken.. Dit zorgt mogelijks voor bias. Wel waren er zowel artsen mét en zonder expertise in psychosociale problemen

De deelnemende psychologen en de praktijkondersteuner GGZ werden uitgenodigd omwille van hun expertise in het KOP-model. De psychologen zonder ervaring met dit model die we uitnodigden, konden niet aanwezig zijn. Mogelijks worden de resultaten hierdoor positief beïnvloed. We mogen de resultaten van de focusgroepgesprekken dus zeker niet veralgemenen.

Het is moeilijk te bepalen of we verzadiging bereikt hebben met twee focusgroepgesprekken. Hoewel veel van de besproken ideeën terugkwamen in beide gesprekken, zijn we niet zeker dat er uit een derde focusgroepgesprek niet nog andere resultaten gekomen zouden zijn.

De analyse van beide focusgroepgesprekken gebeurde door beide onderzoekers afzonderlijk. Na een eerste analyse werden de voorlopige resultaten samen besproken en werden vaste concepten afgesproken voor de verdere analyse met behulp van het programma Nvivo. Ook deze analyse gebeurde afzonderlijk. Uiteindelijk werden de afgewerkte resultaten samengelegd waaruit dan de besluiten werden getrokken voor dit onderzoek. Door de gesprekken afzonderlijk te analyseren is de analyse sterker dan indien dit gebeurde door één onderzoeker.

6.2 Bespreking resultaten

Zowel in de literatuur als in de focusgroepgesprekken komt aan bod dat de prevalentie van psychosociale klachten erg hoog is. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor deze klachten. Exploreren en diagnosticeren van psychosociale problematieken is voor veel huisartsen geen probleem, maar voor de aanpak van deze klachten zijn er amper richtlijnen voorhanden. Ook de opleiding voorziet onvoldoende in scholing rond de aanpak van psychosociale klachten. Vooral jonge artsen hebben het vaak moeilijk met deze consulten. Dit wordt bevestigd in de literatuur, maar ook de deelnemende artsen in de focusgroep-gesprekken beamen dit.

De hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg willen ervoor zorgen dat psychische klachten zoveel mogelijk in de eerste lijn gediagnosticeerd en behandeld worden. In het kader hiervan valt ook de recente terugbetaling (april 2019) van psychotherapie op verwijzing van de huisarts. Enkel kortdurende trajecten voor matige klachten komen in aanmerking voor de terugbetaling. Milde klachten zouden bij de huisarts behandeld moeten worden.

Werken met het KOP-schema is een voorbeeld van een kortdurende, oplossingsgerichte therapie. Dit schema dient ook als basis voor de Vlaamse opleiding eerstelijnspsychologie. Een gezamenlijk model voor alle zorgverleners in de eerste lijn zou de samenwerking en doorverwijzing kunnen verbeteren.

Een gestructureerd model voor de aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk kan zorgen voor efficiënter tijdsgebruik van de artsen. Het model dient als kapstok om de psychosociale problemen te structureren en de verschillende consulten hierrond te kaderen.

Het KOP-model lijkt goed geschikt om als basis te dienen voor bovenvernoemd model. Het is een eenvoudig model, bruikbaar voor een grote waaier aan problemen. Het kan gebruikt worden in alle leeftijdsgroepen en de taalbarrière is beperkt. Bovendien is het een goed onderbouwd model. Het KOP-schema is bruikbaar voor zowel psychologen als huisartsen.

Dat bewijst ook het recent uitgegeven boek van Paul Rijnders: “Psychische klachten in de huisartspraktijk”. (29)

Zowel in de literatuurstudie als bij de focusgroepgesprekken zijn de meningen verdeeld over de rol van de huisarts in het geven van (psycho)therapie. De coachende aanpak die bij het KOP-model wordt voorgesteld lijkt een goed alternatief. De patiënt neemt de verantwoordelijkheid op en gaat, weliswaar met ondersteuning van een hulpverlener, zelf aan de slag met zijn klachten. Het KOP-model dient dan als 1) een zoekmodel dat de behandelaar en patiënt kan ondersteunen bij de probleemexploratie, als 2) een verklaringsmodel. Samen met geruststelling en psycho-educatie kan dit soms voldoende zijn. Ten derde 3) kan het als een kapstok voor behandeling dienen, indien herstel van overzicht niet voldoende was. Deze behandeling kan zowel door de huisarts of na doorverwijzing door een psycholoog uitgevoerd worden.

Uit de literatuur en de focusgroepgesprekken blijkt dat ook huiswerkopdrachten tot de mogelijke interventies behoren die door een huisarts uitgevoerd kunnen worden. Het blijft voor de huisarts een uitdaging om af te bakenen wat hij zelf kan en wanneer hij moet doorverwijzen. Het consultmodel kan hierbij handvaten bieden.

Een theoretisch model is uiteraard pas haalbaar als er ook een voorstel tot implementatie is. Tijdens de focusgroepgesprekken kwamen enkele mogelijke drempels voor het gebruik van een gestructureerd model op basis van het KOP-schema aan bod:

- nood aan voldoende opleiding
- tijdsinvestering
- interesse en engagement van de artsen
- grondhouding artsen
- financiering
- geen toegang tot netwerk/samenwerking met ELP

6.3 Consultmodel

Na het analyseren van de resultaten van de focusgroepgesprekken werd het model verder uitgewerkt, rekening houdend met aangebrachte drempels en opmerkingen van de artsen.

Het bleek belangrijk dat het model niet te dwingend is en toepasbaar voor zowel solo artsen als voor groepspraktijken met praktijkondersteuning. We beslisten dan ook om het voorstel om een evaluatie in te voeren na stap 3 uit te voeren. Zo werd het model uitgebreid van vijf naar zes stappen. Daarnaast hielden we rekening met de praktische tips die we kregen. Ten slotte werd ook de naam van de verschillende stappen licht gewijzigd.

Het model werd aangevuld met uitgebreide bijlagen. Hierin vindt de arts niet alleen extra uitleg en onderbouwing, maar worden vooral de praktisch bruikbare schema’s en werkbladen voor de patiënt gebundeld. Naast de bijlagen zorgden we ook voor een afdrukversie van elk document, zodat artsen deze makkelijk kunnen gebruiken ter ondersteuning van de consultatie en met patiënten kunnen meegeven. Voor de geïnteresseerde artsen werden ook enkele gedragsinterventies in de bijlagen toegevoegd.

Uiteindelijk kwamen we zo tot volgend consultmodel:

Stappen		Inhoud consult	Hulpmiddelen behandelaar
Stap 1a	**exploratie & diagnostiek**	exploratie aanmeldingsklacht DD: somatische aandoeningen, DSM, ...	basis psycho-educatie: inzicht en acceptatie *(bijlage 6)* psycho-educatie: levensstijl *(bijlage 7)*
Stap 1b	**indicatiestelling kort-durende behandeling**	beslisboom: pt geschikt voor kortdurende therapie?	basis beslisboom *(bijlage 1)*
Stap 2	**herstel van overzicht**	uitleg KOP schema exploratie K, O en P	basis KOP schema *(bijlage 2)* in beeld brengen van K: 4DKL *(bijlage 3)* in beeld brengen van P *(bijlage 4)* *optioneel* *in beeld brengen van O (bijlage 5)*
Stap 3	**samenhang, gezamenlijke probleemdefinitie**	K= OxP definiëren opstellen van een gedeelde ziektetheorie	basis KOP schema *(bijlage 2)* psycho-educatie: levensstijl *(bijlage 7)*
Stap 4	**evaluatie**	Nood aan doorverwijzing? Zelf aan de slag met gedragsverandering?	Voldoende verbetering? Stagnatie? Werkt de patiënt actief mee? Is het nog haalbaar voor arts? Is er risicogedrag?
Stap 5a	**gedragsverandering**	opstellen behandeldoelen en deze uitvoeren adhv interventies die werken op gedragsverandering	*optioneel* *assertiviteit, cirkel van invloed, piekeren, prioriteiten stellen (bijlage 8)* *G schema (bijlage 9)* *Gedragsexperiment (bijlage 10)*
Stap 5b	**werkhervatting**	voorbereiden werkhervatting	*optioneel* *oorzaken werkstress bepalen, werkhervattingsplan (bijlage 11)* *spanningsthermometer, moeilijke gesprekken voorbereiden (bijlage 11)*
Stap 6	**afsluiten en hervalpreventie**	follow up hervalpreventie	basis spanningsthermometer *(bijlage 12)* *optioneel* *4DKL (bijlage 3)*

Figuur 4: definitief consultmodel

Stappen 1, 2, 3, 5 en 6 zijn ongewijzigd ten opzichte van het oorspronkelijke model. Stap 4 werd toegevoegd. Ook de bijlagen werden volledig uitgewerkt.

6.3.1 Stap 1a – exploratie en diagnostiek

In stap 1 komt een brede exploratie van de klachten aan bod. De arts overweegt somatische oorzaken, houdt rekening met DSM criteria en indien er een vermoeden is van een psychosociale component als oorzaak van de klachten, wordt dit al besproken met de patiënt in het kader van het tweesporenbeleid.

Basisinterventies tijdens deze stap zijn psycho-educatie die inzet op inzicht en acceptatie, dagstructuur en actieve rust. Indien een patiënt hier nood aan heeft, kunnen hier ook specifieke interventie rond piekeren, ontspannen en slapen aan bod komen. Ook patiënten die uiteindelijk niet voldoen aan de voorwaarden om met dit model behandeld te worden, kunnen baat hebben bij deze interventies.

6.3.2 Stap 1b – indicatiestelling kortdurende behandeling

Indien er sprake is van psychosociale klachten, overweegt de arts of de patiënt in aanmerking komt voor kortdurende, laagintensieve therapie (in dit geval met het KOP-model). Dit wordt gedaan aan de hand van een beslisboom die ontwikkeld is door Frederik Boone.

Volgens Boone zijn er 5 patiëntgebonden voorwaarden die moeten vervuld zijn om een indicatie voor een kortdurende of laagintensieve behandeling te kunnen stellen (3)

- De patiënt bevindt zich in het 'pluis'-gebied: hij functioneert adequaat en is gemotiveerd voor behandeling. Vroegere behandelingen zijn succesvol afgesloten en de patiënt is in staat en bereid zijn eigen aandeel in de problematiek onder ogen te zien. Er is geen risico op decompensatie of suicide.
- De realiteitstoetsing van de patiënt is intact.
- De patiënt beschikt over sociale vaardigheden en competenties waarop hij kan voortbouwen.
- Er is een sociaal netwerk dat de patiënt tot steun, voorbeeld en stimulator kan dienen bij het veranderingsproces.
- De patiënt moet in staat zijn tot het aangaan van wederkerige vertrouwensrelaties. Op deze manier wordt een proces van leren in dialoog mogelijk.

6.3.3 Stap 2 – introductie & voorbereiding

In stap 2 van het consultmodel, gaan we het KOP-schema introduceren bij de patiënt en de verschillende aspecten K, O en P exploreren.

Er bestaan heel wat hulpmiddelen (vragenlijsten, schrijf- en registratieoefeningen, metaforen) die de arts kunnen helpen dieper in te gaan op de K, de O en de P. In de bijlagen worden deze hulpmiddelen verder toegelicht.

6.3.4 Stap 3 – opstellen ziektetheorie en behandeldoelen

Nadat de K, de O en de P elk afzonderlijk in kaart gebracht zijn, is het belangrijk de samenhang van deze elementen met de patiënt te bespreken. Op die manier stel je een gedeelde ziektetheorie op. Aan de hand van deze gezamenlijke ziektetheorie, stelt de arts samen met de patiënt behandeldoelen op.

Tijdens deze stap zijn bijkomende interventies vooral gericht op het verhogen van de draagkracht van de patiënt.

6.3.5 Stap 4 – evaluatie

Aan de hand van een aantal patiëntgebonden en artsgebonden criteria, bepaalt de arts of er nood is aan gedragsverandering. Zo ja, dan wordt beslist of de arts dit zelf zal uitvoeren of er nood is aan doorverwijzing. Belangrijke criteria hierbij zijn:

- Is er voldoende verbetering? Is er stagnatie?
- Werkt de patiënt actief mee?
- Is het nog haalbaar voor arts?
- Is er risicogedrag?

6.3.6 Stap 5a – gedragsverandering

In stap 5a is er plaats voor interventies die werken op gedragsverandering. We denken hierbij aan elementen uit de CGT, zoals oefeningen met een G-schema, gedragsexperimenten en assertiviteitstraining.

6.3.7 Stap 5b – werkhervatting

Surmenage en stress vindt vaak een oorzaak op het werk. Patiënten die na een arbeidsongeschiktheid terug aan het werk gaan, maken kans op herval indien de situatie op het werk onveranderd gebleven is. In stap 5b wordt de werkhervatting voorbereid om de kans op herval te beperken.

6.3.8 Stap 6 – afsluiten en hervalpreventie

In stap 6 wordt aandacht geschonken aan hervalpreventie.

6.3.9 Bijlagen

Hieronder wordt kort geschetst hoe de bijlagen van het consultmodel worden opgebouwd en wat elk onderdeel inhoudt. Alle bijlagen bij het consultmodel zijn terug te vinden in bijlage 1 van deze masterproef.

Elke bijlage is op dezelfde manier opgebouwd: er wordt eerst achtergrondinformatie gegeven, opgesplitst in informatie voor de arts en informatie voor de patiënt. De informatie voor de patiënt is de uitleg die door de arts aan de patiënt kan gegeven worden.

Na de achtergrondinformatie komen de hulpmiddelen. Dit zijn de schema's, vragenlijsten, tabellen, metaforen en andere tools die de artsen kunnen gebruiken om iets aan de patiënt uit te leggen. Deze hulpmiddelen moeten gezien worden als een tool-box. Een arts is niet verplicht alles te gebruiken, maar gebruikt deze tools waar hij zich het best bij voelt. Bij elk hulpmiddel is voldoende uitleg voorzien voor de arts, zodat deze het hulpmiddel vlot kan gebruiken.

Waar afbeeldingen of schema's staan die met de patiënt kunnen meegeven worden, hebben we telkens een printversie toegevoegd. In de digitale versie van de bijlagen kan deze printversie via een link gemakkelijk teruggevonden en afgedrukt worden.

Elke bijlage eindigt met de bronnen die we gebruikten om deze bijlage op te stellen.

6.3.9.1 Bijlage 1: beslisboom

Bijlage 1 bestaat uit de beslisboom ontwikkeld door Frederik Boone.

6.3.9.2 Bijlage 2: het KOP-schema

Bijlage 2 bestaat uit achtergrond informatie over het invullen van een KOP-schema en een leeg KOP-schema.

6.3.9.3 Bijlage 3: In beeld brengen van de K: 4DKL

Om de K te exploreren, kun je werken met de 4DKL. In bijlage 3 gaan we hier dieper op in.

De 4DKL (vierdimensionele klachtenlijst) is een vragenlijst van 50 vragen en een hulpmiddel om psychische problemen op te sporen, in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. Bespreking van de 4DKL-scores is een goede manier om de patiënt te betrekken bij het formuleren van een gezamenlijke 'diagnose' en een plan van aanpak.

6.3.9.4 Bijlage 4: In beeld brengen van de O

In bijlage 4 werd een hulpmiddel uitgewerkt om de omstandigheden van de patiënt in kaart te brengen. Dit hulpmiddel is grotendeels gebaseerd op de vragenlijst Bouwstenen Levenskwaliteit van Schacht (2003), aangevuld met het Levenskompas vanuit de Acceptance and Commitment Therapy.

6.3.9.5 Bijlage 5: In beeld brengen van de P

In bijlage 5 zijn twee hulpmiddelen ondergebracht die kunnen helpen de gewoonten, reactiepatronen en persoonlijke stijl van de patiënt in kaart te brengen. Op die manier worden patiënten zich bewust van hun stereotiepe gedragspatronen en van mogelijke alternatieven. Het eerste hulpmiddel is de balans van persoonlijkheidskenmerken, die een belangrijke rol speelt in werken met het KOP-schema. Ten tweede wordt in deze bijlage ook het kernkwaliteitenkwadrant of het kwadrant van Ofman uitgewerkt.

6.3.9.6 Bijlage 6: Psycho-educatie: inzicht en acceptatie

Bijlage 6 is één van de twee bijlagen die aan psycho-educatie gewijd is. In deze bijlage gaan we dieper in op psycho-educatie die inzet op inzicht en acceptatie. Hiermee gaan we vooral normaliseren en op een visuele manier uitleggen wat er aan de hand is. In bijlage 6 zijn heel wat hulpmiddelen beschreven waarmee je dit kunt doen: het stressweerbaarheidsmodel, de balans draagkracht-draaglast, de balkmetafoor, het stress continuüm en de batterij metafoor.

6.3.9.7 Bijlage 7: Psycho-educatie: levensstijl

Bijlage 7 gaat over de psycho-educatie over levensstijl. In de crisisfase is het belangrijk dat de patiënt terug rust vindt. De eerste interventie is dan ook actieve rust. Deze bestaat uit vier pijlers: rust en plezante activiteiten (ook wel 'tijd voor jezelf'), bewegen, sociale contacten en klussen/huishoudelijke taken. In bijlage 7 gaan we hier uitgebreider op in.

Ook volgende zaken komen in bijlage 7 aan bod: ontspanningsoefeningen, gezonde voeding en beweging, slaaphygiëne, sociale contacten en een energiegevend schema.

6.3.9.8 Bijlage 8: Gedragsverandering

Wie aan de slag wil met gedragsverandering, kan in bijlage 8 heel wat informatie vinden. Volgende hulpmiddelen worden uitgewerkt: verhogen van assertiviteit, cirkel van invloed en betrokkenheid, hulpmiddelen tegen piekeren en prioriteiten stellen.

6.3.9.9 Bijlage 9: G-schema

Het G-schema is onderdeel van de hulpmiddelen bij gedragsverandering, maar omdat dit schema een belangrijke plaats inneemt, wordt dit in een aparte bijlage nog eens uitgewerkt.

Aan de hand van het G-schema kun je denkfouten bij de patiënt opsporen en bespreekbaar maken. Een denkfout is een uiting van iemands valkuil (zie kernkwaliteitenkwadrant). Iedereen maakt denkfouten, maar ze zorgen pas voor problemen of klachten als ze te ver zijn

doorgetrokken. Omdat denken grotendeels automatisch verloopt, zijn we ons meestal niet bewust van onze denkfouten. Het G-schema tracht deze denkfouten op te sporen, zodoende deze te kunnen aanpassen.

6.3.9.10 Bijlage 10: Gedragsexperiment

In bijlage 10 wordt een gedragsexperiment uitgewerkt. Met een gedragsexperiment ga je (nieuw) gedrag of gedachten in de praktijk testen. Deze bijlage is enkel bedoeld voor artsen met een specifieke interesse in gedragsverandering.

6.3.9.11 Bijlage 11: Werkhervatting

Om de herintegratie te faciliteren, wordt gewerkt met een werkhervattingsplan. Dit gebeurt in overleg met de arbeidsgeneesheer en de leidinggevende. In bijlage 11 zijn hulpmiddelen opgenomen om de oorzaken van werkstress te bepalen, om een werkhervattingsplan op te stellen en om de werkhervatting te evalueren (een spanningsthermometer).

In sommige gevallen is een (moeilijk) gesprek met de leidinggevende noodzakelijk om de werkhervatting voor te bereiden. Tips om dit gesprek voor te bereiden, vind je ook in bijlage 11.

6.3.9.12 Bijlage 12: Hervalpreventie

Herval komt vaak voor in de geestelijke gezondheidszorg. De patiënt blijft dezelfde persoon met dezelfde kwetsbaarheden. Het belangrijke verschil is dat hij ondertussen beter weet wat die kwetsbaarheden zijn (zie bijlage 5). Door meer inzicht te krijgen in de persoonlijke valkuilen en de situaties waarin deze meer op de voorgrond komen, kun je ze leren herkennen voor het ‘te laat’ is. In bijlage 12 worden twee hulpmiddelen uitgewerkt om deze vroege signalen van herval te herkennen: de spanningsthermometer en ‘reminders en buddy’s’.

6.4 Verder onderzoek

Na het opstellen van het consultmodel en het uitwerken van de bijlagen, werd het model aan een kleine groep huisartsen aangeleerd via een LOK vergadering. Enkele maanden later werden opnieuw twee focusgroepgesprekken georganiseerd om de ervaringen van de artsen te evalueren.

De resultaten hiervan worden besproken in de masterthesis van Janne Morlion.(12) Kort kunnen we stellen dat het model zelf door de artsen als erg positief werd ervaren. Vooral de toos uit de bijlagen werden veelvuldig gebruikt. Er zijn echter nog wat randvoorwaarden die de implementatie van het model bemoeilijken. Deze randvoorwaarden werden beschreven op individueel-, praktijk- en maatschappelijk niveau.

Een belangrijk conclusie van deze laatste focusgroepgesprekken is dat het aanleren van dit model in de huisartsopleiding zeker een grote meerwaarde zou kunnen betekenen. Voor huisartsen zou het model geïntroduceerd kunnen worden in een LOK pakket, met de mogelijkheid tot een uitgebreide opleiding nadien voor de geïnteresseerde artsen.

Er is nog verder onderzoek nodig om de concrete implementatie verder uit te werken, de mogelijkheden voor financiëring te exploreren en de taakverdeling binnen de eerste lijn te bepalen.

7 CONCLUSIE

We kunnen besluiten dat een gestructureerd model een antwoord zou kunnen bieden op twee problemen: de nood aan een onderbouwde aanpak van psychosociale klachten voor huisartsen én de nood aan een vlotte samenwerking op de eerste lijn. De implementatie van dergelijk model zou zowel voor hulpverleners als patiënten voordelig zijn.

Het KOP-model lijkt goed geschikt om als basis te dienen voor dit gestructureerd model. Het is een eenvoudig model, bruikbaar voor een grote waaier aan problemen. Het kan gebruikt worden in alle leeftijdsgroepen en de taalbarrière is beperkt. Bovendien is het een goed onderbouwd model dat bruikbaar is voor verschillende groepen zorgverleners in de eerste lijn.

Op basis van het KOP-model kon een gestructureerd consultmodel ontwikkeld worden dat tijdens het interview en het focusgroepgesprek positief onthaald werd door de verschillende groepen zorgverleners. Het model lijkt veelbelovend 1) om te gebruiken in de praktijk, 2) om te integreren in de huisartsopleiding en 3) mogelijks ook om de samenwerking met andere hulpverleners in de eerste lijn te vergemakkelijken.

In de scriptie van Janne Morlion werden de mogelijkheden tot implementatie verder onderzocht. (12) Verder onderzoek naar implemetatie op grote schaal, financiering en de taakverdeling binnen de eerste lijn, moet nog gebeuren.

We kunnen besluiten dat beide onderzoeksvragen positief beantwoord kunnen worden: het KOP-model is bruikbaar voor de huisarts én er werd een bruikbaar consultmodel op basis van dit KOP-schema ontwikkeld voor de aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Dit model werd nu toegespitst op surmenage en burn-out, maar zou ook bruikbaar kunnen zijn voor andere psychosociale klachten.

8 BIJLAGEN

8.1 Bijlage 1: bijlagen van het consultmodel

Bijlage 1: Beslisboom **3**
Achtergrondinformatie 3
Bronnen 3

Bijlage 2: Het KOP-schema **5**
Achtergrondinformatie 5
Bronnen 5

Bijlage 3: In beeld brengen van de K: 4DKL **7**
Achtergrondinformatie 7
Informatie voor de arts 7
Informatie voor de patiënt 8
Bronnen 8

Bijlage 4: In beeld brengen van de O **9**
Achtergrondinformatie 9
Hulpmiddel 9
Informatie voor de arts 9
Informatie voor de patiënt 9
Bronnen 11

Bijlage 5: In beeld brengen van de P **12**
Achtergrondinformatie 12
Informatie voor de arts 12
Informatie voor de patiënt 12
Hulpmiddelen 13
Balans persoonlijkheidskenmerken 13
Het kernkwaliteitenkwadrant = kwadrant van Ofman 15
Bronnen 16

Bijlage 6: Psycho-educatie: inzicht en acceptatie **17**
Achtergrondinformatie 17
Hulpmiddelen 17
Stressweerbaarheidsmodel 17
Balans draagkracht-draaglast 19
Balkmetafoor 21
Stress continuüm 22
De batterij metafoor 24
Bronnen 24

Bijlage 7: Psycho-educatie: levensstijl **26**
Achtergrondinformatie 26
Informatie voor de arts 26
Informatie voor de patiënt 26
Hulpmiddelen 26
Actieve rust 27
Energiegevend schema 27
Ontspanningsoefeningen 29
Gezonde voeding 29
Bewegen 29
Slaaphygiëne 29
Sociale contacten 30
Bronnen 30

Bijlage 8: Gedragsverandering **31**
Achtergrondinformatie 31
Informatie voor de arts 31
Hulpmiddelen 31
G-schema 31
Assertiviteit 32
Cirkel van invloed en betrokkenheid 33
Piekeren 33
Prioriteiten stellen 34
Bronnen 34

Bijlage 9: G-schema **35**
Achtergrondinformatie 36
Informatie voor de arts 36
Informatie voor de patiënt 37
Bronnen 37

Bijlage 10: Gedragsexperiment **38**
Achtergrondinformatie 39
Informatie arts 39
Informatie patiënt 39
Bronnen 41

Bijlage 11: Werkhervatting **41**
Achtergrondinformatie 42
Informatie voor de arts 42
Hulpmiddelen 42
Oorzaken werkstress bepalen 42
Werkhervattingsplan 43
Spanningsthermometer 43
Tips voor moeilijke gesprekken 44
Bronnen 44

Bijlage 12: Hervalpreventie **44**
Achtergrondinformatie 44

Hulpmiddelen 45
Reminders en buddy's 45
Spanningsthermometer 45
Bronnen 45

Bijlage 13: Interessante links 46

Bijlage 1: Beslisboom

Printversie: klik hier.

Achtergrondinformatie

Om op een verantwoorde manier het onderscheid te maken tussen patiënten voor wie een laag-intensieve of kortdurende behandeling geïndiceerd lijkt en patiënten die meer baat hebben bij een hoog-intensieve, langdurige behandeling, maken we gebruik van de beslisboom die uitgewerkt werd door Frederik Boone.

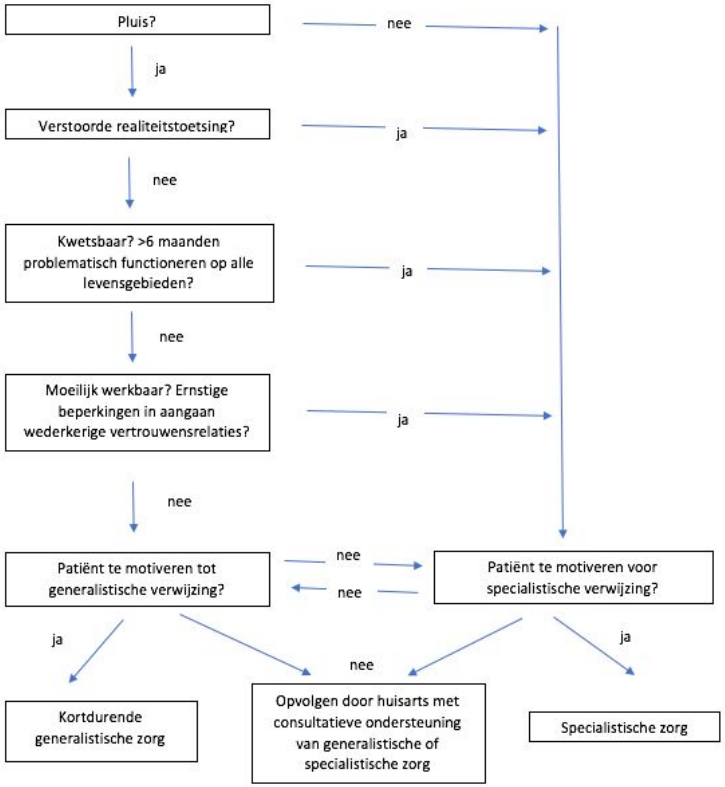
Volgens Boone zijn er 5 patiëntgebonden voorwaarden die moeten vervuld zijn om een indicatie voor een kortdurende of laagintensieve behandeling te kunnen stellen:

- De patiënt bevindt zich in het 'pluis'-gebied: hij functioneert adequaat en is gemotiveerd voor behandeling. Vroegere behandelingen zijn succesvol afgesloten en de patiënt is in staat en bereid zijn eigen aandeel in de problematiek onder ogen te zien. Er is geen risico op decompensatie of suicide.
- De realiteitstoetsing van de patiënt is intact.
- De patiënt beschikt over sociale vaardigheden en competenties waarop hij kan voortbouwen.
- Er is een sociaal netwerk dat de patiënt tot steun, voorbeeld en stimulator kan dienen bij het veranderingsproces.
- De patiënt moet in staat zijn tot het aangaan van wederkerige vertrouwensrelaties. Op deze manier wordt een proces van leren in dialoog mogelijk.

Bronnen

Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.

Boone F. Effectiviteit van educatieve interventies over psychosociale problemen voor huisartsen. Gent; 2009. p. 27.



Bijlage 2: Het KOP-schema

Printversie: klik hier.

Achtergrondinformatie

Met behulp van het KOP-schema is het mogelijk meer structuur te brengen in het vaak onoverzichtelijke kluwen van klachten en emoties die patiënten met een vermoeden van psycho-somatische problematiek brengen.
Waarom komt **deze patiënt** (P) **nu** (O) met **deze klachten** (K) bij mij?
Klachten ontstaan als het evenwicht tussen de draaglast (stressoren) en de draagkracht (hoe gaat de patiënt om met deze stressoren) uit balans is.
Kenmerkend voor mensen waarbij dit onevenwicht te groot is, is dat hun reflectief vermogen, (waarmee ze reflecteren over hun eigen reactiepatronen) vermindert onder de druk van stresserende omstandigheden. Hierdoor verliezen ze het overzicht over hun leven en vervallen ze in meer primitieve reactiepatronen. Zo ontstaan psychische problemen.
Aan de hand van een brede exploratie probeert men zicht te krijgen op de klachten (K) van de patiënt, de verschillende omstandigheden (O) die daar de mogelijke oorzaak van zijn en hoe de patiënt hiermee geneigd is om te gaan (coping, persoonskenmerken of P).

Opnieuw overzicht krijgen leidt voor een stuk al tot rust, normalisatie en remoralisatie, waardoor het vermogen tot reflecteren en het actief aanpakken van de problemen opnieuw mogelijk wordt. Overzicht alleen is natuurlijk niet voldoende, maar is een belangrijk begin. Dit overzicht kan dan een kapstok zijn om doelen aan vast te hangen die op elk van de 3 elementen (K, O en P) inwerken.

Het is belangrijk dit schema van in het begin te gebruiken en de patiënt er actief bij te betrekken door het samen in te vullen. Door tijdens het gesprek trefwoorden te noteren en die in de loop van het gesprek te toetsen bij de patiënt die zelf aanvullingen of correcties kan aanbrengen, creëer je een gezamenlijke en logische verklaring voor het ontstaan en blijven bestaan van klachten en wordt de motivatie en veranderingsbereidheid gestimuleerd.
Geef het schema mee naar huis en vraag het thuis nog eens te bekijken en te bespreken met een vertrouwenspersoon.

Bronnen

Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.

Klacht (K) → om hier meer zicht op te krijgen: zie bijlage 3	*Beschrijf de klachten en symptomen waar u last van heeft.*
Omstandigheden (O) → om hier meer zicht op te krijgen: zie bijlage 4	*Noem de gebeurtenissen die stress veroorzaken.* *Noem zaken die op dit moment goed lopen/meezitten/steun bieden.*
Persoonlijke stijl (P) → om hier meer zicht op te krijgen: zie bijlage 5	*Noteer uw typische reactiepatronen of gewoontes.*

Bijlage 3: In beeld brengen van de K: 4DKL

Printversie: klik hier.

Achtergrondinformatie

Informatie voor de arts

Het is voor huisartsen niet altijd gemakkelijk om het onderscheid te maken tussen psychiatrische stoornissen en psychosociale problemen waar de patiënten zelf mee aan de slag kan. Daarnaast is het is het ook niet evident om patiënten te helpen in te zien dat hun lichamelijke klachten te maken kunnen hebben met psychische problemen.
De 4DKL (vierdimensionale klachtenlijst) is een hulpmiddel om psychische problemen op te sporen, in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. Bespreking van de 4DKL-scores is een goede manier om de patiënt te betrekken bij het formuleren van een gezamenlijke 'diagnose' en een plan van aanpak.

Tijdens kortdurende therapie op basis van het KOP-model, is het belangrijk naast interventies die gericht zijn op de verschillende elementen van het KOP-schema, regelmatig het effect van de ingezette behandeling te evalueren. Dit kan door het gedrag van de patiënten tijdens de consultaties te observeren en door rapportage van de patiënt zelf. Daarnaast kan met de 4DKL op een objectieve manier gemeten worden of de gewenste resultaten bereikt worden. De 4DKL vragenlijst wordt in het begin van de behandeling afgenomen, herhaald na één maand en op het einde van de behandeling.

Gebruiksdoelen:

- opsporen van psychosociale problemen in het kader van het tweesporenbeleid

  'U maakt zich zorgen dat u misschien een ernstige ziekte heeft. Ik heb u ook gevraagd of spanningen een rol zouden kunnen spelen en toen hebt u verteld dat dat wel zou kunnen, aangezien u de laatste tijd een paar vervelende gebeurtenissen hebt meegemaakt. Ik stel voor dat we zowel naar uw lichamelijke gezondheid kijken als ook naar uw psychische gesteldheid. Voor het lichamelijke stel ik voor u te onderzoeken en uw bloed te laten nakijken in het laboratorium. En voor het in kaart brengen van uw psychische gesteldheid stel ik voor dat u een klachtenlijst invult. Dan kunnen we volgende week de uitslagen bespreken.'

  Men moet een patiënt niet zonder meer vragen een 4DKL in te vullen. Het is van belang eerst het doel van de vragenlijst toe te lichten. De patiënt moet hebben begrepen dat psychische factoren een rol zouden kunnen spelen bij de gepresenteerde klachten. Presenteert de patiënt lichamelijke klachten waarvan de huisarts vermoedt dat ze mogelijk met psychosociale factoren samenhangen, dan is het van belang dat de huisarts die mogelijkheid ergens in het consult expliciet aan de patiënt voorlegt. Veel meer dan een aarzelende erkenning dat dat 'misschien wel mogelijk zou zijn' heeft de huisarts niet nodig om de patiënt voor te stellen om ook daar dan goed naar te kijken.

- kwantificeren van de ernst van de problematiek
- detectie van depressieve en angststoornissen
- signaleren en duiden van somatisatie
- volgen van het beloop: afname bij de start van de behandeling, na 1 maand en bij het afsluiten van de behandeling

Informatie voor de patiënt

De 4DKL of 4 Dimensionale Klachten Lijst is een vragenlijst die bestaat uit 50 vragen en het beantwoorden van deze vragen duurt ongeveer 5 à 10 minuten. Er zijn geen ‘goede’ of ‘foute’ antwoorden. Je geeft gewoon het antwoord dat het beste bij jouw situatie past. Als je de vragenlijst liever niet alleen invult, kan iemand uit je omgeving je helpen, op voorwaarde dat deze jou goed kent. Als je twijfelt, geef dan het antwoord dat jou het beste lijkt. Antwoord door aan te geven hoe je situatie op dit moment is. De 4DKL wordt een paar keer afgenomen tijdens de behandeling, hierdoor kun je ook zien of je klachten afnemen.

Bronnen

Terluin B, Terluin M, Prince K, van Marwijk H. De Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts en Wetenschap 2008;51:251-5.

Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.

Bijlage 4: In beeld brengen van de O

Achtergrondinformatie

Klachten (K) ontstaan niet zomaar. Ze worden veroorzaakt door de combinatie van stressvolle omstandigheden (O) en de (niet-adaptieve) manier waarop de patiënt omgaat met die omstandigheden (P).
Omdat de omstandigheden die van invloed zijn op de klachten zich vaak op zeer uiteenlopende domeinen van het leven bevinden, kan het goed zijn het dagelijks functioneren op deze verschillende domeinen in kaart te brengen. Hierbij is het goed niet enkel te kijken naar wat minder goed gaat (draaglast), maar om evenveel aandacht te schenken aan de zaken die wel goed lopen (steunfactoren).
Daarnaast kan goed zijn stil te staan bij wat je echt belangrijk vindt binnen dit domein (waarden).

Hulpmiddel

Printversie: klik hier.

Informatie voor de arts

Onderstaand overzicht is grotendeels gebaseerd op de vragenlijst Bouwstenen Levenskwaliteit van Schacht (2003), aangevuld met het Levenskompas vanuit de Acceptance and Commitment Therapy.
Vertrek bij het overlopen van onderstaande lijst telkens vanuit het KOP-schema en wat eerder al aan bod kwam. Het is de bedoeling samen met de patiënt te reflecteren en het overzicht niet als een invuloefening af te werken. Niet alle domeinen hoeven aan bod te komen.

Informatie voor de patiënt

Schrijf per levensgebied op wat goed en minder goed gaat en wat je belangrijkste waarden zijn. Beoordeel vervolgens hoe belangrijk dit gebied voor jou is en zet dit in het linker vakje (1-10). Bedenk vervolgens hoeveel energie/tijd je daadwerkelijk in dit levensgebied stopt en zet dit in het rechter vakje (1-10). De levensgebieden waar de twee scores verschillen, behoeven aandacht. Kijk welke domeinen wel goed lopen en waarom (want wordt vaak als vanzelfsprekend beschouwd) en kijk daarna naar de minder goede domeinen. Probeer te normaliseren en zoek samen hoe bepaalde levensomstandigheden mogelijk verbeterd kunnen worden.

WERK	GEZONDHEID	FINANCIËN	OMGEVING
Wat loopt goed?	Wat loopt goed?	Wat loopt goed?	Wat loopt goed?
Wat loopt minder goed?	Wat loopt minder goed?	Wat loopt minder goed?	Wat loopt minder goed?
Belangrijkste waarden...	Belangrijkste waarden...	Belangrijkste waarden...	Belangrijkste waarden...

RELATIES	VRIENDENKRING	PERSOONLIJKE GROEI	VRIJE TIJD
Wat loopt goed?	Wat loopt goed?	Wat loopt goed?	Wat loopt goed?
Wat loopt minder goed?	Wat loopt minder goed?	Wat loopt minder goed?	Wat loopt minder goed?
Belangrijkste waarden...	Belangrijkste waarden...	Belangrijkste waarden...	Belangrijkste waarden...

Bronnen

Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.

Schacht R. Bouwstenen Levenskwaliteit. Psychopraxis 2003; Volume 5, Issue 6, pp 216–219.

ACT in Actie. Levenskompas. ACT in Actie - Training & Opleiding 2013. Beschikbaar via: http://www.actinactie.nl/attachments/File/Levenskompas_2013.pdf. Geraadpleegd 23 september 2018.

Bijlage 5: In beeld brengen van de P

Achtergrondinformatie

Informatie voor de arts

Onder de ‘P’ van het KOP-schema worden gewoonten, reactiepatronen en persoonlijke stijlen in kaart gebracht. De draagkracht & kwetsbaarheidsfactoren van de patiënt dragen er mee toe bij dat klachten ontstaan. We proberen de stabiele patronen in het reactie- of copingrepertoire van de patiënt te inventariseren. Op die manier worden patiënten zich bewust van hun stereotiepe gedragspatronen en van mogelijke alternatieven. Pas als men weet waar men staat, is het mogelijk om hulpmiddelen aan te reiken waarmee de patiënt actief zijn probleem inducerende positie kan ombuigen naar een minder of niet probleem inducerende positie.

Informatie voor de patiënt

Niet iedereen beleeft dingen die stress veroorzaken op dezelfde manier. Wie je bent en hoe je reageert op bepaalde situaties heeft waarschijnlijk ook een rol gespeeld bij het ontwikkelen van de klachten die je hebt. Daarom gaan we dieper in op je persoonlijkheid.
Met de factor ‘P’ uit het KOP-schema worden jouw gewoontes, reactiepatronen of stijlen in kaart gebracht. Dat zijn zaken waar de meeste mensen nooit bij stil staan. Als ze erover nadenken weten de meesten echter wel wat hun kwaliteiten en valkuilen zijn. Als je dat van jezelf weet, is het gemakkelijker om te onderzoeken wat je zou kunnen veranderen om de kans op klachten in de toekomst te verminderen.

Er zijn verschillende aspecten van de persoonlijkheid die invloed hebben op de manier van omgaan met stress:

- Introvert of extravert: ben je meer op jezelf of net iemand die veel met anderen doet?
- Hoe gevoelig ben je voor stress? De ene persoon is hierdoor iets kwetsbaarder dan de andere, maar er zijn ook voordelen aan kwetsbaar zijn! *(benieuwd wat deze voordelen zijn? Bekijk dan dit filmpje!)*
- Heb je eigenschappen die net beschermen tegen stress? De belangrijkste zijn openstaan voor veranderingen, vertrouwen in je eigen kunnen en het gevoel hebben invloed uit te oefenen op situaties.
- Hoe ga jij om met stress? Wat is jouw copingmechanisme? Er zijn verschillende manieren of strategieën om met problemen of stressvolle situaties om te gaan. Er is niet één juiste manier. Het hangt van de situatie af.

    voorbeelden van coping:

    - actief aanpakken: meteen ingrijpen als er moeilijkheden zijn
    - palliatieve reactie: proberen te ontspannen of andere dingen doen zoals wandelen, eten, roken of drinken
    - vermijden: toegeven, moeilijke situaties vermijden
    - sociale steun zoeken: je zorgen met iemand delen
    - passief reactiepatroon: je volledig afzonderen van anderen
    - expressie van emoties: je emoties actief laten blijken
    - geruststellende gedachten: je voorhouden dat na regen zonneschijn komt

Hulpmiddelen

Balans persoonlijkheidskenmerken

Printversie: klik hier.

Informatie voor de arts
De balans wordt als basis gebruikt voor de uitvoering en de toetsing van alle gedragsveranderingsmethodieken die in de behandeling worden toegepast. Hoe meer de positie uit balans is, hoe groter de kans op pathologie.

Bespreek met de patiënt welke persoonlijkheidskenmerken hij typerend vindt voor zichzelf. Gebruik deze oefening niet als invuloefening, maar als basis om dieper in te gaan op de P. Belangrijk hierbij is om de patiënt zijn persoonskenmerken te laten inschalen.

Voorbeeld: Vraag de patiënt waar hij zichzelf ziet op de schaal optimisme-pessimisme. Laat hem dit benoemen aan de hand van een percentage. Vraag nadien waarom hij zichzelf deze score geeft. Kan hij enkele concrete voorbeelden geven? Stel dat hij nu een score van 10% meer zou hebben, waaraan zou hij dat dan merken? Wat zou er dan anders zijn? Kent hij mensen die lager scoren dan zichzelf? Waaraan merkt hij dat dan? Waar zou hij zelf graag staan op deze schaal? Wat heb je nodig om daar te staan? Probeer de patiënt concrete voorbeelden te laten geven. Om inzicht te krijgen in de aard van het beestje, kun je de patiënt ook vragen of hij altijd zo geweest is of zo geworden is door omstandigheden.

Gebruik hiervoor de lijst hieronder als inspiratie. De eerste vijf persoonlijkheidskenmerken staan bekend als de ‘Big Five’. Dit model wordt onder psychologen algemeen aanvaard als het belangrijkste persoonlijkheidsmodel. Het gaat ervan uit dat elke persoonlijkheid beschreven worden aan de hand van de vijf dimensies: extraversie, altruïsme (vriendelijkheid), openheid (voor nieuwe dingen), consciëntieusheid (ordelijkheid), neuroticisme (emotionele instabiliteit).

Informatie voor de patiënt
Zet op een lijn een persoonlijke eigenschap in twee extremen uit en bepaal daarna je eigen positie daartussen. Zet per kenmerk een kruisje op de plaats waar je eigen positie zich bevindt. Deze positie zegt iets over je eigen gewoontes en automatische reactiepatronen. Kwetsbare posities zijn posities die zich redelijk tot ver van het midden af bevinden. Dit zijn in feite eigenschappen die te eenzijdig ontwikkeld zijn of waarvan je ‘teveel van het goede’ ontwikkeld hebt. Bekijk eens welke posities voor jou kwetsbaar lijken. Dit is geen gemakkelijke oefening, neem de tijd om ze uit te voeren!

zorgzaam		**egoïsme**
emotioneel stabiel		**onzeker, nerveus**
ontdekkend		**angstig**
introvert		**extravert**
georganiseerd		**ongestructureerd**
perfectionisme		nonchalance
optimisme		pessimisme
taakgericht		ongefocust
efficiënt		chaotisch
realistisch		zweverig
gedisciplineerd		losbandig
kritisch		ja-knikker
flexibel		star
daadkrachtig		passief
geduldig		drammerig
zelfverzekerd		onzeker
bescheiden		arrogant
autonoom		onderdanig
besluitvaardig		besluiteloos
ingetogen		opdringerig
rustig		rusteloos
volgzaam		dwars
relativerend		opgeblazen
overtuigd		meningloos
moedig		aarzelend
idealistisch		cynisch
gehoorzaam		eigenzinnig
behulpzaam		onverschillig
gestructureerd		wispelturig

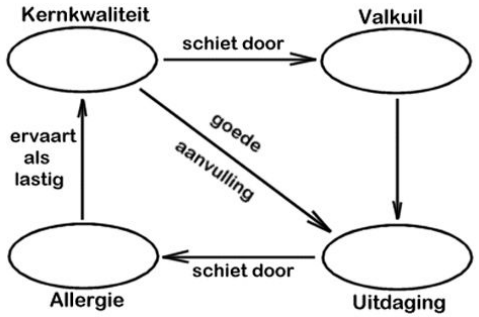
Het kernkwaliteitenkwadrant = kwadrant van Ofman

Printversie: klik hier.
Voorbeelden van kernkwaliteiten met hun valkuilen, uitdagingen en allergieën: klik hier.

Informatie voor de arts

Volgens Ofman zijn kernkwaliteiten eigenschappen die tot de kern van een persoon behoren. Kernkwaliteiten 'kleuren' een mens; het is de specifieke sterkte waar we bij iemand direct aan denken. Kernkwaliteiten kun je niet leren, je kunt ze wel ontwikkelen. Dat proces is individueel en is sterk afhankelijk van ieders levensloop en leefomstandigheden of op welke wijze een beroep op ons wordt gedaan. Op die manier kunnen karaktereigenschappen op verschillende manieren tot uiting komen: in de juiste proportie, te veel of te weinig. Veel eigenschappen zijn op zich ‘goede’ eigenschappen, maar je kunt er ook in doorschieten. Je krijgt dan ‘teveel van het goede’.

Iedere kernkwaliteit heeft een keerzijde. Dit is de kernkwaliteit die te ver doorschiet. Dit noemen we de valkuil. Iemand zijn kracht kan zo zijn zwakte worden. Met deze ‘valkuil’, ken je meteen ook de ‘uitdaging’ van de kernkwaliteit. Dit is de positief tegenovergestelde kwaliteit van de valkuil. De uitdaging is een goede aanvulling op de kernkwaliteit. Waar het om gaat, is de balans te vinden. Met andere woorden: om te voorkomen dat men in zijn valkuil terecht komt, is het raadzaam de uitdaging te ontwikkelen. Veelal zijn valkuil en uitdaging de bron van conflicten, irritaties en spanningen die de persoon met zijn omgeving heeft. De meeste mensen zijn allergisch voor ‘te veel van zijn uitdaging’. Je kunt dus heel wat leren over jezelf wanneer je je aan bepaalde mensen ergert.



Het kernkwaliteitenkwadrant is een visuele manier om de kernkwaliteit met zijn bijhorende uitdagingen en valkuilen voor te stellen. Volgens Ofman is het doel niet om jezelf te veranderen, maar jezelf te leren kennen, leren waarderen en jezelf te leren accepteren. Verandering zal dan een gevolg zijn.

Stel een kernkwaliteitenkwadrant op samen met de patiënt. Het is vaak makkelijker hierbij te starten vanuit zijn valkuil (datgene waar hij nu tegenaan loopt) of vanuit zijn allergie (het soort mensen waaraan hij zich stoort). Vanuit deze eigenschappen kun je de kernkwaliteit afleiden. Toets steeds met de patiënt of hij zich hierin kan herkennen.

Een voorbeeld: Een patiënt vertelt dat hij zich ergert aan arrogante mensen. "Zegt dat dan iets over jou? Soms zeggen ze dat je zelf het tegenovergestelde bent van waar je je aan ergert. Zou bescheidenheid dan een grote kwaliteit van jou kunnen zijn? Bescheiden zijn is heel mooi, maar soms kan je daarvan een beetje te veel van het goede hebben en bijna verdwijnen. Herken jij dit? Is dat dan jouw valkuil? Dus eigenlijk kun jij veel leren van die arrogante mensen? Want arrogantie dat is niet goed, maar verdwijnen ook niet hé? Wat zou dat dan zijn als dat een beetje beter in balans zou zijn? Zouden we dat 'profileren' kunnen noemen? Is dat dan geen uitdaging voor jou? En je meer profileren, hoe zou je dat dan doen? Wat zou je dan concreet anders kunnen doen? Weet je nog een situatie waarin je heel erg verdween? Wat had je dan concreet kunnen doen om je meer te profileren?

Bronnen

Bar E. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via: https://www.behandelhulp.com. Geraadpleegd op 25/09/2018

Ofman D. Bezieling en kwaliteit in organisaties, Uitgeverij Servire; 2013. p. 171

Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.

Rijnders et al. Van probleem naar oplossing. In vijf stappen naar psychisch evenwicht. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2013. p. 36.

Dankmeijer P. Het kernkwaliteiten kwadrant. eduDivers. 2018. Beschikbaar via https://www.edudivers.nl/doc/mbo/toolkit/Kernkwaliteiten-kwadrant.pdf. Geraadpleegd op 24/09/2018

Nieuwenhuis M.A. The Art of Management (the-art.nl). Big Five Persoonlijkheidsmodellen. 2017. Beschikbaar via http://123management.nl/0/040_mensen/a400_mensen_12_teamrol_big_five.html. Geraadpleegd op 28/09/2018

Bijlage 6: Psycho-educatie: inzicht en acceptatie

Achtergrondinformatie

De hypothese van waaruit het KOP-model vertrekt stelt dat mensen klachten ontwikkelen als ze het overzicht verliezen over de situatie waarin ze verkeren. Daaruit volgt dat het de primaire taak is van de hulpverlening om overzicht te helpen herstellen en handvaten aan te reiken waarmee de patiënt zijn situatie terug onder controle krijgt.
Dat overzicht ontstaat o.a. door psycho-educatie te geven over de situatie waarin de patiënt zich bevindt met aandacht voor de K, O en P.

Een belangrijke rol van psycho-educatie is het normaliseren. Door het objectiveren en structureren van de situatie waarin de patiënt zich momenteel bevindt en dus het herstellen van het overzicht wordt het voor de patiënt begrijpelijker dat de klachten zich nu ontwikkelen. Het normaliseren brengt verlichting en vergroot de zelfwerkzaamheid. Men krijgt meer moed en vertrouwen om met de competenties die men wel heeft (en hier ook duidelijker worden) aan de slag te gaan en de klachten en uitlokkende omstandigheden meer adequaat aan te pakken.

Visualisatie van informatie of een probleem kan door de vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid deze beter begrijpbaar maken.
Door zaken te visualiseren blijft er meer informatie hangen (leerpiramide van Bales) en is het ook makkelijker dit later terug op te roepen. Het vergroot bovendien de motivatie omdat het eigen aandeel in de problematiek tastbaarder wordt gemaakt.
Visualisatie kan met behulp van tabellen, schema's, metaforen en prototypes. Volgens Rijnders et al. wordt met metaforen het onbegrepene begrijpbaar gemaakt.

Hulpmiddelen

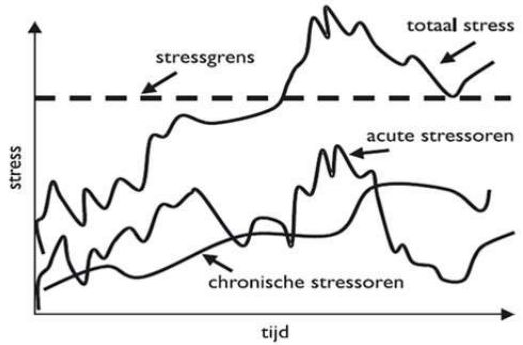
Stressweerbaarheidsmodel

Printversie: klik hier.

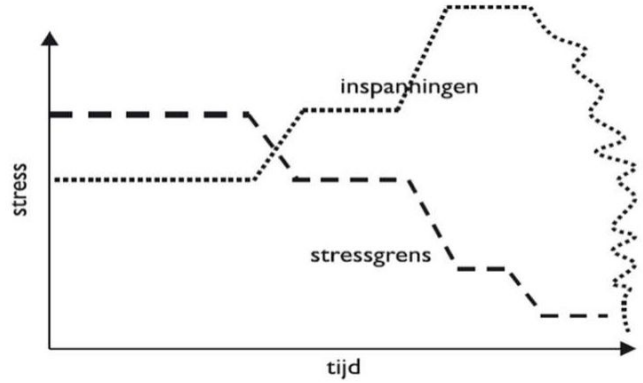
Een duidelijk psycho-educatief model rond stress, stressweerbaarheid en het ontstaan van klachten wordt mooi in beeld gebracht in onderstaande grafiek van Rik Schacht.

De combinatie van chronische, dagelijkse stress waar we ons vaak niet van bewust zijn en de acute stress door omstandigheden, bepalen samen de totale stressbelasting. Elke mens heeft een stressgrens en als deze te intens of te vaak door de totale stressbelasting overschreden wordt, krijgen we een daling van de stressweerbaarheidsgrens met snellere overbelasting tot gevolg.

Hoe meer de stressweerbaarheidsgrens daalt, hoe meer inspanningen men moet leveren om hetzelfde te bereiken. Tot men op een punt komt dat er slechts een minimale belasting nodig is om toch volledig uitgeput te zijn.



De grafiek van Schacht, overgenomen uit: R. Rogiers, T. Declercq, S. Anthierens, E. Boydens, T. Daeseleire, L. Pauwels. Help, ik zit erdoor!. De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts – deel 2. Huisarts Nu mei-juni 2012; 41(3).



Overgenomen uit: Anke Thoen. Hoe blijf ik bevlogen? Tips & Tricks. The Human Link. Domus Medica. 2017. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/studiedagen/inwooncursus/iwc-congres-2017/1350-veerkracht/file.html Geraadpleegd 27 september 2018.

Balans draagkracht-draaglast

Printversie: klik hier.

Een andere manier om de stress en de stressweerbaarheid concreter in beeld te brengen is de balans tussen draagkracht en draaglast.

Informatie voor de patiënt

Als je je niet goed voelt, wordt dat vaak veroorzaakt doordat de balans tussen draagkracht en draaglast niet in evenwicht is. We kunnen dit mooi voorstellen door middel van een weegschaal. Aan de ene kant heb je de draagkracht of belastbaarheid, aan de andere kant je draaglast of belasting.

De **draagkracht** is wat je aan kan. Elementen die de draagkracht bepalen, zijn onder andere je lichamelijke gezondheid en levensstijl, je genetische aanleg (de een kan van nature meer stress aan dan de andere), de steun die je krijgt van je omgeving en vooral de manier waarop je met tegenslagen in het leven omgaat, de coping.

Je **draaglast** is dat wat je in jouw leven moet doen en wat je energie kost. Dit zijn bijvoorbeeld alledaagse zaken zoals het huishouden, maar ook je werk, ingrijpende gebeurtenissen zoals ziekte of overlijden van een naaste, relatieproblemen, ...

Als je draaglast groter is dan je draagkracht, is balans dus uit evenwicht en ervaar je stress. Dit gebeurt natuurlijk bij iedereen wel eens, maar dit is vaak tijdelijk en meestal is de draagkracht voldoende hoog of is de duur de verhoogde last kort genoeg om terug in evenwicht te komen. Wanneer dit onevenwicht echter te lang blijft bestaan krijg je mentale en fysieke klachten en kun je het gevoel hebben de grip op je leven te verliezen.
Hoe snel de balans doorslaat, hangt af van je persoonlijkheid en hoe je in het leven staat. We noemen dit ‘de aard van het beestje’. Ben je eerder optimistisch of pessimistisch? Hoe ga je om met ruzies en conflicten? Kan je goed om met kritiek?

Wanneer de balans uit evenwicht is, kun je twee dingen doen om de balans te **herstellen**:

- de draaglast verminderen
- de draagkracht verhogen

Wat mensen echter vaak doen op het moment dat hun draaglast groter wordt, is de dingen die hun draagkracht verhogen, laten vallen. Denk daarbij aan hobby’s, sociale contacten, ontspanning…



DRAAGKRACHT

- lichamelijke gezondheid en levensstijl
- genetische aanleg
- sociale steun
- persoonlijkheid/coping

DRAAGLAST

- verplichtingen
- problemen
- levensgebeurtenissen

De Heren van BV. Depri en dan. Beschikbaar via: http://www.depri-en-dan.nl/oorzaken. Geraadpleegd op 23/09/2018

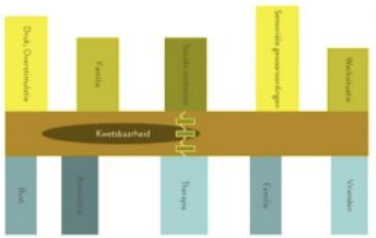
Balkmetafoor

Link voor de patiënt: https://www.balkmetafoor.be/

Een derde manier om de draagkracht en draaglast visueel voor te stellen is met behulp van de balkmetafoor.
Via deze website kunnen patiënten dit model zeer concreet maken voor hun eigen situatie.
Dit is echter enkel mogelijk op een moment waarbij de patiënt opnieuw in staat is enigszins te reflecteren.

Het werd ontwikkeld in 1998 in het Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart Ieper om op een bevattelijke manier uit te leggen wat een psychose is en hoe mensen met een psychotische kwetsbaarheid worden behandeld binnen het psychiatrisch ziekenhuis. Ondertussen werd het enkele malen aangepast en momenteel wordt het model veel ruimer ingezet en kan iedereen het eigenlijk gebruiken om zijn of haar sterktes en kwetsbaarheden in kaart te brengen.

In het kort staat de balk voor de menselijke draagkracht, de balk heeft een bepaalde dikte (die je in de tool zelf kan instellen) en staat symbool voor de grootte van je draagkracht. De ‘noot’ in het hout, en dus de zwakste plek in de balk, staat voor de eigen kwetsbaarheid. Als de balk te zwaar belast wordt zal de druk net hier het grootst worden.
De stressoren (of de draaglast) komen als blokken belasting bovenop de balk terecht. De grootte van elk blok is afhankelijk van de impact van deze stressor. Dit hangt nauw samen met de subjectieve beleving van stress.
Als de draaglast te groot wordt kan een barst ontstaan in het hout. De barst staat symbool voor de symptomen die je kan ervaren voor meer ernstige psychische problemen ontstaan (bvb. prikkelbaar zijn, slaapproblemen, meer drinken, concentratieproblemen,...). Dit is het moment om zeker in te grijpen. Wanneer dit niet op tijd gebeurt kan de balk breken. Afhankelijk van je specifieke kwetsbaarheid zullen verschillende symptomen optreden.
De eerste stap om je balk weer te herstellen is lijmen. Wat dit inhoudt is afhankelijk van de klachten (rust, medicatie, opname,...).
Je kan je balk ook ondersteunen door er steunpilaren (steunfiguren, medicatie, hobby’s,...) onder te plaatsen. Een keer je balk aan het barsten gaat of weer gelijmd is, kan het zinvol zijn om na te gaan wat ondersteunend kan zijn, zodat je balk een betere kans heeft om minder snel opnieuw te barsten of breken.



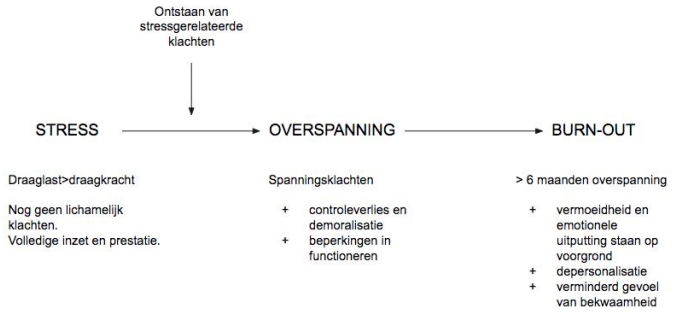
Stress continuüm

Printversie: klik hier.

In Nederland en België wordt het begrip burn-out nog teveel als een categoriaal begrip gebruikt. Bij het normaliseren kan het helpen om duidelijk te maken dat de positie waarin de patiënt zich bevindt niet een vaststaand feit is, maar dat het een continuüm betreft.

De European study on Epidemiology stelt dat één op vier mensen ooit psychische problemen kent. Niet iedereen zit daarmee direct in het uiterste van het spectrum (bvb. depressie, burn-out, angststoornis,...), en heeft direct nood heeft aan een hoog-intensieve of langdurende behandeling. Met behulp een grondige exploratie en door het toepassen van de beslisboom (zie hierboven) kan een goede eerste inschatting gemaakt worden.

Meer specifiek toegepast op overspanning en burn-out begint dit continuüm met stress (hierboven vermeld als draaglast).
Wanneer men stress ervaart gaat iedereen daar op zijn specifieke manier mee om (coping), de ene al constructiever dan de andere. Iedereen ervaart wel eens stress, en men heeft ook een bepaald mate van uitdaging nodig om optimaal te kunnen functioneren. Op zo'n moment ervaar je geen lichamelijke klachten en kun je optimaal presteren. Als stress echter te lang duurt, te intens is of zeer frequent voorkomt, kan de stresshantering tekort schieten en zullen stressgerelateerde klachten ontstaan, zowel op lichamelijk (bvb. vermoeidheid, nekpijn, duizeligheid), psychisch (bvb. irritatie, somberheid, verminderde concentratie) en gedragsmatig (bvb. fouten maken, meer roken, vermijden) niveau.
Wanneer naast de spanningsklachten die stress met zich mee brengen, ook demoralisatie (men weet niet meer wat te doen) en controleverlies ontstaan, zullen de spanningsklachten verder toenemen, tot de patiënt de moed opgeeft en belangrijke rollen laat vallen. Dan spreekt men van overspanning. Wanneer dit verder en langdurig (>6 maand) aansleept en de vermoeidheid en mentale uitputting op de voorgrond komt spreekt men van burn-out. Andere vaak vernoemde kenmerken hierbij zijn depersonalisatie, cynisme en een verminderd gevoel van bekwaamheid.



In de Multidisciplinaire richtlijn Overspanning en Burnout heeft men volgende definities geformuleerd op basis van de tot dan geldende literatuur:

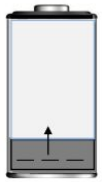
	DEFINITIE 'OVERSPANNING'
	Er is sprake van overspanning als voldaan is aan alle vier onderstaande criteria.
A	Ten minste drie van de volgende klachten zijn aanwezig: - moeheid - gestoorde of onrustige slaap - prikkelbaarheid - niet tegen drukte/herrie kunnen - emotionele labiliteit - piekeren - zich gejaagd voelen - concentratieproblemen en/of vergeetachtigheid.
B	Gevoelens van controleverlies en/of machteloosheid treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren. De stresshantering schiet tekort; de persoon kan het niet meer aan en heeft het gevoel de grip te verliezen.
C	Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
D	De distress, controleverlies en disfunctioneren zijn niet uitsluitend het directe gevolg van een psychiatrische stoornis.

	DEFINITIE 'BURNOUT'
	Er is sprake van burnout als voldaan is aan alle drie onderstaande criteria.
A	Er is sprake van overspanning.
B	De klachten zijn meer dan 6 maanden geleden begonnen.
C	Gevoelens van moeheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

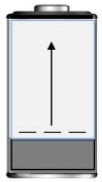
De batterij metafoor

Printversie: klik hier.

In deze vergelijking wordt opnieuw het stress continuüm mooi in beeld gebracht met een begrijpelijke verklaring voor het ontstaan van klachten.



Fase 1: Onrust



Fase 2: Vermoeidheid



Fase 3: Hersteld en klaar voor normale belasting

Bronnen

Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.

R. Rogiers, T. Declercq, S. Anthierens, E. Boydens, T. Daeseleire, L. Pauwels. Help, ik zit erdoor!. De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts – deel 2. Huisarts Nu mei-juni 2012; 41(3).

The Human Link. Artsen met grenzen. 2012. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/images/stories/navorming/inwooncursus/iwc2012/the_human_link-artsen_met_grenzen.pdf. Geraadpleegd 27 september 2018.

Bar E. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via: https://www.behandelhulp.com. Geraadpleegd op 25/09/2018

De Heren van BV. Depri en dan. Beschikbaar via: http://www.depri-en-dan.nl/oorzaken. Geraadpleegd op 23/09/2018

LVE, NHG, NVAB. Een lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijnsprofessionals. 2011. Beschikbaar via: https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf . Geraadpleegd op 27 september 2018.

Stichting Kenniscentrum Psychosomatiek & Stress. Protocol Overspanning & Burnout. Een balans uit evenwicht. 2015. Beschikbaar via: https://solknet.com/wp-content/uploads/protocollen/SOLKNET-Protocol-overspanning-en-burnout-solknet-2015.pdf . Geraadpleegd op 27 september 2018.

Declercq T., Thoen A., Muylaert M., Creupelandt H., Callens J, Schiffer N. TOL ICHO Burnout en Surmenage. 2017

Bijlage 7: Psycho-educatie: levensstijl

Achtergrondinformatie

Informatie voor de arts

De eerste fase van een periode van surmenage en burn-out is de crisisfase. Deze wordt vaak als heftig ervaren omdat de klachten op dat moment zo erg worden dat iemand de grip op zijn leven even kwijt lijkt. In die fase is het belangrijk dingen te doen die ervoor zorgen dat de patiënt terug rust vindt.

Wanneer een patiënt zich aanmeldt met klachten van stress en surmenage, is de eerste interventie actieve rust. Dit bestaat uit vier elementen:

- rust en plezante activiteiten = tijd voor jezelf
- bewegen
- sociale contacten
- klussen/huishoudelijke taken

Bij slaapproblemen wordt aandacht geschonken aan slaaphygiëne. Daarnaast kun je tips geven rond bewegen, gezonde voeding en sociale steun. Indien nodig kan je de patiënt een energiegevend schema laten opstellen.

Informatie voor de patiënt

Het is van belang om nu tot rust te komen. Ook al heb je het gevoel dat je nog veel moet doen en kun je niet zomaar tijd vrijmaken om met jezelf bezig te zijn, toch is dit nu de prioriteit. Als je het niet doet, worden de klachten alleen maar erger.

Hoe goed of slecht je voor jezelf zorgt, heeft een enorme impact op hoe goed je lichaam met stress om kan. Stress heeft op zijn beurt weer heel wat impact op je lichaam, prestaties en je leven. We proberen de stress te verminderen door goed voor jezelf te zorgen. Een goede nachtrust, gezond eten, lichaamsbeweging en goede sociale contacten zijn daarvoor erg belangrijk.

Hulpmiddelen

Actieve rust

Wanneer een patiënt zich aanmeldt met klachten van stress en surmenage, is de eerste interventie actieve rust. Dit bestaat uit vier elementen:

- rust en plezante activiteiten = tijd voor jezelf
- bewegen
- sociale contacten
- klussen

Inspiratielijst plezante dingen: klik hier.

Energiegevend schema

Printversie: klik hier.

Naast de activiteiten die je leuk vindt om te doen, blijven er altijd dingen die gedaan moeten worden. Wanneer je last hebt van stress, is het vaak moeilijk om dingen gedaan te krijgen. Dit zorgt dan weer voor een ontevreden gevoel, waardoor je meer stress krijgt. Om je te helpen je dag te structureren, kun je een energiegevend schema maken. In deze dagplanning structureer je je dag op een realistische manier, rekening houdend met je energieniveau. Naast de dingen die moeten, plan je natuurlijk ook dingen die je leuk vindt, zodat het een energiegevend schema wordt.

Tips:

- plan je dag niet helemaal vol. Plan in het begin maar één iets per dagdeel. Als je het gevoel hebt dat je meer aankan, kun je meer plannen, maar blijf realistisch! Kies telkens activiteiten die plezierig, nuttig of waardevol voor je zijn.
- begin met vooral kleine zaken die je snel kunt afwerken en niet met grote zaken waar je al lang tegenop ziet.
- plan voldoende dingen die je leuk vindt. Deze dingen zorgen ervoor dat je energie krijgt om de minder leuke dingen gedaan te krijgen.
- plan voldoende lichaamsbeweging. Liefst dagelijks, maar minimaal drie maal per week, minstens twintig minuten.

Tips voor wie last heeft van een sombere stemming:

- noteer nadien je stemming bij elk dagdeel (S=0 betekent het diepste dal, S=10 betekent dat je je erg goed voelde)
- maak je planning op een moment dat je stemming eerder positief is. Op zo'n momenten ben je meestal creatiever.
- we vragen je niet om te genieten van de activiteiten, dat komt later wel. Laat je ook niet leiden door je stemming om een activiteit wel of niet te doen. Je sombere stemming klaart sneller op als je de activiteit doet, los van hoe je je voelt.
- registreer nadien ook als het niet gelukt is te doen wat gepland was.

	activiteiten	energiegever of energievreter?
maandag ochtend middag avond		
dinsdag ochtend middag avond		
woensdag ochtend middag avond		
donderdag ochtend middag avond		
vrijdag ochtend middag avond		
zaterdag ochtend middag avond		
zondag ochtend middag avond		

Voorbeeld:

	activiteiten	*energiegever of energievreter?*
maandag *ochtend* *middag* *avond*	 *koffie drinken met vriendin* *huishouden* *kinderen naar bed brengen* *tv kijken*	 *energiegever* *energievreter* *energiegever/-vreter* *energiegever*

dinsdag *ochtend* *middag* *avond*	 *yoga* *mail bijwerken* *avond voor mezelf*	 *energiegever* *energievreter* *energiegever*

Ontspanningsoefeningen

Ontspannings- en mindfulnessoefeningen kunnen erg nuttig zijn om wat meer rust in je hoofd te creëren. Ze helpen om de lichamelijke gevolgen van stress te verminderen.

Het aanleren van relaxatie-oefeningen vraagt wat tijd en oefening. Probeer regelmatig te oefenen, in rustige omstandigheden. In het begin kan het wat geforceerd voelen, maar hoe meer je oefent, hoe natuurlijker en automatischer het gaat.

Via deze links kun je enkele van deze oefeningen vinden:

1. Ontspanningsoefening volgens Jacobson:
   https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=qSsG6BPI4as
2. mindfulness: bodyscan
   https://www.youtube.com/watch?v=7FnFB8SL-KM
3. 3-minuten ademruimte oefening
   https://www.youtube.com/watch?v=P70EwnaFWeg

Op youtube kan je zelf ook nog heel wat ontspannings- en ademhalingsoefeningen vinden.

Gezonde voeding

op www.gezondleven.be vind je heel wat informatie en hulpmiddelen om het thema gezonde voeding aan te pakken.

printversie ‘steekkaart voedings- en bewegingsdriehoek’: klik hier
printversie ‘tips om een gezond weekmenu op te stellen’: klik hier
infographic ‘kleine aanpassingen met een groot effect’: klik hier
infographic ‘gezonde maaltijd’: klik hier

Bewegen

op www.gezondleven.be vind je heel wat informatie en hulpmiddelen om het thema beweging aan te pakken.

printversie ‘steekkaart voedings- en bewegingsdriehoek’: klik hier
printversie ‘beweegplan’: klik hier
infographic ‘vervangboodschappen beweging’: klik hier

Voor mensen met een gezondheidsrisico die helemaal niet gewoon zijn om te beweging bestaat ‘bewegen op verwijzing”. Met een verwijsbrief van de huisarts kan de patiënt voor een voordelig tarief een persoonlijk beweegplan opstellen met een coach. Klik hier.

Slaaphygiëne

printversie: klik hier

Sociale contacten

Uit onderzoek blijkt dat sociale steun beschermt tegen het ontwikkelen van psychische problemen. Ontbreken van steun kan ertoe bijdragen dat psychische klachten verergeren.

Bronnen

Declercq T., Thoen A., Muylaert M., Creupelandt H., Callens J, Schiffer N. TOL ICHO Burnout en Surmenage. 2017

Vlaams Instituut Gezond Leven. 2018. Beschikbaar op www.gezondleven.be . Geraadpleegd op 26/09/2018

De Heren van BV. Depri en dan. Beschikbaar via: http://www.depri-en-dan.nl/oorzaken. Geraadpleegd op 23/09/2018

Bijlage 8: Gedragsverandering

Achtergrondinformatie

Informatie voor de arts

Wanneer de patiënt opnieuw overzicht heeft en als er een consensus is over de probleemdefinitie (K=OxP) kunnen meer concrete doelen geformuleerd worden. Verschillende onderzoeken tonen aan dat op dit moment reeds 30% van het effect van de behandeling bereikt is.

Bij het stellen van doelen is het belangrijk oog te hebben voor hoofd- en nevendoelen.
De hoofddoelen dienen vooral om het persoonlijk functioneren (P) aan te pakken en werken dus op lange termijn. Indien dit niet gebeurt, komt men later opnieuw in de problemen wanneer zich nieuwe stresserende omstandigheden voordoen.
Terwijl wordt ook ingezet op nevendoelen die op korte termijn effect hebben, zodat de patiënt snel enige verlichting kan voelen en het minder zwaar wordt om het hoofddoel doelmatig aan te pakken. Hierbij wordt ingezet op meer controle over de klachten (K) en een betere beheersing van de omstandigheden (O). Het betreft dus een meersporenbeleid.

K: Oefeningen die kunnen bijdragen tot een reductie van de klachten kunnen bvb. ademhalings- en ontspanningsoefeningen, yoga, mindfulness of sporten zijn (zie bijlage 7).

O: Om de omstandigheden draaglijker te maken wordt gebruik gemaakt van doelen die helpen beter om te gaan met deze uitdagende omstandigheden. De grens met de ‘P’ is hier uiteraard nauw. Voorbeelden van deze ‘O-doelen’ kunnen zijn: hulp inroepen (bvb juridisch of sociaal), prioriteiten leren stellen, leren plannen,... Een aantal van deze hulpmiddelen worden hieronder verder voorgesteld.

P: Het sterkste accent ligt op de verandering van de niet-adequate manier van omgaan met stressvolle omstandigheden. Het gaat om grotendeels stabiele, onbewuste patronen van reageren waarbij het doel is deze stereotype reactiepatronen adequater te maken.
Door het invullen van de balans (zie bijlage 5) is de patiënt zich bewust van de gewoonten waarbij hij te ver doorschiet en kan er nu aan de slag gegaan worden door zichzelf en anderen te observeren, door bewust een andere positie op de balans te gaan uitproberen,... (zie bijlage 9 en 10).

Het is belangrijk om bij de gestelde doelen telkens terug te keren naar het ingevulde KOP-schema en het hoofddoel om zo het overzicht te bewaren.

Voor medicatie is in principe geen plaats in de behandeling van overspanning/burnout. Medicatie is hooguit tijdelijk (twee weken) in te zetten bij behoefte om ernstig hinderende symptomen zoals slaapproblemen en functionele lichamelijke klachten te verminderen.

Hulpmiddelen

G-schema

zie bijlage 10

Assertiviteit

Nee zeggen is niet altijd eenvoudig. Mensen die hier moeite mee hebben kunnen het gevoel hebben dat hun hele persoon wordt afgekeurd als we in één situatie 'nee' zeggen.
Dit blijkt gelukkig helemaal niet te kloppen. Assertieve mensen die (op een goede manier) 'nee' kunnen zeggen, blijken juist meer respect te krijgen van hun omgeving. Uit onderzoek blijkt zelfs dat deze mensen minder vaak last hebben van angsten, beter presteren op het werk en beter zijn in het onderhouden van relaties.
Grenzen stellen wil zeggen dat je trouw bent aan jezelf en laat dit net een basisvoorwaarde zijn om je goed te voelen in je leven.
Om grenzen te kunnen stellen moet je ze natuurlijk weten liggen. Hiervoor is het belangrijk je eigen kwaliteiten te erkennen en te leren benoemen. Pas dan kun je ervoor opkomen.

'Nee' zeggen is dus niet erg (integendeel), de manier waarop is uiteraard wél belangrijk:

- Neem de tijd om na te denken, zodat je je antwoord duidelijk kan formuleren.
    - Concreet kan je proberen jezelf op te leggen in een bepaalde situatie niet direct ja te zeggen, zodat je tijd hebt na te denken of je het gevraagde wel kan, moet en/of wil doen.
- Kies de juiste tijd en plaats (wacht natuurlijk te lang om te reageren, maar val iemand niet lastig op een heel druk moment).
- Formuleer altijd vanuit de ik-vorm.
- Zeg het direct en houd het algemeen, je bent niet verplicht je te verantwoorden of verontschuldigen. Draai dus niet rond de pot of kom niet met een hele uitleg.
- Biedt indien mogelijk wel een (duidelijk) alternatief.
- Begin klein, oefen je assertieve reacties bij iemand die niet zoveel voor je betekent en waar niet veel van afhangt. (Bvb. bij de bakker of slager, op restaurant,...)



Cirkel van invloed en betrokkenheid

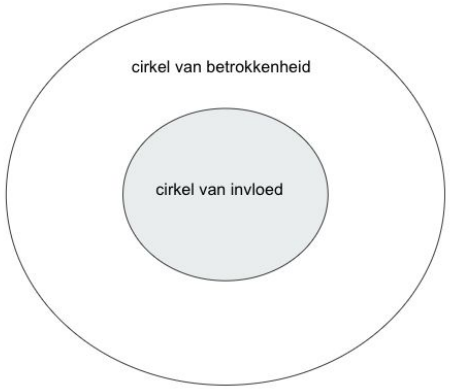
Printversie: klik hier.

Een andere manier om naar de dingen die we tegenkomen in ons leven te kijken is door ze te positioneren in de cirkels van invloed en betrokkenheid.

Binnen de cirkel van invloed liggen alle zaken in je leven waarop je invloed kunt uitoefenen. Bijvoorbeeld: hoe laat je opstaat, hoe gezond je eet, hoeveel je sport,...
Daarnaast is er ook veel waar je geen of een beperkte invloed op hebt, maar die wel een invloed op jou kunnen hebben, dit noemen we de cirkel van betrokkenheid. Denk maar aan het weer, de economische crisis, het verkeer, je gezondheid...
Deze tweedelig is een normaal gegeven in het leven. Het wordt echter een probleem wanneer je de twee cirkels door elkaar begint te halen en probeert de dingen buiten de cirkel van invloed te veranderen. Hoe meer je focust op wat je niet kan veranderen, hoe meer energie er verloren gaat en hoe kleiner de cirkel van invloed wordt.
Wanneer het je daarentegen lukt om te accepteren wat buiten de cirkel van invloed ligt en tegelijk je kansen binnen de cirkel optimaal benut, krijg je voor een stuk de controle over je leven terug, krijg je meer energie en vergroot de cirkel van invloed.

Oefening:
Kijk naar je stressoren/energievreters. Waar bevinden ze zich in de cirkel?

→ Op welk deel heb je een directe invloed?
→ Op welk deel heb je een indirecte invloed? Waar kun je dus kleine stapjes zetten richting het probleem (die zelf buiten de cirkel van invloed ligt)?
→ Wat kun je niet veranderen?



Meer info: https://www.behandelhulp.com/cirkel-van-invloed

Piekeren

Printversie ‘anti-piekertips’: klik hier.

‘Stop ‘t getob’, anti-piekeroefeningen, modules dag per dag. Ontwikkeld door de faculteit Klinische Psychologie Vrije Universiteit Amsterdam: klik hier.

Om problemen te kunnen oplossen of voorkomen is het essentieel dat we nadenken. Nadenken leidt tot oplossingen en tot actie en zorg uiteindelijk voor opluchting.
Piekeren daarentegen is het onafgebroken, oncontroleerbaar herhalen van dezelfde gedachten. Dit leidt tot niets en voelt je machteloos en moe.

Prioriteiten stellen

printversie: klik hier.

Wanneer je het gevoel hebt dat er teveel taken op je wachten dan je tijd hebt om ze te doen, kan het helpen je to-do-lijst in te delen in de prioriteitenmatrix (de Eisenhouwer-methode).

Stel jezelf bij alle taken 2 vragen:

- **Is dit belangrijk voor mij?** Dit zijn zaken die veel impact hebben of veel waarde hebben voor jou, dingen die alleen jij kan doen of die niet gebeuren als jij ze niet doet.
- **Is deze taak dringend?** Dit zijn de zaken die binnen afzienbare tijd moeten gebeuren.

	DRINGEND	NIET-DRINGEND
BELANGRIJK	zelf doen	inplannen
NIET-BELANGRIJK	delegeren	loslaten

Bronnen

Oden E. Nu is het genoeg! Waarom grenzen stellen noodzakelijk is. Psychologie magazine 2005. Beschikbaar via: https://docs.wixstatic.com/ugd/1d05f0_213cdf3205f74d2698e5fe99bbc9edf5.pdf. Geraadpleegd op 27/09/18.

Bar E. De cirkel van invloed. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via: https://www.behandelhulp.com/cirkel-van-invloed . Geraadpleegd op 27/09/18.

Anke Thoen. Hoe blijf ik bevlogen? Tips & Tricks. The Human Link. Domus Medica. 2017. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/studiedagen/inwooncursus/iwc-congres-2017/1350-veerkracht/file.html Geraadpleegd op 27/09/18.

Bar E. Piekeren. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via:https://www.behandelhulp.com/piekeren. Geraadpleegd op 27/09/18.

VU FPP Klinische Psychologie. Stop ‘t getob 2007. Beschikbaar via: https://mneme.psy.vu.nl/stophetgetob/. Geraadpleegd op 27/09/18.

Bar E. Prioriteiten stellen. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via: https://docs.wixstatic.com/ugd/1d05f0_b00b18c6c5094e15b626d944a9c9698a.pdf

Bijlage 9: G-schema

printversie: klik hier.

Achtergrondinformatie

Informatie voor de arts

Door middel van cognitieve gedragstherapie sta je stil bij gedachten, gevoelens en gedrag. Vaak kunnen patiënten hun (basis)gevoel bij een situatie benoemen, maar zijn ze niet in staat de gedachte die tot dit gevoel leidt te concretiseren. Veel patiënten halen gedachten en gevoelens door elkaar. *Je kunt je bijvoorbeeld niet 'onmachtig' voelen, je kunt je wel boos of verdrietig voelen dankzij de gedachte 'ik ben onmachtig'*.
Door zich bewust te worden van deze gedachten, kun je de patiënt leren hoe hij hier invloed kan op uitoefenen. Benadruk dat het de gedachten zijn die een bepaald gevoel opwekken en niet de gebeurtenissen.

Aan de hand van het G-schema kun je denkfouten bij de patiënt opsporen en bespreekbaar maken. Een denkfout is een uiting van iemands valkuil (zie kernkwaliteitenkwadrant). Iedereen maakt denkfouten, maar ze zorgen pas voor problemen of klachten als ze te ver zijn doorgetrokken. Omdat denken grotendeels automatisch verloopt, zijn we ons meestal niet bewust van onze denkfouten.

<u>Veel voorkomende denkfouten:</u>

- foutief anticiperen: voor de situatie er is, er al negatieve gedachten over hebben
- foutief interpreteren: informatie van een bepaalde gebeurtenis (intern of extern) wordt altijd verwerkt en krijgt een bepaalde betekenis (realistisch of gestoord)
- foutief evalueren: voor jezelf een betekenis geven aan wat gebeurd is
- foutief attribueren: oorzakelijke verklaringen construeren
    - 4 categorieën:
        - interne attributie = oorzaak bij jezelf
        - externe attributie = oorzaak buiten jezelf
        - stabiele attributie = 'dat is altijd zo'
        - veranderlijke attributie = 'het kan veranderen'
    - voorbeeld van foutieve attributies:
        - interne, stabiele attributies bij falen en externe, veranderlijke attributies bij succes
    - voorbeeld van goede attributies:
        - succes intern als stabiel ervaren
        - falen intern als veranderlijk ervaren
- verabsoluteren: zaken veel te absoluut voorstellen (alles, niets, altijd, iedereen, niemand…)
- rampdenken: denken in catastrofale termen
- zwart-wit denken: slechts één kant van de zaak zien als gehele waarheid, vasthouden aan één extreem

- niet willen/kunnen omgaan met ambivalentie: alles in het leven is dubbel en heeft een keerzijde, niet te veel focussen op één zijde.

Vul een G-schema de eerste keer altijd samen in met de patiënt. Nadien kan je het schema meegeven met de opdracht dit in te vullen wanneer hij merkt dat zijn stemming verandert.

Informatie voor de patiënt

Wanneer iets gebeurt, roept dit automatische gedachten en gevoelens op. Deze gevoelens brengen we vaak onder in vier basisemoties: blij, bang, boos en bedroefd. Door onprettige situaties te bestuderen, krijg je inzicht in jezelf en kun je ruimte voor verandering vinden.

Je beschrijft een aantal situaties waarbij je je niet goed voelde, situaties waarin je vastliep of waarbij je anders had willen reageren aan de hand van onderstaande tabel.
Daarna beantwoord je de 'uitdaag vragen', deze helpen om je gedachten te onderzoeken en jouw negatieve gedachten om te zetten in meer realistische gedachten. De nieuwe gedachten brengen minder negatieve emoties met zich mee.

Voorbeeld:

	situatie
Beschrijf de GEBEURTENIS zo objectief mogelijk	*Ik loop op straat, kom mijn buurman tegen en zeg 'hallo'. Hij groet mij niet terug.*
Beschrijf je GEVOEL m.b.v de basisemoties (bang, boos, blij, bedroefd)	*Ik ben bedroefd.*
Beschrijf de GEDACHTEN die je had tijdens deze gebeurtenis	*De buurman vindt mij vast niet meer aardig. Zou ik iets verkeerd gezegd hebben de vorige keer?*
Beschrijf je GEDRAG. Wat deed je?	*Ik begin te huilen van zodra ik thuis ben. De rest van de dag lig ik in de zetel. Ik heb geen zin meer nog iets te ondernemen.*
Beschrijf de GEVOLGEN van je gedrag	*Ik ben onzeker en zie er tegenop de buurman nog eens tegen te komen. De volgende keer groet ik hem niet meer.*

Uitdaagvragen:

- schrijf de belangrijkste gedachte op en beschrijf hoe waar je deze vindt (in %)
- welke bewijzen voor en tegen deze gedachten heb je?
- wat zou iemand anders hierover kunnen denken?
- is dit altijd zo of is het ook wel eens anders geweest?
- wat zou je tegen een ander zeggen die dit denkt?
- maak ik een denkfout?

Bronnen

van Craen W. Lessen in levenskunst. De praktijk van het positief denken. Uitgeverij Acco; 1999. p. 304

Declercq T., Thoen A., Muylaert M., Creupelandt H., Callens J, Schiffer N. TOL ICHO Burnout en Surmenage. 2017

Rijnders et al. Van probleem naar oplossing. In vijf stappen naar psychisch evenwicht. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2013. p. 36.

Bijlage 10: Gedragsexperiment

Achtergrondinformatie

Informatie arts

Met een gedragsexperiment ga je (nieuw) gedrag of gedachten in de praktijk testen. Door deze in de praktijk te oefenen, zullen ze nog geloofwaardiger worden.

Informatie patiënt

Klachten ontstaan als iemands manier van omgaan met problemen blijvend uit balans is. Door het ‘in balans brengen’ van gewoontepatronen, kunnen klachten of problemen verbeteren. Eenmaal je je bewust bent van je uit balans geraakte gewoontes, is het belangrijk dat deze een vaste plaats krijgen in je reactie-repertoire. Daarvoor is het belangrijk regelmatig te oefenen, want het invoeren van een nieuwe gewoonte, kan alleen door veel training. Een goede manier om dit te oefenen is door nu en dan een klein experiment te doen, waarbij je heel bewust je nieuwe reactiepatroon ten uitvoer brengt.

Gedragsexperiment
Bedenk welk nieuw gedrag je graag zou aanleren en formuleer dit in kleine, dagelijkse zaken. Laat je hierbij leiden door je valkuilen. Probeer dagelijks een klein experiment te doen met dit gedrag. Het hoeft zeker niet spectaculair te zijn!

Vind je het moeilijk dit onmiddellijk in het dagelijkse leven te doen, oefen dan eerst in een rollenspel.

Een voorbeeld: elke dag iemand om een gunst vragen om zo de gewoonte om af te wachten en mensen niet lastig te vallen beter in balans te brengen.

Gedachte-experiment
printversie: klik hier.

Kies de negatieve gedachte waar je het meest last van hebt. Formuleer daarna een nieuwe gedachte. Om uit te zoeken welke van de twee gedachten nu het meest klopt, gaan we een experiment bedenken en uitvoeren.

Voor beide gedachten ga je tevoren bedenken hoe de bewijzen voor die gedachte er uitzien. Er wordt dus vooraf afgesproken of het een bewijs is voor de negatieve gedachte of voor de nieuwe gedachte. Zo kun je achteraf goed afwegen welke bewijzen je hebt gezien. Als de afspraken duidelijk zijn, ga je het experiment uitvoeren. Dit kun je doen nadat je het schema hebt ingevuld.

Na het experiment, ga je deze evalueren aan de hand van een aantal vragen. Door concreet te beschrijven hoe het experiment verliep, kun je conclusies trekken met betrekking tot de geloofwaardigheid van de respectievelijke negatieve en nieuwe gedachte. Meestal zijn meerdere experimenten nodig om een gedachte definitief te veranderen. Door vaker van dit soort experimenten te doen, doe je veel nieuwe ervaringen op waardoor de geloofwaardigheid van jouw negatieve gedachte steeds verder zal afnemen.

Voorbeeld

VOOR UITVOEREN EXPERIMENT	
negatieve gedachte	*de mensen in de sportclub vinden mij niet interessant. Als ik iets vertel, ergeren ze zich aan mij*
nieuwe gedachte	*de mensen in de sportclub vinden mij interessant. Als ik iets vertel, vinden ze dat leuk.*
experiment	*Bij de eerstvolgende training zal ik iets vertellen over mijn weekend. Ik deed een mooie wandeling en ontdekte een nieuw wandelpad hier in de buurt.*
bewijzen voor de negatieve gedachte	*de mensen in de sportclub reageren nauwelijks op mijn verhaal en praten door mij heen. Ze kijken mij niet aan en gaan verder met sporten alsof ik er niet ben. Sommigen lachen met mij.*
bewijzen voor de nieuwe gedachte	*de mensen in sportclub luisteren naar wat ik vertel. Ze zijn enthousiast en vragen waar het wandelpad precies te vinden is. Daarna gaat de training verder zoals we gewoon zijn.*
NA UITVOEREN EXPERIMENT	
beschrijf hoe het experiment is verlopen	*Ik was op voorhand erg zenuwachtig. Bij het beginnen van de training stonden we met enkelen in een groepje te praten, toen iemand vroeg of er nog iemand iets had meegemaakt in het weekend. Ik moest mezelf wat forceren, maar heb dan toch verteld over de wandeling. De andere sporters keken op toen ik het woord nam, maar zagen er vervolgens wel geïnteresseerd uit. Uiteindelijk vroeg iemand om te beschrijven waar het pad juist lag. Op het einde bevestigden enkelen dat*

	ze het wandelpad eens gingen zoeken.
zijn dit bewijzen voor de negatieve of voor de nieuwe gedachte?	*het was een bewijs voor de nieuwe gedachte. Ik werd niet uitgelachen en er werd naar mij geluisterd*
welke conclusie kun je trekken m.b.t. de geloofwaardigheid van de gedachten?	*de nieuwe gedachte is geloofwaardiger dan de oude*
Wat heb je geleerd? Wat heb je nog meer nodig?	*dat ik wel in staat ben iets te vertellen waar anderen naar luisteren. Ik wil dit in de toekomst nog wel eens proberen.*

Bronnen

Rijnders et al. Van probleem naar oplossing. In vijf stappen naar psychisch evenwicht. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2013. p. 36.

Bijlage 11: Werkhervatting

Achtergrondinformatie

Informatie voor de arts

Surmenage en stress vindt vaak een oorzaak op het werk. Patiënten die na een arbeidsongeschiktheid terug aan het werk gaan, maken kans op herval indien de situatie op het werk onveranderd gebleven is. De werkhervatting goed voorbereiden is belangrijk om de kans op herval te beperken.

De chronisch belastende factoren die op het werk potentieel klachten en problemen kunnen geven, kunnen worden ingedeeld in vier categorieën. In de literatuur worden dit de 4 A's genoemd:

- Arbeidsomstandigheden (fysieke omgeving): lawaai, trillingen, klimaat, fysieke belasting...
- Arbeidsinhoud (taakomgeving):, over- of onderbelasting, hoge taakeisen, hoge werkdruk, geringe autonomie, gebrek aan feedback...
- Arbeidsverhoudingen (sociale omgeving): stijl van leidinggeven, gebrek aan hulp en steun van collega's, geringe mate van medezeggingsschap, discriminatie, ongewenste intimiteiten...
- Arbeidsvoorwaarden (organisatie van omgevingen): werk- en rusttijdenregeling, geringe loopbaanmogelijkheden, werken in ploegdienst, ontslagdreiging, slechte verloning...

Het is belangrijk de factoren die zorgen voor werkstress te identificeren en na te gaan hoe deze aangepakt kunnen worden. Hierbij moet onderscheid gemaakt worden tussen factoren waar de patiënt invloed op heeft (problemen) en waar de patiënt geen invloed op heeft (beperkingen).

Om de herintegratie haalbaar te houden, wordt gewerkt met een werkhervattingsplan. Dit gebeurt in overleg met de arbeidsgeneesheer en de leidinggevende. Aan de hand van een klachtenthermometer wordt geregistreerd hoe de patiënt reageert op de (stapsgewijze) werkhervatting. Indien nodig kan het werkhervattingsplan aan de hand hiervan bijgestuurd worden.

In sommige gevallen is een (moeilijk) gesprek met de leidinggevende noodzakelijk om de werkhervatting voor te bereiden. Het is belangrijk dit gesprek goed voor te bereiden en eventueel te oefenen in een rollenspel.

Hulpmiddelen

Oorzaken werkstress bepalen

printversie: klik hier.

Om de factoren die zorgen voor werkstress te identificeren, kan je gebruik maken van de vragenlijst 'belastende omstandigheden op het werk' van Domus Medica.

Werkhervattingsplan

Maak zelf een werkhervattingsplan, zodat dit afgestemd is op je eigen specifieke situatie. Dankzij een goed schema, kun je de werkhervatting haalbaar maken. Bespreek dit schema op voorhand met je leidinggevende. Begin met concrete, afgebakende taken zonder te veel tijdsdruk.

Het is nuttig je werkhervattingsplan ook met je naaste collega's te bespreken. Zo vergroot je het draagvlak en wordt je reïntegratie meer een gemeenschappelijk gebeuren.

Je hebt minder kans op herval als je bij je reïntegratie meer doet dan enkel uren en taken gradueel uitbreiden. Het is belangrijk ook zaken anders aan te pakken. Vaak gaat dit over omgaan met grenzen, leren meer assertief zijn of juist soepeler leren omgaan met collega's. Je kunt dit op voorhand oefenen aan de hand van gedragsexperimenten.

Tips om een werkhervattingsplan op te stellen:

- Maak een lijst van alle taken die je hebt
- Geef bij elke taak aan hoe zwaar je de taak vindt (0= zeer leuk, plezierig - 10= zeer belastend, zwaar)
- Beoordeel bij elke taak de tijdsdruk (0= geen tijdsdruk, 10= zeer hoge tijdsdruk)
- Geef aan in hoeverre je afhankelijk bent van anderen bij het uitvoeren van de taak of in hoeverre anderen afhankelijk zijn van jou. (0= geen afhankelijkheid, 10= zeer hoge afhankelijkheid
- Taken met lage cijfers zijn het meest geschikt om mee te starten bij je werkhervatting. Taken met hoge cijfers kun je later gradueel opbouwen.
- Hou rekening met je privéleven in het opstellen van het plan. Het is niet de bedoeling dat je de weekends en avonden nodig hebt om te recuperen.

Spanningsthermometer

Printversie met uitleg: klik hier.
Printversie blanco: klik hier.

Om in te schatten of het werkhervattingsplan goed opgesteld is voor jou, kun je werken met een spanningsthermometer. Hou dagelijks een score bij die de klachten die je ervaart uitzet op een schaal van nul tot tien. Bepaal op voorhand welke score aanvaardbaar is. Indien je meer dan een week boven deze score komt, is het noodzakelijk het werkhervattingsplan aan te passen en het rustiger aan te doen.

Tips voor moeilijke gesprekken

printversie: klik hier

Het is belangrijk goed voorbereid te zijn als je met je leidinggevende je werkhervattingsplan bespreekt. Oefen het gesprek op voorhand in een rollenspel.

Bronnen

Myriam Lieskamp. Druk werk, werkdruk of werkstress. Beschikbaar via: http://www.myriamlieskamp.nl/wp-content/uploads/2011/05/Druk-werk.pdf Geraadpleegd op 24/09/2018

Schaufli W.B. Werkstress: een veelkoppig monster. in: Schaufeli W.B., Hell J.G.F., Scheurs P.J.G. Meten van werkstress. Houten/Diegem, Bohn Stafleu van Loghum; 2000.

Vets C, De Witte H, Notelaers G. Werkkenmerken en het welzijn van Belgische werknemers gedurende het laatste decennium, opdracht van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. 2009.

Vendrig A.A. Werkhervatting bij psychische klachten. 2016. Beschikbaar via https://www.dokterdokter.nl/aandoening/werkhervatting-bij-psychische-klachten/item2039. Geraadpleegd op 26/09/2018.

Bar E. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via: https://www.behandelhulp.com. Geraadpleegd op 25/09/2018

8.2 Bijlage 2: geinformeerde toestemming interview en focusgroep-gesprek

Informatie voor de deelnemer

Betreft: Ontwikkelen, implementeren en evalueren van een, op het KOP-schema gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out) in drie huisartspraktijken."

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om deel te nemen aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek voor onze masterthesis in het kader van onze ManaMa opleiding huisartsgeneeskunde. U beslist zelf of u wilt meedoen. Voordat u de beslissing neemt, is het belangrijk om meer te weten over het onderzoek. Lees deze informatiebrief rustig door. Hebt u na het lezen van de informatie nog vragen? Dan kunt u terecht bij de onderzoekers. Op bladzijde 3 vindt u onze contactgegevens.

Beschrijving en doel van het project

Daar waar in de huisartspraktijk de aanpak en doorverwijzing van puur medische problemen vaak goed onderbouwd is met richtlijnen, geldt dit minder voor de aanpak van psychosociale problemen. zoals overspanning en burnout. Huisartsen lijken er wel in te slagen een goede probleemexploratie uit te voeren, maar dikwijls beschikken ze over onvoldoende kennis of tools om op een gestructureerde manier om te gaan met psychologische problemen. Gezien de problematiek vaak voorkomt, is er nood aan een gestructureerd protocol.

Uit de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn bij overspanning en burnout blijkt dat wanneer alle eerstelijns hulpverleners vanuit één richtlijn en met gemeenschappelijke uitgangspunten en definities gaan werken, patiënten erop kunnen vertrouwen de juiste begeleiding te krijgen, ongeacht de betrokken eerstelijns hulpverlener. Onzekerheid wordt weggenomen en shopping gedrag wordt voorkomen.

In de opleiding eerstelijnspsychologie die sinds twee jaar in België georganiseerd wordt, wordt gewerkt op basis van het KOP-model, een vorm van laagintensieve interventie. In Nederland wordt dit generalistisch model al langer gebruikt voor de aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn.

Volgens het KOP-model worden klachten (K) gezien als het gevolg van de combinatie van stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden (O-), ondersteunende factoren (O+) en de niet zo adaptieve manier waarmee daarop wordt gereageerd. Deze manier van reageren wordt in het model beschreven als ‘het persoonlijk functioneren’ (P) of de copingstijl.

Met deze studie gaan we na of we aan de hand van het KOP-model een consultmodel voor de huisarts kunnen ontwikkelen voor de aanpak van psychosociale problemen in de huisartspraktijk. Door met hetzelfde model te werken als de eerstelijnspsychologen (ELP), kan dit mogelijks leiden tot een betere afstemming binnen de eerste lijn en kan er al een eventuele aanzet gegeven worden tot verdere begeleiding door een ELP.

Deze studie werd goedgekeurd door het ethische comité van KUL, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Jo Goedhuys.

Aard en opzet van de studie

Aan de hand van een literatuurstudie wordt een eerste consultmodel voor de aanpak van psychosociale klachten, zoals surmenage en burn-out, ontwikkeld, gebaseerd op het KOP-model van Rijnders et al. Hierbij betrekken we ook andere bestaande richtlijnen en onderzoeken.

Tijdens een focusgroepgesprek wordt dit consultmodel getoetst. Tijdens het focusgroepgesprek komen volgende zaken aan bod: mogelijke drempels voor het implementeren van het model in de drie geselecteerde praktijken, praktische haalbaarheid van het model en toepasbaarheid van het model in de huisartspraktijk.

Het focusgroepgesprek wordt opgenomen en achteraf op een kwalitatieve manier geanalyseerd. Aan de hand van de resultaten van het focusgroepgesprek wordt een tweede versie van het consultmodel opgesteld.

De tweede versie van het consultmodel wordt gepresenteerd aan de artsen van de drie deelnemende huisartspraktijken. Deze artsen zullen gevraagd worden het consultmodel bij minstens vijf patiënten toe te passen in de daaropvolgende maanden. Aangezien het consultmodel gezien wordt als een optimalisatie van 'care as usual', heeft dit geen implicaties voor de kwaliteit van de zorg die deze patiënten ontvangen.

Na elk patiëntencontact waarin de artsen het consultmodel toepassen, wordt hen gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst peilt vooral naar de subjectieve beleving van de arts tijdens het consult, de toepasbaarheid en de praktische haalbaarheid van het model. Na afloop van deze testperiode, worden alle artsen een laatste keer bevraagd aan de hand van een kort semi-gestructureerd interview. De resultaten van de vragenlijsten en de interviews worden geanalyseerd om zo een antwoord te vinden op de vraag of dit consultmodel, gebaseerd op het KOP-model, een meerwaarde kan betekenen voor de aanpak van psychosociale problemen in de geïncludeerde huisartspraktijken.

Toestemming en weigering

Deelname aan deze studie is geheel vrijwillig. U kunt op elk moment stoppen met het meewerken aan het onderzoek, zonder opgave van reden. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voor- en nadelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot het formuleren van een, op het KOP-schema gebaseerd, psychosociaal consultmodel voor de aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk.

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Uw deelname aan deze studie betekent dat u ermee instemt dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en deze gebruiken voor onderzoeksdoeleinden. Uw persoonlijke gegevens zullen tijdens deze studie vertrouwelijk behandeld, in overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.

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

Contact

Bij vragen over dit onderzoek, kunt u contact opnemen met

Luca Lenoir - luca.lenoir@ugent.be

Janne Morlion - janne.morlion@ugent.be

Jo Goedhuys - jogoedhuys@kuleuven.be (promotor)

Tom Declercq - TomRW.Declercq@ugent.be (co-promotor)

Met vriendelijke groeten

Luca Lenoir, Huisarts in opleiding (HAIO)

Janne Morlion, Huisarts in opleiding (HAIO)

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van KU Leuven werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De zorgverlener kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens worden verwerkt zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere onderlinge relatie met andere zorgverleners.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam onderzoeker:	Naam zorgverlener:
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

8.3 Bijlage 3: goedkeuring ethisch comité en goedgekeurd protocol

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP005398
Uw kenmerk: Masterproef studie: Ontwikkelen van een, op het KOP schema gebaseerde, aanpak van psychosociale problemen (met bijhorend EMD sjabloon) in 3 huisartspraktijken
Leuven, 19-03-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Janne Morlion, Luca Lenoir

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het Ethisch Comité voor Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven (EC) het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 19-03-2018

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy.

De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. Ze verleent dan ook een gunstig advies over deze studie.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient u er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het Ethisch Comité moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 14-03-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en).

Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

Met vriendelijke groet,

Prof. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek KU Leuven

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

MASTERPAPER

PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Ontwikkelen, implementeren en evalueren van een, op het KOP schema gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out) in drie huisartspraktijken.
Version 1: Date submission	Date:12/03/2018
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Jo Goedhuys
	Telephone: +32 16 37 72 98 +32 474 388 318
	E-mail: jo.goedhuys@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES**	
Co-Investigator – Co-Promoter	Name: Tom Declercq
	Telephone:
	E-mail: TomRW.Declercq@ugent.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES**	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Luca Lenoir
	Student number: 01004218 (UGent) 0727863 (KULeuven)
	Telephone: 0472873325
	E-mail: luca.lenoir@ugent.be
	Name: Janne Morlion
	Student number: 01007577 (Ugent) 0727506 (KULeuven)

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

	Telephone: 0496178199
	E-mail: janne.morlion@ugent.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Evolutie geestelijke gezondheidszorg

Psychische problemen komen veel voor bij de algemene bevolking. Omwille van moeilijke begripsomschrijvingen en diagnosestellingen zijn prevalentiecijfers moeilijk in kaart te brengen, maar één Belg op vier zou getroffen worden door mentale gezondheidsproblemen. (1)

Wanneer mensen psychosociale problemen ervaren, zijn huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt. (2) De rol van de huisarts als poortwachter en regievoerder in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt steeds prominenter. Met de reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen, die sinds de eerstelijnsconferentie in februari 2017 uit de startblokken is geschoten, en de toepassing van artikel 107 (vermaatschappelijking van de GGZ), wordt een betere interdisciplinaire samenwerking nagestreefd. Hierbij komt de persoon met een zorgnood meer centraal te staan en wordt het zorgaanbod geïntegreerd aangeboden. Hierbij zal onder andere de huisarts een belangrijke rol spelen.

Bij deze vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt onder meer ingezet op vroegdetectie en vroeginterventie. Men wil dus dat geestelijke gezondheidsproblemen in een zo vroeg mogelijk stadium ontdekt worden. Dit betekent dat er meer GGZ op de eerste lijn aanwezig dient te zijn. (1) De huisarts en de eerstelijnspsycholoog (ELP) vormen samen met andere eerstelijnswerkers de eerste schakel in de GGZ zorgketen. Zij maken een initiële inschatting van de ernst en de aard van de problematiek en bieden psycho-educatie en kortdurende behandeling aan. Wanneer deze interventies niet volstaan, zorgt de ELP voor een gerichte verwijzing en geeft zo mee vorm aan getrapte zorg. (3)

In de opleiding eerstelijnspsychologie die sinds twee jaar in België georganiseerd wordt, wordt gewerkt op basis van het KOP-model, een vorm van laagintensieve interventie. In Nederland wordt dit generalistisch model al langer gebruikt voor de aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn.

Het KOP-model

Volgens het KOP-model worden klachten (K) gezien als het gevolg van de combinatie van stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden (O-), ondersteunende factoren (O+) en de niet zo adaptieve manier waarmee daarop wordt gereageerd. Deze manier van reageren wordt in het model beschreven als 'het persoonlijk functioneren' (P) of de copingstijl. (4)

Het KOP-model werd in 1999 ontworpen door Rijnders en zijn collega's. Het wordt momenteel vooral in Nederland gebruikt door onder andere eerstelijnspsychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers,.... Het is bedoeld om de duur van de behandeling te verkorten, maar vooral om de participatie van de patiënt in het behandelproces te vergroten. In tegenstelling tot wat gangbaar is in de tweede lijn van de GGZ, wordt er in het KOP-model in principe van uitgegaan dat met enige uitleg, steun en coaching, patiënten goed in staat zijn hun problemen zelf aan te pakken en op te lossen. (5)

Relevantie

Psychische problematiek blijkt vaak een eerste aanzet voor maatschappelijk disfunctioneren. Het leidt onder andere tot arbeidsverzuim. Uit de literatuur blijkt dat na één jaar twintig procent of meer van de mensen die overspannen of burn-out zijn, nog steeds verzuimen.
Overspanning en burn-out leidt niet enkel tot werkverzuim. Ook andere rollen kunnen minder worden opgenomen. Zo kunnen mantelzorgers bijvoorbeeld minder zorg op zich nemen of stoppen studenten hun opleiding waardoor ze later niet dezelfde kansen krijgen. Bovendien vergroot het de kans op andere psychische klachten zoals depressie.

Economisch gezien is de last niet alleen hoog door verminderde participatie, maar ook door de hoge zorgkosten. (6)

Het is wetenschappelijk en economisch verantwoord om als eerste stap in de behandeling met laagintensieve of kortdurende interventies te starten. Het KOP-model is één van dergelijke toepassingsvormen. (5)

Daar waar in de huisartspraktijk de aanpak en doorverwijzing van puur medische problemen vaak goed onderbouwd is met richtlijnen, geldt dit minder voor de aanpak van psychosociale problemen. zoals overspanning en burn-out. Huisartsen lijken er wel in te slagen een goede probleemexploratie uit te voeren, maar dikwijls beschikken ze over onvoldoende kennis of tools om op een gestructureerde manier om te gaan met psychologische problemen. (4) Gezien de problematiek vaak voorkomt, is er nood aan een gestructureerd protocol. (7)

Mogelijke drempels die huisartsen kunnen ervaren om te investeren in psychologische consulten zijn onder andere: het tijdrovende karakter, gebrek aan interesse, onvoldoende opleiding/gebrek aan kennis van interventietechnieken, onvoldoende vergoeding, moeilijke doorverwijzing en het ontstaan van aanklampende zorg. (8)

In een onderzoeksrapport van Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in verband met de invoering van de eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen kwamen een aantal cruciale taken voor de huisarts naar voor: 1) psychische problemen herkennen, 2) bepalen of een patiënt baat heeft bij een kortdurende behandeling of beter rechtstreeks in de tweede lijn wordt aangemeld, 3) patiënten informeren over de ELP en motiveren om de stap te zetten, 4) patiënten met lichte psychische problemen zelf verder helpen en 5) patiënten met een langdurige problematiek op lange termijn opvolgen. (3)

In Nederland werkt men al sinds de jaren tachtig met eerstelijnspsychologen, en stelt men vast dat een goede samenwerking met de huisarts belangrijk is. De psycholoog begint niet opnieuw nadat de huisarts heeft verwezen, maar bouwt voort op diens interventies. (9)

Uit de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn bij overspanning en burn-out blijkt dat wanneer alle eerstelijns hulpverleners vanuit één richtlijn en met gemeenschappelijke uitgangspunten en definities gaan werken, patiënten erop kunnen vertrouwen de juiste begeleiding te krijgen, ongeacht de betrokken eerstelijns hulpverlener. Onzekerheid wordt weggenomen en shopping gedrag wordt voorkomen. Voor patiënten met overspanning (en burn-out) kan gebrekkige afstemming in tijd en op inhoud tussen diverse eerstelijns hulpverleners een extra spanningsbron op zich worden. Dit kan het herstel van klachten en het oppakken van de sociale rollen, waaronder werkhervatting, opmerkelijk vertragen en de kans op een recidief verhogen. (6)

Het KOP-model werd ons uitgelegd tijdens de opleiding geneeskunde. In het tijdschrift ‘Huisarts Nu’ verschenen ook twee artikels waarin voor de aanpak van surmenage en burn-out een handvat voor huisartsen werd aangereikt op basis van het KOP-model. (7)
Daarom lijkt het ons een interessant en relevant onderzoeksopzet om na te gaan of we aan de hand van het KOP-model een consultmodel voor de huisarts kunnen ontwikkelen om op die manier meer structuur in deze psychologische consulten te brengen.
Door met hetzelfde model te werken als de eerstelijnspsychologen, kan dit mogelijks leiden tot een betere afstemming binnen de eerste lijn en kan er al een aanzet gegeven worden tot verdere begeleiding door een ELP.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

3. STUDY OBJECTIVES

- Is het psychologisch consultmodel (KOP model) dat momenteel gebruikt wordt in de eerstelijnspsychologie bruikbaar voor de huisarts?
- Kan er een consultmodel voor psychosociale problemen in de huisartspraktijk ontwikkeld worden, gebaseerd op het KOP schema?
- Hoe is dit model implementeerbaar in één/meerdere consult(en) van 20 min?
- Wat is het effect van dit consultmodel (op de ervaringen van de artsen) bij de aanpak van psychosociale problemen in de huisartspraktijk?

4. RESEARCH METHOD

Aan de hand van een literatuurstudie wordt een eerste consultmodel voor de aanpak van psychosociale klachten, zoals surmenage en burn-out, ontwikkeld, gebaseerd op het KOP model van Rijnders et al. (5). Hierbij betrekken we ook andere bestaande richtlijnen en onderzoeken.

Tijdens een focusgroepgesprek wordt dit consultmodel getoetst. Er nemen minstens zeven deelnemers aan het focusgroepgesprek deel: hieronder minstens 2 huisartsen uit de praktijken waar het model voorgesteld zal worden, minstens 1 huisarts met expertise in de behandeling van psychosociale klachten, minstens 2 (eerstelijns) psychologen met ervaring met het KOP model, minstens 1 psycholoog die niet met het KOP model werkt. Tijdens het focusgroepgesprek komen volgende zaken aan bod: mogelijke drempels voor het implementeren van het model in de drie geselecteerde praktijken, praktische haalbaarheid van het model en toepasbaarheid van het model in de huisartspraktijk.

Het focusgroepgesprek wordt volledig opgenomen en achteraf op een kwalitatieve manier geanalyseerd. Aan de hand van de resultaten van het focusgroepgesprek wordt een tweede versie van het consultmodel opgesteld.

De tweede versie van het consultmodel wordt gepresenteerd aan de artsen van de drie deelnemende huisartspraktijken. In totaal gaat dit om veertien artsen. Deze artsen zullen gevraagd worden het consultmodel bij minstens vijf patiënten toe te passen in de daaropvolgende maanden. Aangezien het consultmodel gezien wordt als een optimalisatie van ‘care as usual’, heeft dit geen implicaties voor de kwaliteit van de zorg die deze patiënten ontvangen.

Na elk patiëntencontact waarin de artsen het consultmodel toepassen, wordt hen gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst peilt vooral naar de subjectieve beleving van de arts tijdens het consult, de toepasbaarheid en de praktische haalbaarheid van het model. Na afloop van deze testperiode, worden alle artsen een laatste keer bevraagd aan de hand van een kort semi-gestructureerd interview. De resultaten van de vragenlijsten en de interviews worden geanalyseerd om zo een antwoord te vinden op de vraag of dit consultmodel, gebaseerd op het KOP-model, een meerwaarde kan betekenen voor de aanpak van psychosociale problemen in de geïncludeerde huisartspraktijken.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

Focusgroepgesprek

Er nemen minstens zeven deelnemers aan het focusgroepgesprek deel: hieronder minstens 2 huisartsen uit de praktijken waar het model voorgesteld zal worden, minstens 1 huisarts met expertise in de behandeling van psychosociale klachten, minstens 2 (eerstelijns) psychologen met ervaring met het KOP model, minstens 1 psycholoog die niet met het KOP model werkt.

Artsen

Het consultmodel wordt voorgesteld aan 14 artsen, werkzaam in drie verschillende huisartspraktijken. De artsen nemen vrijwillig deel aan het onderzoek.

Patiënten

Alle deelnemende artsen wordt gevraagd het consultmodel bij vijf patiënten uit te testen. Het gaat dus om een groep van maximaal 70 patiënten. Deze patiënten melden zich aan bij hun huisarts met psychosociale klachten. We denken hierbij in het bijzonder aan klachten van overspanning, surmenage en/of burn-out. Via een beslisboom (zie bijlage) wordt beslist of patiënten in aanmerking komen voor gebruik van het consultmodel. Patiënten die nood hebben aan meer gespecialiseerde zorg, worden niet geïncludeerd.

5.2 Expected duration

De studie start na goedkeuring ten vroegste in mei 2018 met een focusgroepgesprek en loopt ten laatste tot maart 2019.

5.3 Recruitment

Focusgroepgesprek

De deelnemers van het focusgroepgesprek worden door de onderzoekers geselecteerd op basis van hun profiel zoals in punt 5.1 beschreven. Ze worden via mail of telefoon persoonlijk gecontacteerd met de vraag tot deelname. Hierbij wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling van het onderzoek, zoals beschreven in punt 2 en 3. Bij de start van het focusgroepgesprek krijgen de deelnemers een formulier van 'geïnfomeerde toestemming'. Enkel na het ondertekenen van dit formulier, bevestigen ze hun deelname aan het onderzoek. Deelnemers kunnen ten alle tijde het onderzoek vroegtijdig beëindigen.

Artsen

De artsen die werkzaam zijn in de huisartspraktijken waar de twee onderzoekers hun HAIO-stage lopen, worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Eén van de onderzoekers blijft twee jaar op dezelfde stageplaats, de andere onderzoekster wisselt na 12 maanden van praktijk. Het gaat dus om drie huisartspraktijken, twee in het Gentse en één in Oostende. In totaal worden 14 artsen uitgenodigd deel te nemen. Zij krijgen op voorhand een formulier 'geïnformeerde toestemming'. Enkel na het ondertekenen van dit formulier, bevestigen ze hun deelname aan het onderzoek. Deelnemers kunnen ten alle tijde het onderzoek vroegtijdig beëindigen. Gezien de grote betrokkenheid van de artsen bij het onderzoek en de onderzoekers, verwachten we dat de grote meerderheid van de artsen zal deelnemen aan het onderzoek. Dit werd reeds besproken voor het indienen van het onderzoeksvoorstel.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Patiënten

De patiënten die deelnemen aan het onderzoek, worden geselecteerd door de artsen die deelnemen aan het onderzoek. Deze patiënten melden zich aan bij hun huisarts met psychosociale klachten. We denken hierbij in het bijzonder aan klachten van overspanning, surmenage en/of burn out. Via een beslisboom (zie bijlage) beslist de arts of de patiënt in aanmerking komen voor gebruik van het consultmodel. Patiënten die nood hebben aan meer gespecialiseerde zorg, worden niet geïncludeerd.

Gezien er geen patiëntengegevens verzameld worden en het toegepast consultmodel gezien kan worden als een optimalisatie van usual care, wordt de patiënt geen geïnformeerde toestemming gevraagd.

6. ANALYSIS

Focusgroepgesprek

In overleg met de promotor werd gekozen voor minstens zeven deelnemers met verschillende achtergronden om zo een meer gediversifieerde mening te kunnen vormen. We betrekken minstens 2 huisartsen uit de praktijken waar het model voorgesteld zal worden, minstens 1 huisarts met expertise in de behandeling van psychosociale klachten, minstens 2 (eerstelijns) psychologen met ervaring met het KOP model, minstens 1 psycholoog die niet met het KOP model werkt.

Het focusgroepgesprek wordt volledig opgenomen en nadien geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode.

Artsen

Het consultmodel wordt voorgesteld aan 14 artsen, werkzaam in drie verschillende huisartspraktijken. Dit gebeurt aan de hand van een presentatie, gegeven door beide onderzoekers.

Na elk patiëntencontact waarin de artsen het consultmodel toepassen, wordt hen gevraagd een korte vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst peilt vooral naar de subjectieve beleving van de arts tijdens het consult, de toepasbaarheid en de praktische haalbaarheid van het model. Na afloop van deze testperiode, worden alle artsen een laatste keer bevraagd aan de hand van een kort semi-gestructureerd interview. De resultaten van de vragenlijsten en de interviews worden kwalitatief geanalyseerd.

Patiënten

Alle deelnemende artsen wordt gevraagd het consultmodel bij vijf patiënten uit te testen. Het gaat dus om een groep van maximaal 70 patiënten. Deze patiënten melden zich aan bij hun huisarts met psychosociale klachten. We denken hierbij in het bijzonder aan klachten van overspanning, surmenage en/of burn out. Via een beslisboom wordt beslist of patiënten in aanmerking komen voor gebruik van het consultmodel. Patiënten die nood hebben aan meer gespecialiseerde zorg, worden niet geïncludeerd.

Er worden geen patiëntengegevens verzameld.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Alle data zullen tijdens het project met vertrouwelijkheid behandeld worden. Alles wat de respondenten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopname worden opgenomen. Transcripts van de interviews zullen volledig geanonimiseerd worden. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een volledig anonieme wijze. Tijdens het onderzoek zullen de geluidsopnames en de transcripts op een beveiligde manier bewaard worden. De studenten zullen deze bestanden bewaren op een persoonlijke computer die beveiligd is met een paswoord. Identificerende gegevens zullen niet op dezelfde locatie bewaard worden als de datafiles. Na het afronden van de data-analyse zullen de interviewopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer worden vernietigd. Na afloop van het project zullen de bestanden met de transcripts aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden nog voor minstens vijf jaar bewaard worden.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this Information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of Information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

KU LEUVEN UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promoter who will be responsible for follow up. In the information letter to the participants the name of the Principal Investigator has also been integrated.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the unit(s) or department(s) where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study.

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references mentioned above

1. Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg - do
de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken Vlaanderen. 2017. Beschikbaar vi
http://www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf. Geraadpleegd 2018.
2. Peter Verhaak, Marieke Zwaanswijk, Judy Ten Have. Psychologische interventies. Huisarts e
Wetenschap 2011; 54(1), 23-28.
3. Dr. Evelien Coppens, Dr. Inge Neyens, Prof. dr. Chantal Van Audenhove.Onderzoek naar
invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Steunpu

9 REFERENTIES

1. Wackenier L. Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg en hoe kan deze belasting verminderd worden? 2013;

2. Naert J. Kan het gebruik van het KOP-model de huisarts helpen bij het structureren van psychosociale problemen van de patiënt? ICHO. 2013.

3. Rijnders P, Heene E. KOP-model Handboek. Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ. 2015.

4. Deveugele M. Doctor – patient communication in general practice an observational study in six European countries [Internet]. 2003. Available from: http://archive.ugent.be/record/470097

5. Medica D. coderen voor dummies-congresmap. 2011.

6. NHG, LVE, NVAB. Richtlijn: Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. 2011;

7. Zelfzorg Ondersteunend - Consultmodellen in de praktijk. https://zelfzorgondersteund.nl/consultmodellen-in-de-praktijk/. 2017.

8. Stress SKP en. Protocol overspanning & burn-out. Een balans uit evenwicht. 2015. 1–45 p.

9. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help ik zit erdoor! De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts-deel_1. Huisarts Nu. 2012;41(2):62–6.

10. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help ik zit erdoor! De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts-deel_2. Huisarts Nu. 2012;41(3):134–40.

11. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49(3):360–71.

12. Morlion J. Implementeren en evalueren van een, op het KOP-model gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out) in drie huisartspraktijken. Univ Gent. 2019;

13. Volksgezondheid. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. 2010;1–38. Available from: http://www.psy107.be/site/site.asp

14. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: gezondheid en welzijn. 2013; Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Volledige_rapporten_2013.aspx

15. www.volksgezondheidenzorg.info/. Nivel zorgregistraties eerste lijn. 2017;

16. https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/regionaal-internationaal/internationaal#!node-internationale-vergelijking-werkgerelateerde-stress. Werkgerelateerde stress in Nederland boven EU-landen-gemiddelde. 2017.

17. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological

management of common emotional problems (I): Definitions and literature review. Br J Gen Pract. 2000;313–8.

18. Verhaak P, Zwaanswijk M, Have JJM ten. Psychologische interventies. Huisarts Wet. 2011;54(1):23–8.

19. Goigne S, Goedhuys J. Hoe zien huisartsen hun taak in de psychosociale hulpverlening? Enquete naar taakopvatting, knelpunten en ondersteuning. Huisarts Nu. 2013;42(6):286–8.

20. Janssens B, Pype P. Perceptie en drempels bij huisartsen over huiswerkopdrachten bij patiënten met een psychosociale problematiek. ICHO. 2014;

21. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): A research agenda for the development of evidence-based practice. British Journal of General Practice. 2000.

22. Coppens E, De Jaegere V, Mestdagh A, Neyens I, Vranken R. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: Samenvatting. 2015; Available from: https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/onderzoeksrapport-eerstelijnspsychologische-functie-samenvatting

23. Jan D, Arie DJ. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. Huisarts Wet. 2011;54(8):432–5.

24. Medica Domus. Eerstelijnspsychologie komt er. https://domusmedica.be/actueel/eerstelijnspsychologie-komt-er.

25. Heene E, Rijnders P, Boone F. Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Psychopraktijk. 2010;2(3):13–6.

26. Werken en Burn Out. https://www.werkenburnout.be. 2018.

27. Bastiaanssen M, Monique Loo, Terluin B, Vendrig L, J CV, Vriezen J. LESA overspanning_en_burn-out (herziening 2011). Huisarts Wet. 2011;54(12):11–6.

28. Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts Wet. 2015;4:212–6.

29. Rijnders P, Cox M, Starmans R. Psychische klachten in de huisartspraktijk. Werken met het KOP-model. 2018.