Implementeren en evalueren van een, op het KOP-model gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out) in drie huisartspraktijken

Janne Morlion, Universiteit Gent

Promotor: Prof. 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

Psychosociale problemen komen frequent voor en hierbij zijn huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt. Zeker in het kader van de huidige evolutie in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg lijkt de huisarts in samenwerking met andere eerstelijnsmedewerkers een prominente rol te spelen. De invulling van die rol blijft echter onduidelijk; terwijl voor puur medische problemen de aanpak en doorverwijzing goed onderbouwd is met richtlijnen, geldt dit minder voor de aanpak van psychosociale problemen zoals overspanning en burn-out.
In het kader van een gemeenschappelijk masterproefonderwerp werkten we met twee studentes een consultmodel uit voor een meer gestructureerde aanpak van psychosociale klachten, met als doel een kapstok te bieden om praktische tools aan vast te hangen.
De ontwikkeling van dit consultmodel wordt beschreven in de masterproef van Luca Lenoir.

Onderzoeksvraag

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

Methode

Na een literatuurstudie en een eerste onderdeel kwalitatief onderzoek (zie masterproef Luca Lenoir) werd een consultmodel opgesteld. Dit werd gepresenteerd aan veertien huisartsen die het implementeerden tijdens hun consulten. Na een proefperiode van vier maanden volgde het tweede deel kwalitatief onderzoek waarbij aan de hand van twee focusgroepgesprekken naar de ervaringen met het model werd gepeild.

Resultaten

Het consultmodel werd gebruikt, maar vooral de afzonderlijke, praktisch toepasbare, tools die erin vervat zitten en minder de overkoepelende structuur over de verschillende stappen van het consultmodel heen. Het model sluit volgens de deelnemende artsen aan bij de huidige manier van werken en de niet-dwingende structuur werd geapprecieerd. Het kan helpen het gevoel van controle te versterken en het zelfvertrouwen vergroten, maar ook helpen begrenzen. Dit kan zeker voor jonge artsen een meerwaarde zijn. Het vernieuwende aan het model is het feit dat je als arts een veel actiever rol gaat opnemen. Het leek de artsen ruimer bruikbaar dan enkel voor surmenage en burn-out.
Ondanks de mogelijke voordelen van een gestructureerd consultmodel, zijn er een aantal randomstandigheden die ervoor zorgen dat implementatie momenteel moeilijk is. Zo is binnen de huidige manier van werken tijdsgebrek een belangrijke belemmerende factor, alsook een gebrek aan voldoende scholing en de soms beperkte persoonlijke affiniteit met psychosociale problematiek. Veel van deze drempels kaderen in een groter maatschappelijk geheel. In plaats van verder te subspecialiseren als arts, is het een optie na te denken over andere modellen waarbij men met de financiering die men krijgt (bvb. binnen een meer forfaitair systeem) bepaalde eerstelijnspathologie opgelost moet krijgen binnen de praktijk. Daarom niet door de huisarts, maar door de persoon in het team die er het meest voor gekwalificeerd is. Het kan een meerwaarde zijn voor verschillende eerstelijnsdisciplines om met éénzelfde model te werken om zo beter te kunnen overleggen, elkaar beter aan te vullen en mogelijks minder tijd te verliezen. Bovendien kan het voor de patiënt een extra ondersteuning zijn dat alle behandelaars dezelfde aanpak volgen.

Conclusie

Hoewel de deelnemende artsen het erover eens waren dat een stappenplan met bijpassende praktische tools een goede basis kan zijn om de behandeling van psychosociale problematiek beter aan te pakken, bleek het implementeren van het model als overkoepelende kapstok momenteel niet haalbaar. Volgens de artsen moet er, vooraleer de toepassing van een kader mogelijk is, eerst nagedacht worden over een aantal randvoorwaarden. Deze werden beschreven op individueel-, praktijk- en maatschappelijk niveau.

Inhoudstabel

Inhoudstabel 1

Afkortingen 3

1. Inleiding 4

1.1. Keuze van het onderwerp 4

1.2. Doelstelling 5

1.3. Begrippen 5

1.3.1. Psychosociale problemen 5

1.3.2. Surmenage en burn-out 5

1.3.3. KOP-model 6

1.3.4. Consultmodel 6

2. Methodologie 7

2.1. Onderzoeksopzet 7

2.1.1. Overzicht 7

2.1.2. Design 8

2.1.3. Recrutering onderzoekspopulatie 8

2.2. Literatuuronderzoek 9

2.3. Interview en focusgroepgesprek 1 10

2.4. Focusgroepgesprekken 2.1 en 2.2 10

2.4.1. Deelnemers 10

2.4.2. Onderzoeksvragen 10

2.4.3. Analyse 11

3. Resultaten literatuuronderzoek 11

3.1. Psychologische klachten in de huisartspraktijk 11

3.1.1. Epidemiologie 11

3.1.2. Taakopvatting van de huisarts 12

3.1.3. Aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk 12

3.2. Evolutie geestelijke gezondheidszorg 13

3.3. Kortdurende interventies 15

3.4. KOP-model 15

3.5. Aanpak van surmenage en burn-out 16

4. Consultmodel 17

4.1. Stap 1a: exploratie en diagnostiek 18

4.2. Stap 1b: indicatiestelling kortdurende behandeling 18

4.3. Stap 2: introductie & voorbereiding 19

4.4. Stap 3: opstellen ziektetheorie en behandeldoelen 19

4.5. Stap 4: evaluatie 19
4.6. Stap 5a: gedragsverandering 19
4.7. Stap 5b: werkhervatting 19
4.8. Stap 6: afsluiten en hervalpreventie 19
4.9. Bijlagen bij het consultmodel 20
5. Resultaten kwalitatief onderzoek 20
5.1. Drempels op individueel niveau 21
5.1.1. Tijdsintensief 21
5.1.2. Faalangst en automatische piloot 21
5.1.3. Onvoldoende scholing 22
5.1.4. Persoonlijke affiniteit met psychosociale problemen 22
5.1.5. Patiëntgebonden factoren 22
5.2. Drempels op praktijkniveau 23
5.2.1. Samenwerking psycholoog 23
5.2.2. Gemeenschappelijke taal 23
5.2.3. Bedenkingen 24
5.3. Drempels op maatschappelijk niveau 24
5.3.1. Evolutie naar subspecialisatie of andere manier van werken: andere verloning? 24
5.3.2. Visie van de patiënt op de functie van de hulpverleners 27
5.4. Positieve ervaringen 27
5.4.1. Concreet gebruik door de deelnemende artsen 27
5.4.2. Transdiagnostisch en gefundeerd normaliseren 28
5.4.3. Sluit aan bij huidige manier van werken 28
5.4.4. Werkwijze volgens model benoemen? 29
5.4.5. Keuzevrijheid, maar toepasbaar voor elke arts 30
5.4.6. Meer zelfvertrouwen en gevoel van controle 30
5.4.7. Patient empowerment: van een passieve naar een actieve aanpak 31
5.4.8. Helpen begrenzen 31
5.5. Opleiding 32
6. Discussie 33
6.1. Bespreking resultaat 33
6.2. Sterktes en zwaktes 36
6.2.1. Literatuuronderzoek 36
6.2.2. Focusgroepgesprekken 36
6.3. Verder onderzoek 37
7. Conclusie 38
Referenties 39
Bijlagen 40

Afkortingen

KOP-model	Klachten - Omstandigheden - Persoonlijke stijl
MBI	Maslach Burnout Inventory
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisartsen - Geestelijke Gezondheidszorg
QUAGOL	Qualitative Analysis Guide of Leuven
HAIO	Huisarts in Opleiding
MeSH	Medical Subject Headings
ICHO	Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
LOK	Lokale Kwaliteitsgroep
ELP	Eerstelijnspsycholoog
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
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
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

1. Inleiding

1.1. Keuze van het onderwerp

De keuze van mijn masterproefonderwerp komt voort uit de vastgestelde discrepantie tussen het aantal patiënten die consulteren met psychosociale klachten en de eerder beperkte mate waarin ik mijzelf als geschoold zag om dit aan te pakken.
De consultstructuur die we tijdens de opleiding aangeleerd kregen, bleek minder goed toepasbaar bij dit soort consulten. In tegenstelling tot de fysieke klachten, kun je bij psychosociale klachten minder terugvallen op richtlijnen.

Na een oriënterend literatuuronderzoek bleek dat ook anderen 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. Daarnaast zijn bijkomende belastende factoren dat je als arts vaak geen invloed hebt op psychosociale problematiek en 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]

Mijn medestudent Luca Lenoir liep tegen dezelfde drempels aan en we besloten samen uit te zoeken of een gestructureerde aanpak voor psychosociale klachten in de huisartspraktijk mogelijk was.
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.[3,4] Bovendien is dit KOP-model de basis voor de opleiding eerstelijnspsychologie in Vlaanderen.
Het leek ons dan ook 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 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 mogelijks 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

Luca Lenoir onderzoekt in haar masterproef volgende onderzoeksvragen:

- Is het KOP-model, dat momenteel gebruikt wordt in de opleiding eerstelijnspsychologie 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 probeer ik in mijn masterproef het antwoord te vinden op volgende onderzoeksvragen:

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

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).[5]

1.3.2. Surmenage en burn-out

Overspanning of 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.[6]

Het begrip burn-out 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-out verschijnselen 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 van de behandelde patiënt.

Wij kiezen ervoor de definities te hanteren die wordt voorgesteld in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijnsprofessionals.[6]

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:
    a. moeheid
    b. gestoorde of onrustige slaap
    c. prikkelbaarheid
    d. niet tegen drukte/herrie kunnen
    e. emotionele labiliteit
    f. piekeren
    g. zich gejaagd voelen
    h. 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 'burn-out'

Er is sprake van burn-out 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.

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." [7]

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.



Figuur 1: Consultmodel Silverman[8]

Voor de aanpak van psychosociale klachten is dit model niet voldoende. Hierdoor ontstaat het risico 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.[8]

2. Methodologie

2.1. Onderzoeksopzet

2.1.1. Overzicht

Aangezien deze masterproef een deel van een groter onderzoek beschrijft, volgt hieronder een kort overzicht van de algemene methodologie over de twee masterproeven heen (schematische weergave in figuur 2). In de volgende paragrafen volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de verschillende delen van de methode van deze masterproef.

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.[7] Hierbij werden ook andere bestaande richtlijnen en onderzoeken in rekening genomen.

Vervolgens werd dit model in juni 2018 tijdens een focusgroepgesprek en een interview besproken. Zowel artsen, psychologen en een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) namen deel aan deze gesprekken.

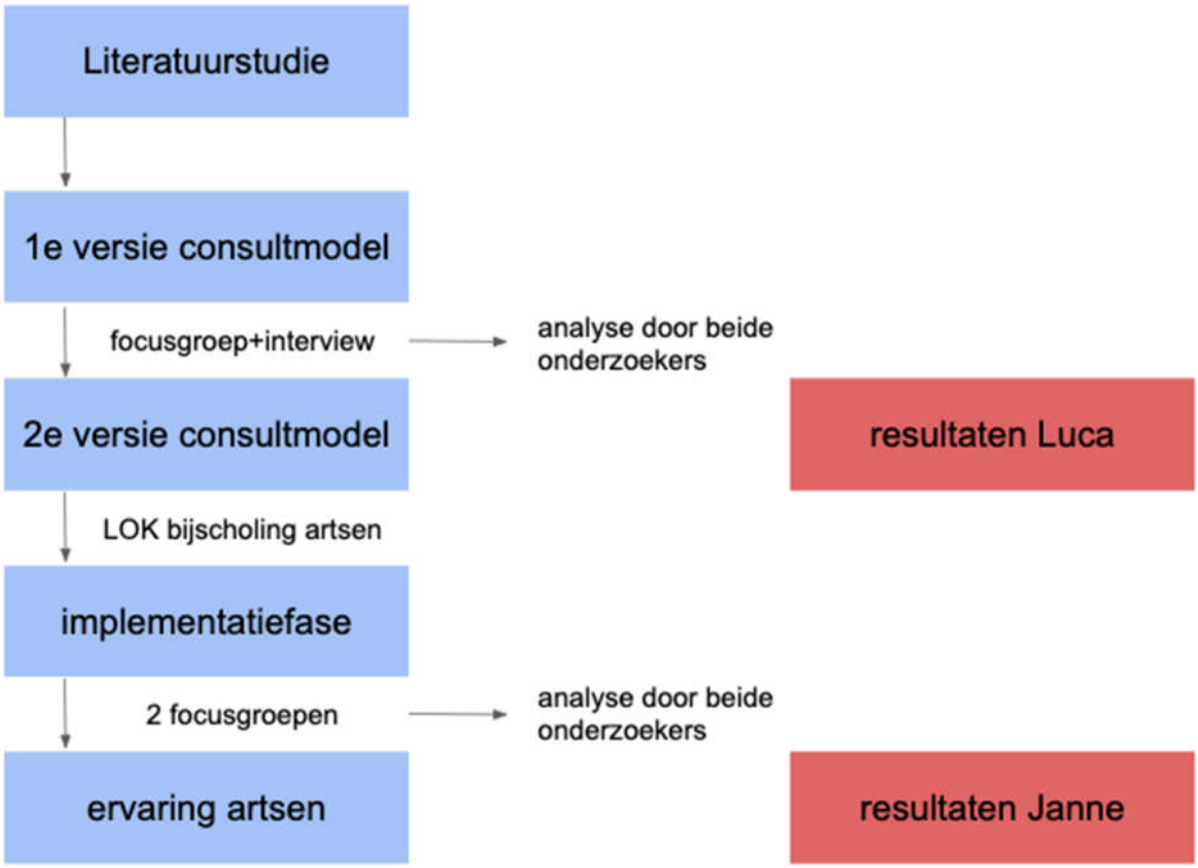
Dit focusgroepgesprek en het interview werden opgenomen en achteraf op een kwalitatieve manier geanalyseerd volgens de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven)-methode.[9] Aan de hand van de resultaten van deze gesprekken en een bijkomend interview met een ervaringsdeskundige met het KOP-model, 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 (in de vorm van een LOK-presentatie) aan veertien artsen van de drie deelnemende huisartspraktijken (twee in Gent, één in Oostende). 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 2019. 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 masterproeven, werd door de individuele onderzoekers gedaan:
De masterproef 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 masterproef 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 worden 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 (bijlage 1) onderzocht, besproken en goedgekeurd op haar vergadering van 19/03/2018 (bijlage 2).



Figuur 2: overzicht verloop onderzoek over beide masterproeven heen.

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 kwalitatief onderzoeksopzet. Hierbij is het de bedoeling aan de hand van focusgroepgesprekken een breed overzicht te krijgen van 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 (huisarts in opleiding) (één man en één vrouw). In deze praktijk zijn ook andere disciplines vertegenwoordigd: twee psychologen (niet werkzaam 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 (vrouwelijk) 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 'Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ.'[7] Via Els Heene kwamen we ook in contact met Nathalie Haeck, docent in de opleiding eerstelijnspsychologie en co-auteur van bovengenoemde boek. 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 (POH-GGZ) Kristel Luyckx, die veel ervaring met het KOP-model heeft. Ook Tom Declercq, huisarts, docent huisartsgeneeskunde, co-auteur van o.a. 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 aanwezigen 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 diegenen 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 en 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 in 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, 'Handboek KOP-model: Kortdurende psychologische interventies voor de basis GGZ.'[7], 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 huisartsenpraktijk: werken met het KOP-model'.[10] 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

Een beschrijving van de deelnemers en de onderzoeksvragen van het interview en het eerste focusgroepgesprek, kan worden teruggevonden in de masterproef van Luca Lenoir. [11]

2.4. Focusgroepgesprekken 2.1 en 2.2

Hieronder volgt de methodologie van het deel van het onderzoek dat in deze masterproef beschreven wordt.

2.4.1. Deelnemers

Een eerste focusgroepgesprek ging door in Gent op 10 januari 2019 met acht artsen, die allemaal de LOK-presentatie van het consultmodel gevolgd hadden op 4 oktober 2018.
Hierbij waren vijf van de acht artsen van de groepspraktijk waar Janne als HAIO werkt. Drie hadden wel de LOK-presentatie gevolgd maar konden niet aanwezig zijn op het focusgroepgesprek. De twee artsen uit de toenmalige praktijk van Luca waren aanwezig, alsook de nieuwe HAIO van deze praktijk.

Een tweede focusgroepgesprek ging door in Oostende op 11 februari 2019 met vier van de acht artsen die de LOK-presentatie van het consultmodel gevolgd hadden op 13 november 2019.

Vooraf gebeurde een schriftelijke en mondelinge uitleg van de studie en tekenden de proefpersonen een informed consent (bijlage 3).

2.4.2. Onderzoeksvragen

Het doel van de focusgroepgesprekken was om een antwoord te krijgen op volgende vragen:

- Heb je het model gebruikt in de afgelopen maanden? Waarom wel/niet? Wat ging vlot/moeilijk?
- Heb je K, O en P gebruikt om te structuren? Met de patiënt, in het elektronisch medisch dossier (EMD)?
- Heb je de bijlagen gebruikt? Welke? Waarom wel/niet?
- Voor welk soort problemen heb je het model gebruikt?
- Hoe heb je het gebruik van dit model en de bijlagen ervaren?
- Is het haalbaar dit model te gebruiken in consulten van 20 min? Indien niet, welke stappen vragen zeker langere consulten?
- Zou je het model meer gebruiken moest er een vergoeding aan vast hangen? Bijvoorbeeld een nomenclatuurnummer?
- Heeft dit model (of toch een aangepaste versie ervan) een toekomst?

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.

2.4.3. Analyse

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

Om de verzamelde data te analyseren, werd gebruikt gemaakt van de QUAGOL-methode.[9] De QUAGOL-methode bestaat uit twee delen. Het eerste deel werd 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, werden de gegevens verder verfijnd. De analyse gebeurde tot en met deze stap door beide onderzoekers afzonderlijk. Ten slotte werd de data samengelegd en vergeleken.
Aan de hand van de lijst van concepten uit dit eerste deel werd door beide onderzoekers samen een lijst van codes afgesproken.

Het tweede deel van de analyse volgens de QUAGOL-methode omvat het codeerproces aan de hand van het softwareprogramma Nvivo. Deze afgesproken codes werden daarna ingevuld met concrete data uit de focusgroepgesprekken. Aan elke significante passage werd 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 opnieuw door beide onderzoekers afzonderlijk uitgevoerd.

3. Resultaten literatuuronderzoek

3.1. Psychologische klachten in de huisartspraktijk

3.1.1. Epidemiologie

Omwille van moeilijke begripsomschrijvingen en diagnosestellingen zijn prevalentiecijfers moeilijk in kaart te brengen.[12] Psychische problemen komen frequent voor bij de algemene bevolking. Uit de meest recente Belgische Gezondheidsenquête uit 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.[13]

In Nederland verzamelt het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) zorgregistraties in de eerste lijn. 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.[14]
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%.[15]

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 kan in de eerste lijn opgevangen worden. In een Britse studie wordt vermelding gemaakt van slechts 5-10% van patiënten die worden doorverwezen naar de tweede lijn.[16]

Tachtig procent van de huisartsen rekent de diagnostiek van veelvoorkomende psychische problemen tot hun takenpakket. Daarentegen 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.[17]

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 dit hun taak, 21% vond dit niet.
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.[18]

3.1.3. Aanpak van psychosociale klachten in de huisartspraktijk

In de huisartspraktijk is de aanpak en doorverwijzing van puur medische problemen vaak goed onderbouwd met richtlijnen. Toch 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.[4]

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. Artsen tonen meer empathie, zijn meer bezig met het opbouwen van een goede relatie met hun patiënt, stellen meer exploratieve vragen maar geven minder informatie dan in andere consultaties.
Dit laatste is opvallend, want de patiënt informeren is vaak een belangrijke begin bij het oplossen van psychosociale problemen. Hieronder valt het plaatsen van problemen in hun sociale context en de patiënt hulpmiddelen geven om zijn gedrag en gevoelens te observeren. De relatie tussen problemen verklaren (psycho-educatie) is vaak een belangrijke begin bij het oplossen van psychosociale problemen. Hierbij stelt zich de vraag of de huisartsen voldoende vaardigheden hebben om deze problemen structureel aan te pakken op een niet-medicamenteuze manier.
Onderzoek naar goed, evidence based behandelingsstrategieën van dergelijke problematiek is nodig.[5]

In een Nederlands onderzoek waarbij men naging welke vormen van psychologische interventies toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk, bleek de huisarts vooral een rol te hebben in

gezondheidsvoorlichting, motiverende gespreksvoering en reattributie. Dit is mogelijk binnen de duur van één of meerdere (dubbel)consulten. In deze Nederlandse context kan veel hiervan ook door de POH-GGZ worden opgenomen.[17]

In een review van de British Journal of General Practice die de aanpak van veelvoorkomende emotionele problemen en de effectiviteit van dit consultgedrag in de huisartspraktijk onderzocht, geven de meeste huisartsen aan dat ze vooral de meer eenvoudige benaderingen 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.[16]

In een aansluitende studie 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 zou zijn vruchten kunnen afwerpen. Gelijkaardige effecten van korte gedragsinterventies op de populatie werden reeds gedocumenteerd voor huisartsadvies rond roken en ethylgebruik. Tot nu toe zijn behandelstrategieën meestal gecomprimeerde versies van de (onderbouwde) specialistische behandelingen, wat veel vaardigheden vereist en moeilijk is in te bouwen in een routineconsultatie.[19]
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 huisarts setting kan eventueel geprobeerd worden dit te spreiden over verschillende consulten.[19]

3.2. Evolutie geestelijke gezondheidszorg

De rol van de huisarts als poortwachter en regievoerder in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt steeds prominenter. Door 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. 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.[12]

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 zo mee vorm aan getrapte zorg.[20]

Individuele kortdurende behandeling aanbieden 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 coacht ook huisartsen en andere eerstelijnswerkers.[20]
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
5. patiënten met een langdurige problematiek op lange termijn opvolgen.

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.[21]

De evolutie in de GGZ is momenteel een ‘hot topic’, vanaf 1/03/19 is de terugbetaling van de klinisch psycholoog van start gegaan. Hierbij betaalt de patiënt slechts 11 euro (of 4 euro bij recht op verhoogde tegemoetkoming) per sessie. Patiënten tussen 18 en 64 jaar kunnen er voor vier (met mogelijke verlenging tot acht) sessies terecht, enkel na 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.[22]
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 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 belangrijke 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.

Uiteraard kan niet iedereen hiervoor in aanmerking komen. 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.[7,23]

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.[20]

3.4. KOP-model

Het KOP-model is één van de toepassingsvormen 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."[7]

Het KOP-model is zowel een zoekmodel dat de behandelaar en patiënt kan ondersteunen bij de probleemexploratie, als een verklaringsmodel. Samen met geruststelling en psycho-educatie kan dit

soms voldoende zijn. Ten derde kan het als een kapstok voor behandeling dienen, indien herstel van overzicht niet voldoende was.

Het 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 [20]:

- *"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 zorgpad burn-out.[24]
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.[25]
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 doorgaans 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 als de patiënt een verbetering 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.[6,26]
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.[25]

4. Consultmodel

Hieronder volgt het definitieve consultmodel waarvan de ontwikkeling wordt beschreven in de resultaten van de masterproef van Luca Lenoir.[11]

Na het analyseren van de resultaten van de eerste gesprekken werd het model verder uitgewerkt, rekening houdend met de aangebrachte drempels en de opmerkingen van de artsen (zie masterproef Luca[11]). 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 de voorgestelde evaluatie na stap 3 in te passen in het model. Zo werd het model uitgebreid van vijf naar zes stappen. Daarnaast hielden we rekening met de praktische tips die we kregen.

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. Een arts is niet niet verplicht alles te gebruiken, maar gebruikt waar hij zich het best bij voelt. Voor de geïnteresseerde artsen werden ook enkele gedragsinterventies in de bijlagen toegevoegd.

Uiteindelijk kwamen we zo tot onderstaand consultmodel (figuur 3). Dit model met alle bijlagen en afdrukversies is terug te vinden in bijlage 4 van deze masterproef en elektronisch via volgende link: https://drive.google.com/drive/folders/1PL2SuQb4alHd4GiZtXbdSF--acbTrRwj
In figuur 3 worden de verschillende stappen kort toegelicht.

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 3: consultmodel ontwikkeld in kader van masterproef Luca Lenoir en Janne Morlion

4.1. Stap 1a: exploratie en diagnostiek

In stap 1 komt een brede exploratie van de klachten aan bod. De arts overweegt somatische oorzaken en houdt rekening met DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) criteria. 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 interventies 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[7]:

- 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 wordt een gedeelde ziektetheorie opgesteld. 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 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 de arts?
- Is er risicogedrag?

4.6. 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.

4.7. 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 4b wordt de werkhervatting voorbereid om de kans op herval te beperken.

4.8. Stap 6: afsluiten en hervalpreventie

In stap 6 wordt aandacht geschonken aan hervalpreventie.

4.9. Bijlagen bij het consultmodel

Zoals te zien is in het consultmodel (figuur 3) wordt bij elke stap verwezen naar bijlagen. Deze zijn terug te vinden in bijlage 4 van deze masterproef.

Elke bijlage is op dezelfde manier opgebouwd: er wordt eerst achtergrondinformatie gegeven. Deze informatie is 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. 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.

5. Resultaten kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve analyses van de twee focusgroepgesprekken beschreven. Deze resultaten worden aangevuld met uitspraken van de geïnterviewde artsen. Deze citaten staan telkens cursief.
Tijdens de gesprekken kwamen de ervaringen van de artsen met het consultmodel aan bod. Er werd vooral gepeild naar de subjectieve beleving van de arts tijdens het consult, de toepasbaarheid en de praktische haalbaarheid van het model.

In beide gesprekken was de globale conclusie dat het consultmodel zelf, zeker een meerwaarde kan zijn en een toekomst kan hebben, maar dat de randomstandigheden ervoor zorgen dat implementatie momenteel moeilijk is.

> *"A: Maar ik voel ook duidelijk, er is hier niemand aan tafel, geen jonge en geen oude mens, die over dat model discussieert hé....*
> *B: Nee, het zijn de randomstandigheden.*
> *A: ...het gaat alleen dat we zoeken van hoe kunnen we het implementeren hé!"*

Bij de implementatie kwamen een aantal drempels naar boven op individueel, praktijk- en maatschappelijk niveau. Deze drempels zullen hieronder besproken worden.
Daarna worden nog de positieve ervaringen met het model en de mogelijke integratie in de opleiding aangehaald.

5.1. Drempels op individueel niveau

5.1.1. Tijdsintensief

Een drempel die de meeste artsen aanhaalden was tijd. Een consultatie van een kwartier is te kort en werken met het model neemt zeker 20 tot 25 minuten in beslag. Het is moeilijk om breed te exploreren binnen de standaard consultvoeringstijd en het lijkt één van de artsen niet haalbaar om een gesprek, dat bij de psycholoog 1u duurt, onder te verdelen in 3 à 4 consulten.

Daarnaast haalde één van de artsen aan dat een anamnese noteren in het dossier volgens de K, O, P vaak een analyse is achteraf (om niet te dwangmatig te bevragen tijdens het consult), waardoor je opnieuw tijd verliest. Indien het schema makkelijk te implementeren is in het EMD, zou dat een extra reden zijn voor sommige artsen om het te gebruiken.
De methoden en kanalen die de artsen momenteel gebruiken worden zeer snel en efficiënt aangesproken, terwijl een nieuwe aanpak opnieuw zoeken is en tijd vraagt.

> *"Maar de dingen dat ik, de kanalen die ik ken gebruik ik, maar den dien erbij gebruiken is er teveel aan. Maar gewoon voor de praktische reden, zo van, waar stond dat nu weer, waar is nu weer die website, hoe moet ik dat weer doen? … En om je tijdsbestek.. ik kan veel gemakkelijker de kanalen gebruiken die ik al gewoon ben."*

Er is niet alleen een tijdsgebrek tijdens consulten, maar ook een tijdsgebrek om het model onder de knie te krijgen. Voor men een bepaalde techniek kan toepassen en het op een heldere manier kan overbrengen op de patiënt, moet men zelf het gevoel hebben vertrouwd te zijn met de aanpak. Zoniet, leeft de angst om de patiënt nog meer in de war te brengen door een onduidelijke uitleg.

> *"...Maar een patiënt komt bij u, heeft burn-out klachten, is in de war en je gaat het proberen uitleggen aan de hand van een model en je zegt dan: 'Ahnee, maar zo is het niet, ja, ik zit hier mis', dan stuur je die patiënt gewoon meer in de war... en die is al in de war, dus je wil die eigenlijk wel vooruit helpen, dus ik zou daar toch ook wel denken, ik moet echt wel dat model zeker kennen voor dat ik dat ga gebruiken."*

5.1.2. Faalangst en automatische piloot

Naast de angst om de patiënt in de war te brengen, is er ook de angst voor het onbekende en de angst voor falen bij de artsen zelf:

> *"Dat heeft ook met veiligheid te maken hé, als je nog geen model hebt, dan zoek je de veiligheid in een nieuw model, als je al jaren uw eigen model hebt dan is een ander model vooral onveilig, want dan moet je gaan veranderen en dat is niet zo logisch…"*

Hierbij aansluitend verwezen een aantal van de meer ervaren artsen dat ze niet automatisch geneigd zijn om terug te grijpen naar het consultmodel.

> *"...want in het begin kom je van een systeem, allez, je hebt je oude systeem en dan denk je wel ik ga het veranderen, maar je vervalt snel weer door tijdsgebrek terug in je oude systeem die u misschien meer tijd kosten…"*

"je werkt heel erg op soort automatisch piloot gevormd door eigen ervaringen door de jaren heen, niet evident om dit te veranderen"

5.1.3. Onvoldoende scholing

Om het model meer te gebruiken is er nood aan voldoende opleiding. Er waren verschillende voorstellen om het consultmodel meer in de parate kennis te krijgen:

- De theorie herhalen en zo bewuster zijn van het feit dat het bestaat.
- Extra training invoeren aan de hand van rollenspelen, waarbij men de kans krijgt om te missen, te leren uit de fouten en zo de angst om te falen te verminderen.
- Een LOK-pakket aanbieden met aansluitend voor de geïnteresseerden een meer uitgebreide opleiding om het in de vingers te krijgen. Hierbij hoort dan liefst nog een intervisie na een periode van oefenen in de praktijk.
- Ervaring opdoen door het te oefenen in de praktijk. Door het uit te leggen in eigen woorden, soms vast te lopen en het de volgende keer anders te doen, vormt zich een nieuwe structuur. Er ontstaat een automatisme in de aanpak en zo wordt kennis omgezet in kunde.

5.1.4. Persoonlijke affiniteit met psychosociale problemen

Maar zoals hierboven reeds vermeld heeft niet elke arts even veel tijd en interesse om zich hierin verder te scholen. Niet elke arts heeft dezelfde affiniteit met psychosociale problemen. Het is dan ook belangrijk dat iedereen kan kiezen in welke mate hij/zij dit opneemt.
De meesten waren het erover eens dat het diagnostisch deel en de psycho-educatie haalbaar was, maar dat er over de P (persoonlijkheid) en het therapeutisch deel nog onvoldoende kennis is. Als arts moet je het mandaat van de patiënt durven vragen om de rol als behandelaar met het KOP-schema op te nemen.

"...ik vind dat goed om in de basisopleiding te steken, maar wat dat je er dan verder mee doet, allezja, wat jij zegt, ik ben blij dat ik m'n gynaeco kwijt ben, er zijn hier zeker artsen die zeggen van ik ben blij dat ik dat naar een psycholoog kan sturen en ik vind dat dat ook moet kunnen, ik heb ook niet bij elke patiënt zin om dat te doen."

"En als je geen schrik hebt (lacht), ik denk dat dat zo wel een drempel is."

"dat ik het niet durf, dat ik geen mandaat heb en dat ik euhm geen tijd heb ook, hé."

Drempelverlagende tips van de artsen zelf:

- Beginnen met kleine stukjes en dus niet onmiddellijk het grote geheel proberen bevatten.
- Beginnen met één specifiek, relatief afgebakend probleem zoals bvb. slaapproblemen.

5.1.5. Patiëntgebonden factoren

Behalve de arts-gebonden factoren die hierboven werden benoemd, haalden de artsen ook patiëntgebonden factoren aan die de implementatie van het model kunnen bemoeilijken.
Het IQ en EQ van de patiënt zullen het plan van aanpakken beïnvloeden, daarnaast moeten de patiënten het probleem ook zelf willen aanpakken. Bovendien is de klik met de patiënt belangrijk.

"In dat model moeten mensen het willen zelf aanpakken hé. Dat is één van de voorwaarden om ermee aan de slag te kunnen gaan hé. Als mensen zoiets hebben van geef mij een pilletje en los het op, dan ben je er niets mee hé."

"Ik zou inderdaad waarschijnlijk ook eerst proberen bij een patiënt die mij eum, ligt, dat ik zo het gevoel heb van daar heb ik een heel goeie band mee, en dat ik, die mij ook echt als vertrouwenspersoon ziet"

5.2. Drempels op praktijkniveau

In beide focusgroepgesprekken zijn alle artsen het er over eens dat het mogelijk zou moeten zijn om milde psychosociale klachten, zoals surmenage en burn-out, op te lossen binnen een eerstelijnspraktijk.

5.2.1. Samenwerking psycholoog

Samenwerking met een psycholoog binnen de praktijk werd zowel als een drempel als een facilitator gezien om het consultmodel te implementeren. Wanneer een psycholoog aanwezig is in de praktijk, zullen sommige artsen geneigd zijn sneller door te verwijzen en de psychosociale problematiek nog minder op zich te nemen.

"Ja, je kan moeilijk en-en doen denk ik. En ikzelf beginnen aan zoiets en dan nog eens de psycholoog ook, het is de een of de ander denk ik…"

Door samen te werken met een psycholoog kan de huisarts zich anderzijds ondersteund voelen om tot een bepaalde hoogte zelf een aantal zaken in handen te nemen om dan vlotter door te verwijzen als er meer hulp nodig blijkt te zijn.

"...en huisartsen die dat niet hebben (een vaste samenwerking met een psycholoog), dat is ook wel een drempel denk ik, hé. Dat vraagt het toch wel, de combinatie denk ik is ook voor een huisarts veel haalbaarder."

Tijdens de focusgroepgesprekken waren de artsen het erover eens dat een vaste samenwerking met een psycholoog binnen of buiten de praktijk een grote meerwaarde is. Wanneer er multidisciplinair wordt samengewerkt, is het belangrijk dat er op dezelfde manier gecommuniceerd wordt.

"Ik denk dat het vooral belangrijk is van het model van hoe kijken we naar de dingen en dat iedereen op dezelfde manier kijkt, veel belangrijker is ook voor de patiënten in kwestie."

5.2.2. Gemeenschappelijke taal

Het begrip 'gemeenschappelijke taal' keerde regelmatig terug in de focusgroepgesprekken. Dit is niet alleen belangrijk in overleg met collega-artsen, maar ook tussen artsen en de andere betrokken disciplines in de praktijk. Voor de patiënt kan het een extra ondersteuning zijn dat alle behandelaars dezelfde duidelijke aanpak volgen.

"Ik denk wel dat het als patiënt fijn is om te horen als ook uw huisarts weet waar dat de psycholoog mee bezig is, dat herkent en dat ook bevestigt, van ja, dat klopt, allez, ik kan mij wel voorstellen dat dat deugd doet én, herhaling kan geen kwaad hé."

5.2.3. Bedenkingen

Tijdens de gesprekken waren de huisartsen het erover eens dat men hoe dan ook zal blijven geconfronteerd worden met de psychosociale kant van medische problemen. Eén van de grote bedenkingen die meermaals aan bod kwam was: hoe vullen we de tijd die we hebben met deze patiënten dan concreet in?

- Doen we dit enerzijds elk volgens ons eigen gevoel of pakken we het gestructureerd aan?

> *"...allez, de realiteit is wat dat ze is, of dat we nu tijd hebben of niet, maar we blijven wel veel patiënten zien met psychosociale problemen en dus blijven we 'gedwongen' tussen aanhalingstekens om daar tijd voor te maken en de vraag wat doe je met die tijd, doen we allemaal een beetje volgens dat we het voelen of voelen we dat we daar wel wat meer structuur aan kunnen hangen…"*

- En gaan we anderzijds naar een vorm van subspecialisatie binnen een huisartsenpraktijk of moet er worden nagedacht over andere mogelijke praktijkstructuren?

De mogelijke antwoorden op de eerste vraag worden verder besproken onder het hoofdstuk "positieve ervaringen". De ideeën rond de laatste vraag werden ondergebracht onder het hoofdstuk "drempels op maatschappelijk niveau".

5.3. Drempels op maatschappelijk niveau

Het vorige hoofdstuk ging in op de drempels die er op praktijkniveau voor kunnen zorgen dat een psychologisch consultmodel moeilijk implementeerbaar is. Binnen een praktijkwerking is er veel afhankelijk van de maatschappelijke tendensen in de gezondheidszorg en de financiering hiervan. Daarom wordt hier verder ingegaan op bovenstaande bedenking rond subspecialisatie versus nadenken over andere praktijkstructuren.

5.3.1. Evolutie naar subspecialisatie of andere manier van werken: andere verloning?

Zoals hierboven reeds vermeld zijn de artsen het eens dat psychosociale problematiek onlosmakelijk verbonden is met het huisartsenberoep. Nochtans geven de deelnemende artsen aan dat ze onvoldoende geschoold zijn. Ze zijn van mening dat als men dit model goed wil uitvoeren als huisarts, men hier ook veel tijd in scholing en oefening moet steken.

> *"Dit is een model waar dat als je dat goed wil doen als huisarts, dan ga je daar veel tijd in moeten steken, als ik gisteren naar een opleiding ga die over palliatieve zorgen gaat, dan stel ik vast dat de jonge gasten dat niet kennen, ook niet kunnen kennen, ik neem hun dat niet kwalijk, eigenlijk moet dat ook meer in de opleiding zitten, maar hoe meer dat je evolueert, hoe meer dat je vaststelt.. er is zoveel tekort in de opleiding…"*

Wanneer er veel tijd wordt geïnvesteerd in scholing in een bepaald onderdeel van de geneeskunde zou er kunnen gesproken worden van subspecialisatie. Die evolutie naar subspecialisatie is ook op verschillende domeinen van de huisartsgeneeskunde een feit. Enerzijds wordt van de huisarts verwacht dat hij een brede, generalistische kennis bezit, anderzijds lijkt de huisarts steeds meer geacht expert te

zijn op verschillende deelgebieden. Als dit binnen een groepspraktijk is, kan dit een voordeel zijn: niet iedereen is op alle vlak even bekwaam of geïnteresseerd. Er moet ergens een vrijheid blijven om hierin te kunnen kiezen en elkaar op die manier klinisch aan te vullen.

> *"Ik denk in de toekomst, zoals dat wij nu bezig zijn ook, maar nog beter zou zijn, dat je met een heleboel mensen samen zit en iedereen specialiseert is een groot woord hé, maar verdiept zich verder in een bepaald iets, want alles wat op ons afkomt… je kan niet alles kennen."*

> *"Maar ik herken wel, ik vind ook dat wij geacht worden om op den duur op zeer veel deelgebieden expert te zijn hé, wij hebben nu nog de chance in deze praktijk dat we met verschillende profielen samenwerken."*

Hoe meer men zich specialiseert, hoe meer men bepaalde patiënten met specifieke problemen naar zich toe trekt. Dit kan, zeker in het geval van psychosociale problemen, belastend zijn.

> *"Ja, ook bij sommige collega's dat ze zeggen van,..., ik heb hier alle psychiatrische problematiek…"*

In beide focusgroepgesprekken werd de huidige manier van werken in vraag gesteld.
Misschien kan in plaats van het verdere subspecialiseren nagedacht worden over andere modellen met een andere (en mogelijks betere) taakverdeling. Wat neemt de huisarts nog op en waar stuurt hij door?

> *"Als beroepsgroep moeten we ons dan ook een keer gaan bedenken of dat we, welk stuk kunnen wij opnemen en kunnen wij blijvend opnemen en welk stuk gaan wij moeten, als we het goed willen doen, gaan wij moeten ook een stuk naar andere mensen moeten doorsturen."*

Zolang echter het huidige financieringssysteem blijft bestaan, lijkt het moeilijk om het niet zelf op te nemen. Alle artsen waren het erover eens dat expertise vergoed mag worden. Binnen het huidige systeem zou er kunnen een nomenclatuurnummer voorzien worden. Het is voor de artsen niet onlogisch om meer vergoed te worden voor iets waar je meer tijd en energie in steekt. Als er een model gevolgd wordt, kan dit een manier zijn om bepaalde gegevens bij te houden in het EMD, waarop de terugbetaling kan gebaseerd worden.

> *"Alleen is het wel moeilijk dat te doen, want iedereen kan natuurlijk zeggen bij iemand die verkouden is en zegt ik heb ook wel wat stress, ok, ik ga er een nomenclatuurnummer op plakken, dus, ja, je moet het koppelen aan iets gelijk een eum... aan het bijhouden van een model."*

> *"Tuurlijk, maar ik vind, moesten eerstelijnspsyschologen meer terugbetaald zijn, ideaal, moest er een maatschappelijk assistent of praktijkverpleegkundige zijn die daarvoor betaald wordt, ideaal, is dat niet zo, steken wij daar wel nu die tijd in en is dat niet zo onlogisch om bij zo'n intellectuele prestatie daar ook een nomenclatuurnummer bij hoort….ik vind dat niet zo onlogisch moest je dat goed willen doen."*

Anderzijds zijn er binnen het takenpakket van de huisarts naast psychosociale problemen nog zaken waarbij de arts niet vergoed wordt volgens geïnvesteerde tijd (palliatieve zorgen, administratie,...). Alle stukjes bijkomend werk gaan vergoeden is een onbegonnen werk.

"Ik denk dat dat niet alleen met dat KOP-model is hé, ik denk dat er in onze stiel zoveel zaken zijn wat dat we zeer tijdsintensief mee bezig zijn...gans onze stervensbegeleiding, gans onze palliatieve, allez, daar zitten we toch uren dikwijls mee bezig die gewoon, allez, als het dan over verloning gaat hé, die die ook maar aan een consultatie of een huisbezoek verloond worden op zich…"

Alle artsen lieten verstaan dat als er meer middelen zouden vrijkomen voor de aanpak van psychosociale klachten, ze dit liever zouden gebruiken voor een vorm van praktijkondersteuning dan dat ze dit zelf zouden opnemen door verdere specialisatie. Zo kan met hetzelfde budget betere zorg geleverd worden door iemand met een meer specifieke scholing en meer tijd.

"Graag dat nomenclatuurnummer om dan te gebruiken voor... voor een psycholoog ofzo of rapper die psychologe, maar ik zou dat dan aan die psychologe geven hé."

"Maar dat is binnen uw forfait hetgeen je kunt realiseren hé, want dat is een forfait op praktijkniveau gezien, een manier om iemand te engageren die die delen van u kan overnemen, dat is het grote voordeel en waarom een aantal overschakelen naar forfait, omdat dan de codificaties niet meer gebonden aan de prestaties leveren, ja, de prestatie wordt geleverd, maar ze zit in uwe forfait. En je gaat daar naar de meest aangewezen persoon gaan natuurlijk, ja, degene die gekwalificeerd genoeg is, maar het minst van al kost, daar ga je uw match op zetten hé."

Dus in plaats van verder te subspecialiseren, is het een optie te denken in andere modellen waarbij je met de financiering die je krijgt (binnen een meer forfaitair systeem) bepaalde eerstelijnspathologie opgelost moet krijgen binnen de praktijk. Daarom niet door de huisarts, maar door de persoon in het team die er het meest voor gekwalificeerd is.

"Voila, ik denk dat dat de kracht kan zijn van zo'n model. En dat iedereen daar tot op zijn expertise mee aan de slag kan gaan bij net die patiënten wel of niet hé, ik bedoel ik denk dat dat terecht is dat je zegt van bij deze eventjes niet omdat ik het nu niet kan of nu niet wil. Maar langs de andere kant denk ik dat het aangewezen is om dan te kunnen zeggen van eigenlijk zou je als huisartsenpraktijk dat moeten kunnen oplossen. Hé, ik bedoel, met de zin van... of als eerstelijnspraktijk, allez, ik bedoel, dat is pathologie die bij u hoort en die je met de financiering die je krijgt, moet opgelost krijgen. Ja? En dat we meer in zo'n modellen moeten gaan denken in de plaats van te zeggen van we gaan superspecialiseren, ik denk dat dat niet het verhaal is, ik denk dat het belangrijk is van dat we dezelfde taal en dezelfde manier van dénken hebben."

In bepaalde gevallen zal het nog steeds de huisarts zijn die dit kan opnemen, soms voor het volledige traject, soms voor het begin, soms tussendoor. In dit kader kan het een meerwaarde zijn om dezelfde taal te spreken en dezelfde manier van denken te hebben.

"Ik denk dat het ook zinvol is voor ons allemaal (het consultmodel), je hebt ook heel veel milde psychische klachten hé, milde burn-out, milde depressie, hé, en daarvoor is dat ook heel goed toepasbaar hé, daarvoor, die mensen moeten eigenlijk niet naar de psycholoog…voor die mensen is dat wel zinvol dat we daar toch allemaal iets van kennen hé."

Een mogelijk bijkomend voordeel van het plaatsen van de aanpak van psychosociale problemen in een ruimere eerstelijnscontext, is dat het de drempel naar bijkomende psychologische begeleiding voor de patiënt verlaagt. Nu kan het financiële plaatje patiënten mogelijks tegenhouden om verdere hulp te zoeken. Hiernaast is de mentale drempel om naar de psycholoog te stappen vaak ook groot.

> *"we leven ook in een cultuur waarin psychologen niet voldoende erkenning hebben, waardoor dat de drempel toch wat moeilijker is, Amerika bvb is dat allemaal veel laagdrempeliger, dus ook daar zit er toch wel een hele hoop culturele verschillen. … De Vlaming babbelt niet."*

5.3.2. Visie van de patiënt op de functie van de hulpverleners

Het taboe rond psychologische hulpverlening past binnen een laatste mogelijke maatschappelijke drempel voor de implementatie van een psychologisch consultmodel: de visie van de patiënt op de functie van de hulpverleners.

Zoals hierboven net beschreven lijkt voor de deelnemende artsen de drempel bij patiënten om mentale bezorgdheden of problemen met een psycholoog te bespreken vaak te groot. Als ze dan toch die stap zetten, valt het op dat patiënten andere dingen ter sprake brengen dan ze doen bij de huisarts. Dit kan logisch zijn gezien het een andere specialisatie is en er een ander tijdsindeling is. Maar het kan volgens één van de artsen ook te maken hebben met het feit dat patiënten de tijd van de arts niet willen stelen of bang zijn onvoldoende begrip te krijgen. Daarnaast kunnen ze zich afvragen of dit wel het terrein is van de huisarts.

> *"Ja, 'ik wil hem (de huisarts) daar niet mee belasten', maar daardoor zichzelf ook kansen ontzeggen omdat we niet een volledig beeld hebben."*

De vraag stelt zich dan ook of we als arts wel het mandaat kunnen/mogen vragen aan de patiënt om een meer actieve rol in de psychologische begeleiding op te nemen. Gezien de huisarts ook de arbeidsongeschiktheid bepaalt, lijkt het voor de huisartsen wel een meerwaarde beter op de hoogte te zijn van de psychologische evolutie. Tijdens de eerste focusgroepgesprekken (zie masterproef Luca Lenoir[11]) drukten de aanwezige psychologen echter hun twijfel uit over het feit dat de arts hierin een dubbelrol uitoefent.

5.4. Positieve ervaringen

In de vorige drie paragrafen werd ingegaan op de verschillende drempels die de implementatie van een psychologisch consultmodel kunnen belemmeren. In deze paragraaf komen de positieve ervaringen en meningen omtrent het consultmodel aan bod.
Kan de gestructureerde aanpak van psychosociale problemen een meerwaarde zijn ten opzichte van het willekeurig aanpakken volgens ons eigen gevoel?

5.4.1. Gebruik van het model tijdens de implementatiefase

Alle artsen zijn het erover eens dat een stappenplan met bijpassende praktische tools een goede basis kan zijn om de behandeling van psychosociale problematiek beter aan te pakken.
Tijdens de implementatieperiode gebruikten zeven van de acht deelnemers in Gent het model. Eén arts deed dit niet omwille van tijdelijke afwezigheid in de praktijk kort na de presentatie. Bij terugkomst was hernemen moeilijk en werd de gekende manier van werken opnieuw gevolgd.

Drie van de vier deelnemers in Oostende gebruikten het model. Eén arts nam het theoretisch wel door, maar zag het niet zitten dit zelf te gebruiken:

> *"Ik vind dat een goeie kapstok, zeker voor beginnende artsen, als ik dat eens goed bekeken heb, vind ik eigenlijk, niet exact dezelfde volgorde of dezelfde manier, maar eigenlijk dat ik zo al werk. Maar dat komt vanuit jezelf en dat is niet, dat is inderdaad een goed kapstoksysteem voor mensen die beginnen en er zich willen in verdiepen, maar ikzelf ga dat niet gebruiken."*

De artsen die het wel hadden toegepast, deden dit eerder in beperkte mate: het stappenplan werd meer impliciet gebruikt en ze gebruikten vooral de afdrukbare tools (bvb. de weegschaal, slaaphygiënetips,...). Dit was handig in gebruik via één klik vanuit het elektronisch hoofddocument waar alles eenvoudig terug te vinden is in een inhoudstabel. De visuele ondersteuning was een hulp bij de uitleg tijdens het consult en het gaf ook een goed gevoel iets te kunnen meegeven met de patiënt. Zo kan deze het thuis nog eens bekijken, overdenken en bespreken met zijn naasten.
Het KOP-schema werd ook gebruikt, maar dan vooral als schema en minder als overkoepelend model over de verschillende stappen van het consultmodel heen.
De problematiek schematiseren onder K, O en P kan opnieuw een beginnend overzicht creëren en rust bieden.

> *"... omdat je inderdaad ziet hé, als de patiënt ziet 'ja, ok, het is een beetje geschematiseerd', kan ook al een soort van rust geven. Dat je overzicht terug geeft. Dat vind ik één die wel gemakkelijk kan gebruikt worden, zonder dat je, euhm, echt een een een traject start denk ik hé."*

5.4.2. Transdiagnostisch en gefundeerd normaliseren

Net zoals in de voorgaande focusgroepgesprekken (zie masterproef Luca Lenoir[11]) werd hier bevestigd dat het consultmodel voor meer bruikbaar is dan enkel surmenage en burn-out. Zo gebruikte één van de artsen het voornamelijk in de aanpak van slaapproblemen.

Bij milde psychische klachten is normaliseren via psycho-educatie belangrijk. Ook hier kan het model helpen om dat op een gefundeerde manier te doen. Het viel de meeste artsen op dat uitleg en het meegeven van psycho-educatie op papier positief onthaald werd bij de patiënten.

> *"Ook wel naar normalisering van een gevoel is dat wel belangrijk hé, want dat is niet zo onlogisch dat je je nu voelt zoals je je voelt en we kunnen dat zo en zo wel kaderen en uitleggen."*

5.4.3. Sluit aan bij huidige manier van werken

Een aantal artsen geven aan dat het consultmodel aansluit bij hoe ze psychosociale problemen ervoor al aanpakten. Het KOP-model werd door hen meer impliciet gebruikt.
Momenteel is de kennis in aanpak psychosociale problemen een verzameling van ervaring en wat men links en rechts hoort. Met dit model zit er een structuur in en zijn er meer concrete handvaten.

> *"...als je het achteraf analyseert, heb ik niet het gevoel dat ik rond die KOP gewerkt heb, maar je hebt eigenlijk wel rond het KOP gewerkt, maar onbewust."*

"Ik vind dat een goeie kapstok, zeker voor beginnende artsen. Als ik dat eens goed bekeken heb, vind ik eigenlijk, niet exact dezelfde volgorde of dezelfde manier, maar eigenlijk dat ik zo al werk..."

5.4.4. Werkwijze volgens model benoemen?

Bij gebruik van het consultmodel worden verschillende stappen doorlopen over verschillende consulten heen, gebaseerd op het KOP-schema. De vraag stelde zich of het een meerwaarde is om als arts kenbaar te maken dat je volgens zo'n model werkt. De meningen hierover waren verdeeld:
Enerzijds vonden een aantal artsen dat patiënten geen boodschap hebben aan het feit dat dit model benoemd wordt, het is vooral de inhoud van de consulten die van belang is.
Bovendien kan het verwoorden van de gevolgde methodiek te grote verwachtingen scheppen bij de patiënt.
Anderzijds kan het feit dat je volgens een onderbouwde methode werkt, naar de patiënt toe, een gevoel van vertrouwen en structuur geven.

"...vooral bij moeilijkere diagnoses, vooral bij chronische diagnoses, denk ik als je dan op zijn minst uw model kénbaar maakt, dan geeft dat vertrouwen aan de patiënt dat er een model gebruikt wordt en dat je dat niet uit je duim zit te zuigen…"

Daarnaast kan het ook een meerwaarde zijn in de samenwerking met de psycholoog.
Wanneer er nu wordt verwezen naar de psycholoog wordt er opnieuw van nul begonnen. Misschien kan het een meerwaarde zijn als ook aan de psycholoog de manier van werken wordt meegedeeld. Indien dit aansluit bij hun manier van werken, kunnen ze mogelijks verder bouwen op de gelegde basis.

"...maar wat ik dan nog niet gedaan heb, is dan ook een verwijsbrief ofzo meegegeven. Want anders gaat die, allez, ik ben al met iets begonnen en dan gaat misschien die psycholoog helemaal anders beginnen en misschien zou dat wel goed zijn als ik dat dan ook een keer zeg ... maar natuurlijk kan ik niet zeggen wat dat hij of zij moet doen. Dat kan heel goed zijn dat ze een ander model hebben, dat weet ik niet."

Dit sluit aan bij het begrip 'gemeenschappelijke taal', waar meerdere artsen naar verwezen. Zoals reeds vermeld in paragraaf 5.2.2 kan het werken met éénzelfde model een meerwaarde zijn in de communicatie tussen verschillende hulpverleners. Men kan als arts ook het gevoel hebben 'mee' te zijn in de evolutie van de patiënt, ook wanneer die al verder in behandeling is bij de psycholoog.

"Ik volg een patiënt met burn-out op, samen met een psycholoog en die patiënt komt dan ook regelmatig terug bij mij en ze had zo een mapje mee met een tekening in die de psycholoog gemaakt had. Dat was iets wat ik herkende, dat jullie hier ook voorgesteld hadden over stressniveau en chronische stress en ze begon mij dat helemaal uit te leggen en ze was daar ook zeer tevreden van geweest dat die psycholoog haar dat zo had uitgelegd, ze begreep haarzelf dan ook beter en ik dacht van ah, tiens ik heb dat gehoord, ik ken dat ook, allez, ik vond dat handig om daar… ik kon daar direct ook wat meer over meespreken, zonder dat ik het zelf eigenlijk had voorgesteld hé, op die manier vond ik dat ook handig, dat je dan weet van, het kan gebruikt worden, het wordt gebruikt en ja, dat je dan er meer van weet"

Het valt een aantal artsen op dat patiënten vaak een groter vertrouwen hebben in de specialist (of het nu een medisch specialist is of een psycholoog) en het gevolgde therapieplan als ze er terecht komen na doorverwijzing, dan wanneer ze zelf de stap zetten.

> *"Als je een briefje meegeeft van je moet bij die psycholoog gaan, dan is het vertrouwen in die psycholoog al zoveel groter, ik denk dat dat hetzelfde is of dat dat dan naar een persoon of naar een model verwijst, als je.. dat dat een beetje de autoriteit van een huisarts... en het versterken van een therapeutische… Bij een verwijzing naar een diëtist is dat hetzelfde hé, bij een chirurg is dat ook zo hé."*

5.4.5. Keuzevrijheid, maar toepasbaar voor elke arts

Alle artsen vonden het een grote meerwaarde dat bij het gepresenteerde model kan gekozen worden hoe ver elke arts hierin gaat. Het is geen dwingende, rigide structuur die stap per stap moet gevolgd worden. Elke arts kan zelf kiezen wat hij aanpakt volgens zijn eigen kunnen en interesse op een gegeven moment. Bij de ene patiënt zal dit makkelijker gaan dan bij de andere.

Het lijkt een zinvol model voor alle huisartsen en niet enkel diegene met een specifieke interesse in deze problematiek:
Enerzijds zien huisartsen veel mensen met milde psychische klachten waarbij er nood is aan een ondersteunende opvang, maar die geen nood hebben aan een specialistische verwijzing naar de psycholoog.

> *"Ik denk dat het ook zinvol is voor ons allemaal, je hebt ook heel veel milde psychische klachten hé, milde burn-out, milde depressie, hé, en daarvoor is dat ook heel goed toepasbaar hé, daarvoor, die mensen moeten eigenlijk niet naar de psycholoog… Ja voila, voor die mensen is dat wel zinvol dat we daar toch allemaal iets van kennen hé."*

Anderzijds willen (of kunnen) ook niet alle patiënten naar de psycholoog en dan kan dit model een leidraad bieden en een eventuele hulp zijn bij verdere motivatie tot verwijzing.
Daarbij komt nog dat, ook al verwijst de arts patiënten, deze toch verder op consultatie blijven komen. Zowel in kader van de arbeidsongeschiktheid, maar ook later voor andere problemen die dan mogelijks opnieuw gelinkt kunnen zijn aan de huidige problematiek.

5.4.6. Meer zelfvertrouwen en gevoel van controle

Een gestructureerde manier van aanpakken kan ondersteunend zijn voor artsen. Er kan een gevoel van meer controle en meer zelfvertrouwen ontstaan bij de consulten met 'heartsink-patiënten'. Het kan ervoor zorgen dat artsen die geen grip krijgen op de situatie, het consult in handen durven nemen om inzicht te scheppen in de chaos.

> *"….dan wel een ingangspoort kan zijn hé, om te zeggen van 'we gaan nu, dit consult, ons daarop toeleggen' en dan kijken wat dat betekent, wat dat dat doet. Om echt dat gevoel van 'pfff' niet te hebben. Dat je zegt van ok, ik ga het eens anders aanpakken en ik kan misschien dààr...maar dan ook tevreden zijn met het feit van we proberen het op papier te krijgen."*

5.4.7. Patient empowerment: van een passieve naar een actieve aanpak

Soms hebben artsen het gevoel dat patiënten hun probleem-pakket hen in de schoot komen werpen met de verwachting dat de arts het zal oplossen.
Het model zou kunnen helpen om, in plaats van aan die verwachting te proberen voldoen, de patiënt te helpen zelf de chaos te ontwarren. Met behulp van tools en onderbouwde uitleg kan de verantwoordelijkheid om bepaalde problemen aan te pakken opnieuw bij de patiënt gelegd worden. Hierdoor wordt het voor de patiënt duidelijk waar hij zelf aanpassingen kan doen (patient empowerment). In een volgende consult kan verwacht worden dat de patiënt iets ondernomen heeft en kan hierop verder gegaan worden.

> *"En ook ja, je hebt iets meegegeven en dan verwacht je ook wel allez, huiswerk is een groot woord, maar je verwacht dan iets meer terug, niet zo van, "ja en hoe ist nu weer"… en en, doordat je wat weerwerk vraagt van je patiënt kun je er weer verder op inpikken,.."*

Deze evolutie van een passieve naar een actieve aanpak, was volgens één van de artsen de grootste vernieuwing.

> *"Dat vind ik ook een van de grootste nieuwe of andere aanpak, is inderdaad, .. van de passieve vorm van "hoe gaat het?", he, luisteren, een kwartier luisteren en dan na het kwartier zeggen, "ok, dus nog niet zo goed.." (gelach)... Dat we eigenlijk overgaan naar een meer actieve vorm om eigenlijk proberen zaken mee te geven waar ze kunnen aan werken, tools mee te geven, allez, dat vind ik schitterend..."*

5.4.8. Helpen begrenzen

Het volgen van een model kan ook helpen begrenzen, want door overzicht te scheppen in K, O en P, krijgt niet alleen de patiënt, maar ook de arts een beter zicht op waar hij nog invloed kan hebben en waar zijn verantwoordelijkheid stopt. Bijvoorbeeld: is deze arbeidsongeschiktheid nog te verantwoorden? Betreft het hier nog een milde pathologie of is het geëvolueerd en is meer specialistische hulp nodig?

> *"je hebt een concept geleerd, je past het toe, ja, in de mate dat je het toepast en correct toepast en het lukt niet, dan moet je misschien ook gewoon zeggen van dit is mijn limiet. Er gaan misschien veel minder, allez, het blinkt uit in duidelijkheid denk ik en ook in het grenzen stellen ààn van… ik denk dat je het voor heel veel dingen kunt gebruiken, maar net dàt ook dat van tot daar is mijn rol en als het daarbuiten gaat, is het misschien interessant om er meer tijd en energie en geld in te steken."*

Net met dat begrenzen kunnen jonge artsen het soms moeilijk hebben volgens de deelnemende artsen. Daarom dachten de meesten dat dit model vooral een meerwaarde kan zijn voor huisartsen in opleiding.

> *"... mijn ervaring met haio's is op dat vlak toch dat dat de dingen zijn waar dat ze in vast lopen, dingen die blijven meelopen, die ze meepakken naar huis, er niet uit geraken, en als ze daar gewoon een heel duidelijk schema hebben waardoor dat je het ook kunt begrenzen hé, van ok, ik doe het in die tijdsspanne, ik probeer het op die manier aan te pakken, lukt het niet, ok, dan is het niet voor mij, of is het niet voor deze groep, is het misschien voor een andere groep*

en dat het ook duidelijker wordt van dit is echt wel iets wat ik kan doorverwijzen, terwijl dat anders soms het gevoel hebt van ja, zou ik dan nu wel zelf moeten doen of niet..."

5.5. Opleiding

In de paragraaf rond drempels op individueel niveau (5.1) werd reeds de nood aan voldoende opleiding aangehaald om zo'n consultmodel geïmplementeerd te krijgen. Daarenboven was het feit dat ervaren artsen al hun eigen structuur ontwikkeld hebben om met dergelijke problematiek om te gaan, een grote drempel om het model te implementeren.
Daarom kwam in beide focusgroepen naar voor dat het een meerwaarde zou kunnen zijn dit consultmodel aan te leren op een moment dat men niet niet vastgeroest zit in een eigen methode en het bijvoorbeeld te integreren in de opleiding.

De artsen zijn het erover eens dat het integreren van het consultvoeringsmodel op basis van de ICE (ideas, concerns en expectations) in de opleiding een enorme meerwaarde heeft gehad. Het lijkt hen echter onvoldoende voor complexere psychosociale problemen zoals burn-out. Met een gestructureerd consultmodel zou je ook voor deze problematiek kunnen terugvallen in een vaste structuur en kan dit eveneens een automatisme worden. Hoe jonger men is, hoe makkelijker het is om zich zo'n model eigen te maken omdat er nog geen kader is van waaruit men werkt.

"En vooral, ze hebben die ICE in de opleiding gebracht omdat ze het gevoel hadden, ok, als beginnend arts zit je bij die eerste consultaties gewoon vast en je kunt dat structureren maar die ICE is voor burn-out echt, allez, daar sta je nergens mee, of zeker niet ver, dus ik denk dat als ze dan een vaste structuur hebben gaan ze dat heel gemakkelijk gebruiken en gaan ze daarop terug vallen en dan gaat dat gewoon bij hen een automatisme worden, wat dat bij ons een ander automatisme heeft."

Een aantal van de handige tools worden momenteel reeds aangereikt binnen de opleiding. Wat echter lijkt te ontbreken is een integratie van deze toepassingen binnen een groter kader.

X: "Wel, wat ik raar vind is dat je een KOP-model krijgt en dat je daarnaast dan schema's krijgt hé, want daarover gaat het hem, terwijl je een kapstok zou moeten krijgen, en het KOP-schema is een kapstok, en de rest zijn tools die je kunt aanwenden binnen een…"

Y: "Maar ik, ik sluit mij aan, bij mij voelde dat ook zo aan, euh, niet als de kapstok en de rest, maar de of of of."

Tijdens één van de twee focusgroepgesprekken ging de discussie erover of het model zou moeten geïntegreerd worden in de basisopleiding of in de specifieke HAIO-opleiding.
Hierover waren de meningen verdeeld. Enerzijds zou het goed zijn als elke arts een basis heeft om hiermee om te gaan, maar als het al een volledige opleiding in beslag neemt om de basisconsultvoering onder de knie te krijgen, stelt zich de vraag hoe dit er nog kan bijgenomen worden.

Los van het feit of deze tools nu worden aageboden in de opleiding, lijkt het de deelnemers vooral iets dat in handen moet worden genomen door elke individuele arts en waarmee moet worden geoefend om het echt onder de knie te krijgen.

6. Discussie

6.1. Bespreking resultaat

Het aanvankelijke idee om aan elke arts te vragen om het model bij vijf patiënten toe te passen, werd verlaten om de artsen nog minder druk op te leggen en hen binnen hun eigen comfortzone te laten experimenteren met het model. Dit past binnen het concept van het consultmodel waarbij iedereen zelf kan kiezen (afhankelijk van zichzelf en van de patiënt voor zich) tot welke stap hij het model doorloopt. We spoorden de artsen aan het niet te vergeten, wat makkelijk ging tijdens de overlegmomenten, gezien het onze eigen praktijken betrof. De artsen in Oostende (waar Luca op dat moment nog niet werkte) werden via mail nogmaals herinnerd. Er werd eveneens in overleg met de promotoren beslist in plaats van een vragenlijst en korte semi-gestructureerde interviews, twee meer diepgaande focusgroepgesprekken te organiseren om naar de ervaringen met het consultmodel te peilen.

Uit onderzoek blijkt dat artsen bij de behandeling van psychosociale problemen minder informatie geven dan bij puur medische problemen, terwijl dit net bij deze consulten extra van belang is.[5]
De deelnemende artsen ondervonden bij de implementatie van het consultmodel vooral een meerwaarde van de psycho-educatie-tools zoals slaaphygiëne tips, de weegschaal en het stressweerbaarheidsmodel. Deze hielpen om op een onderbouwde manier aan psycho-educatie te doen. Dit kan bij onderzochte populaties effectief wijzen op een gebrek aan handvaten bij de aanpak van psychosociale problemen en een mogelijke meerwaarde van het aanleren van dergelijke modellen.

Het KOP-schema werd gebruikt, maar dan vooral als schema ter exploratie en minder als overkoepelende structuur over de verschillende stappen van het consultmodel heen. Hierin volgen de deelnemende artsen de tendens zoals die momenteel in de opleiding overheerst. Ook daar worden heel wat handige tools aangereikt, maar deze lijken onvoldoende opgehangen te worden aan een overkoepelend kader.

Dit is het doel van het uitgewerkte consultmodel: een kapstok bieden om handige tools aan vast te hangen. Hoewel alle deelnemende artsen het erover eens waren dat een stappenplan met bijpassende praktische tools een goede basis kan zijn om de behandeling van psychosociale problematiek beter aan te pakken, bleek het implementeren van het model als overkoepelende kapstok momenteel niet haalbaar. Volgens de artsen moet er vooraleer de toepassing van een kader mogelijk is, eerst nagedacht worden over een aantal randvoorwaarden. Deze werden beschreven op individueel-, praktijk- en maatschappelijk niveau.

Een mogelijke bijkomende verklaring voor het beperkte gebruik van het model vanuit ons onderzoeksopzet kan zijn dat er tijdens de implementatieperiode te weinig scholing werd gegeven en dat de artsen er te weinig aan herinnerd werden om het te gebruiken tijdens hun consulten.

De nood aan een overkoepelend kader sluit aan bij de algemene tendensen binnen de evolutie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Met de reorganisatie van de eerstelijnszorg, wordt een betere interdisciplinaire samenwerking nagestreefd. Hierbij komt de persoon met een zorgnood meer centraal te staan en wordt het zorgaanbod geïntegreerd aangeboden.

Binnen deze veranderingen in de eerstelijnszorg, zit ook de evolutie in de geestelijke gezondheidszorg: door de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg zal meer worden ingezet op vroegdetectie en vroeginterventie.
In een onderzoeksrapport van Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin komen hierbij voor de huisarts een aantal cruciale taken naar voor[20]:

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.

In tegenstelling tot de taken voor de ELP, worden deze belangrijke taken die weggelegd zijn voor de huisarts helemaal niet uitgewerkt. De vermelding van deze cruciale taken staat dus in schril contrast met de schaarste aan richtlijnen, scholing, kennis en training die er momenteel is voor huisartsen in Vlaanderen om aan die taken te kunnen voldoen binnen het nieuwe eerstelijnslandschap. Met dit masterproefonderzoek werd geprobeerd een concrete invulling te geven aan deze huisartstaken.

Als we willen werken aan getrapte zorg en het ontlasten van de tweede lijn door, meer kortdurende behandeling te voorzien, is het zeker nodig om als huisarts op een goede en snelle manier de zorgzwaarte in te schatten. Dit consultmodel kan hier mogelijks ondersteunend werken. Het is dus niet de bedoeling om de huisarts met nog meer werk op te zadelen of de behandeling nog meer naar de huisarts toe te trekken.
Dit was echter de vrees van een aantal artsen: dat het zou leiden tot langere consulten en subspecialisatie.

De deelnemende artsen geven, net zoals in ander onderzoek[20], aan dat ze onvoldoende geschoold zijn. Sommigen zijn van mening dat als men dit model goed wil doen als huisarts, men hier veel tijd in scholing en oefening moet steken, waardoor er een vorm van subspecialisatie ontstaat.
De discussie rond al dan niet subspecialiseren is een belangrijke en actuele discussie (ook op andere gebieden van de huisartsgeneeskunde), maar het is niet de bedoeling van dit model om geïnteresseerden te laten subspecialiseren. Het is de bedoeling om een generalistisch aanpak te promoten zoals het past binnen de huidige eerstelijnsvisie.

Om dit te kunnen verwezenlijken zijn de artsen van mening dat het nodig kan zijn om te denken in andere modellen, waarbij er een betere taakverdeling is en waarbij er met de financiering die er is (mogelijks binnen een meer forfaitair systeem) bepaalde eerstelijnspathologie opgelost moeten worden binnen de praktijk. Daarom niet door de huisarts, maar door de persoon in het team die er het meest voor gekwalificeerd is.
Zelfs al evolueren we naar een praktijkvorm waarbij psychosociale problemen sneller kunnen overgenomen worden door een andere medewerker in de eerstelijnspraktijk, toch zal de patiënt vaak als eerste contactpersoon de huisarts hebben.
Om hierbij aan bovenvermelde 'cruciale taken'[20] te kunnen voldoen zullen ook de artsen in meer of mindere mate met hetzelfde consultmodel moeten werken als mogelijke andere collega's binnen de eerstelijnspraktijk.
Het is dus meer een en-en-verhaal: als huisarts zelf kennis nemen van het gebruikte consultmodel en dit toepassen waar nodig, maar ook nadenken wie binnen de praktijk best bepaalde problemen kan oplossen en op welke manier (bvb praktijkondersteuner, in groepssessies of individueel,...).

Het blijft voor de deelnemende artsen belangrijk om de vrijheid te hebben om te kiezen in welke mate ze dit opnemen bij elke individuele patiënt, volgens eigen expertise, tijd en interesse. Hier lijkt het consultmodel, voorgesteld in niveaus, bij aan te sluiten. Er kan met kleine en haalbare stappen begonnen worden en er kunnen bepaalde onderdelen gebruikt worden zonder de structuur star te volgen.

Er zijn niet alleen artsgebonden factoren die bepalen in welke mate het consultmodel gevolgd kan worden. De artsen haalden ook een aantal patiëntgebonden factoren aan die de implementatie kunnen bemoeilijken, welke grotendeels overeen met de elementen uit de beslisboom van Boone (bijlage 1 in het consultmodel).

In beide focusgroepgesprekken zijn de artsen het er over eens dat het mogelijk zou moeten zijn om milde psychosociale klachten, zoals surmenage en burn-out, op te lossen binnen een eerstelijnspraktijk. Daarnaast vinden ze de samenwerking met een psycholoog binnen de praktijk een grote meerwaarde.
Hierbij kan het ondersteunend zijn om met alle hulpverleners een gemeenschappelijke 'taal' te spreken.
Ten eerste voor goede communicatie tussen hulpverleners in overleg. Wanneer er nu wordt verwezen naar de psycholoog wordt er opnieuw van nul begonnen. Misschien kan het een meerwaarde zijn als ook aan de psycholoog de manier van werken wordt meegedeeld. Indien dit aansluit bij hun manier van werken, kunnen ze mogelijks verder bouwen op de gelegde basis.
Ten tweede voor de arts, om de evolutie te kunnen opvolgen eens de patiënt doorverwezen is.
Tenslotte ook voor de patiënt zelf. In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out wordt gesteld dat gebrekkige afstemming (in tijd en inhoud) tussen verschillende eerstelijnshulpverleners het herstel vertraagt en de kans op recidief vergroot.[6]

Aan de andere kant kan de afstand die gecreëerd wordt misschien goed zijn. Soms wil de patiënt helemaal niet dat arts op de hoogte is van zaken die hij aan de psycholoog vertelt en vice versa. Er zal dus goed moeten worden nagedacht over het gedeelde beroepsgeheim en het zal belangrijk zijn de patiënt goed op de hoogte te brengen dat hij nog steeds beslist wie wat weet. Dit sluit opnieuw aan bij de persoonsgerichte visie.
Het zou mogelijk moeten zijn om zelfs met een gezamenlijk model de verschillende delen van het beroepsgeheim te verzekeren.

Tenslotte lijkt het model volgens de deelnemende artsen ook bruikbaar voor meer dan burn-out alleen. Dit sluit aan bij het generalistische en transdiagnostische uitgangspunt van het KOP-model: *"Door de prioriteit van de behandeling bij de copingstijl te leggen en de klachten te zien als een consequentie van ontoereikende coping in combinatie met stressvolle life events, is het KOP-concept bruikbaar bij de behandeling van heel veel verschillende soorten klachten."* [7]

6.2. Sterktes en zwaktes

6.2.1. 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.

6.2.2. 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 een aantal 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 er minder kostbare meningen verloren gingen.

Anderzijds is er een risico dat meningen van sommige deelnemers overstemd worden door meer prominent aanwezige deelnemers. Dit werd zoveel mogelijk beperkt door actief ook de stillere deelnemers naar hun mening te vragen en door non-verbale reacties in de gaten te houden en er op in te spelen.
Bij dergelijke interviews kunnen deelnemers meer sociaal wenselijk gedrag vertonen in plaats van hun eigenlijke mening. 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.

Alle artsen die de LOK-presentatie gevolgd hadden, werden uitgenodigd om het gebruik van het model te bespreken tijdens de focusgroepgesprekken. Hierbij werd benadrukt dat ook de artsen die er niet in geslaagd waren het te implementeren, meer dan welkom waren.
Drie van de twaalf Gentse artsen die op de LOK aanwezig waren konden niet op het focusgroepgesprek aanwezig zijn alsook vier van de acht Oostendse artsen. Mogelijks waren dit artsen die er minder in waren geslaagd het model te implementeren of die minder voeling hebben met psychosociale problematiek.

Het is moeilijk te bepalen of we verzadiging bereikt hebben met de 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 zou zijn.

De analyse van het interview en alle (thesis overkoepelende) focusgroepgesprekken gebeurde door beide onderzoekers afzonderlijk. Hierdoor is de analyse sterker dan indien dit zou gebeuren door één onderzoeker.

Uiteraard zijn de conclusies die uit deze studie kunnen getrokken worden eerder beperkt en gelden ze vooral voor de onderzochte groep. Maar het kan een signaal zijn dat er nog ruimte is voor verbetering in de aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn en meer specifiek de rol van de huisarts hierin.

6.3. Verder onderzoek

Zoals hierboven reeds vermeld, zijn de artsen het eens dat psychosociale problematiek onlosmakelijk verbonden is met het huisartsenberoep.
In deze studie werd het consultmodel enthousiast onthaald door de deelnemende artsen en waren ze bereid na te denken over andere manieren van samenwerken en zelfs financieren.
Een grootschaliger onderzoek zou een duidelijker beeld geven van de visie van de huisarts op de gestructureerde aanpak van psychosociale problemen, zeker in het kader van bovenvermelde cruciale taken voor de huisarts.[20] Hierbij zal het ook belangrijk zijn huisartsen die minder open staan voor de psychosociale problematiek te betrekken. Maar ook andere beroepsgroepen zoals (eerstelijns)psychologen zouden bevraaagd moeten worden naar hun mening omtrent een nauwere samenwerking. Gezien de andere scholing en mogelijks zorgen omtrent het beroepsgeheim kunnen andere meningen naar boven komen.[27]

Gezien hier vooral de afzonderlijke stappen uit het consultmodel gebruikt werden, kan het interessant zijn te onderzoeken hoe een overkoepelend consultmodel beter kan geïmplementeerd worden. Bijvoorbeeld door het aan te leren aan jonge artsen (HAIO's) die nog geen eigen methode ontwikkeld hebben.

Tijd kwam meermaals als een beperkende factor naar voor. In dit onderzoek nemen enkel artsen deel die voor het eerst kennis maakten met het model. Een nieuwe techniek onder de knie krijgen vraagt tijd, maar hoe meer ervaring, hoe vlotter dingen vaak gaan. Het kan interessant zijn om na te gaan of voldoende training met het model niet juist tijdsbesparend werkt. Daarbij is het nog onduidelijk hoeveel opleiding nodig is om het consultmodel effectief te kunnen gebruiken.

Het consultmodel kan mogelijk ruimer bruikbaar zijn dan voor surmenage en burn-out alleen. Ook hier is ruimte voor verder onderzoek.

Ten slotte kan het interessant zijn ook patiënten te bevragen naar hun ervaringen wanneer een arts hen opvolgt aan de hand van het consultmodel.

7. Conclusie

Het consultmodel werd gebruikt tijdens de implementatiefase, maar vooral de afzonderlijke, praktisch toepasbare tools, die erin vervat zitten en minder de overkoepelende structuur over de verschillende stappen van het consultmodel heen.
Hoewel de deelnemende artsen het erover eens waren dat een stappenplan met bijpassende praktische tools een goede basis kan zijn om de behandeling van psychosociale problematiek beter aan te pakken, bleek het implementeren van het model als overkoepelende kapstok momenteel niet haalbaar. Volgens de artsen moet er vooraleer de toepassing van een kader mogelijk is, eerst nagedacht worden over een aantal randvoorwaarden. Deze werden beschreven op individueel-, praktijk- en maatschappelijk niveau.

Referenties

1. Wackenier L. Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg en hoe kan deze belasting verminderd worden? Gent: Universiteit Gent; 2014. p. 37.
2. Naert J. Kan het gebruik van het KOP-model de huisarts helpen bij het structureren van psychosociale problemen van de patiënt? Gent: Universiteit Gent; 2013. p. 40.
3. Rogiers R, Declercq T, Anthierens S, Boydens E, Daeseleire T, Pauwels L. Help, ik zit erdoor! Over stress, surmenage en burn-out – deel 1. Huisarts Nu 2012; 41: 62-66.
4. 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: 134-140.
5. Deveugele M. Doctor-patient communication in general practice: an observational study in six European countries. Ghent, Belgium: Ghent University. Faculty of Medicine and Health Sciences; 2003.
6. Verschuren CM, Nauta AP, Bastiaanssen MHH, Terluin B, Vendrig AA, Verbraak MJPM, et al. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout: multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. Nederland: LVE, NHG, NVAB; 2011. p. 92.
7. Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model: kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p. 480.
8. Zelfzorg Ondersteund. Verkenning consultmodellen Persoonsgerichte Zorg 2017. Beschikbaar via: https://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/2017/05/20170509-Verkenning-consultmodellen-persoonsgerichte-zorg.pdf. Geraadpleegd 2018 april 4.
9. Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012; 49(3):360-71.
10. Rijnders P, Cox M, Starmans R. Psychische klachten in de huisartsenpraktijk: werken met het KOP-model. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2018. p. 214.
11. Lenoir L. Ontwikkelen van een, op het KOP-model gebaseerd, consultmodel voor psychosociale problemen (toegespitst op surmenage en burn-out). Gent: Universiteit Gent; 2019.
12. Dienst psychosociale gezondheidszorg België. Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Beschikbaar via: www.psy107.be/files/Vlaanderen.pdf. Geraadpleegd 2018 april 4.
13. Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.
14. Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Prevalentie overspannenheid in de huisartsenpraktijk 2017. Beschikbaar via: www.volksgezondheidendzorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-overspannenheid-de-huisartsenpraktijk. Geraadpleegd 2019 januari 21.
15. European Agency for Safety&Health at Work (EU-OSHA). Internationale vergelijking werkgerelateerde stress 2013. Beschikbaar via: www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overspannenheid-en-burn-out/regionaal-internationaal/internationaal#bron--node-tabel-bronnen-bij-de-cijfers-over-overspannenheid-en-burn-out. Geraadpleegd 2019 januari 21.
16. 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; 50(453): 313-318.

17. Verhaak P, Zwaanswijk M, Have J. Psychologische interventies. Huisarts en Wetenschap 2011; 54(1): 23-28.
18. Goigne S, Goedhuys J. Hoe zien huisartsen hun taak in de psychosociale hulpverlening? Enquête naar taakopvatting, knelpunten en ondersteuning. Huisarts Nu 2013; 42: 286-8.
19. 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. Br J Gen Pract. 2000; 50(454): 396-400.
20. Coppens E, De Jaegere V, Mestdagh A, Neyens I, Vranken R. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015. p. 22.
21. Derkens J, De Jong A. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. Huisarts Wet 2011; 54(8): 432-5.
22. Ceulemans F. Eerstelijnspsychologie komt er. Domus Medica 2019. Beschikbaar via: https://domusmedica.be/actueel/eerstelijnspsychologie-komt-er. Geraadpleegd 2019 januari 21.
23. Heene E, Rijnders P, Boone F. Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn: over klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl. Tijdschrift Klinische Psychologie 2011; 41(3): 172-182.
24. KULeuven, RIZIV. Opnieuw aan het werk na burn-out. Beschikbaar via: www.werkenburnout.be. Geraadpleegd op 2019 maart 1.
25. Bastiaanssen M, Loo M, Terluin B, Vendrig L, Verschuren C, Vriezen J. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Overspanning en burn-out. Huisarts Wet 2011; 54(12): 10-S11-6.
26. Terluin B. Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts en Wetenschap 2015; 4: 212-216.
27. JD. Tieners en ouderen de pineut, terwijl zij net meeste zorg nodig hebben. Vijf vragen aan psychotherapeut Frederik Van Driessche over de eerstelijnspsycholoog. De Morgen 1 maart 2019.

Bijlagen

1. goedgekeurd protocol
2. goedkeuring ethisch comité
3. informatiebrief en toestemmingsformulier deelnemende artsen
4. consultmodel + bijlagen

MASTERPAPER

PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

BIJLAGE 1: goedgekeurd protocol

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)

KU LEUVEN
UZ LEUVEN
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 psychologe 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 d invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport. Steunpu

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015.
4. Jasper Naert. Kan het gebruik van het KOP-model de huisarts helpen bij het structureren va psychosociale problemen van de patiënt? Masterproef huisartsgeneeskunde 2013.
5. Rijnders P., Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor d basis-ggz. Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2015. p.480.
6. C.M. Verschuren, A.P. Nauta, M.H.H. Bastiaanssen et al. Één lijn in de eerste lijn bij overspanni en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. LV NHG, NVAB. 2011.
7. R. Rogiers, T. Declercq, S. Anthierens, E. Boydens, T. Daeseleire, L. Pauwels. Help, ik zit erdo De behandeling van surmenage en burn-out door de huisarts – deel 2. Huisarts Nu 2012;41:13 40.
8. Goigne S, Goedhuys J. Hoe zien huisartsen hun taak in de psychosociale hulpverlening? Enquê naar taakopvatting, knelpunten en ondersteuning. Huisarts Nu 2013;42:286-8.
9. Derksen J, De Jong A. Het profiel van de eerstelijnspsycholoog na dertig jaar. Huisarts W 2011;54(8):432-5.

13. ANNEXES

All annexes should be integrated in this form, unless it would not be possible.

Please add here the information letter (if applicable)

Informatie voor de deelnemer

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 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. Gezien de problematiek vaak voorkomt, is er nood aan een gestructureerd protocol.

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.

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.

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

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)

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

Please add here the informed consent form (if applicable)

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

Please add here the questionnaire, information guide, test, etc. (if applicable)

Nabevraging

1. algemene gegevens
   - datum
   - naam arts
   - lft en geslacht pt
   - aanmeldingsklacht
   - eventuele (DSM) diagnose
   - duur consultatie
   - eerste consult/opvolgconsult

2. subjectief gevoel bij consultatie/beleving

   Hoe voelde je je bij deze consultatie?
   - zeker/onzeker
   - zelfzeker/ongemakkelijk

   Had je het gevoel controle te hebben over de consultatie?
   - ja/nee

   Had je het gevoel structuur te hebben tijdens de consultatie?
   - ja/nee

3. KOP model toegepast?

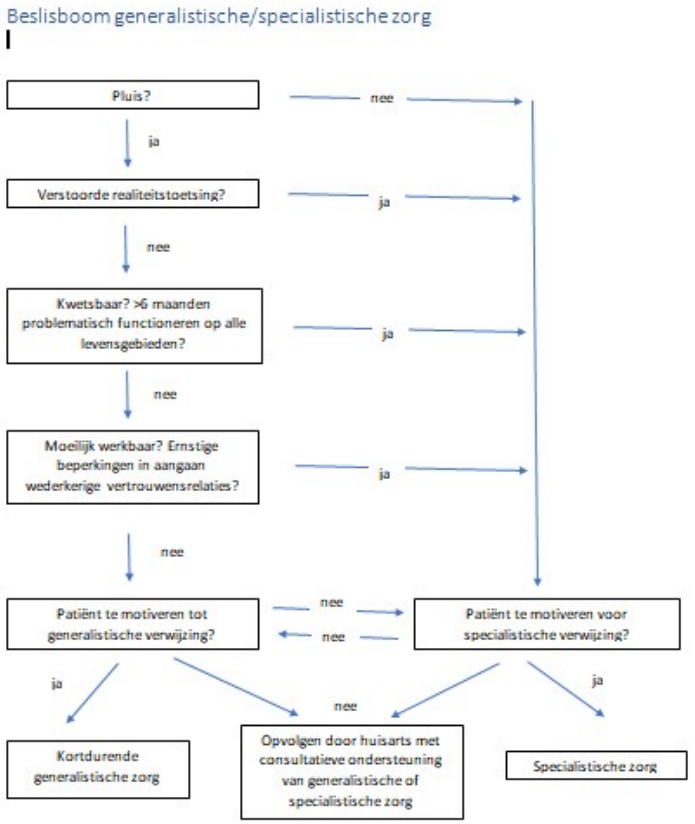
   Welke delen van het KOP model zijn tijdens deze consultatie aan bod gekomen?

K	ja/nee
O	ja/nee
P	ja/nee
psycho-educatie	ja/nee
	+welk?
behandelplan opstellen	ja/nee
behandelplan uitvoeren	ja/nee
huiswerk	ja/nee +welk?

4. Welke moeilijkheden ondervond je tijdens deze consultatie?
5. Vind je het psychologisch consultmodel gebaseerd op het KOP model een goeie manier om deze consultatie te structureren/aan te pakken? Waarom wel? waarom niet?

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

Other (if applicable)



BIJLAGE 2: goedkeuring ethisch comité

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

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

Het Ethisch Comité wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het Ethisch Comité ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane cadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Over de commissie

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek is een subcommissie van het Ethisch Comité voor onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven.

De Commissie bevestigt dat, in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Our reference: MP005398
Your reference: Master's thesis study: Ontwikkelen van een, op het KOP schema gebaseerde, aanpak van psychosociale problemen (met bijhorend EMD sjabloon) in 3 huisartspraktijken
Leuven, 19-03-2018

DEFINITIVE FAVOURABLE RECOMMENDATION

Dear Jo Goedhuys
Dear Janne Morlion, Luca Lenoir

The Educational Supervisory Committee on Medical Ethics (OBC) has, by delegation of the UZ (University Hospitals) KU Leuven's Research Ethics Committee, (EC) examined and discussed the specified protocol at its meeting of 19-03-2018

The Committee has no objection to the project provided the data is treated confidentially and there is compliance with Belgian privacy law.

The Committee is of the opinion that from an ethical perspective there are no objections with regard to the proposed study, as described in the protocol. Therefore it also issues a favourable recommendation for this study.

This favourable recommendation issued by the Committee does not mean that it actually assumes responsibility for the planned study. Responsibility for the study remains with the student concerned. Moreover, you must ensure that your opinion as the researcher involved is represented in publications, government reports etc. that are the result of this study.

You are reminded that during clinical studies, you must immediately inform the client (and where appropriate the manufacturer), as well as the Ethics Committee of any serious complications observed, even if the causal link with the study is unclear.

This favourable recommendation relates to the submission on 14-03-2018 and is valid for the duration of the master's thesis of the student or students concerned.

Any change to the protocol cancels this recommendation. In this case you must present an amendment for recommendation to the committee that previously approved your file.

Kind regards,

Prof. Pascal Borry
Chair
Educational Supervisory Committee on Medical Ethics KU Leuven

---

Points of concern (if applicable)

The Ethics Committee wishes to point out to the principle researcher/supervisor of the study his or her responsibility regarding the privacy of personal/patient data in contacts with the patient and/or consultation of the electronic medical file, including the correct implementation thereof by staff and students. The EC refers to the guidelines for ICH/GCP related to this matter on the website, and emphasises that a GCP training course is expected from each principal researcher. The EC also refers to the Belgian Privacy Law (Law of 8/12/1992 on the protection of privacy and the Law of 22/8/2002 regarding patient rights).

Formal Faculty Council agreement is required for the use of electronic medical data. The client is responsible for ensuring that documents in other languages comply with the Dutch documents.

Embryo in vitro research is subject to the Law of 11 May 2003. In addition to a favourable recommendation by the Ethics Committee, approval by the Federal Commission for Medical and Scientific Research on embryos in vitro is required for this type of research before the research project can proceed.

Before animal experiments may begin approval is required from the Animal Ethics Committee (ECD). Therefore you must register with this committee for the component involving animal experimentation and comply with its recommendations. Please note that you may only begin the study once you have received a definitive favourable recommendation from this committee.

Human cadavers research requires approval from the Ethics Committee for Care and Support. Therefore you must register with this committee and comply with its recommendations. Please note that you may only begin the study once you have received a definitive favourable recommendation from this committee.

About the committee

The Educational Supervisory Committee on Medical Ethics is a subcommittee of the UZ KU Leuven's Research Ethics Committee.

The Committee confirms that in the event of any conflicts of interest, the members concerned will not participate in the decision-making process related to the study.

BIJLAGE 3: informatiebrief en toestemmingsformulier

Informatie voor de deelnemer

"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 een periode van drie maanden, waarin de artsen het consultmodel toepassen, worden ze uitgenodigd voor een tweede focusgroepgesprek. Tijdens dit gesprek wordt vooral gepeild naar de subjectieve beleving van de arts tijdens het consult, de toepasbaarheid en de praktische haalbaarheid van het model. Het focusgroepgesprek wordt opgenomen, uitgetypt en op een kwalitatieve manier 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 onderzoekers: Luca Lenoir Janne Morlion	Naam zorgverlener:
Datum: 10/01/2019	Datum:
Handtekening	Handtekening

Consultmodel voor de aanpak van stress & burn-out in de huisartspraktijk

BIJLAGE 4: consultmodel + bijlagen

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)*

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.

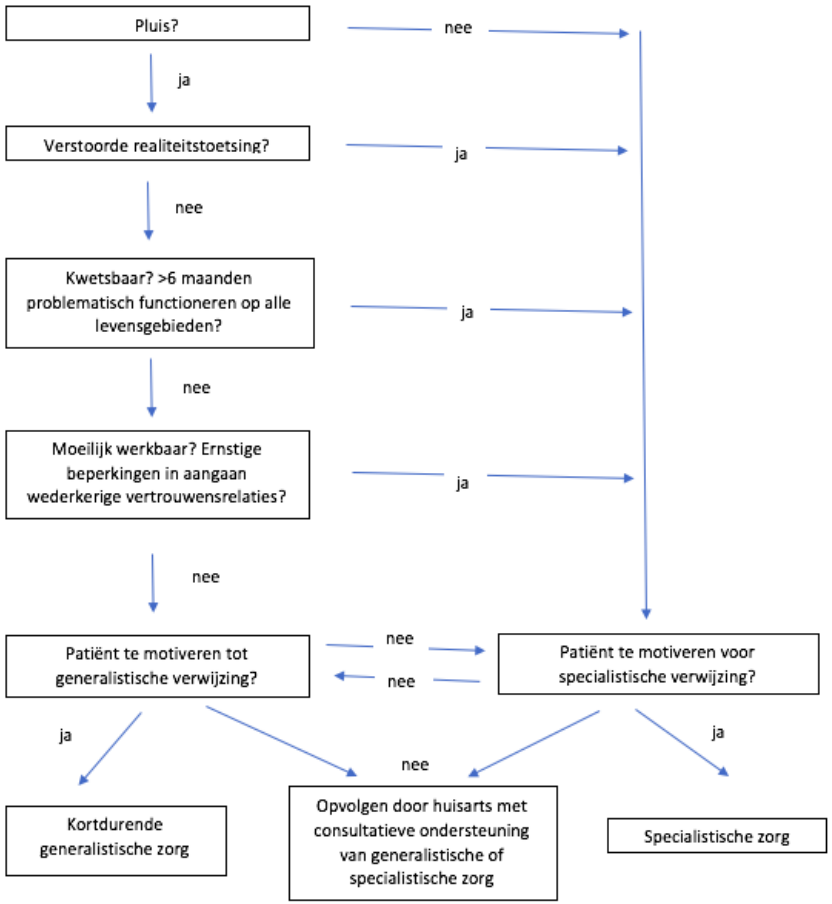
Volgens Boone zijn er 5 patiëntgebonden voorwaarden die moeten vervuld zijn om een indicatie voor een kortdurende of laagintensieve behandeling te kunnen stellen:

- 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

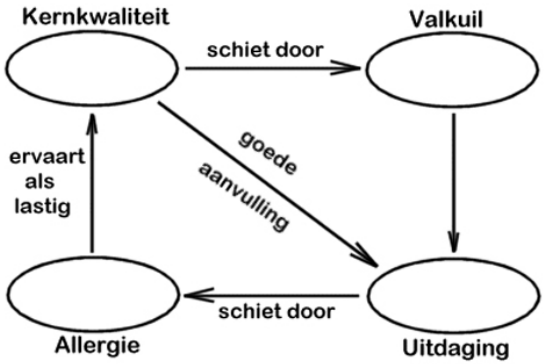
Het kernkwaliteitenkwadrant = kwadrant van Ofman

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

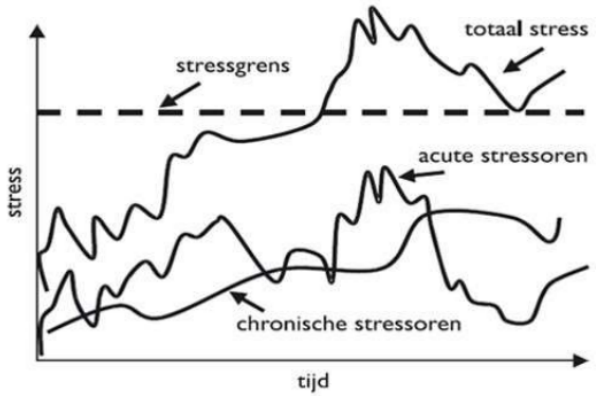
Stressweerbaarheidsmodel

Printversie: klik hier.

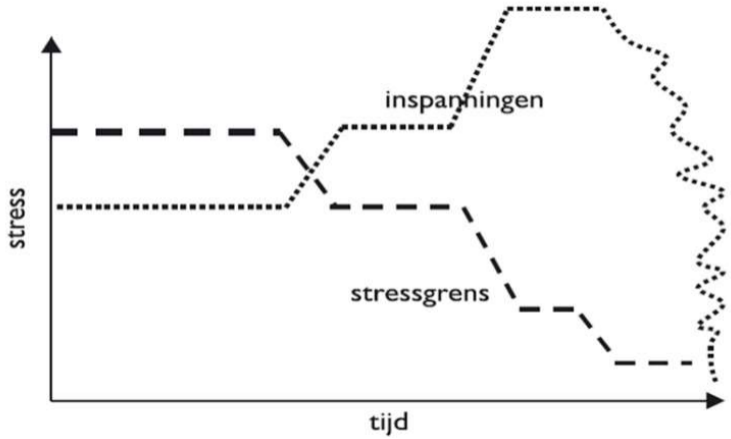
Een duidelijk psycho-educatief model rond stress, stressweerbaarheid en het ontstaan van klachten wordt mooi in beeld gebracht in onderstaande grafiek van Rik Schacht.

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

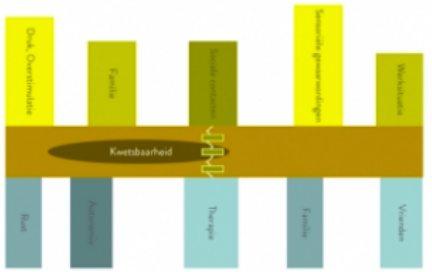
Balkmetafoor

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.



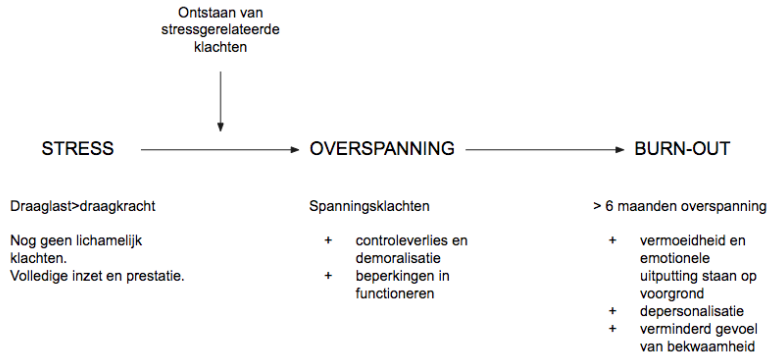
Stress continuüm

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,...)



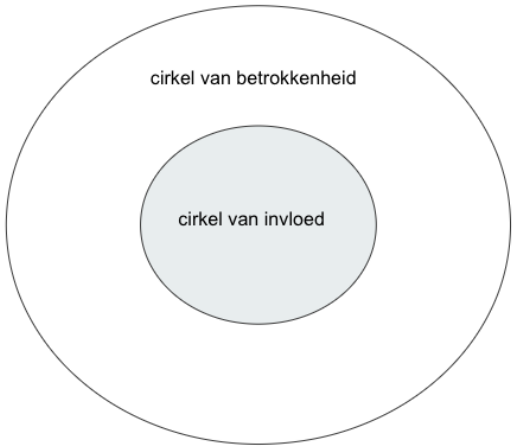
Cirkel van invloed en betrokkenheid

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.

<u>Gedragsexperiment</u>
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.

<u>Gedachte-experiment</u>
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

Bijlage 12: Hervalpreventie

Achtergrondinformatie

Herval komt vaak voor in de geestelijke gezondheidszorg. Je blijft namelijk dezelfde persoon met dezelfde kwetsbaarheden. Het belangrijke verschil is dat je ondertussen beter weet wat die kwetsbaarheden zijn (zie bijlage 5).
Door meer inzicht te hebben in je valkuilen (vaak een te ver doorgeschoten vorm van je kwaliteiten) en de situaties waarin deze meer op de voorgrond komen, kun je ze herkennen voor het ‘te laat’ is. In geval van toegenomen stress zijn we namelijk geneigd te reageren vanuit onze valkuil omdat we die het best kennen.

Hulpmiddelen

Reminders en buddy’s

Hou je valkuilen die je hebt opgespoord met behulp van o.a. de balans en het kernkwaliteitenkwadrant in je achterhoofd en probeer de kern van het probleem samen te vatten in een slogan, kernzin of metafoor. Hang deze bvb. op op verschillende plaatsen zodat je er actief aan herinnerd wordt.

Een andere meerwaarde in het behandelproces is zorgen dat een vertrouwenspersoon op de hoogte is van de verschillende opdrachten en mee kan helpen reflecteren. Die persoon kan je later opnieuw in vertrouwen nemen als het minder goed gaat en kan misschien zelfs signalen herkennen voor jij dit doet.

Spanningsthermometer

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

Belangrijk om herval te voorkomen, is het herkennen van signalen die er op wijzen dat je opnieuw in de oude gewoontes vervalt. Want meestal zijn er wel signalen van spannen, maar herkent men ze niet op tijd.
Hiervoor kan het nuttig zijn om jouw persoonlijke spanningsthermometer te maken waarbij 1 het laagste niveau van spanning is en 10 het hoogste.
Vul bij elk niveau aan welke signalen je kan merken dat je je op dit niveau bevindt. Hou hierbij rekening met gevoelens, gedachten, gedragingen (naar jezelf en naar anderen), lichamelijke gewaarwordingen en reacties uit je omgeving.
Bedenk daarbij wat je kan doen om terug een niveau te zakken of om op een goed niveau te blijven. Wat hielp hierbij vroeger?

Bronnen

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

Bar E. Behandelhulp. Het online steuntje in de rug bij uw behandeling. 2018. Beschikbaar via: https://docs.wixstatic.com/ugd/1d05f0_f1fc85b16f954f49b82f753052a31ba5.pdf. Geraadpleegd op 25/09/2018