# Aanpak van psychosociale problemen binnen de context van het Wijkgezondheidscentrum

Rijnders Niels, KU Leuven

Promotor: Prof. Goedhuys Jo, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

Mijn dank gaat uit naar mijn promotor Jo Goedhuys, mijn praktijkopleider Dr. Els Bartholomeeusen en al mijn collega's. Ik wens ook uitdrukkelijk de deelnemers aan de interviews te bedanken voor het vrijmaken van hun kostbare tijd en voor hun interessante inzichten. Deze masterproef was ook nooit klaar geraakt zonder het grondige naleeswerk van familie en de aanmoedigende aanwezigheid van vrienden, van wie ik in het bijzonder Flavie Lindemans wil noemen.

*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

**Inleiding:** Psychosociale problemen zijn veel voorkomend in de huisartsenpraktijk. Zij worden door de huisarts als belastend en tijdrovend ervaren. Mensen met een lagere sociaaleconomische achtergrond hebben een hogere psychosociale kwetsbaarheid. Voor hen is de stap naar gepaste hulpverlening ook moeilijker. Daarnaast zijn er binnen de psychosociale zorg een aantal grote veranderingen bezig. Aangezien men in wijkgezondheidscentra (WGC) een lage drempel nastreeft, wordt verwacht dat het aandeel maatschappelijk "zwakkeren" hier hoger is. Deze kwetsbaardere patiëntenpopulatie zou ook een groter aandeel psychosociale problematiek aanbrengen.

**Onderzoeksvraag:** Ervaart men in WGC meer patiënten met een psychosociale problematiek en een hogere werklast hierdoor? Hoe pakt men deze problematieken in het WGC aan? Op welke sterktes, zwaktes en uitdagingen botst men hierbij?

**Methode:** Voor de literatuurstudie werd gebruik gemaakt van voorafgaande masterproeven, Medline, het archief van Huisarts en Wetenschap, en aangereikte bronnen via collega's. Hulpverleners uit verschillende Vlaamse WGC werden aangeschreven om deel te nemen aan een semigestructureerd interview waarin de draaglast en draagkracht van het centrum wat betreft het voorkomen van psychosociale problemen werd nagegaan. Hierbij werd gefocust op de patiëntenpopulatie van het centrum, de interne organisatie en de samenwerking met externe partners.

**Resultaten:** In totaal werden 9 participanten uit 8 WGC geïnterviewd. In alle centra wordt een hoge werklast aan psychosociale problemen gepercipieerd. Men ziet hierbij een belangrijke link met het hoge aandeel aan maatschappelijk kwetsbare patiënten binnen de patiëntenpopulatie. Vooral de ernstigere, psychiatrische casussen bezorgen veel werklast. Het aanpakken van de gebrekkige sociale mix blijkt moeizaam. Er is nood aan een breed gedragen visie op het takenpakket van het WGC. Zorgverleners hebben hierin namelijk de neiging veel zorg en verantwoordelijkheid op te nemen. De multidisciplinaire werking van het team wordt als belangrijkste kracht van het centrum gezien, dit vooral omwille van het vlot overleg. Er wordt zoveel mogelijk getracht naar extern te verwijzen maar men botst hierbij niet alleen op structurele drempels, maar ook op patiëntgebonden drempels. Patiënten worden dan dikwijls toch in interne trajecten gehouden, met als doel wel een doorverwijzing naar extern. Belangrijk in dit traject blijken de maatschappelijk werkers of, als die er niet zijn, de sociaal verpleegkundigen. Zij nemen het sociale luik op zich en onderhouden de vaak uitgebreide sociale kaart. Een psychologische functie die individuele begeleidingen levert, is minder wijdverspreid. Redenen hiervoor zijn bezorgdheden rond het al snel overbevraagd worden van deze functie, alsook vragen rond de taak die men hier als WGC in heeft. Er wordt veel ingezet op de werking met externe partners en dit loont. De samenwerking met de psychiatrische instellingen verloopt moeizamer. Er wordt algemeen genomen wel actief meegewerkt aan de zorgnetwerken in het kader van Artikel 107.

**Besluit:** Er is een zware psychosociale last binnen de WGC, die ook door de zorgverleners zo ervaren wordt. Voornamelijk de ernstige, psychiatrische problemen bezorgen veel werklast. Om deze op te vangen zet men vooral in op het multidisciplinair werken, waarbij de maatschappelijk werker een belangrijke rol speelt, en de samenwerking met externe partners.

# Inhoudsopgave

Abstract ..... 3

Inhoudsopgave ..... 4

Inleiding ..... 5

Psychosociale problemen ..... 5

Artikel 107 (35) ..... 8

De eerstelijnspsycholoog ..... 10

Wijkgezondheidscentra ..... 11

Methodologie ..... 12

Resultaten ..... 13

Interviews ..... 13

Belasting door psychosociale problematieken ..... 13

Sociale mix ..... 17

Taakomschrijving WGC ..... 19

Interne organisatie ..... 20

Maatschappelijk werker in huis ..... 24

Medewerker GGZ in huis ..... 25

Samenwerking externe partners ..... 29

Samenwerking psychiatrie ..... 31

Bespreking ..... 33

Besluit ..... 35

Referenties ..... 36

Bijlage 1: mail verstuurd naar 29 WGC op 04/07/2018 ..... 39

Bijlage 2: leidende vragenlijst bij de interviews ..... 40

Bijlage 3: Goedkeuring Ethische Commissie ..... 41

Bijlage 4: Informed consent ..... 42

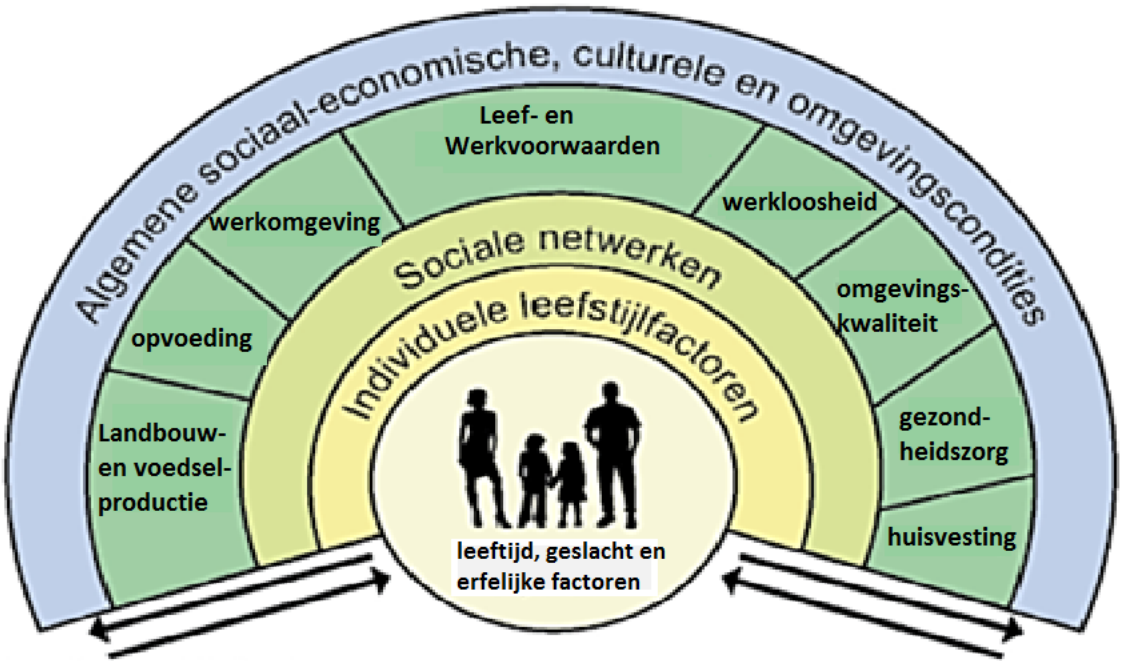
# Inleiding

## Psychosociale problemen

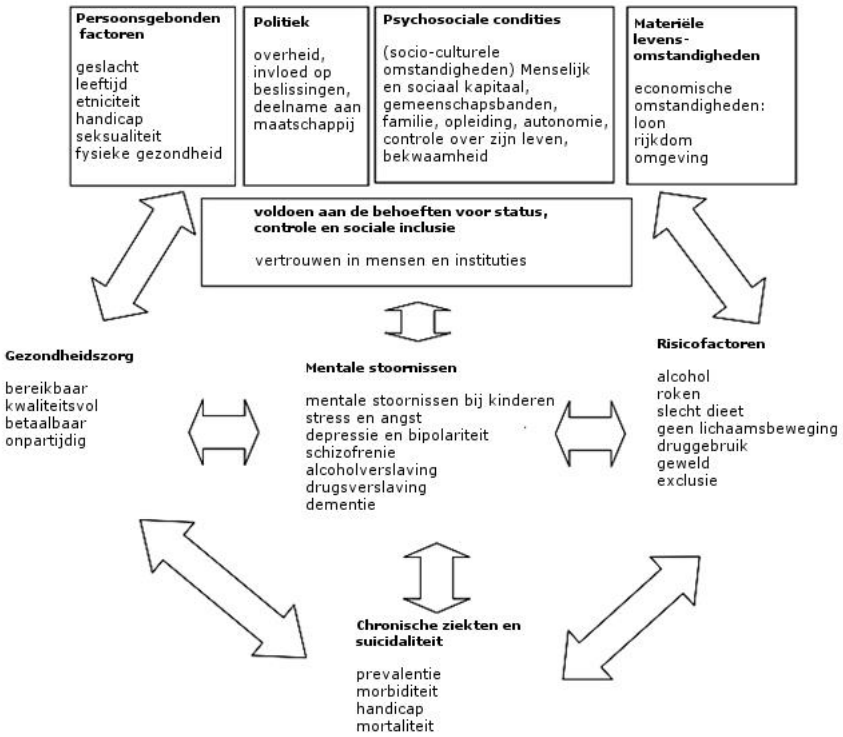
Psychosociale problemen spelen een belangrijke rol in de huisartsgeneeskunde. Een aanzienlijk deel van de bevolking lijdt hieraan en dit in alle bevolkingsgroepen (1-7). Het is dan ook een veel voorkomende oorzaak van consulteren, en zelfs van frequent consulteren (8), van de huisarts. Zo zouden psychosociale problemen ongeveer 20% van alle consultaties uitmaken (6). Er bestaat geen duidelijke definitie van wat psychosociale problemen nu precies zijn. Meestal wordt de term gebruikt om die problemen aan te duiden die niet strikt medisch-somatisch zijn. Psychische en somatische aspecten zijn echter erg nauw verbonden met elkaar (4). Veel psychische klachten hangen namelijk samen met lichamelijke gezondheid, gezinsleven en werk of andere omgevingsfactoren (6). De meest voorkomende psychische klachten in België zijn de angst-, stemmings- en alcoholgerelateerde problemen (2, 3, 6).

Net als algemene gezondheid wordt psychisch welzijn bepaald door meerdere, met elkaar interagerende determinanten (figuur 1 en 2). Psychosociale problemen vinden hun oorsprong in een veelheid van factoren, zowel biologische als maatschappelijke (2). Eén van deze factoren is de sociale klasse: maatschappelijk kwetsbare groepen hebben een verhoogd risico voor psychosociale storingen (2, 3). Armoede, werkloosheid, slechte arbeidsomstandigheden, ondermaatse huisvesting en onaangepast onderwijs gaan gepaard met een significante risicotoename van psychische stoornissen (9). Daarnaast verstoort psychologisch onwelzijn op zijn beurt het slagen op alle levensdomeinen en zal het dus zelf ook deze materiële factoren negatief beïnvloeden met een bekrachtigen van de ongelijkheid tot gevolg (9, 10). Mensen in een lagere sociaaleconomische situatie kampen dikwijls met minder uitgebreide sociale netwerken, welke beschouwd worden als een belangrijke buffer voor psychisch lijden (11). Het is voor deze groep ook moeilijker om de stap naar gepaste hulpverlening te zetten (4). Een groep die hierbij sterk naar voren komt zijn immigranten, waarbij vooral vrouwen oververtegenwoordigd zijn (12).

De groep met de minste mogelijkheden kampt dikwijls met de grootste nood (1, 2). De kennis rond psychologisch welzijn, zorg(aanbod) en patiëntenrechten is vaak minder aanwezig bij laaggeschoolden en etnische minderheden. Dit maakt, samen met de financiële drempel, de stap naar goede zorg enkel moeilijker (4, 6). Ook op vlak van therapietrouw spelen socio-culturele en persoonsgebonden factoren, zoals een lagere socio-economische status een rol (13).




**Figuur 1.** Schematische voorstelling van de sociale determinanten die de algemene gezondheid beïnvloeden. Centraal vinden we die factoren waarop weinig interventie mogelijk is, daarbuiten is wel meer mogelijkheid tot veranderingen aanbrengen. De meer uitwendige factoren zullen de meer centrale factoren ook beïnvloeden waardoor hun totale invloed significanter wordt (14).




**Figuur 2.** Schema opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in het Europees actieplan voor mentale gezondheid. Een plejade aan individuele, maatschappelijke en politieke factoren worden in beeld gebracht. Deze factoren hebben hun invloed op andere determinanten, maar worden op hun beurt er zelf ook weer door beïnvloed (9).

Voor huisartsen worden deze problematieken vaak als belastend (15) en tijdrovend ervaren (8, 16-20). De aanpak van deze problemen is dan ook niet eenvoudig, het gaat vaak om problematieken die de huisarts niet alleen kan opvangen. Wat de rol van de huisarts nu precies moet zijn in deze, is onduidelijk (4). Sociaal-psychische zorg behoort tot de kerntaken van de huisarts (21). Toch zien huisartsen dit zelf niet altijd zo en ligt de focus meer op de fysieke klachten passend binnen een bio(psycho)logisch model (22). Er zijn dan ook meerdere opvattingen over wat de rol van de huisarts precies hoort te zijn, gaande van een actieve rol (2, 21, 23-26) tot een net meer passieve, louter probleem-verhelderende rol (27, 28).

Tussen huisartsen onderling bestaan ook grote verschillen in kennis en vaardigheden (29), alsook in beschikbare middelen (2, 4). Algemeen kan men zeggen dat de huisarts psychische problemen moet kunnen duiden, de ernst ervan moet kunnen inschatten en de patiënt moet kunnen helpen een oplossing te vinden (29, 30). Het is tevens belangrijk dat hij over voldoende kennis beschikt betreffende de doorverwijsmogelijkheden om de toegang tot de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te kunnen faciliteren (4, 29, 30). Al dan niet doorverwijzen hangt af van zowel arts- als patiëntgebonden factoren. Hieronder verstaat men interesse en/of vraag naar verwijzing alsook het ingeschatte voordeel dat de patiënt kan halen uit psychotherapie (31, 32). Na een doorverwijzing is een goede opvolging door de huisarts van belang. Hierbij moet de link met de GGZ worden behouden, de medicatie opgevolgd worden, de omgeving ondersteund worden en over de fysieke gezondheid gewaakt worden (4, 29, 30). De patiënt zelf hecht ook belang aan een begripvolle interactie met de huisarts en de arts-patiënt relatie (33).

Niet alle patiënten zijn hetzelfde en het is aan de patiënt om de zorg te aanvaarden. Artsen dienen hun benadering aan te passen aan de patiënt die voor hen zit. Het project 'Patiënt in beeld' moedigt aan de zorg af te stemmen op de zorgfase, bepaald door de motivatie en het ziekte-inzicht, van de patiënt (zie tabel 1) (34).

| | **Beschrijving** | **Rol zorgverlener** |
|---|---|---|
| **Zorgmijder** | Consulteren niet | Open houding aanhouden |
| | Geen tot weinig besef problemen | Kennis maken en investeren in relatie |
| **Voorbijganger** | Consulteert, maar geen hulpvraag | Kader scheppen waarin kan zoeken |
| | Besef groeit, weinig engagement | Investeren in relatie |
| **Zoeker** | Hulpvraag maar weinig zicht op hulpaanbod | Probleem verduidelijken en kaderen |
| | | Advies geven, acties proberen |
| **Regisseur** | Hulpvraag gericht op hulpaanbod | Afstemming van de zorg |
| | Heeft vaak al aangepaste hulp | Hervalpreventie |

**Tabel 1.** De 4 zorgfases volgens het project 'Patiënt in beeld'(34). Patiënten kunnen wisselen tussen de verschillende fases en zich zelfs in verschillende fases tegelijkertijd bevinden. Wanneer 'zorgmijders' door externe factoren toch consulteren is dit essentieel in het opbouwen van vertrouwen. 'Voorbijgangers' hebben voor een specifiek probleem geen hulpvraag. Hun angst voor verandering is groot. Er wordt minimale zorg verleend terwijl men hen probeert te verleiden tot zorg door een kader te scheppen. 'Zoekers' stellen vaak veel hulpvragen. Dit vraagt van de huisarts voldoende kennis rond psychische ziektes en van de sociale kaart. Bij 'regisseurs' is hervalpreventie aangewezen door het opstellen van hervalpreventieplannen en crisisplannen. Bij die laatste groep is er het risico dat ze het contact met de zorgverlener verliezen door een te veel aan eigen regie.

# **Artikel 107** (35)

In 2002 werd de 'Gemeenschappelijke verklaring inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg' opgesteld. De tekst doelt op een evolutie van een aanbodgestuurde/residentiële GGZ naar een vraaggestuurde/gedifferentieerde GGZ, gebaseerd op de noden en vertrekkende vanuit de concrete leef-, leer- en werkomgeving van de patiënt. Dit houdt een meer gemeenschapsgerichte GGZ in, waarbij residentiële opnames zoveel mogelijk voorkomen worden en, indien onvermijdelijk, zo kort mogelijk gehouden worden.

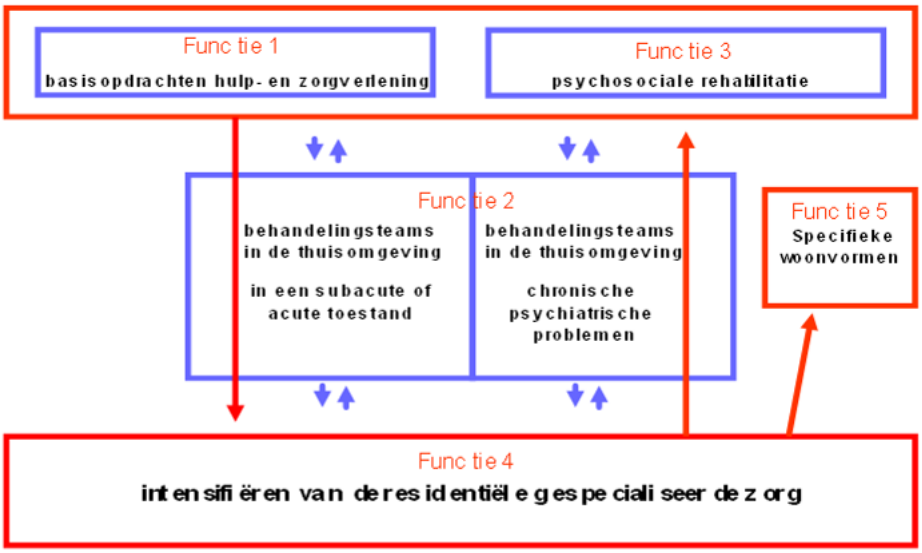
Om dit te bereiken werden een aantal hervormingen aangekondigd. De GGZ zou gaan werken binnen zorgnetwerken (samenwerkingen tussen zorgaanbieders binnen welbepaalde regio's) die verschillende zorgcircuits zouden aanbieden. Deze zorgcircuits houden een volledig GGZ-aanbod in voor een bepaalde (leeftijds)groep, dat voorziet in alle mogelijke zorgmodules afgestemd op specifieke behoeften. Therapeutische zorgnetwerken zijn afgestemd op individuele noden opdat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven en hun eigen sociale weefsel/contacten behouden. Dit netwerk is multidisciplinair en gericht op flexibele interventiemogelijkheden. Door een laagdrempelige eerstelijnshulp zal de GGZ toegankelijker worden. Een *stepped care* of *balanced care* wordt beoogd met in eerste instantie het maatschappelijk opvangnet, in tweede instantie de eerste lijn en pas in derde instantie de professionele GGZ (36).

Hierbij zouden de bestaande middelen worden aangewend bij het opzetten van ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische GGZ, rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie, en intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische GGZ indien een opname noodzakelijk is. In de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg' worden de 5 functies binnen het nieuwe GGZ-model voorgesteld (zie figuur 3). Functie 1 is deze van 'Preventie, promotie GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling' en vindt bij voorkeur plaats in de woonplaats van de patiënt. Dit vraagt een grotere aanwezigheid van de GGZ op de eerste lijn, bijvoorbeeld via outreaching vanuit de ambulante sector (de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg of CGG).

Een belangrijke stap die hierin werd ondernomen, het fameuze 'Artikel 107', kadert binnen het verder diversifiëren van het GGZ-aanbod. Dit werd in 2009 geïmplementeerd.

*"De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken."* – Artikel 107

Het gaat om een financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van financiële middelen van ziekenhuizen te realloceren zodat middelen en mankracht in een bepaald werkingsgebied kunnen worden ingezet om het bestaande GGZ-aanbod voor personen met psychische problemen verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen. De bedoeling is om op experimentele basis zorgcircuits en netwerken te realiseren met alle betrokken actoren. Een ziekenhuis kan een deel van de beschikbare bedgebonden middelen flexibel aanwenden voor de realisatie van functie 2, 3 en 4. De ziekenhuizen behouden aldus hun erkenning zodat noch de financiering, noch de erkenning van het ziekenhuis in het gedrang komt. Inspectiediensten zullen het volledige ziekenhuis evalueren in tegenstelling tot per dienst, en zullen bij de evaluatie van de projecten betrokken worden.




**Figuur 3.** De 5 functies in het nieuwe GGZ-model, figuur overgenomen uit de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg' (35). Functie 1 betrekt zich tot preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Functie 2 is het aanbieden van een toegankelijke en aangepaste zorg in de thuisomgeving. In functie 3 staat herstel en sociale inclusie centraal. De residentiële zorg is opgenomen in functie 4. Ten slotte beschrijft functie 5 deze van het aanbieden van specifieke woonvormen voor patiënten met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek, maar met beperkte mogelijkheden tot integratie in de maatschappij.

Hervormingen van de GGZ vinden niet enkel in België plaats. In 2014 voerde men in Nederland de generalistische basis GGZ in (37, 38). Het doel was om de GGZ meer in de eerste lijn te houden, dit omdat deze toegankelijker en goedkoper is. Hieraan koppelde men een nieuw verwijsmodel waarbij verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ enkel nog kunnen als er een (vermoeden van) psychiatrische stoornis aan gekoppeld is (39). Lichte tot matige, eenvoudige psychische stoornissen worden naar de generalistische basis GGZ (voorheen de eerstelijnspsycholoog) verwezen en complexe, zware problemen naar de gespecialiseerde GGZ. Andere therapie, voor patiënten met lichte klachten, wordt binnen de huisartsenpraktijk gehouden. Er is dus een toenemende rol van de huisartsenpraktijk binnen het landschap van de GGZ. Deze had een toename van patiënten met psychische klachten bij de huisartsen tot gevolg (ongeveer 15% meer consulten hiervoor tussen 2010 en 2014). Het overgrote merendeel (88%) van de Nederlandse praktijken heeft ook een Praktijkondersteuner huisarts-GGZ (POH-GGZ) in huis. Deze neemt evenwel geen patiënten over van de huisarts maar zorgt voor een aanvullende zorg waar dat patiënten vroeger geen hulp konden krijgen of doorverwezen werden. (40)

De term 'praktijkondersteuner-ggz' duidt op een generalistische GGZ functie binnen de huisartsenvoorziening, en niet op een specifieke beroepsgroep. De functie is gericht op de ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek. Een specifieke aanvullende scholing is vereist. (41)

# De eerstelijnspsycholoog

Binnen het kader van Artikel 107 en functie 1 van het nieuwe GGZ-model is er de intentie om de aanwezigheid van een toegankelijke GGZ op de eerste lijn te versterken. De vraag stelt zich hoe de eerste lijn voor deze functie kan worden uitgerust. Een mogelijkheid is de werking van de eerstelijnspsycholoog (ELP).

Eind 2011 - begin 2012 gingen zeven pilootprojecten hiermee van start in Vlaanderen en Brussel. In 2015 kwam men met een onderzoeksrapport (42). Hierin kwamen enkele interessante punten naar voren:

Centraal in het takenpakket van de ELP staan kortdurende behandelingen, andere activiteiten komen minder aan bod. Netwerken en het ontwikkelen van een inhoudelijke sociale kaart behoren echter ook tot zijn kerntaken. Dit maakt samenwerking tussen de verschillende zorgverleners mogelijk en bevordert de continuïteit van zorg. Het draagt ook bij tot een betere afstemming van het zorgaanbod. Een andere kerntaak is psycho-educatie. Dit kan zeer laagdrempelig en rond alledaagse psychische klachten georganiseerd worden, en is vaak erg toepasbaar voor groepssessies. Hiervoor is wel een tijdige en zichtbare bekendmaking nodig, evenals een sterke samenwerking met andere actoren. Duidelijk is alvast dat de verhouding van de verschillende taken bepaald wordt door de lokale behoeften en het reeds aanwezige GGZ-aanbod en dus per regio dient te worden bekeken.

De kortdurende behandelingen blijken effectief en zorgen voor minder onnodige verwijzingen naar de tweede lijn. Bijna de helft van de patiënten werd afdoende geholpen met enkel een kortdurende generalistische behandeling. Aan 80% van de patiënten werden minder dan 5 sessies aangeboden. De patiëntenpopulatie vertoonde toch vooral ernstige psychische klachten, hoewel dit niet de oorspronkelijke doelgroep vormde. Uit de testperiode blijkt dat ook deze mensen gebaat zijn bij een kortdurend aanbod. Voor de opvolging van langdurige psychosociale problemen zijn het CGG en het Centrum voor Algemeen Welzijn (CAW) belangrijke partners.

Met de inzet van een ELP werden meer kwetsbare groepen bereikt in vergelijking met de reguliere GGZ. Hierbij was de plaatsing een belangrijke factor, zo is de populatie bij een ELP in een WGC anders dan die van een ELP in een gewone huisartsenpraktijk. Patiënten met de grootste nood kregen voorrang. De bedoeling van de eerstelijnspsychologische functie is echter niet om enkel de financiële drempel te overwinnen.

Globaal genomen is de ervaring van zowel patiënten als klinische partners positief. Bij een aantal patiënten werd wel het beperkt aantal sessies negatief ervaren. De behandeling blijft te algemeen en niet alles komt aan bod. Sommige patiënten staan ook weigerachtig tegenover een verdere doorverwijzing.

Erg recent werd een vier jaar durend pilootproject ingezet waarbij over heel België de ELP functie werd uitgerold (43). De patiënt kan over een kalenderjaar een reeks van vier sessies, die 1x verlengd kan worden tot 8 sessies, consulteren aan terugbetalingstarief bij psychologen die ingetekend zijn op het project. Hierbij betaald de patiënt €11 (of €4 bij verhoogde tegemoetkoming) per sessie. Er moet hiervoor voldaan worden aan volgende voorwaarden:

- Leeftijd patiënt ligt tussen 18 en 65 jaar.
- Het betreft een matig ernstig psychisch probleem op vlak van angst, depressie of alcoholgebruik.
- De patiënt heeft een verwijsbrief van de huisarts of de psychiater.

Al spoedig kwam er echter tegenkanting vanuit het werkveld: de Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen (VVKP) gaf te kennen dat de verloning te laag uitviel. De ELP krijgt per sessie slechts €45 daar waar een psycholoog anders gemiddeld €60 verdient per sessie. Ook kwam er kritiek op de beslissing dat de diagnose door een arts dient te gebeuren terwijl de psycholoog hier ook voor opgeleid is, en vindt men 4 sessies te kort voor een degelijke therapie. (44, 45)

In Nederland liep ook een project waarbij men sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen vanuit de tweede lijn ging detacheren naar huisartsenpraktijken (46). De verpleegkundige hield een aantal uren per week consultaties in de praktijk en vormde een soort gids in de GGZ en een brugfiguur met de tweede lijn. De invulling van deze functie verschilde in de praktijken waarbij de verpleegkundigen zich soms afvroegen of zij de arts moesten ontlasten of net stimuleren in de psychologische zorg. Redenen waarom huisartsen patiënten naar hen verwezen waren: een bijdrage leveren in de diagnostiek (bevestigen vermoede diagnose, inventariseren en verduidelijken klachten), advies geven rond verdere behandeling (al dan niet doorverwijzen en waarheen, medicatie, …), motiveren tot verdere doorverwijzing bij patiënten die hier weigerachtig tegenover staan, behandeling waar de arts zelf vastzit, … Zij zagen voornamelijk patiënten met psychosociale problemen en stemmingsklachten maar ook met psychiatrische aandoeningen en verslavingsproblematiek. Ongeveer 25% van deze patiënten werden in verdere opvolging bij de verpleegkundige gezien, waarvan ongeveer een derde voor kortdurende therapie. In een gelijkaardig Canadees project werden 45% minder verwijzingen naar de tweede lijn waargenomen met een grotere effectiviteit en selectiviteit tot gevolg (47).

Een Nederlandse studie komt met enkele mogelijke interventies die binnen de eerste lijn zouden toegepast kunnen worden (48). Men impliceert wel de bijstand van functies die in de Belgische eerste lijn minder ingeburgerd zijn. Dit zou de beperkingen die de huisarts ervaart in het zorgaanbod ten goede kunnen komen. Voorgestelde interventies zijn onder andere reattributie, motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp, problem-solving treatment, …

# Wijkgezondheidscentra

Een wijkgezondheidscentrum (WGC) is een organisatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg die aangesloten is bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC) en die haar visie onderschrijft:

*'Een wijkgezondheidscentrum wil met zijn werking bijdragen aan een open, **solidaire**, **rechtvaardige** en **duurzame** samenleving met aandacht voor **diversiteit** in al zijn aspecten. Bij het organiseren en aanbieden van zorg hanteert het wijkgezondheidscentrum het principe van het **proportioneel universalisme**. Het aanbod wordt kwalitatief en kwantitatief afgestemd op de zorgnood van patiënten en wijkbewoners.' (49)*

De WGC werken met een forfaitair betalingssysteem. Dit betekent dat de patiënt zich inschrijft bij een bepaald centrum en er zich zo toe verbindt enkel in dit centrum te komen voor de geneeskundige zorg. De patiënt betaalt zelf niets maar het ziekenfonds levert een vaste bijdrage aan het betreffende centrum.

Vaak worden er ook andere vormen van zorg bij aangeboden. Zo hebben een heel aantal WGC één of meerdere sociaal of maatschappelijk werkers in huis, en/of diëtisten, zorgkundigen, … Een aantal WGC hebben ook psychologen in huis. Dit verschilt echter voor de verschillende centra in Vlaanderen. Deze extra zorgverleners worden niet vergoed via het forfaitair betalingssysteem maar worden desalniettemin frequent gratis aangeboden door de WGC zelf.

De WGC kennen vaak een kwetsbaardere populatie met een groter aantal lager opgeleiden, immigranten, werklozen, enzovoort. Illustratief hiervoor zijn gegevens van de VGWC die aangeven dat gemiddeld 42% van de populatie van 27 aangesloten WGC een verhoogde tegemoetkoming geniet (50), terwijl in België ruwweg 1/5 van de bevolking hier recht op heeft (51). De literatuur volgend maakt dit het aandeel psychosociale casussen in een WGC groter. In dit eindwerk stellen we de vraag of de verschillende WGC inderdaad een zwaardere belasting hierdoor ervaren, en hoe zij hiermee omgaan. Welke uitdagingen, krachten en zwaktes ondervinden de verschillende WGC bij de aanpak van psychosociale problemen?

# Methodologie

Bij het kiezen van een onderzoeksonderwerp rond dit thema werd de databank van het ICHO er op nageslagen binnen de ICPC-codes ‘(P) Psychische problemen’ en ‘(Z) Sociale problemen’. Hierbij werden een aantal masterproeven geselecteerd die handelden over psychosociale problemen en de aanpak hiervan, alsook masterproeven die handelden over GGZ op de eerste lijn (52-58). Na de keuze van het onderzoeksdesign werd aanvankelijk uit de referentielijsten van de masterproeven geput voor de literatuurstudie. In een poging deze aan te vullen met ook recentere studies werd Medline geraadpleegd met volgende MeSH-termen: ‘Psychosocial Support Systems’, ‘Psychotherapy’, ‘Mental Health’, ‘Social Problems’, ‘Primary Health Care’, en ‘Family Practice’. Dit leverde slechts een beperkt aantal bijkomende studies op. Verder werd ook het online-archief van ‘Huisarts en Wetenschap’ erop nagekeken met behulp van trefwoorden als ‘GGZ’, ‘Geestelijke gezondheidszorg’, ‘psychosociale problemen’, en ‘Praktijkondersteuner GGZ’. Hierbij werden nog enkele artikels weerhouden. Daarnaast werden enkele rapporten en artikels verkregen via collega’s.

Er werd gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Voor de interviews werden alle Vlaamse wijkgezondheidscentra aangeschreven via de coördinator van het WGC waar de onderzoeker werkzaam is (zie bijlage 1). Er werd opgeroepen tot een interview van een half uur tot uur gedurende de periode september-oktober van 2018. Hiervoor werd gevraagd een ‘Google form’ in te vullen met beschikbare momenten, waarna de respondenten werden gemaild door de onderzoeker om een afspraak vast te leggen. Het interview zelf werd gevoerd in de praktijk van de respondent en er werd gebruik gemaakt van een vragenlijst als leidraad (zie bijlage 2).

# Resultaten

## Interviews

In totaal werden 8 interviews bij 9 werknemers van 8 verschillende WGC uitgevoerd. Eén interview was een dubbelinterview. De persoonlijke kenmerken, alsook de kenmerken van de betreffende WGC zijn terug te vinden in tabel 2. Alle WGC bevonden zich in een stad of grootstad, enkel het WGC uit interview B bevond zich in een kleinere gemeente. Dit WGC was nog maar 2 jaar geleden opgericht, de geïnterviewde medewerkers waren al vanaf de opstart in het centrum werkzaam. Drie van de WGC bevonden zich in dezelfde stad, namelijk Gent.

## Belasting door psychosociale problematieken

Uit alle interviews komt een hoge gepercipieerde belasting naar voren. Alle zorgverleners melden een hoog aandeel van psychosociale problematieken in hun dagdagelijkse taken. De vraag stelt zich natuurlijk wanneer we kunnen spreken over psychosociale problemen. Zo wordt terecht de opmerking gemaakt dat men het medisch-biologische niet altijd kan loskoppelen van het psychosociale, met het biopsychosociaal model in het achterhoofd. Vaak vermelde psychosociale problemen zijn financiële problemen, verslavingsproblematiek, depressieve klachten, familiale problemen (relationeel, opvoeding, …). Patiënten met psychiatrische aandoeningen werden ook meermaals aangehaald.

*'In se kan je het zien bij elke consultatie… We hebben hier altijd discussies over de verkoudheden, waarom komen zoveel verkoudheden hier aan huis? Omdat het mensen zijn die gewoon niet weten wat ze moeten doen. Ze hebben een opleiding van lagere school, misschien zelfs nauwelijks lagere school, rekening houdend met het analfabetisme. Jonge ouders die enkele kinderen hebben die nooit geleerd hebben hoe ermee om te gaan. Zelfs de verkoudheden zijn vaak psychosociale problemen omdat ze gewoon de basis-skills niet hebben om ermee om te gaan. Dus in elke casus kan je, denk ik, wel een psychosociaal luik zien.' – Int. D*

*'We hebben ooit een statistiek getrokken en wij hebben gezien dat 55% van onze patiënten één of andere psychiatrische diagnose had. Maar daar valt ook medicatie- of alcoholverslaving onder, dat is een groot deel. Maar dat is echt wel een heel groot deel van onze populatie. Wij coderen die ook wel allemaal. Ik vind dat dat gigantisch is.' – Int. F*

| Interview | Geslacht | Functie | Jaren in dienst | # Patiënten | Team |
|---|---|---|---|---|---|
| **A** | Vrouw | Maatschappelijk werkster | 6 jaar | 2444 pten | 6 huisartsen<br>3 Verpleegkundigen<br>3 Kinesisten<br>1 Maatschappelijk werker<br>1 psycholoog (13u/week) |
| **B1** | Vrouw | Huisarts | 2 jaar | 532 pten | 2 huisartsen<br>1 verpleegkundige/MW |
| **B2** | Vrouw | Verpleegkundige + Maatschappelijk werkster | 2 jaar | | |
| **C** | Vrouw | Maatschappelijk werkster | 10 jaar | 2982 pten | 8 huisartsen<br>5 verpleegkundigen<br>5 kinesisten<br>4 maatschappelijk werkers |
| **D** | Man | Huisarts | 11 jaar | 6684 pten | 16 huisartsen<br>8 verpleegkundigen<br>1 zorgkundige<br>7 kinesisten<br>2 maatschappelijk werkers<br>1 diëtiste (beperkt)<br>1 intercultureel bemiddelaar |
| **E** | Vrouw | Huisarts | 8 maanden (interim) | 2239 pten | 5 huisartsen<br>2 verpleegkundigen<br>1 maatschappelijk werker<br>1 psycholoog |
| **F** | Vrouw | Huisarts | 3 jaar | 889 pten | 2 huisartsen<br>2 sociaal verpleegkundigen<br>1 psycholoog (1x/week) |
| **G** | Vrouw | Zorgkundige (2 centra) | 1 jaar | 2728 pten | 7 huisartsen<br>4 verpleegkundigen<br>1 zorgkundige<br>2 kinesisten |
| **H** | Vrouw | Praktijkondersteuner GGZ | 7 jaar | 5692 pten | 12 huisartsen<br>6 verpleegkundigen<br>1 zorgkundige<br>7 kinesisten<br>2 maatschappelijk werkers<br>1 diëtiste<br>1 praktijkondersteuner GGZ<br>1 praktijkondersteuner kiné |

**Tabel 2.** Geslacht, functie, periode in dienst binnen het huidige WGC, aantal patiënten en het aanwezige zorgteam voor elke geïnterviewde respondent. Het aantal patiënten werd bekomen via de VWGC en geeft de totale zorgpopulatie aan op 01/01/2019. Het zorgteam werd in het interview doorgegeven of van de website van het betrokken WGC gehaald. Hierbij dient vermeld dat het hier ook om deeltijdse functies kan gaan, een groter team kan dus ook uit meer deeltijdse krachten bestaan. Er werden in totaal 8 interviews afgelegd. Interview B was een dubbelinterview. De huisarts in interview E was een jonge arts die momenteel een tijdelijk contract van een jaar aangegaan was, zij had ook meerdere ervaringen in andere WGC als vervangarts of HAIO. De zorgkundige uit interview G werkte ook deeltijds in het WGC uit interview D, er werd met haar zoveel mogelijk gesproken over haar ervaringen binnen WGC G.

De psychosociale consultaties worden meer voorkomend ingeschat dan bij de gewone, doorsnee huisartsenpraktijk. Op zijn minst ligt het percentage van de consultaties waarbij deze problemen een belangrijke rol spelen hoger. Dit wordt vooral geweten aan de kwetsbare populatie die bijna elk WGC kent. Het gaat dan vooral om mensen in (kans)armoede, mensen van allochtone afkomst, vluchtelingen, … De WGC voelen ook allemaal de druk om in deze zorgnood te voorzien.

*'Maar het is wel dat voor ons dat probleem groter lijkt omdat dat procentueel een groter deel van onze patiëntenpopulatie is. Als je nu maar zo 2 of 3 patiënten hebt dan is dat iets anders. Maar ik zeg het een derde tot 80% van de patiënten zit met een psychosociale problematiek, vaak alle twee: psycho en sociaal.' – Int. B1*

*'We trekken veel naar ons toe. En ook een hoog percentage aan patiënten. Ik denk dat het grote - een huisarts uit de voorstad heeft het ooit mooi gezegd: 'waar wij 10% van psychosociale problematiek zien, zien jullie 90%' - Dat is het grote verschil. Die getallen kloppen misschien niet, maar zo voelt het wel.' – Int. D*

De kwetsbare populatie met de bijbehorende psychosociale casuïstiek wordt als belastend ervaren, wat in lijn is met de literatuur. Dit geldt niet alleen voor de huisartsen maar ook voor de andere disciplines werkzaam binnen het WGC. Deze belasting leidt meer dan eens tot een gevoel van verzuipen bij de zorgverleners.

*'… ik denk dat onze huisartsen soms blij zijn dat ze gewoon iemand zien passeren die oorpijn heeft of een gewone keelontsteking, omdat we toch met een populatie zitten met heel wat problematieken naast het medische, en dat maakt het denk ik voor de huisartsen soms ook wel intens en zwaar.' – Int. A*

*'Ik ben hier gevraagd geweest omdat de draagkracht/draaglast van de zorgverleners helemaal niet meer in balans was. Dus dat het water aan de lippen stond van de zorgverleners, mensen op randje burn-out stonden. Dit omwille van de zwaarte van de casussen van die mensen met psychische kwetsbaarheid, hier in het centrum.' – Int. C*

Er wordt algemeen aangevoeld dat er in de gewone gangbare zorg nog te veel drempels zijn voor deze populatie. Zo is de stap naar welzijnszorg, zoals bijvoorbeeld het CAW, en zeker naar psychologische/psychiatrische zorg voor deze populatie nog steeds erg moeilijk. Redenen die hiervoor aangehaald worden zijn het stigma, financiële drempels, taalproblematiek, wachtlijsten, slechte voorafgaande ervaringen, ... Het gevoel heerst dat deze patiënten gemakkelijk blijven steken bij het WGC en niet goed verder op pad geraken naar gespecialiseerde hulp. Dit is vooral belastend bij die patiënten die een belangrijke psychiatrische stoornis hebben.

*'Eigenlijk zie ik het vooral van: als maatschappij heb je een zeer goed sociaal opvangnet en toch heb ik het gevoel dat wij als WGC's daar nog een extra lijn onder hebben of een klein netje onder hebben waar je toch nog veel dingen kan vangen en die misschien dan terug - of misschien kan je het ook als trampoline zien, van dat we proberen die met ons verennet terug op het sociale net van de maatschappij te brengen. Soms zie je dat je toch de laatste strohalm bent, wat natuurlijk het werk niet lichter maakt.' – Int. D*

De zware sociaal-psychische problemen van deze patiënten bemoeilijken ook de zorg op somatisch vlak. Meermaals wordt het verband tussen psychosociaal welzijn en fysieke gezondheid gelegd.

*'Nu de publieke gezondheid is erbarmelijk hé, hier ook vrees ik, bij heel veel van onze patiënten met GGZ-problematiek. Niet alleen door onze fout, maar ook omdat zij angstig zijn voor een bloedname, een onderzoek, tandzorg, noemt maar op… De sterftegraad is 25 hé, die sterven 25 jaar sneller dan wij. Dat is immens, ik was daar niet goed van… Daar zitten natuurlijk de suïcides ook wel bij maar toch… dus ja, ge komt daar dikwijls ook niet aan toe, ook niet aan preventieve zorg voor die groep, dat is een moeilijke opgave. Een diabetes geregeld krijgen… Ik denk enerzijds is dat de medicatie, er zijn er heel veel met ontzettend veel medicatie voor hun problematiek, dus dan ook al de nevenwerkingen van die medicatie.' – Int. C*

Het bediendestatuut van de zorgverleners binnen het WGC helpt het volgens een aantal respondenten in de strijd tegen overbelasting. Men werkt binnen een contract met een bepaald aantal uren, wat zou beschermen tegen het maken van veel overuren. Er moet dan natuurlijk wel aan dit contract gehouden worden en niet buiten de uren worden gegaan. Ook andere bijkomende voordelen, zoals ouderschapsverlof, worden genoemd. Anderzijds lijkt het forfaitair systeem de drempel voor sommige patiënten zo laag te maken dat ze al heel snel een afspraak maken. Al die patiënten zien binnen de vastgelegde uren kan de werkdruk erg verhogen.

*'Maar ik merk wel dat door het kader dat we hebben, en het kader daarmee bedoel ik een vast contract met een bepaald aantal uren, en dan kan je kiezen: we zitten met enkele artsen met een 30 uren-week en andere artsen met een 38 uren-week. Doordat je dat beperkt, heb je toch nog wel mogelijkheden. Als je aan het werk bent, ben je heel hard aan het werk en is het heel zware materie, maar heb ik het gevoel of merk ik toch dat er weinig opgebrand wordt door overuren en door die 60-urenweken, die oneindig veel prestaties die je wil of moet presteren, valt het wel mee. Anderzijds merk je ook dat er mensen toch vertrekken, toch andere professionele uitdagingen opzoeken, en dan denk ik, ook door de zwaarte van de problematiek.' – Int. D*

*'Ik denk doordat wij niet prestatiegericht werken, uw agenda ook gewoon maar gevuld wordt door.... Mensen nemen zelf de telefoon, bellen, maken een afspraak en kunnen vaak als ze willen een afspraak krijgen. Je hebt er als arts soms ook baat bij om mensen dan maar 3 keer te zien achter elkaar omdat het super complex is. Als de agenda dan vol staat, mensen die ge al heel lang kent en heel lang opvolgt of ge ziet allemaal acute dingen achter elkaar en die zijn dan ook nog eens, ja... Dat is moeilijk hé.' – Int. F*

In een aantal WGC wordt ook gewerkt met intervisie, coaching en dergelijke. Er wordt veel aandacht besteedt aan de zorg voor werknemers omdat het gevaar van opbranden gekend is. Ook het belang van grotere projecten zoals 'Doctors4Doctors' wordt aangehaald. Dit zijn allemaal ondersteunende maatregelen voor de zorgverlener om tot zelfzorg te komen.

*'En de rol van de - wij hebben nog niet zo lang, ik denk dat het nu 2 of 3 jaar is, een zorgcoördinator, dat is één van de artsen. Ik denk voor alle disciplines. Ook hoe dat zij dat doet en die rol, dat dat ongelofelijk belangrijk is. Waarbij dat je ook met al die dingen dat je voor jezelf… Zij houdt dat eigenlijk, vind ik, wel goed in het oog, zo een klein gesprekje tussendoor: hoe zwaar je belast bent, hoe het met u gaat.' – Int. H*

# Sociale mix

Het bewaken van een 'sociale mix' is iets dat veel naar voren komt in de interviews. De doelpopulatie van de WGC is voor een belangrijk deel de kwetsbare onderlaag van de maatschappij. Drempels worden actief laag gehouden door gratis te werken en door centra op te richten in die wijken waar een hogere nood wordt aangevoeld. Toch is er een merkbare oververzadiging en is de zoektocht naar manieren om dit op te vangen overal gaande.

*'Er zijn vrij veel huisartsen hier, hier is geen echt huisartsentekort. Wij zijn ook nog een vrij jong centrum. Wij zijn ontstaan doordat Samenlevingsopbouw dat initiatief is beginnen nemen doordat ze het gevoel hadden dat er echt wel nood was aan een socialere praktijk. Ik denk dat we die nood heel hard vervuld hebben maar er was niet echt een groot tekort aan huisartsen, dus de meeste mensen die een huisarts wilden, hadden wel een huisarts. Wat dat maakt dat wij die hele kwetsbare laag die er bovenaan dreef en nergens echt terecht kon, dat we die bij ons hebben. Echte gezinnen waarvan beide partners gaan werken, die zijn toch echt in de minderheid.' – Int. F*

Op meerdere plaatsen wordt verteld dat sociale partners, met name de OCMW's, gemakkelijk patiënten richting het WGC sturen. De vraag wordt dan ook gesteld naar de meeste van deze partners om de toestroom in te perken opdat het behapbaar blijft. Anderzijds is hier wel begrip voor, gezien het net de houding van de WGC is open en toegankelijk te zijn voor iedereen. De afstemming met deze partners is dan ook van belang. In die regio's met meerdere WGC wordt ook het belang van de wijk benadrukt. Zij staan daar nog meer als WIJK-gezondheidscentrum en vinden het dan ook van groot belang dat het centrum vooral de wijk dient. Alle respondenten hechten tevens veel belang aan vrije keuze: de overtuiging dat de patiënt een keuze moet hebben en dus niet opgelegd mag worden om zich in een WGC in te schrijven, zeker als patiënten al een huisarts hebben en hierover tevreden zijn.

*'Ja sowieso van andere organisaties wordt er naar ons doorgestuurd. Dat is ook omdat, vaak zeggen ze dat: 'dan ben je zeker dat ze goed zitten' en je zit met heel sociaal voelende artsen al die tijd nemen voor hun patiënten, dat financiële luik dat wegvalt, het feit dat je hier met meerdere zorgverstrekkers zit. [...] Wij zeggen ook altijd tegen mensen, want we hebben dat zo'n tijdje gehad dat OCMW dan nog doorstuurde ook al hadden mensen een huisarts, dat we ook zeggen van als je een huisarts hebt waar je tevreden bent, waar dat je een goede band mee hebt, dan moet je niet veranderen, dan zou dat zelf jammer zijn. Dat is toch wel belangrijk, zeker voor mensen in kwetsbare situaties is een huisarts vaak echt wel een spilfiguur en iemand waar ze op kunnen bouwen en vertrouwen. Vaak ook de enige. Geef dat niet op omdat het hier gratis is en zeker nu, sinds er nu een aantal jaar derdebetalerstarief in voege is en ik heb ook wel de indruk dat dat goed werkt. Allez we leggen dat dan ook altijd aan de mensen uit: 'je hebt daar recht op, vraag er dan ook achter, uw huisarts gaat u dat dan ook geven', dat mensen minder snel zomaar van huisarts zullen veranderen omdat het hier gratis is. Dat is wel de tendens dat we gezien hebben dat dan toch is beginnen afnemen.' – Int. A*

*'Dat hebben we misschien een keer of 2-3 gehoord, van het OCMW heeft mij doorgestuurd of dergelijke. Maar eerder hoorde ik dat ook in Gent of Sint Niklaas. Waarschijnlijk is dat overal wel zo.' – Int. E*

Daarnaast gaan patiënten die goed worden geholpen bij hun problematiek ook kennissen en vrienden, met vaak gelijkaardige problemen, overtuigen om naar het WGC te komen. Hierbij geven ze dan wel niet altijd het volledige kader van de werking mee.

*'B2: Het is vaak dat mensen, allez bij mij toch, zeggen dat ze heel graag naar hier komen, dat drempel hier laag ligt, en dat ook heel actief aanbevelen.*
*[…]*
*B2: Ja, en dat is wel heel leuk maar vaak zijn dat mensen met een bepaalde zorgvraag en een bepaalde psychosociale problematiek. En de mensen die dan naar hier komen, zijn dan ook mensen met die problematiek, dus het maakt ons publiek er niet gevarieerder op.' – Int. B*

Op de vraag of deze groep van kwetsbare patiënten beter op zijn plaats zit binnen een WGC, gezien de vaak betere omkadering, uitgebreidere ervaring en het multidisciplinaire pakket, zijn de antwoorden verdeeld. Algemeen vindt niemand dat het medische luik per se beter zou lopen binnen een WGC, over de psychosociale begeleiding is er enige onenigheid. Sommige mensen zijn misschien net beter af bij anderen…

*'B1: Dat valt te zien wat je bedoelt met betere zorg. Een andere huisarts kan evengoed medische zorg bieden als ik als huisarts, maar die heeft geen maatschappelijk werkster. Dus die huisarts biedt wel even goede medische zorg maar heeft niet de mogelijkheden om dan die andere zorgen te bieden. Is dat dan beter?*
*B2: Ik zal daar gewoonweg ja op antwoorden. Ik begrijp dat gij … maar ik antwoord daar ja op.*
*B1: Voor het sociale deel van de patiënt is dat zeker goed, maar medisch gezien…*
*B2: Als we kijken naar de psychosociale problematiek.*
*B1: Ja, en dat heeft ook invloed op het medische.' – Int. B*

*'Zijn wij beter dan anderen? Dat weet ik niet. Soms denk ik van anderen doen dat even goed, nee ik ben daar zeker van: anderen doen dat even goed. Ik ken een heel pak groepspraktijken die niet met de forfait werken maar die even goed voor die groepen werken als wij maar die hebben er minder. Dat is dan een verhouding van 30-70, terwijl wij 70-30 hebben.' – Int. C*

Er wordt wel een grote nood binnen de gemeenschap aangevoeld. Alle WGC merken een toenemende patiëntenpopulatie en proberen verdere groei mogelijk te maken. Hierbij wordt echter ook gebotst op praktische obstakels.

*'Maar wij kunnen ook maar uitbreiden tot ja... Tot het gebouw vol zit hé. Het zit nu vol met aantal zorgverstrekkers en vol is vol hé. En dan gaan wij nog een beetje kunnen uitbreiden, dat gaat over een paar maanden zijn, maar wij zijn op zoek naar een nieuw gebouw maar dat is niet zo evident om in een stad, goed gelegen, een betaalbaar pand te vinden dus daar is al een hele tijd aan het overgaan om de verschillende opties die er zijn ook verder te bekijken.' – Int. A*

Evenzeer ziet een aantal WGC zich toch genoodzaakt om af-en-toe een "patiëntenstop" in te voeren om het team wat te kunnen ontlasten.

*'We zijn bijvoorbeeld een tijdje onderbezet geweest door chronisch zieken en omstandigheden, en dan merk je heel hard dat het er gewoon niet bij kan. Dan moet je ook een rem zetten op je inschrijvingsbeleid, en proberen we zo weinig mogelijk te werken met inschrijvingstops maar goed... Ik denk dat gezondheid van de werknemers toch ook belangrijk is.' – Int. D*

# Taakomschrijving WGC

Er is een zoektocht gaande naar wat de taken van het WGC moeten zijn op vlak van psychosociale zorg. De populatie heeft een hoge nood aan, en is dan ook gebaat met, psychosociale begeleiding. Enkele dilemma's hierbij zijn: hoe ver moet er als WGC gegaan worden in de zorg en wat zijn net taken van de maatschappij of van de patiënt zelf? Hoe kan je als zorgverlener je eigen grenzen bewaken en toch kwaliteit blijven bieden?

*'Het is natuurlijk ook wat individueel, je hebt artsen die net veel gaan doen, je hebt artsen, of hulpverleners tout court, die misschien net wat begrenzender zijn van 'dit is eigenlijk niet mijn probleem, dit is eigenlijk eerder iets voor extern'. Ja, ik bedoel we zijn maar een actor binnen onze sector, er zijn andere actoren die daar beter voor zijn. Dan moet je je natuurlijk de vraag stellen als centrum van: in hoeverre gaan we dat allemaal op onszelf nemen? Is onze functie hier het op onszelf nemen of is het eerder onze functie te signaleren naar extern toe van 'seg, jullie verzaken aan jullie taak of verantwoordelijkheid'?' – Int. E*

*'Maar ik denk dat er heel veel verschillen zijn tussen elk WGC. Mensen denken van 'Oh daar ga ik hetzelfde hebben'. Maar nee dat is niet. Ik heb er nu 3 gezien en het is iets totaal anders. De huisartsen hebben soms een totaal andere visie en dat verschilt dan ook nog een keer tussen de huisartsen onderling.' – Int. G*

De respondenten ervaren vaak een nood aan een eenduidige visie binnen het WGC. De zorgverlener heeft een individuele verantwoordelijkheid, maar volgens de respondenten moet dit ook in de visie van het WGC worden opgenomen en uitgedragen. Het belang hiervan komt meermaals terug in de interviews: er moet een gemeenschappelijk gedachtegoed zijn waaraan men zich kan vasthouden. Naar aanleiding van gebeurtenissen of casussen komt zo'n gemeenschappelijk kader wel ter sprake. Een aantal van de centra hebben deze oefening echt gemaakt en zelfs een visietekst uitgeschreven. Toch blijven zorgverleners vaak naar hun eigen aanvoelen en overtuiging werken. Er is nog veel individualiteit binnen de WGC, en men vindt dat ook dit bewaakt moet blijven.

*'Wij hebben daar geen, wij hebben nog nooit een gemeenschappelijke moment gehad dat daar echt over, dat dat bij wijze van spreken echt een agendapunt is. Daar wordt veel over gepraat, direct en indirect, naar aanleiding van, of... Nee. Ik denk dat we dat zelf wel voelen soms van 'nee, dit niet, dit doen we toch niet' of dit wel. Maar dat is in het verleden met de collega in burn-out, die nu ook gestopt is, die nam veel meer taken op zich, dus dat was ook echt een onevenwicht.' – Int. F*

*'We hebben hier heel erg gewerkt rond visie rond GGZ, rond dat luik, en dat vind ik wel heel belangrijk. Wij hebben ook heel hard gewerkt aan de visie van ons als WGC en wat we willen doen en wat we willen zijn, en dat je alles wat je doet daaraan ophangt en aan aftoetst, dat vind ik heel belangrijk. Zoals we ook heel erg in onze visieontwikkeling geïnvesteerd hebben de voorbije jaren om echt uit te klaren: wat is eerstelijnszorg? En wat is de taak van de eerste lijn? En wat doen we daarin wel en wat doen we daarin niet? Dat is heel belangrijk, en dat betekent dat we bijvoorbeeld als er nieuwe projecten komen, bijvoorbeeld we kunnen het idee krijgen 'we gaan hier een zwemgroep doen, of we gaan hier een dit- of een dat- groep doen', dan is het zo dat we bepaalde toetsstenen hebben: bestaat het al in de wijk? Hoe noodzakelijk is eerstelijnspsychologische zorg? Is het effectief? Enzovoort.' – Int. H*

Een wederkerende reflectie is dat de neiging bestaat veel zorg te willen opnemen en zo niet alleen over de eigen grenzen maar ook over die van de patiënt te gaan. Zo ziet men regelmatig patiënten met problemen op verschillende levensdomeinen en kost het soms moeite om niet op al deze domeinen tegelijkertijd in te zetten maar om net de tijd en ruimte te nemen om het traject aan te gaan. De noden van de patiënt worden dan ook regelmatig verkeerd ingeschat door de hulpverlener en er is soms dan ook meer terughoudendheid nodig om niet te zwaar in te zetten maar net op maat te werken. Verder dringt zich ook de waarschuwing op niet te veel verantwoordelijkheid van de patiënt en diens eigen netwerk over te nemen. Dit niet alleen om de eigen grenzen te bewaken maar ook om de patiënt te stimuleren in zijn eigen kunnen en het systeem rond de patiënt net te ondersteunen. Zeker op dit laatste moet voldoende durven worden ingezet. Het 'Patiënt in beeld' project dat werd besproken in de inleiding, is uitgevoerd in WGC C. Een doel hierbij was net de reflectie te maken rond de taken die het WGC voor deze patiënten opneemt.

*'Die minimale zorg was heel moeilijk hier, het verhaal van daarstraks: ge doet maar minimaal iets, maar de rest doe je allemaal niet, is dat dan goede zorg? Nee, dat is geen goede zorg maar dat is soms de enige zorg die ge kunt bieden, zeker aan de mensen die voorbijgaan aan de zorg of mensen die zorg mijden, daar vermoeide u dodelijk op.' – Int. C*

*'Nu net, denk ik, bij een kwetsbare populatie die heel veel toch laag zelfvertrouwen, een laag zelfbeeld hebben, weinig vertrouwen hebben in hun kunnen. Dan denk ik, als ik nu alles overneem als hulpverlener dan bevestig ik eigenlijk enkel alleen maar het feit dat je het niet kan. Dus heb ik zoiets van: nee, je moet het leren. Eén van die kwetsbaarheden is nu net dat je die gezondheidsvaardigheden niet bezit, het is ook vanuit die optiek dat ik wil begrenzen.' – Int. E*

Er is ook nood aan zelfreflectie en evaluatie. Dit leeft wel in de meeste WGC maar gebeurt vooral naar aanleiding van casussen en gebeurtenissen. In enkele WGC werd dit op een gegeven moment, in het takenpakket van een nieuwe functie gegoten.

*'Dat zat allemaal een beetje vast omdat er heel fel ruimte was gelaten voor het gesprek, en er was zo'n beetje de praatpaalfunctie ingevoerd: gewoon luisteren, altijd maar luisteren. Maar ja, dat stopt niet, en dat luisteren haalt u ook leeg. Dat is één van de eerste dingen dat ik gezegd heb dat moeten we terug afbouwen, dat is niet goed, mensen moeten hier met een vraag komen, want gewoon altijd komen ventileren dat is buurthuis. Er zijn netwerken die daarvoor gecreëerd moeten worden, door vrijwilligerswerk te doen, door ergens in een comité te geraken, of in een buurtvereniging, of zo'n dingen. Maar dat is onze opdracht niet als wijkgezondheidscentrum om dat te doen.' – Int. C*

# Interne organisatie

Een belangrijke steunpilaar voor velen is het team. De verschillende teams vormen hechte groepen en ondervinden veel ondersteuning van elkaar. Er is vertrouwen en engagement naar elkaar toe. Zo tracht men "zware" patiënten wel te verdelen en probeert men voor elkaar in te springen als iemand een moeilijke periode doormaakt. Er bestaat ook een eensgezindheid of overtuiging ten opzichte van sociaal-maatschappelijke thema's. Het is te verwachten dat zorgverleners die ervoor kiezen om binnen een WGC te werken een zeker engagement naar kwetsbare groepen tonen en een zekere affiniteit met psychosociale zorg kennen. Dit kan een sterkte zijn maar heeft risico's naar het stellen van de eigen en elkaars grenzen.

*'En moest je het niet meer aankunnen, ik denk dat ze allemaal zouden zeggen: 'Kom, geef je patiënten aan mij, we gaan wisselen'. Ik heb het hier al gehad. Hier heb ik één patiënt gehad en die was psychisch... Ik moet zeggen ik dacht dat ik al veel had meegemaakt maar dat was zo... Er was nooit niets goed en ik kon niet meer, en op het einde van mij verlof zei ik 'doet die even weg' en ze hebben dat gedaan, ze hebben dat supergoed aangepakt...' – Int. G*

Eén van de grote krachten van het WGC is haar multidisciplinair karakter. Dit wordt in zo goed als elk interview aangehaald. Er kan gerekend worden op elkaars inzet en expertise. Complexe problematieken kunnen samen ontkluwd worden, waarbij elkeen gebruik kan maken van zijn eigen competenties en mogelijkheden. Er wordt wel opgemerkt dat dit patiënten ook wat kan vast zetten omdat het netwerk ook meer gecentreerd en wat beperkter wordt: dit maakt dat als het mis loopt met één van de zorgverleners het risico bestaat dat het met de rest misloopt. Daarnaast is er ook een gedeeld dossier onder alle disciplines, wat maar weinig ervaren wordt als storend voor de patiënt.

*'Ik denk dat de kracht is dat je echt interdisciplinair werkt en ik vind dat wij dat hier echt doen. Ik denk dat dat ongelofelijk belangrijk is. Ik denk dat heel belangrijk is opdat het goed zou lopen dat je als huis gemeenschappelijke thema's hebt die daaraan linken, dus ik denk bvb in het kader van kwaliteitszorg hebben wij sinds vorig jaar, omdat ze met heel het team en met heel het huis, een project lopen rond laaggeletterdheid en hoe ga je daarmee om in de praktijk, en met patiënten, en hoe doe je dat, en hoe herken je dat, en wie gaat daarvoor wat doen in de discipline en rond toegankelijkheid. En ik denk dat dat heel erg helpt om dat te kunnen dragen, ik vind dat ongelofelijk belangrijk dat je het gevoel hebt dat je een team bent en dat iedereen bijdraagt en dat iedereen evenwaardig bijdraagt. Ik vind hier echt dat die psychosociale zorg ook door verpleging en zo, wat dat die allemaal doen en zien en opnemen, dat dat echt gedeeld is. En ik denk dat dat ook alleen maar kan als je echt bij elkaar terecht kunt en met elkaar kunt debriefen, allez dat doe ik wel en dat loont.' – Int. H*

Voor een goede multidisciplinaire werking is een goede communicatie nodig. Doordat binnen het WGC de verschillende disciplines onder hetzelfde dak huizen is de mogelijkheid tot onderling overleg ten volle aanwezig. Ook hier wordt in de interviews sterk op gehamerd als één van de grote sterktes: de samenwerking binnen het team. Niet alleen is het overleg structureel ingepland maar er is ook veel ruimte voor ad hoc overleg. De regelmaat van overleg verschilt wel van centrum tot centrum, evenals de erbij betrokken zorgverleners.

*'Er wordt heel snel met elkaar overlegd over die dingen. Dat is ook wel denk ik het unieke en het fijne aan samenwerken in een WGC, dat dat allemaal zo snel kan gaan en dat is voor de patiënt alleen maar goed denk ik. Ik zeg dat ook: 'voilà, ik zal dat straks even met de dokter overleggen' en dan ziet ge wel oké dat is goed, dan weten we dat dat gebeurt. Terwijl als je met externe partners samenwerkt dan zit je sowieso ... Dat duurt altijd langer.' – Int. A*

*'Dat is allemaal in het voordeel van de patiënt. Wij kunnen heel kort op de bal spelen op elk domein, en de mensen ervaren dat ook echt als positief.' – Int. B2*

De grootte van het team lijkt hierbij ook een belangrijke rol te spelen. De kleinere teams menen dat de beperkte grootte hen toegankelijker maakt voor collega's, en het overleg vlotter doet verlopen.

*'De grootte van het centrum. De grootte van het team. Dat is waarschijnlijk iets persoonlijks. In Gent werkte ik in een groter centrum, en dan merk je: je moet met veel meer mensen samenwerken, meer overleggen, en dergelijke meer. En dat kan natuurlijk een beetje ten koste gaan van uw tijd en uw patiëntencontacten. Ik denk, het feit dat het niet zo groot is, dat je dan makkelijker elkaar kunt bereiken, elkaar kunt vinden, om kort op de bal af te spreken, te overleggen. Dat is wat mij opvalt.' – Int. E*

*'Dat we een kleiner team zijn, waardoor we denk ik rapper iets opmerken. Als dat altijd de vaste zorgverlener is die komt, want we zijn met twee die gaan of ik alleen, dan weet ik - ik ken mijn patiënt. Ik ga direct opmerken 'oei dat is niet oké, ik ga een dokter bellen.' De omkadering is ook wel sterker denk ik.' – Int. G*

Alle WGC hebben de intentie om patiënten met een psychosociale belasting zo goed mogelijk door te verwijzen. Deze intentie is echter niet altijd haalbaar omwille van verschillende oorzaken: de beperkte beschikbaarheid van de gewenste diensten (zeker in het geval van verdere psychische begeleiding), financiële redenen, wachtlijsten, … Meer dan eens wordt eveneens een belangrijke persoonlijke drempel bij de vaak kwetsbare patiënten genoemd. De stap naar externe diensten stuit op veel weerstand en vraagt vaak veel voorbereiding. Opmerkelijk is dat het dan niet alleen gaat om psychisch ondersteunende diensten maar ook om de meer sociaal-gerichte diensten zoals OCMW, CAW etc. Het zogenaamde stigma rond psychosociaal welzijn lijkt nog steeds erg aanwezig.

*'Mensen geraken ook veel sneller bij mij dan als je een doorverwijzing doet naar een sociaal huis, die eigenlijk hetzelfde doen als ik buitenhuis. Inloopteam of een CAW: mensen geraken daar gewoon niet want de drempel is zo hoog om binnen te stappen, ook al proberen die heel veel dingen ook om dat te verlagen, die diensten, maar het blijft hét OCMW en hét CAW. Terwijl hier: de dokter is veilig ook, of je nu in de wachtzaal zit voor de kinesist, dokter, MW, psycholoog, de rest weet dat niet voor wie je komt en dat maakt het ook een stuk veiliger terwijl als je een sociaal huis binnen stapt, dat stigma blijft wel van 'ja, je bent marginaal'.' – Int. A*

*'Die drempel is echt nog groot tussen een psycholoog en een patiënt. Is dat nu toevallig omdat mensen arm zijn? Ik weet dat niet. Ik denk echt die schaamte. En ik denk vertrouwen, heel veel mensen die vertrouwen kwijt zijn.' – Int. G*

In alle centra wordt dan ook het belang van een goed oriënteren en voorbereiden naar verdere doorverwijzing noodzakelijk bevonden. De doorverwijsperiode is vaak een langer traject dan gewenst. Ook patiënten die op wachtlijsten staan, worden vaak in tussentijd in het WGC opgevolgd. Het gaat dan zo goed als altijd om een individueel traject, er wordt erg patiëntgericht gewerkt. De huisarts is vaak de eerste contactpersoon en start het traject. Hij maakt de inschatting of de patiënt al dan niet extern kan verder geholpen worden of dat een intern traject beter geschikt is afhankelijk van de capaciteiten en motivatie van de patiënt. Het intern traject varieert wel tussen de WGC. Sommige WGC nemen ook thuiszorg taken op, waarbij de zorgkundige een bijkomend oogje in het zeil kan houden. Binnen het traject wordt getracht de zorgen te verdelen over de verschillende disciplines omdat het vaak over lange, moeizame trajecten gaat. De huisarts blijft wel altijd in meer of mindere mate betrokken bij het traject.

*'Dat dat een traject is wat minimum 1 jaar loopt voordat die bereid zijn om in opname te gaan. Dus dan zijn wij al gedurende een jaar bezig met die mensen op elk vlak van hun leven overleg te plegen, dus zorgoverleg, met externe partners, dat gaat dan met een OCMW, eventueel ook met instanties als daar het gezin bij betrokken is, zoals een OC, een VK, euh, dat is naar netwerktafels gaan, … Dat is eigenlijk heel intensief. Dat is mee op intakes gaan… Ja, je bouwt eigenlijk een samenwerkingsrelatie, een vertrouwensband op met die cliënt. We proberen in de mate van het mogelijke door te verwijzen, omdat dat toch ook wel belangrijk is, maar we merken wel vaak dat die patiënten die drempel niet over geraken.' – Int. B2*

Binnen de trajecten moet gewaakt worden over de eigen grenzen en die van het centrum. Men wil natuurlijk zo goed mogelijke zorg leveren en men neigt dan ook deze zorg steeds verder uit te breiden. Het risico bestaat dan dat men zo te veel wil over te nemen van de patiënt en hem te veel te willen beschermen.

*'Maar anders, in alle andere gevallen is die mens altijd perfect in staat om verantwoordelijkheid te nemen, ook al heeft die een gedragsstoornis of een borderline persoonlijkheidsstoornis of noem maar op. Er zijn veel dingen die het moeilijker zullen maken voor iemand maar hij kan het altijd pakken. En daar nemen we soms nogal veel over, dat is dan uit ons verantwoordelijkheidsgevoel. Daar zouden we nog in kunnen leren.' – Int. C*

Er wordt slechts beperkt met uitgeschreven procedures of protocollen gewerkt, net om patiëntgericht en kort op de bal te kunnen werken. WGC B is wel bezig met een vorm van protocol, de zogenaamde PSY-lijst. De bedoeling is patiënten met belangrijke geestelijke of psychosociale nood en die niet goed doorverwezen geraken, maandelijks te bespreken en hun verdere begeleiding te overzien. Natuurlijk blijft er ook dan ruimte voor tussentijds overleg.

*'Je moet weten dat protocol hebben we pas deze zomer opgemaakt en dus nog maar pas mee gestart, we hebben die lijst zelf nog niet voor een eerste keer gans overlopen. Maar ik zie daar wel wat toekomst in. Vooral om ons eerst eens een duidelijk doel voorop te stellen, want die mensen komen en die komen en je geraakt zo precies niet verder. Het is ook belangrijk om te weten waarnaar we toegaan en die mensen ook wel snel weten dat ze verder gaan moeten gaan op termijn. Dat we hun daar wel in gaan begeleiden. Maar er zijn er veel die dat liefst gewoon elke week naar hier zouden komen maar dat is voor hun niet het beste en dat is voor ons ook niet het beste. Daarom is dat wel goed, denk ik, dat ze weten dat het een teambeslissing is, dat we daar wel verder mee willen gaan.' – Int. B1*

In het kader van de gezondheidspromotie, ook een functie van de WGC, worden projecten en workshops opgestart. Hierbij komen psychosociale thema's regelmatig aan bod. Zo worden er workshops georganiseerd rond slapen, mindfulness, betaalbaar koken, vakantieplanning, … Men probeert hierbij rekening te houden met de noden van de patiëntenpopulatie.

*'Ik doe ook workshops, ik geef ook workshops rond 'Fit in je hoofd', ook workshops rond betaalbaar koken, … Kijken naar patiëntenparticipatie, waar heeft ons doelpubliek nood aan. Aan de hand daarvan gaan we nu volgend jaar een nieuwe lijst opstellen voor workshops te geven die ook wel nut hebben voor ons publiek. Dat zijn allemaal zaken die er nog eens bijkomen.' – Int. B2*

Bij alle WGC is er ook een belangrijke niet-Nederlandstalige populatie aanwezig. Dit probeert men op te vangen met tolken , telefonisch of via internet met video. WGC D heeft een grote Turkse gemeenschap binnen de patiëntenpopulatie en heeft een Turkstalige tolk enkele uren per week in huis. Alle respondenten menen wel dat Nederlands oefenen en kennen nodig is voor de patiënt. Vermits taal echter van wezenlijk belang is in de zorg wil men hier geen breekpunt van maken.

# Maatschappelijk werker in huis

De maatschappelijk werker is een veelvoorkomende speler binnen de WGC. Slechts in 2 van de bezochte WGC is er geen maatschappelijk werker in huis. In WGC F werkt men echter met sociaal verpleegkundigen die deze rol deels vervullen. Ook de maatschappelijk werker in WGC B is eigenlijk een sociaal verpleegkundige, met een achtergrond als psychiatrisch verpleegkundige.

De belasting van de artsen wordt significant verlicht door de maatschappelijk werker. Deze neemt vooral een groot deel van het sociale luik op zich. Dit is bij de gemiddelde patiënt een substantieel deel van de problematiek.

*'Ik heb nog de periode meegemaakt zonder maatschappelijk werk, en dan merk je heel duidelijk dat er heel veel in de consultatie van de huisarts kwam, en dat je dus heel vaak consulten had die echt psychosociale consulten waren en vooral met een groot sociaal luik. Waar dat je probeerde mensen door te verwijzen maar dat dat moeilijk ging en dat dat consulten werden die uitliepen. Dat dat dus vaak consulten werden van 15 minuten die 20 minuten werden, die een half uur werden, 3 kwartier… Daar heb ik heel duidelijk een kantelpunt gezien door maatschappelijk werk in de praktijk te halen, dat je veel meer kunt doorverwijzen naar de sociaal assistent in huis die dan aan de slag gaat met de patiënt.' – Int. D*

De maatschappelijk werkers ondersteunen de huisarts bij het uitklaren van (psycho)sociale problematieken, het aanreiken van oplossingen of het doorverwijzen naar de juiste instanties. Tot hun takenpakket hoort ook de minder geletterde patiënten helpen bij administratieve rompslompen. Zij kennen vaak de sociale kaart beter dan de huisarts en onderhouden deze. Dit is een belangrijke taak vermits de huisarts dit moeilijk kan wegens de uitgebreidheid, zeker in grotere steden. In complexe casussen kunnen zij ook de coördinerende functie van de huisarts wat overnemen, een overzicht houden op de verschillende to-do's op meerdere domeinen. In de WGC waar geen GGZ-functie aanwezig is, lijkt ook hun psychologische takenpakket breder uit te vallen.

*'Onze verpleging is daar veel mee bezig, met dat beheer. Als er een nieuwe dienst is die zich voorstelt dan beheren zij de sociale kaart of zetten dat in het document. Wij denken vaak samen na over mogelijke oplossingen, dan gaan zij vaak aftoetsen of telefoneren, het praktische geregel daarvan, die taak nemen zij op zich.' – Int. F*

De maatschappelijk werker streeft naar een grote beschikbaarheid bijvoorbeeld door vrije inloopmomenten, om zo drempelverlagend te werken. Hij kent een grote flexibiliteit en inzetbaarheid: zo kan hij mee met patiënten naar intakes, opnames, … Dit is een dienstbaarheid die een huisarts niet kan verlenen. De aanpak is vaak dan ook erg cliëntgericht en gebaseerd op de zorgnood. De toegang verloopt meestal via de huisarts maar ook via andere hulpverleners in huis of, voornamelijk bij gekende patiënten, op initiatief van de patiënt.

*'Dus hier is dat gemakkelijk, die bellen naar mij 'Wat moet ik daarmee?' en dan zeg ik 'Ah ja, naar die, die telefoonnummer of stuur ze naar mij en zal ik...', dat is gewoon ook, denk ik, voor de huisartsen een hele geruststelling van 'ik moet dat allemaal niet onthouden'. Het is goed dat ze die dingen wel weten van het is er allemaal maar om dan al die inclusievoorwaarden en 'Kom je daar toe in aanmerking?' en 'Zou hij dat misschien?' en 'Kunnen we dat proberen?'. Allez dat dat bij iemand anders zit, ik kan mij wel inbeelden dat dat fijn werken is voor huisartsen omdat, ja je kan ook niet alles weten. Jullie moeten jullie vooral kunnen focussen op dat medische en, oké dat psychosociale heeft een invloed op dat medische en dat medische op dat psychosociale, maar dat je dat niet alleen moet... Allez ik denk dat dat één van de grote voordelen is van hier te werken, ik kan mij inbeelden dat als huisarts dat dat heel prettig is ook.' – Int. A*

*'Ik denk dat je niet alles op je kan nemen als één sociaal assistent. Het is heel belangrijk hen een beetje te zien als case manager, net als wij, ik zie mijn taak als huisarts ook als case manager maar daar komt dan het somatische luik en het geestelijk gezondheidszorg luik bij. Maar dat het sociale luik dan makkelijk kan gedelegeerd worden naar een sociaal assistent, die een beetje de case manager is op dat sociale vlak. Waar dat wij veel uit leren omdat we veel input krijgen in ons medisch dossier. Waar dat de sociaal assistent ook een beetje de manager is naar de andere diensten toe binnen die sociale kaart maar ook drempelverlagend werkt, dat je eigenlijk meer gericht kunt sturen.' – Int. D*

In veel WGC werken ook verpleegkundigen met een belangrijke affiniteit naar de psychosociale zorg toe. Een aantal onder hen hebben een verleden in de psychiatrische zorg en een diploma als sociaal verpleegkundige. De taken die zij opnemen hangen ook af van de andere aanwezige functies in huis: als er geen maatschappelijk werker is zullen zij een groot deel van deze taken op zich nemen. Zij voeren verpleegkundige taken uit maar doen ook eventueel een gesprekken.

*'En dan heb je nog de verpleegkundige waar dat we verpleegkundige taken aan toevoegen, die voeren verpleegkundige taken uit maar hebben toch ook aandacht voor sociaal-verpleegkundige taken. Dat is dan vaak voor onze psychiatrische patiënten, die dat dan een opvolging nodig hebben op vlak van medicatie, op vlak van metabole problemen door de medicatie, misschien gewoon een gesprek. Zodat we toch naar zorgsubstitutie ook kijken, hoe we onze verpleegkundigen meer sociaal-psychiatrisch verpleegkundige taken kunnen opnemen.' – Int. D*

# Medewerker GGZ in huis

In 3 van de 8 WGC is enkele dagen per week een psycholoog aanwezig. Binnenkort zal er in WGC B en F een psycholoog van het CGG enkele consultaties houden binnen het project '1Gezin1Plan'. De meeste psychologen zijn ELP's verbonden aan een CGG. WGC A financiert de psycholoog wel met eigen middelen. Dit is een bewuste keuze geweest toen een proefproject met een ELP afrondde:

*'Dat was dan een samenwerking met het CGG. Dat was eigenlijk toen een project dus dan moesten wij dat niet betalen, maar die projectmiddelen werden dan stopgezet. Dan werd er van hieruit beslist van oké dan nemen wij zelf iemand in dienst, want we vinden dat te belangrijk.' – Int. A*

In WGC D heeft men in een gelijkaardige situatie anders beslist. Zij hadden ook een ELP binnen één van de proefprojecten. Na afloop van het project is dit stop gezet wegens het wegvallen van de financiering. Zij vinden het de verantwoordelijkheid van de overheid om iets uit te zetten rond eerstelijns GGZ.

*'We hebben het nodig, ik denk dat we allemaal overtuigd zijn dat we het nodig hebben, dat het een belangrijk onderdeel van ons vakgebied is, de psychologische problematiek bij de populatie of de patiënten, maar dat wij het niet kunnen financieren. Dat we duidelijk het signaal naar de overheid wouden geven van 'sorry, het zit niet in het forfait, die psychologische ondersteuning, dus wij gaan het ook niet in het forfait steken met eigen middelen'. En we hopen dus dat er ergens iets wordt uitgerold naar terugbetaling toe, we hebben het ook nodig. En dan willen we ons wel engageren om samenwerkingsverbanden met een psycholoog te starten, dat zal de toekomst uitwijzen.' – Int. D*

Ook andere WGC hebben de aanwerving van een psycholoog overwogen. Naast de wederkerende zorg van financiële haalbaarheid is er bezorgdheid rond de looptijd van de trajecten. Men stelt zich de vraag naar het nut van kortdurende trajecten bij soms toch wel zwaar zorgbehoevende patiënten. De WGC die al een psycholoog in dienst hebben, onderkennen dit probleem maar vinden dat dit binnen de perken blijft en zien ook veel winst met korte trajecten. Het komt wel voor dat patiënten na een kort traject toch 'hervallen' en opnieuw in een traject worden opgenomen. Een andere angst is om als WGC op die manier te veel een rol als CGG op de eerste lijn op te nemen, om taken op te nemen die eigenlijk niet behoren tot die van een WGC. Zo ziet men dat er problematieken bij de ELP terecht komen die er eerder niet thuishoren, dit omwille van de drempels die men bij de tweede lijn ervaart. Daaraan gelieerd is de angst dat de psycholoog voor een toename aan dit soort patiënten zou zorgen zodat de sociale mix nog moeilijker wordt. Sommige patiënten zouden immers zich ingeschreven hebben bij het WGC omwille van de aanwezigheid van een psycholoog. Men stelt zich ook de vraag of het aanbod de vraag ook daadwerkelijk kan opvangen, het zou niet veel helpen als externe wachtlijsten naar intern verschuiven. Tot op heden lijkt men ook dit onder controle te kunnen houden door een juiste indicatiestelling en doorverwijsbeleid.

*'En dan is er de keuze geweest van niet nog een extra ggz-functie bij te creëren, uit angst van dan gaat er misschien nog veel meer instroom komen als we dat gaan etaleren, en we kunnen dat nu al niet aan. En ook dat het zo'n hoeveelheid van diverse problematiek was, ook heel veel tweede lijnsproblematieken, dat je gewoon zou komen vast te zitten als je gewoon een bijkomend deurtje naar een ggz-functie zou installeren, dat zou direct vol zitten.' – Int. C*

*'… de bedoeling van de eerstelijnspsycholoog is 4-5-6 sessies, eerstelijnsproblematiek, maar het is vaak veel meer dan eerstelijnsproblematiek en vaak wordt ze gebruikt onder andere ook als tijdelijke overbrugging naar de tweede lijn waar de wachtlijsten heel lang zijn. We gaan die dan tijdelijk toch hier opnemen ook al is dat eigenlijk geen problematiek voor de eerste lijn maar om te overbruggen om dan bij het CGG terecht te geraken of bij de psychiater of een psycholoog.' – Int. E*

De rol van de psycholoog in huis is uitgebreider dan enkel individuele begeleidingen. Ook het opleiden van andere zorgverleners in enkele basistechnieken en een basis psycho-educatie behoren tot het takenpakket. Deze taken komen in de interviews wel niet fel naar voren, ook niet bij die centra die al een psycholoog hebben of hadden. Wel wordt de psycholoog daar ook aangesproken voor overleg rond patiënten en om ideeën op te doen: hij neemt dan ook deel aan het multidisciplinaire overleg.

*'Maar evengoed denk ik dat een psycholoog in huis ook goed is meer in het kader van vroeg-detectie, vroeg-interventie. Maar ook om de huisartsen, en misschien ook bij uitbreiding andere disciplines zoals maatschappelijk werk, eigenlijk op te leiden naar basistechnieken, basis vragenlijsten, basis psycho-educatie om eigenlijk met korte interventie, misschien ook in het consult van de huisarts, te*

*komen tot de oplossing. En ik denk dat daar nog veel mogelijkheden liggen omdat we als huisarts weinig zijn opgeleid in die materie. Het KOP-model is denk ik ook zo'n model is dat heel handig is om mee te krijgen. Er zijn heel veel educatieve onderwerpen die met heel korte sessies, heel korte en goede interventies kunnen creëren. Ik denk dat daar nog heel veel ligt. En dan denk ik dat het ook goed is om dat in huis te hebben omdat je daardoor denk ik een win-win situatie hebt. Je kunt mensen opleiden om tot betere zorg te komen en je kunt patiënten al beginnende interventies aanreiken binnen 4 muren.' – Int. D*

De verbinding van de eerstelijnspsychologen aan een CGG wordt als een voordeel ervaren. Men merkt dat hierdoor in uitzonderlijke gevallen soms toch iets extra mogelijk is voor de patiënt. Zo wordt een patiënt soms meegenomen naar het CGG om zo een continuïteit van zorg te kunnen geven. Dit kan wel een gevoel meebrengen dat men de patiënt uit het oog verliest.

*'Per definitie gaat dat over kortdurendere opvolgingen, nu daar wordt wel een beetje van afgeweken af en toe, maar als zij merkt dat die patiënten beter elders opgevolgd zouden worden, stuurt zij ook wel vaak naar een ander psycholoog in het CGG of een andere dienst in het CGG. Maar wij als artsen hebben dan wel vaak het gevoel dat we die dan een beetje kwijt weer zijn omdat we dan niet weten bij wie of hoe die opvolging gebeurt.' – Int. F*

Er dienen dan ook goede afspraken gemaakt te worden binnen de organisatie. Zo zal in alle WGC de doorverwijzing voornamelijk via de huisarts lopen en kan de patiënt niet rechtstreeks bij de interne psycholoog terecht. De huisarts schat de problematiek in en zal, al dan niet in overleg met de psycholoog en/of andere hulpverleners, de beslissing nemen of het gaat om een casus die intern moet/kan gehouden worden of niet. Behalve de problematiek die de patiënt stelt, speelt hierbij ook de ingeschatte capabiliteit en financiële draagkracht een rol. Echt strikte afspraken rond de doorverwijzing intern zijn er nauwelijks, al wordt hier soms wel nood gevoeld aan eenduidigheid. Anderzijds zou te veel aflijnen net tot een inperking en bemoeilijken van de zorg leiden.

*' … men is bezig met die denkoefening hier om in de toekomst te evolueren naar een soort van duidelijke afspraken van wat is er effectief voor de psycholoog, de psychiatrisch verpleegkundige, de arts, en wat is voor extern.' – Int. E*

*'Ik vind het eigenlijk ook fijn dat we bij Karen, de psycholoog, met heel veel terecht kunnen. Dat die ook heel zelden op voorhand zal zeggen: 'dit is niets voor mij'.' – Int. F*

De psycholoog in huis wordt in de praktijken waar dit ingeburgerd is als een aanwinst ervaren en de keerzijdes blijven beperkt. De zorgverleners voelen zich meer ondersteund, hebben een extra partner om mee te overleggen en hebben het gevoel minder op de grote drempels van de GGZ te stoten voor een heel aantal patiënten.

*'Uiteindelijk heb je, wij hebben dat gezien bij onze eerstelijnspsycholoog die heel duidelijk niet-therapeutisch werkte, in de zin van geen langdurige cognitief gedragstherapeutische sessies of andere therapeutische sessies, maar eigenlijk met psycho-educatie en kortdurende interventies met ook een gedegen doorverwijsbeleid eigenlijk al veel kon verwezenlijken. 3 tot 5 sessies binnen een eerstelijnspraktijk zijn vaak al, denk ik, genoeg om iemand aan de slag te krijgen.' – Int. D*

*'Ik denk dat het wel zo is dat er een groep mensen zich inschrijft omwille van die gratis psycholoog die aanwezig is. Maar die groep is echt wel klein. Dat gaat over een aantal mensen en die doen dat dan echt met een plan, die hebben ook een echte hulpvraag, die willen zich inschrijven want die willen naar die psycholoog gaan en op een ander zijn er wachtlijsten en gaat dat niet... Dus dat is eigenlijk een gemotiveerde groep, waar je dan ook niet zoveel werk mee hebt. Dus ik denk, allez ik ben echt overtuigd dat de voordelen voor ons echt wel veel, veel groter zijn dan die potentiële nadelen van een aantrekkingseffect. Ik denk echt dat dat miniem is.' – Int. F*

De directe samenwerking via het gedeelde dossier vinden zij een voordeel. Hierdoor slagen ze meer in hun streven naar een holistische aanpak. Een aantal respondenten vrezen dat patiënten het gedeelde dossier onaangenaam zouden vinden. Zij die er al mee werken, spreken dit tegen en merken dat patiënten hier net eerder tevreden over zijn.

*'De psychologe kijkt ook in het dossier en vult ook aan in het dossier. Ik denk dat dat een heel belangrijke is, dat die dossiers gedeeld zijn zodat wij ook goed kunnen opvolgen wat er in die gesprekken bij haar gebeurd. En zo dat zij ook heel goed weet hoe het gaat met die patiënten en ook een beetje kan kijken hoe de familiebanden zijn. Ook voor het overleg worden die dossiers er gewoon bij gepakt en we merken wel dat dat heel anders aanvoelt dan bij mensen die extern bij een psycholoog gaan omdat je daar hoogstens met veel geluk eens een verslagje van krijgt helemaal op het einde van de rit, maar heel vaak blijven dat 2 gescheiden werelden.' – Int. F*

De rol van 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' is een begrip dat in Nederland al wijdverspreid is geraakt. Ook de functie van de maatschappelijk werkster uit interview C kan men binnen deze rol kaderen, in die zin dat zij voornamelijk werkt rond het GGZ-aanbod. Zij hebben beiden een bijkomende opleiding en achtergrond binnen de psychotherapie en zijn op die manier goed vertrouwd met GGZ.

*'We hebben hier gekozen dan voor iemand die projectmatig zou werken, maar ik heb ook therapeutische achtergrond. Dus ik ken eigenlijk therapeutisch werk, en ik ken de armoedesector heel goed en ik ken projectwerk, omdat ik uit die sectoren kom. Ik heb daarin gewerkt. En vandaar ben ik met die achtergrond hier aan de slag gegaan, maar ik profileer mij als sociaal werker vooral omdat het GGZ etiket al een drempel vormt voor heel veel mensen.' – Int. C*

De manier waarop zij werken is gelijkaardig maar er zijn enkele belangrijke verschillen. Als projectwerker zal persoon C vooral inzetten op een goede en vlotte doorverwijzing, veel contacten leggen en onderhandelen binnen het netwerk.

*'Dus dat was mijn opdracht om te zien van buiten uit dat open te leggen wat, wat diverser te maken, wat groter dat aanbod, wat meer op maat van onze doelgroepen en de artsen gewoon zelf vlot te kunnen laten verwijzen en samenwerken. En eigenlijk is het zo dat wat niet werkt, niet vergeven geraakt, mensen die niet gemotiveerd geraken, of dat ge het niet duidelijk krijgt, dat komt ook bij mij terecht. En heel veel doe ik ook gewoon de vraag of de casus en dat ik op zoek ga, dat of dat zou kunnen, probeer te linken. Dat de tussenstap naar mij niet per se moet, als dat niet nodig is zie ik de mensen niet en gaat dat rechtstreeks, zo zie ik ook heel veel casussen.' – Int. C*

In WGC H is ook meer ruimte voor individuele begeleidingen bij de POH, vergelijkbaar met deze bij een eerstelijnspsycholoog. Zij werkt hierbij vooral met het KOP-model* en de artsen verwijzen aan de hand hiervan ook door. De sessies worden zo goed mogelijk beperkt in aantal, wat aardig lukt. Hierover waakt de POH voornamelijk zelf. Zij benadrukt dat een goede uitbouw van het netwerk hiervoor erg belangrijk is, en dus behoort tot haar kerntaken.

*'Dus in het begin had ik die groepswerkingen, dus ik werkte halftijds en was mijn taak dus die netwerking, sociale kaart, dat uitbouwen. Maar al heel snel was het toch niet zo evident om los van dat ge de patiënt ziet te gaan voor iemand, te gaan zoeken naar de juiste zorg, te linken en door te verwijzen. Dus ik ben, alhoewel dat dat niet de bedoeling was, mensen beginnen individueel zien. In het begin was daar een grote, enige huiver, drempel voor, was er een grote angst van een keer als je daarmee begint ga je mensen langer beginnen zien en we gaan daar nooit aan tegemoet kunnen komen, want de nood is zo groot... Dus dat is altijd zo de voorzichtigheid geweest om met individuele gesprekken te beginnen, maar uiteindelijk - ik ga niet zeggen dat de druk niet groot is - is het toch zo dat ik ook aan individuele gesprekken begonnen ben en dat het nu zo is dat in een week, ik werk hier in principe 30 uur, dat ik minstens altijd één groep heb, dat is van 7 tot half 10, dat er ook maandelijks een oefenavond is, dat is nu vanavond voor de mensen die de mindfulness doen, dat ik ook sporadisch dat aanbod dat we hebben voor de wijk doe, zoals bijvoorbeeld donderdag doe ik in de wijk voor ouderen hier een sessie rond loslaten.' – Int. H*

# Samenwerking externe partners

Elk WGC vertegenwoordigt een kwetsbaardere sociale groep, zet in op een goed doorverwijsbeleid met zo weinig mogelijk drempels en streeft een gemeenschapsgerichte visie na. Het verbaast dan ook niet dat ze een goede samenwerking met de verschillende sociale partners hoog in het vaandel dragen. De belangrijkste partners die genoemd worden zijn het OCMW en het CAW. De samenwerking wordt op het werkveld als goed verlopend ingeschat. Organisatorisch op hogere niveaus bestaat er wat meer wrevel. De hulpverleners weten elkaar vlot te vinden voor overleg. Bij moeilijkheden is vaak een onderliggende budgettaire kwestie de oorzaak.

*'Ik denk dat wij ook een ontzettend sterk netwerk met externe partners hebben, daar hebben wij heel veel op ingezet en dat loont. Want dat wil zeggen dat als ik hier een patiënt in crisis heb die moet opgenomen worden maar niet tot in Leuven geraakt waar hij terecht kan, dat ik naar onze straathoekwerker kan bellen die dat de patiënt ook kent en die zegt 'ik ben er binnen 10 minuten en die de patiënt komt ophalen en effectief naar Leuven brengt. Ja als je dan geen netwerk hebt om op terug te vallen dan zit je vast en geraakt die patiënt niet in Leuven en geraakt die niet opgenomen. Ik denk dat het belang van een sterk netwerk voor elk WGC, ja dat dat ontzettend belangrijk is.' – Int. A*

*'Bij mijn weten ben ik niet bekend met een samenwerking die niet vlot verloopt. Wat wel jammer is, is dat het sociaal steunpunt bij ons verdwijnt. Die financiering is stopgezet. Dat merken we wel. Mensen konden daar heel laagdrempelig naartoe voor diëtiek, advies en dergelijke meer. En nu merken we bijvoorbeeld voor een betaalbare diëtist van waar moeten we ze dan naartoe sturen?' – Int. E*

*KOP-model: transdiagnostisch behandelmodel voor kortdurende interventies. Gaat ervan uit dat klachten (K) het gevolg zijn van de combinatie van stressvolle levensomstandigheden (O) en de manier van reageren hierop of de persoonlijke stijl (P), kortweg: K = O x P (51).

Voor samenwerking met externe partners is er allereerst nood aan een goede sociale kaart uit te tekenen en deze te onderhouden. Met behulp van overleg- of netwerkmomenten wordt ingezet op een actieve samenwerking. De mate waarin dit gebeurt, verschilt onder de centra onderling. Opvallend is dat vooral de grotere centra hierop kunnen inzetten. Zij hebben deze opdracht vaak vervat binnen het urenpakket vermits het een taak is die veel investering vraagt maar ook wel loont. Deze persoon krijgt dan het mandaat om namens het centrum relaties te leggen, waarbij belangrijke beslissingen teruggekoppeld worden naar het team. De teams zitten soms ook samen met andere diensten om elkaars organisatie te leren kennen. Alle teamleden kunnen wel externe partners aanspreken of vragen aannemen. Ook de coördinatoren onderhouden veel externe contacten, dit op een bestuurlijk of organisatorisch niveau. De netwerking is alleen maar belangrijker geworden binnen de huidige hervormingen van de eerste lijn en Artikel 107. Er gebeurt veel op het veld en er komen veel structuren bij waardoor het soms moeilijk wordt het overzicht te houden.

*'Vroeger deed de coördinator dat en dan ben ik hier beginnen werken en dan zijn dat dingen die ik ben beginnen doen, ook wel omdat ik dat graag doe en omdat ik er denk ik ook wel goed in ben, en blijven hameren en streven voor de patiëntenrechten. Dus ik doe hier heel veel externe contacten, zowel met sociaal huis, met stadsbestuur, met het zorgnetwerk dus psychiatrie. Ik zit in heel wat overlegmomenten, armoedenetwerk... Ja, er zijn heel wat... Bijvoorbeeld nu de hervorming eerstelijnsgezondheidszorg, ik zit mee in zo'n veranderteam, intervisiegroepen met allerlei andere actoren in hulpverlening. Maar dat vraagt heel veel tijd die je dan niet op dat moment in patiënten kan steken, maar dat dan onrechtstreeks wel loont voor de patiënt.' – Int. A*

*'In het begin als je ergens gaat werken, moet je je netwerk, je sociale kaart leren kennen. Dat is een beetje uitzoeken, eerst de sociale kaart leren kennen maar dan ook effectief contacten leggen, zien dat die contacten ook nuttig zijn, dat die goed verlopen… Dat verreist bij elke organisatie ook wel een andere aanpak. Dan merk je, naar hoe langer je open bent, hoe beter dat dat loopt, dat dat meer begint uit te breiden. Dat is dan het voordeel als je naar zo'n netwerkoverleg gaat of zo rond armoedebestrijding doen wij hier ook regelmatig een overleg, dan ga ik ook al eens mee. Dat vind ik de beste netwerking dat ge kunt hebben. Daar leer je eigenlijk iedereen kennen, iedereen in de regio.' – Int. B2*

Men probeert doorverwijzingen vlotter te laten verlopen door de drempels te verlagen. Wederzijdse verwachtingen dienen te worden bijgesteld. Bijvoorbeeld kan bij de doorverwijzing van patiënten met een complexe psychosociale problematiek naar een WGC het nodig zijn om de opdracht die het WGC hierin opneemt, en die van individuele functies zoals de psycholoog, te verduidelijken. Op die manier kunnen afspraken worden gemaakt rond wie wat doet of om net meer af te blokken. Dit gaat natuurlijk vlotter als de partners elkaar kennen.

*'Het enige wat je kan doen is appelleren op de buiten van 'ondersteun mee, en als we iets nodig hebben of we sturen iemand, geef die ook een goed onthaal, heet die ook eens welkom'. Mensen zijn op zo weinig plekken welkom, je zou toch mogen verwacht dat ze iemand, hoe moeilijk het ook is, met open armen ontvangen. Dat zijn allemaal drempels, dus wij proberen heel veel van die drempels af te bouwen, dat iemand gewoon kan zeggen 'zo en zo zie ik het en dat heb ik nodig' en dat je dat kan krijgen. En dat werk is nooit af he.' – Int. C*

*'Wat wel is, maar ik zeg het ik probeer dat te voorkomen, is dat de verwachtingen dan toch naar mijn functie vanuit die andere diensten heel groot zijn. Maar ik ga het altijd communiceren dat ik dat niet ga doen, dat ze dat niet kunnen verwachten. Soms heb je bvb vanuit, ik heb het onlangs nog gehad, ondersteuningspunt bijzondere jeugdzorg en dat ze zo wouden een stuk, dat iemand zich hier liet begeleiden en toeleiden naar zorg en dat dat zo'n soort verplicht karakter had en dat ze dan naar hier wouden schuiven omdat ze niemand anders zouden vinden. Dan ga ik dat van in het begin communiceren dat dat niet de bedoeling is. En dan ga je zien dat ze dat toch doen en dat ze via de huisarts proberen na te gaan of die persoon geweest is, of ze komen opdagen is of niet. En dat is wel een communicatie, een gesprek, maar wij gaan niet plots omdat we de enige zijn die rol opnemen en dat ik ga aanklampend werken bij iemand die dat niet komt opdagen en doen enzovoort. Maar ik denk dat dat kwestie is van uw functie en uw rol heel goed te bewaken want anders...' – Int. H*

Bij alle respondenten heerst de indruk dat de externe partners graag samenwerken met de WGC. Zij waarderen de lage drempel die de centra nastreven en de open houding. De beschikbaarheid voor overleg wordt zeker ook geapprecieerd, vooral door OCMW's, evenals de multidisciplinaire aanpak.

*'Andere organisaties zeggen dat ook van 'ja, als er dan een probleem is, met jullie kunnen we vrij snel samen zitten'. Bijvoorbeeld een zorgoverleg, daar zal altijd iemand van ons bij zijn terwijl bij andere huisartsen ligt dat gewoon moeilijker. … Dus vandaar dat er graag met ons wordt samengewerkt, omdat wij gewoon heel bereikbaar en toegankelijk zijn, zowel voor de patiënt als voor de andere actoren. Omdat wij intern heel snel kunnen schakelen en inschakelen.' – Int. A*

Een WGC is voor veel externe diensten een interessante partner om mee in projecten te stappen en om projecten mee op te starten. Hierbij is het vaak selecteren en ook weer begrenzen. Toch zijn deze projectwerkingen vaak aangename ervaringen.

*'Ja, ongelofelijk veel [aanvragen]. En dat is een beetje selecteren ook. Ja dat is selecteren eigenlijk. Op zich is het samenwerken, allez dat vind ik juist wel tof. Zo gelijk voor GGZ, wij hebben iets, het aanloophuis, in de buurt. We hebben de kringloopwinkel bvb, daar ga ik ook 10 voor de medewerkers van de kringloopwinkel een ochtend geven over anders omgaan met piekeren en zo, maar dat is wel heel tof om zo kleine projectjes en partnerschappen te creëren.' – Int. H*

# Samenwerking psychiatrie

Het zal voor niemand een verassing wezen dat er nogal wat strubbelingen met de psychiatrische diensten worden aangehaald. Er is dan ook een groot aandeel psychiatrische aandoeningen binnen de populatie van de WGC. De opvang van deze patiënten verloopt op zijn minst gezegd nogal stroef.

*'Ik vind zelf communicatie met de psychiatrie, dat dat heel moeilijk is. […] vooral de ziekenhuizen voor mensen die opgenomen moeten worden.' – Int. F*

De huidige hervormingen in het kader van Artikel 107 worden dan ook met voorzichtig enthousiasme onthaald en er wordt, vooral in de grotere WGC, ook actief aan meegewerkt. Meerdere respondenten zetelen in het zorgnetwerk binnen hun regio en nemen dus deel aan de gesprekken rond deze hervormingen. Het gaat hier om artsen en maatschappelijk werkers, die vanuit het WGC hiervoor het mandaat en de uren krijgen. Dit wordt in veel van de centra gezien als één van hun verantwoordelijkheden binnen hun gemeenschapsgerichte visie.

*'Nu het is nog altijd niet hoe het zou moeten zijn. Maar er zijn ook wel al een paar toegevingen vanuit dat netwerk gekomen omdat wij toch wel op onze spijkers zijn blijven hameren van 'dit moet anders' en 'wij merken dit vanuit het werkveld', maar dat vraagt veel tijd, veel werktijd van mij. Dat is een beetje geven en nemen, door die tijd te investeren boek je op langere termijn wel wat winst voor je patiënten maar dat is niet altijd even evident om met die partners aan tafel te zitten.' – Int. A*

*'En tegelijk kwam er het artikel 107, heel de vermaatschappelijking van de zorg, dus de angst van er gaan veel meer doelgroepen hier terecht komen en we zitten hier al redelijk op ons tandvlees. Maar dat gaf ook de openheid om in dat netwerk te gaan zitten en onze noden daar op tafel te leggen.' – Int. C*

De tweede en derde lijn blijven erg moeilijk bereikbaar voor patiënten en voor zorgverleners. Dit maakt het werk op de eerste lijn moeilijker en weegt ook op de functie van de ELP. Een angst die voorkomt in de interviews bij het instellen van deze functie is dat er hier teveel patiënten terecht zouden komen die eigenlijk op de volgende niveaus thuis horen.

*'Dus ten eerste inderdaad is er een capaciteitstekort en het heeft weinig zin om de eerstelijnspsychologische functie te versterken, allez het heeft enige zin natuurlijk naar preventie en zo om die te versterken, als je geen opvolging mogelijk hebt. Ook de 2de en de 3de lijn moet versterkt worden, allez vooral ambulant. Want je moet als eerstelijnspsychologisch werk, volgens mij, echt eerstelijnspsychologisch werk kunnen zijn. Dat is voor mensen met lichte en matige klachten die je laag-frequent kunt zien, ik heb dat daarstraks genoemd hé, die een goed netwerk hebben, waarmee je kunt meta-denken enzovoort. Als die binnen een eerstelijnspsycholoog gaat en zoals ik zeg werk en als je die kunt doorverwijzen, ja dan is daar geen risico op want dan kun je berekenen hoeveel capaciteit je nodig hebt per aantal patiënten, als het zo is dat er geen 2de lijn enzovoort is en dat de - want dat heb je ook regelmatig, dat mensen een heel groot appel voelen vanuit nood van de patiënt en die dan toch gaan verder helpen en verder dingen doen en buiten de rol gaan en dat die als eerstelijnspsycholoog vol zitten met eigenlijk chronische patiënten, dan is er denk ik en iets mis van de functie, allez de 2de lijn moet ook uitgebouwd worden en moet genoeg capaciteit hebben, maar ook aan de invulling van de rol. Ik denk het vooral belangrijk is, eerstelijnspsychologisch werk vind ik is qua aanpak een heel andere soort benadering dan gewone therapie, omdat je met iemand gaat meekijken, is een meer coachende, ondersteunende benadering en ga je meer de benadering doen van de huisarts, denk ik' – Int. H*

In WGC B, dat niet in een grote stad ligt, wordt dit zeker aangevoeld. Zij voelen dit in de laatste jaren zelfs verergeren. De aanwezigheid van psychiatrische ondersteuning is ontoereikend voor hen die in de rand van de zorgregio's vallen en in kleine gemeenten. Daarbij zorgt het hiaat aan ambulante hulpverlening in deze gebieden dat patiënten nog meer blijven hangen in het WGC.

*'Plus de afbouw van de bedden in de psychiatrie heeft er voor gezorgd dat de ziekenhuizen nu heel hard een regio beginnen te hanteren. Iets wat eigenlijk niet echt wettelijk, allez toch nog niet beschreven is. Maar we merken dat waar we vroeger, ik spreek dan van voor ik hier werkte, mensen van deze regio heel gemakkelijk ook in Sint Niklaas in opname zagen gaan, worden wij daar nu geweigerd, omdat wij provincie Antwerpen zijn. Terwijl dat van hieruit een heel vlotte verbinding is. Want Mechelen heeft enkel een PAAZ afdeling, heeft geen psychiatrisch ziekenhuis. Dan moeten de mensen al naar Duffel, wat al niet meer zo'n vlotte verbinding is.' – Int. B2*

# Bespreking

Het aantal interviews is beperkt gebleven wat natuurlijk de representativiteit niet ten goede komt. Jammer is ook dat er geen psychologen hebben deelgenomen aangezien zij zeker aanvullende inzichten hebben. Wel hebben verschillende andere disciplines hun mening gegeven. De hulpverleners variëren wat betreft jaren ervaring en komen van WGC met verschillende groottes.

Uit de interviews komen een aantal zaken sterk naar voren. De psychosociale last wordt sterk aangevoeld. Het is een thema dat speelt in elk WGC. Als belangrijkste reden wordt hiervoor gewezen naar de sociaal kwetsbare populatie. Het gebrek aan een sociale mix is een gegeven waar alle centra mee botsen, doch met een zekere ambiguïteit. Een WGC staat net voor een toegankelijke zorg en het overwinnen van drempels, hiervoor werken zij net binnen het forfaitair systeem. Er is dan ook begrip voor dat externe organisaties cliënten vaak richting een WGC sturen, al is de vraag hierbij de vrijheid van de patiënt te respecteren. De WGC voelen de nood binnen de maatschappij ook aan, maar merken dat ook hun limieten bereikt worden.

De centra proberen allen om de belasting zo draaglijk mogelijk te houden. Desondanks vallen in meer dan één centrum  zorgverleners uit of zoeken ze andere uitdagingen op. Er wordt gebruik gemaakt van ondersteunende maatregelen zoals intervisie, coaching etc. Evenwel zien de WGC frequent de noodzaak tot een patiëntenstop of een beperking van de instroom.

Duidelijk is dat de meeste steun wordt gevonden binnen de teams zelf. Het multidisciplinair werken levert op verschillende facetten een erg belangrijke ondersteuning, niet enkel voor de patiënt maar ook voor de hulpverleners. Hierin schuilt dan ook de grote kracht van het WGC, en deze dient zoveel mogelijk uitgespeeld te worden.

Er is een lijn te vinden in hoe de verschillende WGC werken. De bedoeling is in de eerste plaats om patiënten te krijgen op de plaats waar ze het best geholpen kunnen worden, dus om een goede doorverwijzing te doen. Hierbij stuit men op een heel aantal struikelblokken: de beschikbaarheid van de externe diensten en de wachtlijsten, het stigma dat toch nog steeds leeft, de onwilligheid/onkunde van de patiënt om zich tot deze diensten te kunnen richten, financiële drempels, … Dit betekent vaak dat patiënten in een intern traject belanden, waarbij het de bedoeling is om de patiënt op te vangen, voor te bereiden op een goede doorverwijzing, of een wachttijd te overbruggen. Deze interne trajecten worden meestal multidisciplinair begeleid. Het is ook in deze trajecten dat we de meeste verschillen tussen centra opmerken. Er moet namelijk een invulling aan dit traject worden gegeven, een geheel aan taken of functies die het WGC hierin wilt opnemen. Dit vraagt een taakomschrijving die het WGC zichzelf voorneemt. In verschillende WGC is deze oefening op een brede basis gemaakt, in een aantal WGC zijn dit eerder pop-up discussies ten gevolge van casussen. Het valt op dat elk WGC hier wel mee worstelt in meer of mindere mate. De visie bijstellen impliceert immers een aantal toegevingen doen op de kwaliteit van de zorg. Als hulpverlener voelt dit onnatuurlijk en probeert men vaak het onderste uit de kan te halen. Toch is dit niet altijd in lijn met wat de patiënt wil en riskeert men de autonomie van de patiënt aan te tasten. Het gaat dus om een dunne koord tussen over- en onderbehandelen.

Patiënten die voornamelijk een hoge werklast geven zijn patiënten met een zwaardere psychiatrische problematiek. Zij stellen een grote zorgnood die men vaak moeilijk kan opvangen in het WGC, of de eerste lijn op zich. Doorverwijzing valt echter vaak moeilijk omwille van patiëntgebonden en structurele drempels. Zij worden dan wel opgevangen binnen de interne trajecten maar kunnen eigenlijk weinig verder geholpen worden tot zij doorverwezen geraken.

Enkele rollen die we binnen de interne trajecten zien terugkomen zijn deze van maatschappelijk werker, psycholoog en praktijkondersteuner GGZ. Binnen het WGC zijn de drempels tot deze functies voor de patiënt al beduidend lager. Maatschappelijk werkers zullen vooral helpen bij sociale problematieken en administratieve hulp bieden alsook coördinerende taken overnemen. Daarnaast zullen zij net als een POH zoeken naar en voorbereiden op een goede doorverwijzing. In centra waar geen maatschappelijk werker aanwezig is zien we deze functie opgenomen worden door sociaal verpleegkundigen. Dit lijkt dan ook een essentiële rol in de ondersteuning van de huisarts in het WGC. Niet in het minste omdat zij vaak een beter overzicht op de sociale kaart kunnen houden. De psycholoog heeft als primaire taak kortdurende psychotherapie. Zij zet ook in op gerichte doorverwijzingen. Psychologische begeleiding kan ook door een POH en zelfs een MW worden aangeboden. Hierin zien we dan ook een belangrijk verschil in visies tussen de centra, is dit een taak die het WGC dient op te nemen? Bij veel centra waar geen psycholoog aanwezig is, is er op een gegeven moment wel over nagedacht maar zijn er toch een aantal bezorgdheden: zo bestaan er veel twijfels bij de haalbaarheid van de kortdurende sessies, het garanderen van de beschikbaarheid, en de aantrekkingskracht op meer patiënten met psychisch lijden. De centra waar een psycholoog aanwezig is zijn echter voornamelijk enthousiast hierover en ondervinden maar beperkt de voorgenoemde nadelen.

Aangezien de doorverwijzing zo belangrijk is binnen het traject wordt ook veel ingezet op netwerken en de sociale kaart. Dit moet zeker bijgehouden worden aangezien er nog steeds veel verschuivingen bezig zijn, zeker in het kader van de huidige hervormingen. De wederzijdse verwachtingen met de partners dienen af en toe afgestemd te worden. De investering loont, met sociale partners op het werkveld verloopt de samenwerking over het algemeen goed. Capaciteit en budgetten blijven wel een belangrijk probleem. De psychiatrische instellingen zijn een moeilijkere partner maar ook hier probeert men op in te zetten door bijvoorbeeld mee te stappen in de zorgnetwerken in kader van Artikel 107. De WGC zijn een graag geziene partner vanwege hun beschikbaarheid en toegankelijkheid, dit verklaart ook waarom deze partners geregeld cliënten naar het WGC verwijzen.

Uit de interviews komen weinig concrete interventies die gebruikt worden om psychologische bijstand te verlenen of de vraag ernaar op te vangen. Eén interventie die wel terugkomt is het aanbieden van mindfulness-groepslessen. Gezien de hoge prevalentie van psychosociale problemen binnen het WGC en de aanwezigheid van een multidisciplinair team is er eventueel wel een mogelijkheid tot het uitproberen van enkele psychologische interventies binnen deze setting en de effecten hiervan te objectiveren. Voorbeelden van psychologische interventies zijn ‘begeleide zelfhulp’, ‘problem-solving treatment’ en online-interventies…

# Besluit

Psychosociale problemen vormen een belangrijke belasting in alle WGC en de opvang er van is een werk van lange adem. Overal is men dan ook bezig met dit proces te evalueren en te doen evolueren. Binnen het multidisciplinaire team is er een belangrijke rol hiervoor weggelegd bij alle zorgverleners en dit is dan ook de grote sterkte van elk WGC. De grootste uitdaging ondervindt men bij die patiënten die eigenlijk op de tweede lijn thuishoren maar men daar moeilijk krijgt. Dit is niet anders dan bij de prestatiegeneeskunde waarschijnlijk, enkel de schaal waarop is vermoedelijk hoger gezien een hogere prevalentie in een WGC.

Een belangrijke rol binnen het multidisciplinaire team is weggelegd voor de maatschappelijk werker. In de centra waar deze niet aanwezig is, wordt deze taak grotendeels opgenomen door sociaal verpleegkundigen. Zij ondersteunen de huisarts in het uitklaren, opvangen en aanpakken van het sociale luik. Het onderhoud van een goede sociale kaart is hierbij onontbeerlijk.

Er bestaan nog steeds veel bekommernissen bij het aanbieden van een psychologische functie binnen het WGC. Centra die deze functie aanbieden zijn hier wel tevreden over. Vraag blijft of dit tot het takenpakket van een WGC hoort.

In de zoektocht naar methoden of procedures die toegepast worden om deze last te verlichten of om de draagkracht te vergroten, valt op dat er geen gemakkelijke oplossingen voorhanden zijn. Dit had men natuurlijk kunnen verwachten. Het is van kritisch belang om als team binnen het WGC een visie uit te bouwen waaraan men de werking kan spiegelen. Deze visie houdt in welke taken het WGC al dan niet opneemt en dus hoeveel bagage ze bereid is te dragen. Dit houdt ook in dat er een goede afstemming moet zijn met de partners in de regio met de juiste verwachtingen onderling. Aangezien deze partners per regio anders zijn en/of anders werken, is het vanzelfsprekend dat deze visie zich ook hiernaar moet schikken.

Het zou interessant zijn om de onderzoeksvraag te vernauwen en meer concrete psychosociale problematieken te onderzoeken binnen de context van het WGC in objectieve studies. Verder lijkt het WGC ook een goede setting voor interventioneel onderzoek met psychologische interventies.

# Referenties


1. World Health Organisation and WONCA Integrating mental health into primary care: a global perspective. Singapore: WHO library cataloguing-in-Publication data; 2008.
2. De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E, Desmyter F, Decroos V. Onderzoeksrapport: eerstelijnspsycholoog. Vlaams agentschap zorg en gezondheid; 2009.
3. Rijckaert L. Samenwerken met een psycholoog binnen de praktijk: het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2012.
4. Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J, Van den Akker M, Heyrman J, Pas L, et al. Onderzoeksrapport: Voorkomen en aanpak van psychosociale problemen in eerste lijn. Leuven: Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG); 2013.
5. Prins M, Verhaak P, Smit D, Verheij R. De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz. Huisarts en wetenschap. 2012;55 (4):4.
6. Van Sprundel I. Evaluatie van de opstart van de eerstelijnspsycholoog in Brusselse huisartsenpraktijken [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2012.
7. Gisle L. Geestelijke gezondheid. Brussel: WIV-ISP; 2014.
8. Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL; 2004.
9. The European Mental Health Action Plan 2013 - 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
10. Noël L, Luyten S, Englert M, Hercot D, Deguerry M, Taylor A, et al. Vrouwen, bestaansonzekerheid en armoede in het Brussels Gewest. Brussel: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel; 2014.
11. Hautekeur G. Recht op gezondheid. Aanpak van de gezondheidskloof. Resultaten van een verkenning. Samenlevingsopbouw Vlaanderen VZW; 2012.
12. Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, Sundquist J, Sundquist K. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. European Journal of Public Health. 2014;24(suppl_1):26-30.
13. Degand P. Therapietrouw of – keuze bij psychotische patiënten: wat zijn de beïnvloedende factoren en kunnen we die beïnvloeden om een betere therapietrouw te bevorderen? [dissertation]. Kortrijk: KU Leuven; 2012.
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
15. Scott A, Wordsworth S. The effects of shifts in the balance of care on general practice workload. Family Practice. 1998:16: 2-7.
16. Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. BMJ. 2003:33: 22-5.
17. Post D, Calkhoven JE, Krol B, Dijkstra M, Groothoff JW. Groeiend ongenoegen. Een onderzoek onder huisartsen (Increasing discontent. A study among GPs). Medisch Contact. 2002:57: 63–5.
18. Morrison I, Smith R. Hamster health care. BMJ. 2000:30: 1541-2.
19. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002:32: 472-5.
20. Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. NIVEL; 2004.
21. van der Werf G, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts en wetenschap. 2001;10:428-35.
22. Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? British Jounal of General Practice. 1996;46:105-7.
23. 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.

24. Lucassen P, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts. Huisarts en wetenschap. 2001;12:550-2.
25. Meulenberg F. Huisartsgeneeskunde als feuilleton. Een pleidooi voor een 'narratieve' benadering. Huisarts en wetenschap. 2001;5:187-8.
26. Van Hemert AM. Geestelijke volksgezondheid: een zorg van velen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2002;146.
27. Cox MF, Van Marwijk HWJ, Boer C. Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd? Huisarts en wetenschap. 2006;49:266-9.
28. Van der Horst H, De Vries H. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. Huisarts en wetenschap. 2001;5:226-9.
29. Pas L, De Deken L, Van Rossen E. Samenwerking tussen Huisartsen en Geestelijke Gezondheidszorg bij Depressie en Preventie van Zelfdoding. Een synthese ten behoeve van lokaal overleg en toepassing. Berchem: Domus Medica; 2007.
30. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie V. Detectie en Behandeling van Suïcidaal Gedrag: Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Brussel 2017.
31. Stavrou S, Cape J, Barker C. Decisions about referrals for psychological therapies: a matched-patient qualitative study. Br J Gen Pract. 2009;59:e289-98.
32. Van Nuland M. Besliskundige argumenten voor doorverwijzing naar psychotherapie. Huisarts Nu. 2009;38.
33. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2006;56:496-503.
34. Brankaer S, Hubar S, Jespers L, Pieters G. Project Patiënt in beeld. Gedeelde zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Huisarts Nu. 2014;43:169-72.
35. Gids naar een betere Geestelijke Gezondheidszorg door de Realisatie van Zorgcircuits en Zorgnetwerken. Brussel: Dienst Psychosociale Gezondheidszorg; 2010.
36. Van Audenhove C, Van Humbeek G, Van Meerbeeck A. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Leuven: LannooCampus; 2005. 139 p.
37. informatie website invoeringbasisggz.nl 2017. Available from: www.ggznederland.nl/uploads/assets/informatie+website+invoeringbasisggz.nl.pdf. Geraadpleegd op 27 april 2019
38. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Advies Basis GGZ. Utrecht: NZa; 2011.
39. Bakker P, Jansen P. Generalistische Basis GGZ: verwijsmodel en productbeschrijvingen. Enschede: Bureau HHM; 2013.
40. Magnée T, De Beurs D, Schellevis F, Verhaak P. Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. Huisarts en wetenschap. 2018;11:14-7.
41. Functie- en competentieprofiel POH-GGZ. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); 2014.
42. Coppens E, De Jaegere V, Van Audenhove C, Mestdagh A, Neyens I, Vranken R. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015.
43. Informatieve fiche voor artsen. Available from: www.psy107.be/images/Informatieve_fiche_voor_artsen.pdf. Geraadpleegd op 27 april 2019
44. Iva, Aw, Ttr. Bezoek aan psycholoog wordt terugbetaald ondanks verzet van ontevreden Vlaamse psychologen. Het Laatste Nieuws. 25 februari 2019.
45. Mayeur J. De Block: 'Terugbetaling bezoek psycholoog niet meer aanpassen'. De Standaard. 25 februari 2019.
46. De Lange J, Bosman M, Clement A, Van Acker W. Een GGZ-verpleegkundige in de praktijk, wat heb je eraan? Huisarts en wetenschap. 2004;4:188-91.
47. Kates N, Craven M, Crustdo AM, Nikolau L, Allen C. Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. Gen Hosp Psychiatry. 1997;19:324-32.
48. Verhaak P, Zwaanswijk M, Ten Have J. Psychologische interventies. Huisarts en wetenschap. 2011;1:23-8.

49. VWGC. Concept wijkgezondheidscentrum. Available from: https://vwgc.be/wijkgezondheidscentrum/concept-wijkgezondheidscentrum/. Geraadpleegd op 27 april 2019
50. Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC). REG2018 - mastertabel_onder voorbehoud (tot eind april 2019)_versie bib. 2019. (Ongepubliceerd)
51. Aantal dokterconsultaties aan verlaagd remgeld blijft stijgen. Het Nieuwsblad. 24 augustus 2018.
52. Frisque M-E. Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk: een verlaagde drempel voor psychotherapie? [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2015.
53. Goigne S. Taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2012.
54. Haghedooren D. De eerste mobiele stappen Geestelijke Gezondheidszorg in onze regio: een samenwerking met de huisarts [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2015.
55. Stenveld M. Hoe kan de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog geoptimaliseerd worden? [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2016.
56. Trips J. Retrospectieve studie naar de indicatiestelling voor de eerstelijnspsycholoog in de praktijk [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2015.
57. Vanderstuyft M-S. Psychisch onwelzijn bij niet-werkende moeders in Sint-Jans-Molenbeek [dissertation]. Leuven: KU Leuven; 2016.
58. Wackenier L. Wat vinden huisartsen belastend aan psychosociale zorg en hoe kan deze belasting verminderd worden? [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2014.

# Bijlage 1: mail verstuurd naar 29 WGC op 04/07/2018

Beste collega's,

Hierbij een vraag van onze HAIO.
Graag antwoorden op mailadres: niels@wgcridderbuurt.be

Fijne zomerdag,

Groet,
Nans

---

Beste,

Mijn naam is Niels Rijnders, 2de jaars-HAIO in WGC De Ridderbuurt te Leuven.
Voor mijn Masterproef ben ik op zoek naar enkele artsen (of andere zorgverleners) die bereid zijn een half uur tot een uur geïnterviewd te worden.

Het onderwerp is de **aanpak van psychosociale problemen in de verschillende Vlaamse WGC's**. Het doel is om door middel van interviews een zicht te krijgen op hoe er bij jullie met deze vaak belastende problemen omgegaan wordt. Hierbij zal gefocust worden op 3 thema's:

- Populatie: hoe ervaren jullie de eigen patiëntenpopulatie op vlak van psychosociale problemen? Hoe belastend is dit voor jullie? Zien jullie verschillen met de prestatiegeneeskunde?
- Organisatie: Hoe ziet jullie organisatie eruit? Zijn er specifieke afspraken/protocollen omtrent de aanpak van psychosociale problemen? Wat vinden jullie de sterktes van het WGC hierbij? Wat missen jullie hierin?
- Externe groepen/zorgverleners: Hoe verloopt de samenwerking met externen? Zijn er hier overlegmomenten, samenwerkingsafspraken?

Hoewel ik mij in de eerste plaats richt tot de artsen, wil ik zeker ook andere zorgverstrekkers het woord geven in die WGC's waar het interessant lijkt, bv. eerstelijnspsychologen, GGZ-medewerkers, maatschappelijk werkers, …

Indien u bereid bent een half uur tot een uur van uw tijd af te staan voor een interview, mag ik u dan vragen onderstaand formulier in te vullen opdat ik dit kan inplannen? De bedoeling zou zijn dat ik hiervoor bij u langskom. Indien dit echter moeilijk te regelen is, behoort een telefonisch interview ook tot de mogelijkheden.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdeTCr4VrpyJFkwqlp2riY_hwQWdeyDhnLq4cWXrM-OPtskjA/viewform?usp=sf_link

Alvast hartelijk bedankt,

Dr. Niels Rijnders
HAIO
Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt
Ierse Predikherenstraat 80, 3000 Leuven

# Bijlage 2: leidende vragenlijst bij de interviews

AANPAK PSYCHOSOCIALE CASUS

PERSOONLIJK

- Wat is uw rol in het WGC?
- Hoelang doet u dit al? Hoe lang in het WGC?
- Leeftijd?

POPULATIE

- Hoe schat je jouw populatie in? Qua grootte, qua vraag, qua zwaarte pathologie? Is het aandeel psychosociale problematieken groot? Is de verhouding met de werkbelasting bij deze patiënten evenredig?
- Lokt een WGC 'moeilijkere' patiënten aan? Is dit problematisch? Is een WGC beter geëquipeerd om dit soort casussen te behandelen dan een klassieke praktijk?

ORGANISATIE

- Welke zorgverleners bevinden zich behalve arts, kine, verpleging nog in het centrum? Welke rol hebben zij? Kan iedereen zich zomaar melden of altijd via arts?
- Hoe wordt bij jullie in de praktijk een patiënt(e) die zich aanmeldt met een duidelijk psychosociaal probleem verder geholpen? Patiënt meldt zich bij huisarts, wat verder?
    - Bv casus: man met alcoholverslaving, drugverleden. Zit schuldbemiddeling en kan het niet rondmaken, weigert hierdoor doorverwijzingen naar ziekenhuis of andere specialisten. Heeft zwaar astma, onvoldoende onder controle, geregeld exacerbaties…
    - Ander vb: immigrante met meerdere kinderen, echtgenoot nog in buitenland en krijgt moeilijk asiel (al meerdere procedures). Daarnaast woont zij momenteel in kleine woning van slechte kwaliteit met 3 kinderen. Dit weegt psychisch erg zwaar…
- Intern of extern doorverwijzen, hoe?
- Wat is de taak van de huisarts hierin?
- Wat de taak van andere zorgverleners?
- Zijn er vaste afspraken, een protocol?
- Wordt er onder het zorgteam veel gesproken hierover, is er regelmatig overleg?
- SWOT, wat is er nog nodig? (breed politiek, maar ook klein)
- Adviezen naar andere WGC en naar algemeen huisartsen? Wat kan beter? Wat kan WGC leren van prestatiegeneeskunde?

EXTERNE ORGANISATIE

- Werken jullie vaak samen met externe spelers of organisaties? Welke (vb'en)?
- Wordt dit door alle artsen op dezelfde manier gedaan?
- Hoe verloopt deze samenwerking? Goed en slecht? Uitdagingen? (SWOT)
- Wat zou anders/beter moeten?
- Verschillen prestatiegeneeskunde? Heeft een WGC hier een voordeel? Waarom wel/niet?
- Wat is uw mening over de eerstelijnspsycholoog? Zou u hier gebruik van maken, waarom wel/niet? (WGC vs prest)
- Zijn er samenwerkingsafspraken, wordt er samengezeten? Is er een vaste aanspreekpersoon?
- Wordt er samengewerkt met psychologen? Hoe verloopt deze samenwerking?
- Adviezen naar andere WGC en naar algemeen huisartsen?

# Bijlage 3: Goedkeuring Ethische Commissie

**Ons kenmerk**: MP006393
**Uw kenmerk**: Masterproef studie: Aanpak van psychosociale problemen binnen de context van het Wijkgezondheidscentrum
**Leuven**, 16-07-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Jo Goedhuys
Geachte Niels Rijnders

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 16-07-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed. Wij vragen nog om te controleren of volgende elementen zeker opgenomen zijn in de informatiebrief:
• De informatiebrief moet de naam en contactgegevens van de promotor vermelden, zodat deelnemers met eve

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 21-06-2018 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 tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

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

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter

# Bijlage 4: Informed consent

**Informed consent**

Titel van de studie: Aanpak van psychosociale problemen binnen de context van het Wijkgezondheidscentrum

Opdrachtgever van de studie: *KU LEUVEN, Faculteit Geneeskunde. Herestraat 49, 3001 Leuven.*

Ethisch comité: *Identificatie van het ethisch comité dat het enkel advies heeft gegeven over de studie en van het lokaal ethisch comité dat heeft deelgenomen aan het goedkeuringsproces.*

Plaatselijke artsen-onderzoekers:

*PROMOTOR: Jo Goedhuys, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Kapucijnenvoer 33 blok j - bus 7001, 3000 Leuven. jo.goedhuys@kuleuven.be*

*HAIO: Rijnders Niels, Student KU LEUVEN. Niels.rijnders@student.kuleuven.be*

**Achtergrond en doel van de studie**

Psychosociale problemen worden vaak door artsen als meer belastend ervaren. Deze problemen komen echter vaak voor en de oplossingen hiervoor zijn niet eenvoudig. Actueel is het inzetten van eerstelijnspsychologen een grote ontwikkeling hierin. Er is ook al wat onderzoek gevoerd naar het samenwerken met een psycholoog in huis. Deze multidisciplinaire aanpak wordt algemeen als interessant ervaren.

Er zijn momenteel 31 wijkgezondheidscentra aangesloten bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen, deze werken allen in een multidisciplinaire context. Deze is evenwel verschillend voor de verschillende centra, de enige vaste waarden zijn de arts, verpleegkundige en de kinesist. Een aantal centra voorzien echter ook maatschappelijk werker(s), psycholo(o)g(en), en/of anderen.

Men ziet in deze centra over het algemeen een meer kwetsbare patiëntenpopulatie die ook meer vatbaar is voor psychosociale problemen. Het is interessant om na te gaan hoe de verschillende centra omgaan met deze uitdaging, en de troeven en beperkingen van deze verschillende aanpakken te onderzoeken. Dit kan ons mogelijks nieuwe perspectieven bieden die niet enkel van nut kunnen zijn voor de wijkgezondheidscentra maar ook voor andere multidisciplinaire praktijken en zelfs op beleidsniveau.

De vragen die we hierbij stellen zijn: hoe organiseren verschillende wijkgezondheidscentra in Vlaanderen zich in de aanpak van psychosociale problemen? Wat zijn de voor- en nadelen die de centra ondervinden bij hun aanpak?

De bedoeling is om door meer inzicht te verwerven in de aanpak van psychosociale problemen door de verschillende wijkgezondheidscentra enkele adviezen of opportuniteiten binnen de gezondheidszorg aan te kaarten.

Om deze vragen te beantwoorden is het nodig met de zorgverleners in het veld te praten. De geopteerde structuur hierbij is deze van het semigestructureerde interview waarbij enkele vragen zijn voorbereid maar de mogelijkheid bestaat verder uit te wijden.

We vragen een half uur tot een uur tijd om het interview in een rustige setting af te nemen.

De deelname is volledig vrijwillig en kan op elk moment gestopt worden.

Het interview zal worden opgenomen en de geluidsopnames zullen digitaal bijgehouden worden door de Arts-onderzoeker. Bij het presenteren van de bekomen resultaten zal de inhoud van de individuele gesprekken anoniem worden gehouden.

**Goedkeuring door centrale en lokale commissies**

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke ethische commissie (Commissie voor Medische Ethiek van de UZ Leuven, die als centrale commissie fungeert voor dit project), na raadpleging van de ethische commissies van de andere deelnemende ziekenhuizen. Deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische Richtlijnen voor het opstellen van een ICF Richtlijnen voor het opstellen van een ICF 8/9 studies. In geen geval dient U de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

In het kader van een onderzoek over de aanpak van psychosociale problematiek, geef ik,

..... (naam/voornaam) toestemming om mij te interviewen, en dit interview op te nemen.

Datum Handtekening

***Arts-onderzoeker***

Ik ondergetekende, **Niels Rijnders** , arts-onderzoeker verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Datum Handtekening