De aanpak van relatieproblemen binnen koppels door de huisarts

Door: J. Duijndam, Promotor: J. Goedhuys, copromotoren: D. Dewilde, P. Rober

Achtergrond:
De kwaliteit van de relatie binnen een koppel is van grote invloed op het welbevinden van mensen.
De huisarts komt regelmatig met relatieproblemen in contact. Hoe wordt dit nu eigenlijk aangepakt? Voelt de huisarts zich onderlegd genoeg om dit te doen? Hiervoor heb ik 27 huisartsen ondervraagd om een overzicht te krijgen en eventuele valkuilen of aanraders te achterhalen.

Doelstelling:
Het doel van deze studie is om zo goed mogelijk een overzicht te krijgen van de aanpak van relatieproblemen door de huisarts. Hoort dit probleem thuis in de huisartsenpraktijk en hoe ver ga je daarin?

Methode:
Aan de hand van opzoekwerk, gesprekken met ervaringsdeskundigen en semigestructureerde interviews met 27 huisartsen wil ik een analyse maken van hoe de huisarts omgaat met relatieproblemen.

Resultaten:
Er kwamen 4 grote thema's aan bod in de interviews: de aanmelding bij de huisarts, de oorzaak van relatieproblemen, de aanpak van de huisarts en de vergoeding. De aanpak is dan nog onderverdeeld in: hoe maakt de huisarts het relatieprobleem bespreekbaar, hoe gaat die ermee om, het verwijsbeleid en de voor- en de nadelen als huisarts bij de aanpak van relatieproblemen.

Besluit:
Op basis van de resultaten werd een beeld verkregen van de aanpak van relatieproblemen binnen koppels door de huisarts. Ook werden er enkele tips gegeven die meegenomen kunnen worden bij de aanpak van relatieproblemen.

Inleiding:

Relatieproblemen binnen koppels zijn een veel voorkomend probleem. Variërend in ernst komt iedereen hier wel direct of indirect mee in aanraking.
Het Nationaal Instituut voor de Statistiek toont dat het aantal huwelijken de laatste twintig jaar is afgenomen en het aantal scheidingen is toegenomen (1990 t.o.v. 2010). Alhoewel de scheidingen weer in een dalende lijn zijn (een piek in 2008 waarna weer afname van het aantal scheidingen) (Fig. 1). Aangezien een relatieprobleem een grote weerslag kan hebben op de kwaliteit van het leven en gepaard kan gaan met depressieve gevoelens en psychosomatische klachten, komt de huisarts hier dan ook regelmatig mee in contact (Fig. 2).

Van de huisarts wordt verwacht om hiermee om te kunnen gaan als centrale figuur in de eerstelijns gezondheidszorg. De Vlaamse regering heeft eind 2010 een conferentie georganiseerd met als thema: een visie op de toekomst van de eerste lijn. Hierin komt duidelijk naar voren dat de echelonnering nog niet goed op punt staat en dat de aanpak rond psychologische hulp beter geregeld zou moeten worden.

Tijdens mijn stage ondervond ik dat het omgaan met relatieproblemen niet zo evident is. Vandaar dat mijn vraag is gegroeid hoe andere huisartsen dit aanpakken en wat eventuele tips zijn om in het oog te houden. Doel is natuurlijk dat je je als arts goed voelt bij de aanpak van deze problematiek, maar ook dat je een steun kunt zijn voor je patiënt.

Fig. 1

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Huwelijken	64.554	51.402	45.123	42.110	40.434	41.777	43.296	43.141	44.813	45.561	45.613	43.303	42.159
Scheidingen	20.331	34.983	27.002	29.314	30.628	31.355	31.405	30.840	29.189	30.081	35.366	32.606	28.903
Wet. samenw			5.144	21.427	8.958	11.263	18.729	30.961	34.605	49.515	64.021	67.561	72.191

Methode:

Interviews

Voor ons kwalitatief onderzoeksdesign hebben we gekozen om een semigestructureerd interview af te nemen bij 20 tot 30 huisartsen. Tijdens de voorbereiding op deze interviews zal een verkennend literatuuronderzoek gedaan worden naar relevante thema's en gesprekstopics.
Als klankbord zal professor P. Rober worden geïnterviewd (klinisch psycholoog en gezinstherapeut, werkzaam in Context - Centrum voor Relatie-, Gezins- en Sekstherapie van het UPC KU Leuven. Als hoogleraar verbonden aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van de Faculteit Geneeskunde van de KU Leuven). Ook K. Leën (deeltijds maatschappelijk werkster/relatie-& gezinstherapeute bij het CGG, deeltijds in een privépraktijk) zal over dit onderwerp en de werking van de verschillende verwijsmogelijkheden bevraagd worden.
Zevenentwintig huisartsen zullen worden geïnterviewd waarbij er o.a. gevraagd zal worden een casus voor de geest te halen betreffende relatieproblemen. Individuele interviews zullen worden gebruikt omdat die de meeste garantie geven op persoonlijke en originele informatie. Tijdens het gesprek zullen ook bepaalde topics worden aangehaald om zo de aanpak tussen de verschillende artsen te kunnen vergelijken. Hierbij zal mijn interesse uitgaan naar de volgende onderwerpen: 1. de aanmelding, 2. de oorzaak, 3. de aanpak met daarbij de verwijzing en 4. het vergoedingsbeleid. Voor verdere specificatie van de vragen zie bijlage onderaan het artikel.
Voorafgaand aan de interviews zal aan de geïnterviewde huisartsen worden verteld wat het onderwerp is, zodat er reeds over het onderwerp kan worden nagedacht en er geen waardevolle informatie verloren gaat.

Studiepopulatie

Er zullen tussen de twintig en dertig huisartsen geïnterviewd worden, zowel in groot Leuven als Noord-Limburg. Zij worden willekeurig gekozen uit de huisartsenwachtlijst (Mediwcht) van Lommel. Twee van de geïnterviewde huisartsen zullen mijn stage-coördinatoren zijn. Waarvan één aanvullende opleidingen zou hebben gevolgd binnen de psychotherapie. Daarbuiten zullen nog enkele huisartsen in de omgeving van Lommel worden bevraagd. Hen zal ik via mediwacht zoeken.
Bij de ondervraagden zullen zowel solowerkende artsen als artsen die in een groepspraktijk werken zijn. Er zullen 9 vrouwen en 18 mannen geïnterviewd worden. Het aantal jaren dat de artsen werkzaam zijn als huisarts varieert van geen (1 huisarts in opleiding) tot 42 jaar (volgend jaar met pensioen).
Alle huisartsen zullen telefonisch worden gecontacteerd met de vraag of ik hen mag interviewen. De anonimiteit wordt gegarandeerd.

Afname interviews

De interviews zullen telkens door eenzelfde onderzoeker afgenomen worden. Allen zullen individueel bevraagd worden. De tijdsduur van het interview zal ongeveer één uur bedragen. Elk gesprek zal opgenomen worden en nadien door een onafhankelijke medewerker worden uitgetypt.

Gegevensanalyse

Via de papieren versie van de uitgetypte interviews zal de analyse van de antwoorden beginnen. Per vraag zullen de antwoorden onder elkaar gezet worden en dan wordt gezocht naar enerzijds terugkerende en anderzijds nieuwe elementen. Door de antwoorden per vraag te bundelen worden belangrijke tendensen vrij snel duidelijk. Met deze methode worden per vraag alle verschillende antwoorden gegroepeerd en samengevat tot verschillende kernboodschappen. Bij de resultaten zullen soms expliciete cijfers staan en op andere momenten zal er van 'meesten' of 'enkelen' worden gesproken. De reden hiervan is dat sommigen onderwerpen duidelijk kunnen worden gescoord, omdat het antwoord eenduidig is. Bij andere onderwerpen bestaat het antwoord uit een verhaal, waar de gegevens uit worden gehaald.

Resultaten:

Tijdens de interviews zijn er 4 hoofdthema's aan bod gekomen:

1. Aanmelding
2. Oorzaak
3. Aanpak
4. Vergoedingsbeleid

1. Aanmelding:
Wat was de aanmeldingsklacht en wie bracht het probleem ter sprake?

Relatieproblemen komen regelmatig voor in de huisartsenpraktijk. Dit kan uiteen lopen van kleine opmerkingen over de relatie tot crisissituaties. De aanmelding bestaat meestal uit psychosomatische klachten of vage depressieve klachten. Maar 2 van de 27 huisartsen zeggen dat dit eerder direct gemeld wordt. Opvallend is dat het meestal de vrouw is die met dit probleem komt. Slechts 1 van de 27 ondervraagden zag vooral mannen die dit probleem kwamen aankaarten. Het ging dan om een oudere patiëntenpopulatie, waarbij de aanmelding meestal naar aanleiding van seksuele stoornissen werd gedaan. Regelmatig komt dit ook ter sprake bij de vraag naar SOA-screening.
De INTEGO-gegevens bevestigen dat de vrouw meestal de aanmelder is. (fig. 2) (INTEGO is een digitale database die de diagnoses van 55 huisartsen verspreid over Vlaanderen registreert om zo de incidentie van huisartsproblematiek te kunnen extrapoleren naar heel Vlaanderen).
Per 1000 patiëntencontacten zijn er 76 mannen die met relatieproblemen naar de huisarts komen tegenover 176 vrouwen (in de periode van 2008-2010). De incidentie is 0.34 per 1000 binnen de patiëntenpopulatie (Hierin zijn zowel de patiënten die op raadpleging kwamen als degenen die niet naar de arts zijn gegaan opgenomen). Cijfers laten zien dat relatieproblemen regelmatig bij de huisarts worden gemeld. Toch moeten we ons realiseren dat niet iedereen met relatieproblemen naar de huisarts komt. Dit is vaak afhankelijk van het sociale netwerk van de persoon. Verschillende huisartsen merkten b.v. op dat een patiënt plots gescheiden bleek te zijn zonder dat hij of zij daar weet van had.
Qua leeftijd komen de overwegend problemen voor in de leeftijdscategorie van 25-44 jaar. Dit komt overeen met het idee van de geïnterviewde huisartsen die dit vooral zien bij de "jongere" populatie. Maar zelfs bij 75-plussers komen nog relatieproblemen voor. In Nederland zijn gelijkaardige gegevens terug te vinden (Kedde e. a., 2010).
Bij de ondervraagden zeggen 14 van de 27 minstens 1 keer per week met dit probleem te maken te hebben. Erop ingaan en hoe intensief erop ingaan is afhankelijk van de ernst van het probleem en van de interesse van de arts. Want hoort dit probleem wel in de huisartsenpraktijk thuis?

Fig. 2 INTEGO-tabel: 2008-2010 incidentie van relatieproblemen met de partner per leeftijd en geslacht per 1000 patiëntenjaren in JCG en PP

Leeftijd	Aantal diagnoses man	Aantal diagnoses vrouw	Incidentie in de JCG man	Incidentie in de JCG vrouw	Incidentie PP man	Incidentie PP vrouw
15-24jr	11	13	0,59	0,64	0,4	0,49
25-44jr	43	94	1,02	2,07	0,66	1,61
45-64jr	17	59	0,39	1,3	0,27	1,04
65-74jr	5	7	0,33	0,44	0,29	0,4
75+	0	3	0	0,14	0	0,13
Totaal	76	176	0,48	1,03	0,34	0,82

JCG staat voor jaarlijkse contact groep -- PP staat voor patiëntenpopulatie

2. Oorzaak:
Wat is de reden van relatieproblemen? Zijn er zaken die een scheiding tegenhouden? Leren mensen uit hun fouten voor een eventuele volgende relatie?

Relatieproblemen zijn problemen waar iedereen in zijn leven wel eens rechtstreeks of onrechtstreeks mee te maken krijgt. Meestal heeft het een grote invloed op de levenskwaliteit en het geluksgevoel van mensen. Maar wat is nu eigenlijk de reden van relatieproblemen? Als antwoord hierop gaven de meeste huisartsen aan dat het ging om het ***uiteen groeien van beide partners***. Beiden hebben hun werk, waarbij vaak nog sociale verplichtingen komen. Dit in combinatie met kinderen en huishouden, zorgt ervoor dat er geen tijd overblijft voor de partners samen. Door de stress van het jachtige leven komt er dan nog eens extra druk op de relatie te staan en loopt de communicatie mis. Eén van de artsen maakte een mooie vergelijking: een auto gaat regelmatig naar de keuring en wordt onderhouden, maar bij een relatie wordt dit onderhoud vaak vergeten. Dit is de essentie van een welgekend boek over relatietherapie van Alfons Vansteenwegen: Liefde is een werkwoord. Soms hebben mensen te hoge verwachtingen van het huwelijk. Ze hopen hun partner te kunnen veranderen, iets wat vaak niet realistisch is. Ook verwachtingen die niet uitgesproken worden, worden vaak niet gerealiseerd, omdat de partner er geen weet van heeft. Vaak kan de vrouw zaken beter aanvoelen of tonen met emoties. Bij een man is dit anders, zodat een vrouw zich onbegrepen voelt, hetgeen een gedrag uitlokt dat de partner niet kan plaatsen. Als hij dan verkeerdelijk denkt te weten wat de reden is, kan dit leiden tot een woordeloos gesprek met heel wat frustraties.
Iedere ***andere levensfase*** brengt aanpassingen en dus ook stress met zich mee. Zo zorgt bijvoorbeeld het krijgen van kinderen ervoor dat de aandachtverdeling moet veranderen, waarbij ook nog komt dat een kind (of kinderen) extra werk met zich meebrengen. Met pensioen gaan van de partners is een ander voorbeeld dat voor problemen kan zorgen. Een quote: “Heb ik jarenlang het huishouden gedaan, zit mijn man opeens thuis op de zetel met een krant, zodat ik niet kan stofzuigen.”
Sowieso valt het de huisartsen op dat koppels tegenwoordig makkelijker scheiden.
Kinderen kunnen stress opleveren. Toch zeggen 16 van de 27 huisartsen dat kinderen vaak een bindmiddel zijn, waardoor koppels, in ieder geval tijdelijk, een scheiding uitstellen. Dit is natuurlijk niet tot in het oneindige te rekken. Een andere reden waarom mensen minder makkelijk uit elkaar gaan zijn de financiën.
Er wordt opgemerkt dat er veel mensen ***vreemdgaan*****.** Dit brengt vaak moeilijkheden met zich mee brengt, doch dit betekent niet dat de relatie altijd voorbij is. Wel is het belangrijk om een besluit te nemen. Of je stopt met de relatie, of je gaat er helemaal voor. Iets ertussen zorgt ervoor dat je aanmoddert en doorgaat zoals je bezig bent. Natuurlijk moet je dit ook kunnen, want het vertrouwen is geschaad. En vertrouwen en respect ligt toch aan de basis van een relatie.
Bij de vraag of de huisartsen het idee hebben dat mensen uit hun vroegere relatie geleerd hebben, denken 17 van de 27 dat de situatie zich vaak herhaalt en dat men vaak voor een partner kiest die erg op de vorige lijkt. Dikwijls is dit omdat je binnen een bepaalde klasse zit en dan met gelijksoortige mensen in contact komt. Slechts 3 van de 27 huisartsen denken dat je van fouten in het verleden leert.

3. Aanpak:
Hoe maakt de huisarts relatieproblemen bespreekbaar en waaruit bestaat zijn aanpak?

Een belangrijke vraag is hoe huisartsen in aanraking komen met relatieproblemen. Het overgrote deel geeft aan dat ze **er *indirect naar vragen*** op het moment dat er depressieve klachten zijn of als de indruk bestaat dat de somatische klachten eerder psychosomatisch zijn. Dan laten de meesten “een ballonnetje op”, zoals ze het zelf noemen, door te vragen hoe gaat het op werk, hoe gaat het thuis… Zo hopen ze dat de patiënt iets loslaat van het onderliggende probleem. Een aantal patiënten komt specifiek naar de huisarts om een relatieprobleem te bespreken maar de meesten komen met bepaalde onverklaarbare klachten die niet goed zijn thuis te brengen. Dan wordt soms wel duidelijk dat er andere problemen zijn waaronder relatieproblemen.

Slechts een enkele huisarts geeft aan dat hij meteen doorverwijst. Die wil niets te maken hebben met relatieproblemen. Een groot gedeelte van de huisartsen zal tijdens een eerste raadpleging het verhaal kort aanhoren en dan een nieuwe (langere) afspraak plannen. Typisch wordt dan 30 tot 45 minuten uitgetrokken om het hele verhaal te horen.

Bij het bevragen van de aanpak zeggen alle huisartsen in eerste instantie vooral te ***luisteren***. Iets wat de patiënt als één van de belangrijkste verwachtingen heeft. De ***verwachtingen*** moeten zeker worden bevraagd. Zo kun je nagaan of deze realistisch zijn. Als men bijvoorbeeld denkt dat de huisarts het probleem wel even oplost, is het belangrijk om duidelijk te maken dat dit niet kan. Het koppel moet er zelf aan willen werken, waarbij de huisarts of een andere zorgverlener hierbij kan ondersteunen. Bij de aanmelding komt meestal één van de twee personen binnen het koppel. Afhankelijk van de arts wordt de patiënt soms niet, soms alleen, soms alleen de partner of soms samen met de partner teruggezien. Hierin zie je verschillende opvattingen. Vaak krijg je te horen dat de partner toch niet mee zal willen komen. Dan is het zaak om te vragen waarom niet? Weet de partner dat er een probleem is? Is er al eens over gesproken?
Sommigen artsen willen graag de partner ook eens alleen zien om het verhaal van de andere kant te horen en zich zo te ***hoeden voor partijdigheid***. Het voordeel van de mensen apart zien, is dat ze alles kunnen zeggen zonder op hun woorden te hoeven letten waarmee ze de partner zouden kunnen kwetsen. Een groot nadeel is echter als de patiënt je iets vertelt dat je niet mag vertellen aan de partner (bijv. als er een derde in het spel is). Dan kom je er juist tussen te staan en maak je het voor jezelf moeilijk. Vandaar dat het niet slecht is om aan beide te melden dat je alleen wilt horen wat je met beide kunt bespreken. Dit probleem ontloop je door de twee samen te zien. Als je vindt dat je je functie als huisarts niet goed kunt uitoefenen, omdat je niet het hele vertrouwen kunt geven door de eventuele geheimen te moeten verzwijgen, dan is het misschien beter om deze taak bij een relatietherapeut te leggen.
Eén van de huisartsen die onder andere opgeleid was in de psychotherapie haalde de “veelzijdige partijdigheid” aan. Dus op voorhand melden dat je geen partij trekt. Als iemand alleen komt kun je dan gebruik maken van “de lege stoel”. Hierbij doe je net of de partner ook aanwezig is, door te zeggen: hoe zou jouw partner hierop reageren als hij jou nu zou horen en waarom?

Opvallend is dat alle artsen aangeven vooral te willen luisteren. Doel is niet te veroordelen en geen partij te kiezen. De hoop is, om door het bespreekbaar maken van de problemen in een niet bedreigende plaats, tot oplossingen te komen. Dit werkt wanneer de bereidheid er is om ook aan de problemen te werken. Sommige huisartsen werken dan met actieplannen en geven de koppels taken mee naar huis. Belangrijk is dat het in kleine stapjes gaat. Bijvoorbeeld als er geen seksuele relatie is: elkaar iedere dag een knuffel geven, zonder seksuele betrekkingen, en één compliment aan elkaar geven per dag. Bij een verwijt moet dit dan bijvoorbeeld gecompenseerd worden door vier complimenten. Vijf van de ondervraagde huisartsen zeggen een lijstje te maken met aan de ene kant wat goed gaat met de partner en aan de andere kant wat niet goed gaat. Soms moet je ze helpen om positieve dingen te vinden. Als voorbeeld kun je vragen waarom ze samen zijn begonnen. Ook raden een aantal huisartsen aan tijd voor elkaar te maken en dan iets samen te doen.

Besproken aspecten van relatieproblemen die door de huisarts worden nagevraagd zijn o.a. ***seksuele problemen***. Soms is dit de reden voor aanmelding. Regelmatig zeggen artsen dat de patiënt hier zelf wel mee komt als ze hiermee een probleem hebben. Tien van de artsen zeggen dit zelf te bevragen. ***Geweld*** is een onderwerp dat vanuit de arts niet veel wordt aangesneden. Alleen als er een vermoeden is, dan geeft ongeveer de helft aan dit wel te doen. Wanneer een depressie gepaard gaat met de relatieproblemen dan worden ***suïcidegedachten*** ook aan de kaak gesteld. ***Steunfiguren*** spelen een belangrijke rol binnen de relatieproblematiek. Dus is het nuttig te weten in welke mate die er zijn.

Bijna alle artsen zeggen de patiënt terug te laten komen volgens noodzaak en dan eventueel een langere afspraak te maken als het om

relatieproblemen gaat. Bij een depressie of crisis wordt er meestal een afspraak vastgelegd binnen de week om de patiënt wat intensiever op te volgen en de drempel zo laag mogelijk te houden om terug te keren. Ook als er arbeidsongeschiktheid is voorgeschreven wensen de artsen de patiënt terug te zien als dit verlengd moet worden.
Bijna de helft van de ondervraagden zegt dat ze vragen of de partner wil meekomen. Vaak lukt dat niet. Vier huisartsen zeggen zeker niet de partners met twee te laten komen.

Als de huisarts met kleine interventies niet tot verbetering komt of als het probleem te complex is wordt de patiënt, eventueel met partner, doorgestuurd voor meer specialistische hulp. Slechts drie artsen halen aan niet graag door te verwijzen. De ene is hiervoor zelf opgeleid en doet de therapie liever zelf. De andere heeft het idee de patiënt af te wijzen bij een doorverwijzing. En de derde ziet het nut er niet van in.

De huisartsen hebben met betrekking tot ***medicatiegebruik*** veelal dezelfde ideeën. Er is op zich bij relatieproblemen geen plaats voor medicatie. Als dit echter gepaard gaat met depressie worden er wel antidepressiva opgestart. Bij onrust of slaapproblemen wordt enkel op vraag medicatie voorgeschreven (met name alprazolam). Daarbij wordt gezegd dat deze middelen verslavend kunnen werken en uiteindelijk niet de oorzaak van de problemen wegnemen. Ze worden dus liefst zo kort mogelijk voorgeschreven. Ook wordt er soms een antidepressivum voorgeschreven met als nuttige bijwerking sedatie (bij trazolan). Let er echter wel op dat dit de seksuele relatie niet altijd ten goede komt. Slechts twee artsen proberen eerst met valeriaan en één met een bètablokker bij onrust.

Met betrekking tot het schrijven van ***tijdelijke arbeidsongeschiktheid (TAO)*** lopen de meningen erg uiteen.
Er zijn artsen die dit liefst niet voorschrijven aangezien werk zorgt voor houvast en afleiding (volgens de meerderheid). Anderen zeggen juist: “Neem even rust en probeer aan je relatie te werken”. Als er dan TAO wordt geschreven kan dit variëren van enkele dagen tot een maand de eerste keer. Dit gaat natuurlijk altijd in overleg met de patiënt. Als er langere tijd wordt voorgeschreven is dit met de gedachte om rust te brengen. Een week is snel voorbij en dan zit je al weer met de komende maandag in het hoofd. Toch wordt de TAO in het begin per week voorgeschreven en wordt gezegd dat als er meer tijd nodig is, de patiënt moet terugkomen voor een evaluatie en verlenging. Daarna wordt zo nodig de periode wel verlengd per twee tot vier weken.

Het verwijzingsbeleid
Voor de huisarts zijn er een aantal verwijzingsmogelijkheden voor zowel koppels als individuen. Hierbij is de algemene gedachtegang van de huisartsen dat de therapeut wel zal zorgen dat de partner mee komt als dit nodig is. Bijna alle huisartsen geven aan dat het de patiënt zelf is die de hulp moet zoeken. Tien van de huisartsen geven een ***verwijsbrief*** mee, waarvan één een uitgebreide brief om het probleem te kaderen. De anderen houden dit summier zodat de therapeut zelf een idee kan vormen. Er zijn twee artsen die zelf bellen. De meesten geven echter adressen en telefoonnummers mee zodat de patiënt zelf contact op kan nemen.
De geïnterviewde therapeute zegt blij te zijn met een verwijsbrief. Die moet niet heel uitgebreid zijn. Het is vooral belangrijk om het netwerk rond de patiënt te kennen om zo nodig hulp in te kunnen roepen van de huisarts. Bij het CGG is het de standaardprocedure dat wordt gevraagd wie de huisarts is. Hetzelfde gebeurt in de privépraktijk, die daarbuiten ook nog wil weten of er eventueel een terugkoppeling mag zijn met de huisarts. Als dit mag, wordt er afhankelijk van de praktijk een korte brief geschreven, waarin staat dat de patiënt is langs geweest en dat je met vragen altijd contact mag opnemen. Vanuit het CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) is geen gestandaardiseerde formele feedback. Dat laatste wordt door de huisarts vaak als nadelig gezien. Voor patiënten is het soms fijn dat de problemen die met de therapeut worden besproken niet terug naar de huisarts gaan.

De verwijsmogelijkheden zijn: het CGG, CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk), de privétherapeuten en -psychologen en de psychiaters. Verder melden we voor specifieke

hulp ook het bestaan van het OCMW (Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn), vluchthuizen en natuurlijk de politie bij geweldsproblemen.

Als er over het ***CGG*** gesproken wordt reageren de meeste huisartsen negatief. Het eerste wat wordt genoemd zijn de lange wachttijden voordat iemand geholpen wordt. Dit zorgt vaak voor een beletsel om te verwijzen. Enkelingen melden dat er een te groot verloop is en dat er met te jonge therapeuten wordt gewerkt. Als het gaat om mensen die het financieel niet breed hebben, wordt er bij gebrek aan beter toch naar verwezen. Een ander voordeel is dat hier meerdere specialisten samenwerken.
Bij navraag zegt het CGG het intakegesprek binnen de 14 dagen door te laten gaan. De inzet van de therapie duurt echter langer (Fig. 3).Natuurlijk wordt er wel meteen voor opvang gezorgd in crisissituaties.

Fig. 3 Kerncijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

	Gemiddelde wachttijd tot intakegesprek in dagen	Gemiddelde wachttijd tussen intakegesprek en start van de behandeling
2004	48	71
2007	56	53
2008	33	38
2009	33	39
2010	40	40

Waar bijna elke arts wel een opmerking maakt over het CGG, zegt minder dan de helft iets over het ***CAW*** (10 op 27). Terwijl dit een eerstelijns organisatie is en het CGG een tweedelijns. Het CAW biedt een uitgebreid aanbod voor hulp; zowel voor het helpen bij relatieproblemen als voor hulp bij het verloop van een scheiding.

Privépraktijken van psychologen worden positiever bekeken wanneer het gaat over bereikbaarheid en resultaat maar daar hangt dan wel een prijskaartje aan. Huisartsen die een psycholoog in de praktijk hebben (3 van de 27 artsen) vinden dit heel handig om naar door te sturen.

Bij onderliggende psychische stoornissen wordt verwezen naar de ***psychiater***.

Bij geweld wordt meestal een attest gemaakt en aangeraden hiermee naar de ***politie*** te gaan.
Vier artsen raden slachtofferhulp aan bij de politie, anderen het vluchthuis, weer anderen het CAW.

Opvallend is dat huisartsen redelijk negatief staan ten opzichte van de hulpverlening op gebied van relatieproblemen. Ze vinden zichzelf niet competent genoeg om het aan te pakken en hebben tijdsgebrek, maar de instanties worden ook niet als goede oplossingen gezien. Dat schept een soort vacuüm waarbij huisartsen wel vragende partij zijn om betere hulpverlening te organiseren.

Voordelen en nadelen van het behandelen van relatieproblemen door huisarts

Voordelen
De huisarts kent de patiënt en de ***omgeving van de patiënt***. Dus een verhaal over relatieproblemen kan goed worden gesitueerd. Dit is belangrijk omdat de patiënt een gekleurd verhaal kan komen vertellen. Verder kan de huisarts ook rekening houden met rechtstreeks betrokkenen en daar actie in ondernemen (kinderen, etc.). Ook kunnen problemen vroegtijdig worden ontdekt door kleine signalen die de mensen afgeven, waardoor ze bespreekbaar gemaakt kunnen worden.

Financieel is de huisarts op dit moment interessant voor de patiënt. Voor € 23,50 (waarvan minstens € 19,32 terugbetaald) kan iemand feitelijk onbeperkt komen praten. Bij de meeste andere instanties is dat duurder, zeker bij privé therapeuten.
Ook vormt de huisarts de ***laagste drempel*** om eens naar toe te gaan. Er zijn zoveel redenen om naar de huisarts te gaan, dat de schaamte om psychologische hulp te vragen wegvalt, aangezien

een buitenstaander niet ziet of je voor een voorschrift komt of voor een psychologisch gesprek.
De ***beschikbaarheid*** is goed door de beperkte wachttijden van de huisarts.

Nadelen
Een huisarts kent de mensen en de situatie heel goed, maar loopt het risico om ***verstrikt te raken*** in het web dat de partners hebben gemaakt.
Verhalen zijn altijd eenzijdig en geven soms een vertekend beeld van de waarheid. Het is ook niet altijd mogelijk om de twee kanten van een verhaal te ontdekken waardoor een deel van de informatie ontbreekt. Er bestaat dan de angst **om *patiënten te verliezen*** en niet alleen de patiënt, maar ook de hele familie.
Soms is het voor de patiënt zelfs makkelijker om met een vreemde te praten die je daarna niet meer ziet, dan met een arts waar je nog mee in aanraking komt in de toekomst.

Tijdsdruk wordt als het grootste nadeel gezien. Relatieproblemen kunnen bijna onmogelijk binnen bestaande consulten (gemiddeld 15 minuten) worden behandeld. Veel huisartsen geven een dubbel consult of werken 's avonds aan relatieproblemen. Het eigen gezinsleven wordt daardoor extra belast.

Relatietherapie geven aan patiënten die men goed kent kan ook ***persoonlijk belastend*** zijn. Zeker als er zeer zware problemen zijn waar niet direct een oplossing voor kan worden gevonden bestaat het gevaar dat dit op de huisarts weegt.

De ***specifieke opleiding ontbreekt*** om patiënten een goed referentiekader aan te bieden. En het laatste wat je moet doen is mensen de hoop ontnemen of demotiveren.
Tijdens de opleiding tot huisarts wordt geen aandacht besteed aan relatietherapie; enkel communicatievaardigheden worden aangeleerd. Dat er communicatietraining is, vormt al een goede vooruitgang vinden de oudere huisartsen.
Aangezien relatieproblemen één van de vele onderwerpen zijn waar je als huisarts mee in aanraking komt, wordt gezegd dat dit geen verplicht onderwerp moet zijn, maar wel een mogelijkheid als je hierin geïnteresseerd bent.
Sommige huisartsen hebben een opleiding gevolgd; anderen lezen over het onderwerp en dan is er ook een groep die vindt dat het met de ervaring komt en alleen als je er ook interesse voor hebt. Op de vraag of er nu nog behoefte naar is, zeggen de oudere artsen dat dit nu niet meer nodig is. Zo nodig lezen ze er zelf over en anderen willen wel als het maar niet te veel tijd kost.
In ieder geval is het belangrijk om het netwerk van sociale diensten rondom je goed te kennen. Hiervoor is de netwerkstage tijdens de opleiding dan ook zeer nuttig.

5. Vergoedingsbeleid voor behandelen relatieproblemen en nomenclatuur
Vindt de huisarts dat er een nomenclatuurnummer voor psychologische gesprekken moet bestaan en zou de aanwezigheid hiervan de aanpak beïnvloeden?

Op dit moment is er geen specifieke nomenclatuur voor de behandeling van relatieproblemen bij huisartsen. De meeste artsen werken met vaste afspraken van gemiddeld ***15 minuten***. Het komt er dus op neer dat als iemand met relatieproblemen bij de huisarts komt er dezelfde tijd voor staat als voor een keelontsteking.
In werkelijkheid wordt door bijna alle artsen meer tijd uitgetrokken. Nadat een patiënt een relatieprobleem heeft bekend gemaakt wordt meestal een nieuwe afspraak gemaakt waarvoor dan ook meer tijd wordt gereserveerd. Meestal gaat het dan over een ***dubbel consult van 30 minuten of zelfs een 3 dubbel consult van 45 minuten***. Hier wordt echter maar 1 consult voor aangerekend.
Het komt er dus op neer dat een huisarts de behandeling van relatieproblemen niet doet om er financieel beter van te worden, integendeel. Dikwijls worden deze afspraken na de normale werkuren gezet omdat ze uitlopen.
De meeste huisartsen zien het als een aspect van het werk. Maar hoewel de huisartsen vinden dat het slechts een klein deel van het werk zou mogen uitmaken, neemt relatietherapie verhoudingsgewijs door de aard van het werk wel ***veel tijd in beslag***.
Opvallend is dat bijna alle huisartsen aangeven dat het invoeren van **een *nomenclatuurnummer geen invloed zou hebben*** voor het behandelen van

relatietherapie (dus er zullen er altijd zijn die er veel werk van maken en een deel die er geen werk van maakt). Wel geven ze aan dat het een soort waardering is voor het werk wat er wordt ingestoken. Zeker als dat wordt vergeleken met wat therapeuten vragen voor therapie. Er werd door één arts geopperd om hiervoor, net als rookstop, een specifiek nomenclatuurnummer te maken. Ook werd een keer aangehaald hier, net als bij spirometrie, een opleiding aan te verbinden als je dit wilt aanrekenen. Echter welke opleiding wordt dan de gouden standaard? En de vraag blijft ook, wanneer noem je iets een psychologisch gesprek en vraag je meer geld. Eén van de huisartsen wil om deze reden geen nomenclatuurnummer hiervoor om dit probleem te vermijden.
Als het gesprek met de twee partners wordt gehouden, wordt wel voor iedere persoon een rekening geschreven.

Bespreking:

Relatieproblemen horen zeker thuis in de huisartsenpraktijk. De resultaten van een landelijke enquête onder Nederlandse huisartsen tonen aan dat huisartsen vinden dat de diagnostiek van een groot aantal psychische stoornissen en problemen tot hun takenpakket behoort (Visscher e.a., 2002). Er wordt gezien dat patiënten met psychische of sociale problemen twee keer zo vaak een beroep doen op de huisartspraktijk vergeleken met patiënten met alleen somatische diagnoses. Patiënten met de diagnoses angst of depressie hadden de meeste contacten vanwege hun specifieke angst- of depressieproblemen. Patiënten met stress, werkgerelateerde- of relatieproblemen hadden de minste contacten met de huisartspraktijk, vergeleken met patiënten met andere psychische of sociale diagnoses (EM Zantinge 2005). Ook het artikel ‘de huisarts-patiënten-relatie anno 2006’ bevestigt dit, want hierin wordt gemeld dat 51% van de patiënten de huisarts voor relatieproblemen in vertrouwen zou nemen, wat aanzienlijk lager is dan de 86% voor psychische problemen in het algemeen.
Aangezien de huisarts centraal staat in de eerstelijn is hij vaak degene die het makkelijkst aanspreekbaar is en hij kent dikwijls ook de omgeving van de patiënt. Dit betekent niet dat de huisarts alles zelf moet kunnen oplossen, maar wel dat hij de patiënt verder kan helpen evt. d.m.v. een doorverwijzing.
Dit wordt nog eens bevestigd door de 4 factoren die belangrijk zijn in de aanpak van huwelijks- en familieproblemen (Assay en Lambert). Aan ieder item is een percentage toegeschreven dat van invloed is op het succes van de aanpak:

- Patiënt en extra-therapeutisch factoren zoals karakteristieken van de patiënt zelf en de omgeving. 40%
- De relatiefactoren, waarmee de relatie tussen de patiënt en de therapeut wordt bedoeld. Wat inhoudt: warmte, respect, oprechtheid en empathie. 30%
- Gebruik van specifieke technieken en model-factoren. 15%
- Verwachting, placebo en hoop zijn factoren die bijdragen aan de gevoelens van de patiënt dat er hoop en kans op verbetering is. 15%

In het licht van deze factoren zitten huisartsen op een juiste plaats om koppels en mensen in een relatie advies te geven. Ten eerste omdat huisartsen al kennis hebben van de patiënt en zijn sociale omgeving. Ten tweede is er al een intieme relatie tussen de huisarts en zijn patiënt, wat kan bijdragen aan de therapeutische relatie. Ten derde komen mensen vaak naar hun huisarts met de verwachting dat hun arts hen kan helpen hun relatie te verbeteren. Hieraan moet een huisarts dan enkel nog kennis van technieken of modellen voor advies toevoegen (= slechts 15%), dus een globaal idee hiervan kan al helpen. Hierbij zou ik willen opmerken dat juist de intieme jarenlange relatie tussen huisarts en patiënten het werken met relatieproblemen juist moeilijker kan maken (o.a. risico om verstrikt te raken in de complexiteit; voelen patiënten zich wel vrij om te spreken bij iemand die hen zo goed kent; de huisarts begeleidt ook in de toekomst hun gezin medisch enz.)
Tussen de voordelen en de nadelen is er een spanning waarin elke huisarts zijn weg moet zoeken om zijn patiënten zo goed mogelijk te helpen. Maar goed helpen kan ook betekenen doorverwijzen.

Eén van de ondervraagde artsen heeft enkele jaren in Nederland gewerkt. Hij geeft aan gebruik te maken van de Vier Dimensionale Klachtenlijst (4KDL). Dit is een door huisartsen veel gebruikt screeningsinstrument om psychische klachten in de eerstelijn in kaart te brengen. Door middel van 50 vragen worden vier dimensies gemeten: distress, depressie, angst en somatisatie. Zo kan er een onderscheid worden gemaakt tussen ongecompliceerde stressproblematiek en depressie, angst en somatisatie. Er bestaan echter nog meer vragenlijsten. Eén ervan is de EersteLijnsMonitor (ELM). Hierin komt onder andere de relatiekwaliteit aanbod. De drie andere hoofdcategorieën zijn: psychisch welzijn, coping en persoonlijkheid. Rond de problematiek van relatieproblemen springt binnen de vragenlijsten natuurlijk de Nederlandse Relatie Vragenlijst (NRV) in het oog (Barelds, Kloens), die gebruikt kan worden om therapiesucces te voorspellen en te evalueren. De NRV bestaat uit 80 vragen en er komen 5 thema's aan bod:

- Onafhankelijkheid
- Emotionele saamhorigheid
- Identiteit
- Conflicthantering
- Seksualiteit

Door geen enkele ondervraagde huisarts werden de eerste vier onderwerpen aangehaald. Alleen seksualiteit werd door enkelingen genoemd. Conflicthantering kan volgens S. Johnson weer worden onderverdeeld in 3 dynamieken:

- Zoek de boef: over en weer aanvallen, beschuldigingen en veroordelingen
- De protestpolka: een achtervolging, waar de ene een stap achteruit doet en de andere er achteraan gaat
- Verstijf en vlucht: de partners gaan uiteen

Dit zijn onderwerpen waar naar gevraagd zou kunnen worden om inzicht in de probleemsituatie te krijgen.

Eén van de artsen die omtrent psychotherapie opleidingen had gevolgd, gaf aan dat het goed is om oplossingsgericht te werken. Een voorbeeld van een oplossingsgericht model is terug te vinden in het model in figuur 4.

Fig. 4

Model voor de aanpak van relatieproblemen
Stap 1: zichzelf en elkaar begrijpen: hoe heb je progressie gemaakt in je leven in de 3 levensfases: afhankelijkheid, onafhankelijkheid en interafhankelijkheid: - Wat was je ervaring met opgroeien? Was dit in het algemeen positief (verzorgend), neutraal, of negatief (trauma, misbruik, verwaarloosd)? Werk dit uit. - Wanneer zag je jezelf als autonoom, waarbij je een goed idee had van jezelf, je individualiteit, geloofssysteem en vrijheid van beslissingen voor het leven? Was dit proces makkelijk of moeilijk en hoe komt dat? - Op dit punt van je leven, denk je dat je een gezonde wederzijdse afhankelijkheid hebt verkregen in relatie met anderen? Wat zijn volgens jou de sleutel ingrediënten in een relatie met anderen?
Stap2: Elkaar aanvullen en verbeteren - Na het luisteren naar elkaar, wat merk je op als gelijkenissen en verschillen tussen jullie twee? - Hoe komen deze gelijkenissen en verschillen tot uiting, interageren ze en beïnvloeden ze jullie relatie? Is dat positief, neutraal of negatief? - Wat vind je leuk of apprecieer je aan de ander? - Kun je een aantal positieve ervaringen uit het verleden beschrijven die jullie met elkaar hebben gehad? - Zijn deze kwaliteiten en positieve ervaringen nog aanwezig en zijn ze nog steeds belangrijk in jullie huidige relatie? - Wat zijn je individuele noden, wensen en verwachtingen in deze relatie? - Wat zou ieder van jullie willen veranderen of aanpassen zodat je elkaar beter kunt aanvullen zodat de relatie sterker en beter wordt in de toekomst? Probeer zowel aan kleine als grote dingen te denken. - Wanneer en hoe denk je aan de slag te kunnen gaan met aanpassingen en veranderingen?
Stap 3: Contract maken om terug te komen voor follow-up Maak een contract met beiden dat ze zeker terug zullen komen voor follow-up. In de komende sessies moet de adviseur zich focussen op het werk dat gedaan is om de relatie te verbeteren. Als de ervaring positief was, moedig de twee aan verder te gaan met hoe ze bezig zijn. Als de ervaring negatief is, probeer oplossingsgerichte vragen om de twee zo beetje bij beetje verder te helpen op hun pad naar verbetering.

Tijdens stap 1 moet de huisarts aandachtig luisteren en interesse tonen zodat je een relatie en vertrouwen opbouwt.

Bij stap 2 moet je aannemen dat twee mensen meer weten dan één, en het koppel dus een team vormt i.p.v. tegenstanders. De taak van de huisarts

is de twee te laten zien hoe ze baat bij elkaar hebben en niet te streven naar controle op of superioriteit boven de ander. Samen moeten ze hun samengevoegde en gemeenschappelijke doelen en verwachtingen waarmaken.

Wanneer de twee mensen op een gestage manier vooruit gaan, stop dan de sessies, maar bied aan om contact op te nemen bij terugval. Tegelijkertijd moet je het koppel waarschuwen dat ze soms tegenvallers zullen ondervinden en dat ze die kunnen aanpakken door de hierboven beschreven techniek. Als het fout loopt, moeten ze naar je terugkomen.

Door dit model te gebruiken kiezen huisartsen geen partij, maar blijven ze neutraal omdat ze koppels helpen uit het verleden te leren en dan met die kennis het heden uit te werken zodat de toekomst mooier zal zijn.
De laatste stap in het adviseren is de follow-up van de progressie waarbij de nadruk op de positieve dingen ligt die de twee hebben gedaan. Door gebruik te maken van een oplossingsgerichte benadering kan een huisarts een koppel leiden en aanmoedigen op het goede pad en ze ook helpen zich niet te laten ontmoedigen door kleine tegenvallers. Als de twee goed progressie maken moet de huisarts deze positieve gang van zaken toejuichen en ze aanmoedigen hiermee zelf door te gaan. Het adviseren is dan over. Vergeet niet te zeggen dat als het weer minder goed gaat en het koppel hulp nodig heeft, ze altijd terug kunnen komen.

Dit is een voorbeeld van een model dat bruikbaar is bij interesse van de huisarts om relatietherapie zelf aan te pakken. Hierbij wordt verwacht dat beide partners aanwezig zijn.
De eerste stap zal niet altijd haalbaar zijn, aangezien het koppel in staat moet zijn een bepaald niveau van reflectie te hebben. Ook zal niet iedereen het appreciëren dat het verleden erbij wordt gehaald als hij of zij voor zijn relatieproblemen komt.
Tot slot rest dan nog de vraag of de aanpak van relatieproblemen niet te belastend wordt voor de huisarts (Zantinge 2008), gezien de tijd die hier moet worden ingestoken. Het merendeel vindt dat er voor psychotherapeutische gesprekken een nomenclatuurnummer zou moeten bestaan. Zodat de inspanning op zijn minst gewaardeerd wordt. Dit is te begrijpen vanuit de evenwichtstheorie waarbij mensen de eisen vanuit hun werk vergelijken met de opbrengsten die daar tegenover staan. Als de eisen vanuit het werk te hoog zijn en/of de beloning te laag, ervaren mensen een disbalans.

Tot hier toe heb ik vooral vanuit het perspectief van de huisarts naar de aanpak van relatieproblemen gekeken. Een studie aan de universiteit in Texas (Burghe e.a., 2005.), waaraan 253 mannen en vrouwen deelnamen, toonde aan dat de patiënt het belangrijk vindt dat de huisarts naar familiale problemen vraagt, terwijl maar 1/3 zegt dat dit daadwerkelijk is gedaan. Van deze groep vond 2/3 het nuttig om hier met de huisarts over te spreken. Een ander artikel (Cape e.a., 2000) toont aan dat externe observatoren de huisarts anders beoordelen dan de huisarts zichzelf beoordeelt. De huisarts zegt meer gesprekstechnieken te gebruiken dan wat de observator kon aantonen. Dit zal waarschijnlijk te extrapoleren zijn naar het bevragen van relatieproblemen binnen de patiëntenpopulatie.
Zo blijkt dat huisartsen het idee hebben dat patiënten met vage problemen niets willen weten van een eventuele psychische oorzaak en dat patiënten dus vaak vragen om onnodig medisch handelen. De patiënten kijken hier echter anders naar. Zij vinden juist dat de huisarts onnodig medisch handelt en te weinig empathie heeft. (Lucassen e.a., 2007)

Fig. 5

Patiënten bevraging over de aanpak van de huisarts:
- moet de huisarts naar familiaal geweld vragen: nooit 2%, soms 67%, vaak 29%
- Kan een HA nuttig zijn: nee 6%, ja soms 66%, ja heel erg 27%
- Heeft je arts je ooit gevraag naar een familiaal probleem: nee 68%, ja een keer 19%, ja meerdere keren 12%
- Zo ja, hielp hij/zij je: hielp niet 33%, hielp wel 67%
- Heeft je dokter je ooit aangeraden om je te verwijzen naar een therapeut om je hiermee te helpen: nee 87%, ja 11%

Het idee van de ondervraagde huisartsen dat de patiënt het belangrijk vindt dat er naar hem of haar geluisterd wordt, wordt ook in de studie van Texas bevestigd. (figuur 5 en 6)
Eén van de angsten van de huisarts is dat hij tussen de twee partners komt te staan of partijdig wordt als je maar één kant van het verhaal te horen krijgt. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de patiënt zijn eigen gelijk wil halen. Vermeld altijd dat advies van een arts gebaseerd is op het verhaal van één kant. Die eenzijdigheid van het verhaal kan ook een rol spelen in het eventuele advies van de zogenaamde steunfiguren, die niet altijd een echte steun zijn. Voorbeeld:" Ik zou maar weg gaan bij je vrouw, die zaagt alleen maar en je mag niet eens elke dag op café een pint komen drinken!" Of: "Die man van jou is ook altijd weg, die zit alleen maar pinten op café te drinken; hij kent duidelijk zijn prioriteiten niet. Ga daar maar van weg!" Dit zijn goed bedoelde adviezen, maar dit betekent niet dat dit het beste advies is. Dan is de nood aan een neutrale partij hoog.

Fig. 6

Advies aan de huisarts: 70% schreef het volgende commentaar:
Vraag: wees betrokken en ga door tot op de bodem; laat mensen niet liegen; wees assertief om naar problemen te kijken.
Luister: een luisterend oor helpt
Andere communicatievaardigheden: wees objectief, zorg voor een comfortabele arts-patiëntrelatie, vraag of je kunt helpen maar sta er niet op; blijf op gelijk niveau praten; kijk niet neer op patiënten; probeer geen kant te kiezen aan de hand van het verhaal van één kant

Qua verwijzing was één van de artsen bang dat dit over zou komen als afwijzen. Echter in de studie uit Texas gaf 55% aan dat ze graag verwezen zouden willen worden. Bij de verwijzing betekent het niet dat de patiënt niet meer bij je terecht kan. In plaats van een therapeutische rol krijg je dan de coördinerende rol. Een onderdeel dat ook weer een belangrijk aspect is van de huisartsgeneeskunde. (Het profiel van de huisarts)
In de studie uit Texas raadde 50% aan om advies te geven, te helpen, aan te moedigen en medicatie te geven. Als deze lijn door te trekken is naar de Vlaamse populatie dan komt de huisarts de patiënt op vlak van medicatie niet heel erg tegemoet. De meesten schrijven wel een antidepressivum voor of een kalmeermiddel voor korte tijd als hier expliciet naar gevraagd wordt; maar dit zal zeker niet vanuit de huisarts zelf komen.

De meeste huisartsen kiezen om te verwijzen naar een privépsycholoog. Echter de kosten hiervan zijn hoog en niet voor iedereen haalbaar. Als alternatief wordt dan gekozen voor het CGG om de kosten te drukken. Het nadeel van deze instantie is de lange wachttijd. Een goed alternatief is het CAW, wat zich binnen de eerstelijnszorg bevindt. Ook voor intra-familiaal geweld kan men hier terecht. Bij verwijzing speelt de onbekendheid van het hulpaanbod een grote rol. Daarbij moeten we in ons achterhoofd houden dat de verwijzing naar de tweedelijn niet geminimaliseerd moet worden, maar wel gericht dient te gebeuren.

Bij duidelijke onderliggende psychische stoornissen wordt verwezen naar de psychiater.
Er is dus een duidelijke vraag van de huisarts naar betaalbare psychische begeleiding. Terugbetaling van psychologische consulten in een privépraktijk lijkt voor velen dan ook een goede oplossing.
Het invoeren van terugbetaling van psychologen in de eerste lijn werd ook in het beleid van de overheid ingeschreven. De ideeën hieromtrent zijn goed. Echter geen enkele huisarts heeft aangegeven dat er sinds de Vlaamse conferentie over huisartsen eind 2010 iets is veranderd.
In Nederland wordt binnen de eerstelijn gebruik gemaakt van eerstelijnspsychologen (ELP). ELP's hebben enkele voordelen. Uit onderzoek komt namelijk naar voren dat psychologische hulp in de eerstlijn:

- meestal kortdurend is (8 à 10 gesprekken);
- concreet en pragmatisch is;
- meestal een positief effect heeft;
- verminderde consumptie van medische zorg tot gevolg heeft (Hierbij wordt opgemerkt dat gescheiden koppels meer hulp zoeken voor mentale problemen vooral in gebieden waar scheiden nog niet algemeen geaccepteerd is (P.F.Bracke e.a., 2010));
- een preventief effect heeft;
- geen of korte wachtlijsten heeft.

Bij de geïnterviewde huisartsen hadden 3 van de 27 een psycholoog in de praktijk. Alle drie vonden

ze dit een meerwaarde. Dit zorgt namelijk voor een lagere drempel om door te verwijzen, maar ook voor de patiënt zelf om hier naar toe te gaan

Bij de doorverwijzing is het nuttig voor de therapeut om een verwijsbrief te ontvangen. Niet zozeer voor de uitleg van het probleem maar wel om te weten wie de huisarts is, zodat die in nood kan worden ingeschakeld. De feedback van de therapeut naar de huisarts (en omgekeerd) gebeurt soms niet op vraag van de patiënt of soms niet omwille van de discussie omtrent het beroepsgeheim.
Dit beroepsgeheim speelt ook parten bij de aanpak van relatieproblemen waarbij de partners geheimen voor elkaar hebben. Het is problematisch als je als arts die geheimen wel kent maar er niets mee kan doen. Dit is te voorkomen door duidelijk te maken dat je deze zaken niet wilt horen; dat je enkel de dingen wilt horen die door mogen worden verteld aan de ander.
Een ander advies is om duidelijk de verwachtingen van de patiënt(en) te bevragen. Hiermee hoed je je voor onvervulde verlangens. Maar ook is het belangrijk om te polsen of de patiënt door heeft dat hij er zelf aan moet werken en dat een ander de oplossing niet op een presenteerblaadje kan aandragen. Ook is het belangrijk dat de persoon in kwestie kritisch naar zichzelf kan kijken. Want in een relatie zit je met twee. Zo zal er als er een doorverwijzing plaats vindt, ook een realistische insteek zijn bij de start van de therapie.
Op de site van de Belgische vereniging voor relatietherapie, gezinstherapie en systeeminterventie (BVRGS) kun je makkelijk zoeken naar een relatietherapeut in de buurt (www.bvrgs.be).

Besluit:

Zowel de literatuur als de ondervraagde huisartsen geven aan dat relatieproblemen een onderwerp is dat regelmatig in de huisartsenpraktijk voorkomt.
De aanmeldingsklacht bestaat meestal uit psychosomatische problemen en de aanmelder is meestal de vrouw.
Aangezien de huisarts de centrale figuur is binnen de gezondheidszorg in de eerstelijn, die dichtbij de mensen staat, makkelijk bereikbaar is en vaak de omgeving van de patiënt kent, is dit de aangewezen persoon om kleine signalen op te vangen en te bevragen als er zich een stress-gerelateerd probleem voordoet.
Het merendeel van de patiënten vindt het volgens de literatuur goed dat de arts naar psychische problemen vraagt. Echter voor de huisarts brengt dit vaak enkele problemen met zich mee. De tijd die hiervoor nodig is, is vaak langer dan voor een puur somatische raadpleging. Voor psychotherapeutische gesprekken bestaat op dit moment geen nomenclatuurnummer. Iets wat de huisarts over het algemeen wel zou kunnen waarderen ook al zou dit geen invloed hebben op zijn beleid. Een ander nadeel is de angst niet objectief te zijn en zich in eenzijdige verhalen te laten verleiden tot partijdigheid. En tot slot is het gebrek aan opleiding voor de aanpak van relatieproblemen ook een reden, waarom de huisarts dit een moeilijke problematiek vindt.
Als de arts het probleem niet of niet geheel zelf kan oplossen, kan hij de patiënt(en) verwijzen. De mogelijkheden hiervoor zijn echter beperkt en lange wachttijden van het CGG moeten afgewogen worden tegen de hoge kosten van de privétherapeuten. Bij persoonlijkheidsstoornissen wordt er vaak verwezen naar de psychiater en bij geweld probeert bijna iedere arts zijn patiënt(e) een melding te laten doen bij de politie. Het CAW dat zich net als de huisarts op de eerstelijn bevindt is een goede keuze om naar te verwijzen, zowel voor intrafamiliaal geweld als voor relatieproblemen. Zelfs als de beslissing is genomen om uit elkaar te gaan, kunnen zij helpen om dit proces te begeleiden.
Enkele nuttige tips om relatieproblemen aan te pakken, zijn in de onderstaande tabel beschreven.

Enkele tips voor de huisarts om met relatieproblemen om te gaan:

1. Maak relatieproblemen bespreekbaar als je een idee hebt dat stressfactoren een rol spelen in de problematiek
2. Bevraag de verwachting van de patiënt(en). Zowel wat hij wel als niet van u verwacht.
3. Vraag hierbij of je van de patiënt het mandaat krijgt voor individuele hulp of relatietherapeut. Meld hierbij dat je als relatiebemiddelaar alleen wilt horen wat er met beiden besproken mag worden, omdat je anders vastloopt in het proces .
4. Maak duidelijk dat er inzet van de patiënt(en) zelf wordt verwacht. En dat de huisarts of therapeut dit niet voor je kan doen.
5. Vraag altijd naar geweld in de relatie. En doe dit op een neutrale manier, bijv.: "Wordt er dan wel eens geslagen..?" Maak duidelijk dat geweld vaak recidiveert en dat het niet goed te praten is.
6. Vraag altijd naar seksuele problemen.
7. Wacht niet te lang met verwijzen. Dan kun je mensen hebben ontmoedigd.
8. Geef bij verwijzing een verwijsbrief mee, zodat er contact kan blijven tussen de huisarts en de verdere hulpverlening van de patiënt(en).
9. Denk bij verwijzing in eerste instantie (binnen de eerste lijn) aan het CAW. Zorg voor goede kennis van je netwerk.

Literatuur:

Boeken:

1. A. Vansteenwegen Liefde is een werkwoord. Tielt: Uitgeverij Lannoo, 2011
2. S. Johnson Houd me vast. Zeven gesprekken voor een hechte (re) en veilige relatie Uitgeverij Kosmos 2008

Artikels:

3. Vincent H.K> Poon Model for counseling people in relationships Can fam phys. 2007: vol 53: 237-238
4. S. K. Burghe, F.D. Schneider, L. Ivy, S. Catala Patients'advice to physicians about intervening in family conflict. Ann fam med. 2005: vol.3 no. 3: 248-254
5. J. Cape, C. Barker, M. Buszewicz, N. Pistrang. General practitioner psychological management of common emotional problems: definitions and literature review BJGP. April 2000: 313-318
6. P. Rober Relational drawings in couples therapy Family Process 2009:vol48,No.1:117-133
7. Michael Crowe Sexual and relationship therapy 2000: vol15, No 1:9-14
8. Het profiel van de huisarts Katholieke Universiteit Leuven
9. Assay, T.P. & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In: M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.). The heart and soul of change: What works in therapy (pp. 33-56). Washington, DC: APA Press.]
10. PLBJ Lucassen, TC olde Hartman, M. Borghuis Somatische fixatie. Een nieuw leven voor een oud begrip. Huisarts&wetenschap 2007: 50 (1): 11-5
11. Visscher, A., M. Laurant, R. Schattenberg, & R. Grol (2002). De rol van de huisarts inzake geestelijke gezondheidszorg: de resultaten van een landelijke enquete. Nijmegen.
12. EM Zantinge, PFM Verhaak, JM Bensing . The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. Family Practice,2005, 22(3), 293-297.
13. EM Zantinge, PFM Verhaak, JJ Kerssens, JM Bensing. The workload of GPs: consultations of patients with psychological or somatic problems compared. British Journal of General Practice,2005, 55 (517), 609-614.
14. EM Zantinge, PFM Verhaak, DH de Bakker, K van der Meer, JM Bensing. Does the attention General Practitioners pay to their patients' mental health problems add to their workload? A cross-sectional national survey. BMC Family Practice, 2006, 7:71.
15. EM Zantinge, PFM Verhaak, DH de Bakker, JJ Kerssens, K van der Meer, JM Bensing (2007). The workload of general practitioners does not affect their awareness of patients' psychological problems. Patient Education and Counseling, 2007, 67, 93-99.
16. B. Terluin, Almere 4DKL 2006
17. D.P.H. Barelds, G.J. Kloens Nederlandse RelatieVragenlijst
18. D. P. H. Barelds, G.J. Kloens De Nederlandse Relatievragenlijst (NRV) in de eerstelijn Diagnostiek-wijzer maart 2006: jaargang 9 nr.1
19. P.F. Bracke, E. Colman, S. A.A. Symoens, L. Van Praag Divorce,divorce rates, and professional care seeking for mental health problems in Europe: a cross-sectional population-based study BMC Public Health 2010 10:224
20. Kedde, H., Leusink, P., Verheij, R. De incidentie van seksuele, reproductieve en relationele problemen in de huisartsenpraktijk: resultaten van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Tijdschrift voor Seksuologie: 2010, 34(2), 67-73
21. G.J. Kloens, M.A. de Boer- Sonnenschein, E. Labree, A.C. Huisman- van der Valk, G. van Duijn Diagnostiek en indicatiestelling met behulp van vragenlijsten
22. S. Lems De huisarts-patiënt relatie anno 2006 | E4875 | TNS NIPO | oktober 2006 NHG
23. J. De Maeseneer, L. Wittevrongel, A. Vincke, E. Herman, F. Desmyter, V. Decroos Onderzoeksrapport Eerstelijnpsycholoog Eclips CGG Regio Groot-Gent V.Z.W 2009 oktober
24. Ph.D.A. Treffers, I.E. Lindhout, A. Tusenius

Het verband tussen problemen van kinderen en de relatie tussen hun ouders. I: Een overzicht van de literatuur
Tijdschrift voor psychiatrie 35, 1993, 2

25. R.S. Beck, MD, R. Daughtridge, P D. Sloane, MD, MPD
Physician-patiënt communication in the primary car office: a systematic review
JABFP, 2002 januari-februari, vol. 15

Websites:

26. www.CAW.be
27. www. BVRGS.be
28. www.CGG.be met o.a. jaarverslag 2010
29. Algemene directie statistiek en economische informatie (ADSEI):
http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/
30. www.domusmedica.be/onderzoek/psychosociale-problematieken/intrafamiliaal-geweld.html
31. www.wijnegem.be/Portals/wijnegem/documenten/PDF/Preventie/Partnergeweld.pdf
32. www.intego.be

Bijlage:

Vragenlijst huisartsen

1. Als introductie werd de huisartsen gevraagd een schets te geven van hun patiënten populatie en werd er naar een casus gevraagd met betrekking op relatieproblemen. De volgende onderwerpen werden nog eens specifiek bevraagd als ze nog niet ter sprake waren gekomen.
2. Aanmelding: Wie begon over relatieproblemen, waren er eerst fysieke klachten/ hoe kwam de klacht tot uiting, vraagt u altijd naar thuis?
3. Oorzaak: De reden van de relatieproblemen, als dit samengaat met depressie wat komt eerst, houden kinderen scheiding tegen of juist niet?
4. Aanpak: Hoe, laat u ze alleen of meerdere keren terugkomen, rode vlaggen, omgaan met geheimen?
5. Onderwerpen: Welke onderwerpen haalt u zeker aan?: depressie ,geweld, seks, vreemdgaan, steunfiguren ,zelfontplooiing, conflicthantering, zelfde interesses/doelen ,scheiding…
6. Patiënt: Wat denkt u dat de patiënt belangrijk vindt?
7. Voor- en nadelen als huisarts?
8. Beleid: medicatie/TAO?
9. Verwijzing: naar wie en wanneer, wordt er rekening gehouden met de sekse van de therapeut?
10. Heeft u opleiding gevolg omtrent dit onderwerp en vindt u dit nodig?
11. Leren mensen uit een scheiding of maken ze dezelfde fout?