Kan het gebruik van het KOP-model de huisarts helpen bij het structureren van psychosociale problemen van de patiënt?

Jasper Naert, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Myriam Deveugele, Universiteit Gent

Co-promotor: Dhr. Roland Rogiers

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

In het kader van de opleiding Huisartsgeneeskunde 2011-2013

Voorwoord

Gedurende twee jaar werken aan deze masterproef werd ik door verschillende mensen in mijn omgeving bijgestaan. Daarom wil ik graag een aantal mensen in het bijzonder bedanken. Eerst en vooral mijn promotor Prof. Myriam Deveugele voor de mogelijkheid die zij mij bood om deze masterproef te schrijven. Ook mijn co-promotor Roland Rogiers was steeds beschikbaar om op mijn vragen te beantwoorden. Beiden hebben mij veel bijgebracht, niet enkel voor wat betreft de inhoud van dit werk, maar ook over het opzetten van een concept als dit. Ik wil hen beiden bedanken voor de vruchtbare samenwerking en de steun.

Ook door mijn beide praktijkopleiders Dr. Christine Balcaen en Dr. Inge De Gussem werd ik steeds goed bijgestaan. Met vragen kon ik altijd bij hen terecht, zij gaven een schouderklopje wanneer dat nodig was. Bedankt!

Tot slot wil ik ook graag van de gelegenheid gebruik maken om mijn vriendin Lien Dossche en mijn ouders te bedanken voor de onvoorwaardelijke steun tijdens deze periode.

Hartelijk dank!

Jasper Naert

Abstract

Context

Huisartsen krijgen veel hulpvragen met een psychische achtergrond. Mijn eigen ervaring leert me dat een eerste consultatie waarin de patiënt zich aanmeldt met een psychosociale klacht over het algemeen weinig problemen stelt. Bij vervolgconsultaties loopt het vaker uit in een al dan niet gezellig praatje. Deze *social talk* leidde vaak tot het uitlopen van de vooraf bepaalde consultatieduur en een weinig concreet actieplan. Deze masterproef richt zich op de vraag of het KOP-schema de nodige structuur kan geven aan zowel arts als patiënt in een raadpleging voor een psychosociaal probleem.

Onderzoeksvraag

Deze masterproef is gericht op meerde onderzoeksvragen:

- Is het invullen van het KOP-schema te realiseren binnen de context van de huisartsconsultatie, en dit binnen de duur van één consultatie?
- Biedt het KOP-schema structuur bij het aanpakken van psychosociale problemen door de huisarts? Biedt dit schema de nodige structuur aan de patiënt om overzicht en inzicht te krijgen in zijn problemen? Geeft het KOP-schema aan de huisarts overzicht en inzicht in de problemen van de patiënt, om zo een gemeenschappelijk behandelplan te kunnen opstellen?
- Geeft dit KOP-model mij als HAIO een meerwaarde in mijn consultatievoering? Meer specifiek stel ik mij de vraag of het gebruik van het KOP-schema meer inzicht biedt in de klacht van de patiënt, zijn tijdsbesteding, hoe hij met zijn klacht omgaat (copinggedrag), …
- Als het KOP-model wordt meegegeven met de patiënt, wat ervaart de patiënt dan?

Methode

Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. Het eigenlijke concept werd uitgevoerd met 13 patiënten die zich hebben aangeboden bij de huisarts in het kader van een psychosociaal probleem. Tijdens de consultaties werd gebruik gemaakt van het KOP-schema. Na deze raadplegingen werden twee, zelf opgestelde, vragenlijsten ingevuld (één door de patiënt, een andere door de arts). De resultaten werden geanalyseerd en hieruit werden besluiten getrokken.

Resultaten

13 patiënten namen deel. Een meerderheid van de deelnemers (9/13) geeft aan dat ze dankzij het KOP model hun klacht beter begrijpen. Vooral de confrontatie met het onevenwicht in draagkracht en draaglast doet de ogen doet openen. Bovendien brengt het schema meer inzicht in de draaglast en draagkracht.Alle bevraagden zijn er van overtuigd dat het schema handig is om probleem met de arts te bespreken. Als arts kreeg ik duidelijk inzicht in de stressoren (draaglast), en in de ondersteunende factoren (draagkracht) van de patiënten (13/13). Alle bevragingen gebeurden binnen het geplande tijdsbestek van 30 minuten. Als arts had ik meer greep op hoe de bevraagden hun klacht beter konden aanpakken.

Conclusies

Ik zie het KOP-schema als een interessante tool. Het kanbij een psychosociaal probleemzorgen voor een gestructureerde raadpleging, met behoud van de voorziene consultatieduur.

Inhoudstafel

INLEIDING 1

1. Probleemstelling 1

2. Doelstelling en onderzoeksvragen 1

2.1. Doelstelling 1
2.2. Onderzoeksvragen 2

3. Literatuuronderzoek 2

3.1. Epidemiologie 3

3.2. Arts-patiënt communicatie in een psychologische of sociale context 4

3.2.1. Arts-patiënt communicatie4
3.2.2. Welke houding verwacht de patiënt van zijn arts? 5

3.3. Psychotherapie in de huisartsenpraktijk 5

3.3.1. Effectiviteit 5

3.4. Kortdurende interventies volgens het KOP-model7

3.4.1. Doelstelling 7
3.4.2. Effectiviteit 8

3.5. Het KOP-model 8

3.5.1. In concreto werken met het KOP-model binnen de context van een huisartsconsultatie9
3.5.2. Effectiviteit van het KOP-model 9

PRAKTIJKSTUDIE

1. Recrutering onderzoekspopulatie 11
2. In- en exclusiecriteria 11
3. Onderzoekspopulatie 11
4. Methode 12
   - Gegevens verzamelen
   - Meetinstrument
   - Verwerking

RESULTATEN

A. Patiënt 14
B. Arts 14

DISCUSSIE

A. Algemene vaststellingen 15
B. Patiënt 16
C. Arts 20
D. Link naar uitgangsvragen 22

REFLECTIE 24

REFERENTIELIJST 25

BIJLAGEN EN FIGUREN

Inleiding

1. Probleemstelling

Huisartsen krijgen veel hulpvragen met een psychische achtergrond. Een onderzoek in het WGC[1] Botermarkt toont aan dat ongeveer 15% van de klachten kunnen gecategoriseerd worden als psychosociaal (1). Ongeveer de helft van de mensen met een psychische stoornis heeft daarvoor contact met een professionele hulpverlener. In veel gevallen (41% van alle mensen met angst of depressie) is dat de huisarts. Deze wordt dan ook veelvuldig met klachten en hulpvragen van psychische aard geconfronteerd: in de top 20 van meest voorkomende contactdiagnoses staan drie psychische diagnoses en symptomen: depressie, slaapstoornis en het gevoel angstig/gespannen/nerveus te zijn. In 2008 had 12,4% van alle bij een huisarts ingeschreven patiënten ten minste één contact voor een psychisch probleem. (2)

Mijn eigen ervaring leert me dat een eerste consultatie waarin de patiënt zich aanmeldt met een psychosociale klacht over het algemeen weinig problemen stelt. Bij vervolgconsultaties loopt het vaker spaak of vloeit het consult over in een al dan niet gezellig praatje. Deze *social talk* leidde bijna onvermijdelijk tot het uitlopen van de vooraf bepaalde consultatieduur en een weinig concreet actieplan. De redenen hiervoor zijn waarschijnlijk divers. Enerzijds kan de oorzaak worden gezocht in een gebrek aan kennis van interventietechnieken. Anderzijds bestaat er mogelijk een gebrek aan een kader om een behandelingsplan op te stellen. Tot slot is het zo dat de huisarts zijn/haar patiënt soms zeer goed kent. Dit kan snel leiden tot een familiaire relatie.

Tijdens een les van het Icho[2] over '*niet-medicamenteuze behandeling van depressie'* kwam het KOP-model van Paul Rijnders ter sprake. Ik zag het als een nuttige *tool*, die voorlopig meest frequent in Nederland door eerstelijnspsychologen wordt toegepast, om een psychosociaal probleem te kunnen aanpakken.

2. Doelstelling en onderzoeksvragen

2.1 *Doelstelling*

De bedoeling is geweest om het KOP-model te evalueren op basis van een aantal patiëntencontacten, met betrekking tot psychosociale of psychiatrische klachten. Meer bepaald wenste ik te weten te komen of het model praktisch en werkzaam is om een dergelijke consultatie te structureren, waaruit zowel de arts als de patiënt winst haalt.

[1] Wijkgezondheidscentrum
[2] Interuniversitair centrum voor huisartsen opleiding

2.2 Onderzoeksvragen

- Is het invullen van het KOP-schema (zie bijlage 1) te realiseren binnen de context van de huisartsconsultatie, en dit binnen de duur van één consultatie?
- Biedt het KOP-schema structuur bij het aanpakken van psychosociale problemen door de huisarts? Biedt dit schema de nodige structuur aan de patiënt om overzicht en inzicht te krijgen in zijn problemen? Geeft het KOP-schema aan de huisarts overzicht en inzicht in de problemen van de patiënt, om zo een gemeenschappelijk behandelplan te kunnen opstellen?

- Geeft dit KOP-model mij als HAIO een meerwaarde in mijn consultatievoering? Meer specifiek stel ik mij de vraag of het gebruik van het KOP-schema meer inzicht biedt in de klacht van de patiënt, zijn tijdsbesteding, hoe hij met zijn klacht omgaat (copinggedrag), …
Om deze aspecten na te gaan zullen we een vragenlijst opstellen die na elke consultatie door de arts wordt ingevuld (zie bijlage 2)

- Als het KOP-model wordt meegegeven met de patiënt, wat ervaart de patiënt dan? Er wordt een tweede eigen vragenlijst (zie bijlage 3) opgesteld die na elke consultatie aan de patiënt wordt meegegeven. Hier zijn ook een Informed Consent en een toestemmingsformulier bij ingesloten. (zie bijlage 5)

3. Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan deze studie had ik enkele vragen waar ik een antwoord op zocht. Om deze te kunnen beantwoorden ben ik op zoek gegaan in de wetenschappelijke literatuur.
Eerst en vooral vond ik het noodzakelijk om een overzicht te hebben van de prevalentie van psychosociale/psychiatrische problematiek. Hiervoor zocht ik naar cijfers uit Europese en Belgische studies.
Verder leek het mij interessant om te weten te komen wat het aandeel van *social talk* is binnen een huisartsenconsultatie in het kader van een psychosociaal probleem.
Ik wilde vervolgens weten wat een kortdurende interventie bij psychosociale/psychiatrische problemen precies betekent. Bestaat hiervan een definitie? Wat kan ervan worden verwacht? Bestaan er studies die de effectiviteit aantonen van kortdurende interventies in de eerste lijn? Hoe kijken huisartsen aan tegen psychosociale problemen en kortdurende psychotherapie in de huisartsenpraktijk?
Gezien ik het nut van het KOP model binnen de huisartsenpraktijk wilde nagaan, zocht ik naar meer informatie over dit model. Hoe ziet het eruit? Hoe kan het worden gebruikt? Is de effectiviteit ervan aangetoond?

Er werd gezocht in de bibliotheek van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent volgens volgende zoektermen:

‘’kortdurende interventies psychosociale, KOP model’

Online werd PubMed geraadpleegd aan de hand van volgende zoektermen:

‘prevalence psychosocial problems, epidemiological, European’ (62 hits)
‘social talk general practitioner communicative behaviour’ (13 hits)
‘brief interventions general practice, psychosocial’ (11 hits)
‘brief interventions general practitioner psychosocial’ (5 hits)
‘brief interventions family medicine psychosocial’ (29 hits)
‘effectiveness brief therapy anxiety’ (208 hits)
‘low intensity cognitive behavioural therapy’ (210 hits)
‘effectiveness brief therapy depression’ (382 hits)
‘time-limited cognitive behavioural therapy’ (112)
‘KOP model’ (0 hits)

65 artikels werden weerhouden. Hiervan werden de abstracts doorgelezen en 12 wetenschappelijke artikels werden gebruikt in de literatuurstudie. In de eerste plaats heb ik rekening gehouden met de relevantie van de gelezen artikels voor mijn concept. Ik heb bovendien enkel artikels geïncludeerd die werden gepubliceerd na het jaar 2000.

3.1 *Epidemiologie*

De Esemed-studie (3) uit 2004 toont aan dat in geïndustrialiseerde landen 10 % van de bevolking het voorbije jaar en 25 % ooit een mentale stoornis heeft doorgemaakt. Angst- en stemmingsstoornissen komen het vaakst voor, gevolgd door alcoholgerelateerde stoornissen. Een opvallend verschijnsel is het sekseverschil. Vrouwen lijken vaker een stemmings- of angststoornis door te maken. Mannen hebben dan weer vaker te kampen met alcoholgerelateerde problemen.
Resultaten uit de Belgische Nationale Gezondheidsenquête van 2008 (4) wijzen erop dat 26% van de bevolking aangeeft een psychologisch minder gunstige periode door te maken, op het moment van de bevraging. 14% van de bevolking wordt geconfronteerd met ernstigere mentale problemen. 30% van de vrouwen geeft aan met psychologische problemen te maken te hebben, tegenover 22% van de mannen. 9% van de bevolking lijdt aan symptomen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van een depressief probleem, terwijl 6% van de bevolking aan angstproblemen lijdt en 21% van de bevolking slaapproblemen heeft. Voor zowel depressieve problemen (13% bij vrouwen, 6% bij mannen) als angstproblemen (8% bij vrouwen, 4% bij mannen) liggen de percentages minstens dubbel zo hoog bij vrouwen als bij mannen. Ook wat slaapproblemen betreft is de situatie minder gunstig bij vrouwen: 24% onder hen geeft aan moeilijkheden met het slapen te ondervinden, tegen 18% van de mannen. In de regel neemt de prevalentie van emotionele problemen toe met de leeftijd, en dit zowel bij mannen als bij vrouwen. Terwijl 5% van de jongeren aangeeft met depressieve problemen geconfronteerd te worden, gaat het bij de ouderen vanaf 65 jaar om 14%.
Als wordt vergeleken met de resultaten van de vorige enquête (2004) en rekening houdend met evoluties in de leeftijds- en geslachtsstructuur van de bevolking, lijkt een toenemende trend te bestaan in aantal personen met psychologische problemen in het Vlaamse en Brusselse gewest.

Globaal genomen zijn er geen indicaties voor een vermindering van de prevalentie van emotionele problemen. Over de verschillende jaren van de enquête heen blijven de cijfers stabiel.
De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorspelt in het rapport *Burden of Disease* dat depressie wereldwijd de tweede meest voorkomende invaliderende aandoening zal zijn in 2020. (5)

3.2 Arts-patiënt communicatie in een psychische of sociale context

In de inleiding benadrukte ik reeds de invloed van *social talk* op de structuur van een raadpleging. Mijn ervaring is dat deze, naast het opbouwen van een in mijn ogen noodzakelijke band tussen arts en patiënt, zeer dikwijls leidt tot het uitlopen van de consultatieduur. Bovendien mondt dit vaak uit in een gezellig praatje waarbij een concrete aanpak van het gestelde psychosociale probleem verloren gaat.
Onderzoek naar de waarde of valkuilen van *social talk* binnen deze context bracht echter weinig informatie op.
Enkele interessante bevindingen uit het doctoraat van Professor Myriam Deveugele omtrent arts-patiënt communicatie geef ik mee in dit kader.
Professor Deveugele licht in haar doctoraat (6) de arts-patiënt communicatie toe, zoals ze in de huisartsenpraktijken in zes Europese landen bestaat.

3.2.1 Arts-patiënt communicatie

De communicatie verloopt in een consult met een psychische of sociale context doorgaans via meer open vragen, het affectieve gedrag van de arts is er meer uitgesproken en er wordt minder frequent uitleg of advies gegeven. Er wordt meer aandacht besteed aan de levenssituatie van de patiënt. Huisartsen lijken er in te slagen wel een goede probleemexploratie uit te voeren, maar zijn dikwijls niet communicatief vaardig genoeg om de problemen aan te pakken.
Niet zelden geraakt een huisarts bovendien emotioneel betrokken in een arts-patiënt relatie.
Analyse van videotapes leerde dat de gemiddelde consultatie voor 7,5% uit *social talk* bestaat, 15,5% is *agreement*, 4,5% *rapport building*, 9,5% *facilitation*, 10% *oriëntation*, 27,5% *information giving*, 14% *questionsasking* en 7% *counselling*. Het affectieve gedrag is in consultaties met psychosociale diagnoses prominenter dan in raadplegingen met louter somatische klachten. Bovendien blijkt dat artsen in dergelijke consulten dikwijls meer bezig zijn met het vasthouden of verwerven van een goede verstandhouding met hun patiënten.

Uit onderzoek blijkt dat tijdens psychosociale consulten minder informatie aan de patiënt wordt gegeven. Nochtans zijn het plaatsen van de problemen in een sociale context, het aanreiken van middelen om de aard en de frequentie van de problemen in te kunnen zien en het verklaren van onderlinge relaties tussen verschillende problemen dikwijls een belangrijk begin van de oplossing. Dit versterkt de vraag of huisartsen over voldoende *tools* beschikken om op een gestructureerde manier om te gaan met psychosociale problemen.

Ze zijn zeker in staat om het probleem te exploreren, maar kunnen ze ook voldoende probleem oplossend te werk gaan? In paragraaf 3.3. wordt verwezen naar een onderzoek waarin aan huisartsen werd gevraagd hoe zij aankijken tegenover psychosociale problemen in hun praktijk en kortdurende psychotherapie tijdens de consultatie.

3.2.2 Welke houding verwacht de patiënt van zijn arts?

Patiënten zouden een aanpak verkiezen waarin zij centraal staan. *Partnership*, inzicht van de patiënt in zijn totaliteit en gezondheidspromotie zijn hierbij de kernelementen. Wie zich, al dan niet psychosociaal, kwetsbaar voelt, verlangt nog meer naar dergelijke aanpak. (6)

3.3 Psychotherapie in de huisartsenpraktijk

In haar masterproef (7) ging StéphanieGoigne na hoe artsen aankijken tegenover psychotherapie in de huisartsenpraktijk. Wat zien zij zelf als onderdeel van hun takenpakket? Het onderzoek werd gevoerd aan de hand van een enquête die werd ingevuld door 114 huisartsen. Uit de resultaten besloot men dat artsen vinden dat ze in het algemeen vooral een ondersteunende en empathische rol hebben in psychosociale hulpverlening. Ongeveer 4 op 10 vindt dat de huisarts ook vormen van psychotherapie dient aan te bieden, 2 op 10 is het hiermee oneens en 4 op 10 stelt zich in deze kwestie neutraal op.
Een belangrijke vraag die ik hierbij heb is wat de huisartsen in dit onderzoek verstaan onder psychotherapie. Vaak voorkomend is de idee dat de arts door middel van praten de patiënt probeert te helpen*(usual care)*, hetzij door hem het gevoel te geven dat er iemand luistert, hetzij dat hij nadien anders kijkt naar zijn probleem of het anders aanpakt.

3.3.1 Effectiviteit

Literatuuronderzoek naar de effectiviteit van kortdurende interventies door de huisarts in het bijzonder, leerde dat vooral studies werden verricht in het kader van middelenmisbruik (in het bijzonder alcohol en roken). De zoektocht naar meta-analyses, RCT's[3]en reviews waarin de effectiviteit van kortdurende psychologische behandelingen in de bredere eerste lijn onder de loep werd genomen leverde een pak meer resultaten op. Hier volgt een greep uit enkele veelzeggende studies:

- R. Churchill et al. (8) brachten in 2001 een *systematic review* uit waarin verschillende kortdurende interventies bij de behandeling van depressie *(cognitivebehaviouraltherapy, interpersonaltherapy, psychodynamictherapy en supportivetherapy)* met elkaar en met usual care werden vergeleken. Patiënten die gelijk welke vorm van kortdurende psychotherapie kregen vertoonden minder symptomen na de behandeling dan deze die de *usual care* ondergingen. De cognitieve gedragstherapie scheen superieur te zijn boven de andere vormen van

[3]RandomizedControlled Trial

kortdurende behandeling. (7) Hierbij dient worden opgemerkt dat het KOP model een vorm is van *low intensitycognitivebehaviouraltherapy.*

- Javier I. Escobar et al. (9) publiceerden in 2007 een studie die de effectiviteit testte van een kortdurende (10 sessies van gemiddeld 50 minuten) cognitieve gedragstherapie bij patiënten met lichamelijk onverklaarde klachten, uitgevoerd door psychologen in de eerste lijn. De interventie richtte zich op het verminderen van fysisch leed en somatisatie door het aanleren van relaxatie technieken, activatie, cognitieve herstructurering en interpersoonlijke communicatie. Een controlegroep onderging *usual care.* 172 patiënten namen deel aan dit onderzoek. De resultaten toonden een significant voordeel voor deze kortdurende interventie tegenover de *usual care*. Men zag een belangrijke daling van medisch onverklaarde fysische symptomen in ongeveer 60% van de patiënten die de interventie ondergingen (tegenover 28% in de *usual care* groep). Dit positieve effect bleef gedurende enkele maanden aanhouden, maar scheen af te nemen in de tijd. Hoewel deze interventie zich richtte op fysische symptomen leidde ze ook tot een, weliswaar minder sterke, daling van depressieve symptomen.

- In 2008 publiceerden Knekt et al. (10) een onderzoek dat de effectiviteit van één langdurige en twee kortdurende interventies vergeleek. De onderzoekspopulatie bestond uit 580 patiënten met angst- en/of stemmingsstoornissen. In de langdurige behandelingsvorm werden patiënten gedurende drie jaar 2 tot 3 keren per week uitgenodigd voor een sessie. De kortdurende psychodynamische vorm bestond uit 20 sessies gedurende 6 maanden, de kortdurende *solution focused* vorm omhelsde 12 sessies gedurende acht maanden. Belangrijk was dat alle drie behandelingsvormen leidden tot een significante vermindering van de symptomen. De korte therapievormen gaven sneller effect dan de langdurige behandelingen. Echter, na drie jaar follow-up zag men een omgekeerd situatie. De langdurige behandeling toonde een sterker effect op lange termijn dan de kortdurende.

- Nivel publiceerde in 2011 een studie (2) die onderzocht welke effectieve psychologische interventies goed toe te passen zijn binnen de huisartsenpraktijk. De interventies werden in vijf hoofdgroepen ingedeeld: re-attributie, motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp, *problem-solving treatment* en gezondheidsvoorlichting. Met behulp van re-attributietechnieken kan men proberen de patiënt een cognitieve switch te laten maken, waardoor hij symptomen binnen een psychische context kan interpreteren en aanvaarden. Motiverende gespreksvoering is erop gericht de patiënt de zin te laten inzien van belangrijke gedragsveranderingen. Begeleide zelfhulp laat de patiënt het werk doen. Er is wel gerichte begeleiding nodig, maar deze kan men ‘op afstand’ geven, via de telefoon, e-mail of internet. Bij *problem- solving treatment* gaat men in op de mechanismen achter de problemen die patiënten ervaren, om deze problemen vervolgens samen met de patiënt op te lossen. Gezondheidsvoorlichting reikt de patiënt argumenten aan om negatieve gewoonten te vermijden en positief gedrag te ontwikkelen. Vooral voor de diverse vormen van angst en depressie is een aantal interventies en signaleringsinstrumenten voorhanden die in de huisartsenvoorziening toepasbaar zijn.

Maar ook voor algemene vormen van spanning, zoals werkstress en lichamelijke onverklaarde klachten bestaan er kortdurende behandelmogelijkheden die in de huisartsenpraktijk bewezen effectief zijn gebleken.
Men concludeert dat verschillende effectieve signaleringsinstrumenten en psychologische interventies toepasbaar zijn. Net op die terreinen waar huisartsen ook voor zichzelf een behandeltaak zien (depressie, stress, angst, slaapstoornissen) bestaat er een relatief uitgebreid aanbod aan interventies. Deze vergen per zitting niet veel meer tijd dan een (dubbel)consult en men kan in het algemeen met drie tot zes zittingen volstaan.

3.4 Kortdurende interventies volgens het KOP-model

Definitie

Een kortdurende behandeling wordt door Paul Rijnders in '*Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn'* verwoord als een behandeling waarmee met behulp van een beperkte inzet van (therapeutische) middelen, op geleide van een zich snel ontwikkelende werkrelatie, de competentie van de patiënt in het omgaan met problemen en in het gebruiken van sociale steun zodanig wordt bevorderd of hersteld, dat hij of zij in staat is (binnen de grenzen van het mogelijke) weer richting aan het eigen leven te geven.
De gebruikte structuur is grotendeels die van de *problemsolving sequens*:

- probleemverheldering
- bieden van structuur
- psycho-educatie
- stellen van doelen
- kiezen van juiste methodiek
- evaluatie en eventueel bijsturen

3.4.1 Doelstelling

Het doel van een kortdurende behandeling is niet zozeer 'genezen' in de klassieke zin. Primair wordt gestreefd naar een toestand waarin de patiënt weer overzicht krijgt over zijn eigen situatie. Het hart van een kortdurende behandeling is 'de ziektetheorie' die patiënt en therapeut in gezamenlijk overleg ontwikkelen over het ontstaan en de instandhouding van de klacht en een gemeenschappelijke visie op de mogelijkheden en de wegen tot verandering (behandel- of genezingstheorie). In de meest algemene termen gaat het hierbij vooral om het verbeteren van het overzicht of perspectief, het versterken van *coping-* en *problemsolving*strategieën, het verbeteren van de zelfcontrole en het meer gebruik leren maken van voorhanden zijnde sociale steun. De zelfwerkzaamheid van de patiënt wordt in dit type behandeling zo veel mogelijk gestimuleerd.
Op grond van een gezamenlijke globale theorie wordt de klacht gerelateerd aan een aantal relevant geachte modaliteiten: uitlokkende situaties, leergeschiedenis van de patiënt, kenmerken van het gedragsrepertoire, zelfcontrole, *problemsolving*, omgevingsreacties en sociale steun, cognities en competenties.

De globale theorie leidt aldus tot een kritische beschouwing van het persoonlijk functioneren van de patiënt ten aanzien van deze modaliteiten. (11)

3.4.2 Effectiviteit

Het boek *'Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn'* refereert in zijn inleiding naar het onderzoek 'Doelmatigheid ambulante behandelingen (12). Deze studie ging na welke behandelvormen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) het meest effectief zijn. Hierbij werden drie vormen vergeleken: cognitieve gedragstherapie (CGT[4]; 15 sessies; therapeuten getraind in uitvoeren van CGT), kortdurende behandeling (5-7 sessies; therapeuten getraind in behandelen met KOP-model) en gangbare zorg (verschillende technieken; afgestemd op de patiënt op basis van bepaalde kenmerken; behandelaars met diverse achtergronden). 702 patiënten met angststoornissen en/of stemmingsklachten werden geïncludeerd. Een belangrijk besluit was dat mensen in de CGT vorm én in de kortdurende behandelvorm vaker hersteld bleken te zijn na één jaar dan mensen in de gangbare zorg. De effecten waren iets groter voor de kortdurende behandelgroep dan voor de CGT groep.

3.5 Het KOP-model

Het KOP-model levert ons een *tool* die toelaat om een psychosociaal probleem op een eenvoudige manier te situeren in de context van de patiënt. Bijkomend voordeel is dat dit schema zich makkelijk laat visualiseren. Dit model ziet pathologie als het resultaat van de verstoorde balans tussen stressoren en tegenslag enerzijds, en ondersteunende factoren anderzijds. Ook gewoontepatronen spelen een rol. Met gewoontes worden de stereotiepe manieren bedoeld waarop iemand reageert op gebeurtenissen in het algemeen en op tegenslagen in het bijzonder, zeg maar de habituele copingstijl.

Het KOP-model maakt gebruik van het differentiatieschema volgens Rijnders. Dit schema brengt de klachten van de patiënt in beeld, in relatie tot uitlokkende en in stand houdende factoren. Het geeft orde en overzicht en maakt het mogelijk om de gegevens uit het gesprek te integreren.

.

Deze interactie wordt samen gebracht in de formule:

K (klacht) = O (omstandigheden = draaglast + draagkracht) x P (persoonlijke stijl).

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

[4] Cognitieve Gedragstherapie

Het KOP model kan worden toegepast bij wijze van een schematische voorstelling (zie bijlage 1).

Het KOP-model zoals het wordt beschreven in het boek van Paul Rijnders en Els Heene is in de praktijk bruikbaar bij veel soorten klachten. Het volledige therapeutisch proces omvat acht stappen. Dit volledige proces doorlopen is niet haalbaar en ook niet de bedoeling van een psychosociale aanpak door de huisarts. Uit het totale model kozen wij de tool waarbij de klacht van de patiënt geconceptualiseerd wordt via de formule K = O X P. Wij wilden daarbij nagaan of het systematiseren van de klacht via een schema haalbaar was binnen de context van een huisartsconsult. In tweede instantie is het uiteraard zinnig om na te gaan of deze manier van werken een meerwaarde kan hebben voor arts en patiënt.

3.5.1 In concreto werken met het KOP-model binnen de context van een huisartsenconsultatie

Behandelen vanuit het KOP-model is mensen helpen om weer overzicht over en controle op de situatie te krijgen waarin zij zich bevinden en de rol die zij daarin spelen. Dit betekent drie dingen:

1. Samen met de patiënt zoeken naar oplossingen waarmee de actuele tegenslagen of stressvolle gebeurtenissen (O) overzichtelijk kunnen worden gemaakt en onder controle gebracht.
2. Met de patiënt kijken of het huidige gewoonte- of reactierepertoire (P) adequaat genoeg is of moet worden aangepast, en zo ja, hoe dat het beste kan gebeuren.
3. Kijken of en hoe de patiënt met kleine aanpassingen in zijn gedrag de manifestaties van de klacht (K) beter onder controle kan krijgen.

Behandelen betekent in dit model: toewerken naar een situatie die als volgt kan worden omschreven: dankzij een adequate manier van reageren (P) leiden tegenslag en stressvolle omstandigheden (O) niet tot wanhoop en tot disfunctioneren (K), maar is er sprake van redelijk beheer en redelijke beheersing, controle, adaptieve reactie en groei.

Hoewel het bewerken van de copingstijl van de patiënt centraal staat in een kortdurende psychologische behandeling, is het volgens Rijnders et al. in eerste instantie van belang om ruim aandacht te besteden aan de belastende en ontspannende factoren.

3.5.2 Effectiviteit van het KOP-model

Gezien over het KOP-model nog niet veel is geschreven, leverde de zoekterm in Pubmedniets op. Alle info in verband met de effectiviteit van het KOP model werd verzameld tijdens een zoektocht in het boek van Paul Rijnders *'Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn'*. Via dit boek werd ik doorverwezen naar Indigo[5] in Nederland.

[5] Indigo is een landelijke samenwerking tussen een zestal GGZ-instellingen in Nederland.

Deze organisatie, bestaande uit psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters, vormt eerstelijnshulp bij psychosociale problemen. Dikwijls werken zij binnen een huisartsenpraktijk. Deze mensen werd het KOP model aangeleerd, en wordt zo zeer frequent toegepast tijdens hun behandelingen.

In 2007 werd binnen Indigo gekeken naar de effectiviteit van de kortdurende behandeling volgens het KOP-model. Twee onderzoeken werden hiertoe uitgevoerd. Een eerste studie gebeurde met patiënten die via de huisarts naar Indigo werden verwezen. Aan de hand van drie vragenlijsten (*IllnessPerception Questionnaire*;*Outcome Questionnaire*; Utrechtse Coping Lijst) werd gepeild naar klachtreductie en/of veranderde copingstijl. Rekening houdend met de beperkingen van dit *vooronderzoek* (kleinschaligheid, afwezigheid controlegroep, beperkte metingen), werd ervoor gekozen om dit opnieuw te toetsen aan de hand van een nieuwe studie (*vervolgonderzoek*). Dit onderzoek implementeerde twee klinische groepen (patiënten binnen Indigo Zeeland met behandeling volgens KOP model; patiënten via een ambulante setting in Gent (De Schelp) met niet-protocollaire kortdurende behandeling) en een niet-klinische controlegroep met deelnemers die gerecruteerd werden via publieke bekendmaking vanuit de Universiteit Gent. Dezelfde vragenlijsten werden gebruikt als in het *vooronderzoek*.
Men stelde vast dat bij een breed gedefinieerde groep van patiënten sprake is van en verbetering op het vlak van symptomen en totale lijdensdruk. Daarnaast ziet men een veranderde copingstijl, met de meest opvallende daling op het vlak van ervaren hulpeloosheid in de loop van de eerste drie gesprekken.

Praktijkstudie

1. Recrutering onderzoekspopulatie

Bij het verwerven van de onderzoekspopulatie werd gebruik gemaakt van een beslisboom *(figuur 1)*.

2. In- en exclusiecriteria

Zie figuur 2

-Inclusie: elke patiënt met psychische of psychosociale aanmeldingsklacht die consulteert bij de huisarts-in-opleiding; ouder dan 18 jaar; niet suïcidaal; geen verslavingsproblematiek. Ook reeds behandelde patiënten, zowel acute en chronische problematiek werden geïncludeerd.

-Exclusie: kinderen, anderstaligen.

-15 patiënten werden gevraagd om op basis van bovenstaande criteria aan de studie deel te nemen. Twee bevraagden werden niet geïncludeerd omwille van volgende redenen:

- Eén persoon stond niet open voor psychosociale aanpak
- Eén persoon kwam niet op afspraak opdagen, ook niet na vernieuwen van de afspraak

3. Onderzoekspopulatie

Uiteindelijk werden 13 personen weerhouden die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek.

Een weergave van de verschillende problemen:

Klacht	**Aantal personen**
Depressieve symptomen	5
Angst	2
Hypochondrie	1
Surmenage	3
Middelenmisbruik	1
Eetstoornis	1

Hierbij dient worden opgemerkt dat één enkele deelnemer meerdere klachten kan hebben. Steeds werden deze opgesomd onder de noemer 'klacht' in het KOP-schema, ervan uitgaande dat bijna steeds een relatie bestaat tussen de verschillende klachten.

Slechts één man nam deel, de andere deelnemers waren vrouwen. De jongste deelneemster was 32 jaar, de oudste 70 jaar. Twee deelnemers waren op pensioen, één iemand was werkloos en de andere deelnemers waren beroepsmatig actief.

4. Methode

- Deze studie werd door het Ethisch Comité goedgekeurd op 04/07/2012.

- *Gegevens verzamelen*

  Alle deelnemers werden uitgenodigd voor een consultatie in het kader van een psychosociale klacht met een maximale duur van 30 minuten. Eén patiënte die minder mobiel is werd bezocht aan huis. Tijdens dit consult werd het differentiatieschema van het KOP-model ingevuld door de arts.
  Om dit zo gestandardiseerd mogelijk te kunnen doen werd gebruik gemaakt van enkele vragen die telkens opnieuw bij elke patiënt als kapstok hebben kunnen dienen (zie bijlage 2). Naar het einde van de raadpleging werd het schema aan de patiënt voorgelegd en kort geëvalueerd. Eén of meer vaststellingen werden besproken en er werd een bondig werkplan opgesteld. Dit werkplan kan betekenen dat de patiënt bijvoorbeeld op zoek gaat naar mogelijkheden om zijn draagkracht te verhogen. Een andere persoon moet trachten zijn draaglast af te bouwen, iemand anders kan proberen om op een andere manier met zijn klacht om te gaan (vb. bij paniekaanval midden in de nacht niet onmiddellijk de arts bellen, wel even uit bed stappen en een glas water gaan drinken in de keuken). Aan iedereen werd gevraagd om het schema mee te nemen naar huis en verder aan te vullen indien belangrijke aspecten zouden ontbreken.

- *Meetinstrument*

  Samen met het ingevulde schema werd aan de patiënt ook een zelf opgemaakte vragenlijst meegegeven waarin 13 stellingen werden bevraagd die peilden naar hoe de patiënt het KOP schema heeft ervaren. Eén open vraag liet de patiënt toe om neer te schrijven wat hij/zij al dan niet leerde uit het schema. Tot slot kon de bevraagde een score aanduiden van 1 tot 10 die weergaf hoe hij/zij zich op het moment van de consultatie voelde (zie bijlage 3). De ingevulde versie werd achteraf terug aan de arts afgegeven, samen met het ondertekende informed consent en toestemmingsformulier.

  Na elke sessie werden door de arts acht stellingen beoordeeld die peilden naar hoe de arts het gesprek met het KOP schema heeft ervaren. (zie bijlage 4)

Alle stellingen werden beantwoord door het aanduiden van het meest correcte antwoord via een kruisje. De mogelijke antwoorden varieerden van helemaal akkoord tot helemaal niet akkoord.

- *Verwerking*

Alle antwoorden werden anoniem in een excell-bestand opgeslagen.

Resultaten

1. Patiënt

Een grote meerderheid van de deelnemers (9/13) geeft aan dat ze dankzij het KOP model hun klacht beter begrijpen. 9/13 deelnemers heeft nieuwe inzichten verworven in zijn/haar problemen. Aansluitend wordt vastgesteld dat 10/13 meer inzicht heeft gekregen in hoe ze met de klacht kunnen omgaan. Uit de antwoorden op de open vraag blijkt dat vooral de confrontatie met het onevenwicht in draagkracht en draaglast de ogen doet openen. Bovendien brengt het schema meer inzicht in de draaglast (13/13), eerder dan in de draagkracht (7/13). Zes deelnemers zien effectief meer mogelijkheden om op een andere manier met de klacht om te gaan. 8/13 werd aangezet tot nadenken over factoren in zijn/haar leven die hij/zij van tevoren vanzelfsprekend vond. Drie deelnemers zien geen mogelijkheden om de draaglast aan de pakken, Ongeveer de helft van de bevraagden ziet dat wel (7/13). 7/13 van de deelnemers ziet een mogelijkheid om zijn/haar draagkracht te verhogen. Een opvallend resultaat is dat 10/13 een mogelijkheid ziet om aan zichzelf iets te veranderen.

Alle bevraagden (13/13) zijn er van overtuigd dat het schema handig is om probleem met de arts te bespreken . Bij navragen blijkt opnieuw dat de visuele weergave van het mogelijke ontstaan en van het in stand houden van de klacht meer duidelijkheid geeft. 7/13 is daar bovendien helemaal mee akkoord.

Slechts één stelling werd niet door een meerderheid positief beantwoord. Zo blijkt dat het KOP schema slechts bij 4/13 rust brengt.

2. Arts

Als arts kreeg ik duidelijk inzicht in de stressoren (draaglast), en in de ondersteunende factoren (draagkracht) van de patiënten (13/13).

In 9/13 gevallen rapporteerde ik dankzij het schema meer inzicht te hebben gekregen in het karakter en in de persoonlijkheid van de patiënt. Alle bevragingen gebeurden binnen het geplande tijdsbestek van 30 min.

Als arts had ik duidelijk meer greep op hoe de bevraagden hun klacht beter konden aanpakken.

Een iemand geeft zelf aan dat het niet werkt voor haar (chronische klachten reeds uitgewerkt eerder)

Discussie

1. Algemene vaststellingen

- Slechts één man nam deel, de andere patiënten waren vrouwen. Voor een deel kan dit epidemiologisch verklaard worden (zie inleiding): meer vrouwen dan mannen hebben te kampen met psychosociale problemen (angst, depressie, …) Mijn ervaring is bovendien dat mannen moeilijker de weg vinden naar de huisarts wanneer zij psychosociale klachten ervaren. Vaak komen zij niet uit eigen beweging, maar zijn ze gestuurd door hun partner.

- Aan alle deelnemers werd het ingevulde KOP-schema naar huis meegegeven. Ongeveer de helft van de bevraagden maakte hierop zelf extra aanvullingen.

- Slechts één arts (huisarts-in-opleiding) nam deel aan het concept. Dit leidt er toe dat de resultaten moeilijk generaliseerbaar zijn. Voor meer objectieve bevindingen is volgens mij nood aan meer artsen die de gesprekken uitvoeren en de vragenlijsten achteraf invullen.

- Het klein aantal deelnemers (13) neemt de mogelijkheid weg om significante resultaten te verkrijgen. Alle vaststellingen kunnen dus zeker en vast een aanwijzing geven over het nut van het KOP model in de huisartspraktijk, maar verder onderzoek met een grotere patiëntenpopulatie is nodig om statistisch significante uitspraken te doen.

- Deze studie geldt bijgevolg als een pilootstudie die verder onderzoek hopelijk kan ondersteunen en inspireren.

- In de inleiding werd gerefereerd naar een aantal internationale studies die de effectiviteit bewijzen van kortdurende interventies in de eerste lijn. Een belangrijke opmerking hierbij is dat deze hoofdzakelijk door getrainde therapeuten werden uitgevoerd. Voor dit concept was ik niet extra opgeleid tot het uitvoeren van kortdurende psychotherapie. De kennis van het KOP model en het gebruik ervan werd aangeleerd door zelfstudie, gecombineerd met een bijscholing rond ‘niet-medicamenteuze behandeling van depressie’, uitgegeven door het Icho.

  Het was niet mijn ambitie om een onderzoek te voeren naar psychotherapie door de huisarts. Ik wilde wel een tool ontwikkelen die bij patiënten met psychosociale problemen leidt tot een bredere kijk op hun klacht (in de context van draagkracht/draaglast en aard van de patiënt), en die net daardoor ook het denkproces rond een mogelijke aanpak zo breed mogelijk uitzet. Dit alles binnen een beperkt tijdsbestek en aangepast aan de mogelijkheden van de huisarts.

2. Patiënt

1. De gesprekken die volgden op deze studie leerden dat de meerderheid van de patiënten het KOP model een waardevolle manier vinden om hun psychosociaal probleem met hun arts te bespreken. Dit blijkt eerst en vooral uit het relatief groot aantal mensen die toestemden om deel te nemen, nadat ze door mij werden aangesproken (13/15). Bovendien was er een sterke compliance. Hiermee wordt bedoeld dat alle deelnemers correct op de afspraken aanwezig waren. De vragenlijsten werden nagenoeg correct en volledig ingevuld. Zowel de gesloten als de open vragen werden telkens volledig of bijna volledig beantwoord.

2. Een belangrijke conclusie is dat de onderzoekspopulatie te klein is om significante conclusies te trekken. Wel kunnen uit de resultaten suggesties worden getrokken.

3. Enkele citaten uit de antwoorden op de <u>open vraag</u>:

'Wat ik leerde van het schema'

- Als het druk en moeilijk wordt, moet ik voldoende tijd vrijmaken om dingen te doen die me nieuwe energie geven.
- Een totaalbeeld van de situatie en meer inzicht in alle factoren die daarin een rol spelen.
- Dat er een oorzaak is van mijn fysische klachten, wat ik eigenlijk al wist maar niet wilde geloven.
- Dat ik denk dat mijn draagkracht groter is dan dat deze in werkelijkheid is en dat ik moeilijk neen kan zeggen tegen dingen die ik eigenlijk niet aankan.
- Dat ik een beetje meer voor mijzelf moet opkomen; niet altijd voor een ander zorgen.
- Dat ik een zeer zware draaglast heb en weinig draagkracht.
- Hoe ik mezelf zie, wat ik mijn minpunten vind.
- Voorlopig nog niet veel; wel verduidelijking van het probleem. Eigenlijk ken ik mijn problemen maar ben al jaren op zoek naar oplossingen om mijn leven draaglijker te maken en te verbeteren.
- De verhouding, het onevenwicht.
- Als er een evenwicht is tussen draaglast en draagkracht loopt alles veel vlotter dan dat er onevenwicht is. Wanneer ik me minder voel moet ik me meer concentreren op het positieve en wat meer relativeren.
- Niet alles is zwart-wit; positief denken.
- Hoe weinig ontspanning ik heb t.o.v. mijn stresspunten.

4. Omstandigheden

1. Alle deelnemers gaven te kennen dat zij dankzij het schema meer inzicht kregen in hun draaglast. Dit is een zeer sterk signaal dat werken met het KOP model een zeer degelijke kapstok kan bieden bij het exploreren van stressoren van een patiënt. Daartegenover antwoordt slechts een zeer kleine meerderheid van de ondervraagden positief op de vraag of zij dankzij dit consultatiemodel meer inzicht hadden gekregen in hun persoonlijke draagkracht. Nochtans worden beide categorieën op een gelijkaardige manier nagevraagd en ingevuld gedurende het gesprek. Tijdens het exploreren van het probleem kwamen draaglasten spontaan op de voorgrond in een gesprek, draagkracht kon dikwijls pas worden geïllustreerd na expliciet navragen ervan. Op het einde van elk gesprek leerde een blik op het ingevulde schema zo goed als altijd dat het rijtje 'draagkracht' armer was dan de reeks 'draaglast'. Dit lijkt logisch omdat patiënten hun huisarts opzoeken om over hun problemen te praten. Het vermelden van hoe ze deze eerder succesvol aanpakten, of het vermelden van hun sterke kanten vinden zij wellicht irrelevant en tijdverlies. Men verkiest om binnen de beschikbare tijd te praten over datgene wat men als een probleem ervaart. Daarnaast lijkt het ook een menselijk fenomeen te zijn dat onder momenten van spanning of angst er minder energie geïnvesteerd wordt in positieve activiteiten: men geniet er niet van, heeft er geen zin in of men heeft geen energie.
   Het is belangrijk om bij het begin van het gesprek voldoende aandacht te geven aan de ondersteunende factoren. Dit zal dikwijls op een zeer actieve manier moeten gebeuren, waarbij de patiënt moet gestuurd worden in de richting van zijn draagkracht.

2. Hoewel allen meer inzicht kregen in de draaglast, ziet slechts een kleine meerderheid mogelijkheden om deze ook effectief aan te pakken. Dit bewijst dat een eerste gesprek van 30 minuten zeer effectief kan zijn om draaglast op papier te zetten en om de persoon in kwestie te doen nadenken over zijn/haar belasting. Een volgende stap kan dan activatie zijn. Het KOP model stelt de patiënt in de positie van een actieve participant: hij moet meedenken en hij zal iets moeten doen aan één of meerdere factoren. Deze resultaten tonen aan dat het KOP model waarschijnlijk kan aanzetten tot het effectief aanpakken van de draaglast, en als gevolg het inperken ervan. Een belangrijke opmerking kan hierbij zijn dat één gesprek van 30 minuten te summier is om zowel exploratie, als inzicht en aanpak van draaglast te verwezenlijken. Als een huisarts gedurende dit (dubbel)consult overzicht kan geven over de omstandigheden (O), en aansluitend het nodige inzicht kan trachten aan te bieden aan zijn patiënt, dan is volgens mij al veel bereikt op relatief korte tijd. Wanneer dergelijk eerste gesprek interessante informatie oplevert en stof geeft tot nadenken, dan zie ik dit als een eerste belangrijke stap in een behandelproces. Hoe de problemen vervolgens worden aangepakt kan divers zijn en behoort niet tot het onderwerp van dit concept.

3. 7/13 deelnemers ziet een mogelijkheid om de draagkracht te verhogen. Dat zijn er evenveel als zij die er inzicht in verwierven. Dit kan betekenen dat al diegenen die dankzij het KOP model beseffen dat zij tekortschieten in draagkracht (ontspanning, steun zoeken bij anderen of in bepaalde activiteiten), ook geloven dat zij daar concreet iets aan kunnen veranderen. Hieruit kan ik volgende stelling concluderen: eens het neerschrijven van factoren die werkelijk ontspanning geven bij een patiënt met een psychosociaal probleem leidt tot inzicht in de tekortkomingen ervan, kan de stap naar het opbouwen van draagkracht snel gezet zijn.

Voorbeeld:

Een vrouw van 31 jaar wordt sinds jaren geconfronteerd met angsten. Een kleine wijziging van de dagelijkse rust, een probleem met de kinderen of een (dikwijls lichamelijk) probleem bij zichzelf kan ervoor zorgen dat zij sterk angstig (tot doodsangst) wordt en als gevolg daarvan decompenseert.
Tot voor kort werd zij in dergelijke gevallen meegesleurd door haar angst, waarbij deze klacht telkens sterker en sterker werd. Bovendien weegt haar moeilijke verleden (familiaal, persoonlijk, …) sterk door als draaglast. Hiervoor is zij vroeger in behandeling geweest bij een psychologe. Onder de noemer draagkracht kon zij zeer weinig plaatsen: met de kinderen bezig zijn, in mijn tuin werken,… Daar hield het op.

De patiënte stelde vast dat haar draagkracht opvallend zwakker was dan haar draaglast. Ze leek goed te begrijpen dat dit onevenwicht een belangrijke factor is in het onderhouden van haar klacht (recidiverende angstaanvallen). Bij een volgende consultatie kon zij concreet opsommen hoe ze haar ontspanning wilde verrijken: meer met vriendinnen afspreken, gaan lopen met haar dochter en zich inschrijven voor een naaicursus.
…

5. Persoonlijke stijl

1. Opvallend is dat het aantal deelnemers dat een mogelijkheid ziet om aan zichzelf iets te veranderen groter is dan het aantal dat dankzij het KOP model meer inzicht verwierf in hoe ze met hun klacht omgaan (het verschil tussen beide is echter zeer klein). Dit kan betekenen dat een groot aantal deelnemers beseft dat bepaalde persoonlijke trekken en/of gewoontes niet vastgeroest zijn en kunnen worden aangepast. Niet al deze mensen echter lijken in te zien dat net deze gewoontes dikwijls deel uitmaken van hun minder goede copingstrategieën. Het verband tussen persoonlijke stijl en omgaan of in stand houden van een klacht lijkt dus niet voor iedereen duidelijk. Hieruit concludeer ik enerzijds dat de bespreking van de ‘aard van de patiënt’ waarschijnlijk moet worden verschoven naar een vervolgconsult. Ik ben er mij anderzijds van bewust dat dit aspect van het KOP model tijdens het 30 minuten durende gesprek in dit concept de minste aandacht kreeg. Tot slot zou concretiseren van beide vragen mogelijks tot meer correcte resultaten kunnen leiden.

Een voorstel:

1. ‘Ik kreeg door het schema meer inzicht in hoe ik met mijn klacht omga.’
   kan worden:

- Ik besef dat ik vrijwel telkens op eenzelfde manier omga met mijn problemen.
- Ik besef dat (een deel van) mijn klacht kan verklaard worden door hoe ik naar mijzelf kijk.
- …

2. ‘Ik zie mogelijkheden om aan mezelf iets te veranderen.’
   Kan worden:

- Ik besef dat mijn karakter (deels) mijn klacht bepaalt.
- …

2. 8/13 deelnemers verklaarden dat ze dankzij deze interventie werden aangezet tot het nadenken over factoren die ze van tevoren vanzelfsprekend vonden. Opnieuw bewijst dit weinig overtuigende aantal dat men na een eerste gesprek met behulp van het KOP model niet mag verwachten dat de patiënt geactiveerd is. Het nadenken over een aantal situaties, gewoontes en copingstrategieën moet volgens mij worden gezien als een activiteit die voor een groot aantal patiënten met psychosociale klachten al zeer intensief kan zijn. Ik meen dat dit een pad is dat pas in een volgend gesprek met de patiënt dient te worden bewandeld.

6. Klacht

Een grote meerderheid van de deelnemers (9/13) geeft aan dat ze dankzij het KOP model hun klacht beter begrijpen. Aansluitend wordt vastgesteld dat 10/13 meer inzicht heeft gekregen in hoe ze met de klacht kunnen omgaan. Het inzicht in hoe met de klacht beter om te kunnen gaan impliceert nochtans dat de klacht eerst en vooral beter begrepen wordt. Een mogelijke reden voor dit (kleine) verschil kan zijn dat de vraagstelling niet duidelijk genoeg is. Anderzijds kan dit te wijten zijn aan de kleine onderzoekspopulatie.

Voorbeeld (vervolg):

…
Haar copingstrategieën bestonden uit opkroppen, onderdrukken, piekerend wachten tot het overging, opzoeken op internet en telefonische geruststelling door een arts. Nagenoeg al deze manieren om met haar klacht om te gaan hadden een negatief effect. Enkel telefonisch contact met een arts bracht in de meeste gevallen rust. Deze laatste copingstrategie is een voorbeeld van het belonen van ongewenst gedrag. Deze patiënte leert dat zij zichzelf steeds moet geruststellen, wat de angst op korte termijn reduceert maar op langere termijn de angst voor de angst onderhoudt.

Om te vermijden dat zij bij elke onregelmatigheid telkens haar huisarts, of de huisarts van wacht, opbelt, werd afgesproken op dergelijke momenten eerst en vooral op te lijsten wat tegengaat. Vervolgens zou zij niet zelf op zoek gaan naar een antwoord, wel trachten het probleem in een veel bredere context te plaatsen (in de hoop te kunnen relativeren) en bij de volgende afspraak bij de huisarts het lijstje mee te brengen. Bij ernstige ongerustheid kan zij haar huisarts opbellen. Bovendien werd gezamenlijk beslist om het contact met de psychologe terug op te nemen.
In de weken en maanden die hierop volgden is het aantal paniektelefoons sterk verminderd. Wanneer zij op raadpleging komt (omwille van diverse redenen) wordt kort nagegaan hoe ze met haar angst omgaat. Bijna steeds kan zij dan een voorbeeld geven van een moment waarop zij de angst ervoer en hoe ze deze effectiever heeft aangepakt.

Dit voorbeeld illustreert hoe het KOP model een patiënt meer inzicht gaf in hoe ze eerst met haar klacht omging. Dit inzicht leidde tot betere copingstrategieën bij volgende angstmomenten.

7. Een opvallend klein aantal patiënten (4/13) vond meer rust door met dit model aan de slag te gaan. Diegenen die dat wel zo hebben ervaren vertelden achteraf dat de visuele voorstelling van het onevenwicht tussen draaglast en draagkracht een stuk meer klaarte bracht. Te vergelijken misschien met een puzzel waarvan de stukjes uiteindelijk mooi in elkaar blijken te passen, waardoor het beeld plots duidelijk wordt. Ik veronderstel dat zij die in het KOP model rust vinden dat doen door te kunnen aanvaarden hoe de wankele situatie in werkelijkheid is.
   Anderzijds lijkt dit resultaat vanzelfsprekend omdat het KOP schema ervoor zorgt dat je op experiëntieel vlak geconfronteerd wordt met moeilijke zaken. Dit pover resultaat stelt mij echter wat teleur omdat ik vooraf had gehoopt dat dit model net deze rust zou kunnen geven bij de deelnemers. Hiermee wordt nogmaals bewezen dat een eerste gesprek een aanzet kan zijn tot verminderen van de symptomen, waarbij een meerderheid van de patiënten volgende sessies of verwijzing nodig zullen hebben om deze innerlijke rust te kunnen ervaren.

3. Arts

1. Met het KOP schema als kapstok verliepen alle raadplegingen voldoende gestructureerd. Bovendien bood het op vele momenten houvast bij gesprekken waarin de patiënt zijsprongen maakte of chaotisch vertelde. Het schematisch overzicht op de verschillende facetten van het verhaal maakten het mogelijk om bondig te parafraseren en de leiding in het gesprek terug te nemen.

2. Op vier gesprekken na merkte ik op dankzij het schema meer zicht te hebben gekregen op de habituele copingstijl. Ik ondervond dat een beter zicht op de draagkracht van mensen me helpt om deze ook te zien als actieve probleemoplossers en niet als slachtoffers.
   Hierbij noteer ik echter dat er in deze studie geen sprake is van een controle groep die de *usual care* onderging. Het verwerven van meer inzicht in deze factoren op basis van het KOP model dient bijgevolg te worden genuanceerd. Een meer correct resultaat zou er waarschijnlijk pas komen wanneer beide behandelmodellen in een vervolgstudie met elkaar worden vergeleken.

3. Ik geloof dat de tijdsduur van een raadpleging dikwijls bepalend is voor welke kant het behandelproces uitgaat. Een psychosociaal consult bij de huisarts duurt doorgaans langer dan gelijk welke andere raadpleging. Indien zich een dergelijk probleem stelt tijdens een blok raadplegingen met een volle wachtzaal, heeft de arts nood aan een tool om op korte tijd hulp te kunnen bieden. Een raadpleging van een half uur werd daarom in dit concept als aanvaardbaar beschouwd en extrapoleerbaar naar de huisartsenpraktijk. Alle gesprekken gebeurden binnen dit vooraf geplande tijdsbestek. Dit toont aan dat het KOP model de arts toelaat een psychosociaal probleem binnen het half uur aan te pakken, om vervolgens afspraken te maken over het vervolg van het behandelproces. Dit kan een vervolgconsult zijn bij diezelfde huisarts, een verwijzing naar een psycholoog of psychiater of het beëindigen van de behandeling. Hoe het verder moet met een patiënt na het eerste gesprek valt buiten het kader van dit concept.

4. <u>Voorbeeld 2:</u>

Een dame van 52 jaar meldt zich aan met de klacht zich niet goed te voelen. Zij is oververmoeid, zenuwachtig, ze vindt geen rust. Wanneer zij 's ochtends de dag begint is zij energieloos. Sinds lange tijd voelt zij zich niet thuis in haar eigen lichaam (gevoel meer man dan vrouw te zijn). Bovendien bevindt zij zich sinds jaren in een relatie waarin zij zich geremd voelt om haar doelen na te streven. Zij werd reeds behandeld door een psychiater, een psycholoog en de huisarts. Geen van deze therapieën gaven duidelijk beterschap op lange termijn.
Tijdens het gesprek kon zij gemakkelijk haar klacht beschrijven en een opsomming maken van haar lasten. Haar draagkracht bleek zeer magertjes. Waar zij zeer veel steun uit haalt is op stap gaan, de natuur intrekken om te wandelen. Deze patiënte wist een duidelijk beeld te scheppen van haar persoonlijkheid en haar gewoontes.
Nadat zij de vragenlijst had ingevuld en wij elkaar terug zagen gaf zij al snel aan dat dit model voor haar niet werkt. Zij verklaarde nagenoeg niks bij te hebben geleerd, gezien zij sinds decennia geconfronteerd werd met haar stemmingsproblemen.

Ik ging op zoek naar oorzaken die haar opgave zouden kunnen verklaren:

- *De draagkracht was zeer mager:*

Deze vrouw was sociaal weinig omringd. Behalve haar echtgenoot kende zij weinig nauwe verwanten. Zij kon geen kennissen opnoemen met wie zij op stap zou kunnen gaan.
Dag na dag leek zij geconfronteerd te worden met de teleurstelling in haar echtgenoot. Een oudere man met enkele medische beperkingen die weinig gemotiveerd is om het huis te verlaten. Man en vrouw slapen bovendien al jaren apart.
Haar draagkracht uitbreiden was in feite niet te bespreken. Nergens zag zij een mogelijkheid om extra ondersteuning te verwerven. 'Ze had al alles geprobeerd en niks werkte.'

- *Draaglast*

Een complex verhaal van zich helemaal niet goed te voelen in haar eigen lichaam, waardoor zij zichzelf niet waardeert, zichzelf minimaliseert. De oorsprong hiervan legt zij in haar kindertijd. Een probleem met haar biologische seksuele identiteit is hier één van de basiselementen die haar klachten voeden.

- *Coping*

Zij leek sterk ontmoedigd om wat dan ook nog te proberen, laat staan een interventie van 30 minuten.

Uit dit verhaal maak ik op dat het KOP model waarschijnlijk meer effectief is bij klachten die zich sinds kort voordoen, of bij reeds lang bestaande problemen die nog niet eerder professioneel werden behandeld. Patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen of zij die reeds dikwijls teleurgesteld werden na het doorlopen van professionele behandelingen komen waarschijnlijk minder in aanmerking voor een behandeling door de huisarts aan de hand van het KOP-schema. Een vergelijking maken van het nut van het KOP model bij een klacht die reeds professioneel werd behandeld, tegenover een probleem dat niet eerder door een arts of een psycholoog werd benaderd, valt buiten het bestek van dit concept.

4. Link naar de uitgangsvragen

1. Ik zie het KOP-model als een interessante tool binnen de huisartsenpraktijk. Het eenvoudig toepassen van het schema bij een psychosociaal probleemkan zorgen voor een gestructureerde raadpleging, met mogelijk behoud van de voorziene consultatieduur.

2. Het schema geeft structuur aan zowel patiënt als arts om tot een overzicht te komen in de problemen. Het schema biedt de patiënt en zijn arts een aanzet tot inzicht in zijn problemen. Een eerste gesprek aan de hand van het KOP-schema lijkt een goede aanzet te zijn binnen het behandelingstraject dat met de patiënt wordt afgelegd.

3. Het grootste bewijs van de meerwaarde die dit schema mij geboden heeft is dat ik het nog steeds en frequent toepas in mijn raadplegingen. Door tijdens de exploratie van de klacht enkele woorden of kernachtige zinsneden op te schrijven, geef ik mijzelf overzicht over het probleem.

Reflectie

Ik ben in de eerste plaats blij dat ik het KOP-schema heb kunnen leren gebruiken. Dit concept heeft mij geleerd dat het toepasbaar is bij vele psychosociale raadplegingen. Ik was verbaasd dat nog slechts weinig geschreven is over het KOP-model, dat toch reeds tien jaar geleden werd ontwikkeld. Naar mijn gevoel is er nog veel ruimte voor verder onderzoek rond het gebruik van het KOP-schema door de huisarts. Is er een plaats voor de huisarts in het doorlopen van de volledige acht stappen van het model? Kan het model door de huisarts worden toegepast in het kader van alcoholmisbruik? Kan het KOP model door de huisarts worden toegepast bij kinderen en adolescenten met psychosociale problemen? Geeft het KOP-model een structuur bij verwijzing naar een psychosociale hulpverlener? Klopt het dat een KOP-model indicatie geeft of een klacht kan behandeld worden door de huisarts dan wel of een verwijzing meer geïndiceerd is (vb. veel bezwarende karakteristieken in de persoonlijke stijl, weinig draagkracht over de jaren heen, veel geïnternaliseerde problematiek die draaglast vormt zouden bijvoorbeeld de arts kunnen doen besluiten tot verwijzing, eerder dan zelf te behandelen)

Ik kan collega-huisartsen op basis van deze studie aanraden om het KOP-schema te proberen toepassen binnen hun praktijk.

De sterkte van dit concept:

- Er werd gebruikt gemaakt van korte en eenvoudige vragenlijsten.

De zwaktes van dit concept:

- Klein aantal deelnemers, geen mogelijkheid om significante besluiten te trekken.
- Slechts één arts (huisarts-in-opleiding) nam deel aan dit concept.
- Recrutering van deelnemers is gebeurd in slechts één huisartspraktijk.
- Als huisarts-in-opleiding had ik slechts weinig kennis van bestaande psychologische gesprekstechnieken.

Referentielijst

1. De Maeseneer J., Wittevrongel L., Vincke A., Herman E., Desmyter F. en Decroos V. Onderzoeksrapport; Eerstelijnspsycholoog. Oktober 2009

2. Verhaak P., Zwaanswijk M. en Have J. Ten. Psychologische interventies. Huisarts en Wetenschap: 2011; 54(1), 23-28

3. Alonso J., Angermeyer C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha S., Bryson H., De Girolamo G., De Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess V., Lpine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. ActaPsychiatr. Scand. 2004; (Suppl. 420): 47–54

4. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2008

5. World Health Organisation. The Global Burden of Disease, 2004 Update. 2008

6. Deveugele M. Doctor – patient communication in general practice. An observational study in six European countries. 2003

7. Goigne S. Taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening. Masterproef Huisartsgeneeskunde. 2012

8. Churchill R. Hunot V. Corney R. Knapp M. McGuire H. Tylee A. Wessely S. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. Health Technology Assessment: 2001; Vol. 5: No. 35

9. Escobar J.I., Gara M.A., Diaz-Martinez A.M., Interian A., Warman M., Allen L. A., Woolfolk R. L., Jahn E., Rodgers D. Effectiveness of a Time-Limited Cognitive Behavior Therapy–Type Intervention Among Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. Ann. Fam. Med. 2007: 328-335.

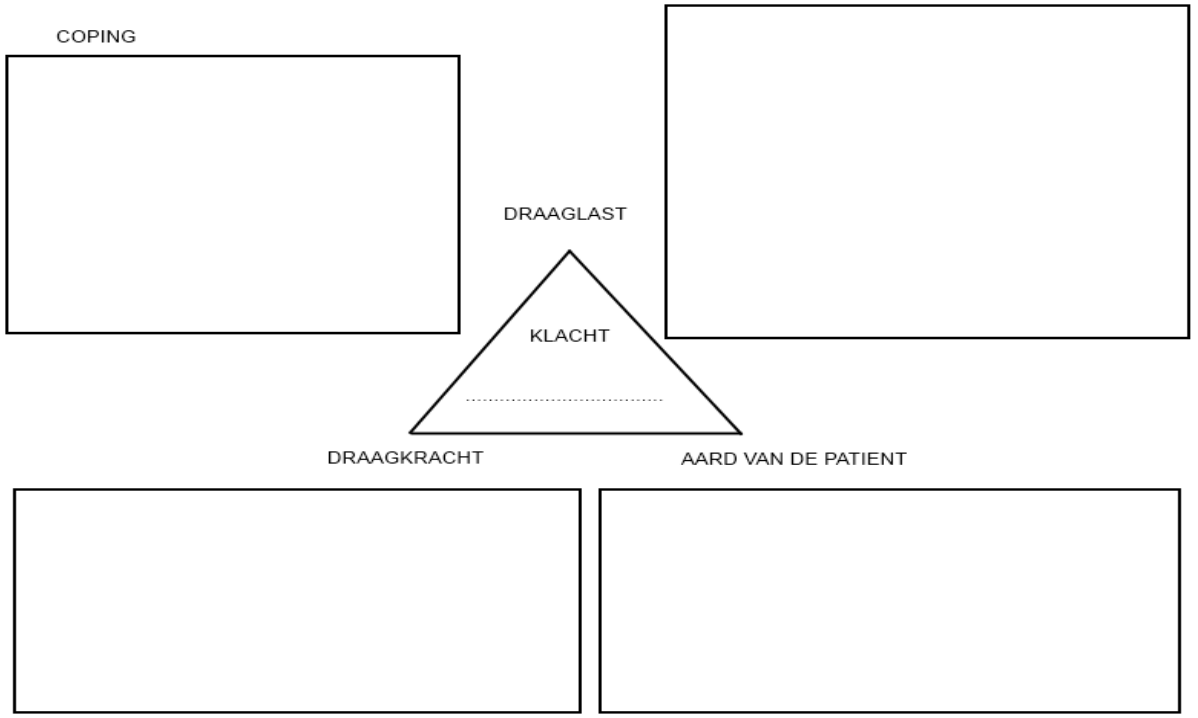
10. Knekt P., Lindfors O., Harkanen T., Valikoski M., Virtala E, Laaksonen M. A., Marttunen M., Kaipainen M., Renlund C. and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. PsychologicalMedicine (2008), 38, 689–703

11. Rijnders P., Heene E. Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn. Boom; 2010

12. Van Straten A., Hakkaart L., Donker M. Doelmatigheid ambulante behandelingen. 2004

Bijlagen en figuren

Bijlage 1: KOP-schema



Bijlage 2: Aandachtspunten voor de huisarts om het kop-schema te kunnen invullen:

1. De **klacht** navragen: wat is de klacht van de patiënt?

   Voorbeeldvraag: 'kunt u wat meer vertellen over de klacht die u ervaart en waarmee u tot bij mij komt?'

2. **Impact van de klacht**: vraag na wat de patiënt doet en nalaat ten aanzien van de klacht .

   Voorbeeldvraag: 'vermijdt u bepaalde omstandigheden, of situaties, als gevolg van deze klacht?'

3. **Draaglast** / stresserende factoren navragen:

   Voorbeeldvraag: ' wat zijn factoren/gebeurtenissen in uw dagelijkse leven die u spanning/stress geven?'

4. Eerdere **copingstrategieën** bij stress navragen. Heb ook aandacht voor alcohol of medicijngebruik.

   Voorbeeldvraag: 'hebt u tot nu toe een toevlucht gezocht in alcohol om het probleem beter de baas te kunnen?'

5. **Draagkracht** navragen:

   Voorbeeldvraag: 'als u spanning/stress voelt, wat doet u dan om te ontspannen?'

6. **Persoonlijkheid** navragen: vraag na of er persoonlijke eigenschappen zijn die bij de patiënt stress stimuleren of doen afnemen.

   Voorbeeldvraag: als uw omgeving zou worden gevraagd om u te beschrijven, wat zou men dan zeggen

Bijlage 3: Vragen in te vullen door de patiënt:

- Kan u in het kort en in uw eigen woorden aangeven wat het schema u geleerd heeft? (het is beter dat u dit eerst invult, vooraleer over te gaan tot het beantwoorden van de vragen die hierop volgen)

Wat ik leerde van het schema:

……
……
……
……

- Gelieve een kruisje te zetten bij het meest juiste antwoord:

	Helemaal akkoord	akkoord	neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
1. Ik kreeg door het schema meer inzicht in hoe ik met mijn klacht omga					
2. Ik kreeg door het schema meer inzicht in de belasting (draaglast) die ik ervaar					
3. Ik kreeg door het schema meer inzicht in mijn sterke kanten (draagkracht)					
4. Ik kreeg door het schema meer inzicht in mijn eigen mogelijkheden om aan mijn probleem iets te doen:					
4.1. Ik zie mogelijkheden om op een andere manier met mijn klacht om te gaan					
4.2. Ik zie mogelijkheden om mijn draaglast te verminderen					

4.3. Ik zie mogelijkheden om mijn draagkracht te verhogen					
4.4. Ik zie mogelijkheden om aan mezelf iets te veranderen					
5. Ik vond dit schema een handige manier om mijn probleem met de arts te bespreken					
6. Ik heb nieuwe inzichten in mijn problemen dankzij dit schema					
7. Het schema doet me nadenken over zaken die ik van tevoren vanzelfsprekend vond					
8. Het schema geeft me meer rust					
9. Ik wist eigenlijk alles al wat in dit schema vernoemd wordt, maar het doet goed om alles samen in verband te zien					
10. Het schema helpt me mijn klacht beter te begrijpen					

- Hoe voelde u zich in de week voorafgaand aan het invullen van het schema, uitgedrukt op een schaal van 0 (= zeer slecht) tot 10 (= zeer goed)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bijlage 4: vragen om als huisarts het schema te evalueren:

Gelieve het meest juiste antwoord aan te kruisen:

	Helemaal akkoord	akkoord	neutraal	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
1. Ik heb meer inzicht in de stressoren van de patiënt(e)					
2. Ik heb meer inzicht in de ontspannende factoren van de patiënt(e)					
3. Ik heb meer inzicht in het karakter en de persoonlijkheid van de patiënt(e)					
4. Ik heb meer inzicht in hoe de patiënt(e) met de klacht omgaat en de impact op zijn/haar leven					
5. Dit schema heeft voldoende structuur gegeven aan de consultatie					
6. Dit consult is binnen het geplande tijdsbestek verlopen					
7. Ik heb het gevoel dat de patiënt meer inzicht heeft in zijn klacht door gebruik te maken van dit schema					
8. Ik heb het idee dat ik met dit schema meer greep krijg op wat de patiënt kan doen aan zijn klacht					

Bijlage 5:

Informatie en Toestemmingsformulier voor de patiënt

Kan het gebruik van het KOP model de huisarts helpen bij het structureren van psychosociale problemen van de patiënt?

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte heer, mevrouw

In het kader van zijn master- na masteropleiding huisartsgeneeskunde doet Dr. Naert Jasper een onderzoek naar het gebruik door de huisarts van het KOP model bij het structureren van psychosociale problemen van de patiënt. Dit onderzoek gebeurt in de periode van 01/05/2012 en onder toezicht van de Universiteit Gent.

U bent gevraagd om deel te nemen aan een onderzoek naar de bruikbaarheid van een behandelmodel binnen de huisartsenpraktijk.
De bedoeling van dit onderzoek is om na te gaan of dit behandelmodel bruikbaar is bij psychosociale problemen in de huisartsenpraktijk en hoe dit wordt ervaren door zowel u, als door de arts. Dit is geen onderzoek naar de werking van medicatie. Dit onderzoek streeft naar minstens 15 deelnemers.

U zal worden gevraagd om tijdens minstens twee consultaties enkele vragen te beantwoorden over de klachten waarmee u zich aanbiedt tijdens de consultatie. Vervolgens zal worden bevraagd welke eventuele belastende/stresserende gebeurtenissen/factoren in uw dagelijkse leven zijn. Verder zullen enkele vragen worden gesteld die peilen naar gebeurtenissen/factoren in uw leven die u ontspanning/plezier geven. Aan de hand van de gegevens die tijdens dit gesprek worden verzameld wordt een schema (KOP model) opgemaakt rond enkele kernwoorden (klacht, draaglast, draagkracht, aard van de patiënt.) Na de raadpleging wordt u gevraagd een vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst bevraagt uw ervaringen bij het gebruik van dit KOP model, het invullen ervan zal ongeveer vijf minuten in beslag nemen.

Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil eveneens zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat dit gevolgen heeft voor uw verdere behandeling en relatie met uw arts.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld worden en anoniem verwerkt, dit in overeenstemming met de wet op de persoonlijke levenssfeer.

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming geeft u uw toestemming betreffende gebruik van uw gegevens. Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kunt u contact opnemen met onderstaande onderzoekers of uw behandelende arts: Dr. Naert Jasper (e-mail: naertjasper@gmail.com).

Wij danken u voor uw medewerking

Dr. Naert Jasper Handtekening

TOESTEMMINGSFORMULIER

Naam patiënt: …….

1. Ik bevestig dat Dr.……(naam informerende arts in blokletters) mij uitgebreid geïnformeerd heeft over de aard en het doel van deze studie.

2. Ik bevestig dat ik de informatie over de studie heb begrepen en schriftelijk gekregen heb.

3. Ik begrijp dat mijn deelname geheel vrijwillig is en dat ik me op elk moment kan terugtrekken uit dit onderzoek, zonder nadelige gevolgen.

4. Ik begrijp dat mijn persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd *(hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd* (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk). In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal mijn persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en bij codering zal ik toegang krijgen tot mijn verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op mijn verzoek worden verbeterd.

*schrappen wat niet past

5. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

6. Er werd voor deze studie, conform de Belgische wet van 7 mei 2004 een verzekering afgesloten. Dit daar de wet voorschrijft dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer.

7. Ik verleen bevoegde vertegenwoordigers van UZ Gent en regelgevende instanties toestemming voor directe inzage in mijn persoonlijke medische gegevens om na te gaan of het onderzoek uitgevoerd is volgens de wetten en voorschriften.

8. Ik verklaar hierbij dat ik instem met deelname aan dit onderzoek.

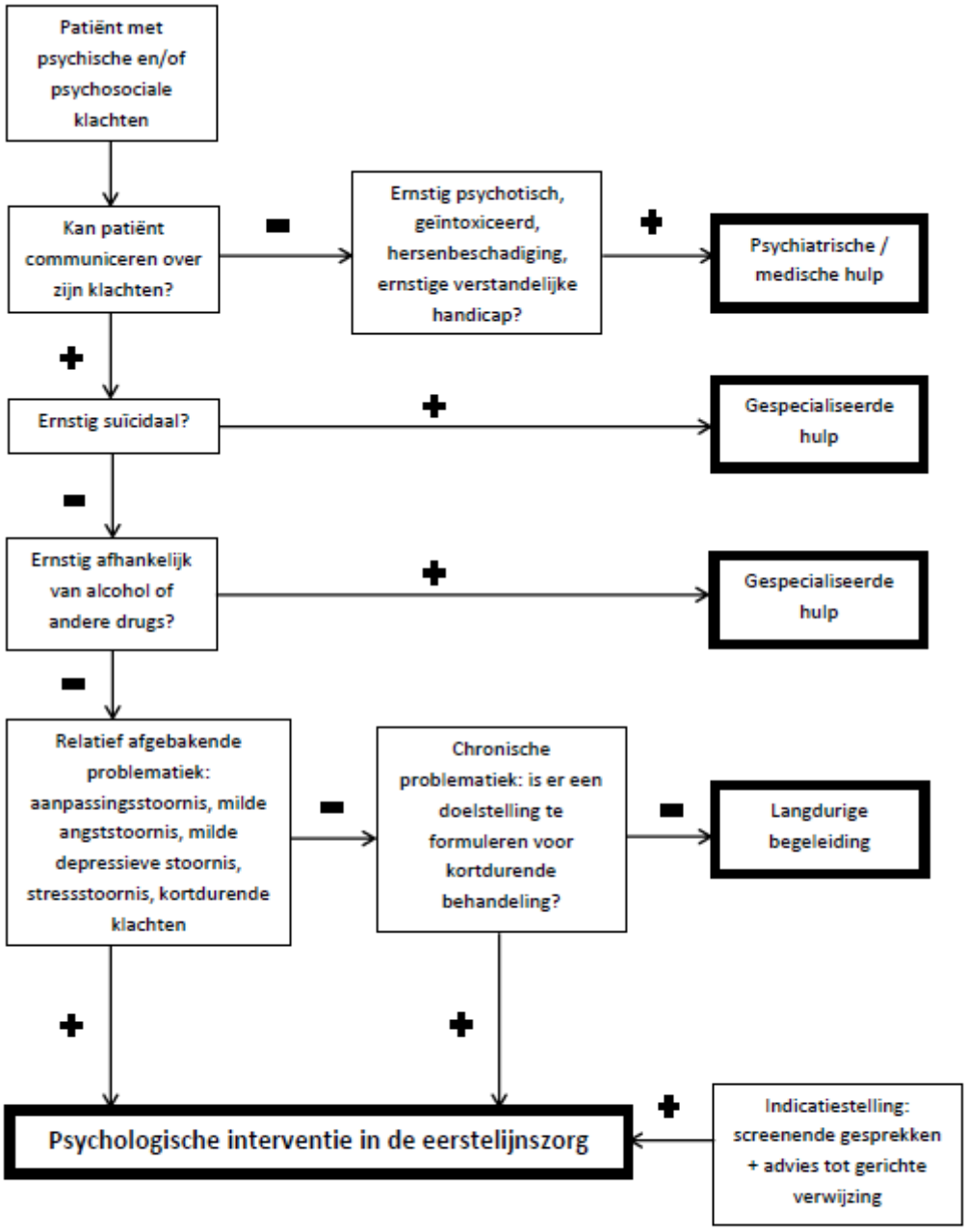
Door de patiënt te ondertekenen en persoonlijk te dateren.

Datum…… Handtekening…….
Patiënt

Verklaring van de onderzoeker betreffende de geïnformeerde toestemming van de patiënt
Ondergetekende heeft de bijzonderheden van dit klinisch onderzoek, zoals dit beschreven staat in het informatieformulier voor de patiënt, volledig uitgelegd aan bovengenoemde patiënt.

Datum……. Handtekening……..
Informerende arts

Figuur 1: beslisboom onderzoekspopulatie



(1) Hoogduin CAL, Derksen JJL. Beslisbomen bij indicatiestelling ten behoeve van de eerstelijnspsycholoog. In Derksen JJL, van der Staak CPF, redactie. Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000. p. 67-76.

Figuur 2: Inclusie- en exclusiecriteria

Inclusie	Exclusie
Psychische/psychosociale aanmeldingsklacht bij HA	Ernstig suïcidaal
>18 jaar	<18 jaar
Nooit eerder psychologisc/psyschiatrisch behandeld	Ernstige middelenmisbruik (waarbij dagelijks functioneren sterk gestoord is)
Wel eerder psychologisch/psychiatrisch behandeld	anderstaligen
Acute problemen	
Chronische problemen	