Verkenning van de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in Gent

Anse Vermeersch, UGent

Dagmar Hammer, UGent

Elke Vanhee, UGent

Promotor: Peter Decat, UGent

Co-promoter: Tom Declercq, UGent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2023]

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

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

Voorwoord

Wij willen graag enkele mensen bedanken. Zonder hen was het schrijven van deze masterproef niet mogelijk geweest.

Als eerste bedanken we graag onze promotor Prof. dr. Peter Decat voor zijn begeleiding. Hij was altijd vlot bereikbaar voor overleg en het geven van feedback. Ook onze co-promotor dr. Tom Declercq willen we bedanken voor zijn inzet en zijn bijdrage om ons op goede weg te zetten.

Ook de Huisartsenvereniging Gent (HVG) en het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg voor volwassenen in de regio Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen (PAKT) willen we bedanken voor de samenwerking en het helpen rekruteren van de deelnemers voor onze studie.

Uiteraard bedanken we ook de huisartsen en psychiaters die de tijd hebben vrijgemaakt om deel te nemen aan een interview. Zonder hun enthousiasme en openheid was het nooit gelukt om tot zo'n interessante resultaten te komen.

Tenslotte willen we ook nog elkaar bedanken voor de aangename samenwerking. Het is fijn dat we na drie jaar zwoegen op deze masterproef, nog steeds vrienden zijn en met plezier kunnen samenwerken.

Abstract

Context
De samenwerking tussen huisartsen en psychiaters loopt niet altijd van een leien dakje. Dit is een algemeen probleem in België dat reeds lang bestaat. De huisarts staat alsmaar meer in voor de aanpak van psychische/psychiatrische problematiek in de eerste lijn, ondanks een eerder beperkte ervaring en kennis bij de meeste huisartsen. Een betere samenwerking tussen huisartsen en psychiaters biedt kansen tot kennisoverdracht en een betere zorg voor de patiënt. Dit onderwerp dient dus verder onderzocht te worden.

Onderzoeksvraag
In dit onderzoek wordt er getracht een antwoord te zoeken op vier onderzoeksvragen. Hoe ervaren huisartsen en psychiaters de huidige samenwerking? Waar liggen de noden en verbeterpunten in de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in het Gentse? Hoe kunnen we deze samenwerking in de ambulante context verbeteren? Zijn er suggesties voor interventies om de samenwerking te optimaliseren?

Methode
Een verkennend literatuuronderzoek werd verricht naar de verschillende samenwerkingsvormen, gelijkaardige projecten en reeds gekende problemen in de samenwerking tussen huisarts en psychiater. In dit kwalitatief onderzoek werden aan de hand van semi-gestructureerde interviews elf psychiaters en elf huisartsen bevraagd. Enkel artsen uit het Gentse werden geïncludeerd. De resultaten werden thematisch geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma NVivo.

Resultaten
De samenwerking tussen huisarts en psychiater werd over het algemeen als niet goed ervaren door de deelnemers. Tijdens de interviews kwamen enkele factoren naar boven die de samenwerking kunnen beïnvloeden. Ten eerste zijn er enkele praktische problemen zoals een gebrek aan tijd, middelen en een slechte bereikbaarheid van beide beroepsgroepen. Ten tweede is de geestelijke gezondheidszorg sterk versnipperd en is er ook een gebrek aan vergoeding die de samenwerking zou kunnen faciliteren, ook al zijn de meningen hierover verdeeld. Ten derde voelen sommige huisartsen zich onvoldoende vertrouwd met enerzijds de aanpak van psychiatrische problematiek in de eerste lijn en anderzijds de sociale kaart. Ten vierde wordt er een verschillende visie gezien op vlak van taakverdeling, interesse en motivatie in samenwerking. Ten vijfde wordt er een verschil in verwachtingen omtrent verslaggeving opgemerkt, maar een gemeenschappelijke visie is hier wel het opentrekken van psychiatrische verslaggeving op gedeelde platformen zoals het Collaboratief Zorgplatform (CoZo). Er kan besloten worden dat er nog steeds een stigma heerst rond psychiatrie. Ook werd navraag gedaan omtrent een eenmalig consult en een telefonische adviesvraag van de huisarts naar de psychiater. De meningen waren verdeeld en eventuele geschikte indicaties kwamen naar boven. Tenslotte werden enkele suggesties tot verbetering gegeven door huisartsen en psychiaters.

Conclusie
Uit de resultaten kwamen enkele suggesties naar boven om de samenwerking te verbeteren. Op basis hiervan konden enkele voorstellen geformuleerd worden, zoals bijvoorbeeld het efficiënter gebruikmaken van multidisciplinair overleg. Deze zijn voornamelijk gericht naar andere onderzoekers, artsen en de overheid. Verder onderzoek dient nog te gebeuren vooraleer eventueel interventies opgezet kunnen worden.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 1
2. Literatuuronderzoek 2
  2.1 Problemen en knelpunten 2
    2.1.1 Praktisch: wachttijden, volle agenda's, … 2
    2.1.2 Gebrekkige communicatie 2
    2.1.3 Andere benadering en andere inherente taak 2
    2.1.4 Geen richtlijn 3
    2.1.5 Taboe 3
  2.2 Samenwerking 4
    2.2.1 Schets organisatie in België 4
    2.2.2 Collaborative care model 4
    2.2.3 Collegiale consultatie 6
    2.2.4 Organisatie mobiele (crisis)teams 6
    2.2.5 Digitale samenwerking 7
    2.2.6 Opleiding 7
3. Methode 9
  3.1 Onderzoeksopzet en deelnemers 9
  3.2 Thematische analyse van de gegevens 9
4. Resultaten 10
  4.1 Factoren die de samenwerking beïnvloeden 10
    4.1.1 Praktisch: wachttijden, volle agenda's, … 10
    4.1.2 Gezondheidszorgsysteem 12
    4.1.3 Kennis en kunde 14
    4.1.4 Visie op de ander 16
    4.1.5 Communicatie (verwachtingen in verslaggeving) 17
    4.1.6 Taboe 19
  4.2 Eenmalig consult 20
    4.2.1 Mening 20
    4.2.2 Indicatie 21
    4.2.3 Verwijzing 22
  4.3 Telefonisch advies 23
    4.3.1 Mening 23
    4.3.2 Indicatie 23
    4.3.3 Verwijzing 24
  4.4 Suggesties tot verbetering 25
5. Discussie 27
  5.1 Bespreking van de belangrijkste resultaten 27
  5.2 Beperkingen en sterktes van het kwalitatief onderzoek 32
6. Conclusie en voorstel voor verder onderzoek 33
Referenties 34
Lijst met afkortingen en begrippen 37
Bijlagen 38

1. Inleiding

De Huisartsenvereniging Gent (HVG) merkt al een tijdje op dat het als huisarts moeilijk is om een patiënt tot bij de psychiater te krijgen. Vaak zijn er lange wachttijden en de samenwerking verloopt niet altijd zo gemakkelijk (1, 2). Dit is een algemeen probleem dat al decennialang aan de gang is in België en ook in andere landen (2, 3). Binnen dit kader werd in 2000 in Brugge een project 'Tussen de Lijnen' opgezet, met als doel het verbeteren van de samenwerking tussen psychiaters en de eerste lijn (4).

Door de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg komen psychische problemen alsmaar meer terecht bij de huisarts en de eerste lijn (1, 5). De huisarts is bereid om deze zorg op zich te nemen, maar voelt zich hier niet altijd even comfortabel bij. Ze hebben vaak een eerder beperkte kennis en ervaring, waardoor samenwerking en overleg met de psychiater des te belangrijker wordt.

De onderzoeksvragen die gehanteerd worden, zijn als volgt:

- Hoe ervaren huisartsen en psychiaters de huidige samenwerking?
- Waar liggen de noden en verbeterpunten in de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in het Gentse?
- Hoe kan deze samenwerking in de ambulante context verbeterd worden?
- Zijn er suggesties voor interventies om de samenwerking te optimaliseren?

Deze onderzoeksvragen werden eerst verder geëxploreerd aan de hand van literatuuronderzoek en eveneens bevraagd in de interviews.

Het doel van deze masterproef is om een basis te leggen waarop verder gebouwd kan worden om tot een betere samenwerking te komen. Voor dit onderzoek werd samengewerkt met het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg voor volwassenen in de regio Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen (PAKT) en de HVG.

2. Literatuuronderzoek

Ter voorbereiding van het onderzoek werd er een verkennend literatuuronderzoek gedaan.
Enerzijds werden de problemen uit de onderzoeksvraag verkend en anderzijds werd er gezocht naar soortgelijke projecten uit landen als België, Nederland, Canada,… Deze werden specifiek uitgekozen omdat hun gezondheidszorgsysteem het dichtst bij het Belgische aanleunt ten opzichte van andere landen. Zowel Nederlandstalige als Engelstalige artikels werden geïncludeerd. Er werd gezocht in medische tijdschriften via Google Scholar en Google, door middel van zoektermen zoals: 'samenwerking psychiater en huisarts', 'samenwerking eerste lijn en psychiater' en 'project samenwerking psychiater en huisarts'. Ook de databank van masterproeven van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding (ICHO) werd geraadpleegd. Daarnaast werd er ook via volgende zoekopdrachten zoals 'collaborative care model' en 'collegial consultation' gezocht naar relevante artikels op Pubmed. Er werd gebruikgemaakt van de sneeuwbalmethode. In totaal werden 93 artikels weerhouden; na selectie op basis van relevantie werden 37 artikels geïncludeerd.

2.1 Problemen en knelpunten

Hieronder geven we de samenvatting van het literatuuronderzoek volgens thema weer.

2.1.1 Praktisch: wachttijden, volle agenda's, …

In een Nederlands medisch tijdschrift worden de volle agenda's van de psychiaters beschreven als één van de meest voorkomende problemen die de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters belemmert (2). Deze volgeboekte agenda's leiden volgens Belgisch en Canadees onderzoek tot lange wachttijden en moeizame toegankelijkheid voor verwijzing (1, 6). Daarenboven beschrijven Vlaamse artikels dat artsen elkaar moeilijk telefonisch kunnen contacteren, onder andere door tijdgebrek. Dit maakt de situatie nog meer benard. Als de huisarts dan toch een telefonisch advies kan inwinnen bij de psychiater, wordt deze adviesfunctie niet vergoed (4, 7).

2.1.2 Gebrekkige communicatie

Een gekend en belangrijk heikel punt, wat veel teruggevonden wordt in de literatuur, is een gebrekkige communicatie tussen de verschillende zorgverleners (1). De communicatie tussen huisarts en psychiater wordt door veel artsen als matig tot slecht beoordeeld (8). Over de informatie die de huisartsen krijgen van de psychiaters, zijn ze niet altijd tevreden. Vaak vinden ze deze informatie te beknopt of wordt er te weinig frequent informatie doorgegeven. Een belangrijk knelpunt in de samenwerking voor psychiaters is dat ze niet goed weten wat de huisartsen precies van hun verwachten of op welke manier ze willen samenwerken (4).

2.1.3 Andere benadering en andere inherente taak

Een Nederlands artikel haalt aan dat er een verschil is tussen een huisarts-patiënt relatie en een psychiater-patiënt relatie (2). Daarenboven beaamt een Vlaamse masterproef dat de inherente taak die huisartsen en psychiaters zichzelf opleggen niet altijd met elkaar overeenstemt (8). Dit kan teruggebracht worden naar een andere manier van benaderen van de patiënt en zijn of haar probleem.

De psychiater houdt zich minder bezig met het bevragen van somatische problemen of ongewenste effecten van medicatie. Dit omwille van een gebrek aan tijd en ervaring met somatische problemen en omdat ze vinden dat dit niet tot hun takenpakket behoort (9). Volgens twee Nederlandse artikels wil de huisarts de diagnose en behandeling van deze somatische problemen wel op zich nemen (10), ondanks een gebrek aan kennis over ongewenste effecten, interacties of effectiviteit van bijvoorbeeld antipsychotica (11).

Een ander Nederlands artikel beschrijft dat de aanpak ook kan verschillen tussen huisartsen en psychiaters. Dit kan onder andere voortvloeien uit een gebrek aan ervaring in bepaalde psychiatrische ziektebeelden en een ander perspectief, respectievelijk een generalistische visie met focus op persoon en een specialistische visie met focus op ziekte. Huisartsen herkennen bijvoorbeeld minder goed depressieve symptomen en onderschatten soms de ernst ervan (12).

In de gevonden literatuur wordt de visie van de huisarts op zijn eigen taak in de opvolging van psychotische patiënten besproken. Namelijk het herkennen van symptomen in de acute fase en het doorverwijzen naar de tweede lijn (13-15). Wel is er behoefte aan scholing over de omgang met psychotische patiënten, zeker voor onervaren artsen. Huisartsen worden er zelden mee geconfronteerd, wat ervoor zorgt dat ze deze zorg niet als iets routinematig ervaren (14).

Anderzijds rapporteert zowel een Nederlands als een Canadees artikel de onenigheid omtrent de taak van de huisarts in de chronische zorg. Meer bepaald omtrent de verantwoordelijkheid voor preventie en de behandeling van somatische comorbiditeiten bij chronisch psychiatrische patiënten (14, 16). De betrokkenheid van huisartsen varieert ten gevolge van verschillen in ervaring, competenties en behoefte aan bijscholing. In langdurige zorgsituaties is er vaak onvoldoende samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waarbij de huisarts niet courant betrokken wordt in het behandelplan en niet goed op de hoogte gehouden wordt van de voortgang (14).

2.1.4 Geen richtlijn

Er bestaat geen Belgische richtlijn over taakverdeling bij de behandeling, aanpak of diagnostiek van vele psychiatrische pathologieën. Dit zorgt voor onduidelijkheden over de aanpak en taakverdeling voor huisartsen en psychiaters, zoals beschreven in een Vlaamse masterproef over ‘opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken’ (8). Om deze onduidelijkheden te vermijden, wordt de psychiater in Nederlandse en Britse richtlijnen aangesteld als ‘dirigent’ van de behandeling. Op die manier kan hij bepaalde aspecten van de opvolging en zorg overlaten aan de huisarts, op voorwaarde dat er heldere communicatie en duidelijke instructies zijn (17-19).

2.1.5 Taboe

Het taboe dat berust op de geestelijke gezondheidszorg wordt beschreven in meerdere Vlaamse en Nederlandse artikels, bijvoorbeeld de stigmatisering rond psychiatrische problemen (7). Soms staat de patiënt er niet voor open om op consultatie te gaan bij de psychiater (4). Daarnaast bestaat er een valkuil om als arts de ernst van een psychopathologie te onderschatten door het probleem te normaliseren en bijgevolg een diagnose te missen (2).

2.2 Samenwerking

2.2.1 Schets organisatie in België

De laatste jaren is de organisatie van de gezondheidszorg een actueel thema. Door onder andere een tekort aan middelen en lange wachtlijsten bij psychologen en psychiaters, wordt het huidige systeem meer en meer in vraag gesteld. Een hervorming van de organisatie moet ervoor zorgen dat de geestelijke gezondheidszorg efficiënter en kosteneffectiever georganiseerd wordt. Hieronder volgt een overzicht van de actualiteit betreffende dit onderwerp (20, 21).

In België werd in augustus 2021 in de media gepubliceerd dat minister Frank Vandenbroucke vanuit de Federale Overheidsdienst (FOD) volksgezondheid meer zou investeren in geestelijke gezondheidszorg. Er zou een budget van 154 miljoen euro extra vrijgemaakt worden, onder andere voor een hervorming van de GGZ. Het doel van deze omvorming zou zijn om enerzijds hokjesdenken te doorbreken en anderzijds de psychische zorg toegankelijk en betaalbaar te maken.

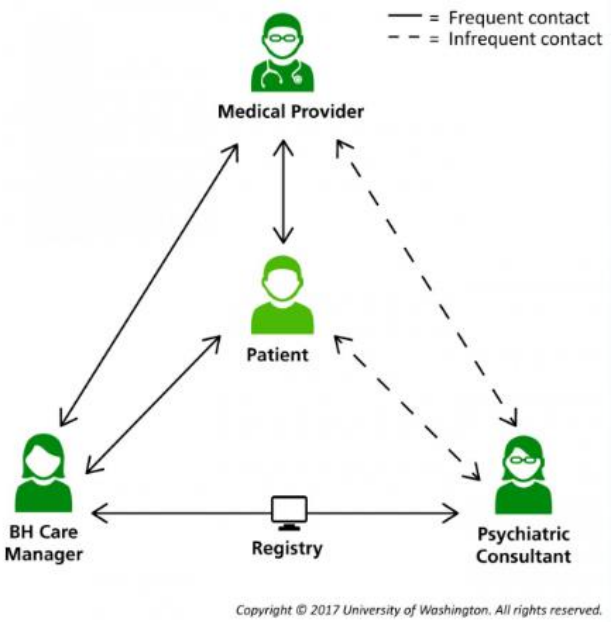
Op 15 februari 2022 verscheen er opnieuw een persbericht waarin door minister Vandenbroucke een nieuwe stand van zaken werd gegeven. Op dat moment waren de verschillende netwerken bezig met het in kaart brengen van de noden en vragen binnen hun regio. Deze noden zijn sterk regiogebonden. Op het platteland is er bijvoorbeeld meer nood aan specifieke zorgen aangepast aan de levensomstandigheden van landbouwers, terwijl er in de stedelijke context meer nood is aan psychische hulp veroorzaakt door stedelijke armoede (22).

Een belangrijke evolutie is dat de eerstelijnsnetwerken een meer centrale rol zullen spelen. Sinds 2017 zijn er in België twintig netwerken voor volwassenen en elf voor kinderen en jongeren vastgelegd. De bedoeling van de netwerken is dat het zo georganiseerd wordt dat de geestelijke gezondheidszorg zich zo veel mogelijk binnen de vertrouwde omgeving van de patiënt afspeelt. Dat kan in de praktijk zijn van een psycholoog of orthopedagoog, maar evengoed bij de huisarts, op school of op het werk. Op die manier moet er minder snel doorverwezen worden naar de tweede lijn (21, 22).

Tot op heden is er hierover nog geen nieuwe update verschenen vanuit het federaal ministerie.

2.2.2 Collaborative care model

'Collaborative care' is een specifiek type zorgmodel, ontwikkeld in de Verenigde Staten. Het model wordt vaak gebruikt binnen de geestelijke gezondheidszorg voor onder andere depressie en angst. Enerzijds omdat de behandeling hiervan een langdurige multidisciplinaire opvolging vereist. Anderzijds bleek uit een Nederlandse studie dat dit model zeer effectief is voor de aanpak van depressie. De 'number needed to treat' (NNT) van drie toont aan dat de doelmatigheid van dit model hoog ligt (23). De aanpak van het collaborative care model is gericht op een optimale samenwerking tussen huisartsen, psychiaters en een zorgcoördinator (24, 25).



Figuur 1: schematische voorstelling collaborative care model
Dit model gaat uit van drie partijen binnen een multidisciplinair zorgteam: de huisarts, de psychiater en de zorgcoördinator. De taak van de zorgcoördinator is om het eerste aanspreekpunt te zijn voor de patiënt, om de coördinatie van een gedeeld zorgplan op zich te nemen en te zorgen voor een transparante verslaggeving. De psychiater is volgens noodzaak betrokken bij patiënten die ook in de tweede lijn behandeld worden (24).

De basisprincipes van dit model zijn gebaseerd op de zorgstrategieën die bij chronische zorg gehanteerd worden. De patiënt staat centraal. Zo wordt erover gewaakt dat de patiënt zowel somatische als psychische opvolging en behandeling krijgt binnen zijn vertrouwde omgeving. De patiënten opgenomen in het model worden geregistreerd binnen de eerste lijn. Als er gezien wordt dat een individu niet verbetert, wordt er advies ingeroepen vanuit de tweede lijn. Systematische opvolging gebeurt door middel van persoonlijke behandeldoelstellingen en het gebruik van meetinstrumenten zoals bijvoorbeeld de Beck Depression Inventory (BDI) bij depressie. Er wordt uitgegaan van het principe dat zorgverleners verantwoordelijk zijn voor kwalitatieve zorg, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie (23, 24).

In Nederland werd reeds getoetst of dit model ook een effectieve aanpak van depressie kan bieden binnen hun specifieke gezondheidszorgsysteem. Een project waar ze het principe van het collaborative care model hebben toegepast, is er één uit 2006. In dit project zijn ze te werk gegaan met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) die fungeerden als een schakel tussen de eerste en tweede lijn met de huisarts als consultvrager en de SPV als consultgever. De meest frequente problematieken waarover advies gevraagd werd, zijn angst- en stemmingsstoornissen en psychosociale problematieken. Meestal ging de adviesvraag over verwijzing, diagnose of de omgang met de patiënt zelf. De manier waarop advies gevraagd werd aan de SPV, gebeurde op drie manieren: alleen met de patiënt, met de huisarts erbij of telefonisch door de huisarts. Binnen dit project stroomden op deze manier een derde van de patiënten door naar de tweede lijn, terwijl de meerderheid behouden kon worden in de eerste lijn. Het doel van dit project was het ondersteunen van de eerste lijn in de behandeling van patiënten met een psychische problematiek en dit zonder de werkdruk te doen toenemen. De reacties binnen de gezondheidszorg waren verdeeld omdat men beroep doet op kennis van derden, namelijk de SPV, in plaats van het rechtstreeks overdragen van kennis en vaardigheden aan de huisartsen zelf (26).

2.2.3 Collegiale consultatie

Collegiale consultatie of intervisie is een georganiseerde vorm van gesprekken met collega's waarbij informatie en adviezen worden uitgewisseld en problemen besproken. Het biedt de mogelijkheid om op een meer gestructureerde wijze advies te vragen aan een 'leraar'-collega. In tegenstelling tot het collaborative care model, is het een samenwerkingsvorm die niet enkel in de gezondheidszorg van toepassing is, maar in veel sectoren zoals bijvoorbeeld in het onderwijs (27).

Caplan introduceerde in de jaren '60 zijn modellen voor 'mental health consultation'. Een van de vier vormen die hij beschreef, was de 'consultee-centered case consultation'. Deze heeft meer het karakter van een intervisie, waarbij de psychiater de consultvrager adviezen geeft over de aanpak van een patiënt die de psychiater zelf niet gezien heeft. Een belangrijk kenmerk van die vorm is dat de beslissingsbevoegdheid bij de consultvrager blijft liggen. Hij krijgt ondersteuning om de eigen begeleiding verder te zetten en beslist zelf of hij de behandeling aanpast volgens het verkregen advies (28).

In het begin van de jaren 2000 is er zowel in Brugge als in Ieper een regionaal actieproject opgezet met als doel het ontwikkelen van een stepped-care programma voor de behandeling van depressie. Huisartsen zijn de grootste groep van verwijzers naar de geestelijke gezondheidszorg. Om de zorg voor patiënten te optimaliseren, is het van belang om evidence-based protocollen toe te passen. Dit zowel voor detectie, diagnose en behandeling van depressie in de eerste lijn, als voor samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Het doel binnen de stepped-care benadering is 'minimale zorg waar mogelijk en maximale zorg waar nodig' (4). De meerderheid van de patiënten met een depressie kan de huisarts zelf behandelen. Indien de toestand van de patiënt niet verbetert, is er de neiging om snel te verwijzen naar de tweede lijn, terwijl dit lang niet altijd nodig blijkt. Soms is er wel nood aan advies van de psychiater of verwijzing.
Vanuit het actieproject in Brugge werden er twee verschillende interventies opgezet. Ten eerste werd een transmuraal protocol rond depressie opgesteld in regio Brugge. Dit protocol bevestigt de functie van de huisarts als sleutelfiguur bij de aanpak van depressie, daagt uit tot meer gerichte verwijzingen en optimaliseert de nazorg. Ten tweede werd er ook een beslisboom rond collegiale consultatie opgesteld die de huisarts handvaten aanreikt omtrent de keuze voor een collegiaal of een telefonisch consult. Wat benadrukt wordt in de beslisboom is dat bij het vragen van advies de beslissingsbevoegdheid bij de consultvrager ligt (4, 7, 27).

2.2.4 Organisatie mobiele (crisis)teams

Het Mobiel Crisisteam (MCT) is een ambulant team dat kortdurende interventies op maat biedt in de thuisomgeving van de cliënt voor acute psychische en psychiatrische problemen. Het doel van de crisisbehandeling aan huis is het voorkomen of verkorten van een ziekenhuisopname en het vermijden van herval (29). In Vlaanderen zijn er elf mobiele crisisteams, deze zijn nog niet in elke regio actief (29).

Naast de crisisteams zijn er ook nog teams actief bij chronische psychiatrische zorg. In Oost-Vlaanderen gaat het om het MOBiL (Mobiele Ondersteuning en Begeleiding in de Leefomgeving) team. De opzet is het begeleiden van mensen met een ernstige en langdurige psychische kwetsbaarheid in hun eigen leefomgeving. Ook de chronische mobiele teams zijn zeker nog niet overal in Vlaanderen operationeel. Bovendien is er in sommige regio's een zeer lange wachttijd (30).

In 2019 vond in de Utrechtse achterwijk Overvecht een studie plaats waarbij er beroep kon gedaan worden op een snelle psychiatrische interventie door middel van het inschakelen van een wijkpsychiater. Overvecht staat bekend als een wijk met veel mensen met een complexe psychische kwetsbaarheid en ernstige psychiatrische problematiek. De laatste jaren opteren meer patiënten om ambulant te worden behandeld, wat zorgt voor een grote druk op de eerste lijn. Om deze reden werd er een eerstelijnszorg ontwikkeld met samenwerking van specialistische hulp, namelijk de wijkpsychiater. De wijkpsychiater kan zowel telefonisch als via e-mail laagdrempelig geconsulteerd worden over behandeling, diagnose of verwijzing van patiënten uit de wijk. In sommige gevallen vond er ook een consult plaats met de wijkpsychiater. Dit alles zorgde ervoor dat meer patiënten binnen de eerste lijn behandeld werden en dat er doorverwijzingen naar de tweede lijn vermeden werden. Echter bleek wel uit de studie dat de mate waarin de huisarts beroep deed op de wijkpsychiater afhankelijk was van eventuele voorgaande ervaringen en of de huisarts de psychiater al dan niet persoonlijk kende (31).

2.2.5 Digitale samenwerking

Videoconsultaties

Telepsychiatrie, namelijk het communiceren met behulp van technologie om vanop afstand psychiatrische hulp te bieden, bestaat al meer dan 50 jaar. Dit zou volgens een review, op basis van internationale artikels, de psychiatrische zorg meer toegankelijk maken. Daarenboven werd deze manier gelijkwaardig bevonden aan face-to-face consultaties. Technische problemen kunnen echter een struikelblok zijn (32). Videoconsultaties kunnen daarnaast ook waardevol zijn voor patiënten die geen toegang hebben tot specialistische zorg, zoals nagegaan in een Duitse studie (33).

Computersystemen

Samenwerking tussen eerste en tweede lijn in België zal in de toekomst mogelijks sneller gefaciliteerd kunnen worden met de evolutie van de computersystemen. Enkele voorbeelden die het samenwerken al makkelijker maken, zijn het digitaliseren van het huisartsendossier en het werken met één gedeeld multidisciplinair elektronisch patiëntendossier waarbij informatie voor de verschillende beroepsgroepen gekoppeld is, zoals bijvoorbeeld bij Vitalink en Summarized electronic health record (Sumehr) (5).

2.2.6 Opleiding

Om het samenwerken zo efficiënt mogelijk te laten verlopen is het essentieel om in Vlaanderen interdisciplinair samenwerken te integreren in vormingen, stages en de opleiding geneeskunde (5). Een Nederlands artikel toont aan dat elkaar kennen en vertrouwen hebben in elkaars werking een belangrijke factor is voor een goede samenwerking. Het organiseren van bijeenkomsten waar artsen elkaar persoonlijk ontmoeten, kan bijdragen tot een betere samenwerking (34).

In een Canadees project uit de jaren 2000 bekeek men de mogelijkheden om de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters te verbeteren. Aan de hand van vragenlijsten werd er specifiek gepeild naar de communicatie onderling, naar eventuele nascholingen voor huisartsen en naar de beschikbaarheid van psychiaters voor een ambulant intercollegiaal consult. Uit de ondervraging bleek dat het organiseren van nascholingen voor huisartsen een haalbare interventie is, maar dat zowel huisartsen als psychiaters het niet praktisch haalbaar zien om zich te verplaatsen voor een intercollegiaal consult omwille van een gebrek aan tijd en vergoeding. In het project werd een stappenplan opgesteld hoe de samenwerking kon worden verbeterd. Ten eerste moest de communicatie tussen huisartsen en psychiaters verbeteren. Ten tweede moesten de persoonlijke contacten tussen huisartsen en psychiaters worden opgebouwd. Vervolgens moesten nascholingen georganiseerd worden op basis van de noden van de huisartsen, waarvoor engagement van enkele artsen nodig is. Tenslotte werd er geopperd om vergoedingen te voorzien voor intercollegiale consulten (35).

3. Methode

3.1 Onderzoeksopzet en deelnemers

De opzet van de studie en de vragen van de interviews werd door de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent goedgekeurd (bijlagen 1 en 2).
Het kwalitatief onderzoek werd door drie onderzoekers uitgevoerd bij een groep van 22 artsen, waarvan elf huisartsen en elf psychiaters. De inclusiecriteria van de artsen waren enerzijds 'actief werkzaam' en anderzijds 'werkzaam in regio Gent'. De rekrutering gebeurde via e-mail, via nieuwsbrieven uitgestuurd door de HVG en via telefonisch contact. Iedereen die zich aanmeldde als deelnemer, werd geïncludeerd. Door middel van semi-gestructureerde interviews werden de gegevens in het onderzoek verzameld. De interviews vonden zowel live als online plaats en werden afgenomen tussen maart 2022 en september 2022. Na het geven van een mondelinge en schriftelijke uitleg over het doel van het onderzoek werd van alle deelnemers een informed consent bekomen. De duur van de interviews bedroeg gemiddeld 50 minuten. Tevens werd elk interview opgenomen met een voice recorder.

3.2 Thematische analyse van de gegevens

De bekomen interviews werden door de onderzoekers geanonimiseerd en nadien letterlijk uitgeschreven. Voor de kwalitatieve analyse van de interviews werd gebruikgemaakt van het softwareprogramma 'NVivo'. Door elke onderzoeker apart werd er een codeboom opgesteld door middel van de verschillende thema's die aan bod kwamen tijdens de interviews. Na onderling overleg met promotor Prof. dr. Peter Decat werd vanuit deze individuele codebomen een gezamenlijke codeboom opgesteld. Aan de hand van de bekomen codeboom werden alle teksten opnieuw nauwkeurig doorgelezen, thematisch geanalyseerd en gecodeerd.

4. Resultaten

4.1 Factoren die de samenwerking beïnvloeden

4.1.1 Praktisch: wachttijden, volle agenda's, …

Door verschillende huisartsen wordt aangegeven dat ze merken dat psychiaters over het algemeen moeilijk of slecht telefonisch bereikbaar zijn. Vaak duurt het toch enige tijd vooraleer je het secretariaat aan de lijn krijgt en wordt er daarna afgesproken dat de psychiater zal terugbellen, wat er achteraf vaak niet blijkt van te komen. Alsook vermelden enkele psychiaters dat huisartsen ook moeilijker dan vroeger bereikbaar zijn. Redenen hiervoor zijn dat met de opkomst van de groepspraktijken niet iedereen altijd aanwezig is of dat de huisartsen op huisbezoek zijn en hierdoor niet op elk moment bereikbaar zijn.

"Het is moeilijk om tot een samenwerking te komen, omwille van de bereikbaarheid. Echt rechtstreekse toegankelijkheid is zeer bedroevend." [huisarts - interview 16]

"Eigenlijk zou het niet nodig moeten zijn dat we rechtstreekse nummers hebben. Eigenlijk zou je als huisarts, als je belt met een probleem naar gelijk welk secretariaat of dienst, meteen een psychiater moeten kunnen bereiken. Net zoals dat bij ons ook zo is, dat als het dringend is, ze ons kunnen bereiken." [huisarts - interview 15]

"Telefonisch is dat vaak heel moeilijk, wederzijds, om elkaar te pakken te krijgen." [psychiater - interview 17]

Sommige huisartsen geven aan veel energie te moeten stoppen in het blijven rondbellen naar psychiaters, zowel voor adviesvragen als voor doorverwijzing. Terwijl ze vinden dat dit eigenlijk niet hun taak is, maar hier wel een deel van hun werktijd aan verloren gaat. Dit werkt demotiverend voor de arts.

"Je kunt ze dan niet bereiken en ze gaan je dan terugbellen. Je bent dan soms dagen bezig met elkaar te bereiken. Ik heb daar gewoon ook niet altijd de tijd voor of ik vind het niet mijn taak." [huisarts - interview 13]

"Ik heb onlangs voor iemand rondgebeld, acuut suïcidaal met twee pogingen en die mij komen zeggen is: 'ik doe het nog eens, ik voel het gewoon aankomen'. Dus ik heb vijf of zes instellingen gebeld en overal was het 'ja sorry, eerst naar de UPSIE (Universitaire Psychiatrische Spoed Interventie Eenheid) voor twee dagen en dan terug naar huis'. Ik vind dat niet wijs, wetende dat psychiatrie toch ook wel een dodelijke aandoening is." [huisarts - interview 5]

Ook wordt er door psychiaters zelf opgemerkt dat de samenwerking en de communicatie moeizaam verlopen, maar dat dit vooral komt door een gebrek aan tijd, een gebrek aan voldoende artsen, de lange wachtlijsten en de werkdruk die te hoog ligt. Daarnaast zijn de verwijzingen die gebeuren vanuit de eerste lijn niet altijd nodig. Soms is er geen nood aan een ambulante psychiater of maakt de patiënt zelf een afspraak zonder medeweten van de huisarts.

"De wil is er wel en als het kan dan doen we dat wel, telefonisch of via mail. Ik heb huisartsen die mij via mail of telefoon contacteren, maar tijd ontbreekt gewoon vaak om dat op een goede constructieve manier te kunnen doen. En dat is jammer … Maar wel realiteit. En we zijn ook met te weinig." [psychiater - interview 9]

Ja, ik vraag altijd om mij te bellen. … Waarom ga je iemand met een acute suïcidaliteit naar een psychiater verwijzen die haar na twee weken kan zien? Die mensen trieer ik dan wel. Zo had ik ook eens een collega die telefonisch een dringend consult vroeg voor een acute psychose, van 'ja maar ja, hij wil niet in opname'. En dan heb ik zoiets van 'bel het mobiel crisisteam, die komen aan huis'. Dus telefonisch advies geven doe ik wel en dat vind ik ook nooit erg. [psychiater - interview 7]

Bovendien wordt er aangegeven dat huisartsen in sommige gevallen de indruk hebben dat er weinig betrokkenheid is van de psychiater. Enkele psychiaters lijken niet echt mee te denken, het voelt alsof de huisarts er soms alleen voor staat in situaties waar er net een dringende hulpvraag is.

"Iedere psychiater heeft me iedere keer gezegd 'het spijt mij, maar we hebben geen plaats, ik ga u niet kunnen helpen'. En dat was dan meestal het contact." [huisarts - interview 19]

Tevens is er een aantal keer aangehaald dat het vaak niet duidelijk is welke psychiater je waarvoor kunt bereiken. Sommigen hebben een specifiek interessegebied of specialisatie, maar dit is nergens terug te vinden. Specifieke instanties voor bijvoorbeeld autismespectrumstoornis (ASS) of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) zijn dan ook weer weinig toegankelijk, bijvoorbeeld door een beperkte capaciteit.

"Ik vind het zelf vaak moeilijk om door te verwijzen, omdat ik het niet duidelijk vind waar de psychiater in gespecialiseerd is." [huisarts - interview 14]

Arts-Specialisten in Opleiding (ASO) psychiatrie stellen vast dat het vaak lang duurt voordat er effectief een brief wordt verstuurd, omdat deze eerst via supervisie moet passeren en dit al snel drie tot vier weken kan duren vooraleer de brief uiteindelijk bij de huisarts terecht komt. Hierdoor wordt er getracht al eens eerder contact op te nemen met de behandelende huisarts.

"Ik ben eerstejaars ASO, dus al mijn brieven moeten eerst nog via supervisie passeren. Tegen dat ze bij mijn supervisie zijn geweest en tegen dat ze dan terug zijn… Vooraleer ik ze dan compleet kan zetten, zijn we drie à vier weken verder. Dus ik merk, als het dringend is, dat ik daar wel een ding van maak om ofwel zelf naar de huisarts te bellen of aan de patiënt te vragen om de huisarts te laten bellen. Maar als het echt nodig is, bel ik zelf." [psychiater - interview 4]

Patiënten hebben na ontslag uit de psychiatrie vaak geen vaste psychiater, gezien de behandelende arts van tijdens de opname vaak een patiëntenstop heeft. Dit zorgt voor een gebrek aan goede nazorg. Daarnaast is het niet duidelijk wie hieromtrent de verdere verantwoordelijkheid draagt. Op deze manier verdwijnen patiënten namelijk makkelijk uit opvolging.

4.1.2 Gezondheidszorgsysteem

Mensen en middelen (capaciteit)

Huisartsen en psychiaters zijn het erover eens dat er een algemeen gebrek is aan middelen: te weinig tijd, ruimte en gewoon te weinig psychiaters. Dit zowel voor de ambulante als residentiële zorg. Daarnaast werken te weinig psychiaters ambulant en als ze ambulant werken, zijn ze vaak gesubspecialiseerd.

"Als je een patiënt hebt met een psychose en je zoekt in het Gentse een psychiater, is er gewoon geen. Er is nergens plaats. Je moet ze al laten opnemen of ze moeten in een dagtherapie ergens binnengeloodst worden om ergens in contact te komen met een psychiater." [huisarts - interview 3]

Huisartsen merken op dat de drempel nog groter is voor mensen die het financieel minder goed hebben, zo zijn bijvoorbeeld de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) bijna altijd volzet. Ook zijn er te weinig plaatsen voor opname en zijn er meestal lange wachtlijsten. Tenslotte moet er ook efficiënter gebruikgemaakt worden van tijd en werkkrachten. Volgens een psychiater moet de huidige zorg anders georganiseerd worden en beleidsmatig moet er gekeken worden of het systeem nog klopt.

"Er is een grote 'unmet need', maar ook een belangrijke 'overmet need'. Bepaalde patiënten worden in het systeem gehouden voor het comfort van de behandelaars en ondertussen zijn ze niet bezig met andere dingen. Dat is aanbodgestuurd en niet vraaggestuurd, dat is een heikel punt." [huisarts - interview 22]

"En wij zien mensen jaren hé, wij zien mensen 10, 20, 30 jaar. En als ik dan aan sommige patiënten aangeef na twee jaar 'je bent stabiel, alles is rond, medicatie is afgebouwd, we gaan afronden' dan krijg je een reactie van 'oei, wil je me niet meer zien misschien, dokter'. Weet je, je hebt toch ergens zo'n band opgebouwd dat een patiënt soms echt blijft vragen om twee keer per jaar gezien te worden. Dat is op zich niet veel, maar als je veel zo'n patiënten hebt, dan zit je boek vol." [psychiater - interview 9]

Organisatie

Een groot probleem dat vaak terugkomt tijdens de interviews is dat de geestelijke gezondheidszorg in België sterk versnipperd is. Iedereen doet zijn eigen ding, maar het ontbreekt vaak aan samenwerking. Er bestaan veel verschillende organisaties, maar hun doelpubliek is vaak heel specifiek en ze zijn soms zo moeilijk toegankelijk.

"Het gaat hem niet alleen over residentiële zorg of ambulante zorg vanuit de ziekenhuizen, maar je hebt het CGG, het CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk), van alles en nog wat. Het is zo versnipperd en iedereen doet iets en wil niks te maken hebben met al de rest." [huisarts - interview 22]

"De acute psychiatrische zorg is slecht georganiseerd. In België heb je beter een hartinfarct dan zelfmoordgedachten." [huisarts - interview 15]

Aan de kant van de psychiaters horen we dat er gewoon geen systeem is waarbij overleg op een eenvoudige wijze mogelijk is tussen de verschillende partijen binnen de netwerken. Bij de hervorming van de gezondheidszorg moet hier aandacht aan besteed worden. Daarnaast is er ook nood aan duidelijke afspraken, bijvoorbeeld wat telefonisch kan, wanneer een eenmalig consult aangewezen is of wanneer er nood is aan doorverwijzing. De workload van de psychiaters is reeds zwaar, daarom is het van belang dat dit allemaal op een efficiënte manier gebeurt.

"Een intercollegiaal advies zou eventueel verdergezet kunnen worden in een eenmalige consultatie, bijvoorbeeld op vraag van de huisarts. Dan is er duidelijk een ander engagement en verbinding tussen huisarts en psychiater. Dus er moet een zekere vorm en inhoud geoptimaliseerd worden, procesmatig op punt gesteld worden, zodat iedereen weet waar hij aan toe is. Want nu is dat een beetje nattevingerwerk, tussen de soep en de patatten door." [psychiater - interview 2]

"Een goede organisatie is belangrijk om mentaal gezond te kunnen werken als specialist of assistent, want je kunt je doodwerken. En we moeten afgrenzen, we moeten 'nee' kunnen zeggen. Maar de patiënt is de dupe hé. Want er zijn geen alternatieven. De eerste lijn slibt dicht, alle psychologen slibben dicht, dus dat is een bottleneck hé." [psychiater - interview 9]

Met de opkomst van de elektronische dossiers is het makkelijker geworden om verslagen door te sturen naar huisartsen. Toch heeft iedereen zijn eigen elektronisch dossier en verloopt de integratie van de verschillende medische dossiers moeilijk. Het Collaboratief Zorgplatform (CoZo) verzamelt wel veel verslagen, maar beveiliging als het gaat over de psychische conditie van de patiënt is wel belangrijk.

"Een elektronisch dossier biedt natuurlijk wel meer mogelijkheden. Ik merk dat aan mezelf, dat ik al sneller een briefje stuur naar een huisarts dan ervoor. Gewoon omdat het minder omslachtig is." [psychiater - interview 17]

<u>Vergoeding</u>

In onze interviews werd ook telkens de vraag gesteld of artsen een vergoeding verwachten voor een intercollegiale samenwerking (een korte adviesvraag of een intercollegiaal consult). De meningen zijn verdeeld, zowel aan de kant van de psychiaters als aan de kant van de huisartsen.

Enkele huisartsen vinden dat ze een telefonische consultatie mogen aanrekenen als ze daar hun tijd in stoppen, naar analogie met een telefonische consultatie tijdens de COVID-19 (coronavirus disease 2019) pandemie. Langs de andere kant horen we van huisartsen en psychiaters dat er niet voor alles een financiële beloning verwacht mag worden en dat communicatie ook gewoon een onderdeel van de job is. Zo vertelt een psychiater dat hij af en toe eens op een lokale kwaliteitsgroep (LOK) gaat spreken of een collega huisarts eens wat verder helpt en hiervoor geen honorering verwacht.

"Ik hoop dat het al dan niet krijgen van een vergoeding niet de beslissende factor is voor een contact tussen huisarts en psychiater. Omdat de samenwerking op zich dan ook wel een beloning is." [huisarts - interview 3]

"Als je naast die drie kwartier dan daarna nog een keer moet beginnen met medische verslagen typen, dan is dat eigenlijk... Onze honoraria voor raadplegingen zijn onderbetaald dan." [psychiater - interview 17]

Er is geen vergoeding voorzien voor deelname aan een multidisciplinair overleg (MDO), terwijl psychiaters van mening zijn dat dit een nuttige vorm van samenwerking is. Een financiële compensatie kan de drempel verlagen tot deelname aan multidisciplinaire samenwerking, zeker als je er toch wat tijd in stopt. Een belangrijk aspect dat hierbij aangehaald wordt, is dat de vergoeding vooral niet te omslachtig mag zijn, bijvoorbeeld via de derdebetalersregeling.

"Psychiaters kunnen geen vergoeding voor een multidisciplinair overleg vragen. Ik neem bijna nooit deel aan een MDO, maar het is eigenlijk wel zeer interessant om de visie van een psychiater hierbij te betrekken. Maar daar moet iets tegenover staan, want het gebeurt anders niet als er geen financiële incentive is." [psychiater - interview 17]

Medicolegaal

Opmerkelijk is dat het medicolegale aspect veel meer leeft bij de psychiaters dan bij de huisartsen. Verschillende psychiaters gaven aan dat ze zich niet comfortabel voelen bij het verlenen van advies via mail. Wat ook duidelijk aangehaald werd, was dat ze allemaal van mening zijn dat de eindverantwoordelijkheid bij de huisarts ligt. Toch was er een psychiater die zei dat hij er geen probleem in zag om te vertrouwen op de info van de huisarts om zo een advies te formuleren.

"Nu zijn we meer digitaal bezig en dan zit je natuurlijk met het feit dat het gevaarlijk wordt, medicolegaal. Je krijgt een e-mail, je stuurt een e-mail terug. Dat lijkt allemaal heel mooi, maar dan wil ik wel die medicolegale veiligheid. Want die mail is potentieel iets wat gebruikt en misbruikt kan worden. Wanneer er problemen ontstaan rond suïcide bijvoorbeeld. Komt die mail dan in het medisch dossier terecht? Hoort dat in het medisch dossier? Is dat materie die eventueel kan opgevraagd worden door de onderzoeksrechter, samen met iemand van de Orde der artsen? Van wie is die mail? Dat zijn allemaal dingen die moeten uitgeklaard worden, anders zal niemand zich op dat vlak durven begeven." [psychiater - interview 2]

"Zaken omtrent aansprakelijkheid zijn voor mij een non-issue. Als je goed samenwerkt, zie ik geen wet die me daarvoor in de problemen brengt. Als ik het maar goed doe." [psychiater - interview 20]

"Misschien is het in sommige instanties juist doelbewust om geen transparante info te geven, om ook niet voor verantwoordelijkheden gesteld te kunnen worden?" [huisarts - interview 22]

4.1.3 Kennis en kunde

Hieronder wordt er dieper ingegaan op de factoren die grotendeels het medisch handelen beïnvloeden, meer bepaald de kennis en kunde van de huisarts, alsook de motivatie en gewoonten van de arts. Met kennis en kunde wordt de theoretische kennis en de praktische ervaring bedoeld. Daarnaast gaat het ook over de mate van vertrouwen in de eigen capaciteiten en de capaciteiten van de ander.

Zo vinden enkele huisartsen van zichzelf dat ze onvoldoende vertrouwd zijn met de sociale kaart. Alsook observeren enkele huisartsen en psychiaters dat sommige huisartsen naast een beperkte kennis of kunde, ook een gebrek aan tijd of motivatie hebben om die psychiatrische problemen op te vangen. Zo bemerken psychiaters dat een paar huisartsen eerst zelf proberen, terwijl anderen direct doorsturen. Vooral op vlak van eetstoornissen, drughulpverlening en psychotherapie wordt er een zwart gat gezien in de kennis van sommige huisartsen. Dit kan gecompenseerd worden met het bijschaven van de kennis en kunde van de huisarts door samenwerking met behulp van het intercollegiaal consult.

"Mijn kennis van de sociale kaart is zeer beperkt. Welke dagtherapieën of welke psychologen worden aangeraden, daar weten wij helemaal niks van." [huisarts - interview 19]

"Er is een heel groot verschil tussen een huisarts die eerst zelf wat dingen probeert bijvoorbeeld bij een depressie, die één of twee antidepressiva heeft geprobeerd die merkt dat het niet vooruit gaat of die al iets van psychotherapie doorverwijzing gegeven heeft en dan naar de psychiater verwijst, wat ik heel correct vind. En dan heb je ook gewoon de huisarts die geen zin heeft in of geen affiniteit heeft met psychiatrie en dan voor het minste verwijst." [psychiater - interview 10]

"De huisarts kan dan ook groeien door wat ervaring en door de intercollegiale consulten 'bijleren'." [psychiater - interview 2]

De motivatie van enkele huisartsen om te communiceren wordt op de proef gesteld. De angst om de psychiater te storen met een ongewenste telefonische adviesvraag en de moeilijke bereikbaarheid van psychiaters zijn drempels die worden ervaren. Een paar huisartsen vinden het niet hun taak om te blijven bellen en bezig te zijn met administratie. Hieruit wordt een gewoonte gecreëerd om niet te communiceren en het na een tijdje 'normaal' te vinden dat de communicatie grotendeels afwezig is. De drempel tot actie wordt zo alsmaar hoger.

"Als je dan probeert te bellen, voel je je zeer ongelegen omdat ze dan niet veel tijd hebben om te overleggen. Een beetje een wisselwerking van hun werkdruk en wij die dan minder gaan bellen. Ik krijg meer stress van 'wie moet ik nu weer lastigvallen'." [huisarts - interview 19]

"Ik vind het eigenlijk niet de bedoeling dat ik blijf bellen en dat ik een kleinere drempel voel om iemand te contacteren, ik vind eerder het omgekeerde." [huisarts - interview 13]

Als er doorgestuurd wordt, hebben huisartsen over het algemeen wel de verwachting dat er geen pas afgestudeerde assistent die patiënt opvolgt, zeker als het gaat over ernstige problematieken. Op deze manier werkt het demotiverend voor huisartsen die zich vertrouwd voelen met psychiatrische problemen, om meer complexe casussen door te verwijzen.

"Als je iets ernstig doorstuurt, heb ik ook wel graag dat dat niet zomaar aan een jong bloedje wordt overgelaten die staat te bibberen in zijn schoenen. Het gaat over ernstige ziekten en die moeten ernstig aangepakt worden." [huisarts - interview 5]

"Maar wat echt moeilijk is, is dat als wij als huisarts in de eerste lijn een beslissing maken van 'die moet naar de UPSIE', dan is dat niet voor een banaliteit of een bagatel, dan is het een teken dat het echt dringend is. Als je dan hoort dat de assistenten, want het zijn assistenten die de UPSIE openhouden eigenlijk, die zien en die compleet anders inschatten dan dat jij dat gedaan hebt of hoe jij die inschatting gemaakt hebt en ze gewoon terug naar huis sturen, ja dat is vreselijk. Dat is vreselijk als patiënt, als arts. Je bent een beetje van uw autoriteit, van uw band met uw patiënt ook kwijt, het vertrouwen wat al zo moeilijk is in zo'n situatie… Maar echt zo de urgenties, stel dat er hier straks iemand binnenstapt en die zegt dat hij zelfmoord wil plegen, ja dan zakt de moed mij letterlijk in de schoenen. Dan vraag ik mij af wat ik met die patiënt kan beginnen." [huisarts - interview 15]

4.1.4 Visie op de ander

De visie van de huisartsen op de psychiaters toont vooral begrip voor de grote werkdruk en vice versa. Een veel aangehaald probleem is dat er te weinig plaats is in de psychiatrie en dat er meer psychiaters nodig zijn om de werkdruk te verminderen. Op die manier voelen sommige huisartsen een drempel omdat ze denken psychiaters te zullen overstelpen met hun vragen. Daarentegen merken psychiaters op dat er reeds veel psychische problematiek wordt gebufferd in de eerste lijn, ondanks dat huisartsen het vaak al heel druk hebben en op hun tandvlees zitten.

Frustraties van huisartsen ontstaan soms uit de aanpak van de psychiaters. Door enkele huisartsen wordt opgemerkt dat er binnen de Gentse GGZ voornamelijk een biologische oriëntatie heerst, meer bepaald een grotere focus op het medicamenteus handelen in plaats van op psychotherapeutisch vlak. Overigens geven enkele huisartsen aan dat er binnen de psychiatrie een paternalistische houding stand houdt, in tegenstelling tot andere disciplines binnen de geneeskunde. Tevens willen sommige psychiaters enkel de pathologie behandelen binnen hun eigen interessegebied, zo vertelt een huisarts. Veel huisartsen vinden het ontstaan van de groepspraktijken binnen de psychische hulpverlening een goede evolutie.

"Er worden heel gemakkelijk verlengingen van arbeidsongeschiktheid en medicatie voorgeschreven. Er wordt dus vooral gesleuteld aan medicatie. Maar er is geen engagement om een keer te kijken van hoe ziet uw leven er nu uit of hoe kunnen we op dat vlak misschien ook dingen veranderen in positieve zin. Dus zeer eenzijdig medicamenteus." [huisarts - interview 13]

"Psychiaters doen vaak gewoon hun ding gebaseerd op hun eigen ervaring. De diagnose die je krijgt is afhankelijk van hetgeen waar de psychiater in gespecialiseerd is en waarrond hij veel ervaring heeft. Iedereen doet zijn eigen ding, niet altijd evidence-based. En als het aanslaat bij de patiënt dan is het een goede psychiater en als het niet aanslaat is het omdat de patiënt zogezegd niet meewerkt." [huisarts - interview 14]

Daarnaast vindt een huisarts dat psychiaters te weinig interesse tonen naar huisartsen toe. Dit door te weinig of te laat te communiceren. Hoewel de jonge generatie psychiaters meer aandacht lijkt te hebben voor communicatie. Ook zijn huisartsen van mening dat ze context over de patiënt kunnen bieden. Daarenboven vinden ze het belangrijk dat psychiaters weten in wat voor soort huisartsenpraktijk ze werken, zoals bijvoorbeeld een multidisciplinaire praktijk die ervaring heeft met opvolging van psychische problemen.

"Als de psychiater weet wat voor huisartsenpraktijk wij zijn, namelijk hoe wij werken of wat wij wel of niet kunnen, bijvoorbeeld rond psychosezorg. Ik denk ook dat dat een beetje verschilt van huisarts tot huisarts. Tot waar je zelf het gevoel hebt dat je de opvolging wil of kan doen." [huisarts - interview 3]

Langs de andere kant observeren enkele psychiaters soms een bedroevende visie van huisartsen op psychiatrische pathologie. Hieruit interpreteren ze dat bepaalde huisartsen weinig interesse hebben in psychiatrie. Deze observatie van desinteresse wordt versterkt doordat huisartsen zelden bellen om te overleggen. Dit resulteert in een veronderstelling dat huisartsen soms weinig bereid zijn om te werken met psychiatrische problematieken. Wel bemerken psychiaters meer interesse bij de jongere generatie om samen te werken. Ondanks een gebrek aan kunde bij bepaalde huisartsen, zijn de meesten wel bekwaam en heeft de meerderheid van de psychiaters wel vertrouwen in de beroepsgroep huisarts.

"Een goede verwijsbrief van de huisarts zet soms ook al de toon voor de verdere samenwerking. Als iemand een brief stuurt en nog eens belt, merk je bereidheid en betrokkenheid. Dan weet je dat die ook bereid is tot overleg en dan ga je die ook sneller terugbellen of sneller contacteren." [psychiater - interview 18]

"Soms heb je ook wel huisartsen die je opbelt, waarvan je merkt dat ze weinig voeling hebben met de psychiatrie en dan sterk oordelend zijn of echt wel hun eigen kijk hebben op de dingen. Een andere visie mag zeker, maar er moet wel samen nagedacht kunnen worden over hoe de ander daar naar kijkt. Als de ander denkt 'het is psychiatrisch, niet voor mij, dus doe maar', dan vind ik dat ook vervelend." [psychiater - interview 18]

Het is vaak onduidelijk wat de huisartsen en psychiaters verwachten van de onderlinge taakverdeling. Een leidraad of richtlijn hieromtrent ontbreekt meestal. Volgens enkele huisartsen is het na een opname aan de psychiater om de huisarts te contacteren om afspraken te maken over de nazorg. De psychiaters daarentegen zien meestal de huisartsen fungeren als de centrale figuur in het zorgverhaal van de patiënt, waarin de huisarts de rollen moet verdelen en moet triëren wie hij zelf wil behandelen en wie hij wil doorsturen.

4.1.5 Communicatie (verwachtingen in verslaggeving)

Over het algemeen vermelden huisartsen het nuttig te vinden om een brief te krijgen opgestuurd na een ambulante consultatie of een opname. Echter worden brieven vaak laat of helemaal niet gestuurd. Het maken van (ontslag)brieven of verslagen vraagt veel tijd van de psychiater als ze dit nauwgezet willen doen. Voor de huisarts is het op die manier moeilijk om een goede opvolging na hospitalisatie te voorzien en komt het voor dat patiënten uit opvolging verdwijnen. Daarom ervaren huisartsen een telefoontje van de psychiater na opname als aangenaam en geeft dit een blijk van erkenning.

Daarnaast is er op CoZo vaak niets terug te vinden, omdat de inhoud van de brief vaak gevoelige informatie bevat. Ook pleiten psychiaters om psychiatrische verslaggeving meer open te trekken op CoZo, gezien de psychiatrie niet minderwaardig is aan andere specialisaties. De meerderheid van de keren dat een huisarts contact opneemt met de psychiater is het voor verduidelijking van informatie die in principe terug te vinden zou moeten zijn in een brief. Sommige huisartsen ervaren dit als vervelend, vermits hier veel tijd in kruipt. Nochtans tonen huisartsen wel begrip als patiënten verkiezen om de inhoud van het psychiatrisch consult niet te willen delen. Indien de patiënt dit wenst, is het voldoende om te weten of de patiënt op consultatie bij de psychiater is geweest en of er wijzigingen zijn in het beleid qua medicatie en naar arbeidsongeschiktheid toe.

"Eigenlijk neem ik meestal contact op voor dingen waar er gewoon een brief voor moet zijn. Ik vermoed dat dat dan komt door te weinig tijd te hebben of je hoort soms ook wel dat patiënten niet willen dat dat gebeurt. Maar gewoon soms al in een traject voor een patiënt met een langdurige arbeidsongeschiktheid is het voor mij gewoon al zinvol om te weten is die geweest of niet. Dan hoef ik niet heel de inhoud van dat consult te weten, als daar dingen bij zijn dat de patiënt niet wil dat ik daarvan weet, dan ga ik dat respecteren." [huisarts - interview 13]

"De brieven vanuit de psychiatrie werden jarenlang afgeschermd van CoZo omdat dat dan toch ergens zeer delicaat was, maar de psychiatrie is evenveel geneeskunde als elke andere discipline. Dus we zijn daar wel mee bezig om alles open te trekken. Dus psychiatrie op CoZo en proberen na een opname brieven naar de huisartsen te sturen, maar dat zijn beide werkpunten." [psychiater - interview 9]

"Op CoZo wordt het eigenlijk vaak niet gezet omdat het psychiatrisch is… Maar er wordt ook geen verslag naar ons gestuurd en dan moeten wij eigenlijk altijd bellen naar het psychiatrisch ziekenhuis. Wat is het ontslagbeleid? Wat is de medicatie? Wat is er gebeurd? Wat is het verdere ambulante beleid? Dat is omslachtig voor ons. Ik zou ergens verwachten dat ze ons contacteren als er een ontslag is, zodat wij op voorhand op de hoogte zijn. Want anders hebben we er ook niets aan…" [huisarts - interview 3]

In een brief van de psychiater naar de huisarts toe heeft de huisarts toch een aantal verwachtingen. Zo wordt het gewaardeerd wanneer er in de brief een duidelijk behandelplan terug te vinden is met instructies voor de huisarts. In het behandelplan opteren huisartsen voor volgende zaken: het medicamenteus beleid, bespreking rond bijwerkingen, wat het te verwachten verloop is, afspraken rond arbeidsongeschiktheid en welke opvolging er van de huisarts verwacht wordt. Daarnaast vinden huisartsen het een meerwaarde om een rechtstreeks nummer van de psychiaters in de brief te kunnen terugvinden voor verdere vragen of bij acute zaken. In een ontslagbrief hebben huisartsen graag meer informatie over de reden van opname, welke crisis er voorafgegaan is aan de opname, een psychiatrische anamnese en de evolutie tijdens de opname.

"In een brief moet de diagnose, medicatie en een plan van aanpak staan. En ook wat er van ons nodig is op vlak van opvolging. Bijvoorbeeld als een patiënt bij de opstart van een antipsychoticum 20 kg bijkomt, dan is het noodzakelijk dat wij die ook mee opvolgen. Dus naast het psychiatrische ook het fysieke… Bij iedere relevante consultatie zou ik dat wel willen, maar dat moet niet veel zijn. Bijvoorbeeld die topics zijn besproken, dat is de diagnose, dat is het vervolg en we zien elkaar iedere zes maanden." [huisarts - interview 15]

Volgens de psychiaters werkt persoonlijk contact drempelverlagend voor de communicatie. Bij voorkeur moet de communicatie gestructureerd verlopen gezien dit de patiënt ook ten goede komt. Door elkaar te kennen zijn de verwachtingen langs beide kanten ook bekend en kan hierop worden ingespeeld. Daarnaast verwachten psychiaters ook dat de huisarts proactief contact opneemt als een patiënt in opname is of als de huisarts zelf de medicatie aanpast na opname.

"Er is aan de medicatie gesleuteld door de huisarts, terwijl het psychofarmaca zijn en dat ik zoiets heb van 'Als het natuurlijk heel urgent is, is dat geen probleem', maar ik weet dan ook niet waarom dat gebeurt. En die communicatie, al was het maar over medicatie, die vind ik zelf wel heel erg belangrijk." [psychiater - interview 17]

Psychiaters verwachten dat de huisarts moeite stopt in het maken van een verwijsbrief, gezien dit de drempel tot communicatie tussen beide partijen verlaagt. De inhoud en lengte van een verwijsbrief is verschillend van arts tot arts, zo wordt bijvoorbeeld bij oudere huisartsen geregeld een zeer beknopte verwijsbrief gezien. Patiënten weten vaak zelf niet waarom ze op consultatie komen. Om die reden is het beschrijven van de specifieke hulpvraag van zowel de patiënt als de huisarts gewenst bij een doorverwijzing. In een verwijsbrief verwacht een psychiater zich zowel aan feitelijk materiaal als aan inzichten en belevingen van de situatie. Verwachtingen zijn: de reden van verwijzing, de symptomen, de voorgeschiedenis, een beschrijving van de sociale situatie, voorgaande psychotherapie en reeds geprobeerde medicatie, een huidige medicatielijst en een duidelijke hulpvraag.

"Kijk, het is zo, ik vind het eigenlijk in de hulpverlening eerlijker, constructiever en beter dat we op een beleefde en correcte, maar ook wel op een optimale manier met elkaar kunnen communiceren binnen een verwijzing. Zodat het ook de patiënt ten goede komt. Hoe meer de huisarts aanlevert qua feitelijk materiaal, maar ook over zijn visie, zijn beleving en inzichten in het probleem, des te beter voor de patiëntenzorg die eruit voortvloeit." [psychiater - interview 2]

4.1.6 Taboe

Ten eerste ervaren huisartsen af en toe een struikelblok om patiënten doorgestuurd te krijgen naar de psychiater omwille van de stigmatisering van de geestelijke gezondheidszorg. Ook blijken sommige psychiatrische patiënten zorgvermijders te zijn. Daarnaast komen verslagen van de psychiater niet altijd op CoZo terecht, gezien deze gevoelige informatie bevatten. Regelmatig horen psychiaters ook van patiënten dat ze niet willen dat de huisarts geïnformeerd wordt over hun psychiatrisch traject. Hierdoor is het des te belangrijker dat er een goede intercollegiale samenwerking en communicatie is.

"'Ik ben niet zot hé meneer de doktoor.' Ik moet zeggen dat die drempel al lager is dan vroeger. Mensen stappen al gemakkelijker een keer naar een psychiater of zijn sneller akkoord om een keer te gaan." [huisarts - interview 5]

"Dat is eigen aan de geestelijke gezondheidszorg om te denken dat alles geheim is en niet gedeeld mag worden." [huisarts - interview 22]

4.2 Eenmalig consult

4.2.1 Mening

Zowel onder de huisartsen als de psychiaters verschilt de mening over een eenmalige consultatie. Het eenmalig consult heeft een positief effect. Het zorgt er namelijk voor dat er veel psychische zorg in de eerste lijn kan blijven en dat patiënten niet afhankelijk worden van de tweedelijnszorg. Het biedt mogelijkheden om als huisarts laagdrempelig een tweede opinie te verkrijgen en advies in te winnen wanneer de zorg stroef verloopt.

"Ja, want op zich zijn er ook veel dingen die je als huisarts, of samen met een psycholoog in de buurt, kan opnemen. Maar als je inderdaad soms het gevoel hebt dat je vastzit, kan het wel goed zijn om een keer andere input te krijgen. En op zich, ik werk nu in een groepspraktijk, dus dan kan je wel een keer advies vragen aan je collega of laat je die patiënt eens bij een collega op consult gaan om ook zijn of haar mening te hebben. Maar als dat dan bij een psychiater zou kunnen, zou dat zeker welkom zijn." [huisarts - interview 8]

Zowel huisarts als psychiater vinden dat je niet op voorhand al de voorwaarde kunt stellen dat de samenwerking iets eenmalig blijft. Enkele huisartsen vragen zich af of een psychiater voldoende heeft aan één consult om een adequate inschatting te maken. Ook psychiaters geven aan dit moeilijk te vinden, gezien je op één consult bijvoorbeeld niet kunt inschatten of iemand bipolair is. De diagnose van een bipolaire stoornis kan namelijk pas gesteld worden als een patiënt langer opgevolgd wordt. Het eenmalig consult heeft echter wel zijn nut wanneer er concrete verwachtingen worden geformuleerd en er een duidelijke terugkoppeling volgt.

"Ik geloof meer in opvolging en samenwerking dan in zo een eenmalig consult. De reden dat je doorstuurt is vaak omdat je het zelf niet weet of omdat je er niet vertrouwd mee bent. Ook al krijg ik dan een diagnose, ik zou niet weten wat ermee te doen." [huisarts - interview 19]

Een andere psychiater geeft aan dat hij geen voorstander is van het eenmalig consult, omdat hij liever aan de hand van een traject, met laagfrequente consultaties, patiënten opvolgt. Overigens zijn sommige psychiaters van mening dat indien je medicatie opstart of wijzigt, je ook verantwoordelijk bent om die patiënt mee op te volgen.

"Ik vind dat een traject iets is wat je van begin tot einde doorloopt met patiënten en dat je er ook vanuit gaat dat de medicatie op een gegeven moment gestopt kan worden. En dat doe ik dan liever zelf, anders mis je de evolutie en kan je moeilijker advies geven." [psychiater - interview 17]

4.2.2 Indicatie

De huisartsen die geïnterviewd werden, geven aan dat een eenmalig consult voor een aantal indicaties een geschikte methode is. De voorbeelden aangehaald tijdens de interviews zijn:

- Vage pathologie die kan overlappen, bijvoorbeeld waan, persoonlijkheid, trauma
- Dubbeldiagnose (combinatie van verslaving en andere psychiatrische diagnose)
- Inschatting waar een patiënt terecht kan: eerste lijn of specialistische tweede lijn
- Suïciderisico en suïcidaliteit
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Diagnostiek van ASS, ADHD
- Het niet recupereren van een burn-out: is er onderliggende pathologie?
- Bij twijfel over de diagnose, werkt ondersteunend voor diagnosestelling
- Vragen omtrent medicatie, bijvoorbeeld opstart van antipsychotica of polyfarmacie

Een psychiater vertelt vaak eenmalige consulten te doen bij somatisch onverklaarbare klachten (SOLK). Zo worden patiënten in een SOLK-revalidatiecentrum allemaal gescreend door een psychiater. Ook blijkt een eenmalig consult nuttig voor medicamenteuze oppuntstelling of bijvoorbeeld voor diagnostiek van ADHD. Voorwaarden voor een eenmalig consult zijn dat de huisarts al zaken geprobeerd heeft en dat het probleem niet te complex is, gezien er anders meerdere consulten nodig zijn.

"Bijvoorbeeld voor medicamenteuze oppuntstelling, kunnen we gewoon de medicatielijst bekijken en dat ook heel snel terugkoppelen naar de huisartsen. De afspraak is dan dat zij verder opvolgen en indien nodig een nieuwe afspraak bij ons kunnen maken. Misschien zo? Met heel concrete afspraken… Dat we adviezen geven, zoals 'dat kan afgebouwd worden, dat kan opgestart worden', maar dat we het dan wel bij de huisartsen willen laten of ze het willen opstarten of niet." [psychiater - interview 4]

"Dat is ook een typische vraag, 'vermoeden ADHD, patiënt slaapt niet meer, continue onrust'. Als je daar toch een beetje diagnostiek kunt doen en die mensen op gang kunt zetten met Rilatine en zo voort, dan kunnen de huisartsen daarmee aan de slag. Maar je voelt dat naar diagnostiek naar diagnostiek en naar therapie toe, van 'we komen er niet met onze reguliere antidepressiva', dat er daar, terecht ook hé, veel vraag naar is." [psychiater - interview 9]

Een eenmalig consult is minder geschikt wanneer langdurige opvolging nodig is, zoals bijvoorbeeld bij verslavingsproblematieken. In die gevallen kun je relatief weinig bereiken met een eenmalig consult. Het ontbreken van een vertrouwensband, het feit dat het vaak gaat over multifactoriële problemen en dat er intensieve opvolging vereist is, zijn enkele argumenten die hiervoor aangehaald worden.

"Goh, er zijn zoveel patiënten waarbij ik eens denk 'zou ik die nu eens kunnen doorverwijzen naar een psychiater', maar waarvan ik ook wel weet dat de psychiater geen wonderen kan verrichten. Sommige mensen moeten echt zo intens opgevolgd worden. Er zijn er toch zoveel met een depressie, chronische pijn of angst die je vaak als huisarts dan ook ziet voor die pijn, ja.. Ik heb er op dit moment niet veel waarbij de psychiater er echt verandering in krijgt of zo. Dus dat zijn misschien de minder interessante om in zo'n project van één consult door te verwijzen." [huisarts - interview 13]

4.2.3 Verwijzing

In de interviews werden de verwachtingen bevraagd rond zowel een verwijsbrief als verslaggeving. De focus van de verwachtingen ligt vooral op de inhoud van beiden. De informatie hiervan mag zowel schriftelijk als mondeling plaatsvinden.

Tabel 1: verwachtingen van psychiaters en huisartsen in respectievelijk verwijsbrieven en verslaggeving

Inhoud	**Verwachting psychiater bij verwijsbrief**	**Verwachting huisarts bij verslag**
Anamnese	Reden van verwijzing Hulpvraag van patiënt en huisarts Psychiatrische anamnese Medische voorgeschiedenis Familiale anamnese Sociale context en beroep Voorgaande therapieën	Uitgebreide psychiatrische anamnese
Diagnostiek	Werkdiagnose	Diagnose
Beleid	Actuele behandeling Recente medicatielijst	Antwoord op hulpvraag Duidelijk behandelplan - arbeidsongeschiktheid - volgende stap bij therapiefalen Recente medicatielijst Concrete afspraken - taakverdeling - wanneer opnieuw te verwijzen

4.3 Telefonisch advies

4.3.1 Mening

Ook omtrent een telefonische adviesvraag varieert de mening van zowel huisartsen als psychiaters. Huisartsen vinden deze vorm van adviesvraag over het algemeen nuttig, ondanks het soms moeilijke verloop vanwege de slechte bereikbaarheid van psychiaters en de angst om psychiaters te storen.
Enkele psychiaters hebben hier goede ervaringen mee, bijvoorbeeld bij onzekerheden rond medicatie bij de huisarts of wanneer het dient als een eerste stap naar een eenmalig consult. Andere psychiaters worstelen met het medicolegale aspect dat bij een telefonisch advies komt kijken. Ze geven aan het vaak moeilijk te vinden om advies te geven op basis van een paar zinnen bij een vaak complexe casus. Zowel huisartsen als psychiaters geven aan dat de adviesvraag op een gestructureerde manier moet verlopen. Bovendien vertellen enkele psychiaters dat er nood is aan een vergoeding voor dergelijke adviesvragen.

"Het is belangrijk en zinvol om zo'n back-up te hebben, maar dan moet dat wel altijd dezelfde psychiater zijn voor dezelfde patiënt waarbij je terecht kunt. Dan is het toch ook goed dat hij de patiënt al een keer gezien heeft of een keer kan zien." [huisarts – interview 13]

"Ik heb graag dat de drempel laag is om te bellen." [psychiater - interview 18]

"Telefonische consulten, ik doe dat niet graag, maar wel als je een collega zo even op weg kunt helpen in die psychofarmaca… De HVG is erover aan het nadenken om eventueel intercollegiale consulten iets meer gestructureerd te proberen maken… Dat zou geweldig zijn, echt waar. Ik ben volledig voorstander." [psychiater – interview 7]

4.3.2 Indicatie

Huisartsen en psychiaters geven gelijkaardige indicaties aan die geschikt zijn voor een telefonische adviesvraag. De voorbeelden die tijdens de interviews aangehaald werden, zijn:

- Vragen omtrent de sociale kaart, bijvoorbeeld binnen de drughulpverlening
- Hulp bij triage naar eerste of tweede lijn
- Vragen over medicatie of arbeidsongeschiktheid
- Vragen omtrent specifieke topics, bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematieken, eetstoornissen
- Bij patiënten die niet op consultatie kunnen of willen gaan, bijvoorbeeld ouderen in een woonzorgcentrum (WZC) of door stigmatisatie
- Advies bij crisissituatie over gekende patiënt

"De makkelijkste vragen zijn die over therapie 'die medicatie is al geprobeerd, al zo lang, het werkt niet, wat doe ik nu of welke psychotherapie raad je aan bij zo'n problematiek'', dat is iets dat snel tussendoor kan." [psychiater - interview 18]

Een telefonische adviesvraag is minder geschikt wanneer deze kadert binnen een complexere psychosociale problematiek, zoals bijvoorbeeld bij relatieproblemen. Hierbij is een observatie van een interactie tussen beide partners gewenst. Een uitgebreide psychiatrische anamnese en een psychiatrisch onderzoek zijn nodig om een diagnose te kunnen stellen, wat telefonisch onbegonnen werk is. Bovendien stellen sommige psychiaters vast dat het gevaar bij suïcidaliteit of psychose moeilijk in te schatten is vanop afstand. Het spreekt voor zich dat een telefonische adviesvraag ongeschikt is als een uitgebreid advies gewenst is.

"Het is moeilijker als het gaat over bepaalde symptomen en dat de huisarts niet goed weet wat het is, dat is al moeilijker en advies zal meestal zijn van 'laat die toch maar eens komen zodat we dat zelf kunnen inschatten'. Het is dan moeilijker om mensen echt op weg te zetten, dat is dan eerder een verwijzing." [psychiater - interview 18]

"Ik heb het gevoel dat ik de echt zuivere psychiatrische problematiek niet zo vaak zie. Ik zie vaker een mix van psychosociale problemen, trauma, depressie en angst. Eerder mensen waarbij je wat vast zit en waarbij je inderdaad ook niet altijd goed weet wat je moet doen met die medicatie, maar ik heb wel het gevoel dat dat voor de psychiater ook vaak 'trial and error' is. Dus ja, als er een psychiater betrokken is, dan ga ik zo'n casus wel aan hem overlaten. Of als er echt een bijwerking is dan ga ik daar wel eens voor bellen." [huisarts - interview 13]

4.3.3 Verwijzing

Verschillende vormen van een korte adviesvraag zijn mogelijk. Er wordt aangegeven dat dit zowel via mail, videogesprek als telefonisch kan. Toch heerst er nog een voorkeur voor een telefonische adviesvraag, omdat het snel mogelijk is en omdat bepaalde nuances mondeling beter kunnen worden toegelicht. Voor een videogesprek is er meer infrastructuur nodig. Communicatie via e-mail wordt verkozen wanneer het moeilijk is om elkaar te bereiken. Echter zijn mailadressen van artsen niet altijd beschikbaar en moet er voorzichtig worden omgesprongen met informatie, gezien de privacywetgeving. Omwille van bovenstaande redenen vertelt een psychiater dat een vast belmoment praktisch kan zijn.

Inhoudelijk verwacht de psychiater een duidelijke hulpvraag met bijkomende informatie, zoals bijvoorbeeld de leeftijd en context van de patiënt en een huidige medicatielijst. De huisarts verwacht een voldoende uitgebreid antwoord op een correcte manier. Ze willen bijvoorbeeld niet te horen krijgen dat ze een domme vraag stellen. De meningen over het krijgen van een vergoeding voor dergelijke adviesvragen verschillen. Enkele psychiaters vinden dat ze recht hebben op een gepaste vergoeding voor de tijd die ze in het geven van advies stoppen, terwijl anderen dit niet per se noodzakelijk vinden.

4.4 Suggesties tot verbetering

Tijdens de interviews werd er gepeild naar eventuele suggesties tot verbetering van de samenwerking. Enkele suggesties kwamen meerdere keren terug, zowel bij huisartsen als bij psychiaters. Hieronder worden deze kort opgelijst met bijkomend hun mogelijke invloed op de samenwerking.

Tabel 2: suggesties tot verbetering van huisartsen en psychiaters en hun mogelijke invloed op de samenwerkin g

Suggestie	**Invloed op samenwerking**
Reorganisatie geestelijke gezondheidszorg - Meer personeel - Echelonnering - Triage door eerstelijnspsycholoog (ELP) in het ziekenhuis - Gepaste vergoeding voor verslaggeving of MDO - Gedeeld elektronisch patiëntendossier - Multidisciplinair samenwerken	Lagere werkdruk voor psychiaters Huisarts staat meer centraal Efficiënter gebruik van middelen en beter voldoen aan zorgnoden Meer motivatie tot samenwerking Efficiënter maken verwijsbrief
CoZo toegankelijker maken	Meer transparantie van basisgegevens van de huisarts op CoZo Delen van verslagen van psychiaters
Rechtstreeks nummer of belmoment voor artsen	Betere bereikbaarheid
MDO met huisarts en psychiater, bijvoorbeeld na ontslag uit ziekenhuis	Elkaar beter leren kennen Vastleggen duidelijk afsprakenkader
Verduidelijking sociale kaart - Overzicht (sub)specialisaties - Overzicht patiëntenstops - Overzicht dringende hulpverlening - Uniform maken van sociale kaart binnen Vlaanderen - Helpdesk voor eerste advies binnen Vlaanderen	Efficiëntere doorverwijzing Tijdbesparend werken

Richtlijnen omtrent specifieke pathologie - Duidelijkere taakverdeling - Uniform stappenplan - Sjabloon voor verwijsbrieven en verslagen	Ondersteuning huisarts bij behandeling in eerste lijn Betere doorverwijzing Vastleggen duidelijk afsprakenkader Verwachtingen duidelijk maken
Zorgprotocol	Meer gebruik van gedeelde zorg (vb. naar analogie van protocol zwangerschapsopvolging)
Mogelijkheid tot videogesprek	Lagere drempel tot deelname voor huisarts aan MDO Tijdsefficiënt werken
Bijscholingen en LOK-vergaderingen rond psychopathologie	Meer educatie rond psychofarmaca Elkaar beter leren kennen
Meer opleiding en stages in GGZ	Meer kennis en ervaring opdoen omtrent psychiatrische problematiek Leren transmuraal samenwerken
Meer aandacht voor preventie, bijvoorbeeld psycho-educatie voor patiënt door verpleegkundige	Minder belasting van eerste en tweede lijn

5. Discussie

5.1 Bespreking van de belangrijkste resultaten

Hieronder wordt er dieper ingegaan op de belangrijkste gevonden resultaten en hun mogelijke link met de literatuur en het huidige gezondheidszorgsysteem.

Reorganisatie

Het landschap van de psychische zorgverlening in Vlaanderen is sterk versnipperd. Momenteel werken de verschillende actoren binnen de GGZ eerder los van elkaar, waardoor de patiënt soms meerdere instanties binnen het zorglandschap moet passeren vooraleer hij de gepaste hulp krijgt. Hieruit volgt dat deze werkwijze maatschappelijk gezien niet kostenefficiënt is (20, 21). Er is nood aan een reorganisatie van de GGZ waarbij meer faciliteiten worden aangeboden om de samenwerking te optimaliseren. Dit blijkt zowel uit de literatuurstudie als uit de afgenomen interviews. De Belgische federale overheid speelt hier reeds op in door het psychische zorglandschap op te delen in twintig verschillende **netwerken** voor volwassenen. Een belangrijke evolutie is dat er binnen deze netwerken een lokale netwerkcoördinator actief is die een centrale rol heeft en het aanbod binnen een netwerk moet aanpassen aan zijn specifieke noden. De taak van de coördinator is om sneller te schakelen en te communiceren tussen de verschillende actoren binnen de eerste lijn (22), met als bijkomend doel het organiseren van meer zorg binnen de vertrouwde omgeving van de patiënt. Tot op heden is er nog geen nieuwe update verschenen vanuit het federaal ministerie over de **hervorming**. Algemeen valt op te merken dat er binnen de herstructurering van de zorg weinig transparantie is over de evoluties en de huidige stand van zaken, wat in de interviews meerdere keren aangehaald werd.

In de literatuur wordt een samenwerkingsmodel gevonden dat een aantal overeenkomsten heeft met de netwerken GGZ, namelijk het **'collaborative care model'**. Het vooropgestelde doel is hetzelfde, meer bepaald het toegankelijker maken van samenwerking. Zowel bij het collaborative care model als bij de netwerken is er een centrale coördinator actief die de samenwerking faciliteert. Het verschil met de netwerken, hierboven beschreven, is dat deze fungeert als een coördinator binnen de eerste lijn. Terwijl het collaborative care model gaat over een samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.
De efficiëntie van dit model bij de aanpak van depressie werd reeds getoetst in een Nederlandse studie. Hieruit bleek dat de NNT gelijk was aan drie na een periode van negen maanden, wat wijst op een zeer hoge doelmatigheid (23). Ondanks deze gunstige uitkomst, kan de vraag worden gesteld waarom dit samenwerkingsmodel niet vaker wordt toegepast binnen de gezondheidszorg. Dit wordt bevestigd doordat het model tijdens de interviews geen enkele keer ter sprake kwam.
In Nederland werd wel reeds nagegaan of het collaborative care model past binnen hun GGZ, waarbij een sociaal psychiatrisch verpleegkundige werd aangesteld als coördinator. Uit deze studie blijkt dat de meningen verdeeld zijn. De ondersteuning van de eerste lijn door een derde actor wordt in vraag gesteld, gezien het weinig bijdraagt aan het uitbreiden van kennis en vaardigheden bij de huisarts zelf (26).

Een model waarbij de huisarts centraal staat, wordt gezien bij de '**stepped-care benadering'**. De huisarts is hierbij het eerste aanspreekpunt, coördineert tevens de zorg en trieert wat hij zelf behandelt en wat hij verwijst. Door het gebruikmaken van collegiale consultaties kan meer in eerste lijn behouden worden en neemt op termijn de kennis en vaardigheid van de huisarts toe. Het doel van deze stepped care benadering is 'minimale zorg waar mogelijk, maximale zorg waar nodig', met andere woorden het verder uitbreiden van de eerste lijn en het efficiënter gebruikmaken van de tweede lijn. Een voorbeeld dat hierbij aansluit, is het project 'Tussen de lijnen' (4). Uit dit project blijkt dat het gebruik van evidence-based protocollen de samenwerking faciliteert. Aan de hand van een stappenplan wordt de huisarts ondersteund in de eerste lijn en op die manier kan hij ook gerichter doorsturen wanneer nodig. In België ontbreekt het vaak aan **uniforme richtlijnen** omtrent de aanpak van psychische problematiek. Meerdere huisartsen gaven in de interviews aan dat dit een hiaat is in de ondersteuning. Dit op punt stellen, kan een mogelijke interventie zijn voor in de toekomst.

De stepped care benadering wordt toegepast in Nederland, waar de gezondheidszorg gebruikmaakt van **'echelonnering'** of 'getrapte geneeskunde'. Hierbij doorloopt de patiënt het gezondheidszorgsysteem volgens bepaalde stappen, met een consult bij de huisarts als eerste stap. Deze kan op zijn beurt de beslissing maken om gericht te verwijzen, al dan niet naar de tweede lijn (36). Specifiek aan dit systeem is dat het niet mogelijk is om zonder verwijsbrief van de huisarts een specialist te consulteren. Het gebruikmaken van getrapte geneeskunde was ook een suggestie die naar boven kwam tijdens de interviews om de samenwerking te optimaliseren, opnieuw volgens het principe 'minimale zorg waar mogelijk, maximale zorg waar nodig' (4). Op die manier wordt het onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn vermeden, waardoor patiënten die echt nood hebben aan specialistische hulp dan ook sneller terecht kunnen.

De laatste jaren ontstaan steeds meer **multidisciplinaire groepspraktijken**, wat wordt gezien als een positieve evolutie. In de groepspraktijken van de huisartsen is er meer en meer een verpleegkundige aanwezig ter ondersteuning. Een suggestie die werd gegeven in de interviews is dat er meer aandacht moet zijn voor preventie door bijvoorbeeld psycho-educatie van patiënten over slaaphygiëne. Praktijkverpleegkundigen zouden dit voor hun rekening kunnen nemen. Een andere mogelijkheid is dat de psychiater ook rechtstreeks deel uitmaakt van een of meerdere groepspraktijken. Op die manier ontstaat er een nauwere samenwerking met de eerste lijn en krijgt de psychiater ook gemakkelijker zicht op de context rond de patiënt.
Een gelijkaardig concept werd teruggevonden in een Nederlands project uit 2019. Omdat patiënten steeds meer opteren om binnen de eerste lijn behandeld te worden, werd een wijkpsychiater ingeschakeld (31). Zijn taak was om de huisarts te kunnen ondersteunen en adviseren. De resultaten waren lovend, maar bleken toch ook afhankelijk te zijn van voorgaande ervaringen van de huisarts en het elkaar persoonlijk kennen.
Daarnaast bestaan er ook groepspraktijken binnen de geestelijke gezondheidszorg (met onder meer psychiaters, psychologen, therapeuten,...) waarbinnen er op regelmatige basis overleg plaatsvindt. Hier is er een nauwe samenwerking tussen de psychiater en hulpverleners binnen de eerste lijn, maar de huisarts neemt meestal niet actief deel aan deze overlegmomenten. Een voorbeeld die in de interviews gegeven werd, is een groepspraktijk gespecialiseerd in ASS.

Perceptieverschil

Opmerkelijk is het verschil in perceptie dat heerst tussen huisartsen en psychiaters omtrent het gebrek aan **communicatie**, zo blijkt uit de interviews. Huisartsen voelen een weerstand om de psychiater te contacteren. Ze veronderstellen dat ze de psychiater zullen storen en dat de psychiater hun adviesvraag als hinderlijk zal ervaren. Terwijl psychiaters het gebrek aan contactname van de huisarts eerder interpreteren als een teken van desinteresse. Bijkomend krijgen ze het gevoel dat er weinig bereidheid van de huisarts is om te werken met psychiatrische problemen. Nochtans vertellen psychiaters dat ze het meestal helemaal niet erg vinden om telefonisch advies te verlenen en het jammer vinden dat ze soms weinig gecontacteerd worden door huisartsen. Daarnaast geven sommige psychiaters aan dat ze zouden willen dat de huisarts zelfs sneller proactief contact opneemt bij problemen. Huisartsen en psychiaters merken ook op dat er bij de jongere generatie artsen algemeen meer aandacht is voor verslaggeving en communicatie. Dit geeft blijk van meer interesse voor samenwerking bij jongere artsen.

Een tweede perceptieverschil wordt gezien omtrent de **taakverdeling**. Het ontbreekt namelijk aan duidelijke afspraken over welke taken aan de huisarts of aan de psychiater toebehoren. Dit zorgt ervoor dat het onduidelijk is wat er van de ander verwacht wordt en zo ontstaat er vaak verwarring (8). Er zijn bijvoorbeeld geen goede afspraken over de chronische opvolging van psychiatrische aandoeningen (14). Wie volgt de lithiumspiegel op? Wie neemt een elektrocardiogram af na opstart van bepaalde medicatie? Wie verlengt de duur van arbeidsongeschiktheid? Wie schrijft welke medicatie voor? Een onderling behandelplan met duidelijke instructies en afspraken rond taakverdeling kan de behandeling van de patiënt optimaliseren. Tijdens de interviews wordt meermaals gesuggereerd dat er nood is aan een richtlijn of zorgprotocol. Hiernaast is bijvoorbeeld een sjabloon voor verwijsbrief en verslaggeving een mogelijk hulpmiddel om alle essentiële informatie te vermelden. Het is belangrijk dat de hulpvraag van zowel patiënt als arts expliciet in de verwijsbrief vermeld staat. Om onduidelijkheden en verwarring omtrent taakverdeling alsnog te voorkomen, ondanks gebruik van het sjabloon, is het noodzakelijk dat verslagen tijdig verstuurd worden naar de huisarts. Het opstellen van een dergelijke richtlijn met een sjabloon voor verwijzing is een interventie waar de HVG reeds mee bezig is.

Tijdmanagement

Opvallend is dat zowel huisartsen als psychiaters het erover eens zijn dat er een algemeen tijdsgebrek is, wat een invloed heeft op de samenwerking. Psychiaters zijn vaak overbevraagd waardoor er lange wachtlijsten zijn. Om deze problemen te omzeilen, maken huisartsen soms gebruik van een telefonische adviesvraag, maar hierbij is de moeilijke bereikbaarheid een struikelblok. Ook psychiaters ervaren moeilijkheden om huisartsen te bereiken, bijvoorbeeld omwille van wisselende werkuren van huisartsen door huisbezoeken en het ontstaan van groepspraktijken. Door herhaaldelijk op deze problemen te botsen, werkt dit zowel voor huisartsen als psychiaters demotiverend. Hierdoor verhoogt de drempel tot contactname en samenwerking. Wanneer een patiënt nergens terecht kan in de tweede lijn voelt de huisarts zich soms in de steek gelaten en geeft dit het gevoel er alleen voor te staan. Desalniettemin ervaren psychiaters ook vaak frustraties rond het gebrek aan middelen, zoals de volle agenda's of het tekort aan bedden. Dit zorgt ervoor dat psychiaters regelmatig het gevoel hebben met hun rug tegen de muur te staan. Ondanks deze problemen hebben huisartsen en psychiaters wel veel begrip langs beide kanten. Over het algemeen geloven ze in elkaars goede intenties en is de wil om elkaar beter te leren kennen zeker aanwezig. Beide partijen beseffen het belang van persoonlijk contact voor het verlagen van de drempel tot communicatie en samenwerking. Gezien de nood tot transmuraal samenwerken alsmaar hoger wordt, is het van belang dat communicatie als meer vanzelfsprekend beschouwd wordt.

Hieronder worden enkele **suggesties** besproken die ter sprake kwamen tijdens de interviews om de eerder vermelde problemen aan te pakken. Een eerste suggestie is het introduceren van een eerstelijnspsycholoog in het ziekenhuis voor de triage van psychische problematieken, aangezien patiënten nog vaak op eigen initiatief een afspraak maken bij de psychiater. De eerstelijnspsycholoog maakt een onderscheid tussen problemen die in de eerste lijn aangepakt kunnen worden en problematieken bestemd voor de tweede lijn. Zo stromen minder patiënten effectief door naar de psychiater en wordt de tweede lijn niet onnodig overbelast.
Een volgende suggestie is dat er vanuit de psychiatrie meer naar buiten moet worden getreden om in te zetten op educatie van de eerste lijn. Een voorstel is het organiseren van bijscholingen en LOK-vergaderingen rond psychiatrie. Een psychiater uit een nabijgelegen ziekenhuis geeft bijvoorbeeld in samenwerking met een huisarts een uiteenzetting over de aanpak van depressie. Op die manier wordt de kennis in de eerste lijn vergroot en daarnaast geeft dit ook een mogelijkheid om elkaar beter te leren kennen.

Om het probleem van de bereikbaarheid te verhelpen is het beschikbaar stellen van een rechtstreeks nummer voor artsen meermaals gesuggereerd. Zo kun je zonder omwegen een arts direct aan de lijn krijgen, wat ervoor zorgt dat er minder tijd verloren gaat en de drempel tot contactname verlaagd wordt. Daarnaast kwam ook het idee om belmomenten in te voeren, zo weten huisartsen en psychiaters wie ze wanneer kunnen bereiken.
Een laatste suggestie is om een duidelijker overzicht van de sociale kaart te maken over heel Vlaanderen. Bijgevolg krijgen huisartsen zicht op beschikbare hulpverleners, waar er eventueel patiëntenstops zijn of wat de opties voor dringende hulpverlening zijn. Op deze manier vergroot de zelfredzaamheid van de huisarts en wordt er efficiënter gebruikgemaakt van het uitgebreide zorglandschap. Dit is een innovatie die vanuit de overheid gerealiseerd dient te worden, zoals dit in Nederland reeds het geval is (37).

<u>Medicolegaal</u>

Het medicolegale aspect binnen intercollegiale samenwerking werd meermaals aangehaald tijdens de interviews. Verschillende psychiaters vertellen hier toch rekening mee te houden bij het geven van advies aan huisartsen. De laatste jaren wordt opgemerkt dat patiënten zich meer bewust zijn van hun rechten, wat een goede evolutie is. Een gevolg hiervan is dat patiënten mondiger zijn en sneller durven overgaan tot het neerleggen van een klacht tegen artsen, als ze vinden dat hun grenzen niet gerespecteerd worden of als ze vinden dat er een inschattingsfout gemaakt is. Psychiaters zijn zich er dan ook van bewust dat ze aansprakelijk gesteld kunnen worden voor het advies dat ze verlenen, bijvoorbeeld rond suïcidaliteit. Uit de interviews blijkt dat psychiaters dan ook vinden dat vragen omtrent suïcidaliteit niet geschikt zijn om tijdens een korte adviesvraag te bespreken. Niettegenstaande de zorgen rond aansprakelijkheid van de psychiaters, zijn zowel huisartsen als psychiaters het erover eens dat de adviesvrager, de huisarts dus, de eindverantwoordelijkheid draagt over het beleid dat al dan niet wordt ingesteld. Dit was ook reeds de conclusie van een artikel voortgevloeid uit het project ‘Tussen de lijnen’ (27).

Psychiaters geven aan in de interviews dat het moeilijk is voldoende zicht te krijgen op de situatie van de patiënt om een adequate inschatting te maken, zonder dat ze de patiënt gezien hebben. Daarnaast geven psychiaters ook aan terughoudend te zijn in het verschaffen van dergelijk advies zwart op wit, bijvoorbeeld via mail. Dit omdat deze informatie op een verkeerde manier geïnterpreteerd kan worden, maar daarnaast ook misbruikt kan worden in de context van aansprakelijkheid. Toch blijft informatieoverdracht via mail een gangbare manier van werken, gezien het eenvoudig en snel is en er geen rekening moet worden gehouden met bereikbaarheid. Ondanks het feit dat dit indruist tegen de GDPR-wetgeving (general data protection regulation).

Er bestaan wel platformen om dit op een correcte manier te organiseren, bijvoorbeeld Siilo. Echter ervaren veel artsen deze manier van communiceren als eerder omslachtig. Bovendien is er nood aan meer transparantie van medische patiëntendossiers. Op heden heeft elke arts zijn eigen patiëntendossier en maken ze daarvoor gebruik van verschillende medische programma's. Rechtstreekse communicatie tussen de verschillende programma's is meestal niet mogelijk, wat een beperking voor de communicatie is.

Vergoeding

Vanuit verschillende hoeken wordt vermeld dat de motivatie tot samenwerking vergroot als er een financieel voordeel aan gekoppeld is. Binnen het huidige GGZ-systeem wordt samenwerking op dit moment amper vergoed, ondanks dat het tijdsintensief is om dit op een kwalitatieve manier te doen. Het niet voorzien van een compensatie voor advies of deelname aan een MDO kan een mogelijke invloed hebben op de bereidheid tot samenwerking of op de kwaliteit van het advies. Uit de interviews blijkt dat er toch verdeelde meningen zijn als het gaat om een vergoeding. Enkele huisartsen en psychiaters geven aan dat een MDO vergoed zou moeten worden, aangezien er veel tijd in kruipt, maar het wel de zorg ten goede komt. Als het gaat over een tegemoetkoming voor een adviesvraag, geven de meeste huisartsen aan dat ze dit enkel gerechtvaardigd vinden wanneer er voldoende tijd genomen wordt om een uitgebreid advies te verlenen. Daarnaast vinden ze dat verslaggeving sowieso een deel uitmaakt van het werk en niet extra vergoed moet worden. Aan de kant van de psychiaters overheerst de mening dat er een mogelijkheid moet zijn om zowel voor adviesvragen als voor verslaggeving een bijkomende compensatie aan te rekenen.

Multidisciplinair overleg

Een onderwerp dat regelmatig naar boven kwam tijdens de interviews, was het gebruik van een multidisciplinair overleg binnen de geestelijke gezondheidszorg. Naar analogie van een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) zou een MDO in dezelfde lijn de betrokken hulpverleners rond de patiënt moeten bevatten. Dan wordt er voornamelijk gedacht aan de huisarts, de psychiater, de psycholoog, de maatschappelijk werker, maar daarnaast eventueel ook anderen die belangrijk zijn binnen de context van de patiënt. Op deze manier verschuift de focus van de puur biologische naar een meer holistische aanpak. Door het fysiek samenbrengen van de zorgverleners kan er eenvoudiger ingespeeld worden op het maken van concrete afspraken rond taakverdeling en verdere opvolging. Dan gaat het bijvoorbeeld over wie welke medicatie voorschrijft, opdat er geen dubbele medicatie voorgeschreven wordt, en over de termijn van arbeidsongeschiktheid. Een nadeel van het organiseren van een fysiek overleg is dat het tijdsintensief is voor de betrokken hulpverleners om zich te verplaatsen. Een oplossing hiervoor kan zijn dat er gebruikgemaakt wordt van digitale hulpmiddelen, zoals bijvoorbeeld een huisarts die via videogesprek kan deelnemen aan een overleg in een residentiële setting. Of omgekeerd een psychiater die van op afstand deelneemt aan een overleg binnen de eerste lijn.

Door op deze manier samen te werken leren de verschillende hulpverleners, onder andere psychiater en huisarts, elkaar beter kennen. Hierdoor wordt de drempel tot samenwerking verlaagd. Bijkomend doet de huisarts meer kennis op rond psychiatrie en raakt hij zo meer vertrouwd met dergelijke problematiek. Daaruit volgt dat er op termijn meer zorg aangepakt kan worden binnen de eerste lijn.

Naast het uitbreiden van de kennis, krijgt de huisarts ook een beter zicht op de sociale kaart. Dit maakt het mogelijk om gericht te kunnen doorverwijzen, zowel binnen de eerste als tweede lijn. Bijgevolg zorgt dit voor minder onterechte doorverwijzingen, waardoor sneller hulp geboden kan worden en de ervaring van zowel artsen als patiënten verbetert.

Een voorwaarde die in de interviews naar boven kwam bij deze vorm van samenwerking, is dat artsen hiervoor vaak een gepaste vergoeding verwachten. Momenteel is er een beperkte vergoeding voorzien, maar is de manier van aanvragen nogal omslachtig. Het mag dus vooral niet te complex zijn en ook niet ten laste van de patiënt komen.

Taboe

Rond de psychische hulpverlening leeft er nog altijd een bepaald stigma. Er heersen nog steeds heel wat vooroordelen over patiënten die in opvolging zijn bij een psychiater. Zo wordt bijvoorbeeld gezien dat patiënten soms niet willen dat informatie over hun psychische kwetsbaarheid gedeeld wordt met andere disciplines. Dit maakt dat nog veel informatie niet te vinden is op gedeelde platformen zoals CoZo, terwijl dit vaak informatie is die belangrijk is om te weten wanneer de patiënt beroep doet op een andere arts. Het is van belang om deze informatie mee te nemen in de diagnostiek en het opstellen van een behandelplan. Huisartsen en psychiaters geven aan in de interviews dat het belangrijk is om psychiatrische problematiek meer open te trekken op CoZo.

5.2 Beperkingen en sterktes van het kwalitatief onderzoek

Aan dit kwalitatief onderzoek zijn uiteraard een aantal beperkingen, maar ook enkele sterktes gekoppeld.

De studiepopulatie bestaat slechts uit 22 artsen, namelijk elf huisartsen en elf psychiaters. Dit is een eerder kleine studiepopulatie, wat een veelvoorkomende beperking is bij een kwalitatief onderzoek. Daarnaast is er wel een uitgebreide variatie in de studiepopulatie, wat dan weer een sterkte is van deze thesis. Er is variatie in leeftijd en ervaring van de deelnemers (zowel artsen in opleiding als artsen met 40 jaar ervaring in het vak). De participerende artsen zijn ook werkzaam in verschillende praktijkorganisaties (solopraktijk, groepspraktijk, wijkgezondheidscentrum, mobiel crisisteam, algemeen ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis of universitair ziekenhuis).

Verder is er sprake van een selectiebias. Een inclusiecriterium van dit onderzoek is dat de artsen werkzaam zijn in regio Gent. Aangezien de regio beperkt werd, zijn de resultaten niet extrapoleerbaar voor Vlaanderen. Daarnaast is er ook geen zekerheid dat de resultaten representatief zijn voor regio Gent.

Ook is een rekruteringsbias aanwezig. Deelnemers werden gerekruteerd aan de hand van nieuwsbrieven, telefoon of mail. Deelname was vrijblijvend en dus enkel gemotiveerde of geïnteresseerde artsen stelden zich kandidaat.

De laatste beperking is een beperking inherent aan een master-na-master thesis en de grootste beperking binnen dit onderzoek. De afname van semi-gestructureerde interviews is eerder subjectief van aard en afhankelijk van de mate van motivatie tot participatie van de deelnemer en de ervaring van de onderzoeker. De interviews werden ook niet afgenomen totdat saturatie bereikt werd en dezelfde antwoorden alsmaar weer aan bod kwamen.

Gezien per leeftijdsgroep of soort praktijkorganisatie slechts een beperkt aantal deelnemers werd bevraagd, reeds in een kleine studiepopulatie, en alsook omwille van de rekruteringsbias en het niet interviewen tot ‘uitputting’, is het niet mogelijk om uit de resultaten van dit onderzoek conclusies te trekken voor regio Gent of voor ‘de’ huisarts of ‘de’ psychiater in het algemeen. De conclusies die bekomen zijn, gelden enkel voor de specifieke artsen die geïnterviewd werden.

6. Conclusie en voorstel voor verder onderzoek

In dit kwalitatief onderzoek werd getracht antwoorden te formuleren op de onderzoeksvragen en suggesties te geven voor eventuele interventies in de toekomst.

Onderzoeksvragen:

- Hoe ervaren huisartsen en psychiaters de huidige samenwerking?
- Waar liggen de noden en verbeterpunten in de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in het Gentse?
- Hoe kan deze samenwerking in de ambulante context verbeterd worden?
- Zijn er suggesties voor interventies om de samenwerking te optimaliseren?

De samenwerking tussen huisarts en psychiater werd over het algemeen als niet goed ervaren door de deelnemers. De belangrijkste problemen die naar boven kwamen tijdens het onderzoek kaderen zich voornamelijk binnen het gezondheidszorgsysteem. Er dringt zich een hervorming van het gezondheidszorgsysteem op. Hiervoor wordt er in de richting van de beleidsmakers en de overheid gekeken. Alsook moet er meer aandacht worden besteed aan het uniformiseren van de sociale kaart, zodat deze overzichtelijk en gemakkelijk te raadplegen is.
Daarnaast wordt er een fundamenteel perceptieverschil gezien voor wat betreft de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. Ondanks dat ze het van elkaar niet verwachten, hebben beiden behoefte aan meer contactname en meer interesse en betrokkenheid van de tegenpartij. Een tweede perceptieverschil wordt gezien omtrent de taakverdeling, hier zijn geen duidelijke afspraken rond en heerst er verwarring. Er is noodzaak aan het opstellen van richtlijnen en een duidelijk zorgprotocol rond psychiatrische problematieken.

Tenslotte concluderen we dat aanvullend onderzoek nodig is. Ten eerste moet er nagegaan worden of de resultaten ook geëxtrapoleerd kunnen worden voor een grotere studiepopulatie en of ze representatief zijn voor heel Vlaanderen. Ten tweede is het noodzakelijk te toetsen of de suggesties, zoals het organiseren van een MDO of het opstellen van richtlijnen voor psychopathologie, passen binnen het huidige gezondheidszorgsysteem. En bijkomend of ze al dan niet praktisch haalbaar zijn.

Referenties

1. Heyerick M. Masterproef huisartsgeneeskunde: Psychiatrische Thuiszorg: een evaluatie van de werking van ambulante interdisciplinaire behandelteams. Leuven: ICHO. 2016; p. 40.

2. Janssens H. Samenwerking tussen huisarts en psychiater. HuisartsNu. 1977; 6:202-207.

3. van Londen J. De Psychiater en de Eerste Lijn. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2008:404-19.

4. De Coster I., Van Audenhove, C., van den Ameele, H., et al. Tussen de Lijnen, werkingsverslag 2001–2002. Ontwikkeling van een stepped-care programma in de behandeling van depressie door huisartsen en PAAZ-psychiaters. 2002.

5. Agentschap Zorg en Gezondheid. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Conferentie eerstelijnszorg reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen [Internet]. 2017. Beschikbaar via:https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf. Geraadpleegd 23 oktober 2022.

6. Rockman P, Salach L, Gotlib D, Cord M, Turner T. Shared mental health care. Model for supporting and mentoring family physicians. Canadian Family Physician. 2004;50(3):397-402.

7. De Coster I, Declercq A, Van Audenhove C. Naar een stepped-care programma in de behandeling van depressie door huisartsen en psychiaters. 2005.

8. Dambre A. Masterproef huisartsgeneeskunde: Opvolging van patiënten die een antipsychoticum gebruiken: een kwaliteitsverbeterproject. Leuven: ICHO. 2019; p. 49.

9. De Hert M, Cohen D, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Leucht S, Ndetei DM, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World psychiatry. 2011;10(2):138.

10. Oud MJ, Schuling J, Groenier KH, Verhaak PF, Slooff CJ, Dekker JH, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. BMC family practice. 2010;11:1-6.

11. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. BMC family practice. 2009;10(1):1-8.

12. Hutschemaekers G, Witteman C, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten. Huisarts en wetenschap. 2015;58:126-9.

13. Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis: a comparison of ethnic groups. The British Journal of Psychiatry. 1995;167(6):770-6.

14. Oud M, Schuling J, Groenier K, Dekker J, Meyboom-de Jong B, Slooff C. Zorg voor psychotische patiënten: de taakopvatting van de huisarts. Huisarts en wetenschap. 2010;53:128-34.

15. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2005;40:892-8.

16. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. The Canadian Journal of Psychiatry. 2006;51(8):492-501.

17. van Alphen A, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, et al. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie: De Tijdstroom. 2012.

18. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults : prevention and management [Internet]. NICE guidelines. 2014 Feb. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178. Geraadpleegd op 12 september 2022.

19. National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). Bipolar disorder: assessment and management [Internet]. NICE guidelines. 2014 Sep. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg185. Geraadpleegd op 12 september 2022.

20. Leenaers J., Potter K. Masterproef Health Business Administration: Samenwerking tussen Huisarts en GGZ (na de stelselwijziging anno 2014). Erasmus Universiteit Rotterdam. 2014; p 77.

21. Van Hecke J. Naar een samenwerkingsmodel in de eerste lijn voor de behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2020;76(7):310-20.

22. FOD Kanselarij van de Eerste Minister. Hervorming psychologische zorg in de eerste lijn - stand van zaken: Investeringen in geestelijke gezondheidszorg – een overzicht [Internet]. 2022 Jan. Beschikbaar via https://vandenbroucke.belgium.be/nl/hervorming-psychologische-zorg-de-eerste-lijn-stand-van-zaken-investeringen-geestelijke. Geraadpleegd op 2 maart 2022.

23. Huijbregts K, De Jong F, Van Marwijk H, Beekman A, Hakkaart-van Roijen L, van der Feltz-Cornelis C. Collaborative care voor depressieve patiënten. Huisarts en wetenschap. 2013;56:210-3.

24. Collaborative care [Internet]. Washington: AIMS center University of Washington. 2023. Beschikbaar via https://aims.uw.edu/collaborative-care. Geraadpleegd op 5 mei 2022.

25. Fuller SM, Koester KA, Erguera XA, Wilde Botta E, von Beetzen F, Steward WT, et al. The collaborative care model for HIV and depression: patient perspectives and experiences from a safety-net clinic in the United States. SAGE open medicine. 2019;7:2050312119842249.

26. Verhaak P, Groenendijk J, Zantinge E, Vonk E, Voordouw I, Veen C. GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg: eindrapportage. 2006.

27. De Coster I, Van Audenhove C, Goetinck M, van den Ameele H. Collegiale consultatie tussen huisarts en psychiater. Sleutelelement in de aanpak van depressie. Huisarts Nu. 2004(33):273-80.

28. Leentjens A, Boenink A, Van Croonenborg J, Van Everdingen J, Van der Feltz-Cornelis C, Van der Laan N. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom. 2008.

29. Synthese werkgroep mobiele teams [Internet]. Beschikbaar via: http://www.psy107.be/images/Synthese%20werkgroep%20mobiele%20teams.pdf. Geraadpleegd op 26 februari 2022.

30. PAKT. Initiatieven van Het PAKT, MObiL team [Internet]. Beschikbaar via: http://www.pakt.be/initiatieven-van-het-pakt/mobilteam. Geraadpleegd op 26 februari 2022.

31. Bitter N, Leemrijse C, Korevaar J. Samenwerking tussen zorg-en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: ervaringen uit Overvecht. 2019.

32. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. World journal of psychiatry. 2015;5(3):286.

33. Tönnies J, Hartmann M, Wensing M, Szecsenyi J, Icks A, Friederich H-C, et al. Mental health specialist video consultations for patients with depression or anxiety disorders in primary care: protocol for a randomised controlled feasibility trial. BMJ open. 2019;9(9):e030003.

34. Scherpbier N, de Graaf J, Meijer L. Van e-meedenkconsult naar e-samenwerkconsult. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2020;164(7):D4555.

35. Lucena RJ, Lesage A, Élie R, Lamontagne Y, Corbière M. Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinions and characteristics. The Canadian Journal of Psychiatry. 2002;47(8):750-8.

36. De Rijksoverheid. Voor Nederland [Internet]. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/wanneer-heb-ik-een-verwijsbrief-van-mijn-huisarts-nodig-en-wanneer-mag-hij-deze-weigeren#:~:text=Wanneer%20verwijsbrief%20voor%20specialistische%20zorg,hij%20geen%20verwijsbrief%20wil%20geven. Geraadpleegd op 23 februari 2023.

37. Sociale Kaart Nederland [Internet]. Beschikbaar via: https://www.socialekaartnederland.nl/. Geraadpleegd op 23 februari 2023.

Lijst met afkortingen en begrippen

Afkorting	
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASO	Arts-specialisten in opleiding
ASS	Autismespectrumstoornis
BDI	Beck Depression Inventory
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
Covid-19	Coronavirus disease 2019
CoZo	Collaboratief Zorgplatform
ELP	Eerstelijns psycholoog
FOD	Federale Overheidsdienst
GDPR	General data protection regulation
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HAIO	Huisarts in opleiding
HVG	Huisartsenvereniging Gent
ICHO	Interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding
PAKT	Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg voor volwassenen in de regio Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MCT	Mobiel crisisteam
MDO	Multidisciplinair Overleg
MOBiL team	Mobiele Ondersteuning en Begeleiding in de Leefomgeving
MOC	Multidisciplinair oncologisch consult
NNT	Number needed to treat
SOLK	Somatisch onverklaarde klachten
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Sumehr	Summarized Electronic Health Record
UPSIE	Universitaire Psychiatrische Spoed Interventie Eenheid
WZC	Woonzorgcentrum

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol Ethisch Comité



VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

Verkenning van de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in Gent

2. Protocol

De huisartsenvereniging Gent (HVG) merkt al een tijdje op dat het als huisarts moeilijk is om een patiënt tot bij een psychiater te krijgen, vaak zijn er lange wachttijden en verloopt de samenwerking stroef. Dit is een algemeen probleem in België, maar ook in andere landen dat al decennia lang aan de gang is.

Daarenboven is er een vermaatschappelijking van de gezondheidszorg, waardoor de huisarts en de eerste lijn alsmaar meer instaan voor de zorg voor patiënten met psychische problemen. De huisarts is bereid om deze patiënten te helpen, maar voelt zich hier niet altijd comfortabel bij. Dit komt onder meer door een eerder beperkte kennis of ervaring, waardoor samenwerking en overleg met de psychiater des te belangrijker wordt.
In het kader van dezelfde problematiek werd er in 2000 in Brugge een project 'Tussen de Lijnen' opgezet, met als doel het verbeteren van de samenwerking tussen psychiaters en de eerste lijn.

Deze thesis zal onderzoeken hoe huisartsen en psychiaters in het Gentse de huidige samenwerking ervaren en waar zij zelf verbeterpunten en knelpunten zien om deze samenwerking in de toekomst te verbeteren. Het doel is om aan de hand van deze thesis een basis te leggen waarop verder gewerkt kan worden om een betere samenwerking te realiseren. Voor dit onderzoek zal samengewerkt worden met het PAKT (het netwerk Geestelijke Gezondheidszorg regio Gent - Eeklo - Vlaamse Ardennen) en de HVG (Huisartsenvereniging Gent).

De onderzoeksvragen: Waar liggen de noden en verbeterpunten in de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in het Gentse? Hoe kunnen we deze samenwerking in de ambulante context verbeteren? Zijn er suggesties voor interventies om de samenwerking te optimaliseren?

Bovenstaande vragen worden onderzocht door middel van het afnemen van diepte-interviews met huisartsen en psychiaters, gevolgd door een kwalitatieve analyse van de gegevens.

De selectie van de artsen voor een interview gebeurt aan de hand van volgende inclusiecriteria. Ten eerste moeten de artsen werkzaam en actief zijn in het Gentse. Ten tweede moeten ze bereid zijn om tijd vrij te maken om eenmalig geïnterviewd te worden door een van de onderzoekers (huisartsen in opleiding). Ten laatste wordt er geen onderscheid gemaakt tussen psychiaters die intramuraal werken en ambulant werkende psychiaters. Er wordt getracht om ongeveer 15 huisartsen en 9 psychiaters te motiveren voor een interview.

De rekrutering van de artsen verloopt via twee kanalen. Enerzijds worden de huisartsen en de psychiaters, respectievelijk via de nieuwsbrief van het HVG en het PAKT, gerekruteerd. Anderzijds benaderen de onderzoekers ook zelf huisartsen, psychiaters, ziekenhuizen en mobiele crisisteams via mail of telefoon. De gerekruteerden zullen vooraf gecontacteerd worden door een van de onderzoekers om de opzet van het onderzoek te bespreken. Indien de arts akkoord is om deel te nemen, wordt dit schriftelijk vastgelegd via een Informed Consent.

De fase van data-inzameling zal plaatsvinden van januari 2022 tot en met augustus 2022. Er zal bij zowel de huisartsen als bij de psychiaters een diepte-interview worden afgenomen. Hierin zal gepeild worden naar de ervaringen omtrent

samenwerking, de eventuele verbeterpunten en mogelijke suggesties tot verbetering aan de hand van open vragen. Het volledige interview zal opgenomen worden met behulp van een audiorecorder.

De analyse-fase, kan deels overlappen met de periode waarin data verzameld wordt, of er nauw op aansluiten. In deze fase zal een kwalitatieve analyse van de vergaarde data gebeuren met behulp van het programma NVivo. Het doel is de tevredenheid over en de verschillende bepalende factoren in de (disfunctionerende) samenwerking bloot te leggen. Hierop volgend worden de mogelijke interventies, gesuggereerd door de artsen, geregistreerd. Idealiter kunnen we mogelijke aanknopingspunten geven, die als inspiratiebron kunnen dienen voor eventuele toekomstige interventies in het Gentse.

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Peter Decat
Huisartsengeneeskunde - HAG
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11348	NVT	15/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Verkenning van de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in Gent - Manama Elke Vanhee"

B.U.N.: B6702021001189
EudraCT: nvt
Fase (Phase): nvt

Adviesaanvraagformulier versie 1.0 dd. 4/11/2021
Interview Guide versie 1.0 dd. 11/10/2021
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1.0 dd. 16/11/2021
Begeleidende brief dd. 23/11/2021

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. Peter Decat

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15 /12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met HIRUZ CTU (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

UZ
UNIVERSITEIT
Universitair
C. Heymans

Bijlage 3: Persoonlijke reflectie

Verantwoording van mijn keuze voor het onderwerp

We worden alsmaar meer met psychische problemen in de huisartsenpraktijk geconfronteerd, wat voor mij toch een grote uitdaging is. Ik herken de moeilijkheden om mijn hulpvraag te brengen tot bij de psychiatrische zorgverleners en daaruit voortvloeiend een gevoel van onmacht om de patiënt op een gepaste manier te helpen. Daarnaast heb ik als HAIO nog niet veel ervaring met psychische problemen. Graag wil ik me kunnen baseren op bepaalde richtlijnen, maar helaas zijn deze karig in aantal. Hierdoor zie ik mij in een aantal gevallen genoodzaakt telefonisch contact op te nemen met een psychiater of de patiënt door te verwijzen. Jammer genoeg ben ik niet altijd zeker welke zaken geïndiceerd zijn voor enerzijds een collegiale consultatie of anderzijds een telefonisch advies.
Door te kiezen voor dit onderwerp hoop ik mijn professionaliteit op dit vlak te versterken.

Proces van het groepswerk

Ik vond de samenwerking heel aangenaam en kijk hierop terug met een positief gevoel. Ik ben dan ook dankbaar dat Anse en Dagmar me bij de groep met een open en vriendelijke houding hebben verwelkomd. Dit is niet vanzelfsprekend, want ik kende ze op voorhand niet zo goed. Bovendien hadden zij al beslist om samen aan deze thesis te werken, zonder te weten dat ik hierbij zou aansluiten.
Volgens mij liep de samenwerking heel vlot, omwille van een ietwat gelijkaardige manier van denken en werken. We waren ons ervan bewust dat we elkaar moesten ondersteunen tijdens het proces van deze thesis en elk onze verantwoordelijkheid moesten opnemen qua bijdrage en initiatief. Overlegmomenten werden gepland, telkens met wat vooropgestelde deadlines, waarin we voor het overgrote deel zeker geslaagd zijn. Tijdens de overlegmomenten konden we op een respectvolle manier feedback geven aan elkaar. We werkten ook in een gedeeld document, waardoor we elkaars opmerkingen en aanpassingen konden meevolgen. Dit was heel praktisch om snel te kunnen verder werken en afspreken.
Onderstaande delen van het thesisproces hebben we samen kunnen doorlopen en de hoeveelheid werk goed kunnen verdelen: de literatuurstudie, de aanvraag voor het ethisch comité, de rekrutering, het bijwonen van de vergaderingen, de afname van de interviews, het opstellen van de codeboom, het analyseren en schrijven van de resultaten, het opstellen en schrijven van onze discussie en tenslotte onze deelname aan het symposium omtrent de samenwerking tussen huisarts en psychiater waarbij wij onze thesisresultaten konden voorstellen.

Mijn persoonlijk aandeel in deze thesis

Bij de literatuurstudie nam ik het deel van de inleiding en de beschreven voorgaande problemen in de samenwerking op mij, alsook het deel van de videoconsultaties, de opleiding, en een klein deel van de voorgaande projecten. Wel moet ik vermelden dat bij het literatuuronderzoek Anse een heel moeilijk deel op zich genomen heeft (namelijk literatuur omtrent samenwerkingsvormen), alsook Dagmar een heel grote hap van artikels heeft gelezen omtrent voorgaande projecten. Dit zorgde ervoor dat mijn bijdrage aan het lezen van de geselecteerde lectuur en bijgevolg dat deel uitschrijven in de literatuurstudie minder zwaar was.
Ik schreef het deel van de inleiding, de problemen in de samenwerking, de videoconsultaties en de opleiding. Daarnaast schreef ik ook de tekst van het protocol voor de aanvraag van het ethisch comité. Beide schrijfopdrachten natuurlijk met bijdrage van mijn collega's voor zowel inhoud als schrijfstijl. Bij de rekrutering hebben we elk onze bijdrage gedaan. Samen hebben we het tekstje geschreven voor de publicatie in de nieuwsbrief en leverden we elk inspanningen om rond te bellen

en mails te sturen naar de artsen in de doelgroep om te polsen of ze interesse hadden in deelname aan het onderzoek. Zelf interviewde ik zeven artsen, transcribeerde ik deze interviews en codeerde twee van mijn interviews met het opstellen van een voorstel tot een codeboom. Bij een overlegmoment stelden we dan samen een definitieve codeboom vast die we gebruikten om elk onze eigen interviews te coderen en te analyseren. Daarna legden we de resultaten samen van alle interviews en legde ik mijn focus op drie onderdelen van de interviews, namelijk kennis, visie en telefonische adviesvraag en schreef deze uit.
De zaken zoals abstract, voorwoord en de discussie zijn delen van de thesis die we samen tijdens de overlegmomenten geschreven hebben. Het herschrijven heb ik grotendeels aan mijn collega's overgelaten, maar las wel hun suggesties voor schrijfstijlveranderingen en deed eventueel enkele bijkomende suggesties. Mijn aandeel heeft meer betrekking tot de referenties, het toevoegen van de bijlagen en het zorgen van wat structuur in de thesis, voornamelijk tijdens het werkproces. Ik werkte met het programma Endnote om overal correct te refereren.
Ten laatste hebben we ook deelgenomen aan een avondsymposium omtrent de samenwerking van de huisarts met de psychiater, welke vanuit de HVG georganiseerd werd. De PowerPointpresentatie heb ik samen met mijn collega's opgesteld en de inhoud uitvoerig besproken en bediscussieerd. Op de avond zelf waren we alle drie aanwezig, maar brachten Anse en ikzelf de presentatie naar voor.

Mijn visie op het werkveld na deze thesis

Ik vond het heel interessant om eens beide kanten van het verhaal te horen. Het is duidelijk dat de frustraties zich aan beide zijden bevinden. Ik heb ook meer begrip gekregen voor de werkdruk en soms de onmogelijkheid van een psychiater om te helpen. Ik ga mij dus minder op mijn frustraties focussen, indien er niet kan beantwoord worden aan de hulpvraag van mijn patiënt.
Nu weet ik ook beter wat psychiaters verlangen bij doorverwijzing en dat er zeker ook psychiaters zijn die eigenlijk wel openstaan voor telefonisch advies. Dankzij de info uit de interviews, heb ik een beter beeld van welke aanpak (telefonisch advies of doorverwijzing) bepaalde psychiatrische problemen vragen.