Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe?

Wat zijn de drempels en succesfactoren en wat kan beter?

Vander Stichele Liese, UGent
Van Thorre Jolien, UGent
Desmet Olivier, UGent

Promotor: Prof. dr. Heytens Stefan, UGent

Co-promotor: Dr. Pauwelyn Joke, 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 zich 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 wedstrijd.

Dankwoord

Het schrijven en uitvoeren van deze masterproef zou ons nooit gelukt zijn zonder de hulp van enkele mensen. Vooreerst willen wij graag onze promotor prof. Dr. Stefan Heytens en onze co-promotor dr. Joke Pauwelyn bedanken voor hun uitstekende begeleiding doorheen dit proces, voor hun open houding en beschikbaarheid. Verder verdienen ook de huisartsen en eerstelijnspsychologen die wij mochten interviewen en die onze enquêtes ingevuld hebben een speciale vermelding. Tot slot willen wij onze ouders en partners Robin, Sophie en Olivier bedanken voor de onvoorwaardelijke steun en aanmoedigingen tijdens deze periode.

Abstract

Context: Mentale gezondheidsklachten vormen een belangrijke en groeiende problematiek in de maatschappij. Om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg uit te bouwen, werd in 2019 de functie van eerstelijnspsycholoog (ELP) verder uitgerold in Vlaanderen. De ELP vormt een nieuwe partner binnen de eerste lijn om kortdurende zorg aan te bieden bij patiënten met lichte tot matig-ernstige psychische problemen. De patiënt betaalt elf of vier euro per sessie. Nu bestaat ook de functie gespecialiseerde zorg voor mensen met een ernstige problematiek.

Onderzoeksvraag: De centrale onderzoeksvraag van deze masterproef is hoe huisartsen en eerstelijnspsychologen de samenwerking tot nu toe ervaren en hoe deze samenwerking beter kan verlopen. Hierbij aansluitend is het doel om drempels en succesfactoren op te sporen binnen deze samenwerking.

Methodologie: In de periode van januari tot en met april 2022 werden semigestructureerde diepte-interviews, gebaseerd op literatuuronderzoek en de onderzoeksvraag, uitgevoerd bij negen huisartsen en negen ELP'ers. Deze interviews werden uitgeschreven en verwerkt via het computerprogramma NVivo. Op basis van deze resultaten werd een vragenlijst voor huisartsen en ELP'ers opgesteld in Qualtrics, om de resultaten te kwantificeren en hypotheses af te toetsen. Deze werden ingevuld in de periode oktober tot en met december 2022. De vragenlijsten werden ingevuld door 145 ELP'ers en 108 huisartsen. De resultaten van deze vragenlijsten werden via het statistisch programma SPSS geanalyseerd.

Resultaten: Zowel huisartsen als ELP'ers zijn over het algemeen tevreden over de samenwerking. Doorgaans is er weinig contact tussen beide beroepsgroepen, zowel na de doorverwijzing, als tijdens en na de behandeling. Beiden willen echter graag meer overleg, bij huisartsen is deze tendens iets sterker. ELP'ers zijn minder te vinden voor systematisch overleg, enkel als het nodig geacht wordt. De financiële toestand van de patiënt en de ernst van de pathologie spelen duidelijk een rol bij de doorverwijzing door de huisarts naar een ELP. De wachttijd wordt initieel als drempelverlagend aangegeven. Doch, door een toenemende kennis van de ELP-functie neemt deze reeds toe, wat voor een nieuwe uitdaging zorgt. Volgens huisartsen is de belangrijkste drempel bij patiënten het feit dat ze nog niet klaar zijn voor psychologische hulp. Indien er overleg plaatsvindt, is dat vooral na doorverwijzing en bij een belangrijke gebeurtenis. Zowel huisartsen als ELP'ers zouden het liefst telefonisch of via een online platform overleggen. Volgens beiden zal de nieuwe conventie met het wegvallen van het noodzakelijk voorschrift de drempel voor patiënten voor het zoeken van psychologische hulp verlagen, maar huisartsen vermoeden dat patiënten toch eerst bij hen zullen langskomen. Zaken die door huisartsen en ELP'ers worden voorgesteld om de samenwerking te verbeteren zijn onder andere een duidelijk overzicht van de geestelijke gezondheidszorg, een bijscholing, een netwerkevent om elkaar te leren kennen en een toegankelijk online platform dat tweezijdige communicatie toelaat.

Conclusie: Er is over het algemeen weinig communicatie tussen huisartsen en ELP'ers. Beide beroepsgroepen willen hier echter meer op inzetten. Systematisch overleg hoeft niet voor de ELP. De kostprijs en de beloofde korte wachttijd vormen de belangrijkste drempelverlagende factoren. De grootste drempels zijn het nog niet klaar zijn van de patiënt voor psychologische hulp en de wachttijd die langer blijkt dan verwacht. Er is bij beide beroepsgroepen nood aan initiatieven om de samenwerking te verbeteren.

Inhoudstafel

Abstract 1
Inhoudstafel 2
Lijst met gebruikte afkortingen 3
Literatuurstudie 4
1. Inleiding 4
2. Organisatie geestelijke gezondheidszorg in België 4
a. Algemeen 4
b. De Belgische organisatie van de geestelijke gezondheidszorg 5
c. De eerstelijnspsychologie 5
Methodologie 9
Resultaten kwalitatief onderzoek 11
1. Interviews met de eerstelijnspsycholoog 11
2. Interviews met de huisartsen 14
Resultaten kwantitatief onderzoek 18
Discussie 29
Conclusie 32
Persoonlijke reflectie 33
Bibliografie 35
Bijlage 36
1. Protocol Masterproef 36
2. Goedkeuring Ethisch Comité 37
3. Informed consent interviews 38
4. Codebomen 39
5. Vragenlijsten 40
6. Informed consent online vragenlijsten 41
7. Goedkeuring Ethisch Comité vragenlijsten 42
8. Online vragenlijsten huisartsen 43
9. Online vragenlijsten ELP 45
10. Overzicht figuren en figuren in bijlage 46

Lijst met gebruikte afkortingen

CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
ELP	Eerstelijnspsycholoog
EMD	Elektronisch medisch dossier
GDPR	General Data Protection Regulation
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GMD	Globaal medisch dossier
HAIO	Huisarts-in-opleiding
ICE-Model	Ideas, Concerns and Expectations
ICF	Informed consent form, informatieformulier
ICHO	Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KOP	Klachten, Omstandigheden, Persoonlijke stijl
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MDO	Multidisciplinair overleg
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OESO-landen	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RVA	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
SaRA	Samenwerkingsverband gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg Regio Antwerpen
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VVKP	Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie

Literatuurstudie

1. Inleiding

Mentale gezondheidsklachten vormen een substantieel onderdeel van de gezondheidsklachten binnen de maatschappij en de dagdagelijkse praktijkvoering van de huisarts. Uit de gezondheidsenquête van Sciensano van 2018 blijkt dat een derde van de bevolking kampt met psychische problemen (1).

Door de coronacrisis werd de nood aan adequate psychologische begeleiding pas echt duidelijk. Veel meer mensen kampten door deze pandemie met psychische problemen, vooral jongeren (18-29 jaar). Binnen deze groep heeft een vierde aan zelfmoord gedacht (2).

Over het algemeen rapporteren inwoners van Brussel en Wallonië meer psychische problemen dan de Vlaamse inwoners. In de periode 2008-2013 nam de prevalentie van mentale problematieken fors toe over gans België (3). Wanneer we dieper op de mentale problematiek ingaan, dan zien we dat in 2018:

- 7% van de Belgische bevolking te kampen had met een eetstoornis.
- 11 % symptomen had, passend bij een angststoornis en een derde van hen zelfs ernstig getroffen werd.
- 9% van de bevolking te maken kreeg met een depressie, die in de helft van de gevallen een ernstige depressie was. Suïcidale ideaties en pogingen werden respectievelijk bij 4% en 0.2% van de bevolking gerapporteerd. Vier op vijf mensen met een depressie hebben hiervoor een gezondheidsmedewerker geraadpleegd.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen vaker een depressie rapporteren, maar de prevalentie daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt. Binnen de groep van mensen met een depressie nam 67% in 2018 hiervoor medicatie in, een sterke daling tegenover 84% in 2004. Men merkt ook een sterke stijging op van het aantal mensen dat deelneemt aan psychotherapie binnen deze groep: van 19% in 2004 naar 43% in 2018. De studie van Sciensano kon aantonen dat naarmate patiënten ouder worden, er meer gegrepen wordt naar medicatie en minder gebruik gemaakt wordt van psychotherapie. Overigens werd er ook opgemerkt dat er minder geneesmiddelen worden gebruikt en meer beroep wordt gedaan op psychotherapie wanneer het opleidingsniveau stijgt (1).

2. Organisatie geestelijke gezondheidszorg in België

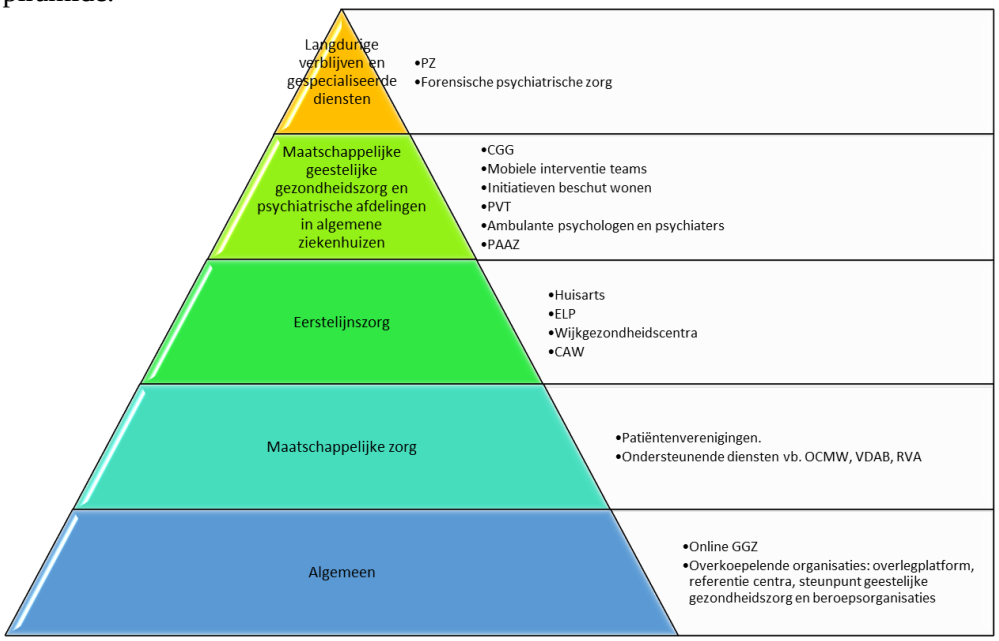
a. Algemeen

De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is volop in beweging, wat zich ook weerspiegelt in de frequente hervormingen van de afgelopen jaren. Een recente hervorming wordt ‘artikel 107’ genoemd. Dat artikel motiveert de verschuiving van de GGZ in het ziekenhuis naar een meer ambulante zorg. Zo had België in 2018 relatief gezien het op één na hoogste aantal psychiatrische bedden binnen de OESO-landen (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling), wat goed was voor meer dan 80 % van de financiële middelen van de GGZ. Verder beoogt artikel 107 om het stigma rond GGZ aan te pakken. Men stimuleert een verschuiving van het enge medische model naar een holistisch biopsychosociaal zorgmodel. Tot slot stelt het artikel ook dat er een differentiatie van de patiënten en de psychische problemen nodig is om meer zorg op maat te voorzien (3).

Het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uit 2019 stelt dat er een gebrek is aan gegevens over de Belgische GGZ. Het GGZ-aanbod is zeer uitgebreid en complex, wat ertoe leidt dat zowel patiënten als zorgverleners en beleidsmakers soms door de bomen het bos niet meer zien. Door de huidige situatie is er een matige kennis van het aanbod bij de GGZ-actoren (3).

b. De Belgische organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat GGZ een ruimer begrip is dan enkel preventie en therapie van mentale problemen. Huisvesting, tewerkstelling en andere aanverwante problemen behoren ook tot de verantwoordelijkheid van de GGZ (3). De Belgische GGZ kan afgebeeld worden als een piramide.



Figuur 1: Voorstelling van GGZ-landschap in België

De brede basis stelt de toegankelijke, laagdrempelige GGZ voor. Ze biedt ondersteuning voor de hele maatschappij, waarbij de nadruk ligt op preventie en vroegdetectie. De top van de piramide stelt de zeer gespecialiseerde diensten voor. De derde laag van de piramide staat voor de eerstelijnszorg met de huisarts en de ELP. Indien er zich een gezondheidsprobleem stelt, dan zijn huisartsen vaak het eerste aanspreekpunt. 70% van de Belgen die psychische ondersteuning zoeken, raadplegen eerst hun huisarts. Huisartsen spelen dus een belangrijke rol in de detectie, diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische problemen. Het is een uitdaging om een algemeen beeld van het Belgische GGZ-aanbod te schetsen, omdat er tot op heden geen overzichtsdocument bestaat. Er is een groot gebrek aan informatie over wie welke zorg aanbiedt (3).

Sinds kort wordt de eerste lijn opgedeeld in eerstelijnszones. Dat zijn netwerken van actoren in de eerste lijn in afgebakende regio's. Binnen deze netwerken wordt informatie uitgewisseld en wordt de werking op elkaar afgestemd. De netwerken gaan na welke zorgnoden er bestaan, om zo de gezondheidszorg te verbeteren. Een eerstelijnszone wordt bestuurd door een zorgraad. Vlaanderen telt 59 eerstelijnszones (4).

c. De eerstelijnspsychologie

Ontstaan

Uit de eerstelijnsgezondheidsconferentie van 2010 bleek dat er nog heel wat werkpunten waren voor de eerstelijns GGZ. Er was nood aan coördinatie, coherentie en samenwerking op eerstelijnsniveau. Verder was het voor kwetsbare en kansarme groepen moeilijk om toegang te krijgen tot voor hen betaalbare psychologische zorg en hadden zorgverleners uit de eerste lijn te weinig competenties op psychologisch vlak, waardoor maar in beperkte mate ingezet werd op preventie (5).

Om op al deze problemen een antwoord te bieden werd een beleidsvoorstel ingediend waarbij in zeven pilootprojecten in zeven regio's een ELP-functie werd uitgetest van 2012 tot 2015. Het project toonde aan dat er in 80% van de gevallen minder dan vijf sessies nodig waren en dat 19% tussen de vijf en de tien sessies nodig had. Verder zag men dat er een ontlasting was van de tweede lijn aangezien bijna de helft van de patiënten kon geholpen worden met deze kortdurende behandelsessies (5).

Definitie

Onder andere een nota van de Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVKP) schetst de functie van een ELP als volgt: een ELP is iemand die laagdrempelige en kortdurende psychologische hulp aanbiedt bij niet-complexe psychische klachten. Het is een psycholoog die instaat voor vroegdetectie en interventie, diagnostiek, intake, indicatiestelling en mogelijks doorstroming naar de tweede lijn. De oplossing in het hier en nu voor een specifiek probleem staat centraal. Het doel van een ELP is het verhogen van de autonomie en zelfredzaamheid van de patiënt om de evolutie naar complexe problematiek te voorkomen. Er wordt een beter inzicht gecreëerd in de eigen gedachten, gevoelens en problematiek en zo kan men dan op een andere manier met zijn eigen problemen omgaan. Het is de bedoeling dat patiënten autonoom aan de slag gaan met alle informatie en tips die zij krijgen van de ELP. Therapeutische interventies bevatten voornamelijk elementen uit verschillende evidence-based therapieën zoals cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en oplossingsgerichte therapie (6, 7, 8). Idealiter vindt er overleg plaats tussen de huisarts en de ELP. Die laatste voorziet kortdurende generalistische zorg, die zowel fysiek als financieel zeer toegankelijk is (7). Met deze grotere toegankelijkheid hoopt men psychische problemen te destigmatiseren (8). Er bestaan nog geen exacte cijfers van het aantal ELP'ers in België, al waren dat er meer dan 1000 in 2021 (9).

Om ELP te kunnen worden, moet er aan verschillende voorwaarden voldaan worden. Ten eerste moet de klinisch psycholoog of orthopedagoog over een visum en erkenning beschikken. Verder moet er een overeenkomst zijn met het netwerk waarbinnen men zich wil aansluiten. De kandidaat moet acht uur per week beschikbaar zijn voor ELP-zorg binnen één of meerdere netwerken. Er wordt verwacht dat de ELP deelneemt aan en ook ondersteuning biedt voor multidisciplinaire zorg. De ELP kan daarnaast een tweejarige opleiding volgen, aangeboden door de VVKP. De instapvoorwaarden hiervoor zijn een master in de psychologie of pedagogische wetenschappen en minstens zes maanden klinische ervaring (10, 11).

Vanaf april 2019 werd dit project uitgerold en werd terugbetaling voorzien voor volwassenen voor maximaal twee reeksen van vier sessies. Het remgeld bedraagt elf euro of vier euro respectievelijk voor patiënten zonder en met verhoogde tegemoetkoming (12, 13). Toen deze terugbetaling van kracht werd, moest iedereen die hiervan gebruik wilde maken, verwezen worden door een arts met een apart verwijsvoorschrift. Deze mocht maximaal één maand oud zijn. Er bestaat een gestandaardiseerde verwijsbrief van het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) die minstens de volgende elementen moet bevatten: de identificatiegegevens van de patiënt, eventueel recht op een verhoogde tegemoetkoming, een indicatiestelling voor de ELP, een datum en identificatiegegevens van de verwijzende arts (12, 13). Ondertussen is de voorwaarde van de verwijsbrief weggevallen. Patiënten kunnen dus rechtstreeks terecht bij een ELP. Bovendien is de eerste sessie voortaan gratis (12).

De psychologen ervoeren de verplichte doorverwijzing door een arts soms als een schending van hun beroepsautonomie en een medicalisering van de zorg. Verder zorgt de financiële toegankelijkheid ervoor dat iedereen een beroep kan doen op de diensten van een ELP, maar in realiteit merken de netwerken op dat vooral de mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming inbegrepen worden (7).

Er werd binnen het Samenwerkingsverband gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg Regio Antwerpen (SaRA) een interdisciplinaire samenkomst met artsen en psychologen uit de regio georganiseerd. Hierin werd onder andere nagegaan welke informatie huisartsen en psychologen van elkaar nodig hebben. Volgens het rapport vinden huisartsen het belangrijk om de hulpverlener te kennen waar zij naar doorverwijzen. Netwerkevents kunnen in dit opzicht heel nuttig zijn, maar ook online platformen met een oplijsting van de profielen van psychologen (inclusief foto en

achtergrondinformatie) worden als zinvol ervaren. De conventie heeft bepaald dat de ELP moet overleggen met de huisarts en er verslag van moet uitbrengen, indien de patiënt hier zijn goedkeuring voor heeft gegeven. De werkgroep kon drie belangrijke momenten aanduiden waarop contact zinvol lijkt. Het eerste contact is wenselijk na de verwijzing. Informatie die op dit punt nuttig is voor de ELP is: de verzekerbaarheid van de patiënt, relevante antecedenten en de hulpvraag. Het ICE-model (Ideas, Concerns and Expectations) kan handig zijn voor huisartsen bij deze communicatie, alhoewel een deel van de psychologen liever zelf exploreert bij de patiënt. Het kan dus zinvol zijn om de aanpak van de andere hulpverleners binnen het netwerk te kennen. Artsen horen na hun verwijzing graag of de patiënt goed is aangekomen en of de begeleiding al dan niet werd opgestart. Een volgend contact vindt idealiter plaats na de eerste vier sessies. Zo kan informatie ingewonnen worden over: de evolutie van de klachten, de behandeldoelen en of een verlenging van het behandeltraject zinvol is. Het derde contact vindt bij voorkeur plaats op het einde van het therapeutische traject. De artsen gaven aan dan graag op de hoogte gesteld te worden over het verloop van de behandeling, de evolutie van de eventuele klachten, of verdere therapie vereist is en of er aandachtspunten zijn voor de toekomst. Daarnaast ervaren huisartsen het ook als zinvol om te overleggen bij het voorschrijven van medicatie en arbeidsongeschiktheid. De meeste psychologen daarentegen vinden het bij deze twee items voldoende om door de patiënt op de hoogte gesteld te worden (8).

Een kleine kanttekening hierbij is dat de ELP aangeeft dat het binnen de huidige werking quasi onmogelijk is om op al deze momenten overleg te plegen met de huisarts. De ELP'ers van deze werkgroep suggereren om enkel overleg te plegen wanneer dat aansluit bij de noden van de patiënt of zijn/haar evolutie (8).

Nieuwe ontwikkelingen

Protocolakkoord

Een nieuw protocolakkoord betreffende een gecoördineerd beleid voor de versterking van het psychische zorgaanbod werd op 2 december 2020 naar buiten gebracht. De opzet van het protocolakkoord is dan ook om de GGZ laagdrempeliger te maken in samenwerking met de andere zorgverstrekkers van de eerste lijn (14).

België is opgedeeld in verschillende geestelijke gezondheidsnetwerken die het protocolakkoord een richtinggevende rol en budget toebedeelt om projecten uit te rollen voor de GGZ van de eerste lijn. Het akkoord stelt "matched care", geïntegreerd in multidisciplinaire eerstelijnszorg, centraal. Dat wil zeggen dat er voor de rechthebbende patiënt een geïntegreerd aanbod voorzien wordt en men de zorg zoveel mogelijk dient af te stemmen op de persoonlijke situatie en competenties van de patiënt (14).

De taken van dit protocolakkoord worden in twee functies gegoten: de functie ELP-zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg. Een onderscheid tussen beide functies is belangrijk voor de organisatie. In de loop van de behandeling kan ook een heroriëntatie van de behandeling plaatsvinden (bv. eerste lijn verwijst door naar gespecialiseerde psychologische zorg of andersom). Indien de patiënt hiermee akkoord is, dient er communicatie te zijn met de arts die het globaal medisch dossier (GMD) houdt wanneer een psychologische interventie plaatsvindt, stopgezet wordt of bij doorverwijzing naar meer gespecialiseerde psychologische zorg. De communicatie moet bedoeld zijn om huisartsen te informeren over de begeleiding en correcte opvolging te voorzien (14).

Dit akkoord kent vier grote doelen: de gezondheidszorg verbeteren, de geleverde kwaliteit verhogen, betere werkomstandigheden voor de zorgverleners creëren en het verkregen budget efficiënt inzetten (14).

Het persoonlijk aandeel voor patiënten bedraagt vier euro met verhoogde tegemoetkoming en elf euro zonder verhoogde tegemoetkoming. Voor een groepssessie bedraagt het persoonlijk aandeel van de patiënt 2,5 euro (14). Vanaf september 2021 werd dit project in de praktijk uitgerold in Vlaanderen (15).

De functie eerstelijnspsychologische zorg

De functie ELP-zorg dient laagdrempelig en voor iedereen toegankelijk te zijn en voorziet: preventieve interventies, psycho-educatie en ondersteuning van zelfzorg en veerkracht. Een patiënt kan zichzelf aanmelden of doorverwezen worden door een hulpverlener. Er is dus geen verplichte doorverwijzing van een huisarts of andere arts meer nodig. Tijdens een eerste contact wordt de zorgvraag verduidelijkt en een functioneel bilan opgesteld samen met hulpverleners uit de eerste lijn. Op basis hiervan wordt ingeschat of een doorverwijzing naar meer gespecialiseerde psychologische zorg wenselijk is. De patiënt kan dan aangemeld worden bij het netwerk gespecialiseerde ambulante GGZ (bij de functie gespecialiseerde psychologische zorg). Tevens dient het functioneel bilan als een communicatiemiddel tussen de verschillende partners in het netwerk. Het is verplicht voor de ELP om het functioneel bilan op te stellen, maar het doorsturen ervan kan gezien het beroepsgeheim nooit verplicht worden (14).

Er wordt geprobeerd om de eerste individuele sessie te laten plaatsvinden binnen een tijdspanne van één maand na de aanmelding. Elke volwassene of oudere heeft per jaar recht op een vergoeding van maximaal acht persoonlijke sessies en vijf groepssessies. Voor kinderen (t.e.m. 23 jaar) zijn respectievelijk tien en acht sessies vergoedbaar (14, 15).

De functie gespecialiseerde psychologische zorg

Deze functie wordt ingezet bij mensen die op basis van hun onderliggende problematiek nood hebben aan gespecialiseerde zorg. De nadruk ligt hierbij op psychodiagnostiek en therapie. Bij volwassenen zijn gemiddeld acht tot maximaal twintig individuele sessies vergoedbaar of maximaal twaalf groepssessies. Bij kinderen zijn er gemiddeld tien tot maximaal twintig individuele sessies vergoedbaar of vijftien groepssessies (14, 15).

Een belangrijke noot hierbij is dat de gespecialiseerde psychologische functie enkel terugbetaald wordt wanneer er een aanmelding bij de gespecialiseerde ambulante GGZ is gebeurd op basis van een functioneel bilan. Het functioneel bilan moet worden opgesteld door een klinisch psycholoog of orthopedagoog en een arts volgens de afspraken binnen het netwerk. Tijdens de individuele therapiesessies dient via het functioneel bilan een tussentijdse evaluatie opgemaakt te worden. Indien de behandelaar inschat dat er onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de zorgvraag omdat het aantal sessies onvoldoende is of omdat er crisiszorg moet verleend worden, dan kan de behandelaar doorverwijzen naar meer intensieve gespecialiseerde GGZ. Deze doorverwijzing wordt gecoördineerd door een multidisciplinair team, bestaande uit minstens drie zorgverleners. De patiënt dient hier wel zijn goedkeuring voor te geven. Dit multidisciplinair overleg (MDO) wordt één keer per jaar vergoed (11, 14).

Methodologie

1. Onderzoeksvragen

In deze masterproef proberen we een antwoord te bieden op de volgende vragen:

- Hoe ervaren huisartsen en eerstelijnspsychologen de huidige samenwerking? Wat is goed en wat kan beter?
- Welke drempels en succesfactoren ervaren deze twee eerstelijnspartners in de samenwerking?

2. Databanken en sleutelwoorden

Er werd gezocht naar literatuur over de samenwerking tussen huisarts en ELP. Hiervoor werden verschillende databanken geraadpleegd: Google, Google Scholar en PubMed. Via de sneeuwbalmethode werden zo andere nuttige artikelen verkregen uit de reeds geselecteerde artikelen. Verder werden de databanken van Sciensano en het KCE doorzocht op interessante informatie.

Volgende zoektermen en hun combinaties werden gebruikt: 'eerstelijnspsycholoog', 'huisarts', 'samenwerking', 'overleg', 'terugbetaling', 'geestelijke gezondheid', 'organisatie', 'communicatie', 'overleg' en 'generalistische basis GGZ'.

3. Methodologie van het veldonderzoek

a. Opzet van de studie

Allereerst werden er een-op-een oriënterende semigestructureerde interviews afgenomen bij huisartsen en ELP'ers om te exploreren welke thema's er allemaal leven over bovenstaande onderzoeksvragen. De keuze viel op semigestructureerde interviews, omdat er zo per onderwerp nog kon doorgevraagd worden afhankelijk van het gegeven antwoord. De onderwerpen en hoofdvragen werden vooraf opgesteld op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek en de onderzoeksvraag. Daarbij werden volgende onderwerpen als kapstok gebruikt: sociodemografisch, ELP-functie, samenwerking (doorverwijzing en communicatie), de nieuwe conventie en verbeterpunten (zie bijlage 5). Er werd gestreefd naar het afnemen van negen interviews bij zowel huisartsen als ELP'ers. Na een eerste evaluatie van de bekomen data bleek dat er datasaturatie was opgetreden en dat negen interviews voldoende waren. Een informed consent form (ICF) (zie bijlage 3) werd voorzien en de vragenlijsten werden ook goedgekeurd door het Ethisch Comité (zie bijlage 2).

Hierna volgde een kwantitatief luik binnen onze masterproef. Op basis van de antwoorden van de interviews werden twee bredere aparte vragenlijsten opgesteld voor de huisartsen (zie bijlage 8) en ELP'ers (zie bijlage 9), de vragenlijsten verkregen via een amendement ook goedkeuring van het Ethisch Comité (zie bijlage 7). Deze vragenlijsten hadden als doel om af te toetsen of de bekomen antwoorden van de interviews ook naar een breder publiek veralgemeend kunnen worden en om de resultaten uit de interviews te kwantificeren. De vragenlijst voor de huisarts en ELP peilde naar de sociodemografie, samenwerking, doorverwijzing: frequentie doorverwijzen, het profiel van de patiënten, de verwijzing, communicatie: algemeen, communicatie: tijdens de behandeling, communicatie: na de behandeling, nieuwe terugbetalingsmodaliteiten en suggesties voor verbetering.

b. Rekrutering deelnemers

Interviews

Voor de interviews werden de deelnemers gecontacteerd vanuit de lokale netwerken van de huisartsen-in-opleiding (HAIO) op basis van demografische gegevens, geslacht, leeftijd en type praktijk. Dit om de antwoorden zo representatief mogelijk te houden en een zo breed mogelijk beeld te krijgen van wat er leeft binnen beide partijen. Zo werden negen huisartsen en negen ELP'ers gerekruteerd uit de regio's groot Gent, Meetjesland, Zuid-West-Vlaanderen en de Vlaamse Ardennen. De interviews werden allemaal uitgevoerd tussen 1 januari 2022 en 30 april 2022.

Vragenlijsten

Voor de vragenlijsten werden de deelnemers gerekruteerd via verschillende kanalen. De huisartsen werden gecontacteerd via de huisartsenkringen en de masterproef werd mondeling voorgesteld op enkele bijscholingen en lokale kwaliteitsgroepen (LOK). Daarnaast werd een verzoek tot deelname gepubliceerd in de nieuwsbrieven van het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO). De psychologen werden via mail aangeschreven met contactgegevens die online te vinden waren. Via een online link konden zowel het ICF als de vragenlijst geraadpleegd worden. De online vragenlijsten stonden open van 18 oktober 2022 tot en met 26 december 2022.

c. Analyse van de resultaten

Interviews

De diepte-interviews werden allemaal opgenomen, tijdelijk opgeslagen, gepseudonimiseerd en uitgetypt. De interviews werden daarna geïmporteerd in NVivo. Elk van ons stelde een aparte codeboom voor huisarts en ELP op vanuit de interviews die hij/zij zelf afgenomen had. De codebomen werden daarna met elkaar vergeleken en zodoende werd een gemeenschappelijke codeboom opgesteld voor de huisarts en voor de ELP (zie bijlage 4). Er werd verder een synthese gemaakt van de interviews.

Vragenlijsten

De vragenlijsten werden opgemaakt in het programma Qualtrics en verstuurd naar de huisartsen en ELP'ers. De resultaten werden geëxporteerd naar het statistiek programma SPSS. Hierop werd beschrijvende statistiek uitgevoerd. Na een eerste nazicht van de resultaten werd er besloten om de vragen met een schaal van 0-10 te herleiden naar een schaal van 0-5. De herleiding gebeurde als volgt: 0-1 = 1 → nooit/helemaal niet; 2-3 = 2 → soms/eerder niet; 4-6 = 3 → neutraal; 7-8 = 4 → vaak/eerder wel; 9-10 = 5 → altijd/helemaal wel. Daarna werd beschrijvende statistiek op de vragen uitgevoerd. Bij enkele vragen bestond de mogelijkheid om nog een vrij aanvullend antwoord te geven. Van deze antwoorden werd de kern samengevat.

Resultaten kwalitatief onderzoek

1. Interviews met de eerstelijnspsycholoog

Functie ELP

Kernwoorden die vaak terugkomen wanneer een ELP zijn of haar functie moet omschrijven zijn: laagdrempelige psychologische hulp bieden voor licht tot matige psychische problemen, veerkracht bevorderen, psycho-educatie, inschatten of een doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is en "EHBO voor de psyche". ELP'ers ervaren ook veel uitdagingen bij het uitoefenen van hun job: een grote variatie aan pathologieën, beperkte terugbetaling van maar acht sessies, gebrek aan ruimte voor diagnostiek, hoge verwachtingen van de patiënt en het beheren van een drukke agenda.

"Eigenlijk probeer ik als ELP de mensen terug een beetje in hun kracht te zetten. Ik probeer hen uit te leggen dat ze even de pedalen kwijt zijn en dat we ervoor gaan zorgen dat die veerkracht terugkomt." ELP 7 over omschrijven ELP-functie

Doorverwijzing

De belangrijkste doorverwijzers zijn huisartsen en psychiaters. Ook andere sociale diensten (bv. het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB)) sturen patiënten naar een ELP. Een minderheid van de patiënten gaat op eigen initiatief naar een ELP. Een ELP gaf aan dat het heel belangrijk is dat patiënten autonoom kunnen beslissen om naar een ELP te gaan zonder tussenkomst van de huisarts. Enkele ELP'ers vonden het vroegere verplichte verwijsvoorschrift om naar een ELP te kunnen geen meerwaarde wegens de administratieve rompslomp en de korte geldigheidsduur van een maand. Het is huisartsafhankelijk of patiënten tegenwoordig een extra verwijsbrief mee hebben bij doorverwijzing. ELP'ers vinden een extra verwijsbrief soms wel interessant, maar de meesten vinden het echter niet noodzakelijk. Topics die nuttig zijn voor de ELP'ers zijn: voorgeschiedenis, diagnose, medicatie en (familiale) context. Er wordt soms wel gebeld als er onduidelijkheid is bij de doorverwijzing.

"Dat is een tijd lang zo geweest als ELP, dat je eigenlijk maar mensen kon zien mits een voorschrift van een huisarts of een psychiater. We hebben dat eigenlijk altijd als onheus beschouwd, in die zin dat mensen eigenlijk ook rechtstreeks toegang moeten hebben tot psychologische zorg." ELP 2 over het vroegere verplichte verwijsvoorschrift

De belangrijkste problematieken bij de ELP zijn depressie en angsten. Verder werd er een toename van psychosociale problemen opgetekend sinds de COVID-19-epidemie. Slaapproblemen en verslavingsproblematiek worden minder opgepikt in het ELP-circuit.

Zo goed als iedere ELP geeft aan dat de initiële indicatiestelling op het verwijsvoorschrift te beperkt was. Het was een te medische manier om naar de problematieken te kijken. Een psycholoog heeft nu eenmaal de taak om naar de volledige mens te kijken en psychologische problemen te zien in al hun complexiteit.

Samenwerking met de huisarts

De samenwerking met de huisarts wordt als belangrijk ervaren zodat er ook vanuit een geneeskundig oogpunt naar het probleem van de patiënt gekeken wordt. Sommige ELP'ers halen echter aan dat het vooral een administratieve opdracht is en er weinig direct contact is. Een van de ELP'ers merkte op dat het systeem van ELP-zorg bij huisartsen onvoldoende gekend is. De oorzaak hiervoor legt hij bij de gebrekkige communicatie vanuit het systeem. De ELP'ers zien meerwaarde in een vestiging in de huisartsenpraktijk. Ze vinden het gemakkelijk en het lijkt hen ook drempelverlagend dat patiënten binnen eenzelfde gebouw doorverwezen worden. Er kan sneller informeel en tussendoor overlegd worden. Een ELP maakte echter de bedenking dat het ook drempelverhogend kan zijn omdat de privacy van de patiënt teniet wordt gedaan wanneer die in dezelfde wachtzaal zit als de andere patiënten.

"Heel vlot eigenlijk. Positief. Euhm ja, ik denk dat we er allebei zijn met hetzelfde doel he. De patiënt helpen en ondersteunen. Ik had niet gedacht als ik eraan ging beginnen dat de huisartsen zo vlot het systeem gingen gebruiken." ELP 4 over samenwerking huidige situatie

De verwijzende huisartsen

Bij de verwijzingen van de huisarts merken de ELP'ers een positieve evolutie op. Zo is er meer openheid in de samenwerking. Er is echter een groot verschil tussen huisartsen onderling. Er zijn huisartsen die snel doorverwijzen, ofwel omdat zij de snelle opstart van psychologische hulp belangrijk vinden, ofwel omdat zij de indruk hebben te veel psychologische problematiek te zien en daarom de zorg voor de patiënt sneller bij de psycholoog leggen. Tot slot zijn er huisartsen die graag zo veel mogelijk op zich willen nemen alvorens patiënten door te verwijzen.

"Ik vind dat er een positieve evolutie aan het komen is. Vroeger had je zo 'artsen verwijzen enkel maar door naar artsen'. Als psycholoog vielen wij daar eigenlijk buiten. En ik denk dat er daar wel een enorme kentering is. Er is veel meer openheid bij huisartsen om dingen te bespreken en zo." ELP 1 over de verwijzende huisarts

ELP'ers merken op dat ze van huisartsen gemakkelijker een doorverwijzing krijgen als er in het verleden een positieve ervaring was met een andere patiënt van die huisarts. Door frequenter samen te werken, leren ELP en huisarts elkaar beter kennen. Ze weten wat ze aan elkaar hebben en hierdoor verloopt de samenwerking tegenwoordig vlotter. Een ELP zegt liever te hebben dat huisartsen sneller doorverwijzen vooraleer medicatie op te starten.

Drempels en succesfactoren

Een drempel voor het overleg is het feit dat het soms moeilijk is om een gepast moment te vinden voor zowel de ELP als de huisarts. Daarnaast zijn er nog steeds heel wat huisartsen die het ELP-concept nog niet goed kennen en hun patiënten er dus niet naar doorverwijzen, al wordt er aangegeven dat huisartsen steeds beter op de hoogte zijn. Een andere succesfactor voor de samenwerking is het feit dat huisartsen ook beter nadenken over de inschakeling van psychologische hulp en er meer aandacht is voor psychologische problemen. Als beide groepen elkaar beter leren kennen, dan zullen er ook betere doorverwijzingen volgen.

"Ik weet eigenlijk nooit goed wanneer ik een huisarts het best kan storen of niet. Meestal zitten zij met patiënten en wij moeten de dingen bespreken terwijl er een patiënt voor hen zit." ELP 1 over aanbeveling bevordering samenwerking

Communicatie met de arts

De opinies van de ELP'ers over de communicatie met de huisartsen zijn wisselend. Enkele ELP'ers zijn tevreden omdat de doorstroom van informatie goed verloopt. Andere zijn minder tevreden omdat de communicatie beperkt is en contactgegevens van de huisartsen moeilijk te vinden zijn. Sommige ELP'ers geven aan dat systematisch overleg niet interessant is.

ELP'ers stippen aan dat zij meestal het initiatief nemen voor overleg. Zo zullen ze bellen als er extra informatie nodig is, bij dringende zaken of op vraag van de patiënt. Er wordt meestal een intakeverslag doorgestuurd naar de huisarts, maar de manier waarop, de inhoud en het tijdstip verschillen. Dat gebeurt zowel via een brief als via een online platform. De ELP'ers zien de meerwaarde in van een online platform. Eén van de ELP'ers geeft aan dat een kort antwoord van de huisartsen wel fijn zou zijn.

"Anderzijds is dat misschien ook niet nodig. We moeten ook niet communiceren om te communiceren en iedereen doet zijn werk. We moeten ook niet te veel overleggen, want dat is ook allemaal tijd he natuurlijk. Maar een korte respons van de huisarts zou wel fijn zijn. Omdat je dan weet dat je gehoord geweest bent, dat dat berichtje ontvangen geweest is." ELP 3 over communicatie intakeverslag

Communicatie tijdens de behandeling

De communicatie tijdens de behandeling met de huisarts wordt soms als aangenaam ervaren, maar ook negatieve ervaringen zoals een discussie rond medicatie werden beschreven. De telefoon is het belangrijkste communicatiemiddel, zeker als het dringend is. Maar ook online brieven en e-mail, hoewel

niet conform de GDPR-wetgeving (General Data Protection Regulation), worden gebruikt om te communiceren. De voornaamste onderwerpen van overleg zijn acute situaties (bv. suïcidegevaar), de duur en verlenging van arbeidsongeschiktheid, medicatiebeleid en -misbruik. Daarnaast overleggen ELP'ers ook nog rond de diagnostiek, verder beleid en somatische problemen bij de patiënt. Het gebrek aan een veilig communicatiesysteem conform de GDPR-wetgeving vormt voor één ELP een echte drempel om te communiceren. Er zijn ook ELP'ers die het KOP-model (klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl) gebruiken om informatie terug te koppelen. Eén ELP geeft aan dat haar collega's te weinig terugkoppeling krijgen van huisartsen.

Communicatie na de behandeling

Sommige ELP'ers communiceren altijd na het afronden van de therapie, anderen soms. Er wordt op verschillende manieren gecommuniceerd. Per telefoon, per e-mail met toestemming van de patiënt, via een beveiligd platform of via een bilan dat op het einde van de therapie aan de patiënt meegegeven wordt. Er wordt gecommuniceerd als er door de huisarts nog iets moet opgevolgd worden, om het therapeutisch proces wat samen te vatten of als er een gezamenlijke visie nodig is over bijvoorbeeld medicatie of arbeidsongeschiktheid. Door sommige ELP'ers wordt een eindbilan als onnodig of als een ballast ervaren. Ook de tijdsinvestering vormt een drempel.

De psycholoog en zijn beroepsgeheim

ELP'ers verklaren niet alle informatie door te geven aan de huisarts. Ze toetsen af met de patiënt welke informatie er gedeeld kan worden. Zo zal enkel de strikt noodzakelijke informatie voor de reden van contact teruggekoppeld worden. Er wordt veeleer een beschrijving van de algemene situatie gegeven dan een letterlijke weergave van het gesprek. Dankzij die aanpak zal een patiënt zelden weigeren om informatie te delen. Redenen van patiënten om terugkoppeling naar de huisarts te weigeren zijn dat de huisarts nog familieleden kent, er sprake is van overspel of het gaat over seksualiteit. Het is belangrijk voor de ELP te weten waarom een patiënt weigert informatie te delen.

De nieuwe conventie

ELP'ers geven aan dat het een goede zaak is dat patiënten zelf kunnen kiezen bij welke psycholoog ze langsgaan. Ook het feit dat patiënten zonder tussenkomst van de huisarts bij een ELP terecht kunnen zal voor een (beperkte) groep de drempel verlagen. Toch komen de meeste patiënten nog altijd op verwijzing van de huisarts. De drempel wordt verder nog verlaagd doordat patiënten niet hoeven te betalen voor het eerste consult. Eén ELP haalt aan dat de lage kostprijs voor patiënten een gevaar kan vormen. Patiënten zijn zo mogelijk minder geëngageerd en komen dan soms niet naar de afspraak. Eén van de ELP'ers oppert het idee van een ander terugbetalingssysteem waarbij de patiënt rechtstreeks naar de ELP kan komen en nadien een deel terugbetaald krijgt van het ziekenfonds.

"(...) En er zijn mensen die ervoor kiezen om rechtstreeks naar een psycholoog te gaan en die moeten dat volste recht hebben, vind ik. Er zijn mensen aan wie je niet kunt vragen om nog eens hun verhaal bij de huisarts te gaan doen. Maar er zijn er ook heel veel die wel via de huisarts komen en daar ben ik dan ook heel blij mee omdat we dan kunnen samenwerken. Maar het mag geen verplichting zijn, vind ik." ELP 1 over wegvallen verwijsvoorschrift

De nieuwe conventie verplicht het gebruik van een elektronisch patiëntendossier zodat er sneller een brief kan verstuurd worden naar de huisarts. ELP'ers vinden het spijtig dat er nog steeds onduidelijkheid heerst over het platform. Verder vrezen ELP'ers voor lange wachtlijsten door de nieuwe conventie. Er zijn namelijk te weinig psychologen en het lijkt erop dat de budgetverhoging te beperkt is. Het aanbod moet uitgebreid worden. Eén ELP vindt dat ze zelf wachtlijsten moeten vermijden door patiënten niet te snel een vervolgafspraak te geven. Daarbij rijst de vraag of er wel gewerkt moet worden met wachtlijsten of dat er eerder moet doorverwezen worden naar collega's. Een andere uitdaging voor de ELP is om tijdig door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. ELP'ers vinden het goed dat er meer budget naar de ELP-functie gaat, maar er wordt opgemerkt dat de gezondheidszorg zo alleen maar duurder wordt.

De bevraagde ELP'ers zijn het er niet over eens of de komst van de nieuwe conventie invloed zal hebben op hun samenwerking met de huisarts. Een ELP geeft aan dat wanneer een patiënt rechtstreeks naar een

ELP gaat, dit misschien wel iets kan zeggen over de relatie met zijn/haar huisarts. Ze merken wel op dat de nieuwe conventie zorgt voor meer aandacht voor toegankelijkere psychologische zorg. De doorverwijzing wordt laagdrempeliger door de betere terugbetaling voor patiënten. ELP'ers hopen dat er misschien ruimte zal vrijkomen om een vergoeding aan te vragen voor overleg. Een andere ELP haalt aan dat lokaal overleg en meer multidisciplinair werken stimulerend zou zijn voor de samenwerking.

De meningen van de ELP'ers zijn verdeeld over het functioneel bilan. Enerzijds vinden sommigen het arbeidsintensief en stellen ze in vraag of het wel altijd nuttig is. Anderzijds halen enkelen aan dat het een manier is om contact met de huisarts te leggen. Het is aangenaam dat er een vergoeding tegenover staat. Het blijft voor hen echter onduidelijk welke informatie moet worden meegedeeld en wanneer dit het beste wordt opgesteld (reeds na de eerste of tweede sessie). Ze zien het functioneel bilan als steun in de communicatie.

De netwerkgestuurde werking heeft als voordeel dat er gemakkelijk opleidingen en intervisies georganiseerd kunnen worden. Een valkuil kan zijn dat de organisatie de therapiestroming van de ELP beïnvloedt.

2. Interviews met de huisartsen

<u>Begripsomschrijving ELP</u>
De meerderheid van de respondenten beschrijft het begrip ELP als een soort van psychologische ondersteuning waar men laagdrempelig bij terechtkan voor een kortdurende behandeling aan verhoogde terugbetaling, nauw aansluitend op de eerste lijn. Enkele huisartsen voegen nog toe dat het moet gaan om een lichte tot matig-ernstige problematiek. Huisartsen schrijven volgende functies toe aan een ELP: triëren, detecteren en exploreren van het probleem en doorverwijzen indien nodig. Andere functies die ook nog vermeld worden door enkele huisartsen zijn ondersteuning van de diagnostiek, inschatten van de ernst, psycho-educatie, hulp bij inschatting van de duur van de arbeidsongeschiktheid en ondersteuning voor relaxatieoefeningen. Het merendeel van de huisartsen vindt dat de functies door de ELP goed uitgevoerd worden. Velen maken hier wel de kanttekening dat er ook wel 'een klik' nodig is tussen de patiënt en de ELP.

<u>Samenwerking met de ELP</u>
Ongeveer 10 tot 50% van de verwijzingen naar een psycholoog zijn naar een ELP. De meeste geïnterviewde huisartsen raadplegen het internet voor gegevens en beschikbaarheden van de ELP'ers. Ze kijken op de algemene site van de eerstelijnszone of op de eigen website van de psycholoog. Sommige praktijken beschikken over een sociale kaart en beroepen zich op de eigen ervaring en die van collega's om door te verwijzen. Er bestaan ook lijsten van de ziekenfondsen die soms worden geraadpleegd. Toch merkt iedereen op dat het niet evident is om door de bomen het bos nog te zien. De bevraagden geven allemaal aan dat er weinig structuur is. De meeste huisartsen stippen aan dat ze wel baat zouden hebben bij een globaal overzicht van hulpverleners waarbij de specialisatie van de psycholoog ook nog eens vermeld staat.

"(...) want het klopt wel, het landschap van de psychologen is chaos. Maar dat is niet alleen bij de psychologen, dat is nog veel erger als je het hebt over de psychische hulpverlening in het algemeen. Daar wil ik graag wat meer zicht op hebben, maar dat ligt helemaal niet aan de psychologen op zich. Dat ligt aan de manier waarop die organisaties te werk gaan." Huisarts 2 over het overzicht van de GGZ

Voorstanders van het idee om een ELP in een huisartspraktijk te vestigen, halen aan dat het drempelverlagend kan werken. Andere argumenten zijn dat er mogelijkheid is tot snel overleg en betere samenwerking. Een groot deel van de bevraagde huisartsen is echter geen voorstander. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend. De huisartsenpraktijk heeft bv. niet voldoende ruimte, het kan te directief zijn of er zal niet altijd naar de ELP van de praktijk verwezen worden. Het is volgens sommige huisartsen ook goed wanneer de patiënt zelf op zoek moet gaan naar een ELP gezien dit van motivatie getuigt.

Verder zou het ook de drempel kunnen verhogen voor de patiënt wanneer hij/zij door de psycholoog uit de gemeenschappelijke wachtzaal wordt gehaald.

"Wat kan een psycholoog hier in zijn eentje doen met vier artsen? We zouden ook niet per se verwijzen naar die persoon. (...) Maar je kunt de mensen niet verplichten om naar de psycholoog in jouw praktijk te gaan. Er zijn al contacten geweest, maar het bleek telkens te struikelen op 'te klein'. En ik vind mensen kunnen zich ook wel verplaatsen he, dat is deel van de motivatie." Huisarts 2 over de aanwezigheid van een ELP in de huisartspraktijk

<u>Ervaring samenwerking met de ELP</u>
De meeste huisartsen hebben positieve ervaringen met de ELP. Een huisarts beschrijft dat het fijn is om te zien dat mensen die normaal geen toegang zouden hebben tot psychologische hulp, die nu toch krijgen dankzij het ELP-project. Een andere huisarts zegt veel positieve feedback te krijgen, mits een goede indicatiestelling van de huisarts. Twee huisartsen beschrijven negatieve ervaringen. De ene vindt de wachtlijsten te lang en de suggesties van de ELP betreffende arbeidsongeschiktheid en medicatie niet gepast. Bij een andere huisarts waren de patiënten niet zo positief omdat ze het gevoel hadden niet gehoord te zijn of dat er geen tijd was voor een vervolgafspraak.

<u>Doorverwijzing naar de ELP</u>
De meeste huisartsen geven aan dat de lage kostprijs voor hen wel drempelverlagend werkt omdat ze dan niet meer moeten nadenken of het financieel haalbaar is voor de patiënt. Andere drempelverlagende factoren zijn de snelheid waarmee de hulp beschikbaar is, de oriënterende functie en de gerichte werking van de ELP.

Drempels die de huisartsen ervaren om door te verwijzen naar een ELP zijn een te lange wachttijd en een korte behandelingsduur. Drempels, volgens de huisarts, voor patiënten om naar een ELP te gaan zijn weinig motivatie voor psychologische hulp, de korte behandelingsduur en het tijdsintensieve karakter. Andere redenen zijn dat de patiënt er zelf nog niet klaar voor is en wordt gepusht door de omgeving, schroom om met iemand te moeten gaan praten, de kostprijs (ondanks de terugbetaling) en geen vertrouwen in een psycholoog in het algemeen. Als artsen vermoeden dat het om een lang traject zal gaan of als er een ernstige problematiek aanwezig is, kiezen ze eerder voor een reguliere psycholoog.

"Ik kijk ook een beetje naar de financiële situatie en naar de problematiek. Is het iets dat al langer bestaat of is het een nieuwe diagnose van depressie of burn-out ofzo en hoe diep is het. Want ik zie de ELP nog relatief vroeg in het verhaal. Als het een langdurig traject wordt, dan kijk ik daar eigenlijk niet naar." Huisarts 4 over de doorverwijzing naar de ELP

<u>Informatie bij doorverwijzing</u>
De meeste huisartsen geven bij doorverwijzing enkel het verplichte verwijsvoorschrift[1] mee zonder een aparte verwijsbrief. Ze vinden namelijk dat een ELP niet bevooroordeeld mag zijn. Als er dan toch nog relevante informatie moet worden meegedeeld, dan gebeurt dat meestal telefonisch. Als informatie bij een doorverwijzing wordt gedeeld, schetsen de meeste huisartsen de context, medicatie en medische antecedenten. Sommigen wijden ook uit over de hulpvraag, de problematiek en elementen die de ernst helpen duiden (bv. suïcidaliteit).

"Ik geef niet systematisch een verwijsbrief mee, voor een stuk eigenlijk omdat ik vind dat de psycholoog dan onbevooroordeeld naar iemand luistert of kijkt. Ik heb dat wel al ooit gedaan, maar meer niet dan wel. Niet uit luiheid, maar ik vind dat de persoon zelf zijn verhaal moet kunnen doen." Huisarts 9 over een extra verwijsbrief

De meeste huisartsen geven de contactgegevens van meerdere ELP'ers mee aan hun patiënten zodat deze zelf een afspraak kunnen maken eens ze er klaar voor zijn. Een minderheid van de huisartsen gaat zelf een afspraak maken voor een patiënt. De belangrijkste reden om dit niet te doen is omdat het een blijk van motivatie is wanneer de patiënt zelf zijn afspraak vastlegt bij de ELP. Ook de keuze voor een ELP laten huisartsen liever over aan de patiënt zelf. Eén van de huisartsen maakt soms wel zelf een afspraak als de patiënt erg diep zit.

[1] noot: de interviews werden afgenomen tijdens de overgang naar de nieuwe conventie

Communicatie

Alle geïnterviewde artsen geven aan meerwaarde te zien in feedback van de ELP'ers. Het interesseert de huisartsen wat er met hun patiënten gebeurt. Eén huisarts heeft ook de indruk dat meer communicatie de samenwerking zou bevorderen. Het kan ervoor zorgen dat iedereen op dezelfde golflengte zit en dat er sneller kan worden ingepikt op het verhaal. Een andere huisarts beschrijft ook dat hij/zij vermoedt dat een volgend contact gemakkelijker gelegd wordt als er al eens overleg geweest is. Enkele huisartsen zien een meerwaarde in een online overlegplatform.

"Als ik een verslag heb, heb ik wel het gevoel dat ik meer kan inpikken op wat de psycholoog doet en dat we dan wel meer op één lijn kunnen werken. Soms heb ik het gevoel door geen verslagen te krijgen dat we op twee sporen werken: dat ik mijn idee heb hoe we het aanpakken voor de patiënt en dat de psycholoog dit ook heeft en dat we niet echt samenwerken. En het zou wel een meerwaarde zijn als we kunnen samenwerken en zo vermijden de patiënt van de ene naar de andere kant te trekken." Huisarts 8 over toegevoegde waarde van communicatie

Overleg tijdens de behandeling

Er wordt meer niet dan wel overlegd. Eén huisarts krijgt feedback na ongeveer de helft van de doorverwijzingen naar een ELP, terwijl er bij andere huisartsen zelden overleg is tijdens de behandeling. De meeste huisartsen ervaren dat het initiatief voor een overleg tijdens de behandeling vooral bij de ELP'ers ligt omdat die vaak de nood voor overleg ervaren. Twee huisartsen geven aan dat de gevoelige aard van de gesprekken bij de psycholoog hen soms wat tegenhouden om zelf contact op te nemen met een ELP. De meeste huisartsen geven echter aan dat ze het niet erg zouden vinden om zelf contact op te nemen met de ELP'ers als dat nodig blijkt te zijn.

De meeste communicatie tijdens de behandeling wordt als positief ervaren. De onderwerpen die vaak besproken worden zijn arbeidsongeschiktheid, suggesties voor medicatie en acute situaties (agitatie, suïcidaliteit…). Enkele andere onderwerpen zijn context en verlenging alsook verloop van de behandeling. De communicatie tijdens de behandeling gebeurt via de telefoon, rapportage van de patiënt, mail, brief en Mediris Multi, een online communicatieplatform.

"Ja, ik zou ze (terugkoppeling van ELP) zeker lezen. Want ik vind dat zeer interessant om te lezen welk traject ze gedaan hebben. Die soort brieven lees ik altijd van kop tot teen, maar dat is misschien omdat ik daar ook interesse voor heb." Huisarts 4 over toegevoegde waarde van communicatie

Het gebrek aan communicatie wordt door enkele artsen als een tekort ervaren. Eén van de huisartsen ziet wel een meerwaarde in een vast overlegmoment om op de hoogte te blijven van het verloop terwijl een andere arts een korte feedback aan het begin en einde interessant zou vinden. Nog een andere arts meent dat er geen standaard overleg moet zijn, enkel als één van de partijen dat noodzakelijk vindt.

Overleg na de behandeling

De meeste huisartsen geven aan geen tot weinig overleg met de ELP te plegen na de behandeling. De gewenste media voor feedback na de behandeling zijn telefoon, mail en de e-health box (Mediris). Relevante onderwerpen die worden besproken zijn een vervroegde stopzetting van de behandeling door de patiënt, de behaalde doelen, het verloop (aanmeldingsreden, specifieke vragen), psychische knelpunten, suggesties voor het arbeidstraject, gevaar voor suïcide en visie en afspraken voor de toekomst. Drie huisartsen halen aan dat ze vermoeden dat er soms weinig gedeeld wordt door de ELP wegens het beroepsgeheim en dat informatie iets meer mag gedeeld worden. Ze stippen wel aan dat er altijd toestemming moet zijn van de patiënt alvorens er communicatie kan zijn tussen de ELP en de huisarts.

Bedenkingen en uitdagingen rond de nieuwe conventie

De nieuwe conventie brengt vanzelfsprekend wat bedenkingen en uitdagingen met zich mee. Verschillende huisartsen zijn totaal niet op de hoogte van de nieuwe regels. Informeren is dus een grote uitdaging. Eén huisarts merkt echter op dat het wel van twee kanten moet komen en dat de huisartsen ook moeten openstaan voor de aangereikte informatie.

De vermelde uitdagingen hebben vaak te maken met verdere investeringen. Men stelt zich de vraag hoe ver de overheid daar nog in wil gaan. De wachttijden moeten beperkt worden en de beschikbaarheid moet verder worden uitgebreid. Er worden vraagtekens geplaatst bij de voorwaarden die gelden om ELP te worden. Tegelijkertijd vraagt men zich af of de kwaliteit van de ELP niet zal afnemen. Andere bedenkingen zijn het feit dat je als huisarts niet altijd meer op de hoogte zal zijn van de psychologische toestand van de patiënt nu die niet meer langs de huisarts moeten passeren en het idee dat een ELP niet voor elke patiënt de juiste hulpverlening is.

"Op het eerste gezicht positief. Ja, ik denk, waarom niet. Maar ik denk dan altijd: zijn er wel genoeg psychologen voor die vrije toegang? Gaan die wachtlijsten dan niet weer exploderen? Met dat verplichte voorschrift had ik zoiets van: de mensen hebben al de drempel genomen om naar de huisarts te komen. En ik vond dat dan echt goed dat daar een kortere wachttijd op zat. Maar door een vrije toegang gaat dat systeem dan waarschijnlijk weer uit zijn voegen treden. Dus ik heb pro en contra-argumenten." Huisarts 3 over de het drempelverlagende effect van de nieuwe conventie.

Het wegvallen van het verplichte verwijsvoorschrift zal volgens sommige huisartsen leiden tot een drempelverlaging voor een kleine groep patiënten en zij vinden het goed dat deze direct naar de ELP kunnen stappen. De meesten geven echter aan dat het wegvallen niet zoveel verschil zal maken, omdat de meeste patiënten nog steeds eerst naar de huisarts gaan bij psychische problemen, ook omdat deze soms gepaard gaan met fysieke problemen. De goede arts-patiëntrelatie houdt die drempel sowieso laag. De huisartsen geven aan graag betrokken te worden bij de problematiek en denken voor meerwaarde te kunnen zorgen. Zo kunnen zij waardevolle achtergrondinformatie geven die de ELP anders niet heeft. Sommige artsen geven ook aan schrik te hebben dat de instroom naar de ELP te groot zal zijn zonder 'filtering' door de huisarts en dat er toch een indicatiestelling door hen nodig is.

<u>Aanbevelingen om de samenwerking tussen de huisarts en ELP te bevorderen</u>
Meerdere huisartsen geven aan dat de structuur van de geestelijke gezondheidszorg heel complex in elkaar zit. Een eerste aanbeveling die door enkele huisartsen voorgesteld wordt, is dan ook eenvoudige informatie van de overheid voor de huisartsen over het ELP-concept. Bij uitbreiding moet er volgens hen meer structuur komen in het landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Enkele huisartsen geven ook aan dat er nood is aan een database, bv. één duidelijk website waarop men de beschikbare psychologen kan terugvinden gezien er nu onvoldoende overzicht is van het aanbod. Daarop moet correcte en concrete informatie te vinden zijn met de opdeling tussen ELP en reguliere psycholoog, met vermelding van eventuele specialisaties. Om de samenwerking verder te verbeteren worden verschillende voorstellen gedaan. Zo stelt men voor een infoavond of bijscholing te organiseren, een MDO frequenter in te plannen of een voorstelling te organiseren tijdens een LOK. Dit kan ook ruimer gezien worden als een evenement waar men elkaar informeel kan leren kennen. Huisartsen geven ook aan dat zij graag een voorstelling zien van (pas gestarte) ELP'ers. Tot slot geeft men aan dat de uitrol van een online platform een meerwaarde zou betekenen voor de zorgcontinuïteit.

Resultaten kwantitatief onderzoek

Respondenten

145 ELP'ers vulden de vragenlijst in. Deze werd afgewerkt door 110 ELP'ers en vroegtijdig afgerond door 35 ELP'ers. 108 huisartsen zijn gestart met de vragenlijst. 71 van hen vulden de volledige vragenlijst in en 35 huisartsen stopten vroegtijdig. Twee respondenten gaven aan dat zij nog nooit over de ELP hadden gehoord. Hun vragenlijst werd automatisch na negen vragen gestopt.

Sociodemografisch

Bij de huisartsen bedroeg de man-vrouwverdeling respectievelijk 21% en 79%. De gemiddelde leeftijd van de bevraagde huisartsen was 38 jaar. De jongste huisarts was 24 jaar en de oudste 65 jaar. 14.1% van de bevraagde huisartsen werkt als solo-arts. De meeste huisartsen (51.5%) werken in een groepspraktijk met enkel artsen. 21.2% van de artsen werkt in een multidisciplinaire praktijk met een ELP en 8.1% van de ondervraagde artsen werkt in een multidisciplinaire praktijk met psycholoog (die niet werkt als ELP). 5.1% van de huisartsen werkt in een multidisciplinaire praktijk zonder psycholoog of ELP.

Binnen de groep van ELP'ers die de vragenlijst invulden, bedroeg de man-vrouwverdeling respectievelijk 17.1% en 82.2% en er was ook één genderneutrale persoon. De gemiddelde leeftijd was 44 jaar. De leeftijd van de deelnemers verschilt sterk en varieert tussen 25 en 73 jaar. De meeste ELP'ers (45.7%) werken alleen, 14% werkt in een groepspraktijk met enkel (eerstelijns)psychologen, 20.9% werkt in een multidisciplinaire praktijk met huisartsen en 19.4% in een multidisciplinaire groepspraktijk zonder huisartsen. De ELP'ers die de vragenlijsten invulden, werken ongeveer 50% van hun tijd als ELP. Meer dan de helft (55,8%) van de ELP'ers voert deze functie pas uit na de nieuwe conventie. 53,8% van de ELP'ers krijgt 5 tot 15 doorverwijzingen per maand in het kader van hun ELP-functie.

Kennis van het concept ELP door de huisarts

Bijna alle huisartsen (94.7%) zijn in staat een beschrijving te geven van wat de ELP-functie inhoudt. Kernwoorden die tijdens de beschrijvingen vaak voorkomen zijn de lagere kostprijs van vier of elf euro per sessie, milde depressie en angstproblematiek, kortdurende therapie en toegankelijkheid.

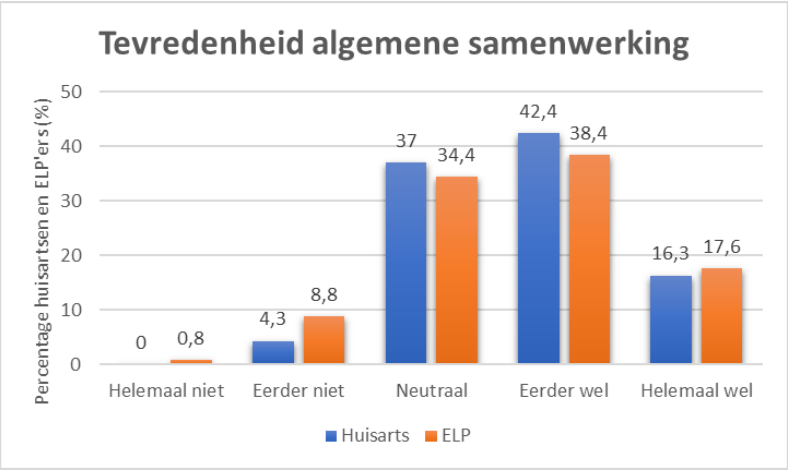
De huisartsen geven aan dat de belangrijkste taken van een ELP de volgende zijn: exploratie van het probleem (89,4%), de ernst van de problematiek inschatten (83%) en psycho-educatie (85.1%). 16.1% van de huisartsen vindt dat een ELP ook nog andere taken kan uitvoeren zoals acute situaties ontmantelen, patiënten motiveren tot meer zelfzorg en een evenwichtige levensstijl en de therapietrouw bevorderen (figuur A, zie bijlage 10).

Op de vraag of huisartsen hun patiënten goed informeren over wat ze van een ELP mogen verwachten, zijn de ELP'ers eerder (39.5%) neutraal van mening en ongeveer een vierde (27.2%) antwoordt dat dit eerder niet het geval is. Slechts 4.4% vindt dat patiënten altijd goed geïnformeerd worden. ELP'ers schatten de kennis van de huisartsen over het landschap van de GGZ niet erg hoog in. Zo vindt 8.8% dat huisartsen het landschap helemaal niet kennen, 23.7% vindt dat ze het eerder niet kennen en 48.2% blijft neutraal. Slechts 3.5% van de ELP'ers vindt dat ze zeker wel een goede kennis hebben hierover.

Samenwerking

1. *Algemeen*

Huisartsen zijn over het algemeen eerder (42.4%) tot helemaal (16.3%) tevreden over de samenwerking met de ELP. Meer dan een derde (37%) is neutraal. Een beperkte groep is eerder niet tevreden (4.3%) en niemand is volledig ontevreden. ELP'ers zijn eerder wel (38.4%) tot helemaal tevreden (17.6%) of hebben geen uitgesproken mening (34.4%).



Figuur 2: Tevredenheid algemene samenwerking

De meeste huisartsen (53.5%) zijn van mening dat er onvoldoende aanbod is van ELP'ers in de buurt. Slechts 12.8% is eerder tevreden en 1.2% is helemaal tevreden over het beschikbare aanbod.

2. *Aanwezigheid van een ELP in de praktijk*

Het merendeel (81.5%) van de bevraagde huisartsen zou het een voordeel vinden om een ELP in de praktijk te hebben. De voornaamste redenen zijn dat het drempelverlagend is (94.7%), dat er zo mogelijkheid is tot snel overleg (76%) en dat er snel advies ingewonnen kan worden (68%). Een vijfde (20%) van de huisartsen geeft aan dat er ook nog andere voordelen zijn van een ELP in de praktijk zoals een goede bereikbaarheid, een goede beschikbaarheid, een betere en eenvoudigere mogelijkheid tot doorverwijzing zodat de belasting voor de huisarts daalt en een betere doorverwijzing doordat de arts de ELP persoonlijk kent. Daarentegen zou 18.5% het geen voordeel vinden om een ELP in de praktijk te hebben. Verschillende redenen worden aangehaald. Het kan een beperking van de autonomie van de patiënt vormen doordat de patiënt zich verplicht voelt naar de ELP in de praktijk te gaan (64.7%). Andere argumenten zijn dat de patiënt zou kunnen vrezen dat zijn privacy wordt geschonden (23.5%) en praktische bezwaren (47.1%).

Bij de ELP'ers zijn de meningen over het al dan niet in een huisartsenpraktijk willen werken verdeeld. Ongeveer de helft zou dit eerder wel interessant (28%) tot heel interessant (21.6%) vinden. Bijna 30% blijkt het helemaal niet (18.5%) tot eerder niet (10.4%) interessant te vinden.

Doorverwijzing

85% van de bevraagde huisartsen stuurt gemiddeld één tot tien patiënten per maand door naar een psycholoog en 76% stuurt gemiddeld één tot vijf patiënten per maand naar een ELP. 7% van de huisartsen stuurt geen patiënten door naar een psycholoog en 22% van hen stuurt niet door naar een ELP.

Bij huisartsen varieert de aanwezigheid van communicatie met de ELP sterk (figuur B). Meer dan een derde van de huisartsen communiceert nooit tot soms (38.6%) met de ELP bij een doorverwijzing, een derde is neutraal (33.7%) en een vierde communiceert vaak tot altijd (27.7%). ELP'ers geven aan dat er bij de doorverwijzing over het algemeen weinig communicatie is. 36.8% van de ELP'ers communiceert nooit met de arts en bij een derde (33.3%) is dit soms het geval. Slechts een minderheid communiceert vaak (7.9%) tot altijd (3.5%) (figuur C). Ongeveer een derde (32.5%) van de ELP'ers heeft het gevoel dat er eerder wel adequaat wordt doorverwezen door de huisarts. 38,6% is neutraal van mening en een minderheid heeft het gevoel dat er eerder niet (13.2%) tot helemaal niet (5.3%) correct wordt doorverwezen.

1. *Doorverwezen problematieken*

Ongeveer de helft (53%) van de doorverwijzingen van de huisarts naar de ELP is voor een depressieve problematiek. Daarnaast is 32.3% van de verwijzingen voor angst. Ethylmisbruik en misbruik van slaap-

en kalmeringsmiddelen worden een stuk minder doorverwezen. 11.2% van de verwijzingen is voor andere redenen. De bevraagde huisartsen geven aan vooral de groep volwassenen tussen 18 en 40 jaar (98.8%) en de groep 40 tot en met 65 jaar (97.1%) door te verwijzen naar een ELP. Slechts een derde (33.7%) van de artsen stuurt ook 65-plussers door naar een ELP. Ten slotte stuurt 46.5% van de huisartsen ook minderjarigen door.

ELP'ers krijgen doorverwijzingen voor een verscheidenheid aan klachten. De meeste doorverwijzingen gebeuren zoals huisartsen aangeven voor depressieve klachten (41.5%) en angstklachten (37.2%). Alcohol en slaap-en kalmeermiddelen misbruik wordt slechts beperkt verwezen. Ongeveer een derde van de verwijzingen is nog voor een andere problematiek.

2. *Doorverwijzers naar de ELP*

De overgrote meerderheid (95.5%) van de ELP'ers geven aan dat ze doorverwijzingen krijgen van huisartsen. Ook psychiaters (40.4%) en het OCMW (31.6%) zijn gekende doorverwijzers. Meer dan 60% van de ELP'ers geeft aan ook van andere instanties verwijzingen te krijgen zoals het Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), CLB en andere collega's. Verder komt de vraag tot hulpverlening ook vaak rechtstreeks van de patiënt zelf die online of via het eigen netwerk de weg naar een ELP vindt.

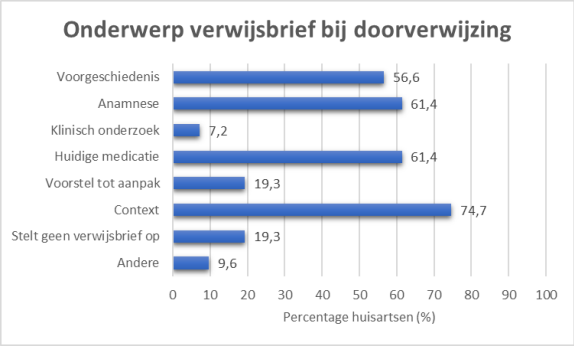
3. *Documenten bij doorverwijzing*

Ongeveer een derde (32.5%) van de huisartsen stelt nooit een extra verwijsbrief, naast het vroegere verplichte verwijsvoorschrift, op om mee te geven aan de patiënt voor de ELP, terwijl een vierde (24.1%) altijd een extra verwijsbrief voorziet. Er zit dus een grote spreiding op de resultaten (figuur D). ELP'ers ontvangen bij gemiddeld een vijfde (20.2%) van hun patiënten documenten bij doorverwijzing. Ongeveer de helft (52.6%) vindt een verwijsbrief bij de doorverwijzing echter niet nodig. 44% zou wel een extra verwijsbrief willen en slechts 3.4% wenst het tot voor kort verplichte verwijsvoorschrift (figuur E). Een extra verwijsbrief kan bijvoorbeeld wel nuttig zijn als de patiënt moeilijk zelf tot een hulpvraag komt. Meestal kan de patiënt zelf echter zijn/haar verhaal doen volgens de ELP'ers.

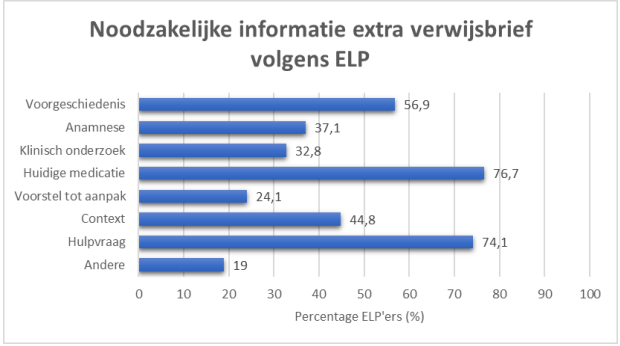
Meer dan een derde (38.7%) van de ELP'ers vindt het tot voor kort verplichte voorschrift niet voldoende. Een derde van de ELP'ers (32%) en twee vijfde (40.2%) van de huisartsen vond het wel voldoende (figuren F en G**).** De overgrote meerderheid van de ELP'ers (95,8%) en huisartsen (80%) vindt het een goede zaak dat het verplichte voorschrift is weggevallen.

4. *Informatie bij doorverwijzing*

Als er een verwijsbrief bij doorverwijzing naar een ELP wordt opgesteld, dan gaat de meerderheid van de huisartsen een aantal topics zeker vermelden: context (74.7%), anamnese (61.4%), huidige medicatie (61.4%) en voorgeschiedenis (56.6%). Andere onderwerpen die enkele huisartsen nog vermelden zijn vermoedelijke diagnose, expliciteren van de hulpvraag, doel van de patiënt verwoorden, financiële context en ICE van de arts/patiënt verwoorden. ELP'ers vinden de medicatie (76.7%), de hulpvraag (74.1%), de voorgeschiedenis van de patiënt (56.9%) en de context (44.8%) het belangrijkst om te weten. Beide beroepsgroepen zitten hier dus ongeveer op dezelfde lijn.



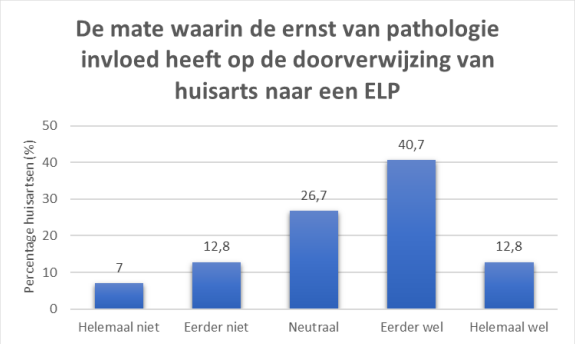
Figuur 3: Onderwerpen verwijsbrief bij doorverwijzing



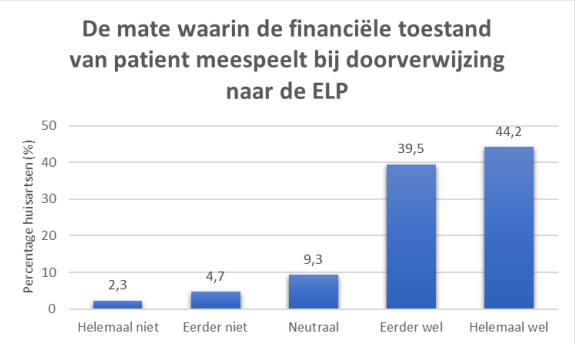
Figuur 4: Noodzakelijke informatie extra verwijsbrief volgens ELP

5. Beïnvloedende factoren bij de huisarts bij doorverwijzing

Uit de bevraging blijkt dat bepaalde parameters een invloed hebben op de doorverwijzing naar de ELP. De ernst van de pathologie (53.5%) en de financiële toestand (83.7%) spelen hier duidelijk in mee.

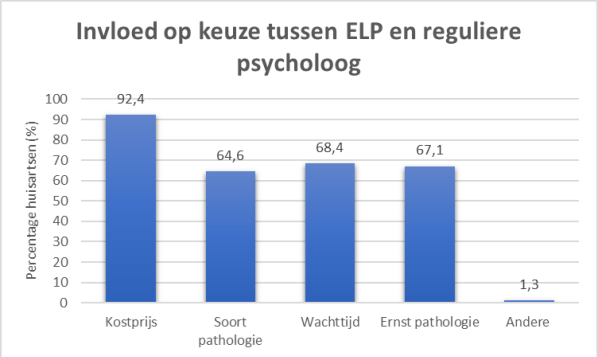


Figuur 5: Invloed ernst pathologie bij doorverwijzing naar ELP



Figuur 6: Invloed financiële toestand bij doorverwijzing naar ELP

De kostprijs van de ELP is voor huisartsen de belangrijkste beïnvloedende factor om door te verwijzen naar een ELP, dan wel naar een reguliere psycholoog. Eén huisarts vermeldt dat hij/zij ook graag de persoonlijkheid en specialisatie van de psycholoog in de weegschaal legt bij een doorverwijzing naar ELP.



Figuur 7: Invloed op keuze tussen ELP en reguliere psycholoog

6. Drempels en drempelverlagende factoren bij huisartsen bij doorverwijzing naar de ELP

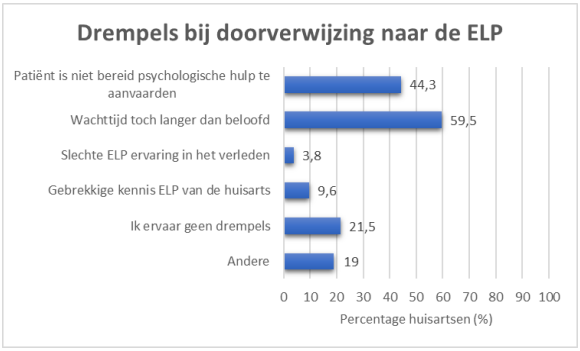
Een groot deel van de artsen ervaren eerder weinig (17.7%) tot geen (22.8%) drempels om door te verwijzen naar een ELP. Een kleiner deel ervaart (eerder) wel drempels (27.9%). Een derde (31.6%) staat hier neutraal tegenover (figuur H).

A) Drempels

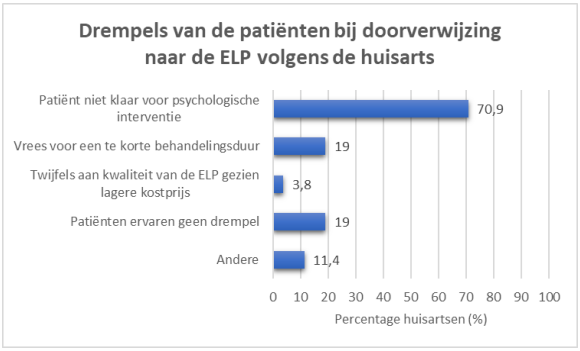
De belangrijkste drempels die dan toch aangegeven worden bij doorverwijzing naar een ELP zijn patiënten die (nog) niet klaar zijn voor psychologische zorg (44.3%) en een wachttijd die toch langer is dan verwacht (59.5%). Er worden nog andere drempels (19%) ervaren. Zo is er de angst om de ELP te overbelasten, de beperkte beschikbaarheid van ELP'ers in de regio en daaraan gekoppeld de moeilijke zoektocht naar een ELP. Verder vermelden artsen ook de beperkte beschikbaarheid van anderstalige ELP'ers, onvoldoende bekendheid van het statuut van een ELP en een (te) beperkte terugbetaling. Ten slotte kan de moeilijke inschatting van de duur van de behandeling en het feit dat sommige ELP'ers na de acht terugbetaalde sessies aan een veel hoger tarief verder werken een drempel tot doorverwijzing vormen.

De belangrijkste drempels voor de patiënten volgens de huisartsen zijn: patiënt is nog niet klaar om psychologische hulp te aanvaarden (70.9%) en de vrees dat de behandeling te kort zal zijn (19%). Andere drempels van de patiënten zijn de vrees voor een te lange wachttijd, de schrik dat er geen goede klik zou

zijn met de ELP, een andere vertrouwenspersoon dan de huisarts, onduidelijkheid rond de beschikbaarheid en terugbetaling, de kostprijs en de onwetendheid van de eigen huisarts over de ELP.



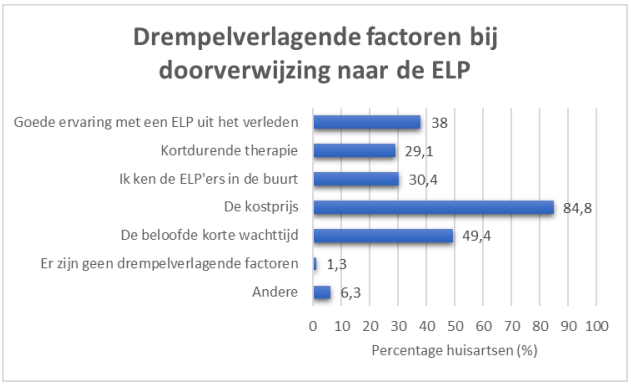
Figuur 8 :Drempels bij doorverwijzing naar de ELP



Figuur 9: Drempels van de patiënten bij doorverwijzing naar de ELP volgens de huisarts

B) Drempelverlagende factoren

De kostprijs (84.8%) en de beloofde korte wachttijd (49.4%) zijn de belangrijkste drempelverlagende factoren voor huisartsen bij doorverwijzing naar een ELP. De wachttijd is dus zowel drempelverhogend als drempelverlagend voor huisartsen. Slechts 1.3% van de huisartsen vindt dat er geen drempelverlagende factoren zijn bij doorverwijzing. Andere factoren die drempelverlagend werken voor huisartsen (6.3%) zijn de aanwezigheid van een ELP in de praktijk, een toenemend aantal ELP'ers, een vlot terug te vinden lijst van ELP'ers en het feit dat het aanvoelt als een eerste interventie die gemakkelijker aanvaard wordt.

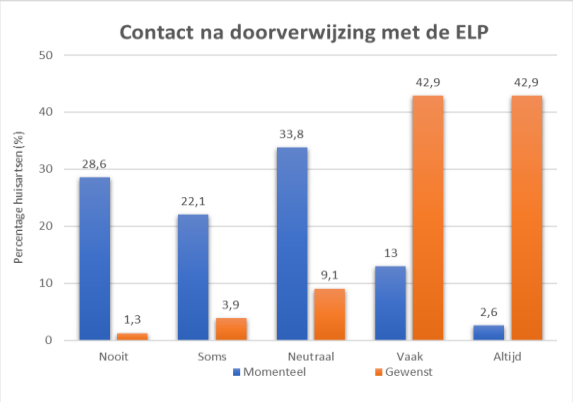


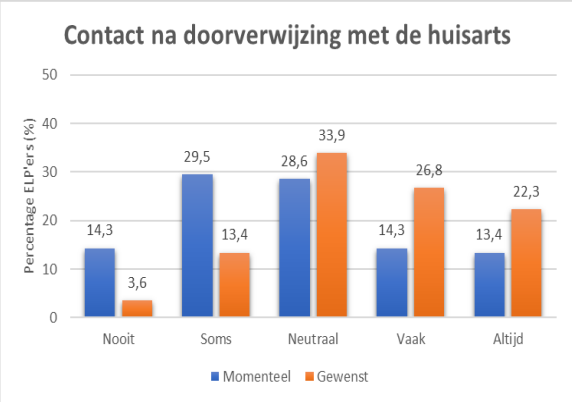
Figuur 10: Drempelverlagende factoren bij doorverwijzing naar de ELP

Communicatie: algemeen

Het merendeel van de huisartsen heeft weinig (22.1%) tot geen (28.6%) contact met de ELP na doorverwijzing van de patiënt. Echter zou 85.8% van de bevraagde artsen wel contact wensen na doorverwijzing naar de ELP. Verder blijkt dat de overgrote meerderheid van de huisartsen overleg tussen huisarts en ELP als een meerwaarde beschouwt. 75.4% van de huisartsen geven ook aan dat zij meer zouden overleggen met de ELP mocht er een overlegplatform zijn via het elektronisch medisch dossier (EMD). De overgrote meerderheid van de artsen ervaart overleg eerder wel (40.3%) en helemaal wel (44.2%) als een meerwaarde. Het merendeel van de huisartsen (75.4%) ziet zijn patiënten zelf ook terug in de loop van de psychologische behandeling.

Momenteel heeft net geen derde van de ELP'ers (29.5%) soms contact na doorverwijzing met de huisarts en 28.6% is neutraal. Ze zouden dit graag echter wat meer willen doen: ongeveer een vierde (26.8%) wenst dit vaak en een vijfde (22.3%) altijd. Momenteel overlegt 14.3% nooit met de huisarts en slechts 3.6% zou dit zo willen behouden.





Figuur 11: Contact na doorverwijzing met de ELP

Figuur 12: Contact na doorverwijzing met de huisarts

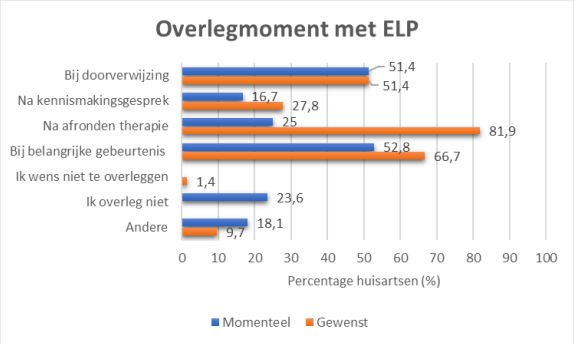
Meer dan een derde (35.7%) van de ELP'ers vindt contact of overleg na doorverwijzing met de huisarts vaak zinvol om de therapie te verbeteren en meer dan een vijfde (22.3%) vindt dit zelfs altijd zinvol. Ongeveer een vierde (25.9%) is neutraal van mening (figuur I). De meeste ELP'ers zijn tevreden als er overleg is met de huisarts. Een vierde (25%) is helemaal tevreden en 42% is eerder tevreden. Ongeveer 10% (6.3% helemaal niet en 3.6% eerder niet) is ontevreden (figuur J).

Communicatie tijdens de behandeling

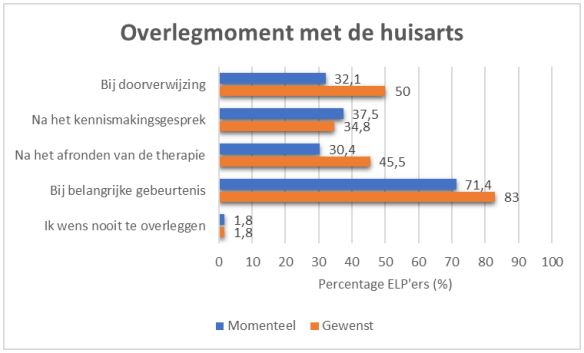
1. *Overlegmomenten*

Als er bij de huisarts overleg is met een ELP, dan is dat momenteel het vaakst bij een belangrijke gebeurtenis (52.8%) of bij doorverwijzing (51.4%). Andere momenten die worden vernoemd door de huisarts zijn: stagnatie van de evolutie van een patiënt, als de ELP contact opneemt, zeer ernstige klachten en bij rapportage van een therapieplan door de ELP. De meerderheid van de ondervraagde huisartsen zou het wenselijk vinden om zeker te overleggen bij een belangrijke gebeurtenis (66.7%), na het afronden van de therapie (81.9%) en bij doorverwijzing (51.4%). Andere momenten waarop overleg wenselijk zou zijn voor de huisarts zijn: ongunstige evolutie van de patiënt, bij nood aan extra netwerkondersteuning, bij onduidelijkheid van de diagnose, bij suggesties voor arbeidsongeschiktheid en opstart medicatie en bij uitblijven van het verhoopte resultaat. Een vierde (23.6%) van de huisartsen geeft aan nooit te overleggen met de ELP. Ongeveer de helft (54.2%) heeft geen vast stramien van overleg. Binnen de groep van artsen die aangeven overleg te plegen, zijn de meesten neutraal over de tevredenheid van frequentie van overleg tijdens de behandeling. Als er overleg is, dan is 84.9% van de ondervraagde artsen eerder wel tot zeer tevreden over het overleg en 75% heeft wel het gevoel dat dit zinvol is om de therapie te optimaliseren.

ELP'ers overleggen vooral bij een belangrijke gebeurtenis (71.4%) en wensen dit ook zo (83%). 32.1% overlegt op dit moment bij doorverwijzing en 50% zou dit graag doen. Daarnaast overlegt momenteel ongeveer een derde (30.4%) na het afronden van de therapie en ongeveer de helft (45.5%) zou dit willen. Een absolute minderheid (1.8%) wenst nooit te overleggen tijdens het therapeutisch proces. De meeste ELP'ers (70.5%) zouden meer overleggen moesten ze toegang hebben tot E-health als overlegplatform. Meer dan een derde van de ELP'ers (35.7%) ervaart overleg met de huisarts tijdens de behandeling als vaak zinvol en ongeveer een vijfde vindt dit altijd zinvol (18.8%). Ongeveer een derde (32.1%) is neutraal van mening. Er kan niet echt een conclusie getrokken worden over de tevredenheid over de overlegfrequentie (figuur K). De meningen zijn gelijk verdeeld tussen helemaal niet tot eerder niet (33.1%), neutraal (32.1%) en eerder tot helemaal wel (34.9%).



Figuur 13: Overlegmomenten met ELP



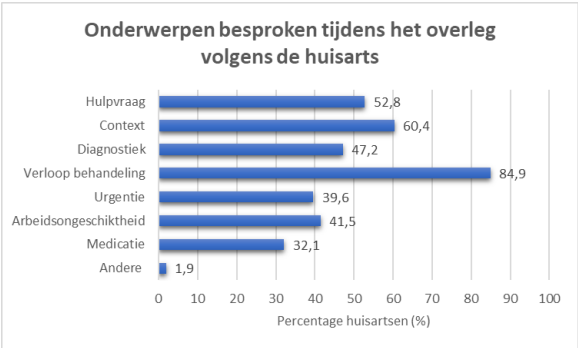
Figuur 14: Overlegmoment met de huisarts

2. *Initiatief tot overleg*

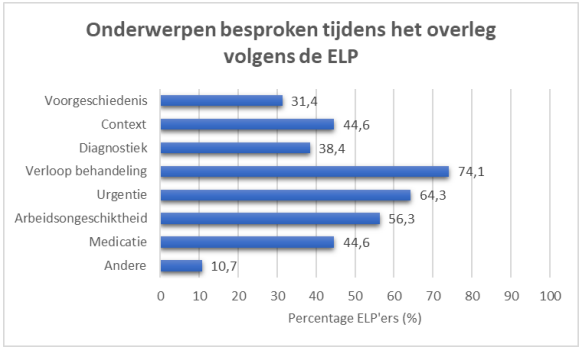
Het initiatief voor overleg wordt volgens 62.3% van de bevraagde huisartsen door beiden genomen, volgens 24.5 % enkel door ELP'ers en 13.2% zegt zelf het initiatief te nemen voor overleg.
Als men deze vraag aan ELP'ers stelt, neemt meer dan de helft (51.8%) van de tijd enkel de ELP initiatief tot overleg tijdens de behandeling en in 43.8% van de gevallen nemen zowel de huisarts als de ELP initiatief. Slechts in 4.5% van de gevallen neemt enkel de huisarts initiatief.

3. *Onderwerpen van overleg*

Als er overleg is tijdens de behandeling, wordt door de meeste huisartsen het verloop (84.9%) van de behandeling besproken. Andere belangrijke topics die tijdens zo'n overleg vaak aangehaald worden, zijn de hulpvraag (52.8%) en de context (60.4%).
ELP'ers overleggen vooral over het verloop van de behandeling (74.1%), urgenties (64.3%) en arbeidsongeschiktheid (56.3%). Ook medicatie (44.6%), context (44.6%), diagnostiek (38.4%) en de voorgeschiedenis (31.4%) worden soms besproken. Enkele ELP'ers geven hierbij de opmerking dat dit natuurlijk enkel in overleg met de patiënt gebeurt.



Figuur 15: Onderwerpen besproken tijdens het overleg volgens de huisarts



Figuur 16: Onderwerpen besproken tijdens het overleg volgens de ELP

Communicatie na de behandeling

1. *Feedbackfrequentie*

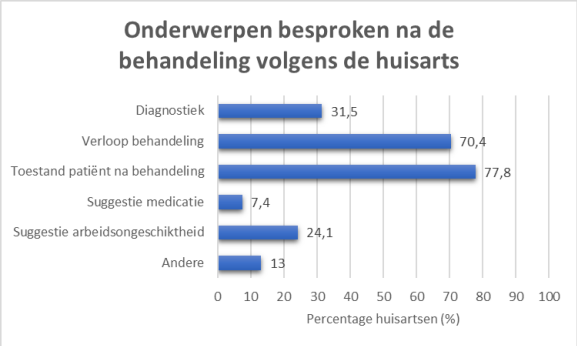
De meerderheid (42.3% nooit en 25.4% soms) van de huisartsen krijgt eerder uitzonderlijk een feedbackrapport van de ELP na het afronden van de therapie. 4.2% van de artsen krijgt altijd feedback en 9.9% vaak (figuur L). Als de huisarts een eindverslag krijgt, dan ervaart 70.4% van de huisartsen dit vaak tot altijd als een meerwaarde.

Ongeveer een derde van de ELP'ers geeft soms feedback (35.1%), 27.9% is neutraal en een vijfde geeft nooit feedback (18.9%). Slechts een minderheid geeft vaak (9.9%) tot altijd (8.1%) feedback (figuur M).

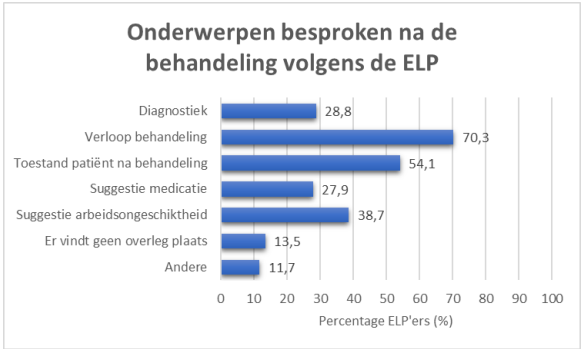
2. *Onderwerpen van overleg*

Bij huisartsen zijn de belangrijkste onderwerpen tijdens zo'n eindrapportage het verloop van de behandeling (70.4%) en de toestand van de patiënt na de behandeling (77.8%). Diagnostiek (31.5%), suggesties voor arbeidsongeschiktheid (24.1%) en suggestie voor medicatie (7.4%) worden minder vaak besproken.

ELP'ers bespreken vooral het verloop van de behandeling (70.3%), de toestand van de patiënt na de behandeling (54.1%) en suggesties voor arbeidsongeschiktheid (38.7%) na het afronden van de therapie.



Figuur 17: Onderwerpen besproken na de behandeling volgens de huisarts



Figuur 18: Onderwerpen besproken na de behandeling volgens de ELP

Nieuwe conventie

1. *Drempelverlagende werking*

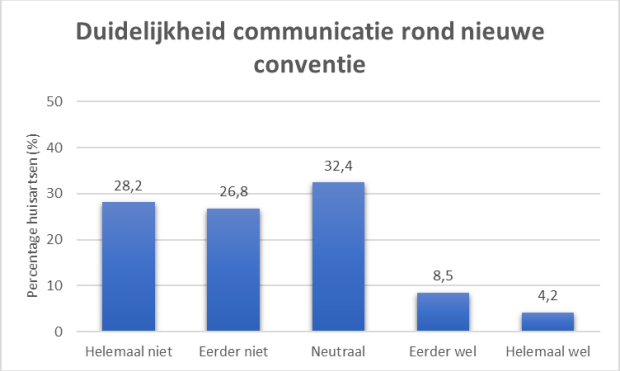
Meer dan 40% van de huisartsen is eerder (32.4%) tot helemaal wel (12.7%) overtuigd dat het wegvallen van het verwijsvoorschrift de drempel tot het zoeken van psychologische hulp zal verlagen (figuur N). Enkele huisartsen zijn van mening dat dit de zorg zal verbeteren als de patiënten voldoende geïnformeerd zijn en de wachttijden binnen de perken blijven. Zo kunnen meer mensen laagdrempelig psychologische hulp zoeken, omdat de toegankelijkheid breder en beter is. Een huisarts dient zo minder tijd te besteden aan psychologische gesprekken.

De meeste ELP'ers (55.5%) zijn er volledig van overtuigd dat het wegvallen van de eerder noodzakelijke verwijzing door de huisarts drempelverlagend kan werken voor de patiënt om psychologische hulp te zoeken (figuur O). De meeste ELP'ers denken ook dat de nieuwe terugbetalingsmodaliteit de drempel om zorg te zoeken zal verlagen, aangezien het financieel haalbaarder wordt voor patiënten. Verder is er een breder aanbod van psychologen, waardoor ze sneller zullen geholpen zijn. Zo kan een escalatie van problemen vermeden worden en meer preventief gewerkt worden.

2. *Bedenkingen*

Er is ook een groep van huisartsen die van mening is dat het wegvallen van het noodzakelijke verwijsvoorschrift niet per se zal leiden tot een verbetering van de zorg. Redenen hiervoor zijn dat de meeste patiënten een doorverwijzing willen van de huisarts zodat de zorg samen kan opgevolgd worden. Dit is belangrijk voor de interprofessionele samenwerking en de continuïteit van de zorg. Men heeft ook de indruk dat patiënten niet goed geïnformeerd zijn en dat er al een tekort is aan ELP'ers in de buurt. Huisartsen ervaren dat een verwijsbrief met gerichte hulpvraag beter kan werken. Ze kunnen de juiste patiënten ook beter motiveren met een verwijsbrief. Ze vrezen ook dat het drempelverlagende effect de wachtlijsten weer zal doen oplopen. Verschillende huisartsen geven aan dat zij beter de indicatie kunnen stellen zodat het systeem niet wordt overspoeld. De drempel om naar een huisarts te gaan is volgens hen immers veel lager dan de drempel om naar een ELP te gaan. Eén enkele huisarts weet ook graag welke patiënten naar welke psycholoog gaan omdat hij/zij vindt dat fysieke en psychische zorg niet gescheiden

mag worden. Verder vindt de meerderheid van de bevraagde huisartsen (55%) de communicatie over de nieuwe conventie niet duidelijk genoeg.



Figuur 19: Duidelijkheid communicatie rond nieuwe conventie

Bijna de helft van de ELP'ers (46.4%) verwacht een toename van de wachtlijsten door een stijging in het aantal aanmeldingen door de nieuwe conventie en bijna een vijfde (19.1%) verwacht een afname door de vroegere aanpak van de problemen (figuur P).

Enkele ELP'ers geven, net zoals de huisartsen, aan dat er nog te weinig capaciteit is en dat het initiatief nog te weinig gekend is onder de bevolking. Eén van de psychologen hoopt ook dat de kwaliteit van de hulpverlening beter zal gegarandeerd worden door de toetredingscriteria, terwijl een andere ELP twijfels heeft over de kwaliteit van zorg omdat veel bekwame psychologen ook niet in het project stappen. Een ELP geeft aan dat flexibiliteit in het aantal sessies een meerwaarde zou zijn, gezien dat onvoorspelbaar is op voorhand. Een andere ELP zegt dat veel psychologen niet tot de conventie willen toetreden door de administratieve en praktische problemen. Enkele psychologen geven aan dat overleg met de huisarts niet altijd nodig is, terwijl een andere ELP een screening door de huisarts dan weer wel zinvol vindt.

3. Functioneel bilan

Iets meer dan de helft (57.7%) van de bevraagde huisartsen geeft aan niet vertrouwd te zijn met de term 'functioneel bilan'. Na duiding van de term geeft de meerderheid (67.6%) van de huisartsen aan dat ze het wel een nuttig hulpmiddel zouden vinden.

De ELP'ers zijn over het algemeen niet zo tevreden over het functioneel bilan: een vijfde (20%) is helemaal niet tevreden en ongeveer een vierde (23.6%) is eerder niet tevreden. 35.5% is neutraal. Ongeveer de helft van de ELP'ers (54.5%) gebruikt het in de vorm zoals aangeboden door de beroepsvereniging.

4. Suggesties om de samenwerking te bevorderen

De meeste (84.5%) huisartsen geven aan dat een duidelijk overzicht van de GGZ zou kunnen bijdragen aan een betere samenwerking tussen huisarts en ELP. Ook een bijscholing (47.9%) of een kennismakingsevenement (50.7%) kan de samenwerking bevorderen. Andere zaken die ook nog worden aangehaald zijn bijvoorbeeld een online platform vanuit het EMD met een knop die bepaalde informatie zichtbaar/onzichtbaar maakt voor zorgverleners. Ook beter wederzijds overleg voor, tijdens en na de behandeling en het inplannen van overlegmomenten (bv. beluurtje voor een psycholoog) worden voorgesteld. Verder zou een betere uitbouw van de psychologische diensten, afbouw van de wachttijden, een eenvoudig centraal telefoonnummer voor de GGZ en voldoende ELP'ers werkzaam in de omgeving kunnen bijdragen aan een betere samenwerking. Eén huisarts vindt dat het functioneel bilan digitaal toepasbaar zou moeten zijn.

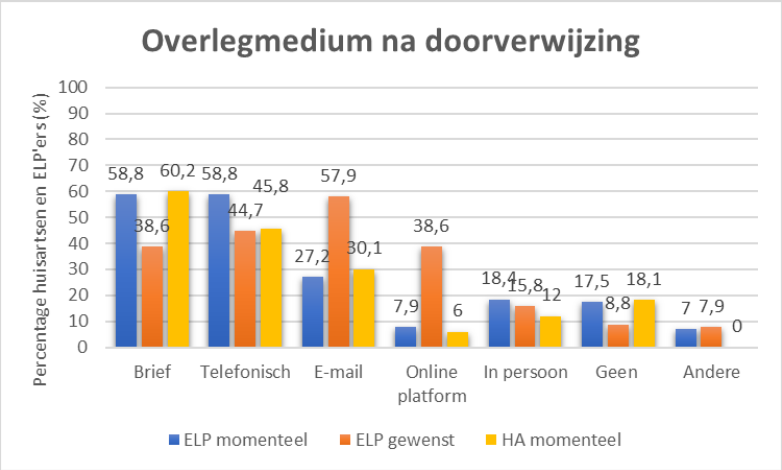
Ook veel psychologen geven - net zoals de huisartsen - aan dat een duidelijk overzicht van de geestelijke gezondheidszorg (56.4%) en een bijscholing (53.6%) de samenwerking tussen huisarts en ELP kan bevorderen. Verder zouden verschillende psychologen een netwerkevenement, waarin huisarts en ELP

elkaar kunnen ontmoeten en leren kennen, interessant vinden. Ook regionaal en gestructureerd overleg, eventueel betaald, zou de samenwerking kunnen bevorderen. Bovendien geven ELP'ers aan dat ze nood hebben aan een betere bereikbaarheid van de huisarts voor overleg. Verschillende ELP'ers vinden de huisarts telefonisch moeilijk bereikbaar en zouden graag wat meer persoonlijke contactgegevens (bv. e-mailadres) verkrijgen voor vlotter overleg. Vervolgens is het tijdsgebrek, zowel bij huisartsen als ELP'ers, een heikel punt. Daarnaast zouden ELP'ers graag meer initiatief van beide kanten zien, vaak voelt het nu eenzijdig aan. Daarbij aansluitend zou een veilig online communicatieplatform of gedeeld patiëntendossier met wederzijdse communicatie, de samenwerking kunnen verbeteren. Bij bepaalde platforms is er momenteel geen leesbevestiging of antwoordmogelijkheid van de huisarts mogelijk, wat de communicatie bemoeilijkt. Ten slotte vermelden enkele ELP'ers dat het interessant zou zijn om te weten wat elkaars verwachtingen en voorkeuren naar communicatie toe zijn. Een belangrijke noot is dat de toestemming van de patiënt natuurlijk een belangrijke vereiste blijft bij elke communicatie tussen ELP en huisarts.

Overlegmedium

1. *Na doorverwijzing*

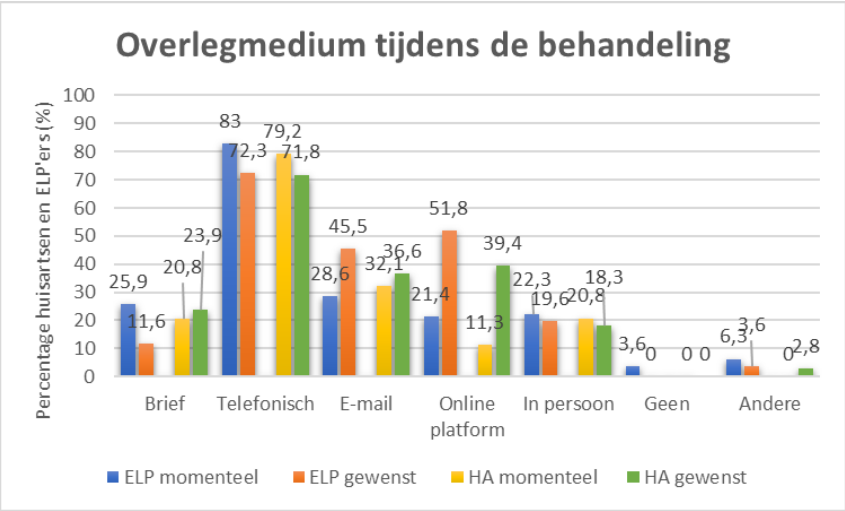
Als er wordt overlegd na de doorverwijzing dan gebeurt dit volgens de ELP'ers en huisartsen door middel van een brief en telefonisch. Zij wensen dit ook zo. ELP'ers wensen in de toekomst meer overleg via e-mail (57.9%) en andere online platformen (38.6%).



Figuur 20: Overlegmedium na doorverwijzing

2. *Tijdens behandeling*

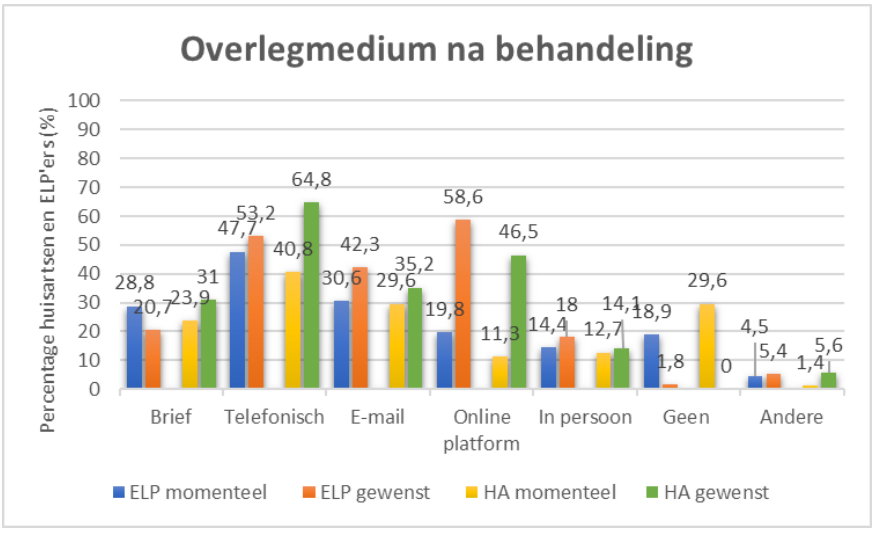
Tijdens de behandeling wordt er voornamelijk telefonisch overlegd door beide groepen en dat is ook het gewenste medium. Vooral ELP'ers, maar ook huisartsen geven aan in de toekomst meer beroep te willen doen op een online platform als overlegmedium tijdens de behandeling. Mediris Multi werd verschillende keren aangehaald als online platform. Andere media die door huisartsen nog werden vermeld zijn de E-healthbox en een verslag in het patiëntendossier.



Figuur 21: Overlegmedium tijdens de behandeling

3. *Na behandeling*

Zowel huisartsen als ELP'ers geven aan dat er momenteel vooral telefonisch wordt overlegd na de behandeling. Soms wordt er ook overlegd via een brief of e-mail. Beiden zouden na de behandeling graag meer overleggen via een online platform dan nu het geval is. Ongeveer een derde (29.6%) van de huisartsen en een vijfde (18.9%) van de ELP'ers voert momenteel geen overleg na de behandeling en dat is niet hoe zij het wensen.



Figuur 22: Overlegmedium na behandeling

Discussie

Op heden zijn beide beroepsgroepen eerder wel tevreden over de samenwerking. Een derde van beide groepen geeft echter aan neutraal te staan tegenover de samenwerking. De meningen over de aanwezigheid van een ELP in de praktijk zijn verdeeld. Uit de enquêtes blijkt dat de overgrote meerderheid van de artsen het een voordeel zou vinden om een ELP in de huisartspraktijk te hebben, terwijl de meeste geïnterviewde huisartsen dit minder zien zitten. De ELP'ers zijn dan weer enthousiast in de interviews terwijl de meningen in de enquêtes verdeeld zijn. In volgende onderzoeken kan verder bekeken worden of er effectief een meerwaarde is voor de psychologische zorg als huisarts en ELP zich binnen eenzelfde praktijk bevinden en wat de oorzaken zijn van de verdeeldheid bij de ELP'ers over dit punt.

Doorverwijzing naar de ELP
Uit de interviews kwam naar voren dat de financiële toestand en in mindere mate de ernst van de pathologie een belangrijke rol spelen bij de doorverwijzing. De online vragenlijsten bevestigden dat punt ook.

Opvallend is dat huisartsen aangeven voornamelijk milde problematiek door te sturen naar de ELP.
Uit de lage kostprijs als de belangrijkste factor bij doorverwijzing kan algemeen wel besloten worden dat het systeem gebruikt wordt waarvoor het door de overheid bedoeld is. Twee belangrijke kanttekeningen dienen echter gemaakt te worden. Zo kan de patiënt volgens de nieuwe conventie door middel van een opgesteld functioneel bilan doorgestuurd worden naar gespecialiseerde zorg. Verder moet erover gewaakt worden dat een ELP niet enkel wordt gezien als een 'goedkope' psycholoog. Een betere informatieoverdracht naar de huisartsen toe verdient dus meer aandacht. Zo kunnen de mogelijkheden van de ELP-functie in de toekomst ten volle benut worden.

Uit de literatuurstudie kwamen drie momenten naar voren waarop huisarts en ELP denken dat overleg zinvol is: na de doorverwijzing, na de eerste vier sessies en op het einde van het traject. Uit de enquêtes blijkt dat, naast een belangrijke gebeurtenis, de gewenste overlegmomenten vooral na doorverwijzing en na het afronden van het behandeltraject zijn. Deze bevindingen blijken dus grotendeels in overeenstemming met de literatuur te zijn.

Communicatie bij doorverwijzing
Ongeveer een derde van de huisartsen stelt nooit een verwijsbrief op, terwijl een kwart dat altijd doet. Uit de interviews blijkt dat sommige huisartsen de ELP niet willen beïnvloeden met hun verwijsbrief. De literatuurstudie wijst op grote verdeeldheid tussen de ELP'ers op de vraag of ze al dan niet een verwijsbrief wensen. Deze verdeeldheid werd bevestigd door de interviews en online vragenlijsten. Verschillende ELP'ers geven namelijk aan dat de meeste patiënten hun verhaal zelf kunnen brengen en dat een verwijsbrief niet altijd noodzakelijk is. Zowel de huisarts als de ELP vinden het wel nuttig om zicht te hebben op de medicatie, de context en de voorgeschiedenis van de patiënt. Verder vindt de ELP de hulpvraag belangrijk. Het is opvallend dat ELP'ers niet zoveel belang hechten aan de anamnese, terwijl huisartsen dit wel vaak beschrijven. Omgekeerd wensen ELP'ers meer inzicht te krijgen in het klinisch onderzoek dan de huisartsen momenteel rapporteren, wat een opvallende vaststelling is. Een mogelijke verklaring kan zijn dat ELP'ers het belangrijk vinden om te weten dat de huisarts een klinisch onderzoek heeft uitgevoerd wanneer fysieke klachten aanwezig zijn bij de patiënt. Zo kan de ELP ervan uitgaan dat deze klachten veroorzaakt worden door de psychologische onrust bij de patiënt.

Het was een van de doelen van deze masterproef om een voorstel uit te werken voor een verbeterde verwijsbrief van de huisarts aan de ELP. Echter kan men zich de vraag stellen of een (uniforme) verwijsbrief altijd een meerwaarde vormt. Elke samenwerking is uniek en wordt gekarakteriseerd door de eigenschappen van de aparte individuen. Iedere ELP heeft zijn/haar eigen voorkeuren qua manier van verwijzen en gedeelde informatie. Daarom zal een uniforme verwijsbrief weinig bijbrengen. Voor een goede samenwerking lijkt het van belang dat huisartsen en ELP'ers in de buurt elkaar leren kennen.

Zo kan aan elkaars verwachtingen voldaan worden en kan er gepolst worden welke manier van overleg langs beide kanten de voorkeur geniet.

Opmerkelijk is de discrepantie tussen de perceptie van aanwezigheid van communicatie bij doorverwijzing. ELP'ers geven aan dat er maar weinig communicatie is terwijl deze vraag bij de huisartsen eerder uiteenlopende resultaten oplevert. Dit gegeven kan natuurlijk op een selectiebias wijzen, waardoor de samenwerking te optimistisch wordt weergegeven door de huisartsen.

Drempels
Ongeveer 40% van de huisartsen ervaart weinig tot geen drempels bij een doorverwijzing naar een ELP. Indien er toch drempels zijn, gaat het vooral over de wachttijd die toch langer blijkt dan gehoopt en de patiënt zelf die nog niet klaar is voor psychologische hulp. Verder merken huisartsen dat er vooral ook een tekort aan beschikbaarheid is. Een verdere uitbouw van de ELP-functie lijkt in de toekomst aan de orde om aan deze noden te beantwoorden.

Bijkomend kan er in de toekomst nog uitgediept worden welke drempels patiënten ervaren bij een doorverwijzing naar de ELP, of de drempels anders zijn dan bij doorverwijzing naar een reguliere psycholoog en hoe het stigma rond psychologische zorg kan verkleind worden. De kostprijs blijkt bij de huisarts het grootste motief om naar een ELP door te verwijzen. Daarnaast wordt ook de beloofde kortere wachttijd als drempelverlagend ervaren, hoewel er dient opgemerkt te worden dat deze in realiteit nu al toeneemt. Voor sommige huisartsen vormen de toenemende wachttijden zelfs een drempel om door te verwijzen naar een ELP.

Communicatie tijdens de behandeling
Zowel huisartsen als ELP'ers geven aan weinig contact met elkaar te hebben na een doorverwijzing en beide groepen wensen dit meer te zien gebeuren. Bij de huisartsen is het contrast tussen het huidig contact en het gewenst contact meer uitgesproken dan bij de ELP'ers. Mogelijke verklaringen zijn dat enerzijds de ELP overleg niet altijd zinvol acht en anderzijds de administratieve rompslomp voor de ELP. Dit punt kwam ook naar voren in de interviews. Ook uit de literatuurstudie bleek dat systematisch overleg door de ELP'ers niet als haalbaar wordt beschouwd en dat overleg enkel hoeft als het aansluit bij de noden van de patiënt of de evolutie. Verder onderzoek om deze redenen uit te klaren is echter nodig.

Hierbij aansluitend merken we ook dat huisartsen overleg als zinvoller ervaren dan de ELP'ers om de therapie te optimaliseren. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat ELP'ers expert zijn in de psychologische zorg terwijl huisartsen minder vertrouwd zijn met dit domein en overleg dus nuttiger vinden. In ons onderzoek vermelden beide beroepsgroepen dat het beroepsgeheim ook een belemmering kan vormen voor overleg. Psychologische klachten zitten nog altijd iets meer in de taboesfeer dan somatische problemen, waardoor het beroepsgeheim hier mogelijks zeer wordt benadrukt. Het wegwerken van het stigma rond psychologische zorg kan ervoor zorgen dat patiënten meer instemmen om informatie te delen tussen zorgverleners.

We merken een duidelijke discrepantie tussen de rapportage van het nemen van initiatief voor overleg. Huisartsen denken meer initiatief te nemen dan door de ELP'ers wordt ervaren. Een mogelijke verklaring is dat de huisartsen die de vragenlijst hebben ingevuld meer affiniteit hebben met psychologische zorg dan de doorsnee huisarts.

Zowel bij huisartsen als ELP'ers is het verloop van de behandeling het belangrijkste onderwerp van hun overleg. Diagnostiek en context zijn voor de huisarts een belangrijker overlegonderwerp dan voor de ELP, terwijl urgenties en opstart en gebruik van medicatie dan weer meer reden tot overleg vormen voor de ELP. Een mogelijke verklaring kan hier opnieuw de expertise van de ELP zijn, die meer van diagnostiek kent en minder van medicatie. Een bijscholing of e-learning voor ELP'ers over medicatie zou dit kennistekort eventueel kunnen opvullen. Daarnaast volgt een ELP een patiënt vaak dichter en frequenter op waardoor deze sneller een urgente situatie zal oppikken en dus meer daarover zal moeten overleggen.

Communicatie na de behandeling
Zowel huisarts als ELP geven aan dat er na het beëindigen van de behandeling weinig overleg plaatsvindt. Huisartsen zouden duidelijk graag meer overleggen na het afronden van de therapie, terwijl die wens er bij de ELP'ers minder is. Uit de interviews bleek dat het als onnodig of een ballast werd ervaren en ook de tijdsinvestering een drempel kan vormen. Er moet in de toekomst bekeken worden hoe de administratieve ballast tot een minimum kan worden herleid. Een andere reden hiervoor zou kunnen zijn dat het traject van de ELP dan vaak met een gunstig resultaat is afgerond, waardoor zij minder de nood voelen om terug te koppelen.

Overlegmedium
Momenteel wordt er zowel tijdens als na de behandeling door beide beroepsgroepen voornamelijk telefonisch gecommuniceerd. Bij de doorverwijzing wordt ook nog vaak gebruik gemaakt van een brief. Naast de brief en telefoon zouden huisartsen en ELP'ers graag via een online platform overleggen. Een reden waarom er nog niet veel online wordt overlegd, kan zijn omdat er tot op heden geen toegankelijk en veilig online platform voorhanden is. De voorziene opstart en het gebruik van een elektronisch patiëntendossier door de ELP'ers zal hiervoor hopelijk een positieve evolutie betekenen.

Nieuwe conventie
De meeste huisartsen vonden het tot voor kort verplichte verwijsvoorschrift voldoende, in tegenstelling tot de grootste groep van ELP'ers die dit juist niet vond. Ook uit de interviews bleek dat niet alle ELP'ers hier achter staan. Een mogelijke verklaring voor dit contrast zou kunnen zijn dat de indicatiestelling voor ELP'ers te beperkt was en er weinig ruimte was voor nuance. Verder vormde het een administratieve last. Voor huisartsen daarentegen was het dan weer een vrij eenvoudig document met weinig extra werkbelasting. Beide groepen zijn het er echter wel over eens dat het een goede zaak is dat het verplicht voorschrift is weggevallen.

De ELP'ers zijn quasi unaniem overtuigd dat het wegvallen van het tot voor kort verplichte verwijsvoorschrift drempelverlagend zal werken. Bij de huisartsen heerst er hieromtrent echter meer verdeeldheid. Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste huisartsen verwachten dat patiënten toch eerst bij de huisarts zullen langsgaan bij psychische problemen dankzij de reeds aanwezige goede arts-patiëntrelatie.

Een meerderheid van de huisartsen geeft aan niet vertrouwd te zijn met de term "functioneel bilan", maar ziet hier toch een meerwaarde in na een duiding van de term. Naar de toekomst toe zou er dus beter geïnformeerd moeten worden over het functioneel bilan. De meningen van de ELP'ers over het functioneel bilan zijn verdeeld, maar ze zijn toch eerder ontevreden. In de toekomst moet verder onderzoek gevoerd worden om te kijken wat daar de oorzaken van zijn en hoe de tevredenheid kan verbeterd worden. Zo zou dit instrument als communicatiemiddel ten volle ingezet kunnen worden om de samenwerking tussen huisartsen en ELP'ers te verbeteren.

De meeste psychologen vermoeden dat de nieuwe conventie een verbetering van de psychologische zorg zal teweegbrengen. De capaciteit en praktische rompslomp blijven echter struikelblokken. Er is verder onderzoek nodig om de financiële haalbaarheid van de nieuwe conventie na te gaan.

Suggesties voor een betere samenwerking
Zowel ELP'ers als huisartsen geven aan dat een netwerkevent en een bijscholing de samenwerking kan bevorderen. Een groot deel van de huisartsen heeft nood aan een overzicht van de GGZ. De complexiteit van het zorglandschap werd ook bevestigd door de literatuurstudie. ELP'ers hebben minder nood aan een globaal overzicht, temeer omdat zij midden in het landschap zitten. Huisartsen geven aan dat een uitbouw van de ELP-capaciteit de samenwerking zou kunnen verbeteren. ELP'ers vinden vooral de bereikbaarheid van de huisartsen ondermaats. Een vooraf gepland overlegmoment zou kunnen bijdragen aan een betere samenwerking. De vraag stelt zich dan hoe dit praktisch geregeld kan worden. Beide beroepsgroepen geven aan dat er werk moet worden gemaakt van een toegankelijk en veilig online overlegplatform, waar communicatie mogelijk is in twee richtingen. Er bestaat al een financiële

vergoeding voor een MDO binnen de gespecialiseerde psychologische zorg. Er moet echter nagegaan worden bij beide beroepsgroepen of een financiële stimulans zou aanzetten tot meer overleg.

Algemene opmerkingen
Tot slot dienen er enkele algemene kanttekeningen bij deze masterproef gemaakt te worden. Sterktes van deze studie zijn het groot aantal respondenten op de enquêtes en de vergelijking tussen beide beroepsgroepen. Algemeen valt op te merken dat deze masterproef door drie HAIO's werd opgezet, geïnterpreteerd en geschreven. Onvermijdelijk werden de resultaten geïnterpreteerd en de discussie geschreven vanuit het perspectief van een huisarts. Het zou interessant zijn een gelijkaardig onderzoek vanuit het oogpunt van ELP'ers (in opleiding) te herhalen. Zoals reeds aangehaald, kan vermoed worden dat de vragenlijsten ingevuld werden door huisartsen die meer interesse hebben in psychologische zorg, wat een vertekend beeld van de resultaten kan geven. Er was sprake om enkele toetsingsgroepen op te zetten tussen huisartsen en ELP'ers. Het was praktisch gezien niet meer mogelijk om dit binnen het tijdsbestek van de masterproef te voltooien.

Conclusie

Zowel huisartsen als ELP'ers zijn eerder wel tevreden over de samenwerking. Een derde neemt echter wel een neutrale houding aan als de vraag wordt gesteld. Om van een goede samenwerking te kunnen spreken moet de huisarts op de hoogte zijn van de ELP-functie. ELP'ers hebben soms het gevoel dat huisartsen hierover en over de nieuwe conventie met bijhorende terugbetalingsregeling niet helemaal op de hoogte zijn. Ook huisartsen geven aan dat ze het landschap van de GGZ niet overzichtelijk of duidelijk vinden. Een betere en duidelijkere informatieoverdracht dient in de toekomst dan ook prioriteit te krijgen. Bij beiden zijn de meningen over de aanwezigheid van een ELP in de praktijk verdeeld.

De financiële toestand van de patiënt heeft de grootste invloed op een keuze om door te verwijzen naar een ELP, dan wel een reguliere psycholoog. De lagere kostprijs en de beloofde kortere wachttijd zijn de belangrijkste drempelverlagende factoren voor de huisarts om door te verwijzen naar een ELP. Ongeveer 40% ervaart weinig tot geen drempels om door te verwijzen naar een ELP. Als er toch drempels worden ervaren dan betreft het heel vaak patiëntgerelateerde factoren zoals een patiënt die nog niet klaar is voor psychologische hulp en een wachttijd die toch langer blijkt dan eerst gedacht. ELP'ers vinden dat huisartsen moeilijk te bereiken zijn voor overleg. Het gebrek aan tijd en de administratieve last vormen voor beide groepen een drempel voor de samenwerking.

Beide beroepsgroepen geven aan dat er niet zo vaak wordt overlegd, maar willen dit wel meer doen. Bij huisartsen is deze tendens nog sterker. De belangrijkste momenten waarbij huisartsen graag zouden overleggen met een ELP zijn: na doorverwijzing, bij een belangrijke gebeurtenis en na het afronden van de therapie. ELP'ers zijn daarentegen niet te vinden voor systematisch overleg. Zij geven vooral aan te willen overleggen als ze inschatten dat dit nodig is. Als er overleg plaatsvindt, is iedereen hier wel tevreden over. Zowel huisartsen als ELP'ers zouden het liefst telefonisch of via een online platform overleggen.

Zowel huisartsen als ELP'ers zijn er allebei van overtuigd dat met de nieuwe conventie en het wegvallen van het verplichte voorschrift de drempel voor patiënten nog lager komt te liggen. Bij de huisartsen heerst er meer verdeeldheid. Ze vrezen dat dit maar voor een kleine groep zo zal zijn, aangezien patiënten toch vaak eerst langsgaan bij de huisarts om hun problemen te bespreken. Huisartsen vrezen dat zonder verwijsbrief de wachtlijsten nog verder zullen oplopen, omdat er zo geen triage is. De meeste

huisartsen vinden het functioneel bilan een interessante tool bij de samenwerking, hoewel meer dan de helft hier niet vertrouwd mee is. Een groot aandeel van de ELP'ers is dan weer niet te vinden voor het opstellen van een functioneel bilan.

Zowel huisartsen als ELP'ers zijn vragende partij voor een gemeenschappelijke bijscholing om de samenwerking te verbeteren. Andere suggesties om de samenwerking te optimaliseren zijn een duidelijk overzicht van de GGZ, een netwerkevent om elkaar te leren kennen en een gedeeld online platform dat tweezijdige online communicatie mogelijk maakt.

De grote uitdaging voor de toekomst zal tweeledig zijn: de ELP-functie moet duidelijk nog beter bekend gemaakt worden bij de huisartsen, maar het zal belangrijk zijn een beperkte wachttijd verder te garanderen. Hiervoor zullen ongetwijfeld verdere investeringen nodig zijn.

Persoonlijke reflectie

Op een van de eerste zonnige dagen van 2023 ga ik buiten zitten om het allerlaatste onderdeel van deze masterproef te schrijven: de persoonlijke reflectie. Wat neem ik mee uit dit werk naar de toekomst en hoe zal deze ervaring mijn handelen veranderen? Door middel van een mindmap hoop ik mijn gedachten wat te kunnen ordenen: chronisch project, letterlijk en figuurlijk samenwerken, veranderingen, flexibiliteit, uitdagingen, wereld in evolutie …

Met veel enthousiasme koos ik drie jaar geleden voor het thema samenwerking tussen de huisarts en de ELP. Eerst en vooral was het voor mij een leuke kans om uit te zoeken hoe de GGZ in België in elkaar steekt. Het werd mij al snel duidelijk dat het helemaal niet zo eenvoudig is en na het uitvoeren van ons veldonderzoek bleek dat ik niet de enige ben die dit zo ervaart. Veel huisartsen hadden wel een notie van het concept ELP, maar er heerste ook nog heel wat onduidelijkheid (bv. over het functionele bilan). Een eerste les die ik hieruit trek is dat het GGZ-landschap in België te complex is. Ik ben ervan overtuigd dat er bij de volgende hervorming moet ingezet worden op het vereenvoudigen van de GGZ in België. Er moet korte en krachtige informatie naar alle zorgverleners uitgestuurd worden. Een kanttekening die ik hier ook bij maak, is de haalbaarheid van de nieuwe conventie. Een groot aantal collega's is nog niet volledig vertrouwd met de ELP en toch ervaren de meeste bevraagde collega's dat het systeem al overbevraagd is. Er zijn aanzienlijke investeringen nodig om de ELP-functie toegankelijk en laagdrempelig te houden. En dan stelt zich de vraag hoe dat dient gefinancierd te worden. Een tweede reden waarom ik een bijzondere interesse had in het onderwerp was omdat psychische problemen een groot aandeel vormen van de dagdagelijkse praktijkvoering. De ELP-functie is nog niet zo lang geleden in het leven geroepen. De aspecten van deze nieuwe functie die mij het meeste aanspreken zijn de toegankelijkheid, lage kostprijs en beloofde kortere wachttijd. Zowel voor mij als voor de bevraagde huisartsen werkt dit drempelverlagend. Snellere doorverwijzing zorgt ervoor dat er meer ingezet kan worden op preventie.

Mijn huidige ervaring met de ELP is dat communicatie binnen de samenwerking nagenoeg onbestaande is. Persoonlijk vind ik dat wel jammer, want het interesseert me hoe patiënten het stellen en wat er tijdens die sessies besloten wordt. Ik heb heel veel respect voor de privacy van de patiënt, maar nu heb ik vaak het gevoel dat de patiënten even van mijn radar verdwijnen en dat ik soms essentiële zaken mis of dat we allemaal andere doelen nastreven. Het lijkt alsof de ELP net iets minder behoefte heeft aan overleg dan de huisarts. Vermoedelijk omdat zij een episode behandelen. Het initiële doel van deze masterpoef was om de samenwerking wat te standaardiseren, een verbeterde verwijsbrief op te stellen en ook een

sjabloon voor een feedbackrapport uit te werken. Tijdens deze masterproef heb ik echter geleerd dat het standaardiseren van een samenwerking (met ELP'ers) weinig zin heeft. Het is veel belangrijker om de mensen uit je netwerk te kennen en elkaars voorkeuren te leren kennen. Zowel ELP'ers als huisartsen vinden het een goed idee om evenementen te organiseren om kennis te maken. Ik ben geen voorstander van vaste overlegmomenten, maar als huisarts zie ik wel meerwaarde in een eindfeedbackrapport en overleg bij belangrijke gebeurtenissen.

Met veel goede moed begonnen we aan de exploratie van het onderwerp. Toen vernamen we in de zomer van 2021 plots in de media dat iedereen voor vier of elf euro naar de psycholoog kan zonder verwijsvoorschrift van de huisarts. Het is een goede zaak dat mensen zelf stappen kunnen zetten om hun mentaal welzijn te verbeteren. Ik ervaar de nieuwe conventie zeker als drempelverlagend voor de patiënt. De context van het onderwerp van deze masterproef was hierdoor echter wel volledig gewijzigd. Ik zou denken dat het wegvallen van het verplichte verwijsvoorschrift de samenwerking soms wat bemoeilijkt, omdat je dan als huisarts niet altijd op de hoogte bent van de problematiek. We moesten flexibel zijn en ons inlezen in het nieuwe voorstel. Als ik hierop terugkijk, hebben we aan den lijve ondervonden dat flexibiliteit een zeer waardevolle eigenschap is, net als levenslang leren. Als huisarts moet je een zekere nieuwsgierigheid en open geest behouden, aangezien de medische wereld continu evolueert. Als je dat niet doet, dan blijf je achter. Vanuit onze kennis over de ELP-functie was het ook wel interessant om de GGZ eens door een maatschappelijke bril te bekijken. Zo leer je (politieke) debatten ook beter begrijpen en interpreteren.

Ik kreeg de kans om nauw samen te werken met twee betrokken collega's, Jolien en Olivier. Elke stap hebben we samen gezet en we trokken elkaar mee doorheen dit avontuur. Door kritisch naar ons eigen en elkaars werk te kijken vormt het eindproduct echt een werk van onze zes handen. Het is moeilijk om een duidelijke rolverdeling weer te geven, omdat alles door ons drie werd geanalyseerd, aangepast en herschreven. Het was een aangename samenwerking en alle afspraken werden altijd nageleefd. Ik kijk dan ook met een warm gevoel terug op de samenwerking. De literatuurstudie werd opgedeeld in thema's en verdeeld over ons drie. Ik heb de goedkeuring van het Ethisch Comité geregeld. Jolien schreef de methodologie uit. Daarna hebben we allemaal drie huisartsen en drie ELP'ers geïnterviewd. Elk schreef zijn eigen interviews uit en bracht ze in NVivo. De codeboom werd gezamenlijk opgesteld. De codes/onderwerpen werden over drie personen verdeeld en samengevat. Olivier maakte daarna een synthese van alle interviews. Samen hebben we gezocht naar quotes om de onderwerpen te duiden. Ik heb de contactgegevens van de ELP'ers opgezocht, terwijl Jolien de gegevens van de huisartsenkringen voor haar rekening heeft genomen. De online vragenlijsten werden samen opgesteld. Iedereen hielp mee om alle vragenlijsten te versturen. De kwantitatieve resultaten van de ELP'ers en de huisartsen werden geanalyseerd in SPSS en respectievelijk door Jolien en mezelf uitgeschreven. Samen schreven we de discussie, conclusie en het abstract. Olivier nam de lay-out van de volledige masterproef voor zijn rekening. Tot slot maakte Jolien al een eerste aanzet voor de PowerPoint-presentatie.

Ik wens jullie veel leesplezier en nieuwe inzichten toe.

Bibliografie

(1) Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano; 2018. 299 p.

(2) Sciensano. Zevende COVID-19-Gezondheidsenquête. Eerste resultaten. Brussel, België: Sciensano; 2021. 41p.

(3) Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel, België: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. 57p.

(4) Vlaamse Overheid. Wat is een eerstelijnszone? Vlaanderen, België: Vlaamse Overheid; [Geraadpleegd op 25/02/2021]. Beschikbaar via https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone

(5) Van Audenhove A, Coppens E, De Jaegere V, Mestdagh A, Neyens I, Vranken R. Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen. Leuven, België: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin; 2015. 227p.

(6) Van Hoof E. De eerstelijnspsycholoog: Eerste klinisch psychologische hulp dichtbij huis. België: Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVKP); 2015. 26p.

(7) Morsink S, Steffen M. Verslag Opstart terugbetaalde eerstelijns psychologische zorg: Periode 2019. België: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2020. 25p.

(8) Samenwerkingsverband gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg regio Antwerpen (SaRA). Rapport 'Wegwijs in eerstelijnspsychologische zorg'. Antwerpen, België: SaRA. 9p.

(9) FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Evolutie contingent EL - februari 2021. België: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu; 2021. 4p.

(10) VVKP. Permanente vorming eerstelijnspsychologie. Vlaanderen, België: VVKP; [Geraadpleegd op 2/03/2021]. Beschikbaar via https://vvkp.be/divisies/eerstelijnspsychologie/permanente-vorming

(11) RIZIV. Veel gestelde vragen: nieuw model voor psychologische zorg in de eerste lijn. België: RIZIV; 2022. 23p.

(12) RIZIV. Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg in een netwerk voor geestelijke gezondheidszorg. België: Riziv; [geraadpleegd op 22/08/2021]. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geestelijke-gezondheidszorg/Paginas/eerstelijns-gespecialiseerde-psychologische-zorg-netwerk-geestelijke-gezondheidszorg.aspx

(13) Domus Medica. Terugbetaling eerstelijnspsycholoog vanaf 1 april. Vlaanderen, België: Domus Medica; 28/03/2019 [geraadpleegd op 21/02/2021]. Beschikbaar via https://www.domusmedica.be/actueel/terugbetaling-eerstelijnspsycholoog-vanaf-1-april

(14) RIZIV. Overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het netwerk geestelijke gezondheid XXX betreffende de financiering van de psychologische functies in de eerstelijn via netwerken en lokale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. België: Riziv; [Geraadpleegd op 21/08/2021]. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/overeenkomst_versterkt_psychologisch_zorgaanbod_voor_iedereen.pdf

(15) RIZIV. Eerstelijns en gespecialiseerde psychologische zorg verlenen via netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. België: RIZIV; [Geraadpleegd op 22/08/2021]. Beschikbaar via https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/klinisch-psycholoog/Paginas/eerstelijns-specialistische-psychologische-zorg-netwerken-geestelijke-gezondheidszorg.aspx

Bijlage

1. Protocol Masterproef

Onderwerp
Samenwerking eerstelijnspsycholoog en huisarts

Inleiding en probleemstelling
Eerstelijnspsychologen (ELP) deden relatief recent hun intrede in het Belgische zorglandschap, meer bepaald binnen de eerste lijn. Het doel van deze nieuwe eerstelijnspartner is een kortdurende generalistische zorg aanbieden bij patiënten met een licht tot matige-ernstig psychisch probleem. Er wordt hierbij ingezet op een laagdrempelige aanpak, die vlot toegankelijk is. Sinds 1 april 2019 worden deze nieuwe eerstelijnsspelers terugbetaald door het ziekenfonds. Patiënten hadden tot het najaar van 2021 een verwijsbrief nodig om bij een ELP terecht te kunnen en deze was vaak afkomstig van de huisarts. Daarna viel deze voorwaarde weg. Er is echter tot op de dag van vandaag nog maar weinig geweten over de samenwerking tussen deze twee eerstelijnspartners.

Onderzoeksvraag
Hoe ervaren de huisarts en de ELP de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking?

Methodiek
Een literatuurstudie werd uitgevoerd in de maanden juli – augustus 2021.
Vervolgens werd er gestart met een kwalitatief luik. Dit omvat semigestructureerde diepte-interviews, uitgevoerd bij huisartsen en ELP'ers. Er werd gestreefd naar het afnemen van twee keer negen interviews. De deelnemers werden gecontacteerd in de lokale netwerken van de onderzoekers. Er werd getracht op basis van de gevarieerde kenmerken verschillende profielen te selecteren om zo divers mogelijke antwoorden te bekomen. Er werden twee aparte vragenlijsten voorzien die als leidraad dienden voor de semigestructureerde interviews. Bijvragen waren afhankelijk van de antwoorden van de respondent. De duur van het interview werd geschat op 60 minuten. Uiteraard werd er op voorhand een informatieformulier (ICF) voorzien voor de deelnemers. De diepte-interviews werden allemaal opgenomen, tijdelijk opgeslagen, gepseudonimiseerd en uitgetypt. Tot slot werden de resultaten geanalyseerd in NVIVO aan de hand van een codeboom.

Hierna volgde een kwantitatief luik binnen onze masterproef. Er werden twee vragenlijsten voorzien: één voor de ELP en één voor de huisarts. De bekomen resultaten uit de diepte-interviews werden gebruikt om de 2 vragenlijsten op te stellen. Deze vragenlijsten werden daarom later ingediend via een amendement. Ze hadden het doel om na te gaan of de gevonden resultaten ook gelden voor het grotere publiek. Deelnemers werden dit keer op een proactieve manier gerekruteerd via verschillende kanalen. Het onderzoek werd in LOK-groepen besproken met de bedoeling zo veel mogelijk mensen te motiveren. Daarnaast werd het onderzoek en de vragenlijst besproken in nieuwsbrieven bvb van het ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding). Via een online link werd zowel het ICF als de vragenlijst geraadpleegd voor de geïnteresseerden. De vragenlijsten werden gepseudonimiseerd om te verwerken met SPSS.

Bij uitbreiding kunnen eventueel 3 lokale "toetsingsgroepen" opgezet worden waarbij er wordt afgetoetst of onze gevonden resultaten ook effectief leven bij de 2 beroepsgroepen, wanneer zij in interactie treden met elkaar. Een vooraf opgestelde topiclijst (gebaseerd op de eerdere resultaten) zal ertoe bijdragen dat de toetsingsgroepen gelijkaardig verlopen. De topiclijst zal later toegevoegd worden via amendement. Een toetsingsgroep bestaat uit een observator, een huisarts en een ELP uit dezelfde regio. Echter is het niet de bedoeling om deze resultaten dieper te analyseren.

Uitkomst
Het doel van deze masterproef is om drempels en succesfactoren bloot te leggen binnen de samenwerking tussen huisartsen en ELP'ers. Een kers op de taart voor dit onderzoek zou zijn dat we een voorstel voor een verbeterde verwijsbrief van de huisarts en een verbeterde verslagbrief van de ELP kunnen opstellen. Dit zou kunnen dienen als een sjabloon voor de communicatie tussen beide beroepsgroepen.

Ethische aspecten
Bij deelname aan de studie werden de deelnemers niet blootgesteld aan risico's.

2. Goedkeuring Ethisch Comité



Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Stefan Heytens
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
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-11315	NVT	16/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerkingScriptie Jolien Van Thorre"

B.U.N.: B6702021001163
EudraCT: NVT
Fase (Phase): NVT

Adviesaanvraagformulier versie 1 dd. 18/11/2021 Jolien Van Thorre (volledig ontvangen dd. 23/11/2021)
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier versie 1 dd. 20/7/2021 ICF interview + ICF vragenlijst
CV student Jolien Van Thorre ontvangen dd. 23/11/2021
Vragenlijsten versie 1 dd. 25/10/2021 Interview met de huisarts finaal + Interview met ELP finaal
Data Protection dd. 3/11/2021 AVG register
Begeleidende brief dd. 25/10/2021 (ontvangen dd. 23/11/2021)
Protocol versie 1 dd. 25/10/2021 Protocol Masterproef

Advies werd gevraagd door: Stefan Heytens

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 15/12/2022, 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 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, 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*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522



Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Stefan Heytens
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
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-11317	NVT	16/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking? Scriptie Liese Vander Stichele"

B.U.N.: B6702021001164
EudraCT:
Fase (Phase): NVT

Adviesaanvraagformulier Versie 1.0, dd. 25/10/2021 Liese Vander Stichele (+handtekeningen)
Begeleidende brief dd. 25/10/2021
CV ontvangen dd. 23/11/2021 Liese Vander Stichele
Vragenlijsten Versie 1.0, dd. 25/10/2021 Interview met de huisarts finaal / interview met ELP finaal
Protocol dd. 25/10/2021
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd. 25/10/2021 interview/ vragenlijst

Advies werd gevraagd door: Stefan Heytens

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 15/12/2022, 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 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, 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.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522



Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Stefan Heytens
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
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-11318	NVT	16/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking? Scriptie: Olivier Desmet"

B.U.N.: B6702021001165
EudraCT: NVT
Fase (Phase): NVT

Adviesaanvraagformulier Versie 1.0, dd. 25/10/2021 Olivier Desmet (+handtekeningen)
Begeleidende brief dd. 25/10/2021
Vragenlijsten Versie 1.0, dd. 25/10/2021 interview met de huisarts finaal / interview met ELP finaal
Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier dd. 25/10/2021 interview / vragenlijst
CV ontvangen dd. 23/11/2021 Olivier Desmet
Protocol dd. 25/10/2021

Advies werd gevraagd door: Stefan Heytens

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 15/12/2022, 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 15/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/12/2022, 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).

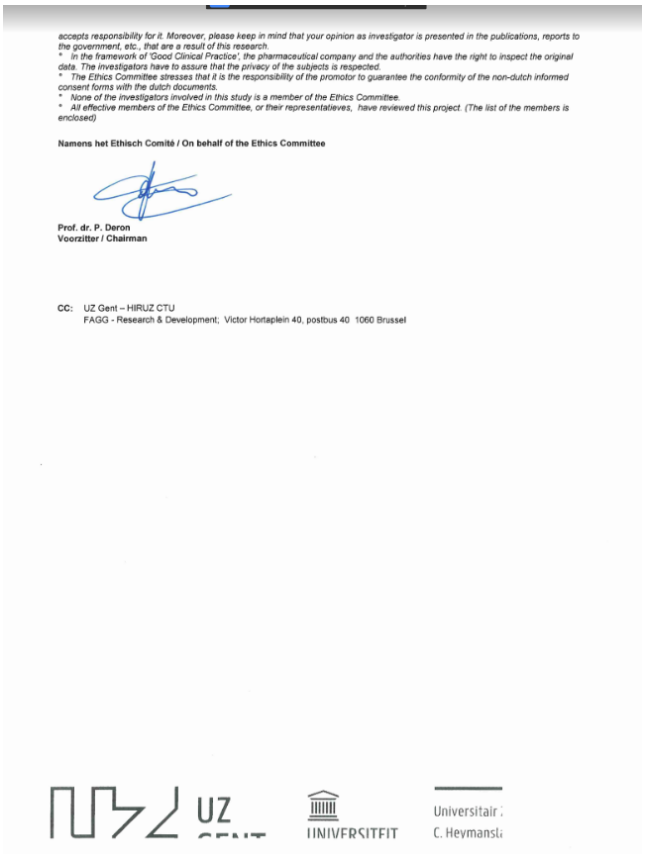
** Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
** Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven 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.*
** 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)*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522



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

3. Informed consent interviews

Informatiebrief voor de deelnemers

Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Wij zijn Jolien Van Thorre, Liese Vander Stichele en Olivier Desmet, drie huisartsen-in-opleiding werkzaam in de regio West -en Oost-Vlaanderen. In het kader van onze masterproef onderzoeken wij hoe de samenwerking loopt tussen de eerstelijnspsycholoog (ELP) en de huisarts. ELP'ers deden relatief recent hun intrede in het Belgische zorglandschap, meer bepaald binnen de eerste lijn. Het doel van deze nieuwe eerstelijnspartner is een kortdurende generalistische zorg aanbieden bij patiënten met een licht tot matig-ernstig psychisch probleem. Er wordt hierbij ingezet op een laagdrempelige aanpak, die vlot toegankelijk is. Sinds 1 april 2019 worden deze nieuwe eerstelijnsspelers terugbetaald door het ziekenfonds. Patiënten hebben een verwijsbrief nodig om bij een ELP terecht te kunnen en deze is vaak afkomstig van de huisarts. Er is echter op vandaag nog maar weinig geweten over de samenwerking tussen deze 2 eerstelijnspartners. Dit onderzoek heeft als doel om na te gaan bij huisartsen en ELP'ers hoe zij de samenwerking ervaren en wat er beter kan. Welke drempels en succesfactoren ervaren deze twee eerstelijnspartners in de samenwerking met elkaar?

Wij vragen u vriendelijk of u wenst deel te nemen aan ons interview over dit onderwerp. Dit zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen. Het doel is om de interviews te transcriberen en daarna worden de opnames verwijderd.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Stefan Heytens. De opdrachtgever van de studie is de Universiteit Gent.

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier via een sleutel die codes bevat, echter zijn deze enkel toegankelijk voor de onderzoekers). Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De verworven gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Stefan Heytens (UGent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de verworven informatie om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker:

Naam: Dr Prof Stefan Heytens
Adres: C.Heymanslaan10, ingang42 verdieping, 9000 Gent
E-mail: stefan.heytens@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMER

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker. ☐
2) Ik ben akkoord dat het interview wordt opgenomen. ☐

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	☐
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	☐

4. Codebomen

Codeboom Huisarts

- Kennis van het begrip ELP
  - omschrijving van het concept ELP door de huisarts
  - taakomschrijving van de ELP volgens de huisarts
  - perceptie van de huisarts van het vervullen van deze taken door de ELP
- Samenwerking met de ELP
  - Medium waarop en beschikbaarheid van contactgegevens bekomen worden
    - + hoe dit gewenst zou worden in de toekomst
  - Aan-/afwezigheid van ELP in praktijk
  - mening over de aanwezigheid van een ELP in de praktijk
  - voordelen
  - nadelen
  - mening over de afwezigheid van een ELP in de praktijk
  - positieve ervaringen
  - negatieve ervaring
  - Wijze waarop komst ELP bijdraagt aan betere eerstelijnszorg
- Doorverwijzing naar ELP
  - motivatie patiënt om naar een psycholoog te gaan
  - no show patiënt
  - manier van doorverwijzen
    - initiatief voor afspraak maken
  - informatie bij doorverwijzing
    - Medium van overdracht
    - mening over een extra verwijsbrief
    - onderwerpen van gedeelde informatie
  - drempels bij doorverwijzing naar de ELP
    - bij de huisarts
    - bij de patiënt
  - drempelverlagende factoren bij doorverwijzing naar ELP
  - aantal doorverwijzingen per maand naar ELP versus ander type psycholoog
- Communicatie met ELP
  - Overleg **tijdens** behandeling
    - JA:
      - Medium
      - onderwerpen van het overleg
      - ervaring
    - NEEN:
      - Gewenste medium
      - Ervaring / Interpretatie
    - initiatief voor overleg
    - frequentie
  - vereisten voor communicatie
    - autonomie patiënt
  - Overleg **na** behandeling
    - JA:
      - Medium
      - Onderwerpen van het overleg
      - Ervaring
    - NEEN:
      - Gewenst medium
      - Ervaring/Interpretatie
    - Frequentie
    - Mening over eindverslag
      - voordelen
      - nadelen
      - relevante onderwerpen
  - De ervaring na doorverwijzing naar ELP
  - Relevant tijdstip voor overleg
  - mening over toegevoegde waarde communicatie
  - mening over online platform / app
- nieuwe conventie
  - mening over wegvallen noodzakelijk voorschrift ELP
  - mening over drempelverlagend effect nieuwe terugbetaling
  - bedenkingen / uitdagingen nieuwe terugbetaling
- aanbevelingen bevordering samenwerking tussen huisarts en ELP

Codeboom ELP

- functie ELP
  - Omschrijving van ELP-functie
    - KOP model
  - Taken van een ELP
  - Uitdagingen voor de ELP
    - No show
    - Wachtlijsten
    - Inschatting tijdig doorverwijzen
    - Financieel
      - kostprijs patiënt
      - mogelijkheid verderzetten sessies
- Indicatie voor doorverwijzing
  - Meest frequente pathologieën/doorverwezen indicaties
  - Tekorten van de indicatiestelling
- Samenwerking met de huisarts
  - Huidige situatie
    - Succesfactoren
    - Drempels
  - De verwijzende huisarts
  - Mening aanwezigheid ELP in de praktijk
    - voordelen -nadelen
- Doorverwijzing
  - Kennis van de doorverwijzer over het systeem
    - Correctheid van de doorverwijzing
  - Het vroegere verplichte verwijsvoorschrift.
  - Belangrijkste verwijzers
  - Documenten bij doorverwijzing
  - Verbeterpunten op vlak van doorverwijzing
  - Informatie bij doorverwijzing
    - Mening extra verwijsbrief
    - Medium
    - Noodzakelijke informatie bij doorverwijzing
- Communicatie met de doorverwijzende arts
  - teruggekoppelde informatie
  - ervaringen communicatie
  - initiatief
  - Intakeverslag
  - Overleg tijdens behandeling
    - JA
      - Medium
      - onderwerpen van het overleg
      - Ervaring
    - NEE
      - drempel
      - Ervaring / Interpretatie
  - Overleg na behandeling
    - JA
      - Medium
      - onderwerpen van het overleg
      - Ervaring
    - NEE
      - Oorzaken
      - Verbeterpunten
      - Gewenste medium
      - Ervaring / Interpretatie
  - mening meerwaarde online platform
- Psycholoog en beroepsgeheim (en respect privacy van patiënt)
  - Ervaring
  - Beoogd doel
  - Weigering door patiënt
- Nieuwe conventie
  - Opinie ELP
  - Drempelverlagende werking
  - Invloed op wachtlijsten
  - Invloed op samenwerking huisarts ELP
  - Opinie functioneel bilan / eindbilan
  - Opinie wegvallen verwijsvoorschrit
  - Opinie op de netwerkgestuurde werking
  - Mening over groepssessies
  - Verhoogde financiering per sessie
  - Elektronisch patiëntendossier voor ELP
- Aanbeveling bevordering samenwerking HA en ELP

5. Vragenlijsten

Vragenlijst semigestructureerde interviews huisarts

1. Sociodemografisch

Geslacht? Leeftijd? Soort praktijk? Locatie van de praktijk? Hoe vaak verwijst u door naar de psycholoog? Hoe vaak verwijst u door naar de ELP?

2. ELP

Wat is uw kennis van het begrip ELP? Bent u hiermee vertrouwd? Hoe omschrijft u dit concept aan patiënten? Wat zijn volgens u de taken van een ELP? Hebt u het gevoel dat deze taken op heden vervuld worden door een ELP?

3. Ervaring samenwerking ELP

Hoe ervaart u de samenwerking met een ELP? Hoe gaat u te werk om contactgegevens/info over een ELP te vinden wanneer u een patiënt wil doorverwijzen? Hoe zou u dit desgevallend liever beschikbaar zien? Heeft u een ELP in uw praktijk? Welke voor- of nadelen ziet u hierin? Verwijst u liever naar een ELP buiten het gebouw van uw praktijk?

3.1 Doorverwijzing

Hoe gebeurt de verwijzing? Maakt u zelf een afspraak? Ondervindt u soms no shows van uw verwezen patiënten bij de ELP? Welke reden geven de patiënten dan aan? Hoe zoekt u naar een geschikte ELP in uw buurt? Geeft u enkel het voorschrift ELP mee of schrijft u ook een verwijsbrief? Welke informatie schrijft u in die verwijsbrief? Hoe bezorgt u die aan de ELP? Welke drempels ervaart u om door te verwijzen naar een ELP? Welke factoren spelen een rol in de doorverwijzing naar een ELP ipv naar een klinisch psycholoog?

3.2 Communicatie

Hebt u tijdens een behandeling al overleg gehad met een ELP? Zo ja, hoe verliep die? Zo neen, had u dat graag gehad? Wie moet hiervoor volgens u het initiatief nemen? Hebt u na een behandeling al terugkoppeling gehad van een ELP? Zo ja, hoe verliep dat? Zo neen, had u dat graag gehad? Hoe ervaart u achteraf de doorverwijzing? Draagt de komst van de ELP volgens u bij tot een betere eerstelijnszorg? Kan u deze stelling verduidelijken met enkele voorbeelden uit de praktijk over wat nu wel mogelijk is t.o.v. toen u nog niet met een ELP samenwerkte.

4. Nieuwe terugbetalingsregeling

Het noodzakelijke voorschrift ELP zal wegvallen in het licht van de nieuwe terugbetalingsregeling. Wat vindt u hiervan? Denkt u dat deze nieuwe terugbetalingsregeling de drempel zal verlagen om psychologische hulp te zoeken? Welke bedenkingen heeft u bij dit plan?

5. Verbeterpunten

Wat zijn uw aanbevelingen om de samenwerking tussen huisarts en ELP te bevorderen? Wat zou er volgens u nodig zijn om de samenwerkingen nog beter te laten verlopen?

Vragenlijst semigestructureerde interviews ELP

1. Sociodemografisch

Geslacht? Leeftijd? Locatie van de praktijk? Soort praktijk: solo of groep? Aantal doorverwijzingen per maand ikv ELP?

2 ELP.

Omschrijf uw eigen functie? wat kunnen de taken van een ELP zijn? Welke taken vindt u het belangrijkste? Wat zijn de uitdagingen die deze job brengt?

3.Verwijzing

Wie zijn de belangrijkste verwijzers? Welke pathologieën worden het meeste doorverwezen?
Ontbreekt er volgens u nog een categorie aan de doorverwijscriteria, klachten waarmee mensen eventueel nog vaker bij u aankloppen of dekken deze categorieën de lading?

4. Samenwerking met de huisarts

Hoe zou u de huidige samenwerking met de meeste huisartsen beschrijven? Krijgt u meestal verwijzingen van een beperkt aantal dezelfde huisartsen of is dit homogeen verdeeld over de verschillende artsen in de buurt?

4.1 Doorverwijzing

Op welke manier wordt er doorverwezen? Sturen huisartsen een verwijsbrief of enkel het “voorschrift ELP” dat nodig is voor de terugbetaling? Wat ervaart u als noodzakelijke informatie bij een verwijzing? Wat kan er beter op vlak van doorverwijzing?

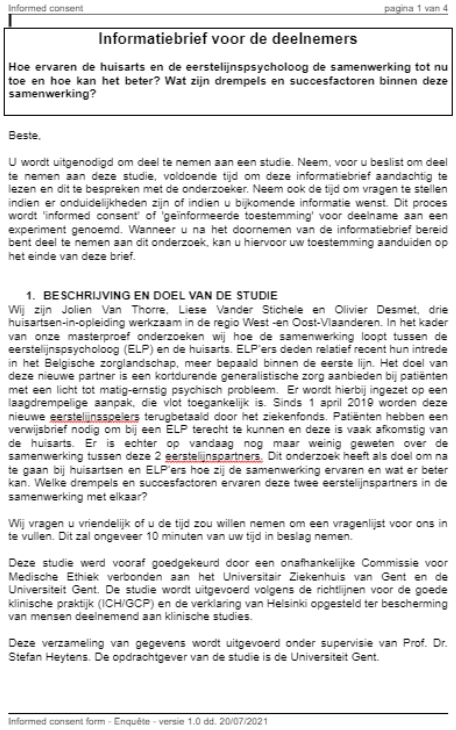
4.2 Communicatie

Communiceert u met huisartsen waarvan er patiënten bij u in behandeling zijn? Op welke manier verloopt deze communicatie? Welke informatie wordt doorgebriefd of teruggekoppeld? Hoe ervaart u deze communicatie? Psychologen beroepen zich soms op hun beroepsgeheim en respect voor de privacy van de patiënt om info te delen. Hoe staat u hier tegenover? Wat beogen psychologen hiermee? Indien er geen communicatie is: hoe komt dit? Hoe kan dit verbeterd worden? Wie moet hiervoor het initiatief nemen? Welke drempels ervaart u om dit te doen?

5. De nieuwe conventie

Recent zijn proefprojecten gestart om de psychologische zorg in ons land toegankelijker te maken. Hierdoor zullen mensen in de toekomst geen voorschrift ELP meer nodig hebben om terugbetaling te krijgen. Wat is uw mening over dit hele plan? Vindt u dit een goede evolutie? Denkt u dat de nieuwe terugbetalingsregeling de drempel zal verlagen om psychologische hulp te zoeken? Denkt u op die manier nog meer werk te hebben waarbij de wachtlijsten soms nu al oplopen? Heeft u wachtlijsten? Wat is de gemiddelde wachttijd voor een cliënt na aanmelding? Hoe zal dit de samenwerking tussen huisarts en ELP veranderen volgens u?

6. Informed consent online vragenlijsten



Informed consent pagina 1 van 4

Informatiebrief voor de deelnemers

Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking?

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Wanneer u na het doornemen van de informatiebrief bereid bent deel te nemen aan dit onderzoek, kan u hiervoor uw toestemming aanduiden op het einde van deze brief.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

Wij zijn Jolien Van Thorre, Liese Vander Stichele en Olivier Desmet, drie huisartsen-in-opleiding werkzaam in de regio West -en Oost-Vlaanderen. In het kader van onze masterproef onderzoeken wij hoe de samenwerking loopt tussen de eerstelijnspsycholoog (ELP) en de huisarts. ELP'ers deden relatief recent hun intrede in het Belgische zorglandschap, meer bepaald binnen de eerste lijn. Het doel van deze nieuwe partner is een kortdurende generalistische zorg aanbieden bij patiënten met een licht tot matig-ernstig psychisch probleem. Er wordt hierbij ingezet op een laagdrempelige aanpak, die vlot toegankelijk is. Sinds 1 april 2019 worden deze nieuwe eerstelijnspelers terugbetaald door het ziekenfonds. Patiënten hebben een verwijsbrief nodig om bij een ELP terecht te kunnen en deze is vaak afkomstig van de huisarts. Er is echter op vandaag nog maar weinig geweten over de samenwerking tussen deze 2 eerstelijnspartners. Dit onderzoek heeft als doel om na te gaan bij huisartsen en ELP'ers hoe zij de samenwerking ervaren en wat er beter kan. Welke drempels en succesfactoren ervaren deze twee eerstelijnspartners in de samenwerking met elkaar?

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Stefan Heytens. De opdrachtgever van de studie is de Universiteit Gent.

Informed consent form - Enquête - versie 1.0 dd. 20/07/2021



Informed consent pagina 2 van 4

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om de vragenlijst in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.
Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1(a) en artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden. Enkel de geanonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De verworven gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofonderzoeker van de studie, Prof. Dr. Stefan Heytens (UGent). Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot de verworven informatie om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan

Informed consent form - Enquête - versie 1.0 dd. 20/07/2021

enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Wanneer u na het doornemen van de informatiebrief bereid bent deel te nemen aan dit onderzoek, kan u hiervoor uw toestemming aanduiden op het einde van deze brief.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Prof. Dr. Stefan Heytens
Adres: C.Heymanslaan 10, ingang 42 verdieping 5, 9000 Gent
E-mail : stefan.heytens@ugent.be

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

1) Ik stem ermee in om de vragenlijst in te vullen ☐

7. Goedkeuring Ethisch Comité vragenlijsten

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Stefan Heytens
university of Ghent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Liese VANDER STICHELE	22/09/2022	1/6
Referentie hoofdstudie	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
BC-11317		B670202100164

Betreft:
Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking? Liese Vander Stichele

Wijziging / toevoegen studiedocumenten
Amendement nr: #BC-11317 dd. 29/08/2022

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft op 15/12/2021 in eerste instantie een positief advies gegeven voor bovenvermeld protocol.

Een gunstig advies voor deze wijziging werd gegeven op 21/09/2022.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek
VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron
SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelemen
INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Stefan Heytens
university of Ghent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Liese VANDER STICHELE	22/09/2022	1/6
Referentie hoofdstudie	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
BC-11315		B670202100163

Betreft:
Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking? Jolien Van Thorre

Wijziging / toevoegen studiedocumenten
Amendement nr: #BC-11315 dd. 29/08/2022

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft op 15/12/2021 in eerste instantie een positief advies gegeven voor bovenvermeld protocol.

Een gunstig advies voor deze wijziging werd gegeven op 21/09/2022.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek
VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron
SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelemen
INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be



Afzender: Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Stefan Heytens
university of Ghent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	datum	pagina
Liese VANDER STICHELE	22/09/2022	1/6
Referentie hoofdstudie	EudraCT-nr:	Belg. Regnr:
BC-11318		B670202100116S

Betreft:
Hoe ervaren de huisarts en de eerstelijnspsycholoog de samenwerking tot nu toe en hoe kan het beter? Wat zijn drempels en succesfactoren binnen deze samenwerking? Olivier Desmet

Wijziging / toevoegen studiedocumenten
Amendement nr: #BC-11318 dd. 29/08/2022

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft op 15/12/2021 in eerste instantie een positief advies gegeven voor bovenvermeld protocol.

Een gunstig advies voor deze wijziging werd gegeven op 21/09/2022.

Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

Met vriendelijke groeten,

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Pelemen

INGANG 75
ROUTE 7522

Prof. dr. Philippe Deron
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent

CC: FAGG
Cc: HIRUZ_CTU (Clinical Trial Center UZ Gent)

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

8. Online vragenlijsten huisartsen

Sociodemografisch

Wat is uw geslacht? man – vrouw – X
Wat is uw leeftijd? 0-100
Praktijkvorm: Solopraktijk – Groepspraktijk met enkel artsen – Multidisciplinaire praktijk met ELP – Multidisciplinaire praktijk met psycholoog (die geen ELP is) - Multidisciplinaire praktijk zonder psycholoog of ELP
Wat is de locatie van uw praktijk? Stad – Landelijk
Heeft u al ooit gehoord van een eerstelijnspsycholoog? Ja - Nee
Weet u wat het begrip ELP betekent? OPEN VRAAG
Indien ja op vorige vraag: Wat zijn voor u de taken van een ELP? Exploratie probleem - Diagnostiek - Inschatten ernst - Psycho-educatie - Advies naar werkhervatting - Doorverwijzing - Noodzaak medicatie - Ander : (invulvak)

Samenwerking (1 = Helemaal niet tevreden ; 10 = Super tevreden)

Hoe tevreden bent u tot nu toe in het algemeen over de samenwerking met de eerstelijnspsycholoog? 1-10
Zou u het een voordeel vinden om een ELP in de praktijk te hebben?
JA: Het is drempelverlagend voor de patiënt - Er kan snel overlegd worden met de ELP - Er kan snel advies gevraagd worden aan de ELP - Andere: (INVULVAKJE)
NEE: Beperking autonomie patiënt (Patiënt voelt zich verplicht naar de psycholoog van die praktijk te gaan) - Patiënt zou kunnen vrezen dat zijn privacy niet wordt gerespecteerd - Praktische bezwaren - Andere: (INVULVAKJE)

Doorverwijzing : *frequentie doorverwijzen*

Hoeveel patiënten heeft u de afgelopen maand effectief doorverwezen naar een psycholoog? geen – één – 2 tot 5 – 5 tot 10 – meer dan 10
Hoeveel patiënten heeft u de afgelopen maand effectief doorverwezen naar een eerstelijnspsycholoog? Geen – Eén – 2 tot 5 – 5 tot 10 – Meer dan 10

profiel patiënten (1 = Helemaal niet ; 10 = Zeker wel)

Hoe ziet de verdeling van de problematieken van uw doorverwijzingen eruit (0-100%)? Angstklachten - Depressieve klachten - Alcoholmisbruik - Slaap- en kalmeermiddelen - Andere
Welke leeftijdscategorieën verwijst u door naar de ELP? Jongeren < 18 jaar –18 tot 40 jaar - 40 tot 65 jaar – Ouderen > 65 jaar
In hoeverre speelt de financiële situatie van uw patiënt een rol bij het doorverwijzen naar een ELP dan wel een psycholoog? 1-10
In hoeverre speelt de ernst van de pathologie mee in uw doorverwijzing? 1-10

Verwijzing (1 = Helemaal niet, Nooit ; 10 = Zeker wel, Altijd)

Vindt u dat er voldoende aanbod is van ELP'ers in de buurt? 1-10
Hoe tevreden bent u over de toegankelijkheid van informatie om een ELP te zoeken? 1-10
Hoe gebeurt de verwijzing? Ik maak als arts zelf een afspraak - De patiënt maakt een afspraak
In welke mate is de wachttijd een drempel om door te verwijzen naar een ELP? 1-10
Vond u het tot voor kort verplichte voorschrift ELP voldoende? 1-10

Vindt u het een goede zaak dat dit verplichte voorschrift weggevallen is? Ja-Neen
Is er communicatie aanwezig bij doorverwijzing? 1-10
Indien aanwezig, op welke manier vindt er communicatie plaats bij de doorverwijzing? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Er vindt geen communicatie plaats - Andere: invulvakje
Hoe vaak stelt u een verwijsbrief (en geen voorschrift ELP) op als u doorverwijst? 1-10
Welke onderwerpen verwerkt u in de verwijsbrief? Voorgeschiedenis - Context - Anamnese - Klinisch onderzoek - Huidige medicatie - Voorstel tot aanpak - Andere: - ik stel geen verwijsbrief op
Ervaart u als arts drempels BIJ een doorverwijzing naar een ELP? Nee, ik ervaar geen enkele drempel - Patiënt is niet bereid psychologische hulp te aanvaarden van eender welke psycholoog - Ik ken/begrijp het concept ELP niet helemaal. - Een mindere ervaring met een ELP uit het verleden. - De wachttijden blijken toch langer dan verwacht/beloofd. - Andere: invulvakje
Welke drempelverlagende factoren ervaart u bij een doorverwijzing naar een ELP? Beloofde korte wachttijd - Kostprijs - Ik ken de ELP'ers in de buurt - Het is een kortdurende therapie - Een goede ervaring met de ELP in het verleden - Andere: Invulvakje
Heeft u de indruk dat patiënten een drempel ervaren bij een doorverwijzing naar de ELP? Nee, patiënten ervaren geen drempel - eigenschappen patiënt (niet klaar voor psychologische interventie) - Twijfels aan kwaliteit van ELP gezien goedkoper - Vrees voor een te korte behandelingsduur. - Andere: Invulvakje
De komst van de ELP in het zorglandschap leidt tot meer succesvolle verwijzing naar de andere partners in de geestelijke gezondheidszorg. 1-10
Welke factoren spelen mee in uw beslissing om door te verwijzen naar een ELP of ander type psycholoog? Kostprijs - Soort pathologie - Wachttijd - Ernst van de pathologie - Andere : invulvakje

Communicatie: *algemeen (1 = Nooit, Helemaal niet ; 10 = Altijd; Zeker wel)*

Heeft u NA de doorverwijzing nog contact met de ELP? 1-10
Zou u na de doorverwijzing nog contact met de ELP wensen? 1 -10
Vindt u dat overleg een meerwaarde biedt? 1-10
Ziet u de patiënt in de loop van de psychologische behandeling ook zelf terug? 1-10
Zou u meer overleggen mocht er vanuit het EMD een overlegplatform mogelijk zijn (bv: zoals nu het Wit-Gele Kruis geïntegreerd is in Care Connect)?
Op welke momenten van het therapeutische proces overlegt u NU? Bij doorverwijzing – Na kennismakingsgesprek – Na afronden therapie – Bij belangrijke gebeurtenis
Op welke momenten van het therapeutisch proces zou u graag overleggen? Bij doorverwijzing – Na kennismakingsgesprek – Na afronden therapie – Bij belangrijke gebeurtenis

Communicatie: tijdens de behandeling (1 = Nooit, Helemaal niet ; 10 = Altijd, Zeker wel)

Hoe vaak overlegt u met de ELP over patiënten die zijn doorverwezen? Nooit – Dagelijks – Wekelijks – Tweewekelijks – Maandelijks – Elke 3 maanden – Elke 6 maanden – Meer dan 6 maanden – Geen vast stramien - Nooit
Ervaart u contact/overleg met de ELP tijdens de behandeling als zinvol om de therapie te optimaliseren? 1 = nooit; 10 = altijd
Bent u tevreden over de frequentie van overleg tijdens de behandeling? 1-10
Wie neemt het initiatief bij overleg tijdens de behandeling? huisarts – ELP – beiden
Indien er overleg is, bent u tevreden hierover? 1-10
Welke onderwerpen worden er besproken tijdens het overleg? Diagnostiek - Context - Hulpvraag - Verloop behandeling - Urgentie - Suggestie arbeidsongeschiktheid - Suggestie medicatie - Andere : invulvak
Indien er overleg is tussen beide partijen tijdens de behandeling, hoe gebeurt dit dan? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Er vindt geen overleg plaats - Andere: invulvakje
Hoe zou u het liefst overleggen tijdens de behandeling? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon- Ik wens geen overleg - Andere: invulvakje
Indien u overlegt via een online platform tijdens de behandeling, welke is dit dan? Ehealth – Siilo – Video-overleg (Teams, Skype, Zoom, E-mail …) - Andere: invulvakje

Communicatie: na de behandeling (1 = Nooit ; 10 = Altijd)

Krijgt u feedback op het einde van de behandeling van de ELP? 1-10
Vindt u de inhoud van de feedback een meerwaarde en/of bruikbaar? 1-10
Welke onderwerpen worden er besproken tijdens de feedback? Diagnostiek - Verloop behandeling - Toestand patiënt na behandeling - Suggestie arbeidsongeschiktheid - Suggestie medicatie - Andere : invulvak
Indien er overleg is tussen beide partijen na de behandeling, hoe gebeurt dit dan? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Er vindt geen overleg plaats - Andere
Hoe zou u het liefst overleggen na de behandeling? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Ik wens geen overleg - Andere : invulvakje
Indien u overlegt via een online platform na de behandeling, welke is dit dan? Ehealth – Siilo – Video-overleg (Teams, Skype, Zoom …) - Andere : invulvakje

Nieuwe terugbetalingsmodaliteiten (1 = Helemaal niet ; 10 = Zeker wel)

Bij de nieuwe terugbetalingsregeling valt een noodzakelijke verwijzing van de huisarts weg. Denkt u dat dit de drempel tot het zoeken van psychologische hulp zal verlagen? 1-10
Denkt u dat dit de zorg zal verbeteren? Waarom wel? Waarom niet?
Heeft u de communicatie rond dit nieuwe project als duidelijk ervaren? 1-10
Bent u vertrouwd met de term "functioneel bilan"? ja - nee
Hoe nuttig vind u het functioneel bilan? 1 - 10

Suggesties voor verbetering

Wat kan de samenwerking tussen huisarts en ELP bevorderen? Een duidelijk overzicht van de geestelijke gezondheidszorg - Een bijscholing voor huisartsen en ELP'ers - Een evenement om kennismaking tussen beide beroepsgroepen te stimuleren? - Andere: invulvakje

9. Online vragenlijsten ELP

Sociodemografisch
Geslacht: man/ vrouw/ X
Leeftijd: 1-100
Praktijkvorm: solopraktijk – groepspraktijk met enkel ELP'ers/psychologen – multidisciplinaire praktijk met huisarts(en) – multidisciplinaire praktijk zonder huisarts(en)
Wat is de locatie van uw praktijk? stedelijk – landelijk
Hoeveel procent van de tijd werkt u ongeveer als ELP? 1-100
Wanneer bent u ELP geworden? voor de invoering - na de invoering (najaar 2021) van de nieuwe conventie

Samenwerking (1 = helemaal niet, 10 = zeer tevreden, zeer interessant)
Hoe tevreden bent u over de algemene samenwerking met de huisarts? 1- 10
Lijkt het u interessant om u (een deel van uw tijd) in een huisartsenpraktijk te vestigen? 1-10

Doorverwijzing: *frequentie doorverwijzen*
Hoeveel doorverwijzingen krijgt u ivm uw ELP-functie per maand? 1-5 / 5-15 / 16-30 / 30+ / 60+

Profiel patiënten
Hoe ziet de verdeling van de problematieken van uw doorverwijzingen eruit (0-100%)? angstklachten - depressieve klachten - alcoholmisbruik - slaap- en kalmeermiddelen - andere

Verwijzing (1 = Nooit, Helemaal niet ; 10 = Altijd, Zeer goed)
Vond u het tot voor kort verplichte voorschrift voldoende? 1 = helemaal niet; 10 = helemaal wel
Vindt u het een goede zaak dat dit verplichte voorschrift weggevallen is? Ja-Neen
Bij hoeveel patiënten ontvangt u nu documenten? 1 - 10
Welke documenten ontvangt u NU bij doorverwijzing? Geen - Het tot voor kort verplichte - verwijsvoorschrift - Een extra verwijsbrief
Wat zou u graag ontvangen bij doorverwijzing? Het tot voor kort verplichte voorschrift - Een extra verwijsbrief - Ik vind een verwijsbrief-voorschrift niet nodig
Indien u een extra verwijsbrief zou krijgen, welke informatie beschouwt u dan als noodzakelijk? Voorgeschiedenis - Anamnese - Klinisch onderzoek - Huidige medicatie - Voorstel tot aanpak - Psychosociale factoren - Hulpvraag - Andere (*invulvakje*)
In welke mate is er communicatie aanwezig bij doorverwijzing? 1 nooit - 10 altijd
Indien aanwezig, op welke manier vindt er communicatie plaats bij de doorverwijzing? Brief - Telefonisch– Mail – Online platform –In persoon - Er vindt geen communicatie plaats - Andere: (invulvakje)
Via welk medium zou u deze doorverwijzing graag ontvangen? Brief - Telefonisch – Mail - Online platform –In persoon- Ik wens geen verwijsdocumenten - Andere: (invulvakje)
Hebt u het gevoel dat patiënten correct geïnformeerd zijn door de huisarts over wat ze kunnen verwachten van de psycholoog/ELP? 1 = Helemaal niet-10 = zeer goed geïnformeerd
Hebt u het gevoel dat de huisartsen het zorglandschap van de geestelijke gezondheidszorg goed kennen? 1= helemaal niet ; 10 = Zeker wel
Van wie ontvangt u doorverwijzingen voor het ELP traject? Huisarts - Psychiater - OCMW - *Andere: invulvakje*
Heeft u het gevoel dat er adequaat werd doorverwezen? 1 = nooit; 10 = altijd

Communicatie: *algemeen (1 = nooit ; 10 = altijd)*
Heeft u na de doorverwijzing door de huisarts nog contact (telefonische/schriftelijk/mondeling) met de huisarts? 1 = nooit; 10 = altijd
Zou u na de doorverwijzing nog contact met de huisarts wensen? 1 = nooit; 10 = altijd
Ervaart u contact/overleg met de huisarts als zinvol om de therapie te optimaliseren? 1- 10
Hoe vaak overlegt u met de huisarts patiënten die zijn doorverwezen? Nooit – Dagelijks – Wekelijks – 2-Wekelijks – Maandelijks – Elke 3 maanden – Elke 6 maanden – Meer dan 6 maanden – nooit
Indien er overleg is, bent u tevreden hierover? 1-10
Op welke momenten van het therapeutische proces overlegt u NU? Bij doorverwijzing – Na kennismakingsgesprek – Na afronden therapie – Bij belangrijke gebeurtenis - Ik wens nooit te overleggen - Als de huisarts het wenst
Op welke momenten van het therapeutisch proces zou u graag overleggen? Bij doorverwijzing – Na kennismakingsgesprek – Na afronden therapie – Bij belangrijke gebeurtenis - Ik wens nooit te overleggen
Zou u meer overleggen mocht u toegang krijgen tot eHealth om dat als overlegplatform te gebruiken? Nee - Ja

Tijdens de behandeling (1 = Nooit, Helemaal niet ; 10 = Altijd, zeer tevreden)
Ervaart u contact/overleg met de huisarts tijdens de behandeling als zinvol om de therapie te optimaliseren? 1 = nooit; 10 = altijd
Bent u tevreden over de frequentie van overleg tijdens de behandeling? 1-10
Wie neemt het initiatief bij overleg tijdens de behandeling? huisarts – ELP – beiden
Welke onderwerpen worden er besproken tijdens het overleg? Diagnostiek - Context - Voorgeschiedenis - Verloop behandeling - Urgentie - Suggestie arbeidsongeschiktheid - Suggestie medicatie - Andere : invulvak
Indien er overleg is tussen beide partijen tijdens de behandeling, hoe gebeurt dit dan? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Er vindt geen overleg plaats - Andere: invulvakje
Hoe zou u het liefst overleggen tijdens de behandeling? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon- Ik wens geen overleg - Andere: invulvakje
Indien u overlegt via een online platform tijdens de behandeling, welke is dit dan? Beveiligd platform vanuit het EMD – Siilo – Video overleg (Teams, Skype, Zoom,…) - Andere: invulvakje

Na de behandeling (1 = Nooit ; 10 = Altijd)

Hoe vaak geeft u feedback aan de huisarts? 1-10
Welke onderwerpen worden er besproken tijdens de feedback? Diagnostiek - Verloop behandeling - Toestand patiënt na behandeling - Suggestie arbeidsongeschiktheid - Suggestie medicatie - Andere : invulvakje
Indien er overleg is tussen beide partijen na de behandeling, hoe gebeurt dit dan? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Er vindt geen overleg plaats - Andere : invulvakje
Hoe zou u het liefst overleggen na de behandeling? Brief - Telefonisch – Mail – Online platform – In persoon - Ik wens geen overleg - Andere : invulvakje
Indien u overlegt via een online platform na de behandeling, welke is dit dan? Ehealth – Siilo – Video overleg (Teams, Skype, Zoom,…) - Andere : invulvakje

Nieuwe terugbetalingsmodaliteiten (1 = Helemaal niet ; 10 = zeker wel)

Bij de nieuwe terugbetalingsregeling valt een noodzakelijke verwijzing van de huisarts weg. Denkt u dat dit de drempel tot het zoeken van psychologische hulp zal verlagen? 1 = helemaal niet ; 10 = helemaal wel
Denkt u dat de nieuwe terugbetalingsmodaliteit de zorg zal verbeteren? Waarom wel? Waarom niet?
Welk effect zal de nieuwe conventie hebben op de wachtlijsten volgens u? Toename wachtlijst - Afname - Geen effect - Geen mening
In welke mate zal de nieuwe conventie een bijkomend drempelverlagend effect hebben? 1-10
Hoe tevreden bent u over het 'functioneel bilan' zoals het door de overheid wordt voorgesteld? 1-10
Gebruikt u het in deze vorm? ja - nee

Suggesties voor verbetering

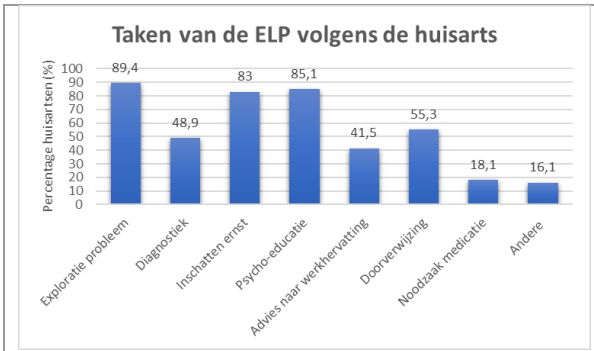
Wat kan de samenwerking tussen huisarts en ELP bevorderen? Een duidelijk overzicht van de geestelijke gezondheidszorg - Een bijscholing voor huisartsen en ELP'ers - Andere: (invulvak). Waar hebt u persoonlijk nood aan om beter samen te werken met uw verwijzende huisarts? OPEN

10. Overzicht figuren en figuren in bijlage

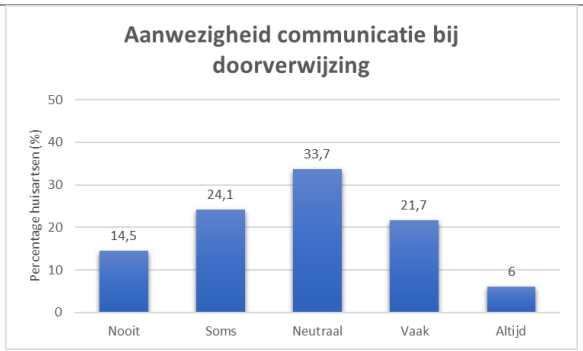
Figuren in tekst
Figuur 1: Voorstelling van GGZ-landschap in België
Figuur 2: Tevredenheid algemene samenwerking
Figuur 3: Onderwerpen verwijsbrief bij doorverwijzing
Figuur 4: Noodzakelijke informatie extra verwijsbrief volgens ELP
Figuur 5: Invloed ernst pathologie bij doorverwijzing naar ELP
Figuur 6: Invloed financiële toestand bij doorverwijzing naar ELP
Figuur 7: Invloed op keuze tussen ELP en reguliere psycholoog
Figuur 8: Drempels bij doorverwijzing naar de ELP
Figuur 9: Drempels van de patiënten bij doorverwijzing naar de ELP volgens de huisarts
Figuur 10: Drempelverlagende factoren bij doorverwijzing naar de ELP
Figuur 11: Contact na doorverwijzing met de ELP
Figuur 12: Contact na doorverwijzing met de huisarts
Figuur 13: Overlegmoment met ELP
Figuur 14: Overlegmoment met de huisarts
Figuur 15: Onderwerpen besproken tijdens het overleg volgens de huisarts
Figuur 16: Onderwerpen besproken tijdens het overleg volgens de ELP
Figuur 17: Onderwerpen besproken na de behandeling volgens de huisarts
Figuur 18: Onderwerpen besproken na de behandeling volgens de ELP
Figuur 19: Duidelijkheid communicatie rond nieuwe conventie
Figuur 20: Overlegmedium na doorverwijzing
Figuur 21: Overlegmedium tijdens de behandeling
Figuur 22: Overlegmedium na behandeling

Figuren in bijlage
Figuur A: Taken ELP volgens de huisarts
Figuur B: Aanwezigheid communicatie bij doorverwijzing
Figuur C: Communicatie bij doorverwijzing
Figuur D: Opstellen van verwijsbrief bij doorverwijzing naar een ELP
Figuur E: Gewenste documenten bij doorverwijzing naar de ELP
Figuur F: Tevredenheid over tot voor kort verplichte verwijsbrief
Figuur G: Mate waarin het tot voor kort verplichte voorschrift ELP als voldoende wordt ervaren
Figuur H: Aanwezigheid van drempels bij doorverwijzing naar de ELP
Figuur I: Zinvolheid contact om therapie te optimaliseren
Figuur J: Tevredenheid overleg ELP

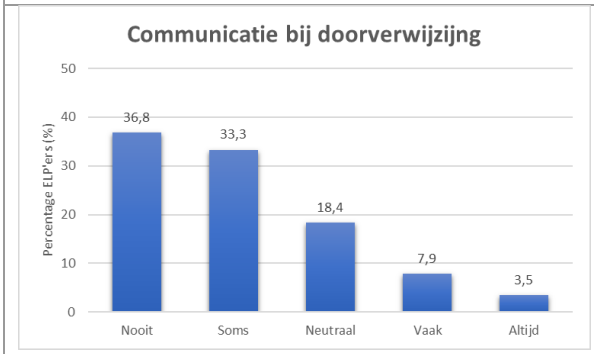
Figuur K: Tevredenheid frequentie van overleg tijdens behandeling
Figuur L: Frequentie van feedback van ELP op einde van de behandeling
Figuur M: Frequentie van feedback aan huisarts
Figuur N: Het drempelverlagend effect van de nieuwe conventie (weggevallen verwijsvoorschrift) volgens huisartsen
Figuur O: Het drempelverlagend van de nieuwe conventie (weggevallen verwijsvoorschrift) volgens de ELP
Figuur P: Effect van nieuwe conventie op de wachtlijsten



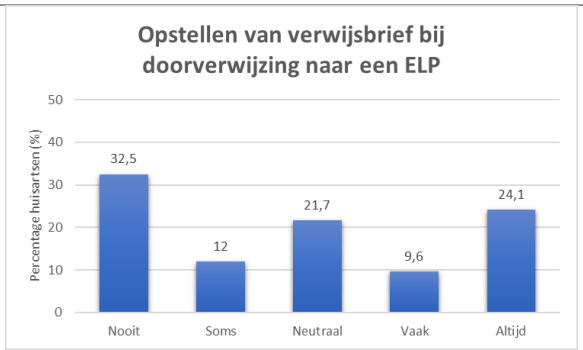
Figuur A: Taken ELP volgens de huisarts



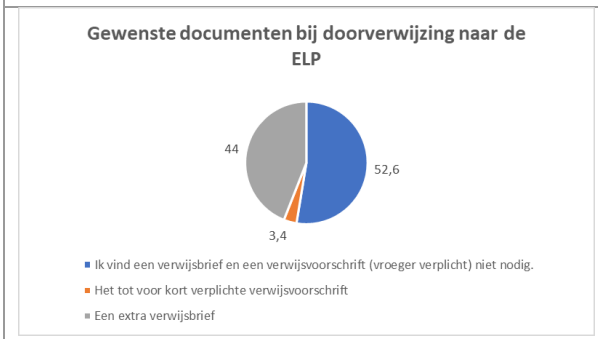
Figuur B: Aanwezigheid communicatie bij doorverwijzing



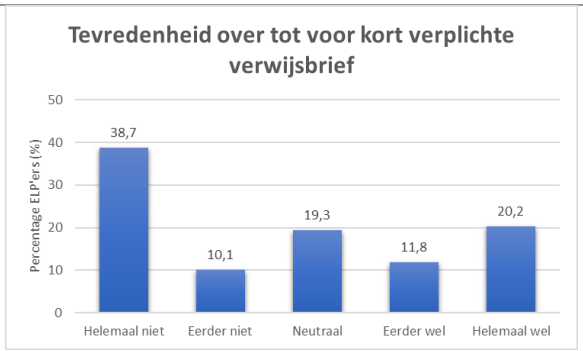
Figuur C: Communicatie bij doorverwijzing



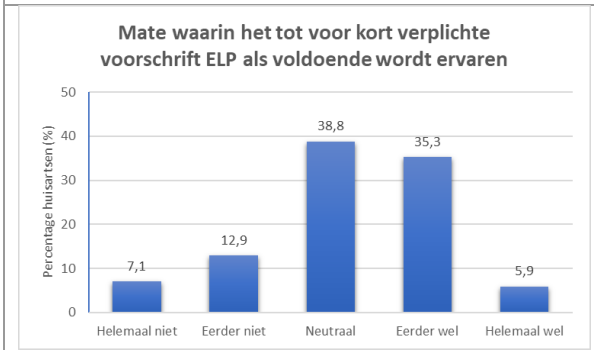
Figuur D: Opstellen van verwijsbrief bij doorverwijzing naar een ELP

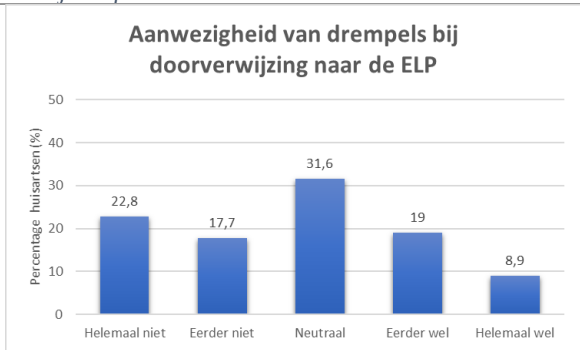


Figuur E: Gewenste documenten bij doorverwijzing naar de ELP



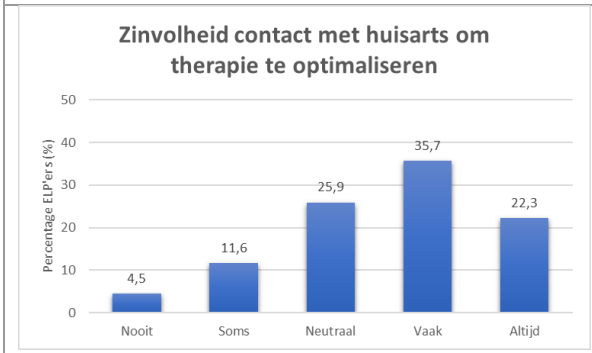
Figuur F: Tevredenheid over tot voor kort verplichte verwijsbrief



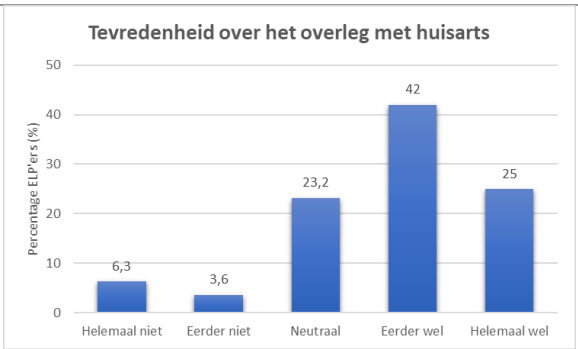


Figuur G: Mate waarin het tot voor kort verplichte voorschrift ELP als voldoende wordt ervaren

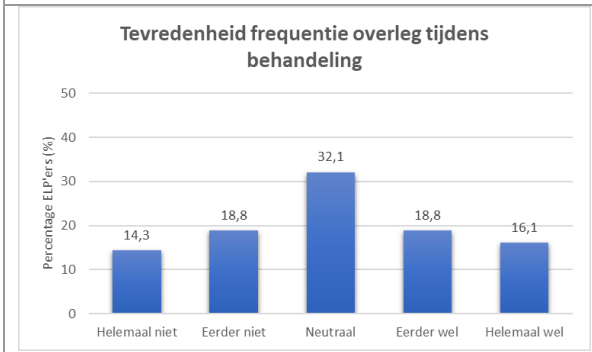
Figuur H: Aanwezigheid van drempels bij doorverwijzing naar de ELP



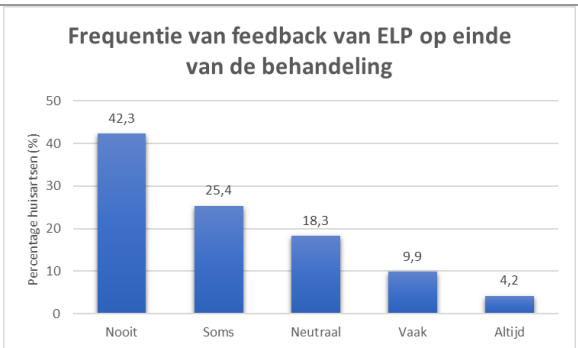
Figuur I: Zinvolheid contact om therapie te optimaliseren



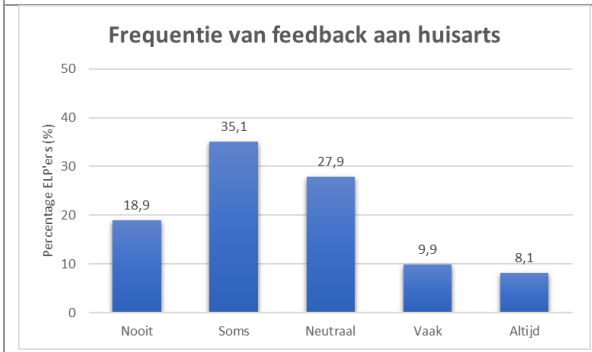
Figuur J: Tevredenheid overleg ELP



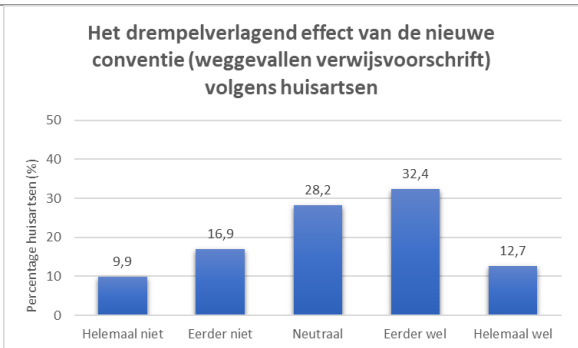
Figuur K: Tevredenheid frequentie van overleg tijdens behandeling



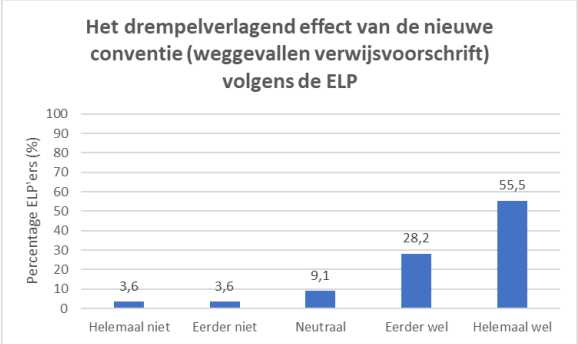
Figuur L: Frequentie van feedback van ELP op einde van de behandeling



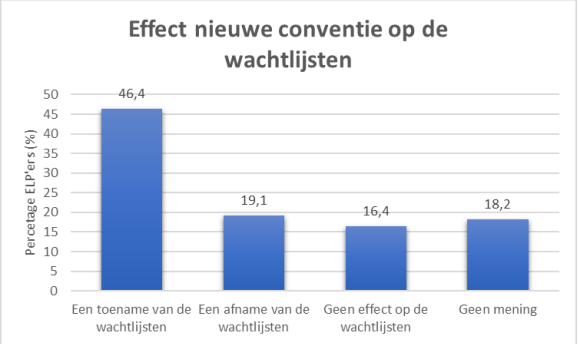
Figuur M: Frequentie van feedback aan huisarts



Figuur N: Het drempelverlagend effect van de nieuwe conventie (weggevallen verwijsvoorschrift) volgens huisartsen



Figuur O: Het drempelverlagend van de nieuwe conventie (weggevallen verwijsvoorschrift) volgens de ELP



Figuur P: Effect van nieuwe conventie op de wachtlijsten