Hoe kan interprofessionele samenwerking tussen huisarts en psychiater geoptimaliseerd worden? Een kwaliteitsverbeterproject

Lien Bridts, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Inge Glazemakers, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Prof. Dr. Giannoula Tsakitzidis, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2024]

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

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

Inhoudstafel

Abstract 2
Inleiding 3
Oriënterend literatuuronderzoek 5
Methodologie 5
Resultaten 6
Conclusie van de literatuur 10
Actie 1: Afname van een vragenlijst over samenwerking 12
Methodologie 12
Resultaten 13
Conclusie van de vragenlijst 18
Actie 2: Beknopte mondelinge bevraging over samenwerking 19
Methodologie 19
Resultaten 20
Conclusie van de mondelinge bevraging 24
Actie 3: Opstellen van sjablonen voor de verwijsbrief van de huisarts en voor het verslag van de psychiater 25
Methodologie 25
Resultaten 26
Conclusie van de sjablonen 26
Discussie 27
Conclusie 31
Referenties 32
Bijlagen 34
Bijlage 1: DSM 5-criteria voor depressie, overgenomen uit NHG (11) 34
Bijlage 2: mail voor de huisartsen voor deelname aan vragenlijst en mondelinge bevraging 34
Bijlage 3: mail voor de psychiaters voor deelname aan vragenlijst en mondelinge bevraging 35
Bijlage 4: vragenlijst voor de huisartsen 35
Bijlage 5: vragenlijst voor de psychiaters 39
Bijlage 6: beschrijvende statistiek van de vragenlijst 43
Bijlage 7: draaiboek van de mondelinge bevraging 44
Bijlage 8: sjabloon 1: verwijsbrief van de huisarts aan de psychiater 46
Bijlage 9: sjabloon 2: verslag van de psychiater aan de huisarts 49
Bijlage 10: protocol Ethisch Comité 49
Bijlage 11: goedkeuring Ethisch Comité 54

Abstract

Titel: Hoe kan interprofessionele samenwerking tussen huisarts en psychiater geoptimaliseerd worden? Een kwaliteitsverbeterproject

Auteur: Dr. Lien Bridts

Promotor: Prof. Glazemakers Inge **Co-promotor:** Prof. Dr. Tsakitzidis Giannoula

Inleiding: Samenwerking tussen huisartsen en psychiaters is onmisbaar om de zorg voor patiënten met een depressie optimaal te laten verlopen. Toch blijkt in de praktijk dat er nog te weinig overleg en informatieoverdracht plaatsvindt tussen huisartsen en psychiaters (1). Het doel van deze studie is om de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in de praktijk concreter vorm te geven en zo de zorg voor patiënten met een depressie te verbeteren.

Methode: Dit kwaliteitsverbeterproject bestaat uit een oriënterend literatuuronderzoek en drie acties, goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Actie 1 betreft de afname van een vragenlijst bij zowel huisartsen als psychiaters over hun samenwerking voor de behandeling van patiënten met een depressie. Dit wordt gedaan om de huidige kijk op de onderlinge samenwerking in beeld te brengen.

Actie 2 omvat een beknopte, mondelinge bevraging van huisartsen en psychiaters over hun samenwerking tijdens de behandeling van patiënten met een depressie. Hiermee poogt deze studie dieper in te gaan op de noden en verwachtingen van de huisartsen en psychiaters om hun samenwerking te optimaliseren.

Actie 3 richt zich op het opstellen van sjablonen om de verslaggeving tussen huisartsen en psychiaters te standaardiseren en informatieoverdracht te verrijken om zo de samenwerking te verbeteren. Deze sjablonen worden opgesteld op basis van de resultaten van de literatuur, actie 1 en actie 2.

Resultaten: De bestaande richtlijnen over depressie benadrukken het belang van samenwerking tussen huisartsen en psychiaters, maar bieden weinig concrete instructies voor implementatie van deze samenwerking in de praktijk. Meerdere studies onderzochten reeds de bevorderlijke en belemmerende factoren van de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. Miscommunicatie, lange wachttijden en beperkte verslaggeving zijn voorbeelden van belemmerende factoren. Gestructureerde verslaggeving en meer infrastructuur voor geestelijke gezondheidszorg zijn factoren die naar voor kwamen om de samenwerking te verbeteren. Gelijkaardige bevindingen kwamen naar voor in de resultaten van actie 1 en actie 2. Hier werd ook de nood aan meer concrete vormgeving van de informatieoverdracht bevestigd. Het Nederlandse Huisartsen Genootshap (NHG) ontwierp reeds sjablonen voor de informatieoverdracht tussen huisartsen en psychiaters. Deze sjablonen zijn te complex voor directe implementatie in de praktijk, maar vormden wel een goede basis voor de vormgeving van de sjablonen van deze studie (actie 3).

Discussie: Dit kwaliteitsverbeterproject poogde de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters te optimaliseren door het identificeren van de noden en verwachtingen van de huisartsen en de psychiaters voor de samenwerking en door het opstellen van sjablonen voor wederzijdse verslaggeving. Verschillende factoren, zoals het beperkte tijdsbestek en de langzame rekrutering, zorgden ervoor dat de implementatie en het gebruik van de sjablonen van actie 3 nog beperkt is gebleven. Een vervolgstudie is nodig voor onderzoek naar het gebruiksgemak en de effecten van deze standaardisering van informatieoverdracht op de zorg voor patiënten met een depressie.

Inleiding

Om de zorg voor patiënten met depressieve klachten optimaal te laten verlopen is samenwerking tussen huisartsen en psychiaters niet weg te denken. Echter, in de praktijk blijkt dat er nog steeds te weinig overleg en afstemming tussen huisarts en psychiater plaatsvindt om een optimale begeleiding te kunnen garanderen (1).

Er gebeurde reeds veel onderzoek naar het effect van samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van patiënten met een depressie (1-10). Zo bekeek bijvoorbeeld Van den Broeck et al. (7) in een review acht richtlijnen en 26 studies over samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. De meeste van deze richtlijnen benadrukken het belang van samenwerking en communicatie tussen de verschillende zorgverleners tijdens alle fases van de behandeling van patiënten met een depressie. Ondanks de nadruk op samenwerking in verschillende richtlijnen is de uitwerking hiervan opmerkelijk beperkt (11-19). De richtlijnen bevatten weinig praktische instructies om de samenwerking vorm te geven en te onderhouden. Hoewel de actuele richtlijnen rond depressie beschrijven wanneer een verwijzing naar de tweede lijn aangeraden is, ontbreekt het aan praktische instructies over welke informatie de doorverwijzing moet inhouden en welk type van samenwerkingsvorm nodig is voor optimale zorg (11,14).

Verschillende studies hebben reeds geprobeerd deze samenwerking in kaart te brengen en zo mogelijk te optimaliseren (1-10). Zo identificeerde de studie van Moise et al. (9) verschillende belemmerende en bevorderlijke factoren van de samenwerking tussen huisarts en psychiaters aan de hand van interviews. Van deze geïdentificeerde factoren, waaronder miscommunicatie en beperkte infrastructuur, waren er maar weinig aan te passen of direct te implementeren in de praktijk.

Deze masterproef is een kwaliteitsverbeterproject gericht op het verder onderzoeken van de noden en verwachtingen van de huisartsen en psychiaters betreffende de samenwerking voor de behandeling van volwassenen met een depressie. Ook factoren die de samenwerking belemmeren of bevorderen worden in deze studie beschreven. Het doel is om de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in de praktijk concreter vorm te geven – waar de richtlijnen onvoldoende in slagen – om zo de zorg voor patiënten met een depressie te verbeteren. Hiervoor bestaat dit kwaliteitsverbeterproject uit een oriënterend literatuuronderzoek en drie acties:

Actie 1: Afname van een vragenlijst bij zowel huisartsen als psychiaters over hun samenwerking voor de behandeling van patiënten met een depressie. Dit wordt gedaan om de huidige kijk op onderlinge samenwerking in beeld te brengen.

Actie 2: Beknopte mondelinge bevraging van huisartsen en psychiaters over hun samenwerking tijdens de behandeling van patiënten met een depressie. Hiermee poogt deze studie dieper in te gaan op de noden en verwachtingen van de huisartsen en psychiaters om hun samenwerking te optimaliseren.

Actie 3: Opstellen van sjablonen om de verslaggeving tussen huisartsen en psychiaters te standaardiseren en informatieoverdracht te verrijken om zo de samenwerking te verbeteren. Deze worden opgesteld op basis van de resultaten van de literatuur, actie 1 en actie 2.

Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

De onderzoeksvragen bij dit kwaliteitsverbeterproject zijn de volgende:

- Hoe kan samenwerking tussen huisartsen en psychiaters geoptimaliseerd worden?
  - Wat loopt er goed in de huidige samenwerking?
  - Wat kan er beter in de huidige samenwerking?
  - Wat verwacht de psychiater van de verwijsbrief van de huisarts?
  - Wat verwacht de huisarts van de ontslagbrief van de psychiater?
  - Wat verwachten huisartsen en psychiaters van de samenwerking tussen beiden?

Oriënterend literatuuronderzoek

Voor dit kwaliteitsverbeterproject werd een oriënterend literatuuronderzoek uitgevoerd. Hiervoor werden de bestaande richtlijnen en relevante artikels over dit onderwerp doorgenomen om een beter beeld te krijgen van de huidige samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor patiënten met depressieve klachten. Het literatuuronderzoek omvat een beknopt overzicht van de bevorderende en belemmerende factoren die reeds zijn onderzocht en geïdentificeerd in de bestaande richtlijnen en artikels over dit onderwerp. De focus ligt niet hoofzakelijk op het identificeren van de moeilijkheden in deze samenwerking, maar vooral op exploratie van mogelijkheden om de samenwerking concreet te verbeteren in de praktijk van huisartsen en psychiaters.

Methodologie

In de eerste plaats is er gezocht naar bestaande richtlijnen via: de NHG-standaard “Depressie” (11), de NHG-Richtlijn “Informatie-uitwisseling huisarts - GGZ” (12), de NHG-Richtlijn “Informatie-uitwisseling huisarts en specialist” (13), “Richtlijn depressie bij volwassenen” van Domus Medica (14), “Steekkaart Depressie beleid” van Domus Medica (15), “Depressie” van Richtlijnendatabase (16), “Unipolar Major Depression in Adults: Choosing Initial Treatment” van UpToDate (17), Unipolar depression in adults: Continuation and maintenance treatment” van UpToDate (18) en NICE guideline: “depression in adults: treatment and management” (19).

Via Pubmed werd gezocht naar Nederlandse en Engelse meta-analyses, gerandomiseerde onderzoeken en systematische reviews met een publicatiedatum vanaf 2012 aan de hand van vrije tekst en combinatie van volgende MESH-termen die worden weergegeven in tabel 1. Na het toepassen van filters, zoals publicatiedatum vanaf 2012 en artikels geschreven in het Engels of het Nederlands, kwam deze zoekstrategie uit op 29 resultaten. Op Embase werd gezocht met gelijkaardige zoektermen. Na toevoeging van publicatiedatum vanaf 2012 en ziektebeeld depressie werden 20 resultaten bekomen. Via Google Scholar werd gezocht aan de hand van vrije termen en werden nog enkele bijkomende artikels gevonden. Op de ICHO-databank werd gekeken naar mogelijks relevante masterproeven om informatie uit te halen of mogelijks op verder te bouwen.

Van alle relevante abstracts werden de volledige artikels gelezen en voor de volledigheid werden hiervan de bronnenlijsten doorgenomen om extra artikels, die binnen de zoekcriteria vielen, nog te includeren in dit literatuuronderzoek.

1. Samenwerking	"interdisciplinary communication"[MeSH Terms] OR “cross disciplinary”[Title/Abstract] OR “multidisciplinary”[Title/Abstract] OR “communication research”[Title/Abstract] OR “interprofessional communication”[Title/Abstract] OR “samenwerking”[Title/Abstract] OR “interprofessioneel”[Title/Abstract] OR “interdisciplinair”[Title/Abstract] OR “communicatie”[Title/Abstract] OR”referral”[Title/Abstract] OR “collaboration”[Title/Abstract]
2. Huisarts	"general practitioners"[MeSH Terms] OR "physicians"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR “general Practice”[Title/Abstract] OR “family physician”[Title/Abstract] OR

	“huisarts”[Title/Abstract] OR “eerstelijn”[Title/Abstract]
3. Psychiater	"psychiatry"[MeSH Terms] OR “psychiatrist”[Title/Abstract] OR “psychiatric aides”[Title/Abstract] OR “psychiatric care”[Title/Abstract] OR “psychiater”[Title/Abstract] OR “psychiatrie”[Title/Abstract]
4. Depressie	"depressive disorder"[MeSH Terms] OR "depression"[MeSH Terms] OR “depressive symptoms” [Title/Abstract] OR “depressie”[Title/Abstract] OR “depressieve symptomen”[Title/Abstract]
5. Vrije termen	optimalisatie, optimization, interprofessional collaboration, collaborate care, teamwork, referral strategies, depression

Tabel 1: Mesh termen voor PubMed

Resultaten

Richtlijnen

Na het doornemen van de richtlijnen van NHG, Domus Medica, Richtlijnendatabase, NICE guidelines en UpToDate, werden negen richtlijnen weerhouden en opgenomen in dit literatuuronderzoek.

De NHG-Richtlijn “Informatie-uitwisseling huisarts - GGZ” (12) is zeer uitgebreid. In 57 pagina’s wordt een eerste poging gedaan om informatie-uitwisseling tussen huisarts en psychiater in kaart te brengen. Ze definiëren de verschillende momenten in het zorgproces wanneer er nood is aan informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de psychiater. Ze ontwerpen voor elk moment van informatie-uitwisseling een sjabloon om deze communicatie te standaardiseren. Voor al deze sjablonen wordt een vaste indeling ontworpen: de envelop, de kern en de bijlage. De envelop bevat de administratieve gegevens van de patiënt en van de behandelende arts. De kern toont in compacte, maar volledige vorm de relevante informatie van het huidige zorgmoment. De bijlage bevat overige informatie zoals bloeduitslagen en verslagen van andere zorgverleners. Het grote verschil met een verwijsbrief van een huisarts aan een andere specialist zit in de kern van dit sjabloon. Zo zijn ‘Suïcidaliteit’ en ‘Contacten met justitie’ wel onderdeel van dit sjabloon en zien we dit niet in het algemene sjabloon voor verwijzing naar een specialist van NHG (13). Daarnaast zijn ‘Risicovol gedrag’ en ‘Ook gekend bij’ rubrieken die bij een algemene verwijsbrief onderaan staan in de bijlage, maar hier een belangrijk onderdeel zijn van de kern van het sjabloon. Deze richtlijn is complex en daardoor moeilijk toepasbaar in de praktijk. Het is een eerste stap naar een mogelijks betere samenwerking en biedt inzichten die de betrokkenen nodig hebben hiervoor, zoals de standaardisering van de informatie die moet worden doorgegeven van huisarts naar psychiater en vice versa. Deze richtlijn dateert van 2011 en wordt momenteel herzien (12).

De definitie van depressie wordt in de NHG-standaard “Depressie” in detail besproken aan de hand van de DSM-criteria (bijlage 1). Om depressie te diagnosticeren moeten minstens vijf DSM-symptomen aanwezig zijn. Inschatten van de veiligheid van patiënten zit mee verwerkt in de richtlijn. Er wordt aandacht geschonken aan screening, signalen waar artsen alert voor moeten zijn en koppeling met de somatische dimensie van patiënten. Ook uitzonderlijke situaties zoals postpartum depressie worden uitvoerig besproken (11).

Voor de behandeling van depressie maakt NHG een onderscheid tussen depressie met of zonder ernstig sociaal disfunctioneren, grote lijdensdruk of ernstige psychische comorbiditeit. Er wordt dieper ingegaan op dagstructurering, activiteitenplanning, balans tussen verplichtingen en ontspanning, begeleide zelfhulp, psychotherapie en de opstart van antidepressiva. Een groot deel van de behandeling kan gebeuren bij de huisarts. Wanneer samenwerking met de psychiater aangeraden wordt, komt ook aan bod. Welke informatie deze verwijzing praktisch moet inhouden, wordt niet verder gespecificeerd (11).

Domus Medica maakte over het onderwerp depressie een steekkaart en een uitgebreide richtlijn. De steekkaart lijst kort op wanneer er best doorverwezen of overlegd wordt met een psychiater. In de richtlijn staat een flowchart die aangeeft wanneer overleg of verwijzing noodzakelijk is. Er wordt dieper ingegaan op de indicaties voor verwijzing zoals bij depressie met psychotische kenmerken, onzekerheid over de diagnose en depressie met ernstig disfunctioneren. Ook hier worden geen praktische handvatten aangeboden over wat de informatie-uitwisseling moet inhouden voor goede samenwerking tussen huisarts en psychiater (14,15).

Het artikel “Depressie” van richtlijnendatabase schrijft kort over factoren die een rol spelen bij het voortbestaan van depressie (16). Ze concluderen dat bij verwijzing toegankelijkheid van de verschillende hulpverleners van belang is. Er wordt niet dieper ingegaan op hoe de communicatie en samenwerking tussen de verschillende hulpverleners er praktisch moet uitzien. Hetzelfde geldt voor de richtlijnen van UpToDate en NICE die werden geïncludeerd in deze studie. De richtlijn van UpToDate schrijft wel kort over opvolging en hoe lang de intervallen mogen zijn tussen de consultaties, maar niet over hoe deze opvolging er uit moet zien of door wie deze dient te gebeuren (17-19).

Artikels

Via PubMed werden 29 artikels gevonden. Op Embase kwam de zoekstrategie uit op 20 resultaten, hiervan waren veel artikels dezelfde als die van PubMed. Google Scholar gaf bijkomstig nog 3 artikels. Enkel studies die gepubliceerd werden na 2012 en die onderzoek deden naar samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van patiënten met depressieve klachten werden geïncludeerd. Dit gaf uiteindelijk tien relevante artikels.

De artikels van het literatuuronderzoek waren te herleiden tot volgende thema’s: de verschillende communicatiemethoden in de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters, de effecten van gezamenlijke zorg en de perceptie van de huisartsen en de psychiaters over de huidige samenwerking.

Effecten van verschillende communicatiemethoden:

In de studie van Burian et al. (8) werd aangetoond dat overeenstemming tussen de opgestelde behandeling van de psychiater en vervolgbeleid van de huisarts leidt tot een significante daling van de HADS-D score. Deze score geeft een inschatting over de mate van depressiviteit. Voor dit onderzoek werden patiënten, die gezien werden door een psychiater voor de behandeling van depressie of angst, opgedeeld in drie groepen. Voor de eerste groep belde de psychiater naar de huisarts voor bespreking van het beleid. De tweede groep

kreeg een afgedrukte kopie mee van het consultatieverslag en van de derde groep ontving de huisarts elektronisch een standaard ontslagbrief. De overeenstemming in beleid was het grootst als de psychiater en de huisarts telefonisch contact hadden na de consultatie. Tijdens een telefonisch contact kunnen noden en verwachtingen van beide partijen beter op elkaar worden afgestemd in vergelijking met een brief of online verslag. Deze studie toont dat de huidige manier van communicatie, wat vaak beperkt blijft tot een verwijsbrief of consultatieverslag, nog tekortschiet voor optimale zorg van patiënten die behandeling nodig hebben voor depressie.

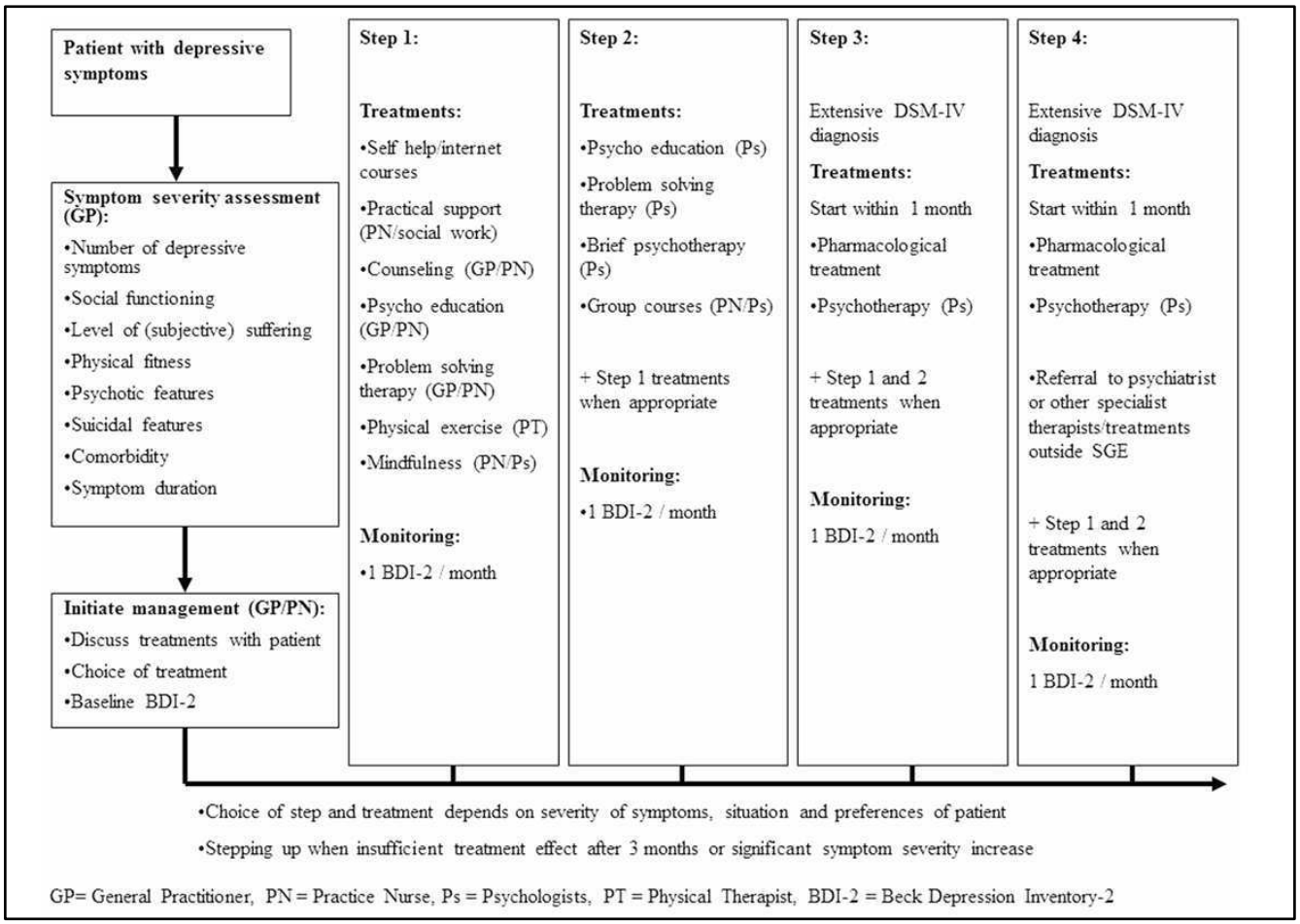
Effecten van collaborative care - gezamenlijke zorg:

De systematische review van Archer et al. (2) bekeek het effect van samenwerkende zorg op de uitkomst van depressie of angst in 79 gerandomiseerde studies. Er werd gekeken naar effecten op korte, middellange, lange en zeer lange termijn. Beide ziektebeelden toonden significant betere uitkomsten op korte, middellange en lange termijn wanneer er sprake was van gezamenlijke zorg. Voor angst werden resultaten op zeer lange termijn niet vergeleken en voor depressie zag men op zeer lange termijn geen significant effect van samenwerkende zorg. Voorwaarden om te spreken over samenwerkende zorg werd beschreven als de aanwezigheid van volgende zaken: een multi-professionele aanpak, een gestructureerd managementplan, geplande follow-ups en gevorderde interprofessionele communicatie.

In de staat New York gebeurde een studie, uitgevoerd door Moise et al. (9), waarin samenwerkende zorg werd geïmplementeerd in eerstelijnszorg voor de behandeling van depressie. Aan de hand van interviews werden de bevorderende en belemmerende factoren van deze samenwerkende zorg in kaart gebracht. Miscommunicatie tussen huisarts en psychiater werd in een klein percentage van de deelnemers gezien als barrière voor duurzaamheid voor implementatie van samenwerkende zorg. Daarnaast werden ook taalbarrières, beperkte kennis over gezondheid en slechte verloning voor de zorgverleners gezien als belemmerende factoren. Om samenwerking te bevorderen werd in deze studie vooral het engagement van de patiënt benadrukt. Tijdens de studie waren er veel patiënten die niet kwamen opdagen of die niet gemotiveerd waren voor het invullen van de taken die ze kregen tijdens therapie. Ook het engagement van het zorgpersoneel, de aanwezigheid van herinneringssystemen en flexibiliteit in afspraakplanning worden gezien als bevorderend voor de samenwerking. Er werd in deze studie niet verder ingegaan op hoe de communicatie tussen de verschillende zorgverstrekkers er concreet moest uitzien.

Ook in de studie van Gidding et al. (10) werd gekeken naar de effecten van implementatie van een multidisciplinair zorgprogramma voor depressie. Hoe dit samenwerkende zorgprogramma eruitzag qua opvolging en behandeling van de patiënten werd gedetailleerd vastgelegd en samengevat in een schema dat hieronder wordt weergegeven in figuur 1. Het schema start links met de beoordeling van de depressie door de huisarts. Nadien werd samen met de patiënt gekozen met welke stap in de behandeling gestart werd. Hoe meer naar rechts op het schema, hoe intensiever de behandeling. Om de drie maanden werd opnieuw geëvalueerd hoe het ging met de patiënt en in welke behandelprogramma de patiënt best terechtkwam. Hoe de communicatie tussen de verschillende zorgverstrekkers tijdens dit behandelprogramma concreet moest verlopen, kwam niet aan bod. De studie toonde dat na implementatie van het zorgprogramma er een verschil ontstond in ernst van depressie tussen deelnemende en niet deelnemende patiënten, waarbij de deelnemende

patiënten, ondanks toegenomen zorg, wel konden behandeld worden met minimale interventies voor de behandeling van depressie.



Figuur 1: “Stepped collaborative care depression programme” (10)

Perceptie van de huisartsen en psychiaters over de huidige samenwerking:

De studie van Van den Broeck et al. (3) onderzocht waar de drempels lagen bij gezamenlijke zorg voor patiënten met een depressie in België om zo mogelijke oplossingen te identificeren om samenwerking tussen eerste en tweede lijn te verbeteren. Deze kwalitatieve studie werkte met focusgroepen om knelpunten en suggesties voor verbetering aan het licht te brengen. Uit de resultaten bleek dat de huisartsen botsten tegen de wachtlijsten voor een consultatie bij een psychiater. Een andere drempel was de beperkte terugbetaling van therapie bij psychologen. Elkaar kennen werd door de huisartsen gezien als een bevorderlijke factor voor samenwerking. Zowel huisartsen, als psychiaters suggereerden dat de aanwezigheid van een veilig, elektronisch communicatiemiddel de communicatie zou verbeteren. Van alle voorstellen die naar boven kwamen in de focusgroepen was het opstarten van een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier het voorstel met de hoogste prioriteit om samenwerking te verbeteren. Andere makkelijker te implementeren voorstellen waren: afspraken maken rond bereikbaarheid, hoe communiceren, wat communiceren, verdeling van rollen en taken en vastleggen van intervisiemomenten.

In de studie van Fleury et al. (1) werden zestig huisartsen uit Quebec geïnterviewd over hun samenwerking met psychiaters en hun perceptie van zorg voor mentale aandoeningen. Uit de resultaten van deze studie bleek dat als patiënten opgevolgd werden door psychiaters, de huisartsen zelf parallel of sequentieel begeleiding boden aan hun patiënten. De frequentie van deze begeleiding werd niet bevraagd. Communicatie met de psychiaters bestond hier hoofdzakelijk uit de consultatieverslagen die ze ontvingen van de psychiaters. Gebrek aan infrastructuur en voorzieningen voor geestelijke gezondheidzorg, lange wachttijden voor psychologen en psychiaters, gebrek aan aanmoediging en beloning voor samenwerking met geestelijke gezondheidszorg, ontoereikende interdisciplinaire training en educatie voor samenwerking, en een stijgende vraag voor mentale gezondheidszorg werden allemaal door de huisartsen aangegeven als hinderende factoren voor samenwerking met professionals in de mentale gezondheidszorg. Wanneer beperkte toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg als belemmerende factor werd weggenomen, werd psychiatrische zorg gezien als voordelig voor het herstel van de patiënten. Als aan de huisartsen werd gevraagd hoe ze ideale samenwerking zagen, benadrukten ze de aanwezigheid van psychologen en psychiaters in de huisartsen setting, meer adequate training, financiële tegemoetkoming, gedeelde verantwoordelijkheid tussen de verschillende zorgverleners en betere bereikbaarheid van psychiaters. Communicatie aan de hand van telefoongesprekken of gezamenlijke overlegmomenten werd gesuggereerd om de zorg te optimaliseren. Daarnaast vonden ze ook dat psychologische begeleiding betaalbaarder moest worden. Het merendeel vond ook dat rekrutering van een verpleegkundige gespecialiseerd in mentale gezondheidszorg zou kunnen leiden tot optimalere zorg. Ze zouden onder andere kunnen helpen bij het verzamelen van nuttige patiëntinformatie, het beoordelen van initiële gezondheidsstatus, het aanreiken van psycho-educatie en bij de opvolging van medicatiegebruik.

Conclusie van de literatuur

Uit dit literatuuronderzoek is duidelijk dat samenwerking tussen huisartsen en psychiaters niet meer weg te denken is in de behandeling voor patiënten met depressie. De richtlijnen en artikels tonen dat een gestandaardiseerde en informatierijke manier van communicatie van belang is voor optimale zorgverlening. De betrokken zorgverleners kunnen deze richtlijnen gebruiken als basis voor de informatie-uitwisseling in een context van gezamenlijke zorg. Echter concrete praktische instructies voor implementatie in de praktijk van huisartsen en psychiaters ontbreken op dit moment nog. Zo wordt bijvoorbeeld in de studie van Burian et al. (8) duidelijk dat overeenstemming tussen behandelplan van psychiater en van huisarts nog te kort schiet voor een effectieve samenwerking. Zoals onderzocht in de studie van Van den Broeck et al. (3) zijn er nog verschillende drempels die moeten worden overwonnen om optimale gezamenlijke zorg voor patiënten met depressie te realiseren, zoals betere terugbetaling van psychologische begeleiding en betere technologie voor communicatie onderling.

In de toekomst zullen deze studies de basis kunnen vormen voor verdere ontwikkeling van concrete richtlijnen en protocollen om samenwerking tussen huisartsen en psychiaters te optimaliseren in de praktijk voor de gezamenlijke en/of beter afgestemde behandeling van patiënten met een depressie.

Met dit praktijkverbeterproject zal een eerste poging worden gedaan om aan de hand van nieuwe sjablonen de communicatie tussen huisarts en psychiater op een meer

gestandaardiseerde manier te faciliteren. Hierbij is de ambitie om de concrete inhoud van de communicatie-uitwisseling zo veel mogelijk afgestemd te krijgen op de noden en verwachtingen van de betrokken zorgverleners in het kader van de meest optimale en kwaliteitsvolle zorg aan patiënten met een depressie.

Actie 1: Afname van een vragenlijst over samenwerking

Methodologie

Populatie

Om de huidige samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van patiënten met een depressie in beeld te brengen werden exploratieve vragenlijsten afgenomen bij Vlaamse huisartsen en psychiaters. Voor het invullen van de vragenlijsten mikte deze studie op deelname van minstens 25 huisartsen en evenveel psychiaters. Rekrutering gebeurde van juli 2023 tot en met februari 2024.

Voor de huisartsen is de rekrutering gebeurd via een mail geadresseerd aan de huisartsen van de Huisartsenwachtpost regio Turnhout (bijlage 2). Bij onvoldoende respons werd deze mail één week later nogmaals verstuurd. Nog één week later konden de huisartsen van deze regio telefonisch gecontacteerd worden om ze alsnog te motiveren tot deelname. Via sociale media (Whatsapp, Instagram, Facebook) is ook een oproep gedaan om deel te nemen. Het privénetwerk van student en promotoren is ook aangesproken voor deelname aan de vragenlijsten.

Voor de psychiaters werd een aparte mail opgesteld en verstuurd naar de psychiaters van het ziekenhuis in Veurne, Turnhout, Mol, Geel, Zoersel en Malle en naar zelfstandige psychiaters in regio Turnhout (bijlage 3). Bij geen of onvoldoende respons werd één week later gebeld naar de psychiaters en nog één week later langsgegaan bij het secretariaat van de praktijken of het ziekenhuis. Ook voor rekrutering van de psychiaters is sociale media en het sociaal netwerk van de student gebruikt voor het bereiken van zoveel mogelijk deelnemers.

Instrument

De vragenlijst konden de artsen op een zelfgekozen moment invullen in de periode 06/07/2023 – 29/02/2024, na het aanvinken van ‘akkoord’ bij de geïnformeerde toestemming. De vragenlijst bestaat uit 55 vragen, onderverdeeld in vier delen. Zie bijlage 4 en 5.

- *Deel 1 en 2: sociodemografische gegevens*

Het eerste en tweede deel bevraagt op een anonieme manier de persoonlijke en algemene informatie van de arts die de vragenlijst invult. Deze bevatten: leeftijd, functie van de arts, werkplaats van de arts, samenwerkingsfrequentie met de huisarts of de psychiater en het meest gebruikte communicatiemiddel van de huisarts of de psychiater.

- *Deel 3: vragen uit Partnership Analysis Tool en de vragenlijst Interprofessionele samenwerking*

Deel drie zijn vragen overgenomen uit de Partnership Analysis Tool (PAT) checklist (20) en de vragenlijst Interprofessionele samenwerking op nieuw-samengestelde COVID19-afdelingen (21). Dit zijn bestaande vragenlijsten over samenwerking.

De PAT checklist is een instrument om een samenwerkingsverband in de zorg te registreren, te ontwikkelen en te onderhouden om zo gezondheidszorg te bevorderen (20). Hiervan werden de subschalen ‘Noodzaak tot samenwerkingsverband’, ‘Partners kiezen’, ‘Ervoor zorgen dat de samenwerkingsverbanden werken’, ‘Gezamenlijke actie plannen’,

‘Gezamenlijke actie uitvoeren’, ‘De barrières voor samenwerkingsverbanden minimaliseren’ en ‘Nadenken over, en voortzetten van de samenwerking’ geïncludeerd in deze vragenlijst.

Van de vragenlijst Interprofessionele samenwerking op nieuw-samengestelde COVID19-afdelingen (21) werden de vijf vragen van het thema ‘Interprofessionele communicatie’ relevant geacht en dus toegevoegd aan deze vragenlijst.

- *Deel 4: eigen vragen*

De laatste tien vragen zijn eigen vragen om een volledig antwoord te kunnen bieden op de onderzoeksvragen van deze studie. Hiervoor werd inspiratie gehaald uit de bestaande PINCOM-Q vragenlijst (22). Dit is een vragenlijst gemaakt voor exploratie van de perceptie van interprofessionele samenwerking bij mentale gezondheidszorg voor kinderen (22). De vragen van dit deel gaan na of de huisartsen en psychiaters tevreden zijn over hun samenwerking, of ze samenwerking zinvol vinden en of ze vinden dat samenwerking leidt tot frustratie. Ze toetsen ook of de huidige informatieoverdracht tussen huisarts en psychiater voldoet aan de eigen verwachtingen en aan de verwachtingen van de ontvanger van deze informatie.

Statistiek

De gegevens uit de vragenlijsten werden geanalyseerd met SAS Studio voor Windows versie 9.04.01. Er werd voornamelijk beschrijvende statistiek gebruikt voor de verwerking van de resultaten.

Resultaten

In totaal hebben 25 huisartsen deelgenomen. Initieel begonnen 42 huisartsen of huisartsen in opleiding aan het invullen van de vragenlijst. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 34,6 jaar. De oudste deelnemer was 65 jaar. De jongste deelnemer vulde een leeftijd van 14 jaar in. Vermoedelijk was hier sprake van een typefout. Als deze leeftijd werd geëxcludeerd, was het gemiddelde 35,1 jaar en de jongste deelnemer 24 jaar, wat correcter lijkt.

Leeftijd huisartsen:

N	Mean	Std	Median	Min	Max
41	34.6	13.01	28	14	65

Leeftijd huisartsen na exclusie van de afwijkende waarde:

N	Mean	Std	Median	Min	Max
40	35.1	12.74	28	24	65

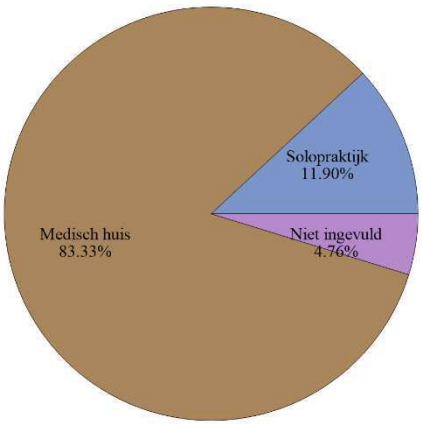
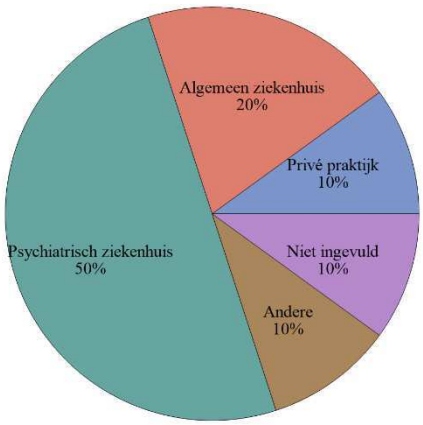
Voor de psychiaters werden alle stappen van rekrutering doorlopen, waaronder telefonische contacten en bezoek aan het secretariaat van de psychiaters. Ondanks alle inspanningen werd de vragenlijst slechts gestart door tien psychiaters of psychiaters in opleiding. Bij deze groep was de gemiddelde leeftijd 35,1 jaar, met een minimum van 26 jaar en een maximum van 55 jaar.

Leeftijd Psychiaters:

N	Mean	Std	Median	Min	Max
9	35.1	11.37	29	26	55

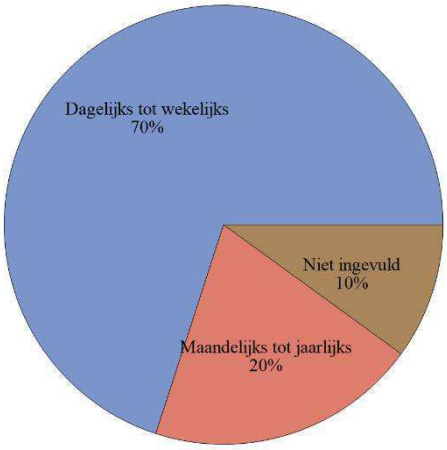
Opvallend veel deelnemers vulden de vragenlijst niet volledig in. Van de 42 huisartsen vervolledigden 16 artsen de vragenlijst. Eén huisarts gaf enkel akkoord voor deelname, 23 huisartsen vulden enkel de eerste vijf algemene vragen in en daarna haakten er ook nog twee deelnemers af bij het laatste deel van de vragenlijst. Ook bij de psychiaters gebeurde dit. Van de tien psychiaters vervolledigden vijf de vragenlijst. De overige vijf haakten af in het begin van de vragenlijst.

Van zowel de huisartsen als de psychiaters was ongeveer de helft van de deelnemers nog arts in opleiding. Bij de huisartsen waren deelnemers voor het grootste deel werkzaam in een medisch huis. Dit is een praktijk waar zowel artsen als andere paramedici onder één dak samenwerken. Bij de psychiaters was de werkplaats meer verdeeld tussen psychiatrisch ziekenhuis, algemeen ziekenhuis en privépraktijk (zie figuur 2).

Huisartsen	Psychiaters
U werkt in een: 	U werkt in een: 

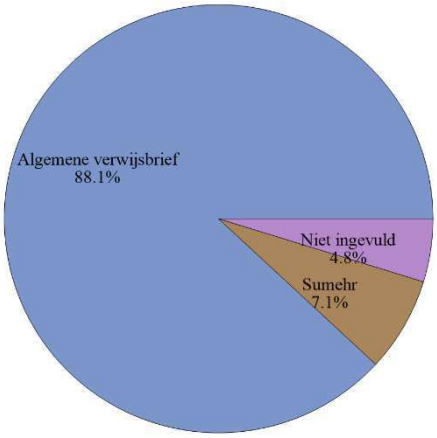
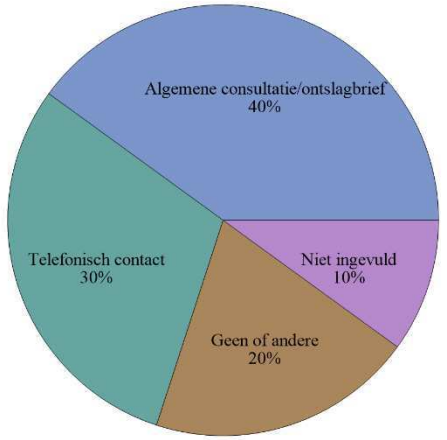
Figuur 2: Beschrijving praktijkvorm

Bij de huisartsen werd de samenwerking met psychiaters geklasseerd in de frequentie van maandelijks tot jaarlijks. De meerderheid van de psychiaters stelde dagelijks tot wekelijks samen te werken met huisartsen (figuur 3). Psychiaters hebben meer contact met huisartsen dan omgekeerd. Huisartsen werken samen met veel verschillende specialisten en paramedici, terwijl psychiaters voornamelijk doorverwijzingen krijgen van en terugkoppelen aan huisartsen en paramedici. Dit is het verschil tussen huisartsen die werken in de eerste lijn en psychiaters die werken in de setting van tweedelijnsgeneeskunde.

Huisartsen	Psychiaters
Ik verwijs ..... door naar psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten	Ik werk ..... samen met huisartsen voor de behandeling van depressieve patiënten
	

Figuur 3: Samenwerkingsfrequentie

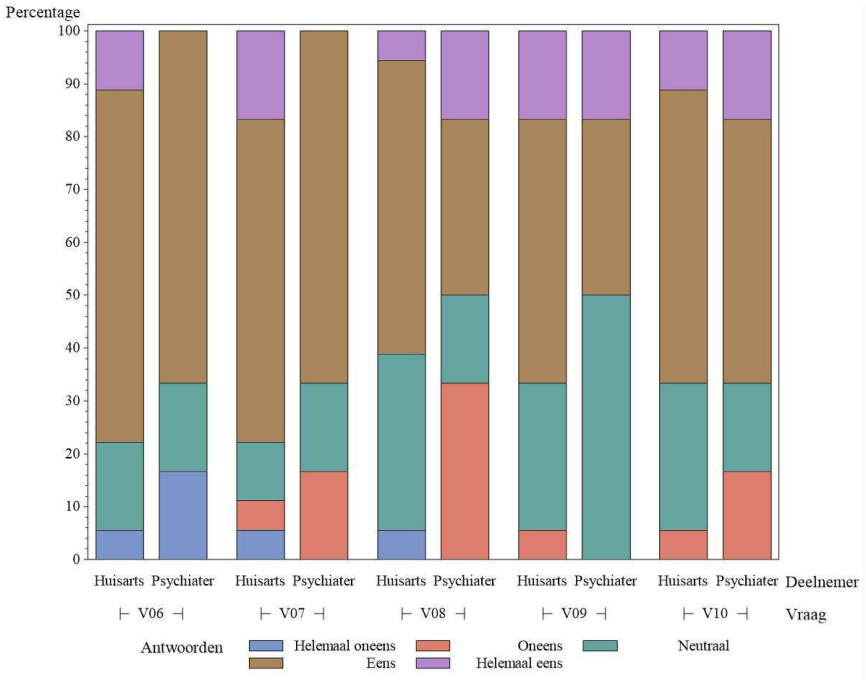
Zowel de huisartsen als de psychiaters gaven aan het meeste gebruik te maken van algemene verwijsbrieven voor de communicatie onderling. Bij de psychiaters is de tweede meest gekozen optie telefonisch contact met de huisarts. Opvallend is dat geen van de huisartsen telefonisch contact heeft geselecteerd als communicatiemiddel met psychiaters (figuur 4).

Huisartsen:	Psychiaters:
Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan psychiaters?	Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan huisartsen?
	

Figuur 4: Communicatiemiddel

De vragen overgenomen uit de PAT checklist (vragen 6-40) werden per subschaal geanalyseerd. Hiervoor werden alle antwoorden van de huisartsen en de psychiaters per vraag naast elkaar gezet om de overeenkomsten en verschillen in antwoorden visueel te kunnen identificeren. Als voorbeeld van deze werkwijze wordt de visuele voorstelling van de

vragen 6 tot en met 10 getoond in figuur 5, voor de overige vragen zijn de figuren terug te vinden in bijlage 6.



Vraag 6: De behoefte aan een samenwerkingsverband wordt waargenomen vanuit een gemeenschappelijk belang en het bestaan van complementaire capaciteiten.

Vraag 7: Er is een duidelijk doel voor het samenwerkingsverband.

Vraag 8: Er is een gedeelde opvatting van dit doel en een gedeeld engagement tussen de samenwerkingspartners.

Vraag 9: De partners zijn bereid ideeën, middelen, invloed en macht te delen om het doel te bereiken.

Vraag 10: De ervaren voordelen van het samenwerkingsverband wegen zwaarder dan de ervaren kosten.

Figuur 5: Vragen 6-10, uit 'Noodzaak tot samenwerkingsverband' van de PAT checklist (20)

De vragen die de focus leggen op de 'Noodzaak tot samenwerkingsverband' (vragen 6-10), werden vergelijkbaar ingevuld door de huisartsen en de psychiaters. Beide groepen zijn hierin voornamelijk 'neutraal' of 'eens' met de stellingen. De meerderheid van huisartsen en psychiaters is het eens dat er een duidelijk doel is voor samenwerkingsverband, dat samenwerking vertrekt vanuit een gemeenschappelijk belang en dat de voordelen van samenwerking zwaarder opwegen dan de kosten ervan.

Ook de vragen uit de subschalen 'Partners kiezen' (vragen 11-15) en 'Ervoor zorgen dat samenwerkingsverbanden werken' (vragen 16-20), werden door de huisartsen en de psychiaters grotendeels gelijk ingevuld. Ze delen een gemeenschappelijke visie en zien hun kernactiviteit als deels afhankelijk. Alle psychiaters zijn akkoord dat er een verleden is van goede relaties tussen de psychiaters en de huisartsen, terwijl de huisartsen hierin wat meer verdeeld zijn tussen eens, neutraal en oneens. Hoewel de psychiaters tevreden lijken over hun samenwerking met huisartsen, kwam uit de vragenlijst toch naar voor dat ze het oneens zijn dat het samenwerkingsverband en de communicatie zo eenvoudig mogelijk verloopt.

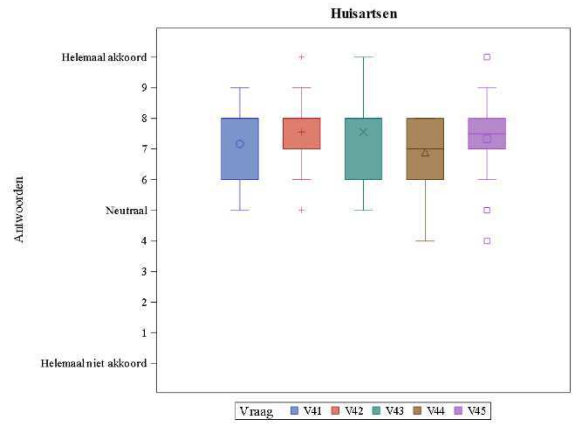
Voor de resultaten van de vragen afkomstig uit 'Gezamenlijk actie plannen' (vragen 21-25) en 'Gezamenlijke actie uitvoeren' (vragen 26-30) duidden beide groepen het meest neutraal of oneens aan als antwoorden op de vragen. Ze zijn dus voornamelijk neutraal of oneens dat prioriteiten stellen voor de gezamenlijke zorg voor patiënten met een depressie en het duidelijk maken van de communicatielijnen, rollen en verwachtingen van de partners van het

samenwerkingsverband goed verloopt. Dit geldt ook voor de vragen over het standaardiseren van processen, het investeren in tijd, personeel en materiaal en het creëren van informele contactmomenten tussen de huisartsen en de psychiaters

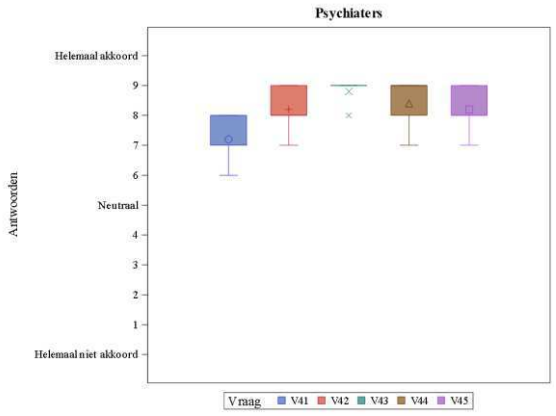
De huisartsen en de psychiaters hadden een vergelijkbare mening over ‘Barrières voor samenwerkingsverbanden minimaliseren’ (vragen 31-35) en ‘Nadenken over, en voortzetten van de samenwerking’ (vragen 36-40). Bijna alle deelnemers duidden het meest oneens of neutraal aan, enkelen duidden eens aan als antwoord op de stellingen. De meeste deelnemers kozen neutraal of waren het oneens dat er genoeg formele structuren bestaan om informatie te delen of om afbakeningsgeschillen op te lossen. Hetzelfde geldt voor de aanwezigheid van processen om prestaties of individuele bijdragen te evalueren en erkennen en manieren om de resultaten van het samenwerkingsverband aan te tonen.

Voor de vijf vragen afkomstig uit het deel ‘Interprofessionele communicatie’ van de vragenlijst Interprofessionele samenwerking op "nieuw-samengestelde" COVID19-afdelingen (vragen 41-45) moesten de huisartsen en psychiaters kiezen tussen een cijfer van nul tot tien, waarbij nul gelijk stond aan helemaal niet akkoord en tien aan helemaal akkoord. Dit wordt weergegeven aan de linkerzijde van figuur 7. De psychiaters zijn er meer dan de huisartsen van overtuigd dat ze de juiste communicatievormen en methoden gebruiken, gepast en begrijpelijk informatie geven, er in slagen teamleden aan te moedigen om open te communiceren, heldere feedback geven en gepast reageren op feedback die ze ontvangen.

Huisartsen:



Psychiaters:



Vraag 41: Ik slaag erin om de juiste communicatievormen en communicatiemethoden (mondeling, elektronisch, ...) te gebruiken

Vraag 42: Het lukt om steeds gepast en begrijpelijk informatie te geven aan de teamleden

Vraag 43: Ik slaag erin om mijn teamleden en mezelf aan te moedigen om open te communiceren over meningen en bezorgdheden

Vraag 44: Ik slaag erin om heldere, tijdige en respectvolle feedback te geven aan teamleden

Vraag 45: Ik slaag erin om gepast te reageren op feedback die ik van teamleden ontvang

Figuur 7: Vragen 41-45, uit ‘interprofessionele samenwerking’ van de vragenlijst Interprofessionele samenwerking op nieuw-samengestelde COVID19-afdelingen (21)

In de figuren van de beschrijvende statistiek van de laatste tien vragen (vragen 46-55) antwoordden de huisartsen vaker oneens dan de psychiaters (zie bijlage 6). De deelnemende huisartsen zijn meer oneens dan de psychiaters over de tevredenheid van de onderlinge samenwerking, het ervaren van een goede rolverdeling, de tevredenheid over de uitwisseling van informatie en het goed weten wat de verwachtingen zijn. Alle psychiaters van deze studie zijn het helemaal eens dat samenwerking tussen huisarts en psychiater

zinvol is voor de behandeling van depressieve patiënten, de huisartsen zijn hierover wat minder uitgesproken positief. Dit komt ook terug in de stelling ‘samenwerking leidt tot frustratie’ waarop een derde van de huisartsen eens scoorde, terwijl de psychiaters hier allemaal oneens of neutraal antwoordden.

Conclusie van de vragenlijst

Om te beginnen verliep rekrutering van de huisartsen veel vlotter dan die van de psychiaters. Desondanks viel in beide groepen nog ongeveer de helft van de deelnemers af tijdens het invullen van de vragenlijst.

Wat betreft de frequentie van samenwerking toonden de resultaten van de twee groepen deelnemers verschillende antwoorden, waarbij de meeste psychiaters aangaven dagelijks tot wekelijks samen te werken met huisartsen, terwijl de huisartsen de samenwerkingsfrequentie classificeerden als maandelijks tot jaarlijks. Als communicatiemiddel bleken beide groepen voornamelijk gebruik te maken van algemene verwijsbrieven. Dit suggereert dat er ruimte is voor verbetering in de efficiëntie en effectiviteit van informatie-uitwisseling tussen beide beroepsgroepen.

Over het algemeen gaven de huisartsen en psychiaters vergelijkbare antwoorden op de vragenlijst. Het beeld dat de huisartsen en psychiaters hebben over de huidige samenwerking voor de behandeling van patiënten met een depressie is gelijklopend. Er lijkt consensus te zijn over de noodzaak en voordelen van de samenwerking. Er kwamen in beiden groepen gelijkaardige gebieden aan het licht waarin verbetering noodzakelijk is, zoals het stellen van prioriteiten, het standaardiseren van de processen, het creëren van duidelijke communicatielijnen en het minimaliseren van barrières voor samenwerking.

Er is vooral verschil tussen de antwoorden van de huisartsen en psychiaters merkbaar in de vragen die specifiek werden opgesteld door deze studie. Hier is duidelijk dat de huisartsen minder tevreden zijn over de samenwerking en dat de informatieoverdracht onvoldoende voldoet aan hun verwachtingen. De deelnemende psychiaters zijn meer tevreden en minder kritisch over de huidige samenwerking.

Sjablonen die de wederzijdse verslaggeving tussen huisartsen en psychiaters standaardiseren, zouden een aantal van de beschreven moeilijkheden kunnen wegwerken voor meer optimale samenwerking bij de behandeling van patiënten met een depressie.

Actie 2: Beknopte mondelinge bevraging over samenwerking

Methodologie

Aan de hand van een beknopte mondelinge bevraging van huisartsen en psychiaters tracht deze studie te exploreren wat de noden en verwachtingen zijn op vlak van communicatie en informatie-uitwisseling voor meer optimale samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van patiënten met een depressie. Voor de bevraging mikte deze studie op tien deelnemers per discipline. Nadat per discipline vijf artsen hadden deelgenomen aan de bevraging, gebeurde er een eerste analyse van de resultaten. Afhankelijk van de bekomen resultaten, werd rekrutering tot tien artsen (vijf per discipline) verdergezet om zo nodig nog nieuwe informatie toe te voegen aan deze studie.

Rekrutering voor deelname aan de mondelinge bevraging gebeurde op dezelfde manier en binnen hetzelfde tijdsbestek als de rekrutering voor de vragenlijsten (actie 1) van dit onderzoek. Voor de huisartsen werd een mail opgesteld en verstuurd vanuit de Huisartsenwachtpost regio Turnhout. Zo nodig werd deze mail één week later nogmaals verstuurd. Nog één week later konden de huisartsen van deze regio telefonisch gecontacteerd worden om ze alsnog te motiveren tot deelname. Opnieuw is via sociale media (Whatsapp, Instagram, Facebook) en het privénetwerk van de student oproep gedaan om deel te nemen. Voor de psychiaters is er een aparte mail opgesteld die werd verstuurd naar de psychiaters van het ziekenhuis in Veurne, Turnhout, Mol, Geel, Zoersel en Malle en naar zelfstandige psychiaters in regio Turnhout. Bij geen of onvoldoende respons werd één week later gebeld naar de psychiaters en nog één week later eens langsgegaan bij het secretariaat van de praktijken of het ziekenhuis. Ook voor rekrutering van de psychiaters is sociale media en het sociaal netwerk van de student gebruikt voor het bereiken van zoveel mogelijk deelnemers.

Voor deze bevraging was er eenmalig contact tussen de studentonderzoeker en de deelnemende arts. Het contact was mogelijk in de vorm van een videogesprek of een gesprek face-to-face. Ongeacht de contactvorm moesten deelnemers voor de start van de bevraging de geïnformeerde toestemming ondertekenen.

Voor deze korte, semigestructureerde bevraging werd een draaiboek opgemaakt (bijlage 7). De geschatte duur was 5 tot 10 minuten. Er werden aan de huisartsen en psychiaters vijf vragen gesteld over hun samenwerking met elkaar. Deze beoogden enerzijds het beeld over de huidige ervaring van samenwerking te verduidelijken aan de hand van voorbeelden en anderzijds om dieper te kunnen ingaan op de noden en verwachtingen van de huisartsen en psychiaters om de samenwerking te optimaliseren indien van toepassing.

1. Hoe verloopt de samenwerking tussen uzelf en huisartsen/psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten?
2. Wat loopt er goed in deze samenwerking? Geef een concreet voorbeeld om dit toe te lichten.
3. Wat zou je in die samenwerking anders willen zien om de depressieve patiënt als huisarts/psychiater beter te kunnen begeleiden? En wat kan u als huisarts/psychiater doen om de samenwerking met de huisarts/psychiater te optimaliseren?
4. Wat verwacht u dat er in de verwijsbrief van de huisarts/het verslag van de psychiater zeker staat om optimale zorg te kunnen verlenen aan uw patiënt?

5. Welke informatie denkt u dat de huisarts/psychiater van u als psychiater/huisarts moet krijgen om optimale zorg te kunnen verlenen?

De huisartsen en psychiaters kregen nadien ook de vraag om suggesties te formuleren over hoe zij een ideale samenwerking zien en over een mogelijke vormgeving van sjablonen (actie 3) voor meer optimale informatie-uitwisseling.

De bevraging werd live of via teams-vergadering afgenomen. Van alle bevragingen werd na geïnformeerde toestemming een geluidsopname gemaakt, zodat er nadien een transcript kon worden uitgeschreven voor verdere analyse. De transcripten werden gelezen en geanalyseerd door L.B. (uitvoerder masterproef). Structuur werd aangebracht door verschillende onderwerpen te belichten aan de hand van verschillende kleurmarkeringen. Zo werd visueel zichtbaar welke onderwerpen herhaaldelijk naar voor kwamen in de bevraging van de huisartsen en de psychiaters en konden verschillende thema's worden geïdentificeerd.

Resultaten

Het rekruteren van tien deelnemende huisartsen voor de korte bevraging werd afgerond binnen het geplande tijdsbestek tussen 06/07/2023 en 29/02/2024, zonder de geplande tussentijdse evaluatie van de resultaten. Er kwam voldoende respons op de uitgestuurde mail via de Huisartsenwachtpost Turnhout en ook huisartsen uit het privénetwerk van de student waren gemotiveerd voor deelname. Voor de psychiaters verliep de rekrutering veel moeizamer. Alle geplande stappen van de rekrutering werden doorlopen om voldoende psychiaters te bereiken. Daarom werd hier na vijf bevragingen wel al een eerste analyse van de resultaten gedaan. Dit gebeurde in januari 2024. De antwoorden van de reeds geïnterviewde psychiaters toonden duidelijke overeenkomsten, maar waren ook voldoende divers om verschillende inzichten aan het licht te brengen, daarom werd verdere rekrutering stopgezet in februari 2024.

Na analyse van de resultaten kwamen zes thema's naar voor: telefonisch contact, crisissituaties, drempels voor samenwerking, suggesties om samenwerking te verbeteren, verwachtingen over de verwijsbrief van de huisarts en verwachtingen over het verslag van de psychiater.

Thema 1: Telefonisch contact

Over het algemeen waren de bevraagde huisartsen wel tevreden over het telefonisch contact met psychiaters. Ze voelden zich vaak wel gehoord, zeker als ze met een concrete vraag zaten. Hoewel ze aangaven een goed contact te ervaren met de psychiaters, was dit contact er echter vaak pas in een crisissituatie. Huisartsen ervaarden veel drempels om psychiaters telefonisch te bereiken. Ze gaven aan dat ze van weinig psychiaters rechtstreekse contactgegevens hebben. Als ze er in slaagden een psychiater telefonisch te contacteren, waren ze hierover wel tevreden.

"Als je ze te pakken krijgt, loopt het meestal wel goed." (huisarts nr. 10)

Daar tegenover stonden enkele huisartsen die redelijk direct en duidelijk van mening waren dat hun samenwerking met psychiaters niet goed verloopt.

"Ik vind dat er vrij weinig overleg of communicatie gebeurt. Ja, ik bel soms zelf wel naar een psychiater, maar omgekeerd heb ik nog niet veel meegemaakt." (huisarts nr. 7)

De meeste psychiaters waren ook van mening dat telefonisch contact met huisartsen goed loopt. Toch merkten zij ook op dat ze drempels ondervinden om de huisartsen aan de lijn te

krijgen en dat niet alle huisartsen waar ze mee samenwerken hen makkelijk bellen voor overleg.

“In het algemeen vind ik dat de samenwerking goed loopt. Ik merk wel verschil tussen de jonge en de oudere huisartsen. De jongere huisartsen durven vlugger een keer bellen om te overleggen” (psychiater nr. 2)

Ondanks tevredenheid over het telefonisch contact zijn er toch drempels om daartoe te komen, wat het belang van een goede schriftelijke communicatie versterkt.

Thema 2: Crisissituaties

De deelnemende huisartsen uit regio Antwerpen maken in crisissituaties bij depressieve patiënten regelmatig gebruik van de Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI) of de acute raadpleging van de psychiatrische afdeling (PAAZ) van het Stuivenberg Ziekenhuis. De EPSI is een plaats waar patiënten altijd terecht kunnen voor psychologische inschatting en nadien zo nodig psychiatrisch advies. Ook op de PAAZ van het Stuivenberg ziekenhuis worden elke dag dringende inschattingen gedaan. Deze plekken helpen de Antwerpse huisartsen om beter om te kunnen gaan met noodsituaties.

In regio Kempen zijn er huisartsen die amper contact hebben met psychiaters en ook tijdens crisissituaties met de handen in het haar zitten. De psychiaters van het ziekenhuis van Turnhout hebben een patiëntenstop, maar voor telefonisch advies kunnen ze daar wel terecht bij de psychiater van wacht.

“Eigenlijk niet zo goed. Nee. Nee, ik vind dat ik die heel moeilijk kan bereiken. En dat ik ook heel weinig verslagen daarvan door krijg. En ook voor noodsituaties dat je ze moeilijk kunt bereiken.” (huisarts nr. 4)

Drie van de vijf bevraagde psychiaters benadrukten spontaan dat huisartsen altijd telefonisch contact mogen opnemen voor overleg of advies en maakten ook de reflectie dat ze vaker pro-actief contact moeten opnemen met huisartsen voor afstemming van hun beleid.

“Dat huisartsen hun patiënten niet onaangekondigd naar spoed sturen, ik heb liever dat huisartsen mij bellen om samen te overleggen wat we nog kunnen doen.” (psychiater nr. 2)

Wat een huisarts kan doen in een crisissituatie van een patiënt met een depressie wordt best opgenomen in het schriftelijke verslag van de psychiater.

Thema 3: Drempels voor samenwerking

De bevraagde huisartsen liepen allemaal aan tegen de lange wachttijden en de moeilijke telefonische bereikbaarheid van de psychiaters waar ze mee samenwerken.

Beperkte of onduidelijke verslaggeving van de psychiaters werd door zeven van de tien bevraagde huisartsen aangehaald als struikelblok in de onderlinge communicatie en samenwerking. Vaak ontvingen ze geen verslagen of bevatten de verslagen niet de informatie die de huisartsen nodig hadden om de zorg voor hun patiënten met depressieve klachten verder te kunnen zetten in overeenstemming met het beleid van de psychiater. Er was voor de huisartsen veel onduidelijkheid over het concrete vervolgplan, de opstart en verdere afspraken omtrent medicatie, het beleid in geval van crisissituaties en over hoe de psychiaters gecontacteerd mochten worden. Psychiaters gaven aan hoge administratieve druk te voelen en gaven toe dat verslagen maken, zeker van de consultaties, niet altijd prioriteit kreeg. In de lange, psychiatrische verslagen over het verloop van een opname werd

vaak weinig aandacht besteed aan welke informatie de huisarts nodig zou kunnen hebben voor de verdere zorg.

"Want ik geloof dat er meestal wel ontslagbrieven worden gemaakt van opnames, maar natuurlijk van consultaties niet. Dus ik denk dat dat misschien wel handig zou kunnen zijn voor huisartsen. Dat is iets dat er zo vaak tussen schiet, omdat je al zoveel administratie hebt en daar dan geen heel verslag van hebt." (psychiater nr. 4)

Veel huisartsen zagen wel in dat de inhoud van hun verwijsbrief ook vaak beknopt blijft en dat de context van de patiënt hierin ontbreekt, wat net wel informatie is die de psychiater zou kunnen gebruiken.

"Ik denk misschien sowieso de initiële verwijzingen, iets uitgebreidere verwijsbrieven maken." (huisarts nr. 7)

Een structuur aanbrengen met vaste onderdelen in de verslaggeving kan een aantal van de drempels van de huidige informatieoverdracht en samenwerking wegwerken. Zeker voor psychiaters moet de administratieve belasting zo laag mogelijk worden gehouden. Dit kan door de sjablonen voor informatie-uitwisseling kort, bondig en gebruiksvriendelijk te ontwerpen.

Thema 4: Suggesties om samenwerking te verbeteren

De huisartsen zouden het handig vinden mocht er een overzicht bestaan van de beschikbare psychiaters per regio, met daarbij een inschatting van de wachttijden. Daarnaast zouden ze graag meer infrastructuur voor geestelijke gezondheid zien, concreet dus meer plaatsen bij de psychiaters en daardoor minder lange wachttijden. Ook vroegen ze meer verslaggeving en vooral meer verslagen met duidelijkere instructies, afspraken en verwachtingen van de psychiater gericht aan de huisarts. Hierin zou meer structuur en standaardiseren van de verslaglegging volgens de deelnemers kunnen helpen voor betere zorg. Dit wordt opgenomen in actie 3, het uitwerken van de sjablonen.

"Vaak is het consultatieverslag of opnameverslag toch wat onvoldoende gemotiveerd, vooral wat opvolging betreft: wie doet wat? wanneer zijn de vervolgafspraken?..." (huisarts nr. 1)

De bevraagde psychiaters merkten verschil in voeling met de geestelijke gezondheidzorg tussen de jongere en oudere huisartsen waar ze mee samenwerken. Het viel ze op dat de jongere artsen meer aandacht hebben voor mentale gezondheid. Meer aandacht voor psychiatrie in de opleiding werd gesuggereerd om de samenwerking in de toekomst te bevorderen.

"Ja, je merkt wel, maar dat is in zijn algemeenheid, dat er een verschil is tussen huisartsen die heel veel feeling hebben met de geestelijke gezondheidszorg, zij die daar eigenlijk echt een hart voor hebben en anderzijds zijn er ook huisartsen die eigenlijk veel meer gericht zijn op het op het somatische luik. Ik weet niet of dat daar iets aan te doen is, maar dat ik denk dat dat in de eerste plaats vertrekt vanuit de opleiding. Het zou wel fijn zijn moesten de huisartsen ook daar in het algemeen net wat meer feeling rond hebben." (psychiater nr. 3)

Zowel de huisartsen als de psychiaters gaven aan sneller de reflex te moeten maken om contact op te nemen met elkaar voor de afstemming van het beleid. In de bevraging kwam het inbouwen van overlegmomenten naar voor, door zowel huisartsen als psychiaters.

"Misschien zou in de toekomst ‚net zoals de MOC's in de ziekenhuizen, er overlegmomenten gunstig kunnen zijn voor de samenwerking." (huisarts nr. 1)

Thema 5: Verwachtingen over de verwijsbrief van de huisarts

Wanneer de huisartsen een opsomming maakten van wat zeker aanwezig moet zijn in de verwijsbrief naar de psychiater zodat de meest optimale zorg kan geboden worden, kwamen volgende elementen aan bod: een anamnese van de evolutie van de voorbije maanden, de context van de patiënt, de volledige voorgeschiedenis en comorbiditeiten, een actueel medicatieschema, welke medicatie en therapie de patiënt al geprobeerd heeft, een inschatting van suïcidaliteit, de reden van doorverwijzing en als laatste nog de ICE (ideas, concerns, expectations) van de patiënt.

De bevraagde psychiaters bevestigden deze opgesomde onderdelen van de verwijsbrief. Aan de anamnese werd minder waarde gehecht omdat ze zelf graag in dialoog bleken te gaan met de patiënten. Zeker de ruime context van de patiënt zoals gezinssituatie, financiële situatie en steun rond de patiënt werden benoemd als relevante informatie. Waar voor de huisarts de ongerustheid of het niet-pluis gevoel zit en de mening van de huisarts over diagnostiek vonden de psychiaters ook zinvol om te weten.

“Meestal bevraag je alles zelf. Misschien vooral het verschil met hoe de huisarts die patiënt kende voordien en waar dat voor de huisartsen de ongerustheid zit en waarom ze doorverwijzen” (psychiater nr. 4)

Deze onderdelen geven duidelijke sturing aan de vormgeving van het sjabloon dat gemaakt zal worden voor de verwijsbrief aan de psychiater in actie 3.

Thema 6: Verwachtingen over het verslag van de psychiater

Om te beginnen verwachtten de huisartsen dat er een diagnose in het verslag van de psychiater staat. Diagnostiek omtrent depressie bleek niet vanzelfsprekend voor de bevraagde huisartsen en advies over de diagnose was voor velen toch een hulpvraag.

“En qua diagnostiek vind ik het ook wel handig als ze meekijken en daar koppelen ze vaak wel goed over terug, dus over de eerste stappen in hun diagnose.” (huisarts nr. 6)

Elke huisarts benadrukte het belang van een geactualiseerd medicatieschema, waar ook wat toelichting bijgevoegd wordt. Als de psychiaters medicatie opstartten, was het voor de huisartsen handig om te weten wat ze daar verder mee moesten doen. Een pluspunt was zeker wanneer psychiaters ook al een advies of suggestie gaven over medicatie die nog mocht opgestart of verhoogd worden wanneer het ingestelde medicatiebeleid onvoldoende beterschap teweegbracht of wanneer een crisissituatie zich voordeed.

“Welke medicatie, de dosis en de toekomstvisie hierover en hoe lang en hoe afbouwen moet verlopen, eventueel ook step-on medicatie voor als je het gevoel hebt als huisarts dat het toch niet onder controle is.” (huisarts nr. 6)

Voorstellen over welke psychotherapie de psychiaters aanraadden, hielp ook voor de huisartsen om hun patiënten met depressieve klachten meer gericht te kunnen verwijzen binnen de sociale kaart. Een uitgewerkt beleid waarin toegelicht wordt hoe de concrete planning van opvolging er uit ziet, hoe de psychiater verwacht dat het gaat lopen, wat de behandeldoelen zijn en wat de huisarts kan doen als patiënt acuut achteruit gaat werd ook verwacht in de verslagen van de psychiaters. De specifieke instructies voor de huisartsen hoorde volgens hen mee in het verslag.

“Uiteraard de bevestiging van de diagnose, een therapievoorstel, ook behandelingsdoelen, inclusief wie volgt wat op, door wie zal patiënt wanneer terug gezien worden, het verwachte verloop, alsook misschien bijkomende onderzoeksverslagen.” (huisarts nr. 1)

“Wat dat er specifiek van mij verwacht wordt, wat er verwacht wordt van mijn rol als huisarts. En ja, een concreet plan.” (huisarts nr. 5)

Ook deze verwachtingen mogen niet onbreken in het sjabloon voor het verslag van de psychiater dat opgesteld wordt in actie 3.

Conclusie van de mondelinge bevraging

Algemeen verloopt de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters eerder stroef. De huisartsen ervaren een suboptimale samenwerking met psychiaters door de lange wachttijden, de moeilijke bereikbaarheid en te beknopte verslaggeving van de psychiaters. De psychiaters zijn positiever over de samenwerking, maar missen ook afstemming met de huisartsen. De samenwerking verloopt beter als er structureel initiatieven zijn voor crisisopvang zoals in Antwerpen. Telefonisch contact zorgt ook voor een betere samenwerking, maar is niet altijd makkelijk tot stand te brengen.

Uit de verwerking van de transcripten kwamen een aantal belangrijke inzichten naar boven zoals de noden en verwachtingen van de huisartsen en de psychiaters op vlak van communicatie en informatie-uitwisseling voor meer optimale samenwerking voor de behandeling van patiënten met een depressie. Daarnaast werd een nood aan gestandaardiseerde informatieoverdracht tussen huisartsen en psychiaters benoemd en werden ook concrete handvatten voor het uitwerken van actie 3 opgesomd.

Uit de bevraging zijn een aantal suggesties naar boven gekomen voor de inhoud van de verwijsbrief van de huisarts: een anamnese, een correct medicatieschema, een overzicht van welke medicatie en therapie reeds geprobeerd is, de somatische voorgeschiedenis, de brede context van de patiënt, inschatting van suïcidaliteit en de reden van doorverwijzing. Deze verwachtingen werden bevestigd door de psychiaters. De psychiaters benadrukten vooral het belang van een accuraat medicatieschema en het vermelden van een niet-pluis gevoel of ongerustheid van de huisartsen.

Volgens de huisartsen zijn de belangrijkste elementen voor de inhoud van de ontslagbrieven: een diagnose, een geactualiseerd medicatieschema inclusief afspraken rond deze medicatie, een behandelvoorstel en de concrete planning en de afspraken die werden gemaakt met de patiënt. Als laatste wilden de huisartsen ook graag in het verslag kunnen terugvinden wat er concreet van hun rol als huisarts verwacht werd.

Actie 3: Opstellen van sjablonen voor de verwijsbrief van de huisarts en voor het verslag van de psychiater

Methodologie

Met de bestaande theorie als basis en daarbij de input van de vragenlijsten (actie 1) en de mondelinge bevraging (actie 2) werden er sjablonen opgesteld om de informatieoverdracht tussen huisartsen en psychiaters te standaardiseren en samenwerking meer te laten aansluiten bij elkaars noden en verwachtingen. Deze sjablonen hebben de intentie duidelijke handvatten te geven over wat er verwacht wordt in kader van optimale samenwerking voor de opvolging van patiënten met een depressie.

Voor de huisartsen werd een sjabloon opgesteld van wat er zeker in een verwijsbrief naar de psychiater moet staan voor de doorverwijzing van een patiënt met een depressie. Voor de psychiaters werd een sjabloon gemaakt voor de inhoud van het verslag na een consultatie of na opname. Met de NHG-richtlijn “Informatie-uitwisseling huisarts - GGZ” (12) als rode draad werden de sjablonen voor de huisartsen en de psychiaters gemaakt. De driedelige structuur van deze richtlijn werd de basis voor de sjablonen van deze studie. Het eerste deel zijn de gegevens van de patiënt en de verwijzer. Het tweede deel is de kern en bevat de relevantie informatie van het zorgmoment. Het derde deel bevat minder essentiële informatie en de eventuele bijlagen. Met de resultaten van de literatuur, vragenlijsten en mondelinge bevraging werden deze drie delen - op maat van de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters - verder vormgegeven en aangepast om makkelijk in te praktijk te kunnen implementeren.

Beide sjablonen werden ontworpen zodat het informaticasysteem (IS) veel informatie uit het patiëntendossier en het contactverslag automatisch opneemt in het verslag. Sommige gegevens komen niet rechtstreeks voort uit het contactverslag of het dossier, waardoor er in het sjabloon nog enkele meerkeuze onderdelen zijn om aan te vinken wat van toepassing is. Daarnaast zijn er nog enkele gegevens die de huisartsen en psychiaters zelf moeten aanvullen aan de hand van vrije tekstvlakken.

Het sjabloon van de verwijsbrief van de huisarts aan de psychiater (bijlage 8) start met de algemene gegevens van de huisarts en de patiënt, zoals bij een algemene verwijsbrief naar een specialist. De ‘reden van verwijzing’ en ‘urgentie’ stonden in het sjabloon van NHG in het eerste deel, maar werden voor dit sjabloon verplaatst naar de kern van het verslag. De onderdelen ‘DSM-V criteria’ en ‘recente behandelingen en effect’ werden toegevoegd. Aan het onderdeel ‘procedurevoorstel’ werd voor de eenvoud een meerkeuzelijst toegevoegd zodat in de verwijsbrief zeker aangeduid wordt wat er van de psychiater verwacht wordt. Aan het derde deel wordt ‘algemeen’ toegevoegd. Hier kan de huisarts in vrije tekstvlakken meer achtergrond informatie geven over de patiënt.

Het sjabloon voor de ontslagbrief van de psychiater aan de huisarts (bijlage 9) heeft dezelfde basisstructuur als het sjabloon van de huisarts. Om implementatie in de praktijk te doen slagen en niet voor nog meer administratieve belasting te zorgen werd dit sjabloon kort en bondig opgesteld. Het start ook met de gegevens van de verwijzer (psychiater) en de patiënt. Deze gegevens worden automatisch aangevuld door het informaticasysteem waar de psychiater mee werkt. Voor dit sjabloon werd na de medicatielijst een extra vrij vak toegevoegd met als titel ‘medicatiebeleid’. Hier kunnen de psychiaters meer toelichting

geven over de medicatie die de patiënt neemt, welke medicatie aangepast kan worden, welke verhoogd of afgebouwd mag worden en wat huisartsen medicamenteus al kunnen doen in crisissituaties. Dit zijn concrete instructies die de huisartsen momenteel missen in de verslagen van de psychiaters.

Resultaten

Anders dan bij de vragenlijst (actie 1) en de mondelinge bevraging (actie 2) resulteert deze derde actie niet in data, maar in twee concrete eindproducten: een sjabloon voor de verwijsbrief van de huisarts aan de psychiater en een sjabloon voor het verslag van de psychiater aan de huisarts (bijlage 8 en 9).

Het sjabloon voor de huisartsen werd in maart 2024 geïmplementeerd in huisartspraktijk MultiMed Gierle en Wechelderzande. De opzet van deze studie en de werking van het sjabloon werden door de student L.B. (uitvoerder masterproef) toegelicht aan de artsen van deze praktijken. Het sjabloon en alle onderdelen ervan werden digitaal overlopen en verduidelijkt. Er werd aan de artsen gevraagd om dit sjabloon te gebruiken als ze een patiënt met depressieve klachten wensten door te verwijzen naar een psychiater. In de medische software Care Connect konden alle vijf de artsen van deze praktijk vanaf dan gebruik maken van het gemaakte sjabloon onder de naam ‘Verwijsbrief aan de psychiater’. Bijlage 8 toont hoe dit sjabloon er in het gebruikte softwarepakket uitziet. Tijdens het wekelijks overlegmoment konden de artsen steeds feedback geven aan de student L.B. die werkzaam is in deze praktijk.

Het sjabloon voor het verslag van de psychiaters werd doorgemaild naar de vijf bevraagde psychiaters. Zo konden ze zelf de sjablonen bekijken en eventueel hun vaste sjabloon aanpassen of vervangen door het nieuwe om de inhoud van de verslagen beter te laten aansluiten bij de noden en verwachtingen van de huisartsen.

Conclusie van de sjablonen

Er werden voor deze actie twee sjablonen gemaakt. Een eerste sjabloon voor de verwijsbrief van de huisarts aan de psychiater en een tweede sjabloon voor het verslag van de psychiater aan de huisarts. Uit de literatuur, de vragenlijsten en de mondelinge bevraging kwam consistente en concrete informatie naar voor die eenvoudig toe te passen was op het reeds bestaande sjabloon van NHG. De huisartsen van praktijk MultiMed gaven aan het sjabloon nog niet frequent gebruikt te hebben omdat ze maar sporadisch doorverwijzen naar een psychiater. Desondanks was hun feedback positief en gaven ze geen verbetersuggesties. Van het gebruik van de psychiaters is nog geen feedback voorhanden. Om praktische redenen, in de voorziene tijd van deze masterproef is nog geen onderzoek voor feedback op gebruiksgemak, inhoud en implementatie voorzien.

Discussie

De samenwerking tussen huisartsen en psychiaters is fundamenteel om de zorg voor patiënten met depressieve klachten optimaal te laten verlopen. In de praktijk zien we dat er nog steeds te weinig overleg en afstemming tussen huisarts en psychiater plaatsvindt om een optimale begeleiding te kunnen garanderen (1). Verschillende studies onderzochten reeds verhinderende en bevorderlijke factoren van deze samenwerking (1-10). De huidige richtlijnen over depressie (11-19) ontbreken concrete handvatten over hoe de samenwerking tussen huisarts en psychiater vorm moet krijgen. Deze studie poogt aan de hand van een literatuuronderzoek en 3 acties een beter zicht te krijgen op de huidige samenwerking tussen huisartsen en psychiaters en poogt door het standaardiseren van informatieoverdracht met behulp van sjablonen de samenwerking te verbeteren.

Terugkoppeling met literatuur

In de literatuur was weinig te vinden over het implementeren van sjablonen of gestandaardiseerde werkvormen tussen huisartsen en psychiaters om de samenwerking te verbeteren. Het NHG heeft in de richtlijn “Informatie-uitwisseling huisarts - GGZ” (12) verschillende sjablonen ontworpen voor meer gestandaardiseerde informatieoverdracht. Echter nergens in deze richtlijn kwam aanbod hoe concrete implementatie in de praktijk van huisartsen en psychiaters zou moeten gerealiseerd worden. Deze richtlijn is omvangrijk en bevat veel verschillende sjablonen, waardoor implementatie in de praktijk te complex zou zijn. In de studie van Gidding et al. (10) werd getoond dat gezamenlijke zorg met een gedetailleerd, gestructureerd zorgplan leidde tot goede resultaten. De positieve effecten van standaardiseren van samenwerking tussen huisartsen en de psychiaters werden ook beschreven in de studies van Burian et al. (8) en Moise et al. (9). Daarom werd in dit onderzoek gekozen voor een eenvoudiger sjabloon dat makkelijk te implementeren was.

Samenvatting resultaten uit deze studie

Uit de studie van Burian et al. (8) kwam naar voor dat telefoongesprekken zorgden voor de grootste overeenstemming van het beleid tussen huisartsen en psychiaters en dat de huidige schriftelijke verslagen hiervoor niet volstonden. Ook in de interviews van de studie van Fleury et al. (1) werden telefonische contacten gesuggereerd om de zorg te optimaliseren. In de studie van Van den Broeck et al. (3) was het implementeren van een elektronisch communicatiemiddel met een gezamenlijk patiëntendossier de verbetersuggestie met de hoogste prioriteit.

De resultaten van de vragenlijst (actie 1) tonen dat huisartsen en psychiaters een gelijkaardig beeld hebben van hun onderlinge samenwerking. Ze zijn akkoord over het belang en de voordelen van de samenwerking. Beide groepen bevestigen welke zaken moeilijk lopen en op welke gebieden verbetering mogelijk is, zoals het standaardiseren van processen en het creëren van duidelijke communicatielijnen. Ondanks de resultaten van de literatuur, is ‘telefonisch contact’ bij de huisartsen van deze studie niet het meest gebruikte communicatiemiddel met psychiaters. Bij de psychiaters komt ‘telefonisch contact’ wel op de tweede plaats, na ‘verslag’.

Uit de mondelinge bevraging van deze studie (actie 2) blijkt dat samenwerking eerder stroef verloopt. De huisartsen stoten aan op de lange wachttijden, moeilijke bereikbaarheid en de beperkte verslaggeving van de psychiaters, maar ook de psychiaters missen afstemming met de huisartsen. Huisartsen en psychiaters zijn tevreden over het telefonisch contact met elkaar, ondanks dat het niet eenvoudig is om elkaar te bereiken. De mondelinge bevraging bevestigt dat het aanbrengen van meer structuur in de verslagen en implementeren van

gestandaardiseerde verslaggeving zou helpen voor meer optimale samenwerking tussen beiden voor de behandeling van patiënten met een depressie.

Er blijkt een patstelling: telefonisch contact geeft de beste informatie maar is moeilijk tot stand te brengen, schriftelijke verslagen daartegenover zijn makkelijk te raadplegen, maar hiervan voldoet de informatie nog niet aan de verwachtingen. De sjablonen van deze studie (actie 3) zijn een poging om hieruit te geraken. De resultaten van de literatuur, actie 1 en 2 bevestigen dat inwerken op de informatieoverdracht aan de hand van sjablonen zou kunnen leiden tot betere samenwerking. Door de schriftelijke communicatie gepast en informatierijk te maken, kan de overeenstemming van behandelbeleid verhogen en de gezamenlijke zorg voor patiënten met depressieve klachten verbeteren. Of dit effectief het geval is, vraagt nog verder onderzoek.

Sterktes en zwaktes binnen deze studie

Een aanzienlijk aantal deelnemers vulde de vragenlijst niet volledig in. Ongeveer de helft van de deelnemers haakte af voor het einde. De vragen waren grotendeels afkomstig uit bestaande vragenlijsten over samenwerking, maar waren niet specifiek aangepast aan de context van deze studie. Het was voor de deelnemers niet altijd eenvoudig om de vragen toe te passen op de samenwerking tussen huisarts en psychiater. Aangezien elke vraag steeds geïnterpreteerd moest worden naar de context ‘samenwerking tussen huisarts en psychiater’ was het een moeilijke en te lange vragenlijst om door te geraken en ontstond regelmatig verwarring. Uiteindelijk gaven de vragen die specifiek voor deze studie werden bedacht het meeste inzicht over dit onderwerp.

Hoewel de mondelinge bevraging beperkt was in aantal vragen en aantal deelnemers, leverden het diverse maar ook gelijkaardige resultaten op, waardoor er toch veel waardevolle inzichten naar boven kwamen. De valkuilen die in de studie van Fleury et al. (1) en Van den Broeck et al. (3) werden geïdentificeerd, kwamen ook in de bevraging van deze studie naar voor. Veelvoorkomende valkuilen waren onder andere de moeilijke toegankelijkheid van psychiaters, gebrek aan heldere afspraken omtrent taakverdeling en beperkte onderlinge communicatie.

Rekrutering

De rekrutering van voldoende psychiaters voor deze studie bleek een grotere uitdaging dan verwacht. Het vinden van voldoende huisartsen voor het invullen van de vragenlijst lukte door de opgestelde mail naar een grote groep artsen te sturen en door het gemotiveerde netwerk van de student. Op het einde van de vragenlijst konden de huisartsen en psychiaters hun contactgegevens na laten om zo een bevraging in te plannen. Dit leverde beperkte respons op voor de psychiaters. Uiteindelijk werd vooral het privé-netwerk van de student aangesproken om voldoende psychiaters voor de bevraging te verkrijgen. In de regio Kempen, waar de studie voornamelijk plaatsvond, waren er veel psychiaters met een patiëntenstop en daarbij lange wachttijden. De hoge werkdruk van deze psychiaters heeft mogelijks bijgedragen aan de beperkte respons op de verschillende rekruteringsinspanningen. Alle geplande stappen van het rekruteringsproces werden doorlopen voor het rekruteren van voldoende psychiaters, wat aanzienlijk meer tijd vergde dan oorspronkelijk werd voorzien.

Gebruik van de sjablonen

De uitdaging van moeilijke rekrutering zorgde ervoor dat de sjablonen nog niet heel lang in de praktijk worden toegepast. Daarom is nameting van de effecten van deze sjablonen in deze studie niet kunnen gebeuren. Wegens gebrek aan directe samenwerking met de

psychiaters en hun moeilijke bereikbaarheid is niet met zekerheid te zeggen of ze met de sjablonen van deze studie aan de slag zijn gegaan. Daarom is tot op heden geen feedback voorhanden over het gebruik van de sjablonen door de psychiaters. De implementatie van de sjablonen bij de psychiaters vraagt een onderzoek op zich. Uit de vragenlijst kwam dat huisartsen gemiddeld maar maandelijks tot jaarlijks samenwerken met psychiaters. Deze frequentie is te laag om snel een beeld te krijgen van de effecten van de sjablonen. Om de sjablonen te evalueren is daarom meer tijd nodig. Desondanks gaven de huisartsen wel aan dat het gebruik van het sjabloon fijn aanvoelt, omdat het zorgt voor volledigheid, hand in hand met compactheid, en aansluit bij de noden en verwachtingen van de psychiaters in termen van informatieoverdracht. Ze hopen hiermee de communicatie te verbeteren en daarnaast ook de relaties met psychiaters te versterken, met als doel betere zorg in de toekomst.

Relevantie voor de klinische praktijkvoering

De opzet van deze studie was een kwaliteitsverbeterproject dat op kleine schaal door de implementatie van sjablonen de communicatie tussen de huisartsen en psychiaters meer heeft doen aansluiten bij elkaars noden en verwachtingen. Betere communicatie impliceert betere samenwerking en daaruit vloeit meer optimale en afgestemde zorg voor de patiënten met depressieve klachten. Er is nog ruimte voor verbetering en de ideale oplossing voor een optimale samenwerking is ook in deze studie niet aan het licht gekomen. Veel van de aangehaalde drempels van samenwerking uit de literatuur en uit dit onderzoek zijn moeilijk onder handen te nemen in een onderzoeksopzet, maar vragen maatschappelijke en structurele veranderingen. Deze uitgewerkte vorm van standaardisering van communicatie toont dat verbetering van zorg binnen handbereik is. Deze studie vormde een eerste stap voor verdere, concrete uitwerking van tools en richtlijnen om de samenwerking nog meer te verbeteren en zorg te optimaliseren.

Eigen reflectie

Als huisarts in opleiding kwam ik regelmatig in aanraking met de hindernissen van samenwerking met psychiaters voor de behandeling van patiënten met een depressie. Het aanstoten tegen dezelfde drempels die naar voor kwamen uit het literatuuronderzoek en de acties van deze studie, bevestigde voor mij de noodzaak tot verandering en verbetering van de huidige samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. Dit versterkte mijn overtuiging dat de zorg voor mijn patiënten met depressieve klachten meer optimaal zou moeten kunnen verlopen.

Het beperkte tijdsbestek, de langzame rekrutering en andere factoren die deze studie bemoeilijkt hebben zorgden ervoor dat er enkel op kleine schaal verandering teweeg gebracht is in de huidige samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. Gezien de stijgende vraag naar mentale gezondheidzorg en de maatschappelijke impact hiervan, hoop ik met deze studie een eerste aanzet te geven om verandering te weeg te brengen op grote schaal.

Toekomst

Voor een grondige evaluatie van de effecten van deze studie is een langer tijdsbestek vereist. Aangezien de huisartsen de sjablonen niet frequent gebruiken, vraagt het tijd om ze er mee te leren werken en om vervolgens te reflecteren over het gebruiksgemak. De lange wachttijden bij psychiaters zorgen er bovendien voor dat het voor de huisartsen wel enige tijd duurt voor ze kunnen beoordelen of het effect van het gebruikte sjabloon te merken is in de verslaggeving van de psychiaters. Een nieuwe studieopzet waarin een tweede bevraging gebeurt van de huisartsen en psychiaters die gebruik maken van de ontworpen sjablonen

kan interessant zijn om te kijken naar de effecten op de nieuwe manier van samenwerking en om eventueel de sjablonen nog verder te optimaliseren. Het implementeren van het nieuwe sjabloon bij psychiaters vormt de opzet voor een studie op zich.

Conclusie

Uit deze studie concluderen we dat de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters nog niet optimaal verloopt tijdens de zorg voor patiënten met depressieve klachten. De richtlijnen over depressie (11-19) trachten de samenwerking tussen de huisartsen en psychiaters te verbeteren, maar ontbreken concrete instructies voor de implementatie hiervan in de praktijk. Wetenschappelijke studies (1-10) bestudeerden de samenwerking en identificeerden verschillende belemmerende factoren voor samenwerking, waaronder beperkte verslaggeving en de moeilijke bereikbaarheid van psychiaters. De resultaten van actie 1 (vragenlijst) en actie 2 (bevraging) bevestigen deze drempels en brengen verschillende verbetersuggesties aan het licht, waaronder het opstellen van duidelijke communicatielijnen en het standaardiseren van verslaggeving. Op basis van de literatuur en de resultaten van actie 1 en 2 werden voor deze studie sjablonen gemaakt voor de verwijsbrief van de huisarts aan de psychiater en voor het verslag van de psychiater aan de huisarts om de informatie-uitwisseling te standaardiseren en zo de zorg voor patiënten met een depressie beter af te stemmen tussen huisartsen en psychiaters. Deze sjablonen werden geïmplementeerd bij enkele huisartsen en psychiaters, maar door beperkt gebruik en een te kort tijdsbestek is er nog weinig informatie over het gebruiksgemak en de effecten op de zorg voor patiënten met depressieve klachten. Een nameting van de effecten van deze sjablonen en de impact ervan op de zorg voor patiënten met depressie vormt een interessante opzet voor een nieuwe studie.

Referenties

1. Fleury Associate Professor MJ, Associate R, Professor C, Farand Associate Professor L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec Armelle Imboua MD MSc.
2. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Oct 17;
3. Van den Broeck K, Ketterer F, Remmen R, Vanmeerbeek M, Destoop M, Dom G. Why collaborative care for depressed patients is so difficult: A Belgian qualitative study. International Journal of Integrated Care. 2017 Apr 1;17(2).
4. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL, López-Cortacans G. Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. Journal of Affective Disorders. 2014;166:36–40.
5. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: A systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. PLoS ONE. 2014;9(9).
6. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: A community guide systematic review and meta-analysis. Vol. 42, American Journal of Preventive Medicine. Elsevier Inc.; 2012. p. 525–38.
7. Van den Broeck K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Destoop M, Dom G. Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. Journal of Affective Disorders. 2016 Aug 1;200:189–203.
8. Burian R, Franke M, Diefenbacher A. Crossing the bridge - A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. Journal of Psychosomatic Research. 2016 Jul 1;86:53–9.
9. Moise N, Shah RN, Essock S, Jones A, Carruthers J, Handley MA, et al. Sustainability of collaborative care management for depression in primary care settings with academic affiliations across New York State. Implementation Science. 2018 Oct 12;13(1).
10. Gidding LG, Spigt MG, Dinant GJ. Stepped collaborative depression care: Primary care results before and after implementation of a stepped collaborative depression programme. Family Practice. 2014 Apr;31(2):180–92.
11. NHG-Standaard Depressie (derde herziening). 2012. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie
12. NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ. 2011. Beschikbaar op: www.nhg.org
13. NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts en specialist. 2017. Beschikbaar op: www.nhg.org
14. Domus Medica. Depressie bij Volwassenen. Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen
15. Domus Medica. Steekkaart Depressie Beleid. Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen
16. Federatie Medisch Specialisten. Richtlijnendatabase. Depressie. Beschikbaar op: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/depressie

17. UpToDate. Unipolar Major Depression in Adults: Choosing Initial Treatment. Beschikbaar op: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment
18. UpToDate. Unipolar depression in adults: Continuation and maintenance treatment. Beschikbaar op: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-continuation-and-maintenance-treatment
19. NICE Guideline. Depression in adults: treatment and management. beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/ng222
20. Partnerships Analysis Tool-checklist. With permission from VicHealth, vertaald door Van den Steene, H. & Glazemakers, I. (2016), CAPRI Universiteit Antwerpen
21. Interprofessionele samenwerking op "nieuw-samengestelde" COVID19-afdelingen
22. PINCOM -Q: collaboration with professionals from other services. International Journal of Integrated Care – Vol. 6, 18 December 2006

Bijlagen

Bijlage 1: DSM 5-criteria voor depressie, overgenomen uit NHG (11)

A	**Depressie:** aanwezigheid van 5 van onderstaande symptomen, waarvan ≥ 1 kernsymptoom, gedurende ≥ 2 aaneengesloten weken
	Kernsymptomen • sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag • duidelijke vermindering van interesse of plezier in (vrijwel) alle activiteiten, bijna dagelijks en gedurende het grootste deel van de dag
	Overige symptomen • duidelijke gewichtsvermindering of -toename • slapeloosheid of overmatig slapen • psychomotorische agitatie of remming • moeheid of energieverlies • gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens • verminderd vermogen tot nadenken, concentratieverlies of besluiteloosheid • terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten, een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen
B	De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode (dus geen tot weinig manische kenmerken).
C	De symptomen veroorzaken klinisch significant lijden of belemmering in sociale, beroepsmatige of andere belangrijke omstandigheden.
D	De symptomen zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van middelengebruik (bijvoorbeeld drugs of medicatie) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hypothyreoïdie).
E	De symptomen kunnen niet beter worden verklaard door rouw, bijvoorbeeld na het verlies van een geliefde persoon, de symptomen van rouw langer duren dan twee maanden of worden gekenmerkt door belemmering in het functioneren, preoccupatie met waardeloosheid, suïcidale gedachten, psychotische symptomen of psychomotorische retardatie.

Bijlage 2: mail voor de huisartsen voor deelname aan vragenlijst en mondelinge bevraging

Deelname aan masterproef: samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van depressie

Beste collega artsen,

Mentale gezondheid is meer dan ooit een 'hot topic'. Wetenschappelijk onderzoek over psychisch welzijn is momenteel nog beperkt. Gezien het toenemende aantal patiënten met depressie en de impact hiervan op onze maatschappij leek het mij interessant om voor mijn masterproef de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten in kaart te brengen en mogelijks te optimaliseren. Dit wil ik doen aan de hand van een kleinschalig kwaliteitsverbeterend project dat bestaat uit een combinatie van vragenlijsten en interviews met huisartsen en psychiaters.
In bijlage vindt u een gedetailleerde informatiebrief over mijn masterproef.

Om deel te nemen aan mijn vragenlijst, klikt u op volgende link:
https://qfreeaccountssjc1.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_1GsnRAZ3IJ9hYhg

Wenst u deel te nemen aan een interview (live of zoom), neem gerust contact op met mij:
bridtslien@hotmail.com
+32497715053 (gsm,whatsapp)

Met vriendelijke groeten,

Lien Bridts

Bijlage 3: mail voor de psychiaters voor deelname aan vragenlijst en mondelinge bevraging

Masterproef Huisarts in opleiding Lien Bridts

Beste collega artsen,

Mentale gezondheid is meer dan ooit een 'hot topic'. Wetenschappelijk onderzoek over psychisch welzijn is momenteel nog beperkt. Gezien het toenemende aantal patiënten met depressie en de impact hiervan op onze maatschappij leek het mij interessant om voor mijn masterproef de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten in kaart te brengen en mogelijks te optimaliseren. Dit wil ik doen aan de hand van een kleinschalig kwaliteitsverbeterend project dat bestaat uit een combinatie van vragenlijsten en interviews met huisartsen en psychiaters.
In bijlage vindt u een gedetailleerde informatiebrief over mijn masterproef.

Om deel te nemen aan mijn vragenlijst, klikt u op volgende link:
https://qfreeaccountssjc1.az1.qualtrics.com/jfe/form/SV_0VuJ4hoBajwSwMS

Wenst u deel te nemen aan een interview (live of zoom), neem gerust contact op met mij:
bridtslien@hotmail.com
+32497715053 (gsm,whatsapp)

Met vriendelijke groeten,

Lien Bridts

Bijlage 4: vragenlijst voor de huisartsen

Geïnformeerde toestemming

Deelnemer dient aan te kruisen dat die akkoord is met volgende informatie vooraleer die verder kan gaan naar de online survey.

- Ik heb het document 'informatiebrief voor de deelnemer' gelezen en begrepen en ik heb hiervan 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 stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik van uit de studie mag terugtrekken zonder dat er een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op een enigerlei wijze een invloed zal hebben over het verder contact met de onderzoeker en haar team.
- Ik ben ingelicht over wat er met mijn gegevens gebeurt en dat deze anoniem verwerkt en bewaard worden.
    - Akkoord
    - Niet akkoord

Deel 1: persoonlijke informatie

1. Leeftijd: .....
2. U werkt in functie van:
    - Huisarts
    - HAIO
3. U werkt in een:
    - Solopraktijk
    - Duopraktijk
    - Groepspraktijk

- Medisch huis
- Ander: .....

Deel 2: algemene informatie

4. Ik verwijs ..... door naar psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten
    - dagelijks tot wekelijks
    - maandelijks tot jaarlijks
    - minder dan 1 keer per jaar

5. Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan psychiaters?
    - Algemene verwijsbrief
    - Verwijsbrief met een format voor GGZ (geestelijke gezondheidszorg)
    - Telefonisch contact
    - Sumehr
    - Geen of andere .....

Deel 3: bestaande vragen

<u>De noodzaak tot samenwerkingsverband (PAT checklist)</u>

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

6. De behoefte aan een samenwerkingsverband wordt waargenomen vanuit een gemeenschappelijk belang en het bestaan van complementaire capaciteiten.
7. Er is een duidelijk doel voor het samenwerkingsverband.
8. Er is een gedeelde opvatting van dit doel en een gedeeld engagement tussen de samenwerkingspartners.
9. De partners zijn bereid ideeën, middelen, invloed en macht te delen om het doel te bereiken.
10. De ervaren voordelen van het samenwerkingsverband wegen zwaarder dan de ervaren kosten.

<u>Partners kiezen (PAT checklist)</u>

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

11. De partners delen gemeenschappelijke visie, belangen en methodes.
12. De partners zien hun kernactiviteit als deels onderling afhankelijk.
13. Er is een verleden van goede relaties tussen de partners.
14. Het samenwerkingsverband brengt bijkomend prestige voor de partners.
15. Er is genoeg verscheidenheid tussen de leden om een ruim en alomvattend begrip van de aan te pakken problemen te hebben.

<u>Ervoor zorgen dat de samenwerkingsverbanden werken (PAT checklist)</u>

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

16. De managers in iedere organisatie (of afdeling) steunen het samenwerkingsverband.
17. De partners hebben de nodige deskundigheid voor de gezamenlijk afgesproken acties.
18. Er zijn strategieën om de deskundigheid en vaardigheden te versterken.
19. De rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen van de partners zijn duidelijk omschreven en worden door alle andere partners begrepen.
20. De administratieve, communicatie- en besluitvormingsstructuur van het samenwerkingsverband is zo eenvoudig mogelijk.

Gezamenlijk actie plannen (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

21. Alle samenwerkingspartners zijn betrokken bij het plannen van en het prioriteiten stellen voor de gezamenlijke actie.
22. De partners hebben elk de taak het samenwerkingsverband in hun eigen organisatie bekend te maken en te promoten.
23. Sommige personeelsleden hebben rollen of functies die de traditionele grenzen tussen instanties of afdelingen in het samenwerkingsverband overschrijden.
24. De communicatielijnen, rollen en verwachtingen van de partners zijn duidelijk.
25. Er is een participatief besluitvormingssysteem zodat zoveel mogelijk personen gehoord worden in de beslissingen.

Gezamenlijke actie uitvoeren (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

26. Processen die de instanties gemeen hebben, zijn gestandaardiseerd (bijvoorbeeld verwijzingsprotocollen, dienststandaarden, gegevensinzameling en rapporteringsmechanismen).
27. In het samenwerkingsverband wordt tijd, personeel, materiaal of faciliteiten geïnvesteerd.
28. Gezamenlijke actie door personeel en wederkerigheid tussen de beide instanties wordt door het management beloond (eender welke vorm van beloning/ bekrachtiging).
29. De actie levert toegevoegde waarde (in plaats van verdubbeling van diensten) voor de gemeenschap, de cliënten of de instanties die in het samenwerkingsverband betrokken zijn.
30. Er zijn regelmatig gelegenheden voor informeel en vrijwillig contact tussen personeelsleden van de verschillende instanties en andere leden van het samenwerkingsverband.

De barrières voor samenwerkingsverbanden minimaliseren (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

31. Verschillen in organisatorische prioriteiten, doelstellingen en taken zijn aangepakt.
32. Er is een kerngroep van bekwame en (tegenover het samenwerkingsverband) geëngageerde personeelsleden, die doorheen de duur van het samenwerkingsverband is blijven bestaan.
33. Er zijn formele structuren om informatie te delen en afbakeningsgeschillen op te lossen.
34. Er zijn informele manieren om dit te bereiken.
35. Er zijn strategieën om ervoor te zorgen dat alternatieve zienswijzen binnen het samenwerkingsverband tot uitdrukking komen.

Nadenken over, en voortzetten van de samenwerking (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

36. Er zijn processen om collectieve prestaties en/of individuele bijdragen te evalueren en te erkennen.
37. Het samenwerkingsverband kan de resultaten van zijn collectieve werk aantonen of documenteren.
38. Er is een duidelijke noodzaak en een duidelijk engagement om de samenwerking op middellange termijn voort te zetten.
39. Er zijn uit hetzij interne, hetzij externe bronnen middelen beschikbaar om het samenwerkingsverband voort te zetten.
40. Er is een manier om de kring van partners te herzien en nieuwe partners binnen te brengen of er sommige te schrappen.

Interprofessionele communicatie (Interprofessionele samenwerking op "nieuw-samengestelde" COVID19-afdelingen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

41. Ik slaag erin om de juiste communicatievormen en communicatiemethoden (mondeling, elektronisch, ...) te gebruiken
42. Het lukt om steeds gepast en begrijpelijk informatie te geven aan de teamleden
43. Ik slaag erin om mijn teamleden en mezelf aan te moedigen om open te communiceren over meningen en bezorgdheden
44. Ik slaag erin om heldere, tijdige en respectvolle feedback te geven aan teamleden
45. Ik slaag erin om gepast te reageren op feedback die ik van teamleden ontvang

Deel 4: Eigen vragen (inspiratie uit pincom-Q + zelf)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

46. Ik ben tevreden van de samenwerking met psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten.
47. Ik vind de samenwerking tussen huisarts en psychiater zinvol voor de behandeling van depressieve patiënten.
48. Samenwerking met psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten leidt tot frustratie.
49. Mijn ervaring leert dat rollen altijd goed verdeeld zijn bij de samenwerking tussen huisarts en psychiater voor de behandeling van depressieve patiënten
50. De psychiaters waar ik mee samenwerk en ikzelf zijn goed in het uitwisselen van informatie over hoe we werken.
51. Ik heb altijd heldere verwachtingen/doelen van samenwerking met psychiaters.
52. Als ik een depressieve patiënt verwijs naar de psychiater, vermeld ik steeds wat ik verwacht van de psychiater.
53. Als ik een depressieve patiënt verwijs naar een psychiater vind ik dat mijn informatieoverdracht (verwijsbrief, …) voldoet aan de verwachtingen van de psychiater voor de behandeling van de patiënt.
54. Als ik een verslag krijg van een psychiater na opname of raadpleging voor depressie, weet ik steeds wat de psychiater van mij verwacht voor opvolging (zowel therapeutisch als medicamenteus.)
55. Als ik een verslag krijg van een psychiater dan voldoet deze aan mijn verwachtingen om voldoende geïnformeerd te zijn en mijn patiënt goed verder op te kunnen volgen.

Bijlage 5: vragenlijst voor de psychiaters

Geïnformeerde toestemming

Deelnemer dient aan te kruisen dat die akkoord is met volgende informatie vooraleer die verder kan gaan naar de online survey.

- Ik heb het document 'informatiebrief voor de deelnemer' gelezen en begrepen en ik heb hiervan 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 stem ermee in om deel te nemen aan deze studie.
- Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik van uit de studie mag terugtrekken zonder dat er een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op een enigerlei wijze een invloed zal hebben over het verder contact met de onderzoeker en haar team.
- Ik ben ingelicht over wat er met mijn gegevens gebeurt en dat deze anoniem verwerkt en bewaard worden.
    - Akkoord
    - Niet akkoord

Deel 1: persoonlijke informatie

1. Leeftijd: .....
2. U werkt in functie van:

- Psychiater
- ASO psychiatrie

3. U werkt in een:
    - Privé praktijk
    - Algemeen Ziekenhuis
    - Psychiatrisch Ziekenhuis
    - Ander: .....

Deel 2: algemene informatie

4. Ik werk ..... samen met huisartsen voor de behandeling van depressieve patiënten
    - dagelijks tot wekelijks
    - maandelijks tot jaarlijks
    - minder dan 1 keer per jaar
5. Wat gebruikt u als communicatiemiddel om informatie over te brengen aan huisartsen?
    - Algemene consultatie/ontslagbrief
    - Consultatie/ontslagbrief met een aangepast sjabloon voor depressie
    - Telefonisch contact
    - Geen of andere .....

Deel 3: bestaande vragen

<u>De noodzaak tot samenwerkingsverband (PAT checklist)</u>

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

6. De behoefte aan een samenwerkingsverband wordt waargenomen vanuit een gemeenschappelijk belang en het bestaan van complementaire capaciteiten.
7. Er is een duidelijk doel voor het samenwerkingsverband.
8. . Er is een gedeelde opvatting van dit doel en een gedeeld engagement tussen de samenwerkingspartners.
9. De partners zijn bereid ideeën, middelen, invloed en macht te delen om het doel te bereiken.
10. De ervaren voordelen van het samenwerkingsverband wegen zwaarder dan de ervaren kosten.

<u>Partners kiezen (PAT checklist)</u>

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

11. De partners delen gemeenschappelijke visie, belangen en methodes.
12. De partners zien hun kernactiviteit als deels onderling afhankelijk.
13. Er is een verleden van goede relaties tussen de partners.
14. Het samenwerkingsverband brengt bijkomend prestige voor de partners.

15. Er is genoeg verscheidenheid tussen de leden om een ruim en alomvattend begrip van de aan te pakken problemen te hebben.

Ervoor zorgen dat de samenwerkingsverbanden werken (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

16. De managers in iedere organisatie (of afdeling) steunen het samenwerkingsverband.
17. De partners hebben de nodige deskundigheid voor de gezamenlijk afgesproken acties.
18. Er zijn strategieën om de deskundigheid en vaardigheden te versterken.
19. De rollen, verantwoordelijkheden en verwachtingen van de partners zijn duidelijk omschreven en worden door alle andere partners begrepen.
20. De administratieve, communicatie- en besluitvormingsstructuur van het samenwerkingsverband is zo eenvoudig mogelijk.

Gezamenlijk actie plannen (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

21. Alle samenwerkingspartners zijn betrokken bij het plannen van en het prioriteiten stellen voor de gezamenlijke actie.
22. De partners hebben elk de taak het samenwerkingsverband in hun eigen organisatie bekend te maken en te promoten.
23. Sommige personeelsleden hebben rollen of functies die de traditionele grenzen tussen instanties of afdelingen in het samenwerkingsverband overschrijden.
24. De communicatielijnen, rollen en verwachtingen van de partners zijn duidelijk.
25. Er is een participatief besluitvormingssysteem zodat zoveel mogelijk personen gehoord worden in de beslissingen.

Gezamenlijke actie uitvoeren (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

26. Processen die de instanties gemeen hebben, zijn gestandaardiseerd (bijvoorbeeld verwijzingsprotocollen, dienststandaarden, gegevensinzameling en rapporteringsmechanismen).
27. In het samenwerkingsverband wordt tijd, personeel, materiaal of faciliteiten geïnvesteerd.
28. Gezamenlijke actie door personeel en wederkerigheid tussen de beide instanties wordt door het management beloond (eender welke vorm van beloning/ bekrachtiging).
29. De actie levert toegevoegde waarde (in plaats van verdubbeling van diensten) voor de gemeenschap, de cliënten of de instanties die in het samenwerkingsverband betrokken zijn.

30. Er zijn regelmatig gelegenheden voor informeel en vrijwillig contact tussen personeelsleden van de verschillende instanties en andere leden van het samenwerkingsverband.

De barrières voor samenwerkingsverbanden minimaliseren (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

31. Verschillen in organisatorische prioriteiten, doelstellingen en taken zijn aangepakt.
32. Er is een kerngroep van bekwame en (tegenover het samenwerkingsverband) geëngageerde personeelsleden, die doorheen de duur van het samenwerkingsverband is blijven bestaan.
33. Er zijn formele structuren om informatie te delen en afbakeningsgeschillen op te lossen.
34. Er zijn informele manieren om dit te bereiken.
35. Er zijn strategieën om ervoor te zorgen dat alternatieve zienswijzen binnen het samenwerkingsverband tot uitdrukking komen.

Nadenken over, en voortzetten van de samenwerking (PAT checklist)

1	2	3	4	5

Helemaal mee oneens Helemaal mee eens

36. Er zijn processen om collectieve prestaties en/of individuele bijdragen te evalueren en te erkennen.
37. Het samenwerkingsverband kan de resultaten van zijn collectieve werk aantonen of documenteren.
38. Er is een duidelijke noodzaak en een duidelijk engagement om de samenwerking op middellange termijn voort te zetten.
39. Er zijn uit hetzij interne, hetzij externe bronnen middelen beschikbaar om het samenwerkingsverband voort te zetten.
40. Er is een manier om de kring van partners te herzien en nieuwe partners binnen te brengen of er sommige te schrappen.

Interprofessionele communicatie (Interprofessionele samenwerking op "nieuw-samengestelde" COVID19-afdelingen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Helemaal niet akkoord Helemaal akkoord

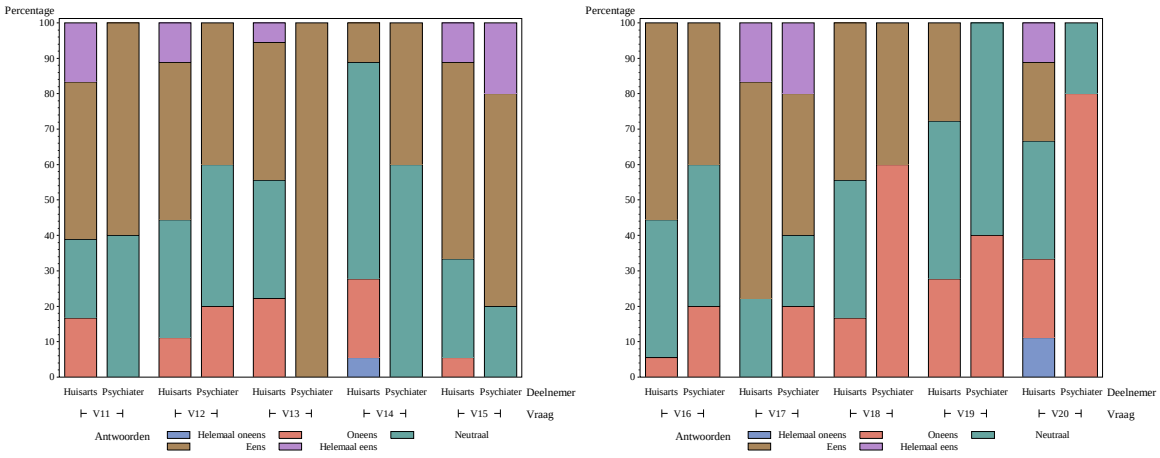
41. Ik slaag erin om de juiste communicatievormen en communicatiemethoden (mondeling, elektronisch, ...) te gebruiken.
42. Het lukt om steeds gepast en begrijpelijk informatie te geven aan de teamleden.
43. Ik slaag erin om mijn teamleden en mezelf aan te moedigen om open te communiceren over meningen en bezorgdheden.
44. Ik slaag erin om heldere, tijdige en respectvolle feedback te geven aan teamleden.
45. Ik slaag erin om gepast te reageren op feedback die ik van teamleden ontvang.

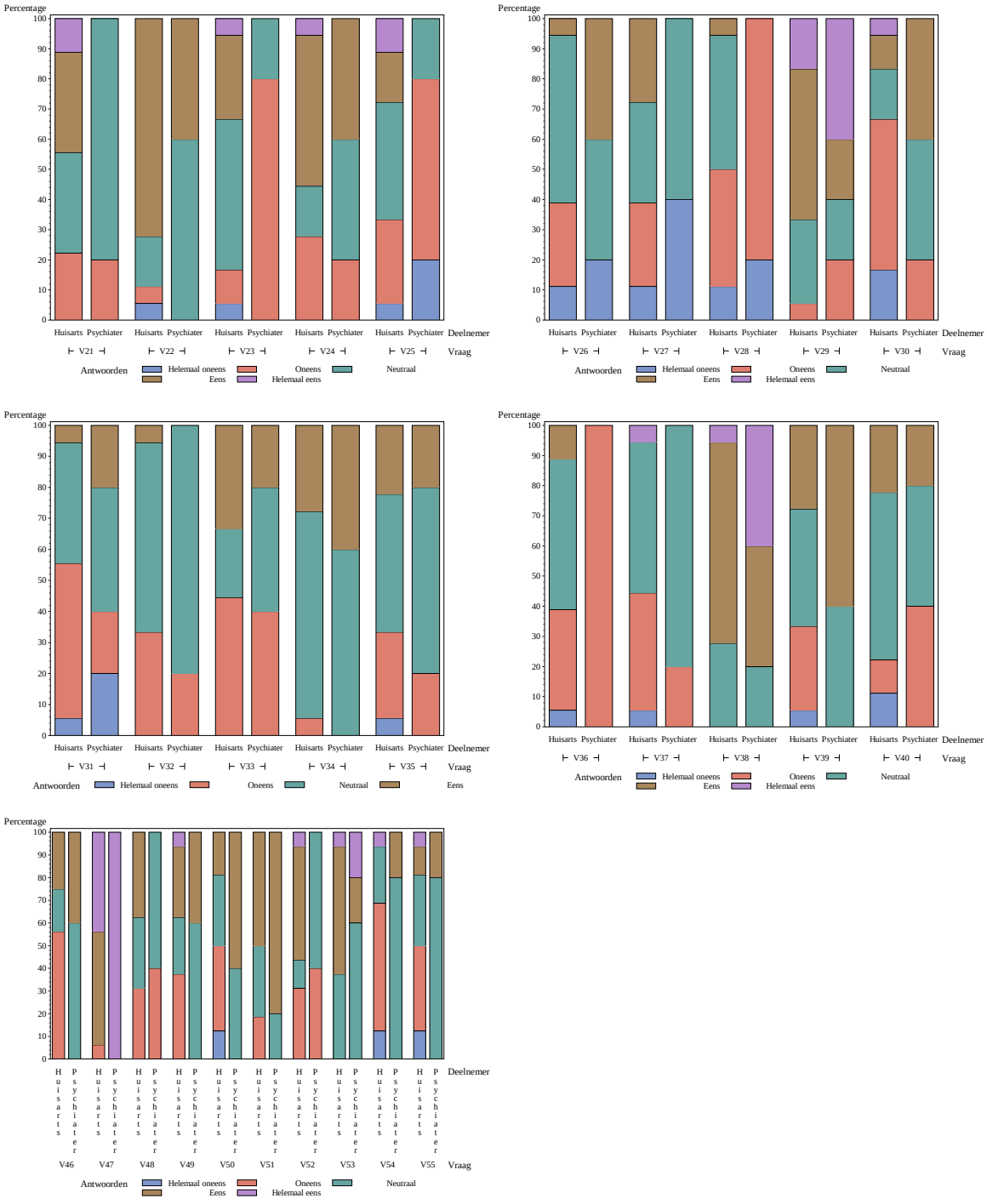
Deel 4: eigen vragen (inspiratie uit pincom-Q + zelf)

1	2	3	4	5
Helemaal mee oneens				Helemaal mee eens

46. Ik ben tevreden van de samenwerking met huisartsen voor de behandeling van depressieve patiënten.
47. Ik vind de samenwerking tussen huisarts en psychiater zinvol voor de behandeling van depressieve patiënten.
48. Samenwerking met huisartsen voor de behandeling van depressieve patiënten leidt tot frustratie.
49. Mijn ervaring leert dat rollen altijd goed verdeeld zijn bij de samenwerking tussen huisarts en psychiater voor de behandeling van depressieve patiënten
50. De huisartsen waar ik mee samenwerk en ikzelf zijn goed in het uitwisselen van informatie over hoe we werken.
51. Ik heb altijd heldere verwachtingen/doelen van samenwerking met huisartsen.
52. Als ik een depressieve patiënt zie na verwijzing van de huisarts vermeld ik steeds wat ik verwacht van de huisarts.
53. Als ik een depressieve patiënt gezien heb na verwijzing van een huisarts vind ik dat mijn informatieoverdracht (verwijsbrief, …) voldoet aan de verwachtingen van de huisarts voor de behandeling van de patiënt.
54. Als ik een verwijsbrief krijg van een huisarts voor een patiënt met depressie, weet ik steeds wat de huisarts van mij verwacht voor opvolging (zowel therapeutisch als medicamenteus.)
55. Als ik een verwijsbrief krijg van een huisarts dan voldoet deze aan mijn verwachtingen om voldoende geïnformeerd te zijn en mijn patiënt goed te kunnen behandelen.

Bijlage 6: beschrijvende statistiek van de vragenlijst





Bijlage 7: draaiboek van de mondelinge bevraging

Draaiboek van de mondelinge bevraging van de huisartsen

Introductie:

- wie ben ik?
- waarom is deze studie relevant?
- wat is de opzet van deze studie?
- wat is het doel van deze studie?
- praktische vragen van de huisarts beantwoorden

Vragen:
samenwerking huisarts - psychiater:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen uzelf en psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten?
- Wat loopt er goed in deze samenwerking?
    - Geef een concreet voorbeeld om dit toe te lichten
- Wat zou je in die samenwerking anders willen zien om de depressieve patiënt als huisarts beter te kunnen begeleiden?
    - Wat kan u als huisarts doen om de samenwerking met de psychiater te optimaliseren?

voor deze masterproef willen wij graag een kleine actie uitvoeren ter optimalisering van de samenwerking tussen de depressieve patiënt, de psychiater en de huisarts. Hiervoor zijn wij een sjabloon aan het ontwikkelen om de communicatie tussen huisarts en psychiater te optimaliseren.

- Wat verwacht u dat er in de consultatiebrief of ontslagbrief van de psychiater zeker staat om optimale zorg te kunnen verlenen aan uw patiënt?
- Welke informatie denkt u dat de psychiater van u als huisarts moet krijgen om optimale zorg te kunnen verlenen?
- eigen opmerkingen of suggesties van de huisarts over mijn studie
- eigen opmerkingen of suggesties van de huisarts over de sjablonen die ik zal maken

Bedanking
(Verwachte duur: 10 minuten)

Draaiboek van de mondelinge bevraging van de psychiaters

Introductie:

- wie ben ik?
- waarom is deze studie relevant?
- wat is de opzet van deze studie?
- wat is het doel van deze studie?
- praktische vragen van de psychiater beantwoorden

Vragen:
samenwerking huisarts - psychiater:

- Hoe verloopt de samenwerking tussen uzelf en huisartsen voor de behandeling van depressieve patiënten?
- Wat loopt er goed in deze samenwerking?
    - Geef een concreet voorbeeld om dit toe te lichten
- Wat zou je in die samenwerking anders willen zien om de depressieve patiënt als psychiater beter te kunnen begeleiden?
    - Wat kan u als psychiater doen om de samenwerking met de huisarts te optimaliseren?

Voor deze masterproef willen wij graag een kleine actie uitvoeren ter optimalisering van de samenwerking tussen de depressieve patiënt, de psychiater en de huisarts. Hiervoor zijn wij

een sjabloon aan het ontwikkelen om de communicatie tussen huisarts en psychiater te optimaliseren.

- Wat verwacht u dat er in de verwijsbrief van de huisarts zeker staat om optimale zorg te kunnen verlenen aan uw patiënt?
- Welke informatie denkt u dat de huisarts van u als psychiater moet krijgen om optimale zorg te kunnen verlenen?
- eigen opmerkingen of suggesties van de psychiater over mijn studie
- eigen opmerkingen of suggesties van de psychiater over de sjablonen die ik zal maken

Bedanking
(Verwachte duur: 10 minuten)

Bijlage 8: sjabloon 1: verwijsbrief van de huisarts aan de psychiater

Deel 1: Dit deel bevat de algemene gegevens van de huisarts en de patiënt, niet anders dan bij een algemene verwijsbrief naar een specialist. Deze gegevens worden automatisch aangevuld door het informaticasysteem (IS) waar de huisarts mee werkt.

Deel 2: De kern bevat volgende onderdelen:

1. Reden verwijzing: overname uit het informaticasysteem (IS)
    - korte verwoording van het consult
    - Niet-pluis gevoel, ongerustheid van de huisarts
2. Urgentie: vrij tekstvlak
3. DSM V criteria depressie: aanvinken wat van toepassing is
    - ✓ Terneergeslagen stemming, verlies van algemene interesse of tevredenheid
    - ✓ Gedeprimeerde stemming
    - ✓ Vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten
    - ✓ Duidelijke gewichtstoename of -verlies en een verandering in eetlust zonder te diëten
    - ✓ Meer of minder slapen, slapeloosheid, verstoord slaappatroon
    - ✓ Psychomotorische agitatie of remming (waargenomen door anderen)
    - ✓ Moeheid of verlies van energie
    - ✓ Gevoelens van waardeloosheid, buitensporige onterechte schuldgevoelens
    - ✓ Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
    - ✓ Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidale gedachten
4. Recente behandelingen en effect: vrij tekstvlak
    - Bv. reeds geprobeerde medicatie en therapie
    - Bv. duur van arbeidsongeschiktheid
5. Suïcidaliteit en alarmsymptomen: vrij tekstvlak
6. Contacten met justitie/politie: vrij tekstvlak
7. Risicovol gedrag:
    - roken: overname uit IS
    - alcohol: overname uit IS
    - drugs: vrij tekstvlak
8. Beleid: overname uit IS
9. Medicatie: overname uit IS
10. Procedurevoorstel: aanvinken wat van toepassing is
    - ✓ diagnostiek

- ✓ eenmalig advies
- ✓ overname van de medicamenteuze behandeling
- ✓ langdurige opvolging
- ✓ verwijzing op vraag van de patiënt
- ✓ andere: vrij tekstvlak

Deel 3: De bijlage bevat de volgende onderdelen:

1. Klinisch onderzoek: overname uit IS
2. Actieve problematiek: overname uit IS
3. Voorgeschiedenis: overname uit IS
4. Allergie, intoleranties: overname uit IS
5. Algemeen:
   - Sociaal: vrij tekstvlak
   - Werk/financieel: vrij tekstvlak
   - DNR: vrij tekstvlak
6. Algemeen einde:
   - Bij vragen of voor overleg gelieve contact op te nemen via [mailadres praktijk] of [telefoonnummer praktijk]
   - Bij urgentie mag contact worden opgenomen via: vrij tekstvlak
   - Handtekening en algemene gegevens van de huisarts: overname uit IS

Implementatie van het sjabloon van de huisarts in Care Connect:

PRAKTIJK MULTIMED

Dr. @{Gebruiker_naam} @{Gebruiker_voornaam}
@{Huidige_datum}
@{Gebruiker_riziv}

Aan Dr. Psychiater

Geachte Collega,

Betreft patiënt:
@{Naam} @{Voornamen}, °@{Geboortedatum}
@{Straat_en_nr} - @{Postcode} @{Gemeente}

KERN

Probleem: @{S}
Urgentie:
DSM V criteria depressie:

- ☐ Terneergeslagen stemming, verlies van algemene interesse of tevredenheid
- ☐ Gedeprimeerde stemming
- ☐ Vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten
- ☐ Duidelijke gewichtstoename of -verlies en een verandering in eetlust zonder te diëten
- ☐ Meer of minder slapen, slapeloosheid, verstoord slaappatroon
- ☐ Psychomotorische agitatie of remming (waargenomen door anderen)
- ☐ Moeheid of verlies van energie
- ☐ Gevoelens van waardeloosheid, buitensporige onterechte schuldgevoelens
- ☐ Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid
- ☐ Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidale gedachten

Recente behandelingen en effect:

Suïcidaliteit en alarmsymptomen:

Contacten met justitie/politie:

Risicovol gedrag:

@{Parameter_ind_laatste__7943/*Rookgeschiedenis?*/}

- Alcohol:
- Drugs:

Beleid: @{B}

Medicatie: @{Actieve_medicatie_posology}

Procedurevoorstel:

- ☐ diagnostiek
- ☐ eenmalig advies
- ☐ overname van de medicamenteuze behandeling
- ☐ langdurige opvolging
- ☐ verwijzing op vraag van de patiënt
- ☐ andere: …

BIJLAGE

Lichamelijk onderzoek: @{Parameter_ind_laatste__0/*Bloeddruk*/}@{Parameter_ind_laatste__6/*Hartslag*/}

- @{O}

Actieve problematiek: @{Zorgelementen_actief_extra}
Voorgeschiedenis: @{Zorgelementen_passief_extra}
Allergie: @{Allergenen} @{Intoleranties}
Algemeen:

- Sociaal:
- Werk/financieel:
- DNR:

Bij vragen of voor overleg gelieve contact op te nemen via emailpraktijk en 03309 01 69

Bij urgentie mag contact worden opgenomen via:

Graag vertrouw ik u deze patiënt(e) toe.

Met collegiale groeten,
Dr. @{Gebruiker_naam} @{Gebruiker_voornaam}

Praktijk MultiMED : Dr. De Boey Carolina
Dr. Verheyen Liesbeth
Dr. Merckx Ine
Dr. Stappaerts Marianne

Gierle: De Nefstraat 54
Wechelderzande: Beulk 56
Tel: 03/309 01 69

Bijlage 9: sjabloon 2: verslag van de psychiater aan de huisarts

Deel 1: Dit deel start met de gegevens van de psychiater en de patiënt. Deze gegevens worden automatisch aangevuld door het informaticasysteem waar de psychiater mee werkt.

Deel 2: De kern van dit sjabloon bestaat uit de volgende onderdelen:

1. Reden van verwijzing: overname uit IS
    - korte verwoording van het consult
2. Conclusie/diagnose: overname uit IS
3. Medicatie:
    - Volledig medicatieschema: overname uit IS
    - Medicatie beleid: vrij tekstvak
        - Bv. welke medicatie mag verhoogd worden bij onvoldoende effect?
        - Bv. welke medicatie mag zeker niet gestopt worden?
        - Bv. welke nevenwerkingen worden verwacht?
        - Bv. welke medicatie starten in crisissituaties?
        - Bv. wie schrijft welke medicatie voor (bij verslavende medicatie)?
        - ...
4. Beleid: overname uit IS
    - Bv. welke therapie wordt aangeraden, ingestelde/gestaakte medicatie, geschatte wachttijd tot aanvang behandeling/opname...
5. Afspraken:
    - Volgende geplande consultatie bij de psychiater: overname uit IS
    - Aan de huisarts: vrij tekstvak
        - Wat verwacht de psychiater van de huisarts?

Deel 3: Dit deel bevat volgende onderdelen:

1. Bijlagen:
    - Bv. Psychologische verslagen, afgenomen vragenlijsten, bloedresultaten...
2. Algemeen einde
    - Bij vragen of voor overleg gelieve contact op te nemen via [mailadres praktijk] of [telefoonnummer praktijk]
    - Bij urgentie mag contact worden opgenomen via: vrij tekstvlak
    - Handtekening en algemene gegevens van de psychiater: overname uit IS

Bijlage 10: protocol Ethisch Comité

Protocol 'Hoe kan interprofessionele samenwerking tussen huisarts en psychiater geoptimaliseerd worden?'

Inleiding

Om de zorg voor patiënten met depressieve klachten optimaal te laten verlopen is samenwerking tussen huisartsen en psychiaters niet weg te denken. Echter stellen wij in de praktijk vast dat er nog steeds te weinig met elkaar overlegd en afgestemd wordt om een optimale begeleiding te kunnen garanderen. (1)

Er gebeurde reeds veel onderzoek naar het effect van samenwerking tussen huisartsen en psychiaters voor de behandeling van depressieve patiënten. (2,6) Zo bekeek bijvoorbeeld Van den Broeck (7) 8 richtlijnen en 26 onderzoeksartikelen over samenwerking tussen huisartsen en psychiaters. De meeste van deze richtlijnen

benadrukken het belang van samenwerking en communicatie tussen de verschillende zorgverleners tijdens alle fases van de behandeling van depressieve patiënten. Ondanks de nadruk op samenwerking in de richtlijnen is de uitwerking hiervan opmerkelijk beperkt. De richtlijnen bevatten weinig praktische instructies om de organisatie van samenwerking tot stand te brengen en te onderhouden.

Ook de actuele richtlijnen rond depressie (8,9) beschrijven wanneer een verwijzing naar de tweede lijn aangeraden is, maar niet wat de verwijzing moet inhouden en hoe de samenwerking dan verder moet verlopen om een optimale zorg te realiseren. Hoe deze samenwerking er zou kunnen uitzien heeft NHG neergeschreven in een richtlijn rond informatie-uitwisseling tussen huisarts en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. (10) Deze richtlijn is zeer uitgebreid en moeilijk direct concreet toepasbaar in de praktijk. Daarom wordt deze richtlijn gezien als een eerste stap naar betere samenwerking en als basis voor de verdere uitwerking van samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in de praktijk.

Doel van de studie

Deze studie is een praktijkgericht verbeterend project om de samenwerking tussen huisarts en psychiater in kaart te brengen en zo mogelijk te optimaliseren. Vragenlijsten en interviews zullen de noden en behoeften van de samenwerking in beeld brengen. Met de bestaande theorie als basis en daarbij de input van de vragenlijsten en interviews worden er sjablonen gemaakt om de informatieoverdracht tussen huisartsen en psychiaters meer te laten aansluiten bij de noden en verwachtingen. Deze sjablonen geven duidelijke handvatten over wat er verwacht wordt in kader van optimale samenwerking voor de opvolging van depressieve patiënten. Na implementatie van de sjablonen in de praktijk gaan dezelfde vragenlijsten opnieuw worden afgenomen om te kijken of samenwerking verbeterd is door het gebruik van deze gestandaardiseerde informatieoverdracht.

Doelgroep

De doelgroep van deze studie bestaat uit Vlaamse huisartsen en psychiaters die betrokken zijn bij de behandeling van volwassen patiënten met depressieve klachten.

Rekrutering

Voor de exploratieve vragenlijsten doelt deze studie op een deelname van minstens vijfentwintig huisartsen en evenveel psychiaters. Voor afname van de interviews wordt gemikt op een deelname van tien huisartsen en tien psychiaters. Nadat per discipline vijf artsen hebben deelgenomen aan de interviews, zal er een eerste analyse van de gegevens gemaakt worden. Op basis van die resultaten zal een eventuele verdere rekrutering tot tien artsen (vijf per discipline) verder gezet worden om nog nieuwe informatie toe te voegen aan de studie. De artsen die deelnemen aan de interviews, zullen op een later tijdstip de gemaakte sjablonen implementeren en nadien opnieuw de vragenlijst invullen.

Rekrutering zou direct na goedkeuring van het ethisch comité van start kunnen gaan.

- Huisartsen

Rekrutering van de huisartsen zal gebeuren via een mail die opgesteld wordt en dan verstuurd kan worden vanuit de huisartsenwachtpost regio Turnhout. Zo nodig kan deze mail één week later nogmaals verstuurd worden. Nog één week later kunnen de huisartsen

van deze regio telefonisch gecontacteerd worden om ze alsnog te motiveren tot deelname. Via sociale media (Whatsapp, Instagram, Facebook) wordt ook oproep gedaan om deel te nemen. Het privé netwerk van student, co-promotor en promotor zal ook gemotiveerd worden voor deelname aan deze studie.

- Psychiaters

Voor de psychiaters gaat er ook een mail opgesteld worden. Deze mail wordt verstuurd naar de psychiaters van het ziekenhuis in Veurne, naar de psychiaters van het ziekenhuis van Turnhout en naar zelfstandige psychiaters in regio Turnhout. Bij geen of onvoldoende respons wordt één week later gebeld naar deze artsen en nog één week later eens langsgegaan bij het secretariaat van de praktijken of het ziekenhuis. Ook voor rekrutering van de psychiaters zal sociale media en sociaal netwerk gebruikt worden voor het bereiken van mogelijke deelnemers.

Instrumenten deel 1 (voormeting): nood bevragen a.h. v. een vragenlijst
Bij alle artsen moet er éénmaal worden langsgegaan. Dit voor de afname van het interview. De vragenlijst kunnen de artsen op een zelfgekozen moment invullen zonder aanwezigheid van de interviewer. De vragenlijst vullen ze in in deel 1 van de studie als voormeting en in deel 2 van de studie, als nameting, na implementatie en gebruik van de gemaakte sjablonen.

De resultaten zullen vergeleken worden om te kijken of we verschil zien met het gebruik van de sjablonen. Vragen uit bestaande vragenlijsten kunnen dan vergeleken worden met de literatuur.

- Vragenlijst

Voor de vragenlijst kan worden ingevuld moeten deelnemers geïnformeerde toestemming lezen en goedkeuren. De vragenlijst zou bestaan uit 55 vragen, onderverdeeld in vier delen. Het eerste en tweede deel bevraagt op een anonieme manier de persoonlijke en algemene informatie van de arts die de vragenlijst invult. Deel drie zijn vragen overgenomen uit PAT checklist, een bestaande vragenlijst over samenwerking (11). Tot slot bestaat het vierde deel uit vragen die werden opgesteld specifiek voor deze studie. Voor een deel van deze vragen werd inspiratie gehaald uit de PINCOM-Q vragenlijst (12).

- Interview

Voor het semi-gestructureerd interview wordt een draaiboek opgemaakt. Op basis van vijf hoofdvragen zullen huisartsen en psychiaters bevraagd worden over hun ervaringen met samenwerking met elkaar als professionals. Deelnemers worden ook de ruimte geboden om suggesties te formuleren over hoe zij een ideale samenwerking zien. Huisartsen kunnen hier voorstellen doen over wat ze zelf kunnen aanpassen om samenwerking te optimaliseren. Ook kunnen ze eens nadenken over aanpassingen voor de psychiaters voor een meer optimale samenwerking en dus betere zorg. Voor psychiaters geldt hetzelfde.

Instrumenten deel 2 (interventie): de sjablonen maken en implementeren
Aan de hand van de resultaten van de literatuur en de voormeting worden er voor de huisartsen en psychiaters sjablonen gemaakt. De sjablonen geven duidelijke handvatten over wat er verwacht wordt van wie in kader van optimale samenwerking voor de opvolging van depressieve patiënten.

- Sjabloon voor de huisarts

Voor de huisartsen wordt een sjabloon opgesteld van wat er zeker in een verwijsbrief naar de psychiater moet staan.

- Sjabloon voor de psychiater

Voor de psychiaters wordt een sjabloon gemaakt voor het verslag na een consultatie of na opname. Dit sjabloon zal de nodige patiëntspecifieke informatie bevatten voor verdere follow-up door de huisarts.

Implementatie in de praktijk

Voordat het sjabloon voor de huisartsen toegepast wordt bij de deelnemende huisartsen in regio Turnhout, wordt het sjabloon in een testfase gebracht in een huisartspraktijk in Oostende. Hier kan het sjabloon getest worden en zo nodig aangepast worden vooraleer het geïmplementeerd wordt bij de deelnemende artsen van deze studie. Voor het sjabloon van de psychiaters wordt geen testfase voorzien.

Instrumenten deel 3 (nameting): sjabloon toetsen

Na implementatie in de praktijk wordt de vragenlijst opnieuw afgenomen bij dezelfde huisartsen en psychiaters. Deze vragenlijst is een herneming van de vragenlijst uit deel 1, van de studie. Dit om te evalueren wat het effect is van deze standaardisering van samenwerking.

Analyse methode

De gegevens uit de vragenlijsten worden geanalyseerd met SPSS voor Windows (versie 23.0). Er zal voornamelijk beschrijvende statistiek gebruikt worden.

De data bekomen met kwalitatieve onderzoeksmethoden (interviews) zullen via thematische analyse verwerkt worden.

Bronnen

1. Fleury, M. J., Imboua, A., Aubé, D., & Farand, L. (2012). Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. Mental health in family medicine, 9(2), 77–90.
2. Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. The Cochrane database of systematic reviews, 10, CD006525.
3. Van den Broeck, K., Ketterer, F., Remmen, R., Vanmeerbeek, M., Destoop, M., & Dom,
G. (2017). Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult: A Belgian Qualitative Study. International journal of integrated care, 17(2), 7.
4. Aragonès, E., Caballero, A., Piñol, J. L., & López-Cortacans, G. (2014). Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. Journal of affective disorders, 166, 36–40.
5. Coventry, P. A., Hudson, J. L., Kontopantelis, E., Archer, J., Richards, D. A., Gilbody, S., Lovell, K., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., & Bower, P. (2014). Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a

systematic review and meta-regression of 74 randomized controlled trials. PloS one, 9(9), e108114.

6. Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., Chapman, D. P., Abraido-Lanza, A. F., Pearson, J. L., Anderson, C. W., Gelenberg, A. J., Hennessy, K. D., Duffy, F. F., Vernon-Smiley, M. E., Nease, D. E., Jr, Williams, S. P., & Community Preventive Services Task Force (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. American journal of preventive medicine, 42(5), 525–538.
7. Van den Broeck, K., Remmen, R., Vanmeerbeek, M., Destoop, M., & Dom, G. (2016). Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. Journal of affective disorders, 200, 189–203.
8. Depressie. (z.d.). NHG-richtlijnen. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie
9. Unipolar major depression in adults: choosing initial treatment. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing- initial-treatment.
10. Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en tweedelijns GGZ. (z.d.). NHG. https://www.nhg.org/praktijkvoering/samenwerken/gegevensuitwisseling-huisarts- ggz/
11. Atle Odegard, Clinical psychologist, Associate Professor, Molde University College, Norway PINCOM -Q: collaboration with professionals from other services Appendix I International Journal of Integrated Care – Vol. 6, 18 December 2006
12. Partnerships Analysis Tool - checklist. vertaald door Van den Steene, H. & Glazemakers, I. (2016), CAPRI Universiteit Antwerpen

Bijlage 11: goedkeuring Ethisch Comité

ETHISCH COMITE

Prof. Dr Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Inge Glazemakers

CAPRI

Universiteitsplein 1-S.033
2610 Wilrijk

Miss Lien Bridts

Medicine

datum: 08/05/2023

Project ID 4996 - EDGE n/a

Project titel: Hoe kan interprofessionele samenwerking tussen huisarts en psychiater geoptimaliseerd worden? Een kwaliteitsverbeterproject.

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 08/05/2023

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Accompanying letter	Begeleidende brief	21/02/2023	1
Protocol	Protocol MaNaMa Thesis Lien Bridts	21/02/2023	1
Questionnaire	Vragenlijst voor de psychiaters	21/02/2023	1
Questionnaire	Vragenlijst voor de huisartsen	21/02/2023	1
Other	Draaiboek van het interview met de huisartsen	21/02/2023	1
Other	Draaiboek van het interview met de psychiaters	21/02/2023	1
Default	Abstract MaNaMa Lien Bridts	28/02/2023	1
ICF	Geïnformeerde toestemming interview voor de huisartsen	01/03/2023	1
ICF	Geïnformeerde toestemming interview voor de psychiaters	01/03/2023	1
ICF	Geïnformeerde toestemming vragenlijst voor de huisartsen	01/03/2023	1
ICF	Geïnformeerde toestemming vragenlijst voor de psychiaters	01/03/2023	1
CV	CV_Inge Glazemakers 2023	01/03/2023	1
GCP	ICH-GCP_Inge Glazemakers	01/03/2023	1
CV	CV Lien Bridts	01/03/2023	1
GCP	GCP_Lien_Bridts	05/04/2023	1
Insurance	Attest_BA_n_experimenten_2023	19/04/2023	1
Insurance	Attest_BA_e_clinical_trials_2023	19/04/2023	1

Gelieve nog rekening te houden met de volgende opmerkingen:

Protocol

- "De artsen die deelnemen aan de interviews zullen op een later tijdstip...". graag een andere formulering. Suggestie: "Aan de artsen die deelnemen aan de interviews wordt er gevraagd om..."

Informatie- en Toestemmingsformulier

- In de sectie over het doel van de studie dient er vanaf het begin duidelijk gemaakt te worden dat het de zorg betreft van patiënten die lijden aan een depressieve stoornis, om verwarring te voorkomen
- De duurtijd voor het invullen van de vragenlijsten en van het interview wordt niet vermeld
- Dient de deelnemer zich te verplaatsen, of vindt het interview plaats in de medische praktijk van de deelnemer? Indien er een verplaatsing verwacht wordt: graag expliciet vermelden + vergoeding voorzien van de onkosten.

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Prof. Dr. Bettina Blaumeiser	Physicians
Emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
Mrs Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physicians
dr Elyne De Baetselier	Nurse
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Professor Francois Eyskens	Physician
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Dr Leon Luyten	Physicians
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physician
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physician
Mr. Michaël Püssel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smalders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physicians
Mr Filip Van den Eede	Physicians

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Mr Pieter Van Dyck	Physicians
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Dr Michiel Voeten	Physician
Ms Griet Wyers	Pharmacist
Dr. Katrien Eger	Physician