Het biopsychosociaal model: een onderzoek naar toepassing, belemmeringen en groeimogelijkheden aan de hand van focusgroepsgesprekken met praktiserende huisartsen (in opleiding).

Annelies Cras, Danielle Derdeyn, Marjolein Morren & Jolien Vandenbussche, UGent

Promotor: Prof. dr. An Mariman, UGent

Co-promotor: dr. Joke Pauwelyn, UGent

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, wend 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.

"The boundaries between health and disease, between well and sick, are far from clear and never will be clear, for they are diffused by cultural, social, and psychological considerations"

G. Engel, *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, 1977

Abstract

Inleiding: Het biopsychosociaal model (BPS-model) werd in de jaren ’70 van de vorige eeuw ontwikkeld. Het vertrekt vanuit de systeemtheorie en erkent dat de psychosociale context van patiënten een grote invloed heeft op hun lichamelijke beleving van ziekte. In de huidige opleiding geneeskunde is er steeds meer aandacht voor het BPS-model, alsook voor *patient centered care* waarbij de nadruk wordt gelegd op een manier van consultvoering met een commununicatiestrategie waarbij (het verhaal van) de patiënt centraal komt te staan.
Het BPS-model kent sinds haar introductie vele verdiensten; echter werd er doorheen de jaren ook kritiek op geformuleerd en werden ook suggesties voor uitbreiding gedaan. Het is onduidelijk in welke mate het BPS-model door huisartsen (in opleiding) vandaag de dag geïmplementeerd wordt in de praktijk en of hierbij bepaalde moeilijkheden ervaren worden. De intentie van deze masterproef is aldus de huidige implementatie van het BPS-model in de huisartsgeneeskunde te onderzoeken en eventuele groeimogelijkheden te identificeren.
Methode: We maken gebruik van de triangulatiemethode, waarbij eerst een verkennend literatuuronderzoek wordt gedaan (op Pubmed, Web of Science en Google Scholar). De bevindingen worden getoetst aan de praktijk middels focusgroepsgesprekken. Er worden in het literatuuronderzoek 32 artikels weerhouden. In totaal worden 19 deelnemers gerekruteerd in vier focusgroepsgesprekken. De deelnemers zijn huisartsen en huisartsen in opleiding (HAIO’s) die zowel verschillen in leeftijd (25-55 jaar) als in aantal jaren ervaring (0,25-30 jaar), met ongeveer eenderde man (32%) en tweederde vrouw (68%). De gesprekken gaan online door via Microsoft Teams©, worden opgenomen en nadien getranscribeerd en geanonimiseerd. De resultaten worden verwerkt met behulp van Nvivo©.
Resultaten: Bij het analyseren van de focusgroepsgesprekken wordt vastgesteld dat huisartsen en HAIO’s over het algemeen positief staan ten opzichte van het BPS-model en dit in hun dagelijkse praktijk implementeren. Ze proberen, wanneer dit hun relevant lijkt, de psychosociale context van de patiënt op een respectvolle wijze te inventariseren. Er worden hierbij evenwel obstakels geïdentificeerd waaronder praktijkbelasting en tijdgebrek, gebrek aan financiële incentives, verwachtingen van patiënt en maatschappij. Er wordt bovendien een spanningsveld geïdentificeerd wat betreft de rol van de huisarts in het behandelen van psychosociale klachten vanwege de mismatch tussen de voornamelijk biomedische artsenopleiding enerzijds en de complexe klachten, vaak met psychosociale component, van de patiënt anderzijds.
Besluit: Huisartsen en HAIO’s kennen het BPS-model en implementeren dit in hun hedendaagse praktijk. Bij de implementatie van dit model ervaren ze evenwel enkele barrières. Er worden enkele suggesties geformuleerd om deze barrières te overwinnen, waaronder op beleidsniveau nadenken over de rol van de huisarts in het eerstelijnslandschap, ondersteuning van en eventuele financiële beloning voor ‘psychosociale consulten’ en het meer vertrouwd maken van artsen met de sociale kaart tijdens de artsenopleiding. Bij het formuleren van deze suggesties dient rekening gehouden te worden met de op heden reeds grote werkbelasting van de huisarts en dient medicalisering vermeden te worden. De suggestie wordt gemaakt om bij complexe patiënten met veel psychosociale bagage een derde partij in te schakelen, als soort van brugfiguur tussen patiënt en hulpverlener; die zou kunnen helpen met doorverwijzen door een inschatting te maken van welke hulp het meest geschikt is voor ieder probleem. Men moet echter opletten de zorg niet te gaan versnipperen omdat het op die manier problematisch kan worden voor de (huis)arts om, als medicus, het overzicht te bewaren.

Inhoudstafel

1. Inleiding 7
2. Methodologie 9
2.1. Literatuurstudie 9
2.2. Goedkeuring Ethisch Comité 9
2.3. Rekrutering van artsen 9
2.4. Focusgroepsgesprekken 9
3. Resultaten literatuurstudie 11
3.1. Ontstaan van het BPS-model 11
3.2. Verdiensten van het BPS-model 12
3.2.1. Sluit beter aan bij de klachten van de patiënt 12
3.2.2. Andere manier van kijken naar patiënt 12
3.2.3. Betere uitkomsten 12
3.2.4. Wijdverspreid in de medische wereld 13
3.2.5. Andere manier van kijken naar ziekte en gezondheid 13
3.3. Kritiek op het BPS-model 14
3.3.1. Niet wetenschappelijk 14
3.3.2. Leidt tot medicalisering 14
3.3.3. Onvolledig 14
3.4. Belemmeringen bij implementatie van het model in de huisartsenpraktijk 15
3.4.1. Gepaste vs. ongepaste klachten 15
3.4.2. Gebruik van vragenlijsten 15
3.4.3. Discongruentie met de huidige invulling van het huisartsenberoep 15
3.4.4. Financiering en structuur van de gezondheidszorg 16
3.5. Het BPS-model in de opleiding geneeskunde 16
3.5.1. *Patient centered care* 16
3.5.2. Training in communicatievaardigheden 16
4. Resultaten focusgroepsgesprekken 18
4.1. Belemmerende en faciliterende factoren bij de implementatie van het BPS-model 20
4.1.1. Niveau 'arts-patiëntrelatie' 20
A. Artsafhankelijke factoren 20
B. Patiëntafhankelijke factoren 23
C. Interactie arts-patiënt 25
4.1.2. Niveau 'gezondheidszorgsysteem' 26
A. BPS-model in de opleiding geneeskunde 26

B. Taak van de huisarts en rol als eerstelijnsactor en verwijzer 27
C. Praktijkbelasting en tijdgebrek 28
D. Gebrek aan financiële incentives voor psychosociale consultaties 29
E. Andere belemmerende factoren 29
4.2 Praktische implementatie van het model in de huisartsenpraktijk 30
4.2.1. Mandaat vragen 30
4.2.2. Breed exploreren 31
4.2.3. Het uitvoeren van technische onderzoeken 32
4.2.4. Overleg met en doorverwijzing naar andere hulpverleners 33
5. Discussie 34
6. Besluit 37
7. Dankwoord 38
8. Referenties 39
9. Bijlagen 41
Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité 41
Bijlage 2: *Interview guide* focusgroepsgesprek 42

1. Inleiding

Het is donderdagnamiddag, 17u30. Je had een afspraak bij de huisarts om 16u40 maar zit nog steeds in de wachtzaal. Je hebt de laatste tijd wel wat stress: er zijn veel zieken op het werk, je oudste dochter heeft het moeilijk op school en je man heeft recent een diagnose van huidkanker gekregen. Je voelde sinds gisterenavond al een migraine-aanval opkomen. Dit is nu de druppel die de emmer doet overlopen. Je zag het vanochtend écht niet zitten om naar je werk te vertrekken. En je hebt nu wel dat ziektebriefje nodig…

Het is donderdagnamiddag, 17u30. Door een dringend huisbezoek deze middag loop je nu al bijna een uur uit. Volgende op de agenda: Sara Vanfleteren. Een 38-jarige dame gekend met migraine, consulteert weinig. Vaker voor haar kinderen dan voor zichzelf. Je weet dat ze drie dochters heeft en gehuwd is met een bioloog, verder ken je haar eigenlijk niet goed. Aanmeldingsklacht: hoofdpijn. Ze heeft een ziektebriefje nodig voor het werk.

In de jaren '70 van vorige eeuw bracht internist en psychiater George L. Engel het concept naar voor van een biopsychosociale aanpak in de geneeskunde; dit in tegenstelling tot de destijds courante klassieke biomedische aanpak. In dit biopsychosociaal model (verder afgekort als BPS-model) weerlegt hij de dualiteit van geest en lichaam en oppert hij dat deze twee actoren elkaar beïnvloeden en dus bij de benadering van patiënten als één geheel dienen te worden gezien. Daarenboven stelt hij dat ook de sociale context van de patiënt invloed heeft op diens gezondheid (1). Zijn visie is dat als men een patiënt op een biopsychosociale manier benadert, dit de arts-patiëntrelatie, de diagnostiek, het zelfmanagement van de patiënt en de therapietrouw verbetert (2). Ongeveer tegelijkertijd zien we ook de ontwikkeling van *patient centered care*. Dit is een concept gelijkaardig aan het BPS-model waarbij de patiënt centraal wordt gezet en waarbij er door een bepaalde vorm van communicatie en anamnesestijl (o.a. open vragen stellen, empathie tonen) wordt getracht de symptomen door de ogen van de patiënt te zien (3). De combinatie van deze twee concepten bracht een grote verandering teweeg in de westerse geneeskunde, traditioneel biomedisch georiënteerd sinds de 16e eeuw (4).

Sinds de introductie van het BPS-model een kleine vijftig jaar geleden zijn er reeds vele pogingen gedaan om het te implementeren en bij te schaven. Sommige auteurs pleiten bijvoorbeeld voor het toevoegen van nieuwe dimensies (bv. spiritueel, existentieel) of zelfs voor het hanteren van een compleet nieuw model (5).

Het grote draagvlak van het BPS-model en *patient centered care* zorgt ervoor dat deze concepten ook in vele opleidingen wereldwijd zijn opgenomen in het curriculum. Zo komen zij ook doorheen de geneeskundeopleiding aan de Universiteit Gent en aan andere universiteiten in verschillende vakken aan bod. Voorbeelden hiervan zijn de gespreksvaardigheidstrainingen waarin gedurende meerdere jaren arts-patiëntcommunicatie geoefend wordt of lessen over culturele factoren die de ziekteperceptie beïnvloeden. We ervoeren echter zelf, als pas afgestudeerde artsen, dat dit eerder beperkt bleef, zonder veel concrete handvaten om het model te kunnen implementeren tijdens de dagelijkse praktijkvoering.

Onze verwachting is dat huisartsen en huisartsen in opleiding (verder afgekort als HAIO's) het belang van het BPS-model in de dagdagelijkse praktijk erkennen en positieve attitudes hebben ten opzichte hiervan. Desondanks verwachten we ook dat zij toch drempels ervaren wanneer ze deze modellen in hun dagelijkse praktijk proberen toe te passen. Tot slot verwachten we dat

ervaren artsen doorheen de tijd hun eigen interpretaties en toepassingen van het BPS-model hebben ontwikkeld, die mogelijks verduidelijken welke hiaten of aanpassingen er in het huidig model kunnen gesuggereerd worden.

Hebben praktiserende huisartsen een zicht op het verschil tussen het biomedische en het biopsychosociale perspectief? Welk perspectief hanteren zij in de praktijk, en hoe gaan zij hierbij te werk? Wordt de biopsychosociale blik tijdens elk consult benut of blijft het gereserveerd voor bepaalde 'vage' klachten? Waarop botsen huisartsen in de toepassing ervan? Zien ze mogelijkheden tot verandering, uitbreiding en groei, eventueel vanuit de opleiding geneeskunde? Is er een verschil in de visies hierrond bij huisartsen en HAIO's? Zijn huisartsen en HAIO's op de hoogte van uitbreidingen op het model en worden deze ook in de praktijk gebruikt?

Door middel van een triangulatiemethode, waarbij we literatuurstudie toetsen aan kwalitatief onderzoek, willen we een poging doen deze vragen te beantwoorden. Met het kwalitatief onderzoek, dat zal bestaan uit focusgroepsgesprekken, willen we specifiek achterhalen hoe Vlaamse praktiserende huisartsen en HAIO's omgaan met het BPS-model, welke belemmeringen zij ervaren bij de implementatie ervan en welke groeimogelijkheden zij zien. In de discussie zullen we de bevindingen uit de literatuurstudie en het kwalitatief luik naast elkaar leggen.

In de Belgische/Vlaamse context lijkt een dergelijk onderzoek voorlopig nog onbestaande. Daarom trachten we met onze masterproef een bijdrage te leveren aan de huisartsgeneeskunde en de eventuele verdere ontwikkeling van het biopsychosociale perspectief. Door een beter zicht te krijgen op hoe Vlaamse huisartsen (in opleiding) naar het BPS-model kijken, kunnen we hopelijk enkele adviezen formuleren over hoe we dit kunnen verbeteren en de toepassing ervan kunnen veralgemenen.

2. Methodologie

Deze masterproef bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel bestaat uit een verkennende literatuurstudie en het tweede deel bestaat uit artseninterviews aan de hand van focusgroepsgesprekken.

2.1. Literatuurstudie

In de literatuurstudie onderzochten we allereerst hoe het BPS-model ontstond, wat het precies inhoudt en wat er al geschreven is over de implementatie hiervan in de huisartsgeneeskunde. Initieel werd relevante literatuur opgezocht op databanken zoals PubMed, Web of Science en Google Scholar met behulp van (MeSH-)zoektermen zoals *'biopsychosocial model', 'patient centered care', 'implementation', 'criticism', 'medicalisation', 'curriculum', 'general practice'* en *'family medicine'.* Enkel relevante en hedendaagse literatuur of literatuur die historisch belangrijk is bij het ontstaan van het model, werd weerhouden. Daarnaast werd ook gebruikgemaakt van de sneeuwbalmethode waarbij in de referenties van de gevonden artikels werd gezocht naar bijkomende relevante artikels. De verschillende artikels (n = 68) werden verzameld in Rayyan© en door verschillende medewerkers op relevantie beoordeeld. Uiteindelijk werden 32 artikels weerhouden, waarop de literatuurstudie evenals de vragen voor de focusgroepsgesprekken werden gebaseerd. Bij het schrijven van de discussie voegden we uiteindelijk nog twee bronnen toe aan onze referentielijst die niet gebruikt werden voor de initiële literatuurstudie, waardoor in totaal 34 referenties werden bekomen.

2.2. Goedkeuring Ethisch Comité

Voorafgaand aan de focusgroepgsesprekken werd een aanvraag ingediend bij de Comissie Medische Ethiek verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent). De goedkeuring werd verleend om via Microsoft Teams© data te verzamelen en te transcriberen om deze nadien te anonimiseren (zie bijlage 1). Tijdens de voortgang van de studie (2021-2024) werd een andere promotor aangesteld, met name Prof. dr. An Mariman. In 2023 kregen we goedkeuring van het amendement voor aanpassing van promotor.

2.3. Rekrutering van artsen

Het rekruteren van potentiële deelnemers voor de focusgroepsgesprekken (zowel huisartsen als HAIO's) verliep via e-mail, via de nieuwsbrief die verspreid wordt onder HAIO's of via persoonlijk contact. Bij opzet van het onderzoek was het doel om een 32-tal deelnemers te rekruteren (vier focusgroepen van elk acht deelnemers). Geen van de participanten kreeg een beloning voor het deelnemen aan de studie. De deelnemers kregen op voorhand een informed consentformulier (ICF) toegestuurd waarmee ze zich akkoord dienden te verklaren vooraleer ze konden deelnemen aan het focusgroepsgesprek.

2.4. Focusgroepsgesprekken

De interviews verliepen online via Microsoft Teams© en werden opgenomen via de Teams©-software. Via een online deelname werd beoogd de toegankelijkheid te bevorderen en de nodige

inspanningen van de deelnemers tot een minimum te beperken. De focusgroepsgesprekken werden telkens geleid door twee onderzoekers (één moderator en één observator). De opnames van de gesprekken werden getranscribeerd en verwerkt met behulp van Nvivo©. We beoogden de validiteit te verhogen door middel van de triangulatiemethode. De getranscribeerde gegevens werden door verschillende onderzoekers geanalyseerd en er werd eveneens feedback gegeven op elkaars analyse, dit met de bedoeling om een zo betrouwbaar mogelijke interpretatie te verkrijgen van de beschikbare data en een gemeenschappelijke codeboom te bekomen (zie grafiek 1).

De *interview guide* werd opgesteld op basis van de resultaten uit de initiële literatuurstudie, met als doel de gerekruteerde artsen in de diepte te bevragen omtrent hun implementatie van het BPS-model en hun gevoelens bij patiënten die zich in de praktijk presenteren met psychosociale moeilijkheden. Hiervoor werden enkele fictieve patiëntencasussen opgesteld en gepresenteerd met behulp van een PowerPointpresentatie© (zie bijlage 2). Bij het bespreken van deze casussen werden zowel open vragen gesteld als Likert-stellingen geformuleerd via het interactief poll-platform Wooclap©.

3. Resultaten literatuurstudie

3.1. Ontstaan van het BPS-model

Tot het einde van vorige eeuw werd er binnen de westerse geneeskunde een biomedisch model gehanteerd. Volgens George L. Engel, is de grote zwakte van dit model dat de patiënt louter als (studie-)object wordt gezien, waardoor alle menselijkheid verloren gaat (6). Tijdens de periode waarin Engel zijn kritiek uitte, hoorde hij patiënten klagen dat de medische wereld kil, onpersoonlijk en afstandelijk was, dat artsen te weinig oog hadden voor hen, hun context en hun familie. Er zouden te veel technische onderzoeken worden gebruikt, te veel geneesmiddelen worden voorgeschreven en te veel mensen in het ziekenhuis worden opgenomen (1). In die tijd ligt tijdens de opleiding geneeskunde de focus dan ook voornamelijk op wetenschappelijke kennis en technische vaardigheden (7). Een ziekte valt en staat met biochemische afwijkingen, los van de beleving van de patiënt. Deze kan zich echter ziek voelen, zonder dat dergelijke criteria aanwezig zijn en natuurlijk ook vice versa. De afwijking is dus slechts deel van een complex geheel aan factoren die met elkaar interageren en tezamen 'ziek' of 'gezond' maken (1).
George L. Engel oppert dat, om de menselijke kant te kunnen belichten in een medisch consult, het hebben van goede communicatieve vaardigheden een belangrijke voorwaarde is. Ook basiskennis van psychologische, sociale en culturele determinanten van hoe patiënten over hun ziekteverschijnselen communiceren, is volgens hem noodzakelijk, iets wat in het biomedische model in belangrijke mate onderbelicht wordt. Daar zal de biochemische afwijking behandeld worden, maar louter hiermee wordt de gezondheid van de patiënt immers niet noodzakelijk hersteld (1). Wanneer die patiënt zich 'ziek' blijft voelen, leidt dit zowel bij de patiënt als bij de arts tot grote frustratie. Centraal hierin staat volgens Engel het verschil in interpretatie van wat 'welzijn' betekent. Voor de biomedisch geschoolde arts gaat het dan voornamelijk om somatische criteria, terwijl voor de patiënt de focus vrijwel altijd meer op het psychosociale ligt: hoe de patiënt zich voelt, hoe deze functioneert, diens relatie met anderen en hoe deze relatie ervaren wordt (1).

Als reactie hierop ontspringt dus, eerst binnen de psychiatrie, een meer geïntegreerd en holistisch concept van ziekte en gezondheid dat voortbouwt op de systeemtheorie (1,6,8). In dit model, dat zijn oorsprong in de biologie kent, wordt een organisme gezien als een geheel samengesteld uit kleinere onderdelen. Deze zijn in een hiërarchie gestructureerd: de eenvoudigste en ook oudste onderdelen als ondergeschikt aan de jongere en meer complexe. Ieder systeem in deze hiërarchie is op zich autonoom maar staat tegelijk ook in verbinding met de andere systemen. Een verstoring op één niveau zal daardoor op alle niveaus merkbaar zijn (8).

Het biopsychosociaal model, waarbij naast het biomedische luik ook meer aandacht is voor de psychosociale context, is dus eigenlijk een toepassing van de systeemtheorie op de geneeskunde: de patiënt wordt beschouwd als een biologisch organisme dat zich beweegt in een sociale gemeenschap binnen een groter ecosysteem, waarbij al deze componenten met elkaar in interactie gaan en dus ook allemaal een impact zullen hebben op de ziektebeleving (8). Met het psychologische luik wordt gedoeld op de emoties, gedachten en gedragingen van de persoon, hoe deze het 'ziekzijn', zichzelf en diens relatie met anderen ervaart. De BPS-gerichte arts zal op die manier niet alleen rekening houden met de invloed van de context op de patiënt, maar tevens met de invloed van de ziektetoestand van die patiënt op hun omgeving en hoe die dan weer

terugkoppelt naar de patiënt (6,7). Bij een overlijden zal deze arts dan ook aandacht hebben voor de gezondheid en het welzijn van de overlevende familie, van de hulpverlener die de overleden persoon niet kon reanimeren, enzovoort (7).

Voor George L. Engel staan goede communicatieve vaardigheden hierin centraal. Het verhaal van de patiënt draagt in belangrijke mate bij tot het vinden van een diagnose en het opstellen van een behandelplan: enkel de patiënt zelf kan vertellen wat hij of zij voelt en belangrijk vindt. Daarin zit meteen ook de grootste zwakte: wat de patiënt kan vertellen, is volledig afhankelijk van zijn of haar geheugen en taalgebruik; niet elk gevoel kan even goed in woorden omgezet worden (9). Dit patiëntenverhaal is dus eigenlijk een narratief, waarbij de 'anamnesestijl' een wezenlijk verschil zal maken in de bekomen informatie: *'encouraging narration',* waarbij de patiënt aangespoord zal worden zijn of haar verhaal te vertellen, versus *'requiring reporting'* dat vooral gebruikt zal worden binnen een biomedisch perspectief en dat de patiënt reduceert tot studieobject (9).

3.2. Verdiensten van het BPS-model

De relevantie van dit BPS-model kan worden opgemaakt uit de sterke, bijna exponentiële, toename van publicaties hierover sinds de eerste vermelding ervan door George L. Engel in 1977 (1). Op 1 april 2024 betreft het een slordige 847 460 citaties van dit artikel. In wat volgt wordt eerst het belang en de verdiensten van het BPS-model besproken. Kritiek op dit model wordt in het volgende onderdeel aangehaald.

3.2.1. Sluit beter aan bij de klachten van de patiënt

Het traditioneel biomedisch model heeft zoals eerder vermeld voor heel wat medisch-technische vooruitgang gezorgd. Toch beschouwen vele auteurs dit model, dat causaal en lineair is, als reductionistisch. Het BPS-model is een complex circulair model van multipele oorzaken en effecten. In de literatuur wordt dan ook geopperd dat dit laatste model de complexiteit van vele medische problemen veel beter weergeeft en meer aansluit bij de realiteit van vele klachten (10).

3.2.2. Andere manier van kijken naar patiënt

Fransesc Borrel-Carrio et al. en William B. Ventres en Richard M. Frankel beschrijven de grootste verdienste van George L. Engel en zijn BPS-model als een oproep om de manier waarop hulpverleners kijken naar de patiënt, en misschien ook wel naar zichzelf, te veranderen en uit te breiden zodat ze beter tegemoet kunnen komen aan de noden van de patiënt (11,12). Ook de Hongaars-Canadese voormalig huisarts Gabor Maté legt in zijn populaire boeken expliciet de link tussen traumatische gebeurtenissen en persoonsfactoren (psychosociale gebeurtenissen/factoren) in de voorgeschiedenis en allerhande (ernstige) ziektes op latere leeftijd en klaagt het gebrek aan aandacht hiervoor aan (13).

3.2.3. Betere uitkomsten

Patiënten behandelen vanuit het BPS-model zou de kosten verminderen en de uitkomsten voor patiënten verbeteren en zou bijgevolg ook voor meer patiënttevredenheid kunnen zorgen, zoals blijkt uit een systematische review van Geronimo Bejarano et. al (14). Ook het communiceren met de patiënt via het *patient centered interview* zou dit als gevolg hebben (15–17). Verder werd vastgesteld dat er hierbij beduidend minder verwijzingen en technische onderzoeken

plaatsvonden en dat het herstelproces van de patiënt korter was (3). Het is ook aangetoond dat patiënten minder therapietrouw zijn indien ze onvoldoende hun bezorgdheden kunnen meedelen aan de arts (16). Het model kan volgens George L. Engel bovendien een verklaring bieden voor de verschillende ziektebeleving van patiënten (1).

3.2.4. Wijdverspreid in de medische wereld

Huisartsen hebben een bevoorrechte positie in het leven van hun patiënten. Ze zijn niet zelden een eerste aanspreekpunt bij problemen. Dit is vaak ook niet beperkt tot uitsluitend medische zaken. Vanuit deze positie zijn ze gedurende heel wat jaren een soort 'reisgezel' van de patiënt. Dit zorgt ervoor dat ze een goed zicht hebben op de voorgeschiedenis, familiale en sociale context, psychologische factoren (bv. coping, persoonlijkheid, trauma…) die bij de patiënt spelen. Het BPS-model heeft in de huisartsenpraktijk zijn belang bewezen. Maar ook in andere disciplines is het model al frequent toegepast of wordt een pleidooi gehouden voor de verdere implementatie ervan. Vooreerst is er de *psychiatrie,* waar het BPS-model initieel door psychiater/internist Engel werd geïntroduceerd. In dit discipline zijn er de laatste jaren talloze vooruitgangen geweest op biomedisch (neurobiologisch, genetisch, etiopathologisch) en psychofarmacologisch vlak (10,18). Deze grote evoluties hebben echter op het vlak van uitkomsten voor de patiënt weinig opgeleverd (10). Het BPS-model en de uitkomsten die ermee gepaard gaan daarentegen, sluiten goed aan bij de psychiatrie gezien deze discipline van nature tegelijk zowel medische als psychologische componenten omvat (10). Ook binnen de *oncologie* heeft het model zijn plaats gevonden. Alissa Banyasz en Sharla M. Wells-Di Gregorio gebruiken het biopsychosociaal-existentieel model om het risico op kanker-gerelateerde suïcide in kaart te brengen (19). Ook in de *gynaecologie* ziet men de relevantie van het model in en houdt L.C. Edozien een pleidooi voor niet alleen het integreren van het BPS-model in de klinische praktijk maar ook om dit een prominente plaats te geven tijdens de opleiding en training van gynaecologen in spe (20).

3.2.5. Andere manier van kijken naar ziekte en gezondheid

De transformatie van de manier waarop we naar 'illness, suffering and healing' kijken, is misschien wel Engels meest duurzame bijdrage geweest (11,12). Dit wordt weergegeven in de definitie van gezondheid volgens de WHO, dewelke stelt dat gezondheid een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden is, en dus niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek (21). Op deze definitie is echter ook al kritiek gekomen en dit onder meer vanwege het woord 'compleet' (22). Er werden reeds verschillende pogingen gedaan om deze definitie te herdefiniëren of herconceptualiseren onder meer door Machteld Huber en haar collega's die het concept 'positieve gezondheid' introduceerden. Dit is een brede definite van gezondheid die bestaat uit zes dimensies (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren) (22,23). Hoewel dit concept in verschillende kringen reeds zijn ingang vond zorgde dit echter – nog niet – voor een herdefiniëring van gezondheid binnen de WHO.

3.3. Kritiek op het BPS-model

Reeds bij de introductie van het BPS-model ontstond er kritiek op zowel het model zelf als op de implementatie ervan in de klinische praktijk. Hieronder zullen enkele van de voornaamste punten van kritiek doorheen de jaren afzonderlijk belicht worden, evenals aanvullingen en alternatieven worden gepresenteerd.

3.3.1. Niet wetenschappelijk

Zoals hierboven vermeld, is het BPS-model gebaseerd op de systeemtheorie (1,6,8). Veel auteurs starten vanuit de veronderstelling dat dit model vanwege haar meer holistische kijk op de beleving van de (ziekte van de) patiënt superieur is aan het biomedisch model. De moderne westerse geneeskunde is zoals gezegd historisch echter opgebouwd volgens het biomedische model, waarbij doeltreffendheid van bepaalde interventies wordt aangetoond via gestandaardiseerde studies, met als beste voorbeeld hiervan de randomised controlled trial (RCT). Er is op heden een gebrek aan klinische studies zoals RCT's die het BPS-model testen en de effectiviteit ervan aantonen, waardoor dit bijgevolg binnen het huidige wetenschappelijk kader niet als evidence-based kan worden beschouwd. Hierbij wordt de vraag gesteld of dit soort studies wel geschikt zijn voor het testen van een dusdanig complex model waarbij de interacties tussen verschillende actoren net essentieel zijn, aangezien RCT's aan strenge regels onderhevig zijn en zich in een onnatuurlijke omgeving afspelen (8).

3.3.2. Leidt tot medicalisering

Medicalisering is het proces waarbij menselijke gebeurtenissen of problemen worden gedefinieerd als medische problemen die zodoende ook een medische behandeling vereisen. Men kan begrijpen dat, vergeleken met een uitsluitend biomedisch model, het implementeren van een BPS-model de grenzen tussen het medische en niet-medische domein doet vervagen. Aangezien het model psychologische en sociale dimensies omvat en deze dimensies ook in de medische sfeer brengt, kan dit ervoor zorgen dat mensen afhankelijk worden gemaakt van de medische sector voor het oplossen van hun niet-medische problemen. Bijgevolg kunnen er ook onnodige medische behandelingen worden uitgevoerd, die uiteraard bijwerkingen kunnen hebben en voor iatrogene schade kunnen zorgen (24,25).

Dit is des te meer van belang bij klachten waarbij een onduidelijk onderscheid bestaat tussen wat behoort tot het 'normale menszijn' en wat tot het problematische/abnormale (24,25). Enkele voorbeelden hiervan zijn lichamelijke klachten tijdens de zwangerschap of menopauze, concentratiestoornissen, slaapproblemen...

3.3.3. Onvolledig

Sinds de introductie van het initiële BPS-model ontstonden zowel suggesties voor mogelijke uitbreidingen ervan als volledige alternatieven. Sommige auteurs vonden het model voorbijgestreefd en wensten het te moderniseren om het relevanter te maken voor de huidige maatschappij en tijdgeest.

Een voorbeeld van een auteur die pleitte voor een uitbreiding op het model is Sulmasy, die voorstelde een religieus/spirituele dimensie toe te voegen (26). Andere bronnen spreken eerder over een existentiële dimensie als vierde domein (27). Hutchinson suggereert eerder een volledig alternatief model op basis van een holistische aanpak waarbij er een onderscheid wordt gemaakt tussen 'curing' en 'healing'. Terwijl met 'curing' het genezen van een biomedische afwijking of ziekte bedoeld wordt, zal 'healing' dan de (zieke) persoon meer als geheel behandelen waarbij de focus op het totale biopsychosociale welzijn ligt (28).

William B. Ventres en Richard M. Frankel groeperen als het ware de aanvullingen op het BPS-model die reeds werden gemaakt. Ze maken een onderscheid tussen *'add-ons*' en *'add-ins*'. *'Add-ons'* beschrijven extra dimensies om artsen hun manier van kijken naar patiëntgerichte zorg uit te breiden. Binnen deze *'add-ons'* wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds thema's en anderzijds structurele factoren. Voorbeelden van thema's zijn ecologische en existentiële factoren. Voorbeelden van structurele factoren zijn context, continuïteit... *'Add-ins'* zijn manieren van arts of hulpverlener om naar hun eigen cognitieve gewoontes en gedragingen te kijken (12). De auteurs adviseren het model niet enkel te gebruiken als dynamisch gegeven dat we als hulpverlener zelf moeten helpen vormgeven, maar ook als middel om het welbevinden van zowel patiënt als hulpverlener te vergroten (12).

3.4. Belemmeringen bij implementatie van het model in de huisartsenpraktijk

3.4.1. Gepaste vs. ongepaste klachten

Een studie uit Groot-Brittannië toonde aan dat huisartsen voor zichzelf een beeld vormen van wat gepaste dan wel ongepaste klachten of problemen zijn waarmee de patiënt zich komt presenteren. Hierbij werden bijvoorbeeld hypertensie, depressie, rugpijn en terminale zorg als gepast beschouwd, daar waar huisvestingsproblemen of spirituele problemen door de ondervraagde artsen als zeer ongepast beschouwd werden (29).

3.4.2. Gebruik van vragenlijsten

De eerder beschreven complexe wetenschappelijke toetsbaarheid van het model wordt extra bemoeilijkt door het feit dat er bij de ontwikkeling ervan geen tools werden aangeboden om het in de klinische praktijk toe te passen. Zo werden geen gevalideerde instrumenten of vragenlijsten gevonden om bijvoorbeeld een biopsychosociale anamnese uit te voeren in de huisartspraktijk. De laatste jaren worden er echter meer en meer van deze vragenlijsten voorgesteld in de literatuur, bijvoorbeeld onder de vorm van het zogenaamde *patient centered interview* (cfr. infra) (8).

3.4.3. Discongruentie met de huidige invulling van het huisartsenberoep

Het inventariseren van biopsychosociale informatie bij een patiënt die in de huisartsenpraktijk op consultatie komt, is een eerste stap, maar hoe moet door een individuele arts of door de patiënt zelf in tweede instantie ingegrepen worden op deze elementen uit het breder systeem, bijvoorbeeld het politiek klimaat waarin de patiënt zich bevindt, discriminatie, slechte

werkomstandigheden…? Dit blijft in veel wetenschappelijke publicaties omtrent het BPS-model onduidelijk (25,29).

Verschillende kritische auteurs poneren dan ook dat het niet haalbaar is om het BPS-model in de praktijk toe te passen, simpelweg omdat dit kennis en implementatie zou vereisen van niet enkel de biomedische wetenschap, maar ook van de sociologie, psychologie, filosofie… en dat dit eigenlijk een totaal andere invulling is van het artsenberoep als dusdanig (29).

3.4.4. Financiering en structuur van de gezondheidszorg

Er is een duidelijk verschil binnen de verschillende geneeskundige niveaus en disciplines wat betreft de kennis en implementatie van het BPS-model. Zo zien we een grote academische en theoretische impact (wetenschappelijke literatuur, onderwijs…), maar blijft het effect van het model op de effectieve structuur en financiering van gezondheidszorg quasi onbestaande (30). Een voorbeeld hiervan is de betaling van artsen per prestatie, waarbij er, vooral binnen de specialistische geneeskunde, een feitelijke financiële beloning bestaat voor het volgen van het biomedische model (bv. het aanvragen van beeldvorming leidt tot extra betaling voor de arts, het in kaart brengen van de psychosociale omstandigheden van de patiënt niet).

3.5. Het BPS-model in de opleiding geneeskunde

3.5.1. *Patient centered care*

In de huidige Vlaamse opleiding geneeskunde wordt er meer en meer aandacht besteed aan *patient centered care* waarbij de patiënt en diens verhaal centraal worden gezet (cfr. supra) en bijgevolg ook meer aandacht besteed wordt aan de integratie van het BPS-model in de consultvoering. De verscheidene voordelen hiervan werden hierboven reeds aangehaald.

Hoe artsen communiceren en omgaan met hun patiënten wordt immers voor een groot stuk bepaald door hun opleiding (6). In de jaren ‘70 van de vorige eeuw, studeerden artsen af zonder ooit enig gesuperviseerd patiëntencontact te hebben, waardoor zij niet konden ‘oefenen’ op communicatieve vaardigheden, iets waar de huidige (Vlaamse) opleiding veel meer van doordrongen is. In de vroegere opleiding werd volgens Engel daardoor een belangrijk deel, namelijk de menselijke kant van ziekte, sterk onderbelicht (7). We zien hierdoor dat er een substantiële taak is weggelegd voor lesgevers binnen de gezondheidszorg. Want hoe deze gezondheidszorg evolueert, wordt immers voor een groot stuk bepaald door hoe toekomstige hulpverleners opgeleid worden (7). Door het bestaan van audiovisuele hulpmiddelen, is het nu bovendien mogelijk om dergelijke vaardigheden vast te leggen, te evalueren en bij te schaven (9).

3.5.2. Training in communicatievaardigheden

Tijdens consultaties is de biomedische reden van het consult vaak snel duidelijk omdat artsen erop getraind zijn dit efficiënt te bevragen. Patiënten verwachten hun (somatische) klachten te kunnen vertellen, waarbij de sociale en psychische aspecten vaak obscuur blijven. Gemiddeld in de helft van de consulten bij de huisarts is er ook een belangrijke psychosociale factor (16). Om deze reden wordt er tijdens de lessen communicatie in de artsenopleiding een specifiek communicatiemodel aangeleerd om deze factor aan het licht te proberen brengen. Hierbij wordt

gepoogd oog te hebben voor wat de patiënt doormaakt en wat diens onderliggende verwachtingen zijn (15,31).

Concreet kent dit communicatiemodel verschillende mnemotechnische afkortingen waaronder ICE, Practice, SCEGS, BATHE,… Voorgaande afkortingen hebben over de grote lijn hetzelfde doel, met name patiënten bij het begin van de consultatie te laten spreken over hun ervaring, bezorgdheden en verwachtingen (het patiëntenspoor). Anderzijds beschikt de arts over beperkte tijd om alle nodige informatie in te winnen en moeten er natuurlijk ook meer gesloten vragen met een biomedische focus gesteld worden (het artsenspoor).

Het gebruik en aanleren van deze communicatiemodellen in de opleiding zorgt ervoor dat patiënten makkelijker hun verhaal kunnen vertellen en zo ook psychosociale factoren naar voor brengen tijdens het consult. Er werd vastgesteld dat veel artsen schrik hebben om de controle over de consultatie te verliezen als ze moeten ingaan op het patiëntenspoor; dit bleek echter volgens de literatuur niet het geval (15). Onderzoek toonde eveneens aan het bevragen van een compleet patiëntenspoor niet meer dan gemiddeld 150 seconden in beslag neemt. Volgens dezelfde studie konden patiënten vaak hun verhaal moeilijk vertellen en werden ze gemiddeld na 18 seconden in de eerste consultatie onderbroken door de huisarts (32).

4. Resultaten focusgroepsgesprekken

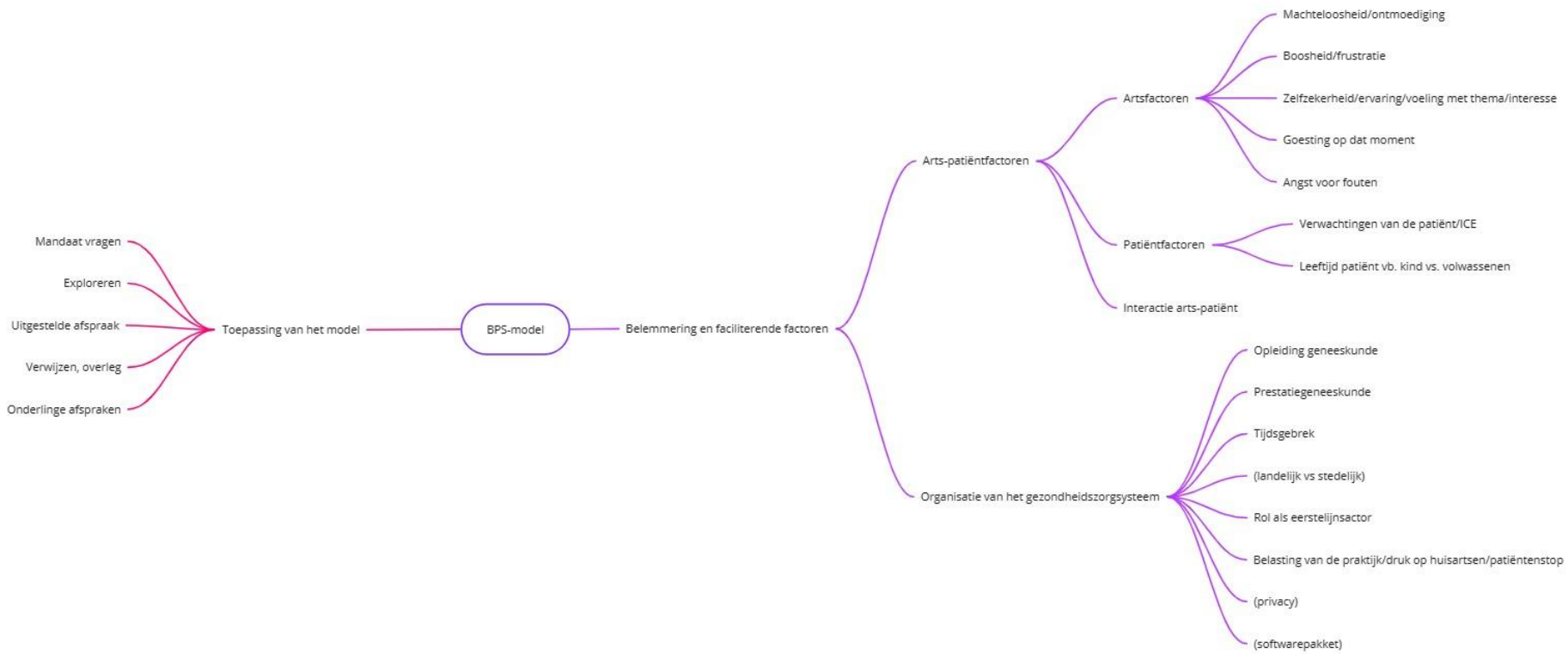
Er vonden vier focusgroepsgesprekken plaats met uiteindelijk 19 participanten, waarvan 11 huisartsen en 8 HAIO's. De verhouding huisarts vs. HAIO tijdens de verschillende gesprekken wordt opgelijst in onderstaande tabel (Tabel 1).

Gesprek	**aantal huisartsen**	**aantal HAIO's**	**totaal**
1	2	3	5
2	3	2	5
3	3	0	3
4	3	3	6
	11	**8**	**19**

Tabel 1: De verdeling van deelnemers aan de focusgroepsgesprekken

De gemiddelde leeftijd van de participanten was 37 jaar (n=19). Zes (32%) van hen waren man en dertien (68%) waren vrouw. Acht artsen (42%) benoemden hun praktijk als stedelijk, twee (11%) als voorstedelijk en de overige negen (47%) als landelijk. De deelnemers hadden gemiddeld negen jaar ervaring (range 0,25-30 jaar). Het betrof voornamelijk artsen werkzaam in West- en Oost-Vlaanderen, respectievelijk 37% en 58%. Slechts één arts (5%) was werkzaam in Vlaams-Brabant.

Alle geïnterviewde huisartsen en HAIO's kenden het BPS-model en implementeerden dit in zekere mate tijdens contact met hun patiënten. In 4.1. wordt verder ingegaan op de geïdentificeerde belemmerende en faciliterende factoren bij de implementatie van dit model. In 4.2. wordt besproken hoe de implementatie van het model effectief verloopt in de praktijk. Hieronder volgt eerst een codeboom, opgesteld op basis van de analyse van de resultaten (zie grafiek 1).



Grafiek 1: Codeboom op basis van Nvivo©-analyse

4.1. Belemmerende en faciliterende factoren bij de implementatie van het BPS-model

De belemmerende en faciliterende factoren kunnen grofweg in twee grote categorieën onderverdeeld worden, waarbij we enerzijds factoren op het niveau van de arts-patiëntrelatie identificeren en anderzijds op het niveau van de organisatie van het gezondheidszorgsysteem. Uiteraard is dergelijke opsplitsing niet absoluut en kunnen de verschillende onderverdelingen niet los gezien worden van elkaar.

4.1.1. Niveau 'arts-patiëntrelatie'

A. Artsafhankelijke factoren

1. Emoties van de arts

<u>Machteloosheid, boosheid en frustratie</u>

De confrontatie met schrijnende situaties of complexe psychosociale contexten van patiënten kan verschillende emoties opwekken bij artsen. Machteloosheid is daarvan een voorbeeld en tevens een belangrijke term in de hulpverlening. Dit bleek ook uit de focusgroepsgesprekken: bijna driekwart van de deelnemers gaf aan zich 'soms' of 'vaak' machteloos te voelen.

Bij navragen werd dit gevoel van machteloosheid vooral ervaren bij (sociale) problemen die door artsen niet of moeilijk op te lossen waren. Sommige artsen gaven aan hierbij ook boosheid of frustratie te ervaren. Waar een luisterend oor ook reeds een belangrijke steun kan zijn, voelden artsen zich toch vaak machteloos omdat ze liever concrete oplossingen wilden bieden. Eén HAIO gaf aan actie te willen ondernemen om zelf iets te veranderen aan een reeks schrijnende sociale situaties m.b.t. één specifieke werkgever, maar bleek hierop weinig invloed te kunnen uitoefenen. Dit wekte onmacht en boosheid op.

Hoe de patiënt zelf omgaat met psychosociale factoren heeft bovendien ook een invloed op een mogelijk gevoel van machteloosheid bij de arts. De afwezigheid van een expliciete hulpvraag door de patiënt en het niet toelaten van hulp konden dit gevoel doen toenemen. Voor de artsen was er namelijk een verschil tussen een constructief gesprek en een gesprek waarbij de patiënt moedeloos is en niet geholpen wil worden.

Wat betreft de schrijnende situaties waarover gesproken werd, werden verhalen van vluchtelingen enkele keren aangehaald als voorbeeld. Eén arts vermeldde dat patiënten met dergelijk statuut niet zelden erg getraumatiseerd zijn en te weinig omkadering hebben om dat trauma goed te kunnen verwerken. Je kunt deze mensen doorverwijzen naar sociale instanties, maar, zo bedacht deze arts, dat is niet hetzelfde als familie en vrienden.

Een arts gaf aan ook een gevoel van machteloosheid te ervaren door de overvolle agenda's en drukte waarmee de praktijk geconfronteerd werd. De tijd die kon uitgetrokken worden voor een 'psychosociaal gesprek' werd hierdoor beperkt en zou ten koste van tijd voor andere patiënten gaan. Tijd als struikelblok wordt ook nog verderop toegelicht.

Citaten m.b.t. machteloosheid, boosheid en frustratie
"Dus machteloosheid kan ons als gevoel wel aanzetten tot verbreding. Dat [probleem] kunnen we zelf niet oplossen, maar we kunnen wel een keer horen bij een collega zoals de bedrijfsarts of de vakbond, horen naar: 'Zijn er nog mensen in uw geval met dezelfde klachten'? Eigenlijk doen we dan aan verbreding en die verbreding is belangrijk om als arts niet ontmoedigd te geraken en om niet in burn-out te geraken." (focusgroep 1) *"Als ze erover vertellen, hangt [het] er heel vaak vanaf hoe ze erover vertellen, want soms is er […] een schrijnende situatie. Maar als […] de patiënt er toch heel constructief mee omgaat […] dan vind ik het veel minder moeilijk dan wanneer […] de patiënt […] niet [weet hoe] […] er mee [om te gaan], maar eigenlijk ook niet open staat voor […] suggesties of voor er op een andere manier mee om te gaan en dan kan ik mij wel heel machteloos voelen." (focusgroep 2)* *"Je hebt mensen [vluchtelingen] die hier helemaal alleen, totaal geïsoleerd zijn […] daar voel ik me echt ook echt machteloos bij […] Meestal werken die, die zijn wel gemotiveerd om iets te doen, hé? Maar het is zeer moeilijk om [hier zonder sociaal netwerk te zijn], die mensen hebben heel veel stressklachten ook waarbij dat je weet wat zou kunnen helpen. Maar wat zij op dit moment niet hebben [dat sociaal netwerk] daar voel ik mij heel vaak machteloos bij […]. De mensen zijn vaak ook heel erg getraumatiseerd en hebben eigenlijk te weinig omkadering om dat trauma deftig te kunnen verwerken. Ook ja, dat vind ik heel moeilijk." (focusgroep 3)* *"Van […] het aantal patiënten dat je eigenlijk volgt, met al de patiëntenstops is het soms gewoon niet mogelijk om daar iets deftigs van te maken. Tenzij je er als huisarts natuurlijk voor kiest om echt een heel begrensde populatie te hebben. Maar dan staan er misschien andere patiënten in de kou, dus in dat opzicht voel ik mij soms wel machteloos." (focusgroep 4)*

<u>Schrik om zaken te missen en waakzaamheid</u>

Artsen gaven aan schrik te hebben om bij patiënten met vage of complexe klachten somatische problemen te missen vanwege het te snel attribueren van de klachten aan een onderliggende psychosociale problematiek. Zo waarschuwde een huisarts voor het vereenvoudigen van complexe klachten tot een puur psychosociaal gegeven.

Een HAIO gaf daarentegen aan dat, gezien in de eerste lijn psychosociale problemen zeer frequent zijn, zij zichzelf betrapte op het soms te weinig uitspitten van de biomedische kant en dat ze ervan uitging dat het probleem wel psychosociaal zou zijn. Alle artsen vonden het in deze optiek belangrijk om ernstige somatische oorzaken van de aanmeldingsklacht uit te sluiten vooraleer ze eventueel een psychosociaal spoor begonnen te bewandelen.

Citaten m.b.t. schrik om zaken te missen en waakzaamheid
"Dat er dan op een gegeven moment een soort 'aha-erlebnis' komt over een soort heilige graal, [dit probleem] komt allemaal door dit of dat trauma ofzo… Ik weet het niet, dat vind ik wel sterk." (focusgroep 4) *"Ik denk dat iedereen wel patiënten heeft [waarvan] dat ge zegt: 'Goh, […] het is weer van dat. We gaan daar ooit nog een keer iets missen.' Omdat we altijd er direct vanuit gaan: 'Oh ja, het zal wel weer gewoon vermoeidheid zijn,' dus ik ben het er zeker mee eens dat je een keer psychosociaal moet navragen, maar toch zonder […] het somatische uit het oog te verliezen, al is het maar door ja B-symptomen na te vragen dat je daar toch niet ja dingen mist, hé […]. Maar ja, […] ik vind dat lastige patiënten, dat ge toch schrik hebt om [somatische problemen te missen]." (focusgroep 4)*

<u>Stemming van het moment</u>

Artsen erkenden dat hun stemming op het moment van consultatie soms kon meespelen in het al dan niet verder exploreren van psychosociale thema's. Enkelen omschreven het als '*goesting*' of *'zin'* die werd beïnvloed door bijvoorbeeld de drukte van dat moment, eventuele vertraging, eigen humeur die dag…

Citaten m.b.t. de stemming van het moment
"[Dan denk ik: 'Ik heb] echt geen tijd en […] misschien ook niet echt goesting eerlijk gezegd om daar nu dieper op in te gaan. Dus ja, ik wil [dat] versluizen naar een moment waarvan ik zelf weet: Ik kan er meer zijn voor u dan nu'." (focusgroep 1) *"Dat het belangrijk is om om het gesprek aan te gaan, maar net omdat ge achter loopt en dat je er misschien niet zoveel zin in hebt op dat moment of tijd voor hebt dat net gevaarlijk is om dan gewoon die bloedafname te doen om er dan een beetje, ja, vanaf te zijn." (focusgroep 2)*

2. Persoonlijke interesse en ervaring met psychosociale dimensies

Het al dan niet zeer uitgebreid ingaan op psychosociale problemen werd door sommige artsen eerder gezien als een persoonlijke voorkeur. Sommigen gaven aan een bijzondere interesse te hebben in psychosociale problematiek, waardoor ze hier tijdens bijna al hun consultaties actief dieper op ingingen en ook zelf bepaalde 'trajecten' aangingen met hun patiënten voor het aanpakken van deze problemen. Eén arts gaf zelfs aan uit persoonlijke interesse extra opleidingen hierover te volgen om zich nog meer te verdiepen en het psychosociale luik beter te kunnen implementeren bij patiëntencontact.

Voor de meeste artsen was het omgaan met psychosociale dimensies vooral ervaringsgebonden en kon deze ervaring ook verder groeien naarmate de arts zelf als persoon meer levenservaring kreeg.

Citaten uit de focusgroepsgesprekken m.b.t. de persoonlijke interesse en ervaring van de arts
"Ik heb daar ook respect voor dat [het behandelen van psychosociale problemen] persoonlijk kan verschillen. Ik verwacht eigenlijk ook niet van elke collega dat zij dat allemaal gaan doen. [...] Zoals de ene ook meer kleine ingreepjes doet enzo. Dan is dat voor zo'n dingen ook zo. Alhoewel dat ik dit toch wel iets [rudimentairs] vind, of toch de essentie van ons beroep… Maar dat is mijn persoonlijke mening." (focusgroep 4) *"Ik vind dat je daar ook een beetje ervaring in moet opdoen. Je kunt wel van de schoolbank komen en het [BPS-model] kennen [...], maar om correct te gaan exploreren… En ja, ook de adviezen die je geeft, [dat] zal bij mij toch gigantisch veel veranderd zijn in mijn jaren dat ik nu ervaring heb, eigenlijk, en ook het aanvoelen en herkennen [van problemen]." (focusgroep 2)* *"Als je zelf kinderen krijgt of als je moeilijkheden krijgt, gewoon in relaties […]. Het maakt je allemaal bewuster, eigenlijk, waardoor dat je ook veel meer [een] breder begrip kan hebben voor de patiënten […]. Ik weet niet of dat in opleiding [kan], je kan het niet allemaal in de opleiding krijgen, dus je moet daar ook levenslang leren door zelf te ervaren." (focusgroep 3)*

B. Patiëntafhankelijke factoren

1. 'Ideas, concerns and expectations (= ICE)' van de patiënt

Enkele artsen gaven aan de verwachting te voelen van patiënten en van de maatschappij in zijn geheel om vooral biomedische problemen te moeten oplossen. Sommige artsen kwamen daarbij soms voor een soort patstelling te staan, gezien voor hen bepaalde klachten duidelijk psychosociaal van oorsprong waren.

Als er door de patiënt zelf een potentiële biologische verklaring werd gegeven voor de klacht ('patiëntenspoor', cfr. supra) gaven artsen aan hier altijd wel dieper op in te proberen gaan, tenminste als zij dit ook als mogelijke verklaring zagen ('artsenspoor', cfr. supra). In het geval een patiënt de klacht toewijdde aan een voor de arts onbekende biologische oorzaak, zou de meerderheid hier eerst meer informatie over inwinnen. Hier werd dus door de meeste artsen prioriteit gegeven aan het biomedische spoor. Later zou dan in veel gevallen, bijvoorbeeld als er toch geen biologische verklaring gevonden werd voor de klacht, alsnog het psychosociale spoor bewandeld worden.

Citaten m.b.t. de 'ICE' van de patiënt
"Ik denk dat [het biomedische perspectief] maatschappelijk nog altijd onze rol is en dat mensen het wel verwachten van ons ook, dat dat hetgeen is waar dat we het meeste aandacht aan schenken […]. Dat we [ziektes] opsporen en dat we die toch ook gaan proberen behandelen of door te verwijzen, dus ik denk dat de verwachting van de maatschappij er wel voor zorgt dat dat een prioriteit blijft van ons beroep." (focusgroep 1) *"Als je niet veel tijd hebt, denk ik dat we rap bloed trekken, hé [als de patiënt daarop aandringt]." Een andere arts vult aan: "Ja tuurlijk, en dan hebben we gedaan wat ze gevraagd heeft. […] en dan kan je achteraf dat bespreken en nog een keer bevestigen dat het geruststellend is. […] Het zou goed kunnen dat het een manier is van haar te geven wat ze wil, maar dan de tijd te nemen om dat [nadien] te bespreken." (focusgroep 3)*

2. Het kind als patiënt

De leeftijd van de patiënt speelde voor de geïnterviewde artsen een belangrijke rol in het al dan niet uitgebreid toepassen van het BPS-model. Bij consultaties met kinderen en jongeren werd op een andere manier te werk gegaan, gezien er in dat geval ook rekening moet gehouden worden met de kennis, verwachtingen, bezorgdheden… van de ouder/begeleider. In die zin werd tijdens de consultatie met een kind en verzorger per definitie al voor een stuk rekening gehouden met de (psychosociale) context. Interessant is bovendien dat hier in de focusgroepsgesprekken twee groepen naar voren kwamen die beiden verschillende nuances legden (onafhankelijk van leeftijd/praktijkervaring, huisarts of HAIO). De ene (iets grotere) groep zei bij kinderen altijd wat sneller gealarmeerd te zijn bij somatische klachten uit schrik ernstige zaken te missen, terwijl de andere groep net opperde over het algemeen bij kinderen eerder te temporiseren en technische investigaties zo lang mogelijk uit te stellen. De aanmeldingsklacht speelde hierbij echter wel een rol: nieuwe vermoeidheid was voor hen meer alarmerend dan bijvoorbeeld langdurige buikpijnklachten. Enkele artsen benadrukten wel dat er altijd eerst een grondige anamnese en klinisch onderzoek diende te gebeuren om te kunnen inschatten of je acuut moet handelen of dat er tijd is om eerst het psychosociale spoor te verkennen.

Citaten m.b.t. het kind als patiënt
"Dus het leven van de pediater [is] nog dubbel zo lastig als het leven van huisartsen. En pediaters moeten altijd met twee patiënten rekening houden. Minstens met twee, soms met drie als mama én de papa er zitten. Stel dat de plusmama en de pluspapa erbij is, dan moeten ze plots met vijf mensen [rekening houden]. Dus de ICE en de believes van de mama [zijn] minstens even belangrijk." (focusgroep 1)
"Ik zou bij een kindje sneller geneigd zijn om eerst het medische helemaal uit te pluizen voordat ik mij volledig op het psychosociale stort. […] Terwijl het dan bij volwassenen misschien rapper zo een tweesporenbeleid zou zijn." (focusgroep 3)
"Ik ben toch rapper ongerust, ikzelf. Zo'n jong meisje nog en dan ook de mama die echt komt met een ongerustheid. Dus ik denk dat ik hier iets sneller een labo zou doen." (focusgroep 4)
"Ik denk dat de […] B in dat BPS model […] wel heel klein is, hè? […] Hoe jonger ze zijn, hoe minder technisch onderzoek, dat ik richting dat puur biomedische ga doen." (focusgroep 4)
"Ik denk dat klinisch onderzoek hier ook toch wel heel belangrijk is en anamnese uiteraard ook. En dat dan pas de beslissing kan vallen. Van inderdaad moet je [bij een jong] kind een labo doen, enkel op vraag van de moeder. Ik denk dat er toch eerst de grondige anamnese en het klinisch onderzoek nodig is om dat te kunnen inschatten, hè? […] Het is toch uw eigen oordeel, denk ik dat je hier eerst moet volgen." (focusgroep 4)

C. Interactie arts-patiënt

Soms ervaren artsen weerstand van de patiënt bij het navragen van de psychosociale context. Sommige van de geïnterviewde HAIO's en minder ervaren artsen hadden het gevoel dat deze weerstand toenam door hun jonge leeftijd, zeker bijvoorbeeld bij het omgaan met veel oudere patiënten. Deze artsen veronderstelden dat dergelijke patiënten meestal meer levenservaring hadden en voelden zich daarom minder geschikt om adviezen te formuleren. Waarbij een (meer ervaren) collega-arts dit nuanceerde: "*Je zit daar niet alleen als jonge arts maar ook als een functie." (focusgroep 1)*

Er werd ook benadrukt dat de manier van omgaan met patiënten en dus ook het gebruik van het BPS-model afhankelijk kan zijn van hoe goed je de patiënt al kent. Bij patiënten die je namelijk al langer kent, ben je automatisch al meer op de hoogte van de context.

Citaten m.b.t. de arts-patiëntinteractie
"Soms vind ik, dat als heel jonge startende arts, [ik wel kan exploreren] maar soms dan krijg ik wel het gevoel van […] mensen die veel ouder zijn en veel meer [levens]ervaring hebben […]. Als je dan zo'n vragen gaat beginnen stellen […] dat je op enige weerstand komt. […] Omdat je nog niet weet hoe […] het leven in elkaar zit als het ware. Dus ik probeer er altijd op een gezonde

manier naar te vragen […] maar probeer daar heel voorzichtig in te zijn, zeker nu op dit moment nog om adviezen te gaan formuleren of daar […] uitspraken over te doen die de patiënt dan als misplaatst zou [kunnen ervaren]." (focusgroep 1)

"Ik heb wel al […] in de praktijk waar ik nu sta de feedback gehad van patiënten van 'ja maar ja, ik heb dat al verteld aan [uw] baas [de praktijkopleider], ik ga dat niet nog eens aan u vertellen ook'. En dan […] laat ik dat wel een beetje met rust, maar dan koppel ik wel altijd terug met mijn [praktijkopleider]. En dan als ik die patiënten twee of drie keer gezien heb en die merken dat ik niet bijt, dan lukt het wel om daar terug nog een keer naar te verwijzen en verder op in te gaan." (focusgroep 1)

"Ik denk dat [het bevragen van de psychosociale context bij een welbepaalde patiënt] ook iets is dat misschien wat groeit doorheen de tijd en dat je nu ineens dat te weten komt en dan een keer dat." (focusgroep 3)

4.1.2. Niveau 'gezondheidszorgsysteem'

A. BPS-model in de opleiding geneeskunde

Alle minder ervaren huisartsen en HAIO's gaven aan de psychosociale cursussen en opleidingsonderdelen (communicatietrainingen, onderwijs over BPS-model…) nuttig te vinden. Sommige artsen vonden het lesaanbod voldoende, anderen vonden de opleiding algemeen toch te biomedisch getint en opperden dat er nog meer ruimte zou mogen worden gemaakt voor andere dimensies van gezondheid. Op de vraag of ze zich voldoende voorbereid voelden vanuit hun artsenopleiding om met biopsychosociale dimensies om te gaan, antwoordde immers de grote meerderheid 'neutraal' en 'oneens' tot zelfs (één deelnemer) 'helemaal oneens'. Vele artsen vonden het belangrijk dat de aangereikte tools nog verder geoefend en ontwikkeld werden in de praktijk en benadrukten de mogelijkheid van het zich actief bijscholen tijdens hun carrière. De deelnemende artsen die in de jaren '90 afstudeerden vonden het aanbod in de basisopleiding veeleer beperkt en merkten op dat hier pas in de specialisatieopleiding tot huisarts een, volgens hen weliswaar beperkte, aandacht voor kwam. Eén huisarts suggereerde zelfs de mogelijkheid van het aanbieden van een inleiding op de systeemtherapie binnen de opleiding geneeskunde om artsen nog meer vertrouwd te maken met psychologische hulpverlening.

Citaten m.b.t. de opleiding geneeskunde

"Als ik dan kijk naar de opleiding […] zie ik dat […] het biomedische 80-90% van de cursus bevat, dan denk ik dat dat ook van daaruit wel een beetje wordt naar voren geschoven. […] Nu, […] het is niet mogelijk om dat fifty fifty te verdelen. Dat weet ik ook wel. Maar […] als je al die examens maakt en al die cursussen blokt, dan merkte ik wel dat er heel veel […] biomedische aspecten in geneeskunde zitten en dat je er niet omheen kunt" (focusgroep 1)

"Ik vind dat je daar ook een beetje ervaring in moet [krijgen]: je kunt wel van de schoolbank komen en [het] psychosociaal model kennen, theoretisch […] maar om zo juist te gaan exploreren […]. Bij mij zal [er] toch gigantisch veel veranderd [zijn] in mijn jaren dat ik nu ervaring heb." (focusgroep 2)

"Ik [vond dat het] toen gewoon […] weinig aan bod kwam. […] Ik herinner mij in de huisartsenopleiding dat we [een cursus] konden volgen rond omgaan met paniek of stress of zo[…] Maar dat was het ook wat ik mij herinner en dat was heel... Dat was gewoon heel heel weinig." (focusgroep 3)

"Ik denk dat eigenlijk een inleiding in de systeemtherapie als huisarts niet slecht zou zijn, hè. Omdat het systeem denken is net hetgeen dat zo dicht bij ons aanleunt als huisarts. We zien de familie, we gaan op huisbezoek. […] Ja goed een inleiding tot is, maar een inleiding tot natuurlijk. Maar ik denk dat dat misschien toch wel iets zou kunnen doen." (focusgroep 3)

B. Taak van de huisarts en rol als eerstelijnsactor en verwijzer

Alle artsen vonden het hun taak om de psychosociale context van de patiënt te exploreren en in kaart te brengen. Sommige artsen vonden dat het actief aanpakken van problemen binnen die context buiten hun huisartsenfunctie viel en vonden het dan ook vooral hun taak om eventuele problemen op te sporen en te inventariseren, waarna ze de patiënt liever naar andere, gepaste hulpverleners (maatschappelijk werker, psycholoog…) doorverwezen.

Omdat huisartsen voelden dat patiënten hen dikwijls zagen als eerste aanspreekpunt of vertrouwenspersoon voor niet-medische problemen, zorgde dit voor rolverwarring bij sommige huisartsen. Andere artsen zagen dit net als een uniek voorrecht en beschouwden zichzelf, als spilfiguren in het eerstelijnslandschap, als bijzonder geplaatst (bv. vergeleken met de arts-specialist) om deze rol als aanspreekpunt aan te nemen.

Citaten m.b.t. 'taak' en 'rol' van de huisarts

"Ja, eigenlijk zijn wij geen psycholoog, hé? Soms voel ik mij wel een psycholoog. Maar we zijn daar uiteindelijk niet voor opgeleid. Ik denk dat we al een belangrijke functie hebben in het exploreren en de patiënt naar de juiste hulpverleners of hulpinstanties door te verwijzen." (focusgroepsgesprek 2)

"Het is ons unieke mandaat dat we mensen kunnen onderzoeken en een unieke functie dat we dat beide kunnen doen hé, dat we naast lichamelijk onderzoek dat we ook eventjes kunnen peilen, rond beleving rond wat mensen zelf denken. Als wij het niet doen, hebben we het risico dat het niet gebeurt[, ook niet door andere hulpverleners,] en dat we heel veel informatie missen."

Een andere arts vult aan: "Als we dat laten schieten of aan iemand anders overlaten, dan kunnen we denk ik beter onze stethoscoop aan de haak hangen (focusgroepsgesprek 1)

"Ja, ik denk dat uw prioriteit als huisarts toch echt wel de patiënt in zijn geheel [is], en dat is een beetje de kunst van de huisartsgeneeskunde, om zowel dat biomedische en dat psychosociale als een geheel te zien, hè?" (focusgroepsgesprek 2)

"Ik zie mijn taak vooral eerder als voelen van is er hier iets of is er hier niets? En wat moet ik weten om de patiënt goed te kunnen begeleiden en behandelen en de nodige context weten? Maar als het echt zo in de diepte gaat, dan voel ik me daar ook gewoon niet genoeg voor opgeleid om daar verder in te gaan graven en dan heb ik het gevoel dat mensen beter af zijn bij andere instanties dan bij mij daarvoor." (focusgroepsgesprek 3)

C. Praktijkbelasting en tijdgebrek

De meerderheid van de artsen gaf aan tijdens een consultatie voldoende tijd te hebben om aandacht te schenken aan psychosociale dimensies. Indien ze dit nodig achtten, vonden ze het belangrijk om hier ook extra tijd voor te maken. De drukte in de praktijk op een welbepaald moment kon er echter voor zorgen dat de arts ervoor koos om niet op deze klachten in te gaan. In zo'n geval werden de patiënten, mits ze hiervoor openstonden, uitgenodigd voor een opvolggesprek waarin deze klachten wél tot in de diepte konden worden bevraagd. Op deze manier kon er bij een vermoeden van een onderliggende complexe psychosociale context een volledige consultatie aan besteed worden. Artsen vonden het evenwel niet nodig om hier standaard bij iedere consultatie op in te gaan. Eén enkele arts gaf aan op dit moment bijna geen tijd te hebben voor uitgebreide psychosociale consulten door het onverwacht wegvallen van een collega en een daaruit volgende praktijkreorganisatie.

Interessant genoeg gaven enkele artsen aan dat ze bij tijdsdruk sneller een technisch onderzoek zouden uitvoeren wanneer ze eigenlijk een onderliggend psychosociaal probleem vermoeden zonder organische basis, cfr. ook infra.

Citaten m.b.t. praktijkbelasting en tijdgebrek

"Ik heb nog nooit gedacht van hier heb ik nu niet genoeg tijd voor, en als ik het gevoel heb dat ik [er] niet genoeg tijd voor heb, dan maak ik tijd." (focusgroep 1)

"Maar ik denk [dat je het] wel in stukjes kunt hakken [en de patiënt] terugvragen, dat ge niet noodzakelijk uur of een uur en half, met iets moet bezig zijn. Dat ge mensen ergens een traject geeft waarin dat ze aantal keer terugkomen waarin dat ge gans dat psychosociale eigenlijk op een fatsoenlijke manier aan bod laat komen." (focusgroep 2)

"Ik vind dat ik daar voldoende tijd voor krijg en neem. Maar ik vind het wel belangrijk [en] ik doe dat ook wel graag […], ik vind dat wel iets mooi aan ons beroep. En ik vind dat ook onze taak.

Maar dat kost ook meer tijd en dat is in ons huidig model ook niet super vanzelfsprekend inderdaad, dus dat staat […] wel onder druk." (focusgroep 4)

"Ik zou meer tijd willen hebben, maar […] een jaar geleden is mijn collega acuut gestopt […] en ik heb er gewoon geen tijd voor, zeker niet voor lange gesprekken. Dat is onmogelijk en de mensen weten dat, dat ze voor die dingen niet bij mij kunnen […]. Moesten we met meer artsen zijn, zou dat inderdaad veel makkelijker zijn om dat te kunnen doen, hè?" (focusgroep 1)

D. Gebrek aan financiële incentives voor psychosociale consultaties

Er was een duidelijk verschil zichtbaar tussen artsen die tewerkgesteld waren in een forfaitaire (16%), dan wel in een praktijk met betaling per prestatie (84%). Sommige artsen werkzaam in dit laatste type praktijk vermeldden het er moeilijk mee te hebben dat een technische prestatie zoals een bloedafname verhoudingsgewijs beter verloond wordt dan een psychosociaal gesprek, terwijl dit laatste meer tijd en mentale energie vergt. Eén enkele arts dacht eraan om zich te deconventioneren om hiervoor te compenseren, maar deed dit niet vanwege praktische bezwaren in hun praktijk. Wel bestond bij verschillende artsen de mogelijkheid een (langer) psychologisch consult aan te vragen. Zo werd voor deze patiënten meer tijd voorzien. Een mogelijk nadeel van deze werkwijze, zo werd door enkele artsen aangehaald, is dat dit langer consult meer tijd vraagt maar niet in verhouding verloond wordt. Voor artsen in het forfaitare systeem vormde dit geen hindernis aangezien consultaties hier niet rechtstreeks aangerekend worden.

Citaten m.b.t. gebrek aan financiële incentives

"Ik zou daar [voor het exploreren van de psychosociale context] graag meer […] tijd voor hebben, […] ook naar verloning toe. Als HAIO maakt dat nu natuurlijk niet uit, maar dan merkt ge wel, ja, als je echt een moeilijk consult hebt, dat kan eigenlijk een uur duren en […] dat is gewoon hetzelfde als wanneer dat [je gewoon bloed prikt] en haar terug naar huis stuurt. Dus… Maar ik denk wel […] dat huisartsen vroeger meer het somatische en het technische ook deden en dat we nu meer richting dat psychosociale/ondersteunende functie zijn [geëvolueerd] en dat daar wel meer tijd voor zou mogen zijn en meer ruimte." (focusgroep 2)

"Maar […] een kwartier en een halfuur wordt hetzelfde betaald. Wat dan [een vervelend gevoel geeft], want eigenlijk hoe meer tijd je neemt, hoe minder geld dat je verdient." (focusgroep 3)

E. Andere belemmerende factoren

Andere factoren die door artsen als een belemmering werden ervaren, waren het medisch softwarepakket van de praktijk (onvoldoende mogelijkheid om de psychosociale context van de patiënt zoals beroep, relatiestatus… op een overzichtelijke manier te noteren en moeilijkheden met het coderen van psychosociale problemen in een zorgelement), bezorgdheden rond de (digitale) privacy van de patiënt (gevoelige psychosociale problemen automatisch opgenomen vanuit het elektronisch medisch dossier in de Sumehr) en de ligging van de praktijk (landelijke

praktijken hadden minder mogelijkheden tot doorverwijzing naar andere hulpverleners omdat er een beperkt aanbod was in de streek of omdat de patiënt minder mobiel was en zich dus niet over grote afstanden kon verplaatsen).

Citaten m.b.t. andere belemmerende factoren
<u>*M.b.t. het softwarepakket:*</u> *"Je kunt dat niet van iedere patiënt onthouden, maar je kunt het ook nergens op een overzichtelijke manier schrijven, vind ik. Ja en alle bijhorende factoren van het model ook. Dat vind ik heel moeilijk om in het dossier te noteren." (focusgroep 4)* *"Ik noteer […] dan vaak zo'n dingen in de notities. Maar ja,... Dat is niet echt zo overzichtelijk eigenlijk. En het nadeel vind ik dan, als je er dan echt een zorgelement van maakt, […] dan staat het ook in die Sumehr, wat dat dan.. Goh, soms wel nuttig kan zijn, maar misschien ook niet altijd de bedoeling is […]. Ja, Ik vind dat soms wel wat dubbel." (focusgroep 3)* *"Ik vind dat soms wel een gevaarlijke. Omdat ja, als er dan […] een hele resem aan angst en trauma en SOLK klachten (= somatisch onverklaarde lichamelijke klachten) of zo meegestuurd wordt, dan heb ik soms wel eens schrik […] dat mijn patiënt minder serieus genomen wordt in tweede lijn hè? Ja, we kennen allemaal […] dat vooroordeel, of dat stereotype dat naar boven komt, hè? […] Ik probeer die eigenlijk zoveel mogelijk niet in de Sumehr […] mee te sturen." (focusgroep 4)* <u>*M.b.t. mobiliteit:*</u> *"Ik voel me soms ook machteloos […] omdat ik soms ook door de bomen het bos niet zie. […] Dat is misschien ook omdat ik nog niet zo lang werk dat ik dat nog niet allemaal goed weet, want [ik vind het] vaak een drempel om [ook hier] dicht in de buurt iets te vinden. Want we hebben zo vaak van die mensen die ook niet zo mobiel zijn en die geen auto ter beschikking hebben of zo. En als we dan vanuit [een dorp] ergens naartoe willen sturen, dan is dat vaak ja naar [een grotere stad] of verderaf. Waar je de mensen ook al net iets minder makkelijk naar toe krijgt dan als je er bijvoorbeeld in het dorp zelf iemand hebt […] die daarmee aan de slag kan." (focusgroep 3)*

4.2 Praktische implementatie van het model in de huisartsenpraktijk

4.2.1. Mandaat vragen

In het algemeen voelden de meeste artsen zich bevoegd om de psychosociale context van patiënten te bevragen. Toch werd dit niet standaard bevraagd en gebeurde dit over het algemeen enkel bij de consulten waar gedacht werd dat het relevant zou kunnen zijn. Bij een patiënt met een banale virale bovenste luchtweginfectie zonder meer, was de psychosociale context iets waar minder snel op ingegaan werd. Eén praktijk probeerde deze bevraging van de psychosociale context te standaardiseren door hier tijdens het intakegesprek (de eerste kennismaking met een nieuwe patiënt in de praktijk) systematisch op in te gaan.

Wanneer artsen bij een welbepaalde patiënt de psychosociale context wilden bevragen, probeerden ze aan te voelen of dit gepast was en of de patiënt hier dieper op in wilde gaan. Dit kon een intuïtief proces zijn of kon expliciet worden bevraagd. Het was hierbij belangrijk dat dit op een respectvolle wijze, aftastend, en zo open en neutraal mogelijk gebeurde. Artsen probeerden de patiënt zich te laten openstellen door middel van lichaamstaal en andere aangeleerde communicatievaardigheden zoals het benoemen en terugkoppelen van emoties. Soms verwezen ze ook naar hun persoonlijke ervaringen om zo toegang te krijgen tot het verhaal van de patiënt.

Citaten m.b.t. mandaat vragen
"Ik voel mij er eigenlijk comfortabel bij [bij het bevragen van de psychosociale context] en ik heb ook nog nooit eigenlijk de reactie gehad van 'dat zijn uw zaken niet' […] Nog nooit eigenlijk. Alles hangt natuurlijk af van hoe dat ge het vraagt […] en het respect […]. Maar wat ik ook dikwijls doe [is] refereren naar eigen ervaring, hè? Om sommige dingen te openen om een soort van, ja, toegang te creëren en soms werkt dat, soms werkt dat niet, dan moet ge er ook niet te ver in gaan." (focusgroep 1) *"Ik denk dat het belangrijkste is de manier waarop dat je […] het vraagt, en als je dat kadert dat […] de patiënt dat ook begrijpt en daar vaak ook geen problemen mee heeft." (focusgroep 2)* *"Er zijn toch mensen die ook al heb je zelfs na een aantal consultaties het gevoel dat dat psychische […] of de context een belangrijke rol, die [dat] willen blijven zelf negeren. En voor mij [is het] die groep mensen waar dat wel moeilijk is om te zeggen [of] ze het altijd gepast vinden om vrij snel naar dat psychosociale […] door te gaan en door te vragen. […] Dat is gewoon puur ervaring. Het is zeker belangrijk om het te vragen, maar er zijn toch mensen die blijven beweren dat er op dat vlak geen probleem is of het liefst ook niet aangehaald krijgen of gevraagd krijgen." (focusgroep 2)* *"Ik heb vaak de indruk als je daarover begint met patiënten, dat ze dat maar een normale vraag vinden en eigenlijk meestal zelfs blij en tevreden zijn en hun ook begrepen voelen als je daarover begint. Dus ja, ik denk dat dat zeker niet ongepast is en ook niet ongepast overkomt. En ik denk dat de mensen eigenlijk ook wel, de meeste toch, mondig genoeg zijn om te zeggen als je te veel in hun privé zit te neuzen. Ik denk, het blijft een gesprek en je kan ook op basis van de reactie uw vragen aanpassen of limiteren, een beetje afhankelijk van hoe je respons krijgt." (focusgroep 3)*

4.2.2. Breed exploreren

Bij vage of complexe klachten gebruikten huisartsen het biopsychosociaal model om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen over de klacht en om deze zo breed mogelijk te exploreren. Bij vermoeidheidsklachten bijvoorbeeld vonden veel artsen het aangewezen om meer nadruk te leggen op psychosociale factoren en die in de diepte uit te vragen. Ze vonden dit weliswaar ook belangrijk bij meer '*clear-cut*' symptomen zoals rugpijn, maar in die gevallen beperkten ze zich eerder tot het bevragen van belastende activiteiten en werksituatie. Andere psychosociale zaken

zoals relatiestatus, stress… waren ze bij dergelijke klacht minder om uit te diepen. Dit soms onterecht, reflecteerde één van de huisartsen.

Ook wanneer artsen het gevoel kregen dat ze 'vast kwamen te zitten' met een patiënt - bijvoorbeeld wanneer een patiënt zeer veel consulteerde zonder dat er voor de arts argumenten waren voor somatische problematiek - gingen zij breder exploreren. Zo probeerden artsen te vermijden dat er geen vooruitgang geboekt werd en dat er 'in rondjes werd gedraaid'. Het zogenaamde 'tweesporenbeleid' werd ook naar voor geschoven als manier om om te gaan met aanhoudende lichamelijke klachten (= '*ALK'-klachten*, voorheen *'SOLK'*).

Citaat m.b.t. breed exploreren
"Sowieso is psychosociale factoren navragen bij alle casussen belangrijk, maar hier [bij een ALK-casus] hebben we al zo'n traject gelopen dat inderdaad [het psychosociale] nu wel het meest aandacht moet krijgen, denk ik. Omdat we anders gaan blijven rondjes draaien in dat somatische. En daar niet gaan uit geraken?" (focusgroep 2)

4.2.3. Het uitvoeren van technische onderzoeken

Een valkuil was om bij onduidelijke klachten met mogelijks een psychosociale oorsprong te ver te gaan in het uitvoeren van technische onderzoeken. Het kon op zo'n onzeker moment volgens meerdere artsen verleidelijk zijn gewoon mee te gaan met de vraag van een patiënt naar een bloedafname, een radiologisch onderzoek... Dit zelfs wanneer de arts er op dat moment niet van overtuigd was dat deze onderzoeken gegrond waren en wanneer ze eigenlijk liever het psychosociale spoor zouden verkennen. Dit deden ze om spanning te vermijden, als een manier om aan de patiënt tegemoet te komen of als manier van 'onderhandelen'. Tijdsdruk werd ook als een mogelijke reden aangegeven om op de vraag naar technische onderzoeken in te gaan (cfr. supra). Ook wendde een arts technische onderzoeken aan om de patiënt voor het bespreken van de resultaten ervan terug te vragen voor een tweede consultatie. Dit had als tweede doel meer tijd te maken om het psychosociale luik verder te exploreren.

Citaten m.b.t. technische onderzoeken
"Soms levert het zoveel spanning op als je zegt van, ik ga het [een onnodig technisch onderzoek] niet doen, ja, dat ik het dan toch doe." (focusgroep 2) *"Ik zou misschien omdat je achterloopt [op schema] misschien net wel [een bloedafname] doen, omdat [dat] het snelste is natuurlijk [...] en omdat je dan het gesprek een beetje uit de weg gaat. Dus ik denk dat het belangrijk is om het gesprek aan te gaan, maar net omdat je achterloopt en dat je er misschien niet zoveel zin in hebt of tijd voor hebt op dat moment dat het net gevaarlijk is om dan gewoon die bloedafname te doen om er een beetje, ja, vanaf te zijn." (focusgroep 2)*

4.2.4. Overleg met en doorverwijzing naar andere hulpverleners

Vele artsen zagen zichzelf, zoals hierboven reeds vermeld, als een eerste aanspreekpunt voor diverse vragen en klachten aangezien ze laagdrempelige toegang hebben tot een breed arsenaal aan hulplijnen en andere hulpverleners zoals maatschappelijk werkers, arbeidsgeneesheren, psychologen…
Als huisarts kan je de sociale factoren structureren, inventariseren en duidelijk maken voor de patiënt en samen een plan opstellen. Nadien kan je verwijzen en de hulplijnen van de patiënt uitbreiden. Maar ook deze bijkomende hulplijnen zullen sommige maatschappelijke problemen niet kunnen oplossen. Er werd aangegeven dat hierin ook een bepaalde moeilijkheid ligt en dat je arts als hierbij zelf je betrokkenheid in dit proces bepaalt: dit kan zowel beperkt als enorm uitgebreid. De bovenvermelde arts stelde zich daarom de vraag: 'Waar trek je als huisarts je grens?'

Desondanks gaven verschillende HAIO's of pas afgestudeerde collega's aan door de bomen het bos niet meer te zien. Ze voelden zich vaker machteloos omdat ze door gebrek aan ervaring het gevoel hadden nog onvoldoende overzicht te hebben in de sociale kaart. Bovendien gaf één jonge arts aan vast te lopen op de vraag: 'Met welke hulpvraag kunnen we bij welke organisatie terecht?'

Eén arts merkte op dat er in de toekomst misschien wel een plek zou zijn voor een derde partij met een meer ondersteunende rol in het aanpakken van psychosociale problemen, zodat huisartsen meer zouden kunnen delegeren.

Citaten m.b.t. inschakelen van andere hulpverleners
"Maar ik vind ook dat je patiënten in de juiste richting kunt sturen, naar de juiste instanties, om ze daarin te laten begeleiden. Waar velen niet altijd weet hebben dat ze onder andere bij het OCMW of bij de mutualiteit wel nog wat hulp kunnen krijgen. Dus sociale omstandigheden, leefomstandigheden en met het werken zelf[, daar kunnen we allemaal mee helpen.] Ook een keer onderhandelen met de arbeidsgeneeskundige dienst en het geven van adviezen kan soms ook wel al een verschil maken." (focusgroep 2)
"Ik denk dat, als het nodig is, dat belangrijk is van ze naar de juiste […] hulpverlener door te sturen en dat dan ook één van onze belangrijkste taken is […] in dat psychosociaal model." (focusgroep 2)
"Het is misschien niet echt [iets dat] ik graag zelf zou willen, maar [in] de toekomst […] met het huisartsentekort, [denk ik dat we] dat meer moeten delegeren en ons meer op het medische gaan moeten focussen, terwijl dat dat psychosociale wel heel belangrijk is. Maar misschien dat er daar […] andere hulpverleners beter voor geplaatst zullen zijn." (focusgroep 4)

5. Discussie

Uit de resultaten kunnen we afleiden dat, in lijn met onze initieel geformuleerde hypothese, huisartsen begaan zijn met de psychosociale context van hun patiënt en weten dat deze context invloed heeft op de klachtenpresentatie. Ze proberen deze context dan ook op een respectvolle manier in kaart te brengen wanneer ze dit nodig achten en hebben hierbij oog voor individuele patiëntkarakteristieken (leeftijd, verwachtingen van de patiënt…). Ze ervaren hierbij echter ook belangrijke obstakels, zowel op niveau van de arts-patiëntrelatie (artsafhankelijke factoren, patiëntafhankelijke factoren en factoren afhankelijk van de interactie tussen beide) alsook op niveau van de organisatie van de gezondheidszorg.

Men kan zich afvragen of de inventarisatie van de psychosociale context van de patiënt, zonder daar ook effectief op in te kunnen grijpen, niet zou kunnen leiden tot het eerder gerapporteerde gevoel van machteloosheid. Hier merken we een spanningsveld op tussen enerzijds de opleiding van huisartsen tot nu toe (voornamelijk gericht op het behandelen van biomedische klachten) en de noden van de patiënt anderzijds (die niet meer strikt medisch zijn). Doordat zowel de hedendaagse geneeskunde als de maatschappij in toenemende mate erkent dat medische problemen onlosmakelijk verbonden zijn met de psychosociale context van de patiënt, komt deze laatste ook met complexe psychosociale klachten in het medische circuit terecht. Het therapeutisch arsenaal dat artsen vandaag de dag ter beschikking hebben, is echter nog steeds voornamelijk biomedisch van aard. Door deze mismatch kunnen bij beide partijen frustratie ontstaan, zoals ook vermeld in de literatuurstudie waarbij sommige aanmeldingsklachten (bv. huisvestingsproblemen, spirituele crises) door huisartsen als 'ongepast' worden beschouwd (29). Als men op deze aanmeldingsklachten een breder model van gezondheid zoals het BPS-model of het model van positieve gezondheid toepast, zou echter kunnen gesteld worden dat dergelijke problemen voor stress en daardoor ook voor biomedische problemen kunnen zorgen, en dat dit bijgevolg ook relevante problemen zijn voor de huisarts. Hierbij wordt het dus zeer moeilijk te bepalen wat al dan niet een medisch relevant probleem is en wat hierin de rol van de huisarts is, laat staan hier een officieel kader rond te formuleren. Aangezien deze onduidelijkheid omtrent de invulling en afbakening van het huidige huisartsenberoep zowel in de literatuurstudie als in de focusgroepgesprekken aan bod kwam, zou men dan ook als belangrijk doel kunnen stellen dat hier in de toekomst grondig over wordt nagedacht, de op heden grote werkbelasting van de huisarts indachtig.

Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn om huisartsen meer te ondersteunen en eventueel financieel te belonen voor de inzet en vooral tijd die gaat naar het exploreren en inventariseren van psychosociale factoren.

We verwijzen naar Balintgroepen als een bijkomende mogelijkheid voor ondersteuning bij het omgaan met complexe psychosociale patiënten. Deze intervisiegroepen voor huisartsen, begeleid door een psychotherapeut, kenden hoogtij in de jaren '70 in Nederland en worden vandaag in toenemende mate georganiseerd in verschillende Europese landen waaronder ook België. In dergelijke groepen wordt aan de hand van casuïstiek specifiek gereflecteerd over communicatieve problemen tussen arts en patiënt, waarbij het doel ondere andere is het beter leren omgaan met de vaak complexe psychosociale en culturele achtergrond van de patiënt, daarbij inzicht te verkrijgen in de eigen gevoelens hierrond en de eigen artsenrol af te bakenen (33). Andere initiatieven die de huisarts/HAIO kunnen ondersteunen zijn bijvoorbeeld de

'seminariegroepen' (voor HAIO's) en de 'LOK-groepen' (voor afgestudeerde huisartsen in het werkveld). Hier worden in groep voornamelijk complexe medische patiëntencasussen besproken, maar is er dikwijls ook ruimte voor het bespreken van ervaringen en moeilijkheden waarmee de artsen geconfronteerd werden in hun dagelijkse praktijk.

We moeten verhinderen dat de huisarts het gevoel krijgt als enige volledig in te staan voor alle dimensies van het welzijn van een patiënt. Dit welzijn bestaat uiteraard uit veel meer dan medisch welzijn en is afhankelijk van vele factoren waar een individuele arts dikwijls weinig tot geen invloed op kan uitoefenen (systematische discriminatie, armoede, politieke instabiliteit…). Wanneer hierbij een te grote verantwoordelijkheid bij een individuele arts of bij de geneeskunde in het algemeen wordt gelegd, kan dit medicalisering in de hand werken (24,25) en een negatieve impact hebben op het empowerment van de patiënt.

Vandaar zou er meer kunnen worden ingezet op de functie van de huisarts als gerichte doorverwijzer in het eerstelijnslandschap. Hierbij zouden toekomstige artsen reeds tijdens de opleiding meer vertrouwd gemaakt kunnen worden met de sociale kaart en alle mogelijke partners waarop artsen een beroep kunnen doen bij complexe patiënten. Het inschakelen van een volledig onafhankelijk persoon om deze rol op te nemen, zou een mogelijk alternatief kunnen zijn. In het Verenigd Koninkrijk worden stappen gezet om dit concept in de praktijk te brengen onder de vorm van een *link worker*. Dit is een individuele *case manager* die wordt ingeschakeld bij een patiënt met dikwijls complexe zorgnoden. De link worker heeft een grondige kennis van het zorglandschap en maakt een inschatting van welke hulpverlener (arts, psycholoog, sociaal werker…) het meest geschikt is voor het aanpakken van een welbepaalde problematiek. De *link worker* beschouwt de patiënt en diens klachten in hun geheel op basis van een biopsychosociale insteek en zoekt samen met de patiënt naar gepaste initiatieven en/of hulpverleners (34).

Men kan zich echter de vraag stellen of het niet beter is dat de huisarts, als medicus, het overzicht bewaart en blijft optreden als centrale stuwende kracht en eerste aanspreekpunt. Het zou dan de huisarts moeten zijn die bij complexe patiënten met veel psychosociale bagage een eerste doorverwijzing maakt naar een dergelijke brugfiguur/*link worker* die dan vervolgens het probleem uitspit en verdere doorverwijzingen bewerkstelligt. De bedenking moet daarnaast ook gemaakt worden dat de huisarts voor wat betreft vele (psychosociale) zaken geen expert is en dus niet noodzakelijk de sleutelfiguur zal (moeten) blijven. Of deze taak doorschuift naar een andere hulpverlener, zal dan volledig afhangen van het type psychosociaal probleem.

In de literatuurstudie werden eventuele aanvullende dimensies op het BPS-model geformuleerd (5). Hoewel niet letterlijk bevraagd tijdens de focusgroepsgesprekken, suggereren verschillende artsen het 'psychosociale' domein zeer breed in beschouwing te nemen en ook rekening te houden met politieke, spirituele, existentiële… domeinen. Het verder verhelderen van hoe ver artsen hierin (zouden willen) gaan, zou een mogelijke aanzet kunnen zijn voor verder onderzoek.

Als we kritisch kijken naar het uitgevoerde onderzoek kunnen we enkele sterktes en zwaktes identificeren. We starten met het benoemen van de sterktes. Ten eerste werden de verschillende gesprekken gecodeerd door alle onderzoeksleden. Door middel van overleg werd er een consensus en gemeenschappelijke codeboom bekomen. Ten tweede gingen de interviews door met behulp van videocamera's. Dit zorgde ervoor dat we ook zicht kregen op de non-verbale communicatie van de artsen in kwestie, wat een meerwaarde was bij het interpreteren van de antwoorden. Ten derde kwamen tijdens de focusgroepsgesprekken enkele interessante thema's naar boven die tijdens de literatuurstudie niet aan bod kwamen. Zo werd bijvoorbeeld uitvoerig

gesproken over emoties bij de arts, waaronder machteloosheid, boosheid en frustratie. Ook persoonlijke interesse in of ervaring met het BPS-model werden aangehaald, net als de maatschappelijke verwachting van de arts om (al dan niet) het biomedische model als prioriteit te bewaren. Er ontstond bovendien een bijzondere discussie over de implementatie van het BPS-model bij kinderen. Al deze onderwerpen zouden voer kunnen zijn voor verder onderzoek.

Vervolgens dienen we ook nog enkele kanttekeningen te maken bij ons kwalitatief onderzoek en eventuele zwaktes te identificeren die de validiteit van het onderzoek kunnen verlagen. Om te beginnen kan er sprake zijn van een (selectie)bias. Dit vanwege het beperkte aantal participanten (n=19, het vooropgestelde doel van 32 deelnemers werd niet bereikt) en de manier van rekruteren. We beoogden echter een zicht te krijgen op de thema's die hier spelen eerder dan dit thema exhaustief te behandelen. Daarnaast waren de deelnemende artsen voornamelijk Vlaamse twintigers en dertigers, hoofdzakelijk tewerkgesteld in West- en Oost-Vlaanderen. Deze kenmerken kunnen weerslag hebben op de attitudes ten aanzien van het BPS-model. Vervolgens kenden sommige artsen (vroegere medestudenten, STACO-HAIO…) tijdens eenzelfde focusgroepgesprek elkaar, wat kan zorgen voor meer sociaal wenselijke antwoorden. Ook de manier waarop de focusgroepsgesprekken doorgingen, met name online, zorgt voor een andere dynamiek in vergelijking met gesprekken in persona. Verder zijn we ons ervan bewust dat alle informatie die we haalden uit het literatuuronderzoek Engelstalig was en uitsluitend de westerse geneeskunde bestudeerde. Ook onze eigen positionaliteit als witte Vlaamse onderzoekers en huisartsen in opleiding beïnvloedt ongetwijfeld onze kijk op de studieresultaten. Vervolgonderzoek zou hier rekening mee kunnen houden.

6. Besluit

Deze kwalitatieve studie had als doel inzicht te krijgen in de implementatie van het BPS-model in de huisartsenpraktijk, alsook de mogelijke belemmeringen en faciliterende factoren hieromtrent te identificeren aan de hand van literatuuronderzoek en focusgroepsgesprekken met huisartsen (in opleiding).

Het BPS-model ontstond als reactie op het traditioneel westers biomedisch perspectief, gangbaar tot eind vorige eeuw. Dit nieuwe model heeft door de brede inclusie van psychologische en sociale factoren het voordeel van een betere benadering van de realiteit dan het strikt biomedisch model (1,4,10). Het BPS-model kent ondertussen een groot draagvlak en heeft een verandering teweeggebracht in de manier waarop de hulpverlening naar ziekte en gezondheid kijkt (11,12). Studies tonen aan dat het hanteren van het BPS-model meerdere voordelen heeft zoals kostenbesparing, grotere patiënttevredenheid en een betere compliantie (3,14).

Voor huisartsen in het bijzonder is deze biopsychosociale blik van belang. Concreet worden in de huisartsenpraktijk psychosociale factoren bevraagd door middel van het toepassen van bepaalde communicatiestrategieën zoals de *patient centered interview* (15-17). Dit wordt ook aangeleerd in de artsenopleiding.

Het BPS-model is een betere benadering van de realiteit dan het traditioneel biomedisch model, doch is het er geen exacte weergave van en is het volgens vele auteurs onvolledig (12,26-28). Ondanks de voordelen en verdiensten van het model, is er afgelopen decennia ook kritiek op geuit. Door het ontbreken van RCT's om het model te toetsen en gevalideerde instrumenten om het in de praktijk te implementeren kan het niet als evidence-based beschouwd worden (8). Bovendien kan het model leiden tot medicalisering doordat er door het inventariseren van de psychosociale context problemen bij de arts terechtkomen die niet medisch van aard zijn en waardoor de grens tussen 'normaal'/'gezond' en 'abnormaal'/'ziek' kan vervagen (24,25).

Uit de focusgroepsgesprekken bleek dat huisartsen (in opleiding) over het algemeen veel belang hechten aan het uitspitten van de psychosociale context van hun patiënten, en bij uitbreiding dus aan het biopsychosociaal model. Zeker bij meer complexe casussen en vage klachten werd hier veel gebruik van gemaakt. Mogelijke belemmeringen in de implementatie van het model werden geïdentificeerd op het niveau van de arts-patiëntinteractie (bv. gevoelens van machteloosheid bij de arts, verwachtingen van de patiënt) en op het niveau van de organisatie van de gezondheidszorg (bv. praktijkbelasting, tijdsdruk, gebrek aan financiële beloning). Voor vele artsen was er sprake van rolverwarring waarbij ze zich wel in staat voelden om psychosociale problemen van hun patiënten te exploreren en inventariseren, maar niet wisten hoe ver hun taak in het behandelen hiervan moest gaan. Dit gevoel van rolverwarring kwam ook terug in de literatuurstudie (29).

In de discussie werden enkele aanbevelingen gedaan waaronder het nadenken op beleidsniveau over de afbakening van de rol van de huisarts in het eerstelijnslandschap. Er moet gestreefd worden naar meer ondersteuning en eventuele financiële beloning voor de tijd die gespendeerd wordt aan het inventariseren van de psychosociale context van een patiënt. Er moet ingezet worden op de functie van de huisarts als gerichte doorverwijzer door deze voldoende vertrouwd te maken met de sociale kaart tijdens de opleiding en/of door een *link worker* in te schakelen die de patiënt naar de juiste instanties kan toeleiden (34). Op die manier kunnen enerzijds complexe patiënten 'gedeeld' worden – de huidige werkbelasting van huisartsen indachtig – en kan anderzijds het medicaliseren van niet-medische problemen vermeden worden. Intervisiegroepen, zoals bijvoorbeeld Balint-groepen, voor huisartsen en HAIO's kunnen een extra ondersteuning bieden bij het omgaan met complexe psychosociale patiëntencasussen (33).

7. Dankwoord

Met groot genoegen kijken we terug op ons gezamenlijk onderzoek. Het was een aangename samenwerking en levert hopelijk een waardevolle bijdrage aan het vakgebied. Uiteraard deden we dit niet alleen. Daarom willen we graag enkele personen in de kijker zetten die hierbij een belangrijke rol hebben gespeeld en een grote steun waren.

1. **Aan onze gerespecteerde promotor Prof. dr. An Mariman.** Uw inzichten en constructieve feedback waren erg waardevol. U hebt ons met geduld ondersteund doorheen het onderzoeksproces, waarvoor dank. U kwam bij het onderzoek toen de basis reeds gelegd was, maar hebt ons door uw expertise en suggesties geholpen de masterproef naar een hoger niveau te tillen.
2. **Aan de beste co-promotor die we konden wensen, Dr. Joke Pauwelyn.** Uw betrokkenheid en steeds enthousiaste aanmoediging waren enorm kostbaar. U hebt ons altijd opnieuw uitgedaagd om kritisch te blijven en nieuwe inzichten te verkennen. Een welgemeende merci!
3. **Een speciale vermelding voor onze eerste promotor, Prof. dr. Emelien Lauwerier.** Uw initiële begeleiding heeft ons een goede start gegeven, en zelfs al zijn onze paden uiteengegaan, willen we u zeker niet vergeten te bedanken.
4. **Aan alle deelnemers van onze focusgroepen, huisartsen en HAIO's.** Oprecht bedankt om zo interactief deel te nemen aan de gesprekken en op die manier de kern te vormen voor ons onderzoek. Jullie openhartige input was zeer waardevol en gaf ons een dieper inzicht in hoe het BPS-model in de praktijk wordt toegepast. Zonder jullie was er geen masterproef, bedankt!
5. **Aan alle kritische nalezers.** Bedankt om de tijd te nemen onze masterproef grondig na te lezen en zo bij te dragen aan het afleveren van een heldere tekst.
6. **Aan onze familie en vrienden.** Bedankt om ons te steunen tijdens onze opleiding.

Bedankt aan iedereen!

Met warme groet,

Annelies Cras, Danielle Derdeyn, Marjolein Morren, Jolien Vandenbussche

8. Referenties

1. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science (80-) [Internet]. 8 april 1977;196(4286):129–36. Beschikbaar op: https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460
2. Kusnanto1 H, , Dwi Agustian2 DH. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. J Fam Med Prim Care [Internet]. 2017;6(2):169–70. Beschikbaar op: http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi
3. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, e.a. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract [Internet]. september 2000;49(9):796–804. Beschikbaar op: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11032203
4. Latimer T, Roscamp J, Papanikitas A. Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. J R Soc Med [Internet]. november 2017;110(11):425–7. Beschikbaar op: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28949269
5. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist. 2002;42(SPEC. ISS. 3):24–33.
6. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry [Internet]. mei 1980;137(5):535–44. Beschikbaar op: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.137.5.535
7. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. juli 1979;1(2):156–65. Beschikbaar op: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/499786
8. Farre A, Rapley T. The New Old (and Old New) Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. Healthcare [Internet]. 18 november 2017;5(4):88. Beschikbaar op: http://www.mdpi.com/2227-9032/5/4/88
9. Engel GL. From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain. Psychosomatics [Internet]. november 1997;38(6):521–8. Beschikbaar op: http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(97)71396-3
10. Tripathi A, Das A, Kar SK. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. Indian J Psychol Med [Internet]. 1 november 2019;41(6):582–5. Beschikbaar op: http://journals.sagepub.com/doi/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_314_19
11. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. Ann Fam Med [Internet]. 1 november 2004;2(6):576–82. Beschikbaar op: http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.245
12. Ventres WB, Frankel RM. Personalizing the BioPsychoSocial Approach: “Add-Ons” and “Add-Ins” in Generalist Practice. Front Psychiatry [Internet]. 24 november 2021;12(November):1–9. Beschikbaar op: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.716486/full
13. Maté G. When the Body Says No: The Cost of Hidden Stress. 1ste ed. Toronto: A.A. Knopf Canada; 2003. 320 p.
14. Bejarano G, Csiernik B, Young JJ, Stuber K, Zadro JR. Healthcare students’ attitudes towards patient centred care: a systematic review with meta-analysis. BMC Med Educ [Internet]. 27 april 2022;22(1):324. Beschikbaar op: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-022-03371-1
15. Silverman J, Kurtz S, Draper J, van Dalen J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg: een evidence-based benadering. derde herz. Den Haag: S.l. : Boom Lemma; 2014. 385 p.
16. Larsen J, Risor O, Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. Fam Pract [Internet]. 1 augustus 1997;14(4):295–301. Beschikbaar op: https://academic.oup.com/fampra/article-

lookup/doi/10.1093/fampra/14.4.295
17. Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, Frankel RM. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. Patient Educ Couns [Internet]. juni 2013;91(3):265–70. Beschikbaar op: http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.010
18. Papadimitriou GN. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. Psychiatriki [Internet]. 1 juli 2017;28(2):107–10. Beschikbaar op: https://www.science.org/doi/10.1126/science.290.5494.1113
19. Banyasz A, Wells-Di Gregorio SM. Cancer-related suicide: A biopsychosocial-existential approach to risk management. Psychooncology [Internet]. 4 november 2018;27(11):2661–4. Beschikbaar op: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4768
20. Edozien L. Beyond biology: the biopsychosocial model and its application in obstetrics and gynaecology. BJOG [Internet]. 6 juni 2015;122(7):900–3. Beschikbaar op: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13328
21. WHO. Basic Documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva; 2020.
22. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, e.a. How should we define health? BMJ [Internet]. 26 juli 2011;343:d4163. Beschikbaar op: https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.d4163
23. Huber M, Van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip "gezondheid". Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160(8):29–34.
24. Horwitz A V. An Overview of Sociological Perspectives on the Definitions, Causes, and Responses to Mental Health and Illness. In: Scheid T, Wright E, redacteuren. A Handbook for the Study of Mental Health. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p. 6–19.
25. Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. Int J Heal Serv [Internet]. 1 juli 1980;10(3):365–88. Beschikbaar op: http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY
26. Astrow AB, Sulmasy DP, Vincent S, York N. Spirituality and the Patient-Physician Relationship. 2022;291(23):2884.
27. Dezutter J, Offenbaecher M, Vallejo MA, Vanhooren S, Thauvoye E, Toussaint L. Chronic pain care: The importance of a biopsychosocial-existential approach. Int J Psychiatry Med [Internet]. 3 augustus 2016;51(6):563–75. Beschikbaar op: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091217417696738
28. Hutchinson TA, Hutchinson N, Arnaert A. Whole person care: encompassing the two faces of medicine. Can Med Assoc J [Internet]. 14 april 2009;180(8):845–6. Beschikbaar op: http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.081081
29. Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? Br J Gen Pract [Internet]. februari 1996;46(403):105–7. Beschikbaar op: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8855018
30. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin Rehabil [Internet]. 21 augustus 2017;31(8):995–1004. Beschikbaar op: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215517709890
31. Alder B, van Teijlingen E, Porter M, redacteuren. Psychology and Sociology Applied to Medicine. 3de ed. Elsevier Health Sciences; 2011. 192 p.
32. Beckman HB, Frankel RM. The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data. Ann Intern Med [Internet]. 1 november 1984;101(5):692. Beschikbaar op: http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-101-5-692
33. van Trier J. Balint-groepen: Intervisie en reflectie voor hulpverleners onder begeleiding van een psychotherapeut. Groepen. 2010;5(1):23–9.
34. South J, Higgins TJ, Woodall J, White SM. Can social prescribing provide the missing link? Prim Health Care Res Dev [Internet]. 4 oktober 2008;9(04):310. Beschikbaar op: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S146342360800087X

9. Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Ethisch Comité

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. Dr. Emelien Lauwerier
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Alhier

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Annelies Cras	19/12/2022	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2022-0330		B6702022000686

Betreft:
Het biopsychosociaal model: een onderzoek naar toepassing, belemmeringen en groeimogelijkheden aan de hand van focusgroepgesprekken met praktiserende huisartsen (in opleiding) - Annelies Cras

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 14/12/2022.

Na raadpleging van de bijkomende informatie en/of aangepaste documenten met betrekking tot dit dossier, is de CME van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

EC geeft daarom op 16/12/2022 een gunstig advies over deze studie.

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

Met vriendelijke groeten,



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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

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

Bijlage 2: *Interview guide* focusgroepsgesprek

Wat volgt is een afdruk van de PowerPoint©-presentatie die werd gebruikt tijdens de vier focusgroepsgesprekken. Vanzelfsprekend werd er verder doorgevraagd, bijvragen gesteld… Een volledige weergave hiervan zou ons echter te ver leiden.

Stellingen in Wooclap©:
Antwoordmogelijkheden stelling 1 t.e.m. 3, 5, 10 en 11: helemaal eens/eens/neutraal/oneens/helemaal oneens.
Antwoordmogelijkheden stelling 4, 6 t.e.m. 9: eens/oneens.
Deze werden daarna telkens gevolgd door een korte discussie.

DEEL 1: CASUÏSTIEK

Om een beter beeld te krijgen van hoe en wanneer huisartsen gebruik maken van het biopsychosociaal model, stelden we tijdens de interviews enkele casussen voor van patiënten met een complexe hulpvraag en/of context. Nadien werden in sommige gevallen nog enkele korte stellingen aangehaald.

CASUS 1: LAGE RUGPIJN

Op de agenda: Georgi Georgiev °11/09/1986
RFE: "rugpijn"

Patiënt komt voor de tweede keer het afgelopen jaar met rugklachten. Bij specifieke anamnese: lage rugpijn, soms wat uitstraling naar het rechterbeen, geen paresthesieën, geen duidelijke nachtelijke pijn, vooral last bij belasting en tijdens het werken.

Stelling 1: Ik vind het slechte geneeskunde om in dit consult niet naar de job van de patiënt te peilen.

Georgi blijkt in de Volvofabriek te werken, op een vast lasstation. Dikwijls repetitieve bewegingen, regelmatig tillen van zware lasten.
Bij de vraag: 'Hoe gaat het op je werk?', haalt hij glimlachend de schouders op: 'Valt wel mee, ik moet gaan werken, hé'.

Stelling 2: Ik voel mij als arts machteloos wanneer de patiënt vertelt over niet-biomedische factoren zoals werk, sociaal netwerk, leefomstandigheden... die diens leven negatief beïnvloeden.

Stelling 3: Ik denk dat de patiënt het ongepast zal vinden als ik diens psychosociale omstandigheden probeer te exploreren.

'Ik moet gaan werken, hé…'
Zou je dit aan je voorbij laten gaan?
Zou je hierop reageren? Zo ja, hoe?

CASUS 2: VERMOEIDHEID

Op de agenda: Kim Saelens, °07/031978, RFE: "moe lopen"

Deze patiënte komt regelmatig op doktersbezoek. Ze heeft dan steeds vage klachten: vooral vermoeidheid, maar soms ook spierpijn overal in haar lichaam, hoofdpijn, pijn in de benen afwisselend links en rechts...

Zij is zelf vaak vragende partij voor technische onderzoeken zoals bloedafnames en 'scanners'. Tot nu toe zijn al deze onderzoeken geruststellend geweest, de laatste bloedafname dateert van 6 maanden geleden en was geruststellend, op een lichte hypercholesterolemie na.

Er is voor jou als arts op dit moment eigenlijk geen enkele reden om aan een belangrijke somatische oorzaak te denken, je ziet haar naam op de agenda staan en denkt: 'Oei…'

Er is vanochtend bovendien een dringende consultatie tussengekomen, waardoor je een stuk achter op schema zit.

Kim komt vandaag opnieuw met de boodschap dat ze 'moe loopt' en hiervoor een nieuwe bloedafname zou willen.

Stelling 4: Ik zal in deze casus eerder naar psychosociale factoren vragen dan in de eerste casus. Eens/oneens en waarom?

Je probeert de 'ideas' te bevragen.
Kim is bang voor 'tekorten'.

Stelling 5: Ik heb het gevoel dat er onderliggend psychosociale problemen spelen bij Kim.

Felicia is een 45-jarige vrouw van Congolese afkomst, ze vertelt je dat voor haar de klachten te wijten zijn aan een mogelijke vergiftiging met lokaal gif Karuho 15 jaar geleden in Congo.

Lobke is een 10-jarig meisje dat volgens haar mama normaal boordevol energie zit. Haar mama is bang dat ze misschien de ziekte van Lyme heeft opgedaan.

Stelling 6: Ik zal bij Kim sneller naar psychosociale context peilen dan bij Felicia.

Stelling 7: Ik zal bij Lobke sneller naar psychosociale context peilen dan bij Kim

DEEL 2: KORTE STELLINGEN

Stelling 8: Ik vind dat het biomedische aspect de prioriteit moet blijven voor een arts.

Stelling 9: Ik zou graag meer tijd wijden aan het exploreren van de psychosociale context van mijn patiënten.

Stelling 10: Ik vind het medisch softwarepakket van mijn praktijk goed uitgerust om over de psychosociale context van de patiënt te rapporteren.

Stelling 11: Ik voel mij vanuit mijn artsenopleiding voldoende voorbereid om met psychosociale dimensies om te gaan.