KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk: een verlaagde drempel voor psychotherapie?

Frisque Marie-Elisabeth

Promotor: Goedhuys Jo

Co-promotor: Dewitte Harrie

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Samenvatting

Context: Psychische problemen komen veel voor in onze samenleving en worden nog veel te vaak onderbehandeld. Er heerst nog steeds een zeer groot stigma rond geestelijke gezondheidszorg. De drempel om hulp te zoeken bij psychische klachten is veel groter dan bij somatische klachten. Veel huisartsen zouden het nuttig vinden om samen te werken met een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk. Deze thesis heeft als doel de voor- en nadelen van een psycholoog binnenshuis in kaart te brengen, alsook te onderzoeken of dit drempelverlagend is voor psychotherapie.

Onderzoeksvragen: Welke patiënten consulteren het meest met psychosociale problemen? Wat zijn de drempels en knelpunten voor huisartsen en patiënten voor psychosociale begeleiding? Welke patiënten komen effectief bij de psycholoog terecht? Heeft een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk een drempelverlagend effect?

Methoden: Er werden drie verschillende huisartsenpraktijken vergeleken, waarbij twee praktijken met een psycholoog binnenshuis en één praktijk zonder psycholoog binnenshuis. Huisartsen registreerden bij alle patiënten ouder dan 18 jaar gedurende vier maanden de psychosociale diagnoses en doorverwijzingen naar de psycholoog. Er werd nagegaan hoeveel patiënten effectief bij de psycholoog terechtkwamen. Nadien werd via semigestructureerde interviews bij de huisartsen en psychologen meer informatie verzameld over verschillende knelpunten en drempels om gebruik te maken van psychotherapie, alsook over de voor- en nadelen van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk.

Resultaten: Op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk, waar sinds 1988 alle diagnoses gecodeerd worden geregistreerd in het EMD, hadden 53% van de patiënten gedurende hun volledige levensloop reeds een psychosociale diagnose toegekend gekregen in het dossier. Op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Schaarbeek waren dat er 25%, in Vlaanderen 28%. Dit verschil zou verklaard kunnen worden door een langere en betere registratie in het EMD op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk. Sinds de psycholoog werkzaam is op de huisartsenpraktijk van geneeskunde voor het volk in Genk werden gedurende de eerste 19 maanden 419 nieuwe psychosociale diagnoses gecodeerd in het dossier door de huisartsen. 18,6% van de patiënten met een nieuwe psychosociale diagnose werden doorverwezen naar de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk en 14,3% kwamen er effectief terecht. Er werden semigestructureerde interviews afgenomen bij negen huisartsen en drie psychologen. Zij ervaren een heleboel problemen en drempels om gebruik te maken van psychosociale hulpverlening, waaronder een stroeve samenwerking en een versprokkelde sociale kaart. Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk kan een grote hulp bieden om een aantal van deze knelpunten en drempels te verminderen.

Conclusie: Er is een grote nood aan goede psychosociale hulpverlening, maar er zijn hierbij nog veel problemen voor de hulpverleners. Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk kan, mits goede afspraken en extra organisatie, zeker een rol spelen in het wegwerken van deze knelpunten.

Dankwoord

Hierbij wens ik mijn promotor Jo Goedhuys en co-promotor Harrie Dewitte te bedanken voor hun grote hulp bij het tot stand brengen van deze thesis.

Uiteraard gaat mijn dank ook uit naar alle huisartsen en psychologen van de drie huisartsenpraktijken waar mijn onderzoek plaatsvond, voor de tijd die ze namen om mijn vragenlijsten te beantwoorden en mij te helpen bij het verzamelen van gegevens.

Inhoudstafel

Samenvatting 2

Dankwoord 3

Inhoudstafel 4

Inleiding 5
- Context 5
- Onderzoeksvragen 5

Methode 6
- Literatuuronderzoek 6
  - Onderzoeksvragen 6
  - Zoektermen 6
  - Bronnen 6
- Eigen onderzoek 6
  - De 3 praktijken 6
  - Deel 1: kwantitatief onderzoek 6
  - Deel 2: semigestructureerde interviews 7

Resultaten 8
- Literatuuronderzoek 8
  - Enkele inleidende begrippen 8
  - De noodzaak aan psychosociale hulpverlening 8
  - De huisarts en psychosociale problemen 9
  - Huidige problemen binnen de psychosociale hulpverlening 10
  - Mogelijke oplossingen voor de huidige problemen in de psychosociale hulpverlening 11
  - Waarom een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk? 14
- Eigen onderzoek 15
  - Beschrijving van de praktijken 15
  - Kwantitatief onderzoek 15
  - Kwalitatief onderzoek 20

Conclusies 36

Bespreking 38

Referenties 41

Bijlagen 43
- Protocol, goedgekeurd door ethische commissie 44
- Goedkeuring ethische commissie 45
- Tabel voor registratie psychosociale diagnoses en doorverwijzingen 49
- Informed consent 50
- Vragenlijsten als leidraad bij semigestructureerde interviews 51

Inleiding

Context

Volgens het WHO is gezondheid een volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet enkel de afwezigheid van een ziekte[1]. Psychische problemen komen veel voor in onze samenleving en dit in alle bevolkingsgroepen[1-2-3-4-5-6]. De onderbehandeling van deze psychische aandoeningen vormt een wereldwijd gegeven[1]. Eén op de vier Belgen ontwikkelt gedurende zijn levensloop een psychisch probleem. Het gaat hier vooral over angst-, stemmings- en alcoholgerelateerde problemen[2-3,6]. 40% van deze aandoeningen heeft een chronisch karakter[3]. 20 % van alle consultaties bij de huisarts gaat over psychosociale problematiek[6]. Bovenop het persoonlijk psychosociaal lijden, hebben deze problemen een enorme economische impact op onze maatschappij[1-2,6].

Er heerst nog steeds een zeer groot stigma rond geestelijke gezondheidszorg[4,7-8-9-10]. Dit stigma is er zowel bij de hulpverleners, als bij de patiënten en in de algemene bevolking[4,7-8]. De drempel om hulp te zoeken bij psychische klachten is veel groter dan bij somatische klachten[2]. Nochtans kunnen psychische en somatische problemen niet volledig los van elkaar worden gezien[1,4]. Verschillende eerstelijnsdiensten zijn vaak weinig van elkaar op de hoogte en hebben nog een stroeve samenwerking[2,4,6].

Maatschappelijk kwetsbare bevolkingsgroepen hebben de meeste kans op het ontwikkelen van een psychische ziekte[2-3]. Jammer genoeg is de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg net voor deze mensen het moeilijkst[4]. Confrontatie met ontslag is geassocieerd met een slechtere mentale gezondheid, waaronder suïcidale gedachten[11-12]. Hieruit rijst de vraag om, zeker in tijden van economische crisis, op de juiste manier te investeren in psychosociale hulpverlening. Ook in Genk was, naar aanleiding van de sluiting bij ford Genk, een grote vraag naar psychosociale begeleiding. De vraag rees naar de beste manier om in deze zorg te investeren. Een psycholoog binnenshuis zou zowel het stigma als de drempel verlagen[2-3,6,13]. Daarom werkt sinds kort een psycholoog op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk. Bij Geneeskunde voor het Volk in Schaarbeek werken sinds enkele jaren twee psychologen op de huisartsenpraktijk.

Veel huisartsen zouden het nuttig vinden om samen te werken met een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk[2-3-4,6]. In Vlaanderen en Brussel zijn een aantal projecten lopende om een psycholoog te implementeren in de huisartsenpraktijk[6]. Deze thesis heeft als doel de voor- en nadelen van een psycholoog binnenshuis in kaart te brengen, alsook te onderzoeken of dit drempelverlagend werkt voor psychotherapie. Hiervoor worden drie huisartsenpraktijken vergeleken. Twee praktijken hebben een vergelijkbare patiëntenpopulatie en zijn gelegen in Kolderbos in Genk. Slechts één van beide praktijken heeft sinds kort een psycholoog binnenshuis. De derde praktijk is in Brussel (Schaarbeek) gelegen. Daar werken twee psychologen alternerend een halve dag om de twee weken.

Onderzoeksvragen

- Welke patiënten consulteren het meest met psychosociale problemen?
- Wat zijn de drempels en knelpunten voor huisartsen en patiënten voor psychosociale begeleiding?
- Welke patiënten komen effectief bij de psycholoog terecht? Heeft een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk een drempelverlagend effect?
- Wat is het aantal sessies bij de psycholoog?

Methode

Literatuuronderzoek

1. Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen van het literatuuronderzoek waren: “Op welke problemen stoten de huisartsen in ons huidig systeem en wat zijn mogelijke oplossingen?”, “Wat zijn de voor- en nadelen van de implementatie van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?”.

2. Zoektermen

Gebruikte Engelstalige zoektermen zijn ‘psychotherapy’, ‘family practice’ , ‘general practice’, ‘family medicine’, ‘primary health care’, ‘social problems’, ‘psychosocial interventions’, ‘psychosocial primary care’, ‘psychology’, ‘psychological’.

De gebruikte Nederlandstalige zoektermen zijn ‘psychotherapie’, ‘huisartsgeneeskunde’, ‘eerstelijnsgezondheidszorg’, ‘eerstelijnspsycholoog’, ‘psychosociaal’, ‘psychosociale hulpverlening’, ‘psychologie’, ‘psychologisch’.

3. Bronnen

In tegenstelling met de prevalentie van de psychosociale problemen bij de patiënten van de huisarts, was het moeilijk om via pubmed relevante literatuur te vinden over dit onderwerp. Er werd gezocht via de site van LIMO en NIVEL. Vorige thesissen op de site van de KULeuven werden doorzocht. Nieuwe artikels werden gevonden via de referentielijsten in artikels. Artikels en rapporten aangereikt door experten werden dankbaar gebruikt. Er werd gebruik gemaakt van de nota’s en powerpoints van een studievoormiddag over “de eerstelijnspsycholoog in Brussel”. Er werd een film bekeken over de ELP in Brussel, gemaakt door het Huis voor Gezondheid in het kader van een breder onderzoeksproject.

Eigen onderzoek

1. De 3 praktijken

De aanpak van psychosociale problemen in drie verschillende huisartsenpraktijken wordt vergeleken. Twee van deze praktijken hebben een gelijkaardige patiëntenpopulatie en liggen in dezelfde buurt in Kolderbos in Genk. Het verschil tussen beide praktijken, is dat er bij één van beiden een psycholoog halftijds werkzaam is binnenshuis en bij de andere niet. Een derde praktijk ligt in Schaarbeek te Brussel en maakt mee deel uit van een groter project om psychologen te implementeren binnen de huisartsenpraktijken. Hier zijn twee psychologen werkzaam, maar slechts alternerend een halve dag om de twee weken.

2. Deel 1: kwantitatief onderzoek

In de twee praktijken van Geneeskunde voor het Volk registreren de artsen alle diagnoses, ook de psychosociale, gecodeerd in een Elektronisch Medisch Dossier. (Medidoc). Beide praktijken beantwoorden aan de strenge registratiecriteria van Intego[14]. Hierdoor konden we de populatie patiënten bepalen boven de 18 jaar die gedurende hun volledige levensloop minstens één psychosociale diagnose kregen bij het bezoek aan de huisarts. We gebruikten hiervoor de International Classification for Primary Care (ICPC)-codes: P01 --> P29 en P70-->P99[15]. Diezelfde codes gebruikten we om de populatie patiënten te bepalen die de laatste 5 jaar, een psychosociale diagnose kregen. Hierdoor vermijden we een bias bij oudere patiënten, met een langere levensloop en dus meer kans op een psychosociale diagnose. We vergeleken deze resultaten met de gegevens uit de Intego-databank.

In de drie praktijken registreerden de artsen, bij alle patiënen ouder dan 18, gedurende 4 maanden volgende zaken:

- De namen van de patiënten met een psychosociale diagnose.
- De diagnose.
- De eventuele verwijzing naar de psycholoog met vermelding van de psychologische dienst extramuros of de psycholoog intramuros.
- Een eventuele weigering en de reden.

Dit gebeurde ofwel in het EMD ofwel in een Exel tabel.

Na zes maanden gingen we bij deze patiënten na wie werkelijk op consultatie is geweest bij een psycholoog. We vergeleken de resultaten tussen de drie praktijken. Dit kan aangeven of een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk de drempels verlaagt zowel voor de patiënten als voor de artsen.

3. Deel 2: semigestructureerde interviews

Om een beter zicht te krijgen op het volledig proces van verwijzing, de ervaren drempels en de samenwerking tussen de huisartsen en psychologen, werden de huisartsen en psychologen op de 3 huisartsenpraktijken geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst. De kernthema's in het interview waren: de drempels, waaronder het financiële, het stigma, de wachttijden, de vertrouwensband, de evolutie van de patiënt, de samenwerking tussen huisarts en psycholoog en de kennis van huisartsen omtrent psychosociale problemen. Er werd binnen de verschillende thema's vooral gefocust op de verschillen tussen een psycholoog binnenshuis en buitenshuis. Deze vragen dienden enkel als leidraad en er werd voldoende ruimte gelaten voor een eigen inbreng van de geïnterviewden. De interviews werden opgenomen en nadien uitgetipt. Ze werden aandachtig gelezen en er werden memo's genoteerd. Thematische analyse werd uitgevoerd op de semigestructureerde interviews. De transcripten werden lijn per lijn gecodeerd. Nadien werden alle codes samengevoegd. De thema's, die aan bod kwamen tijdens de interviews waren: huidige knelpunten en drempels binnen de psychosociale hulpverlening, voor- en nadelen van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk, taken van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk en de samenwerking tussen huisartsen en psychologen.

Resultaten

Literatuuronderzoek

1. Enkele inleidende begrippen

I Psychosociale problemen

Het is moeilijk om een duidelijke definitie te stellen van psychosociale problemen. Meestal gaat het over wat niet strikt medisch-somatisch is. Nochtans kunnen psychische en somatische aspecten niet volledig los van elkaar gezien worden[4].

II Eerstelijnspsycholoog (ELP)

De taken van een eerstelijnspsycholoog zijn: intake en indicatiestelling, screening en doelgerichte diagnostiek, ondersteuning bij doorverwijzing, individuele (kortdurende) behandeling, groepswerking, preventies, signaalfunctie, coaching, opleiding, intervisie, supervisie en eventueel doorverwijzing[4,16]. Hij zorgt voor vroegtijdige detectie en behandeling van psychische aandoeningen[2,13]. Hij behandelt eenvoudige problemen. Complexere problematiek wordt meteen doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Een multidisciplinaire en complementaire samenwerking tussen de ELP en andere hulpverleners is belangrijk[2].

III Eerstelijnsgezondheidszorg

De definitie van eerstelijnsgezondheidszorg is "het waarborgen van kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg (gezondheidspromotie, preventie, acute, chronische en palliatieve zorg, revalidatie) vanuit een geïntegreerde benadering en in duidelijke relatie tot de welzijnszorg"[4]. Het gaat om het eerste, niet-specialistisch contact. Indien nodig wordt doorverwezen naar de tweede lijn. Verschillende hulpverleners werken samen in de eerste lijn. Er kan gewerkt worden met individuen of op populatieniveau[17].

IV Eerstelijnspraktijken

Eerstelijnspraktijken zijn praktijken waarin één of meerdere gezondheidswerkers van één of meerdere disciplines samenwerken[4].

V Centrum voor geestelijkegezondheidszorg (CGG)

De kerntaken van het CGG zijn diagnosticeren, indicatiestelling, ambulant behandelen en begeleiden van kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen met ernstige psychische en psychiatrische problemen en ondersteuning aan andere voorzieningen/hulpverleners via adviesverlening/consult[6]. Het CGG werkt op de tweede lijn[16,18].

2. De noodzaak aan psychosociale hulpverlening

I Een veelvoorkomend probleem

Volgens de intego-databanken gaat 2,5 % van het totale aantal nieuwe diagnoses in Vlaanderen om een mentale aandoening[4]. Eén op vier Belgen ontwikkelt tijdens zijn levensloop een psychisch probleem, vooral angst-, stemmings- en alcoholgerelateerde stoornissen[2-3,6]. 40% van de aandoeningen heeft een chronisch karakter[3]. Zelfmoord is één van de 10 meest voorkomende doodsoorzaken tussen 20 en 49 jaar in Europa[2,4]. België heeft een veel groter aantal zelfmoorden dan zijn buurlanden en het zelfmoordrisico in Vlaanderen ligt 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde[3-4]. 20% van alle verloren potentiële levensjaren voor 75 jaar komt door zelfdoding[19].

Bovenop het persoonlijk lijden en de consequenties op het persoonlijk functioneren, hebben deze problemen vaak ook een enorme economische impact in onze maatschappij[1-2,4,6]. Psychische problemen slorpen 20% van onze "gezondheidslast" op. De maatschappelijke kost is groot, o.a. door

afwezigheden op het werk[2]. Een kwart van de mensen, die een invaliditeitsuitkering ontvangen om medische redenen, krijgt deze omwille van psychische problemen[19]. Psychische problemen hebben consequenties op alle levensdomeinen: professioneel, sociaal, relationeel, zelfbeeld, fysieke gezondheid,financieel[19-20]... Ze kunnen zowel een invloed hebben, alsook beïnvloed worden door chronische ziekten[1]. Mensen komen dikwijls in armoede terecht als ze niet de nodige behandeling kunnen krijgen voor hun psychische aandoening. Ze geraken moeilijker aan werk of hebben moeite met hun opleiding[1,20]. Deze sociale uitsluiting verhoogt in tijden van crisis[20].

Verschillende biologische en maatschappelijke factoren spelen een rol in de ontwikkeling van psychische problemen[2,19]. De maatschappelijk kwetsbare bevolkingsgroepen hebben meer kans op het ontwikkelen van een psychische ziekte[2-3]. Zo zijn bijvoorbeeld in Brussel meer mensen getroffen dan in de rest van het land door de grotere sociale ongelijkheden[19]. Jammer genoeg is het net voor deze groep mensen het moeilijkst om hun weg te vinden naar de psychosociale hulpverlening[4]. Confrontatie met ontslag is een zeer groot risico tot het ontwikkelen van psychosociale problemen, waaronder suïcide-gedachten[11-12].

II Een onderbehandeld probleem

In België, maar ook wereldwijd, worden geestesziekten nog te vaak onderbehandeld, wat een enorme financiële belasting meebrengt[1,21]. Opvallend is het verschil tussen de onderbehandeling van psychische problemen die veel groter is dan deze van fysieke problemen[18]. Hiervoor zijn een aantal redenen. Het gebeurt regelmatig dat pas in een ver stadium hulp wordt gezocht[2]. Het zoeken naar professionele hulp is afhankelijk van de comorbiditeit, aard van de problematiek (bv. meer bij seksueel en fysiek geweld), lijdensdruk, gevoelde nood aan zorg, een positieve houding tegenover behandeling, regionale factoren en sociaal-demografische patiëntfactoren, zoals socio-economische status, informeel sociaal netwerk, geslacht (meer vrouwen), leeftijd, ras, stedelijke gebieden[2,4,7,22]. Een suïcide-verleden is geassocieerd met een moeilijkere zoektocht naar hulp[22].

Zowel bij hulpverleners, als patiënten en in de algemene bevolking, heerst nog een belangrijk stigma rond geestelijke gezondheidszorg[4,7-8-9-10]. Daarom krijgen veel patiënten niet de hulp, die ze nodig hebben[7]. Er is bij de patiënten nog steeds een hogere drempel om hulp te zoeken bij psychische klachten, dan bij lichamelijke klachten. Bovendien weten patiënten vaak niet waar ze met hun psychische klachten terecht kunnen. Huisartsen langs hun kant hebben vaak weinig kennis over andere hulpverleners en diensten. Patiënten met de minste mogelijkheden, hebben dikwijls de meeste nood[1-2]. Zo hebben laaggeschoolden en mensen met een andere etnische achtergrond vaak minder kennis over mentale problemen, zorg(aanbod) en patiëntenrechten. Bovenop een financiële drempel is er dus vaak een informatiekloof, die ervoor zorgt dat deze (kansarme) groep extra uitvalt[4,6].

3. De huisarts en psychosociale problemen

I Context

Psychosociale problemen komen veel voor bij de huisarts. Zo gaan 20% van alle consultaties bij de huisarts over psychosociale problemen[6]. De huisarts is laagdrempelig en heeft meer kennis over de volledige context van de patiënt[2-3-4,6,13]. Veel psychische klachten hangen namelijk samen met lichamelijke gezondheid, gezinsleven en werk of andere omgevingsfactoren[6]. De huisarts heeft vaak al een vertrouwensband opgebouwd met de patiënt. Dit zijn redenen waardoor psychosociale problematiek vaak als eerste bij de huisarts terecht komt[2-3-4,6,13]. Aangezien de huisarts een groot aantal patiënten ziet, zijn zelfs kleine verbeteringen van belang voor de hele populatie[13]. De huisarts speelt een belangrijke rol in de detectie, diagnose, behandeling, doorverwijzing en opvolging, alsook de continuïteit van zorg[3,6].

II De taken van een huisarts

Huisartsen proberen meestal de psychische problemen zelf op te lossen met ondersteunende, educatieve en motiverende gesprekken, psychofarmaca en ziekteverlof[2,4]. Ze verwijzen enkel patiënten door als het noodzakelijk is of op specifieke vraag van de patiënt. Deze verwijzing is vooral afhankelijk van de ernst en de evolutie van de problematiek[2]. Zowel voor huisartsen, als voor patiënten, is de concrete rol van de huisarts minder duidelijk bij psychosociale problemen[4]. De taken van de huisarts zijn erg afhankelijk van zijn eigen competenties[23]. Binnen de huisartsen is een grote variatie in beschikbare tijd, vaardigheden, kennis zowel over psychiatrische aandoeningen, als over de sociale kaart, aanleg en samenwerking met andere disciplines[2,4]. Elke huisarts moet aandacht besteden aan emoties, beleving, gedrag, relaties en hun context. Hij moet psychische problemen kunnen duiden, helpen een oplossing te vinden en de ernst ervan inschatten[23]. Door de lage vergoedingen en het tijdsgebrek, is het voor veel huisartsen niet gemakkelijk om psychosociale problemen op te volgen.

Psychiatrische problemen zijn minder geschikt voor behandeling door de huisarts dan strikte psychosociale problematiek en worden beter doorverwezen[13]. De huisarts moet beschikken over de nodige kennis over de verschillende verwijsmogelijkheden en zo een toegangspoort vormen naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg[4,23]. Door de lange wachttijden zal hij de eerste zorg op zich nemen[4]. Bij verdere opvolging zal de huisarts een brugfunctie vervullen naar psychische hulpverlening, eventueel medicatie opstarten en opvolgen, zorgcontinuïteit bewaken en afspraken nastreven met de naaste omgeving. Hij moet de mantelzorgers goed ondersteunen[23]. De huisarts moet steeds blijven waken over de fysieke gezondheid van de patiënt[4]. Ook na een eventuele verwijzing moet de huisarts de patiënt blijven opvolgen[4,23].

III Een gebrek aan kennis?

De meeste huisartsen vinden niet dat er onvoldoende interesse is in psychosociale problematiek. De kennis en vaardigheden, worden eveneens niet als knelpunt ervaren[13]. Dit wordt door de geestelijke gezondheidszorg anders ervaren. Daar vinden ze dat huisartsen een gebrekkige kennis hebben over psychische problemen[23]. Ze schrijven nog te snel en verkeerd psychofarmaca voor[4,21,23]. Huisartsen schrijven vaak medicatie voor uit onmacht en omdat ze de patiënt toch willen helpen. De houding van huisartsen tegenover medicatie en psychotherapie, speelt een grote rol in het al dan niet voorschrijven van psychofarmaca[4].

4. Huidige problemen binnen de psychosociale hulpverlening

I stigma en discriminatie

Zoals eerder vermeld, heerst er een groot stigma tegenover psychosociale problemen[1,4,7-8-9-10]. Hierdoor zoeken patiënten minder gemakkelijk hulp. Bovendien bezorgt het veel stress bij de patiënten, bovenop hun reeds bestaande psychische problematiek. Niet alleen bestaan er vooroordelen ten opzichte van mensen met psychosociale problemen, maar ook zelf-stigma kan een probleem vormen. Hierbij gaan mensen zichzelf stigmatiseren, wat kan resulteren in een gebrek aan zelfvertrouwen, efficiëntie en minder deelname aan de maatschappij[10].

Een stigma rond geestelijke gezondheidszorg heerst ook zeer sterk bij huisartsen en studenten geneeskunde. Hierdoor zouden patiënten niet steeds de hulp krijgen die ze nodig hebben[8]. Veel gezondheidswerkers krijgen onvoldoende training over geestelijke gezondheidszorg[1,8]. Problemen zijn misverstanden over de aard van geesteszieken, vooroordelen tegenover geestelijke problemen en onvoldoende tijd voor evaluatie en behandeling van psychische ziekten. Fysieke problemen kunnen gezondheidswerkers afleiden van de geesteszieken van patiënten en er zou een weerzin zijn om diagnoses en behandelingen voor te stellen, die de patiënt niet zou willen. Onvoldoende interesse of

aandacht kan ervoor zorgen dat de patiënt minder gemakkelijk zijn problemen aanbrengt tijdens de consultatie[1].

II Drempel

De drempel voor patiënten om hulp te zoeken bij psychosociale problemen is nog steeds hoog[2,10,24]. Drempels om op consultatie te gaan bij een eerstelijnspsycholoog kunnen er onder andere zijn omwille van kostprijs, tijdsbesteding en taal[2,21,23]. De drempel is lager bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk[4,24]. Sommige patiënten aanvaarden geen psychische ziekte en somatiseren[1]. Deze somatisatie is zeer cultuurgebonden en gebeurt bijvoorbeeld meer in de Marokkaanse en Turkse cultuur[24]. Anderen onderschatten hun ziekte en denken dat ze het alleen aankunnen. Een andere reden is dat patiënten zichzelf zien als moreel zwak, niet capabel om voor zichzelf te zorgen of om verantwoordelijkheid op te nemen. Soms voelen ze zich gevaarlijk of onwaardig. Er kan angst zijn voor een onvrijwillige opname, alsook verlegenheid om geestelijke gezondheidszorg te gebruiken[1]. Psychologen beschrijven dat patiënten, wanneer ze uiteindelijk de stap gezet hebben, vaak vinden dat ze al veel eerder hadden moeten op consultatie komen voor psychosociale begeleiding[24].

In Nederland merkten ze dat wie uit eigen beweging een eerstelijnspsycholoog opzoekt, vaak hoger opgeleid is en vaker relatie- of identiteitsproblemen heeft[5,25]. Mensen met stemmingsklachten, psychosomatische klachten en aanpassingsklachten gaan vaker via de huisarts. Deze hebben vaker werk- en financiële problemen en een lager niveau van functioneren[5]. Verwijzing hangt zowel af van de patiënt als de arts[13]. Er is tijd nodig om een patiënt door te verwijzen voor psychotherapie. Praktische overwegingen, zoals kostprijs, tijd en motivatie worden soms meer als een drempel beleefd door de huisarts dan door de patiënt zelf. Hierdoor worden patiënten soms te weinig of te laat doorverwezen[4].

III Samenwerking

Samenwerking tussen CGG met verschillende eerstelijnsdiensten is nog niet structureel georganiseerd en is afhankelijk van verschillende factoren (patiënt, verwijzer, …). Vaak kennen de verschillende hulpverleningsdiensten elkaar onvoldoende[2,6]. Een betere afstemming en communicatie tussen de verschillende hulpverleners is nodig (OCMW, thuisverpleegkundige, ELP, …), alsook meer multidisciplinaire samenwerking. Er wordt nog teveel naast elkaar gewerkt[4,23]. Vaak voorkomende problemen in de samenwerking tussen huisarts en ELP zijn een moeilijk overleg, afwezigheid van continue opvang, de lange wachttijden en de drempel, alsook het beschouwen van een doorverwijzing als een afwijzing[2,4,21,23]. De psychiatrie werkt minder goed dan andere tweedelijns diensten[21].

De zorg voor patiënten is bijzonder kwetsbaar op het moment van overdracht[3]. Vaak worden patiënten na verwijzing onvoldoende terugverwezen naar de huisarts en enkel elders opgevolgd. Patiënten krijgen dikwijls bij de ELP een andere behandeling dan de behandeling waarvoor ze oorspronkelijk verwezen werden. Ook worden patiënten geweigerd in de tweedelijn omwille van multiproblematiek, wachtlijsten en intakeprocedures[4].

5. Mogelijke oplossingen voor de huidige problemen in de psychosociale hulpverlening

I Integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn

Zoals eerder vermeld kunnen fysieke en psychische aandoeningen niet volledig los van elkaar gezien worden[1,4]. Daarom is het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn nuttig[1]. In verschillende landen zoals in Noorwegen, Nederland en de USA, zijn projecten lopende voor de bevordering van de behandeling van psychosociale problematiek in de eerste lijn[1,13,21]. In België wordt via artikel 107 gewerkt aan een gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie[13]. Verschillende

landen met een laag- en middelmatig inkomen hebben succesvol geestelijke gezondheidszorg geïntegreerd in de eerste lijn. De integratie is dus ook hier haalbaar[1].

Er zijn een aantal voordelen van de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Het zorgt voor een meer holistische en persoonlijke benadering. Mensen kunnen dichter bij huis geholpen worden. Ze hebben minder kosten door het zoeken van specialisten op verschillende locaties. Er is mogelijkheid tot educatie van families en gemeenschappen. Zo kunnen de mantelzorgers de outcome van de patiënt bevorderen. Het vermindert het stigma en de discriminatie. Meer mensen zullen de behandeling krijgen die ze nodig hebben. Integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn is kosteneffectief. De integratie verbetert de outcome, vooral in samenwerking met diensten in de tweedelijn en in de maatschappij. Het zorgt voor een betere toegang, een betere detectie en behandeling van geesteszieken[1].

Een goede training en ondersteuning van eerstelijnsgezondheidswerkers om psychosociale problemen in te schatten, diagnosticeren, behandelen, ondersteunen en door te verwijzen is nodig. Hun taken moeten gelimiteerd en uitvoerbaar zijn. Deze integratie zal moeten ingebed zijn in een gezondheidsbeleid, wetgevend kader, goede bronnen en de regering. Het is belangrijk te beseffen dat de integratie een proces is en geen gebeurtenis. Eerst moet het idee aanvaard worden, waarna de gezondheidswerkers moeten worden getraind en tewerk gesteld. Hiervoor zijn budgetten nodig[1].

II Samenwerking tussen verschillende hulpverleners

In de literatuur bleek een sterke evidentie te bestaan van een betere kwaliteit van zorg door het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met betrekking tot directe samenwerking, overeengekomen richtlijnen en communicatiesystemen. Dit geeft een betere klinische uitkomst en een betere dienstverlening. Een directe samenwerking is belangrijker dan formele regels. Meestal zijn de kosten van een betere samenwerking lager, gelijk, of acceptabel verhoogd in verhouding met de betere hulpverlening[17].

Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg is belangrijk, maar alleen onvoldoende. Specialisten moeten bereikbaar zijn om de eerste lijn te ondersteunen[1]. Meer gestructureerd overleg tussen huisartsen, CGG's (o.a. casuïstiek) en de tweede lijn is nodig. Er moet meer samenwerking, communicatie en afstemming zijn tussen actoren die betrokken zijn in de welzijns- en gezondheidszorg[4,13,21,23]. Er is een meer continue (telefonische) bereikbaarheid nodig van gespecialiseerde hulpverleners uit de psychiatrie, zeker in acute situaties[4,13]. Goede informatiebrochures over verschillende therapeutische strekkingen en een sociale kaart kunnen helpen bij een gerichtere doorverwijzing. Deze moeten regelmatig worden aangevuld[4,13,23].

Een goede taakafbakening is belangrijk. De zorg wordt best verstrekt waar ze het best en goedkoopst verleend kan worden[23]. De hulpverlening zou meer "noodgestuurd" moeten zijn in plaats van "aanbodsgestuurd"[4]. Door een objectieve nodenbepaling en een goede taakafstemming kunnen wachtlijsten verminderen[21,23]. Het stepped-care model betekent dat de problematiek op een zo laag mogelijk niveau moet behandeld worden. Hoewel complexe problematiek wordt verwezen naar de tweede lijn, blijft terugkoppeling naar de eerste lijn belangrijk[2].

III Een goede doorverwijzing

Omdat de zorg voor patiënten kwetsbaar is op het moment van overdracht, moet de verwijzing soepel en adequaat gebeuren[3]. Bij doorverwijzing moet de huisarts zoveel mogelijk informatie meegeven in overleg met de patiënt[3,23]. Bij een concrete vraagstelling, worden de juiste problemen aangepakt en

daalt de ongerustheid van de patiënt. Om tegen te gaan dat de verwijsbrief door de patiënt wordt gelezen, kan goed beveiligde elektronische briefuitwisseling gebeuren. Omdat de kwaliteit van de brief slechter wordt bij complexe problemen, kan dit opgevangen worden door een vast sjabloon in de computer. Deze verwijsbrief is gemakkelijk te maken en te lezen en kan dienen als checklist zodat de verwijzer alle nodige informatie doorgeeft[3]. Bij opname is persoonlijk contact gewenst, niet altijd bij ambulante therapie[23]. Het antwoord en de gewenste nazorg van de specialist moeten duidelijk zijn[3,23].

IV Intersectorale samenwerking

De geestelijke gezondheidszorg wordt mee bepaald door verschillende maatschappelijke factoren[2]. Daarom is elke sector belangrijk, zoals huisvesting, onderwijs, ruimtelijke ordening, milieu, sportaangelegenheden[1-2-3],… Wijkgericht werken en sociale cohesie zijn belangrijk. Het is niet de bedoeling te "medicaliseren" of "pathologiseren", maar wel mensen in staat te stellen positieve levensterreinen te ontwikkelen. Empowerment is belangrijk[2]. Andere organisaties kunnen geestelijke gezondheidsproblemen herkennen en patiënten de weg wijzen naar de eerste lijn. Samenwerking met andere sectoren is gemakkelijker in de eerste lijn dan in de tweede lijn[1].

V Ondersteuning door het RIZIV

Om de psychologische welvaart te bevorderen kan de professionele deskundigheid van de eerstelijnspsycholoog erkend worden, alsook gefinancierd via het RIZIV[2,4,13]. Dit is in andere landen zoals Nederland al van toepassing[5]. Een lage kostprijs of kosteloosheid voor de zorggebruiker werkt drempelverlagend[16]. Er moet ondersteuning zijn van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden (consultatie in de praktijk door een ELP)[2,4,13,21,23]. Huisartsen moeten gehonoreerd worden via een aangepaste nomenclatuur voor gesprekstherapie, individueel overleg en teamvergaderingen[3,8,21,23]. Een automatische signalisering voor de toekenning van statuten en erkenningen aan patiënten die er recht op hebben is noodzakelijk[4].

VI Informeren van patiënten

Zelfhulp blijft in elke lijn een zeer belangrijk aspect van de behandeling. Het is daarbij zeker niet de bedoeling om mensen terecht te wijzen en te zeggen dat ze het allemaal zelf moeten oplossen. Het gaat eerder om mensen te informeren opdat ze ziektes zouden herkennen, hun kennis verhogen over psychische ziekten, alsook geïnformeerd worden waar ze hulp kunnen zoeken. Preventie is zeer belangrijk[1]. Taboes en stigma's moeten doorbroken worden, bv. via de media[4,9,21,23]. Media-campagnes kunnen zorgen voor meer geloofwaardigheid van de geestelijke gezondheidszorg en vooral gericht worden op de groepen, die er het meest nood aan hebben, zoals mannen, ouderen, laagopgeleiden en mensen, die alleen leven. Ze kunnen aangepast worden aan de waarden en normen van de cultuur[9].

VII Opleiding van hulpverleners

Er is nood aan opleiding van hulpverleners over diagnose en psycho-educatie[2,4,13,21,23]. Tijdens de studies is er een basiseducatie nodig over de epidemiologie, identificatie en behandeling van majeure psychiatrische problematiek, alsook de relatie tussen psychische en fysieke gezondheid. Studenten moeten leren hoe ze communiceren met de patiënt en zijn familie. Een goede arts-patiënt-relatie is namelijk essentieel voor het slagen van de behandeling. Na de studententijd is het belangrijk om de kennis op punt te houden, alsook om basiseducatie te geven als artsen nog niet in contact kwamen met mentale ziekten. De kennis over gezondheidszorg evolueert, dus ook over geestelijke gezondheidszorg[1]. Deze training, moet in de praktijk toegepast worden onder specialistische supervisie (bv. Regionale bijeenkomsten met psychiaters)[1-2,4,13,21,23].

6. Waarom een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?

I Wat zijn de voordelen?

Veel huisartsen zouden graag samenwerken met een psycholoog binnenshuis[2-3-4,6]. Er werden reeds verschillende projecten opgestart in Vlaanderen en Brussel om een ELP te implementeren in de huisartsenpraktijk[6,16,18,26]. Het zorgt voor een vlotter overleg tussen huisarts en psycholoog. De opvolging van patiënten verloopt beter[2-3,6,16]. Het overleg tussen huisarts en psycholoog wordt vergemakkelijkt. De communicatie tussen huisarts en ELP kan verschillende vormen aannemen binnen de huisartsenpraktijken, zoals face-to-face, e-mail, verwijsbrief[6,16], … Er kunnen gegevens neergeschreven worden in het dossier. Bovendien kan het elektronisch patiënten dossier een ondersteuning vormen voor de ELP. Het is belangrijk dat de huisarts de agenda van de ELP kan beheren en hier rechtstreeks een afspraak kan boeken voor de patiënt[16]. De patiënt kan worden aangesproken door de huisarts bij afwezigheid bij de psycholoog[6].

Met een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk is er een verruiming van het zorgaanbod[2-3,6,16]. De ELP vormt een nieuwe discipline binnen de huisartsenpraktijk. De huisarts en psycholoog zijn complementair aan elkaar. De huisarts kent de patiënten, terwijl de psycholoog op de hoogte is van de sociale kaart en deskundig is in psychotherapie[16,18]. De ELP heeft een andere invalshoek op de benadering van gezondheidsproblemen, zowel op patiëntniveau als op populatieniveau[2,6,13]. De werkdruk bij de huisarts daalt[2-3,6,16]. De ELP kan de huisarts ondersteunen via intervisie en vorming[2,6,13,16,26]. Intervisie is een leermoment en moet onderscheiden worden van patiënt besprekingen. Hierdoor ontwikkelt de huisarts een professionele attitude en een grotere deskundigheid[6].

Bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk wordt psychische hulpverlening meer laagdrempelig (zowel voor huisarts als patiënt) en vermindert het taboe[2-3,6,13,18,24,26]. Zo kunnen patiënten naar de huisartsenpraktijk gaan zonder te zeggen tegen familie en vrienden dat ze een psycholoog gaan raadplegen[26]. De locatie is een neutrale plek. Er hangt nergens een bordje met psycholoog. Dat vermindert het stigma. De therapeut in de huisartsenpraktijk is snel beschikbaar in de onmiddellijke omgeving[24]. Door de vertrouwensband, die de patiënt al heeft opgebouwd met de huisarts, zal hij ook gemakkelijker een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk raadplegen[16,18]. De verminderde financiële kost helpt de drempel te verlagen[16,24].

De ELP kan behalve de niet-complexe klachten, ook structureel de doelgroep bereiken, die men anders niet in de gespecialiseerde GGZ krijgt. Hierbij vormt ze vooral een brug tussen de huisarts en de meer gespecialiseerde psychosociale hulpverlening[16,18,24,26]. Zo kan de ELP een serieus probleem onderkennen en doorsturen[26]. De ELP kan vaak niet het volledige probleem oplossen op een beperkt aantal sessies, maar kan wel reeds perspectief bieden[16,24]. De consumptie van medische zorg vermindert, alsook het medicatiegebruik[3,24,26]. Er zijn minder crisissen, minder opnames en mensen kunnen blijven werken en functioneren in de maatschappij[24].

II Zijn er knelpunten?

Nadelen kunnen zijn: de juist té lage verwijsdrempel, het beroepsgeheim en privacy van de patiënt, de financiering[2,13]. Het is nodig de patiënt om toestemming te vragen voor het gedeeld beroepsgeheim tussen huisarts en ELP[3]. Er zijn extra overlegmomenten nodig, alsook goede afspraken over de problematiek, die verwezen wordt naar de ELP[2,16]. De samenwerking en verhouding tussen huisarts en psycholoog is belangrijk, alsook een goede communicatie[3,6]. Hiervoor moeten huisartsen opgeleid worden over psychosociale problematiek. Het is niet voldoende om enkel een psycholoog binnen een huisartsenpraktijk te hebben[3].

III Integrated care

Integrated care betekent dat de ELP en huisarts samenwerken als een team. Dit kan onderscheiden worden van colocated care, waar ze enkel dezelfde ruimte en informatie delen, en coordinated care, waar ze informatie delen, maar niet dezelfde ruimte. De integrated care wordt nog tegengehouden door verschillende factoren. De kennis en vaardigheden van de hulpverleners verschillen. Zo heeft bijvoorbeeld de ELP meestal weinig training in basis medische concepten voor overleg. Er is vaak een gebrek aan coördinatie tussen de verschillende zorgentiteiten. Er zijn drempels vanuit de huisartsenpraktijken om een ELP binnen te laten: beroepsgeheim, financiële drempels, concurrentie met privé-ELP… De evolutie van colocated care naar integrated care vraagt een hele attitudeverandering en tijd[6].

Eigen onderzoek

1. Beschrijving van de praktijken

I Geneeskunde voor het volk, Kolderbos, Genk

De praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk is een forfaitaire groepspraktijk. Deze telde bij de start van het onderzoek vijf artsen, drie huisartsen in opleiding, vijf verpleegkundigen, een sociaal assistent en een psycholoog. Bij het begin van het onderzoek telde de praktijk 3100 patiënten. De meerderheid van de patiënten is van Turkse origine. De eerstelijnspsycholoog is ook van Turkse origine en werkt halftijds op de praktijk. De praktijk werd opgesplitst in september. Nu werken er nog drie artsen, een huisarts in opleiding, twee verpleegkundigen, drie onthaalmedewerksters, een sociaal assistent en een psycholoog. De praktijk telt nog 1500 patiënten.

II Groepspraktijk, Kolderbos, Genk

Dit is een groepspraktijk met vier artsen en een onthaalmedewerkster, gelegen in Kolderbos in Genk, in dezelfde straat als de praktijk van Geneeskunde voor het Volk. Ze werken volgens het systeem van prestatiegeneeskunde en hebben geen psycholoog binnenshuis. De patiëntenpopulatie is gelijkaardig aan de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Kolderbos.

III De sleutel, Geneeskunde voor het volk, Schaarbeek, Brussel

"De sleutel" is een praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Schaarbeek. Ze telt ongeveer 3000 patiënten van 53 verschillende nationaliteiten. In het team zitten vier huisartsen, twee huisartsen in opleiding, een verpleegkundige, een verantwoordelijke organisatie en beheer en drie onthaalmedewerkers. Er werken twee psychologen alternerend om de twee weken een halve dag op de praktijk. Dit doen ze in het kader van een groter project in Vlaanderen en Brussel over de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor werden in Brussel tien psychologen gedetacheerd uit het CGG om in verschillende huisartsenpraktijken te gaan werken. Met dit project versterken ze de eerste lijn (huisarstenpraktijken) vanuit de tweede lijn (CGG)[16,18].

2. Kwantitatief onderzoek

I Welke patiënten komen naar de huisarts met psychosociale problemen?

Op de praktijk van geneeskunde voor het volk in Genk, waar sinds 1988 alle diagnoses gecodeerd worden geregistreerd in het EMD, hadden 35% van de patiënten een psychosociale diagnose toegekend gekregen de laatste vijf jaar en 53% van de patiënten gedurende hun hele levensloop. Op de praktijk van geneeskunde voor het volk in Schaarbeek waren dat er iets minder, respectievelijk 22% en 25%. In Vlaanderen volgens de intego-databanken zijn dat er 15% en 28%[14]. Op de praktijk in Genk kregen 15% meer vrouwen een psychosociale diagnose dan mannen. Dit verschil is ook in mindere mate te merken volgens de intego-databanken[14]. In Schaarbeek is er geen verschil te zien tussen de verschillende geslachten. Op de praktijk in Genk, hebben werklozen en invaliden duidelijk meer kans

op een psychosociale diagnose dan werkenden, gepensioneerden, huisvrouwen en –mannen. Patiënten met een inkomen onder de 1500 euro per maand kregen bijna 10% meer psychosociale diagnoses in het dossier. Bij rokers staan een groter aantal psychosociale problemen geregistreerd dan bij niet-rokers of ex-rokers. Patiënten met een BMI onder de 18 hebben in Genk meer psychosociale diagnoses. Dit zie je echter in Schaarbeek niet. Als je kijkt naar het aantal somatische chronische ziekten, zijn in beide praktijken de psychische aandoeningen duidelijk gecorreleerd aan deze ziekten. Het behaalde diploma was niet significant verschillend bij patiënten met of zonder psychische aandoeningen. Je ziet in Tabel 2 dat patiënten met een psychosociale diagnose in het dossier op de praktijk in Genk een ongezondere levensstijl hebben. De leeftijd was niet beduidend verschillend tussen de patiënten met of zonder psychosociale diagnose.

		Genk, patiënten > 18 jaar		Schaarbeek patiënten > 18 jaar		Intego patiënten > 20 jaar	
		Hele levensloop	Laatste 5 jaar	Hele levensloop	Laatste 5 jaar	Hele levensloop	Laatste 5 jaar
Alle patiënten		53%	35%	25%	22%	28%	15%
geslacht	Man	45%	27%	24%	22%	25%	13%
	Vrouw	60%	42%	25%	22%	30%	16%
Werk	Overwegend bureau werk	55%	36%				
	Overwegend fysiek werk	55%	37%				
werkstatus	Werkend	56%	37%				
	Werkloos	70%	48%				
	Gepensioneerd	45%	27%				
	Student	44%	34%				
	Huisman/huisvrouw	55%	35%				
	Invalide	70%	44%				
diploma	Hoger onderwijs	52%	30%	22%	21%		
	Hoger secundair algemeen vormend	58%	38%	30%	24%		
	Hoger secundair beroep/technisch	55%	37%	27%	25%		
	Lager secundair onderwijs	61%	41%	27%	25%		
	Lager onderwijs	54%	33%	14%	14%		
	Geen diploma	56%	37%	31%	28%		
Inkomen	> 3000 euros	51%	27%				
	1500 – 3000 euros	52%	34%				
	< 1500 euros	61%	41%				
rookstatus	Nooit	50%	32%				
	Ex-roker	48%	29%				

	Roker	67%	46%				
BMI	<18	65%	47%	17%	16%		
	18-25	55%	37%	18%	17%		
	25-30	53%	35%	18%	15%		
	30-40	57%	34%	18%	16%		
	> 40	67%	37%	13%	10%		
Somatische Chronische ziekte	Geen	45%	32%	10%	9%		
	1 of meerdere	57%	36%	24%	21%		

Tabel 1. Hier staan de percentages van de patiënten op de praktijk van geneeskunde voor het volk in Genk en Schaarbeek, die een psychosociale diagnose kregen in het dossier gedurende de volledige levensloop en de laatste vijf jaar in functie van een aantal variabelen zoals leeftijd, geslacht, opleiding...We vergeleken de prevalenties met de data uit intego-databank (laatste kolommen).

	Patiënten met psychosociale diagnose laatste 5 jaar (hele levensloop)	Patiënten zonder psychosociale diagnose laatste 5 jaar (hele levensloop)
Gemiddelde leeftijd	45,2 jaar (46,7 jaar)	47,9 jaar (47,3 jaar)
Beweging (aantal per week)	1,5 (2,8)	5,4 (3,0)
Aantal fruit- en groenten per dag	1,3 (2,4)	4,2 (2,4)

Tabel 2. Hier staan de gemiddelde leeftijden van patiënten met/zonder psychosociale diagnose bij geneeskunde voor het volk in Genk, alsook de lichaamsbeweging en het aantal porties groenten en fruit, die ze per dag eten.

II Waar werden de patiënten doorverwezen buiten de praktijk in de groepspraktijk zonder psycholoog binnenshuis?

Op de praktijk in Genk zonder psycholoog binnenshuis werden 48 patiënten geregistreerd waarbij een doorverwijzing aan bod kwam tijdens de consultatie. De problemen die werden doorverwezen waren verwerking van chronische ziekte, relatieproblemen, burn-out, chronische pijn, stress, angststoornis, ouder-kind-problemen, depressie, alcohol- en andere verslavingen, hyperventilatie en somatische fixatie, fibromyalgie, eetstoornis, sociale problemen en traumaverwerking. De patiënten werden verwezen naar een privé-psycholoog, het CGG, thuisbegeleidingsdienst, psychiatrie, spoedgevallen, crisisteam, CAD, CAW, Huis van de Mens, kinderpsychiatrie, KULeuven, Noolim, pijnkliniek en Cereon. Een aantal patiënten wouden geen doorverwijzing en werden geholpen door de huisarts zelf. Sommigen waren nog dolend in het somatisch systeem.

Je ziet een grote waaier aan diensten, waar de huisartsen naartoe verwijzen. Het CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg) dient vooral voor psychologische klachten. Op het CAW (Centrum Algemeen Welzijn) wordt gezorgd voor crisisopvang (bv. vluchthuis), relatietherapie,… Het gaat hier dus eerder om psychische klachten uit een situationele context. Er is het “Huis van de Mens”. Dat is een vrijzinnige vereniging, die vooral oplossingsgericht werkt rond existentiële vragen en levenservaringen. Er werken daar geen psychologen. Daarom is het daar zeer geschikt voor lager geschoolden, die een abstract niveau van praten niet bereiken. Bij Noolim heb je een crisisteam en

mobiel chronisch team. Er is een kinesist die zich bezighoudt met angstproblemen, een neuropsychiater, het CAD (Centrum voor Alcohol en Drugs) en een opvoedingswinkel. Er zijn ook verschillende privépsychologen. Eén van de artsen verwijst vooral naar een privépsycholoog omdat er een goed contact is tussen de huisarts en de psycholoog.

III Hoeveel patiënten kwamen bij de psycholoog in de huisartsenpraktijk van geneeskunde voor het volk in Genk terecht?

In Genk stond bij 1462 van de 2393 patiënten boven de 18 jaar een psychosociale diagnose in het dossier gedurende de hele levensloop. De psycholoog werkt halftijds op de huisartsenpraktijk sinds begin juni 2013. Sinds deze datum werden er gedurende 19 maanden 419 nieuwe psychosociale diagnoses gesteld in het dossier. Van deze patiënten hebben er 78 een afspraak gemaakt bij de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk. 18 van deze patiënten zijn nooit komen opdagen op hun afspraak, 60 wel. Dat betekent dat 18,6% van de patiënten met een nieuwe psychosociale diagnose werden doorverwezen naar de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk en14,3% er effectief terecht kwamen. Er werden reeds 253 afspraken gemaakt bij de psycholoog, waarbij 178 keer de patiënten werkelijk kwamen opdagen en 75 keer niet. Het gemiddelde aantal consulten bij de psycholoog per patiënt die bij de psycholoog is geweest is 2,97. 55 patiënten maakten wel eens een afspraak zonder te komen opdagen. Slechts 23 van de 78 patiënten zijn elke keer naar hun afspraak gekomen.

In Tabel 3 wordt het aantal patiënten weergegeven die een afspraak maakten bij de psycholoog op de huisartsenpraktijk in Genk. Deze werden opgedeeld in het aantal afspraken dat ze maakten bij de psycholoog en het aantal keer dat ze ook effectief kwamen opdagen op hun afspraak. 19 patiënten maakten slechts één afspraak, waarvan er twee kwamen opdagen. Van de patiënten die in het totaal twee afspraken maakten bij de psycholoog, kwam één patiënt helemaal niet opdagen, vijf patiënten zijn één keer geweest en vier patiënten kwamen effectief naar hun twee afspraken. Van de patiënten die meer dan twee afspraken maakten bij de psycholoog, kwamen ze allemaal minstens één keer opdagen. Eén patiënt is zeven keer op consultatie geweest bij de psycholoog en 23 patiënten kregen vier of vijf sessies. 36 mensen kwamen tussen één en drie sessies.

Aantal gemaakte afspraken	Totaal aantal patiënten	Aantal keer komen opdagen							
		0	1	2	3	4	5	6	7
1	19	17	2						
2	10	1	5	4					
3	14	0	5	4	5				
4	14	0	0	3	4	7			
5	13	0	0	1	3	5	4		
6	4	0	0	0	0	1	3	0	
7	4	0	0	0	0	3	0	0	1
Totaal	78	18	12	12	12	16	7	0	1

Tabel 3. Aantal sessies per patiënt bij de psycholoog

IV Welke diagnoses stelde de psycholoog?

Tabel 4 is een lijst van 81 patiënten en de diagnoses die door de psycholoog werden gesteld in de huisartsenpraktijk van geneeskunde voor het volk in Genk. Hiervoor gebruikte de psycholoog de

onderverdelingen van de ICPC-codes zoals deze voor alcohol afhankelijkheid en bipolaire stoornis. Voor sommige problematiek werd zelf een benaming gegeven door de psycholoog zoals rouwproces, familiaal conflict en relationeel conflict. De meest voorkomende problemen zijn een depressief gevoel, gevolgd door een conflict met partner, beperkte vaardigheden met betrekking tot stressmanagement en werkgerelateerde problemen.

Probleembeschrijving	**Aantal patiënten**	**Percentage %**
Conflict met partner	18 (16V.2M)	22%
Conflict kind met ouder	3 (2V.1M)	4%
Kind met beperking	3 (2V.1M)	4%
Psychose	3 (2M.1V)	4%
Afhankelijkheidsproblematiek	6 (5M.1V)	7%
Depressief gevoel (levensloop gerelateerd)	27 (23V.4M)	33%
Werk gerelateerde problemen	8 (5M.3V)	10%
Beperkte sociale vaardigheden	1 (1M)	1%
Angst/paniek	3 (3V)	4%
Beperkte vaardigheden m.b.t. stressmanagement	9 (9V)	11%

Tabel 4. Diagnoses gesteld door de psycholoog op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk. M=man. V=vrouw.

Op de praktijk in Schaarbeek was het moeilijker om exact te weten welke psychosociale diagnoses werden gesteld door de psycholoog. De psycholoog kon echter de meest voorkomende problematieken opsommen. Deze zijn burn-out, eetproblematiek en ouder-kind-problemen. Relatieproblemen komen ook vaak voor, waaronder relatieproblemen binnen de partnerrelatie, maar ook binnen de ruimere familie, zoals vrouwen met schoonmoeders. Veel patiënten voelen zich eenzaam. Dit komt soms door een migratiecontext.

3. Kwalitatief onderzoek

I Verloop van het onderzoek

Er werden in het totaal negen huisartsen en drie psychologen geïnterviewd. De huisartsen kwamen uit de drie verschillende praktijken waar ook de kwantitatieve gegevens werden verzameld. Drie artsen kwamen uit een praktijk zonder psycholoog, zes artsen hadden wel een psycholoog binnenshuis. De drie psychologen werken alle drie op een huisartsenpraktijk. Twee ervan werken vooral op het CGG, één werkt halftijds in een privépraktijk.

Bij de resultaten werden geen citaten gebruikt, maar werden de thema's, die aan bod kwamen tijdens de interviews weergegeven. Er werden geen prioriteiten geambieerd. Het is een vlakke weergave, waarbij niet steeds een onderscheid gemaakt werd tussen het aantal geïnterviewden, die dit onderwerp aanhaalden. De resultaten uit de volgende paragrafen kwamen allemaal aan bod tijdens de semigestructureerde interviews met de hierboven vernoemde psychologen en huisartsen.

II De huisarts en psychosociale hulpverlening

A. Samenwerking met verschillende diensten

1. De sociale kaart

Huisartsen hebben vaak te weinig kennis over de psychosociale kaart. Er is minder duidelijkheid over specialisaties en disciplines van psychiaters en psychologen dan over andere specialisten. Sommige huisartsen gaven tijdens de interviews aan dat een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk daarbij kan helpen. Anderen wisten niet of de kennis van de psycholoog hieromtrent voldoende was. Volgens sommige huisartsen zijn er al een aantal hulpmiddelen beschikbaar, maar de meesten vinden dat een goed uitgewerkte sociale kaart handig zou zijn. Een kennis over de sociale kaart en de mogelijkheden van de buurt groeit meestal uit ervaring wanneer huisartsen al langer aan het werk zijn. Zo leren ze waar ze het snelste terecht kunnen voor psychosociale problemen. Een mobiel crisisteam is een grote hulp voor de huisartsen zonder psycholoog binnenshuis.

2. Welke diensten?

In de drie huisartsenpraktijken kwamen zeer veel verschillende hulpverleningsdiensten aan bod. Meestal verwijzen de huisartsen naar het CGG, omdat in de drie praktijken een minder gegoede patiëntenpopulatie is. Voor sociale problemen worden ze doorverwezen naar het CAW. Huisartsen verwijzen soms rechtstreeks via de psychiater om hen de verdere begeleiding te laten bepalen. Om patiënten te laten opnemen verwijzen ze naar de PAAZ-dienst van het ziekenhuis. Er is een groot verschil tussen de huisartsen. De artsen geven allemaal aan dat privépsychologen te duur zijn voor hun patiënten. De wachttijden zijn daar echter minder lang. Vaak laten huisartsen de patiënten zelf kiezen. Een goede match tussen patiënt en psycholoog is namelijk belangrijk.

De beschikbare diensten in Genk, zijn onder andere het "Huis van de Mens" voor mensen die maar heel kortdurend een oplossingsgericht gesprek nodig hebben. Als patiënten zware ondersteuning nodig hebben, zijn er een heleboel oplossingen. Je hebt het mobiele crisisteam. Die werken kortdurend,doen een triage en inschatting van de ernst, bekijken of een opname nodig is en begeleiden eventueel die opname. Je hebt het CAD voor alcoholische problemen.

In Brussel zijn er heel uiteenlopende diensten waar patiënten kunnen verwezen worden. Er zijn Franstalige en Nederlandstalige centra. Er zijn er die werken rond systeemtherapie, … Je hebt centra die gespecialiseerd zijn in kinderen, verslavingen, jongeren en ouderenzorg. Je hebt een heleboel projecten lopen onder andere het LILA-project, waar psychiatrisch verpleegkundigen en sociaal assistenten aan huis komen en de patiënt thuis opvolgen.

3. Hoe verwijzen de artsen door buiten de huisartsenpraktijk?
Op de huisartsenpraktijk zonder psycholoog binnenshuis laat de huisarts de patiënten zelf bellen. Deze krijgt een aantal adressen van privépsychologen mee of bij een financiële drempel uitleg over het CGG. Bij dringende problemen belt de huisarts zelf. Op het CGG vragen ze dat de patiënt zelf belt, maar dan meldt de huisarts ze toch eens aan. Dan weet hij ook of ze gekomen zijn. Het mobiele crisisteam bellen de huisartsen zelf.

De huisartsen maken meestal een brief opdat de patiënten iets in handen hebben met een nummer en een naam. Soms geven huisartsen een uitgebreide brief mee, maar soms enkel een korte vraag. Het komt voor dat ze graag de mening van de psycholoog kennen met een blanco start. Bij sociale diensten waar geen psycholoog aanwezig is, is de huisarts meer geneigd een brief te typen om te duiden waar het probleem zit. Twee van de negen geïnterviewde huisartsen vinden het gevaarlijk om een brief te schrijven omdat dit de patiënt stigmatiseert. Ze noteren daarom weinig in het EMD. Zij geven de voorkeur aan mondelinge communicatie.

4. Problemen bij doorverwijzing
De geïnterviewde huisartsen gaven een heleboel knelpunten aan bij de doorverwijzing van patiënten buiten de huisartsenpraktijk. Een groot probleem in de welzijnssector is dat de verschillende diensten sterk gefragmenteerd zijn en dat patiënten niet beantwoorden aan het gewenst profiel. De patiënten worden dan opnieuw doorverwezen naar een andere dienst, wat de drempel weer verhoogt. Voor huisartsen gaat het te traag en is het onduidelijk welke problemen hij naar welke dienst moet sturen. De sociale kaart is erg versprokkeld. Er is weinig samenwerking tussen de verschillende diensten. Nochtans komen verschillende problemen vaak samen voor. Een voorbeeld zijn psychische problemen, die enkel behandeld worden door het CGG en sociale problemen, waarvoor patiënten enkel terecht kunnen op het CAW.

Een ander probleem is de moeilijke bereikbaarheid van vele diensten. Op sommige uren is het voor huisartsen zeer moeilijk om nog iemand aan de lijn te krijgen. Voor patiënten is het zeer demotiverend dat het CGG vaak zo moeilijk bereikbaar is en dat een afspraak maken zoveel moeite kost. Er zijn lange wachtlijsten op de verschillende diensten. Het CGG en CAW zijn onduidelijk betreffende hun procedure van intake. Bovendien vragen ze dat de patiënt zelf belt om zeker te zijn van zijn motivatie. Dit zijn drempels voor de patiënt.

Als huisartsen patiënten doorverwijzen buiten de huisartsenpraktijk krijgen ze zelden, geen of pas laattijdig verslagen van het CGG en privépsychologen. In veel verslagen staat weinig informatie. Ze verliezen vaak de patiënt uit het oog en weten niet of de patiënt wel degelijk ergens terecht is gekomen voor psychosociale begeleiding en verder blijft gaan. Actief bevragen hoe het met de patiënt gaat en wat hij van de psychotherapie vindt gebeurt weinig, eerder met privépsychologen omdat ze dan sneller hun afspraak hebben en de huisartsen het minder uit het oog verliezen. Er is weinig of geen overleg. Hierin is een groot verschil tussen de verschillende organisaties.

B. Kennis van huisartsen over psychosociale problematiek
1. Volgens de psychologen
Sommige psychologen vinden dat huisartsen nog te weinig afweten over psychosociale problemen. Er zou meer ruimte voor moeten zijn in de opleiding. Nu leren ze enkel voldoende over sommige onderdelen zoals psychofarmaca. Het is nuttig dat stagiairs geneeskunde op de huisartsenpraktijk ook

meevolgen met de psycholoog. Ze kunnen zien dat er een heel andere manier is om met de patiënten te praten, niet enkel op pathologisch niveau.

2. Volgens de huisartsen

De kennis en interesse in psychosociale problematiek is zeer divers bij de geïnterviewde huisartsen. Sommigen willen er graag meer over bijleren. Anderen vinden dat dat hun taak niet is en sturen liever door. Er zijn huisartsen die extra opleidingen volgen rond cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie, … Soms kan de huisarts patiënten er zelf bovenop helpen. Ze kunnen echter niet alles weten en kunnen vaak nog steeds niet de problemen van hun patiënten oplossen, ook omwille van tijdsgebrek. Een doorverwijzing naar een psycholoog blijft vaak nuttig. In de opleiding moet meer plaats komen voor psychosociale problematiek. Huisartsen leren wel theoretische zaken, maar het blijft moeilijk om met de patiënt te communiceren. Aandacht voor communicatie en psychotherapie in de opleiding zou nuttig zijn. Dit zou helpen om de fysieke problemen van de patiënten beter te kunnen behandelen. Steeds meer wordt het psychosomatische namelijk aangetoond als een objectiveerbaar feit.

III Drempels om gebruik te maken van psychosociale hulpverlening

A. Persoonlijke ervaringen van de patiënt

Tijdens de interviews werd aangegeven dat patiënten met eerdere ervaringen met psychologische begeleiding soms gemakkelijker opnieuw op consultatie gaan bij de psycholoog. De moeilijkheid kan ook net zijn dat ze reeds op verschillende plaatsen zijn gestuurd. Omdat psychologen nog niet officieel erkend zijn, bestaan er heel wat stromingen die niet altijd even efficiënt zijn. Hierdoor komen sommige patiënten slechter terug van therapieën en hebben ze al negatieve ervaringen met vorige psychologen, waardoor ze moeilijker opnieuw de stap zetten. Hierover wordt gepraat en dat brengt achterdocht. Het kan ook gewoon niet geklikt hebben met de psycholoog. Dan is het beter dat de patiënt naar een andere psycholoog probeert te gaan.

B. *stigma*

Er is in het algemeen nog steeds een stigma rond geestelijke gezondheidszorg. Sommige geïnterviewde artsen voelen dit stigma meer dan anderen. Het is ook zeer hard afhankelijk van de patiënten. Voor heel wat mensen is het verschil tussen een psycholoog en een psychiater niet duidelijk. Soms wordt de psycholoog gezien als een opstap naar psychiatrie. Ze denken dat je zot of gek moet zijn, vooraleer je gaat spreken met een psychiater en dat je je eigen problemen moet kunnen oplossen. Er leeft bij een aantal patiënten het idee dat ze het vertrouwen schenden van sommige mensen of familieleden als ze geheimen gaan vertellen aan een vreemd persoon.

Dit stigma is vaak cultuurgebonden en heeft een historische verklaring. Oudere huisartsen merken op dat dit stigma gedurende de jaren is verminderd. Er wordt meer en opener over gepraat dan vroeger. Mensen brengen tegenwoordig bijvoorbeeld spontaan aan dat hun klachten wel door stress kunnen komen. Ze vragen zelf naar een psycholoog of een psychiater. Het gevoel van schaamte begint voor veel mensen sterk te verminderen.

C. Praten

Eén huisarts gaf tijdens het interview aan dat de drempel om naar de psychiater te gaan net lager is voor patiënten omdat ze dan naar een dokter gaan. Veel mensen vragen zich af wat er met praten kan gebeuren. Huisartsen en psychologen gaven aan dat sommige patiënten helemaal niet verbaal zijn en introspectief. Er zijn patiënten met een weerstand tegen spreken of die niet de capaciteit hebben om op een metaniveau te kunnen spreken. Bij de psycholoog moeten ze spreken over persoonlijke

problemen, emoties, trauma's, dingen, die ze nooit verwerkt hebben, waar ze nooit over hebben durven spreken. Dat moeten ze doen bij een wildvreemde. Het spreken op zich op een heel persoonlijke manier is voor heel veel patiënten moeilijk. Patiënten moeten hier echt voor openstaan en er klaar voor zijn.

Als de huisarts een patiënt doorstuurt naar de psycholoog, moet hij nog eens moeite doen om zijn verhaal aan een nieuwe persoon te vertellen. De psycholoog moet terug van nul af aan beginnen om het vertrouwen te winnen van de patiënt. Bovendien gebeurt het in het CGG dat patiënten eerst een intake hebben bij een andere psycholoog dan de psycholoog, die hen uiteindelijk gaat opvolgen. Ze moeten hun verhaal tegen heel wat verschillende hulpverleners doen.

D. Financiële drempel

De huisartsen en psychologen gaven tijdens de interviews aan dat voor een groot deel van de patiënten een privépsycholoog zeer moeilijk te betalen is. Dit gaat gemakkelijk over 40 tot 60 euro's per uur. Patiënten moeten meestal verschillende keren op consultatie gaan, waardoor het prijskaartje hoog kan oplopen. Daardoor geven ze het ook gemakkelijker op na enkele sessies. In centra voor geestelijke gezondheidszorg is de regel dat het financiële de mensen niet mag tegenhouden om psychologische begeleiding te krijgen. Ze betalen een kleine bijdrage, die kan aangepast worden naargelang hun financiële situatie. Daarom gaan de meeste patiënten naar het CGG, waar er lange wachtlijsten ontstaan.

E. Wachttijd

Zowel in Brussel als in Genk kunnen de wachttijden in centra voor geestelijke gezondheidszorg oplopen tot enkele maanden. Patiënten maken afspraken op het moment dat ze last hebben. Als ze te lang moeten wachten, hebben ze op het moment van hun afspraak misschien minder nood aan een psycholoog. De acute crisis is dan over, waardoor mensen hun motivatie voor verandering en behandeling kwijt zijn. Veel mensen hebben niet het inzicht dat psychotherapie een hulp kan bieden op langere termijn. Dat heeft vaak te maken met de sociale omgeving.

F. Persoonlijkheid van de patiënt

De geïnterviewde huisartsen en psychologen brachten een aantal kenmerken van patiënten aan, die moeilijker bij de psycholoog terecht kwamen. Vaak hebben patiënten, die niet komen opdagen bij de psycholoog, problemen met structuur en afspraken. Ze kunnen zich moeilijk organiseren. Deze patiënten zouden nochtans het meeste baat hebben aan psychologische ondersteuning. Op dat moment kan de psycholoog hen aanmoedigen om een agenda te kopen en volgende afspraken erin te zetten. Er zijn nog andere kenmerken, die bepalen of patiënten gemakkelijk naar de psycholoog (blijven) gaan. Vrouwen blijven gemakkelijker komen. Het soort aandoening is belangrijk. Zo is het bijvoorbeeld moeilijker voor patiënten met een chronische aandoening om psychotherapie vol te houden.

G. Taal

Tijdens de interviews gaven de artsen en psychologen aan dat het voor anderstaligen zeer moeilijk is om een geschikte psychotherapeut te vinden. In een vreemde taal communiceren met de huisarts is nog steeds iets anders dan met de psycholoog. Om emoties te brengen, moeten er meer nuances kunnen gelegd worden in de taal. Zeker voor oudere personen, is het moeilijk om nog een andere taal te leren.

H. Cultuur

Zowel in Schaarbeek als in Genk is een zeer multiculturele patiëntenpopulatie. Uit de interviews met de psychologen en artsen blijkt dat voor heel wat mensen van buitenlandse origine in hun land van

herkomst de psycholoog of psychotherapeut nauwelijks bestaat. Het is voor hen totaal onbekend, onontgonnen terrein. Dan is er nog heel wat pretherapeutisch werk te doen. Daar heb je nog heel vaak het lichaam dat spreekt. Soms proberen mensen met een godsdienstige achtergrond genezing en verklaringen te vinden in heilige teksten en in hun godsdienst.

Er zijn ook een aantal andere culturele verschillen. Zo is het bijvoorbeeld in de Turkse en Marokkaanse cultuur minder geoorloofd om, als er iemand op bezoek komt, de persoon terug aan de deur te zetten als je een afspraak hebt. Dus als er toevallig iemand op bezoek komt op hetzelfde moment als de afspraak met de psycholoog, komen ze soms niet opdagen. Omwille van het taalverschil kunnen patiënten zich vergissen in het uur, bijvoorbeeld bij misverstanden tussen één uur dertig en half één.

I. Somatisatie

Uit de interviews blijkt dat veel mensen nog altijd psychische klachten uiten als fysieke klachten. Ze voelen zich niet serieus genomen als de huisarts hen doorverwijst naar de psycholoog. Sommigen blijven shoppen van de ene specialist naar de andere. Dit is gedurende de laatste jaren al verminderd. Somatisatie is vaak cultuurgebonden.

J. Moeilijke leefsituatie

Volgens de geïnterviewde huisartsen vinden patiënten met een moeilijke leefsituatie meestal hun weg moeizamer naar de welzijnszorg in het algemeen, niet enkel naar de psycholoog. Mindergeschoolden maken vaak moeilijker een onderscheid tussen psychiater en psycholoog. Hoogopgeleiden gaan gemakkelijker naar een psycholoog.

Sommige patiënten hebben heel wat problemen op heel veel fundamentele vlakken. Zo zijn er mensen met grote financiële problemen, sans-papiers, … Ze weten niet hoe ze gaan rondkomen op het einde van de maand, dreigen uit hun huis gezet te worden, of uit het land… Bij deze mensen gaat het eerder om overleven dan leven. Zij zeggen dat ze geen nood hebben aan psychotherapie, maar een oplossing voor hun problemen. Geïnterviewde psychologen gaven aan dat het soms moeilijk is om het nut van psychotherapie bij mensen in zo een precaire situatie in te zien. Het gaat over sociale en maatschappelijke problemen. Bij de psycholoog leren de patiënten er een beetje mee leven, maar de vraag is of dat voldoende is.

K. Afstand en praktische overwegingen

Tijdens de interviews werden een heleboel praktische problemen aangehaald. Sommige mensen zijn kansarm en moeten de bus nemen naar de psycholoog met hun kinderen of opvang zoeken. Voor mindermobielen en mensen met een handicap is het moeilijker om hun weg te vinden naar psychosociale therapie. Patiënten die niet komen opdagen bij de psycholoog, zeggen vaak dat ze hun afspraak vergeten zijn. Ze geven dikwijls praktische redenen zoals ziekte of andere afspraken. Soms haken ze af omdat ze zeggen dat ze zich beter voelen of zijn ze het gewoon beu. Ze weten dan dat de mogelijkheid er is om terug te gaan als ze zich slechter voelen.

L. Erkenning van het probleem

Huisartsen in Genk en Schaarbeek gaven moeilijkheden aan voor de patiënten om hun probleem te erkennen. Sommige patiënten zien de hulp van een psychotherapeut als falen. Daarom is het moeilijk om toe te geven dat ze een psycholoog nodig hebben. Voor sommige mensen is het gewoon gemakkelijker om het probleem te negeren en links te laten liggen. Daarom komen ze niet opdagen bij de psycholoog. Na een tijdje komt het probleem weer boven en maken ze opnieuw een afspraak.

M. Angst voor verandering

Volgens één van de psychologen werkt psychotherapie soms te goed voor patiënten. Dan hebben ze schrik omdat ze beginnen te veranderen en ze dat niet willen. Het kan gevaarlijk zijn om te veranderen. Patiënten brengen heel wat dingen in vraag zoals hun relatie, hun werk… Dat kan een reden zijn waardoor patiënten afhaken bij de psycholoog.

N. Kennis

De huisartsen op de drie praktijken ervaren dat de patiënten meestal op de hoogte zijn van plaatsen waar ze terecht kunnen met hun psychische problemen, zoals het CGG of de psycholoog op de huisartsenpraktijk. Soms weten patiënten niet dat hun probleem iets is waarmee ze naar de psycholoog kunnen gaan.

IV Mogelijke oplossingen voor drempels en problemen

A. Organisatie van de welzijnszorg en sociale kaart

Uit de interviews met de artsen en psychologen blijkt dat de verschillende diensten zich meer moeten organiseren, bijvoorbeeld door één aanspreekpunt. Ze moeten bereikbaar zijn, ook later op de avond. Een persoonlijk contact tussen de huisarts en een psycholoog binnen of buiten de huisartsenpraktijk werkt drempelverlagend. Daarom zou een goede sociale kaart en meer kennis van psychologen nuttig zijn voor huisartsen zonder psycholoog op de huisartsenpraktijk.

B. Erkenning van psychotherapeuten door het riziv

Alle geïnterviewde artsen en psychologen willen graag een terugbetaling van erkende psychologen. In andere landen wordt psychotherapie al terugbetaald. Sommige mutualiteiten betalen een aantal sessies terug. Het is onlogisch dat een arts en een kinesist terugbetaald worden en een psycholoog niet. Hierdoor maak je een onderscheid tussen fysieke en geestelijke gezondheidszorg. Met het grote aantal psychische problemen in onze maatschappij, is psychologische hulp minstens even belangrijk. Het kadert in de eerste lijn. Het feit dat psychologische begeleiding niet erkend wordt door het riziv, betekent dat het nog beschouwd wordt als een luxeprobleem. Nochtans is dit een groeiend probleem, zeker in tijden van crisis.

Eén van de geïnterviewde artsen stelt zich de vraag of het financieel haalbaar zal zijn. Het gaat meer gebruikt worden met een tegemoetkoming. Een probleem dat werd aangehaald, is de vraag wat de regels gaan zijn. Hoeveel keer mogen patiënten hun sessie bij de psycholoog terugbetaald krijgen? Gaat dit afhangen van de pathologie? Op langere termijn zou de erkenning kunnen opbrengen. Door de terugbetaling door het RIZIV, gaan er onder andere minder medicatiegebruik en zelfmoorden zijn. Zo wordt medicatie door huisartsen nu nog vaak voorgeschreven uit onmacht omdat er weinig andere mogelijkheden zijn.

C. speciale nomenclatuur voor langere consultaties

1. De mening van de huisartsen

Hierover zijn de meningen bij de geïnterviewde huisartsen verdeeld. Het zou kunnen dat het met een speciaal nomenclatuurnummer meer zou gedaan worden. Sommige huisartsen vinden dat psychosociale begeleiding tot hun takenpakket behoort. Je hoeft niet elke patiënt door te sturen. Door een speciaal nomenclatuurnummer geef je aan huisartsen met interesse voor psychosociale begeleiding hiertoe de kans. Alles wat niet medicamenteus is, vergt meestal meer tijd. In de prestatiegeneeskunde worden artsen, die tijd willen nemen voor de psychosociale context sterk benadeeld.

Langs de andere kant hebben huisartsen in drukkere periodes minder tijd hiervoor. Een andere vraag is of ze daar wel genoeg voor zijn opgeleid. Er zijn huisartsen, die geïnteresseerd zijn in een extra opleiding, maar niet allemaal. Bovendien mogen huisartsen niet gelijkgesteld worden aan psychologen. Het nomenclatuurnummer zou ook kunnen leiden tot misbruik. Het zou kunnen helpen als het nomenclatuurnummer enkel gebruikt mag worden na het volgen van een specifieke cursus. Een andere mogelijke oplossing dat werd aangehaald zou kunnen zijn om te werken met tijdsgebonden consulten. Het kan namelijk moeilijk zijn om duidelijk af te bakenen wat er precies gebeurt in één consultatie. Vaak komen patiënten met verschillende klachten naar de huisarts.

Een aantal huisartsen brachten tijdens de interviews aan dat een forfaitaire eerstelijnsgeneeskunde de beste manier is om op een soepele manier met psychosociale problemen te kunnen werken. Als er speciale nomenclatuurnummers bestaan voor psychosociale begeleiding, zal de patiënt namelijk meteen veel meer geld moeten betalen bij de huisarts. Ze krijgen dit wel terugbetaald, maar de praktijk leert dat de tijd tussen het betalen en de terugbetaling soms al teveel kan zijn. Bovendien betekent samenwerken ook overleggen. Je zou tot in het oneindige nomenclatuurnummers kunnen verzinnen.

2. De mening van de psychologen

De drie psychologen hebben een verdeelde mening over deze maatregel. Een huisarts moet meer een tussenstap vormen naar geestelijke gezondheidszorg en zich zelf blijven bezighouden met de fysieke gezondheid, die meer aan bod moet komen tijdens de consultaties. De huisarts kan zorgen voor de medicatie bij de patiënten, maar verder moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen hulpverleners voor fysieke en mentale klachten. Uiteraard mogen de patiënten hun hart luchten bij de huisarts, maar als het teveel wordt, is het tijd om door te verwijzen. Zelf kunnen de huisartsen de patiënten blijven opvolgen voor de bijkomende somatische klachten en de medicatie. Psychologen kunnen hen veel beter en intensiever begeleiden bij hun psychische klachten.

De huisartsen zouden te snel kunnen denken dat zij zelf psycholoog kunnen zijn. Op dat moment onderschatten ze de specifieke kennis, expertise en achtergrond. Psychologen hebben vijf jaar gestudeerd, waarna de meesten nog een therapieopleiding hebben gevolgd van vier jaar. De huisarts mag niet denken dat hij met enkele workshops psychotherapie zal kunnen geven. Je hebt een serieuze vorming nodig.

Langs de andere kant zijn zeer veel klachten bij de huisarts eerder psychologisch van aard dan lichamelijk. Het is dus belangrijk dat huisartsen hier oog voor hebben. Bovendien kunnen ze pretherapeutisch heel goed werk leveren in het motiveren van patiënten. Daarom is een samenwerkingsverband tussen huisartsen en psychologen zo belangrijk. Het pretherapeutisch werk vraagt natuurlijk tijd, waarvoor speciale nomenclatuurnummers nuttig zouden kunnen zijn.

D. triage en investering in de eerste lijn

Tijdens de interviews kwamen een aantal mogelijke oplossingen voor de lange wachtlijsten aan bod. Het zou nuttig zijn om psychische aandoeningen beter te triëren. Urgentere problemen zouden eerst moeten gezien worden. Mobiele crisisteams kunnen helpen om wachttijden naar het CGG te overbruggen. Een psycholoog kan al op voorhand zorgen voor triage naar de verschillende diensten. Er moet meer geïnvesteerd worden in de eerste lijn, in plaats van in de duurdere tweede lijn. Er zijn meer en beter erkende en gevormde psychologen nodig, alsook meer sociaal assistenten en sociale diensten zoals het CAW. Vaak gaat het namelijk om sociale problemen.

E. Uitleg aan de patiënt

Zowel tijdens de interviews met de huisartsen als met de psychologen, kwam het belang van een goede uitleg aan patiënten aan bod. Vaak uiten patiënten psychische problemen in lichamelijke klachten. Deze symptomen moeten dan door de huisarts opgepakt worden als signalen. Op dat moment kan helpen om hen te laten inzien dat emoties en stress onderdrukken, altijd maar spanningen binnenhouden, ook pijn is. Het lichaam gaat dat ongemak vertalen. Het is dan zeer belangrijk om toch te proberen de emoties uit te spreken en het te hebben over die moeilijke dingen, waardoor het lichaam het minder nodig gaat hebben om alarmsignalen uit te zenden.

Sommige patiënten maken een aantal keer een afspraak met de psycholoog en bellen op het laatste nippertje af omdat ze schrik hebben en niet weten of het gaat helpen. Het is belangrijk dat de arts dan laat weten dat ze het best gewoon eens proberen om het te weten. Anders blijven ze met de onzekerheid zitten.

F. Intersectorale samenwerking

In Schaarbeek leven sommige patiënten in zo een precaire situatie dat het zelfs voor de geïnterviewde psychologen en artsen moeilijk is om het nut van psychotherapie in te zien. Het gaat over sociale en maatschappelijke problemen. Op dat moment missen de psychologen structureel de samenwerking met een aantal groepswerkingen, die daar mogelijks een belangrijke inbreng zouden kunnen hebben. De maatschappij zou op een meer menswaardige manier moeten functioneren, opdat patiënten niet meer bij de psycholoog zouden terecht komen. Hiervoor is samenwerking nodig met andere sectoren zoals onderwijs, werkgelegenheid,…

V Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk

A. Wat zijn de voordelen?

1. Verbreding van het zorgaanbod

Een voordeel dat uit de interviews naar voor kwam was de verbreding van het zorgaanbod. Psychische problemen hebben vaak een lichamelijke weerslag. Wanneer de psycholoog werkt binnen de huisartsenpraktijk, is er een rechtstreekse link met de huisarts. Hij creëert psychische ruimte bij iemand, die zich normaal bezig houdt met het somatische. Zo gaan de mensen zien dat gezondheid niet enkel het fysieke is. Bovendien hebben huisartsen meestal onvoldoende kennis om zelf psychotherapie te geven. Dankzij de psycholoog op de huisartsenpraktijk krijgen patiënten de juiste behandeling. Dit verbetert de kwaliteit van zorg.

2. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog

Zowel de geïnterviewde huisartsen als psychologen geven een vlottere communicatie aan. Er is veel meer contact en een snellere bespreking tussen artsen en psychologen langs beide kanten. Dit betekent een snellere behandeling voor de patiënt. Zo kan de psycholoog bijvoorbeeld snel een vraag stellen over medicatie. De psycholoog kan ook regelmatig even aan de huisarts vertellen hoe het met een patiënt gaat. Deze kan hiermee rekening houden bij het volgende contact. Wel vinden huisartsen en psychologen het belangrijk toestemming te vragen aan de patiënt voor dit gedeeld beroepsgeheim. Huisartsen verliezen hun patiënten minder snel uit het oog bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk. Ze kunnen meteen zien of de patiënt naar de psycholoog is geweest als ze de patiënt zien in de wachtzaal of in de agenda van de psycholoog. Huisartsen kunnen de patiënt ook aanspreken bij afwezigheid bij de psycholoog.

3. Toegankelijkheid, drempel en continuïteit

Uit de interviews blijkt dat de toegankelijkheid en drempel lager zijn bij een psycholoog op de huisartsenpraktijk. Patiënten moeten niet meer bellen, maar krijgen meteen een afspraak in een vertrouwde omgeving. Ze moeten zich niet te ver verplaatsen voor hun consultatie bij de psycholoog. Voor de huisartsen is de drempel om te verwijzen verlaagd. De goede relatie tussen psycholoog en huisarts is belangrijk bij doorverwijzing. Om deze redenen kan op de huisartsenpraktijk een doelgroep bereikt worden, die zijn weg naar het CGG of andere psychotherapie niet vindt. Patiënten komen soms voor het eerst over hun problemen praten. Het kan gaan om mensen, voor wie psychologen en therapie een volledig onbekend terrein was. Het is zeer zinvol om hen toch de kans te geven om te spreken. Patiënten blijven regelmatig op consultatie komen bij de psycholoog, wat een goede continuïteit van zorg betekent.

4. Vertrouwensband met de huisarts

Psychologen en huisartsen gaven aan dat je het vertrouwen dat patiënten hebben in de huisarts en het huis gaat overdragen naar de psycholoog. De huisarts is de vertrouwenspersoon van de patiënt op vlak van gezondheid. Als hij kan zeggen dat er een psycholoog op de huisartsenpraktijk werkt, die hij persoonlijk kent, zal het voor de patiënt veel gemakkelijker zijn om de stap naar psychotherapie te zetten. De psycholoog is één van hen. Ze hebben hem soms al zien rondlopen op de praktijk. Dat werkt drempelverlagend.

5. Verminderd stigma

Met de tijd wordt het stigma minder omdat de psycholoog deel wordt van de huisartsenpraktijk. Psychische gezondheid valt onder de koepel gezondheid. Volgens de geïnterviewde huisartsen vragen patiënten gemakkelijker uit eigen initiatief naar psychosociale begeleiding wanneer een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk werkt. Bovendien kunnen patiënten gemakkelijker verborgen houden voor vrienden en familie dat ze naar de psycholoog gaan. Ze kunnen gewoon vertellen dat ze naar de dokterspraktijk gaan. Niemand hoeft te weten dat ze daar met een psycholoog gaan praten. Dit vermindert het stigma en de drempel.

6. Sociaal en economisch

Tijdens de interviews kwamen een aantal sociale en economische voordelen aan bod. Een intensieve begeleiding met een goed contact en samenwerking tussen huisarts en psycholoog, even tot rust komen en alles op een rijtje zetten, kan motiverend zijn om sneller terug aan het werk te gaan. Iemand in een psychologisch stabiele toestand is actiever, komt meer naar buiten, is fijner in omgang en doet beter zijn werk. Er zullen minder afwezigheden zijn. Mensen gaan nieuwe mogelijkheden zien qua opleiding, studiekeuze, …

Patiënten zullen, als ze sneller kunnen geholpen worden, minder diep in de put zitten. Er wordt meer preventief gewerkt, waardoor ze meer kunnen blijven functioneren in de maatschappij. Net zoals bij somatische ziekten is de regel dat, hoe vroeger je ingrijpt, hoe minder kosten en hoe minder lang de behandeling gaat duren. Een investering in de eerste lijn zal geldverspilling in de tweede lijn tegengaan. De somatische overconsumptie zal dalen. Mensen gaan namelijk veel gemakkelijker een psycholoog raadplegen als er een grote psychische factor is in fysieke klachten. Het medicatiegebruik zal dalen.

7. Preventie en gezondheidspromotie

Huisartsen gaven een aantal mogelijkheden van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk aan op vlak van preventie en gezondheidspromotie. Mogelijks zou een psycholoog binnen de

huisartsenpraktijk meer preventief te werk kunnen gaan door snellere detectie en screening alsook snellere interventies in gevallen van screening. Ze kan er sneller bij zijn bij levensfaseproblematiek. De huisarts zou kunnen vragen aan de psycholoog om proactief mensen op te bellen met een risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem, bijvoorbeeld ouders van een kind met kanker. Om deze redenen zullen psychische problemen minder gemakkelijk evolueren naar zware en chronische pathologie. Dat zal resulteren in minder psychiatrische opnames. Een andere taak is om bij mensen, die al zover zijn, een volgende opname te voorkomen alsook te zorgen voor een re-integratie naar de maatschappij. Voor gezondheidspromotie zou de psycholoog een belangrijke rol kunnen spelen. Zo zou ze mee de taak kunnen opnemen van coach bij gewichtsreductie of rookstop.

8. Verlichten van het huisartsenberoep

Omdat de huisarts sneller doorstuurt, gaat het ook zijn eigen werk verlichten. Van de huisarts wordt namelijk verwacht dat hij de psychologische sector kent, de sector van de specialisten, de sociale kaart, … Dat is teveel voor één persoon. Er moeten andere paramedische functies zijn om daarvoor te zorgen zoals een psycholoog en een sociaal assistent. Hiervoor moet de huisarts de gave hebben om te kunnen delegeren en controle af te geven aan anderen.

9. Minder onnodig psychofarmacagebruik

Volgens de geïnterviewde huisartsen en psychologen zou het aantal onnodig psychofarmacagebruik dalen. België is één van de koplopers in het gebruik van psychofarmaca. Huisartsen schrijven vaak psychofarmaca voor omdat ze de patiënt toch graag willen helpen, maar onvoldoende opgeleid zijn en te weinig tijd hebben voor psychotherapie. Als patiënten moeten doorgestuurd worden, is dat ofwel naar een privépsycholoog die heel duur is, ofwel naar het CGG waar een lange wachttijd is. Ondertussen helpen de huisartsen soms de patiënten al verder met psychofarmaca. Bij een beschikbare psycholoog op de huisartsenpraktijk kunnen patiënten er veel sneller terecht en kan de huisarts dit overbruggen met psychotherapie.

10. De huisarts kent de psycholoog

Omdat de huisarts vertrouwd is met de aanpak van de psychologen, kan hij beter inspelen op de wensen van de patiënt. Op de praktijk met twee verschillende psychologen, kan hij kiezen welke psycholoog het beste bij de patiënt past, zeker als de twee psychologen een verschillende werkwijze hebben. De huisarts gaat ook gemakkelijker een patiënt toevertrouwen aan een psycholoog, die hij kent.

11. Psycholoog en huisarts leren van elkaar

Sommige geïnterviewde huisartsen zeggen al veel geleerd te hebben van de psycholoog op de huisartsenpraktijk, anderen minder. Ze vinden het allemaal wel een belangrijk aspect van de psycholoog op de huisartsenpraktijk. Huisartsen kregen tips mee van de psycholoog rond motiveren en doorverwijzen van patiënten. Ze leerden over de omgang met patiënten en de manier waarop zaken kunnen worden verwoord, zoals het benoemen en vragen waar patiënten mee zitten. Vaak is dit geen bewust leerproces, maar het opvangen van werkwijzen via concrete casussen.

Overlegmomenten tussen huisartsen en psychologen zijn zeer zinvol. Aan de hand van concrete casussen kunnen psychologen illustreren hoe ze werken en op welke manier huisarts en psycholoog complementair kunnen zijn. Huisartsen lieten weten dat ze vooral veel bijleren over de manier van werken van de psycholoog. Dat verhoogt het vertrouwen van de huisarts naar de psycholoog toe. Als de psycholoog expertise heeft rond een bepaald onderwerp, kan hij hierover vormingen geven aan huisartsen. Psychologen krijgen langs hun kant de kans om bij te leren over medicatie, fysieke en

psychosomatische aandoeningen, alsook administratie zoals ziekte-uitkering, ziekteverlof en verloop met controleartsen.

12. Financiële drempel

In de meeste forfaitaire praktijken moeten de patiënten slechts een kleine symbolische financiële bijdrage betalen voor de psycholoog op de huisartsenpraktijk. Op de praktijk in Schaarbeek moeten de patiënten zelfs niets betalen. De visie van deze praktijken blijft een toegankelijke gezondheidszorg. Er wordt rekening gehouden met de financiële situatie van de patiënten. De meeste huisartsen en psycholoog op de praktijk van geneeskunde voor het volk in Genk denken niet dat de patiënten het financiële als een drempel ervaren, maar zouden het beter vinden als die vergoeding er niet was. Eén huisarts voelt zich toch nog geremd om patiënten door te sturen omwille van die kleine vergoeding. Als de psycholoog zou erkend worden en in het forfait zou zitten, zou het veel goedkoper zijn.

13. Wachttijden

De wachttijden bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk, zijn afhankelijk van de organisatie van de praktijk en de beschikbaarheid van de psycholoog. In Genk kunnen patiënten snel geholpen worden, wat een enorm voordeel oplevert. De wachttijden zijn maximaal enkele weken in drukkere periodes. Dat is een goed overbrugbare termijn voor huisartsen om zelf de patiënt op de volgen met enkele gesprekken. De psycholoog houdt voldoende vrije momenten voor mensen, die onmiddellijk nood hebben aan een gesprek. In Schaarbeek is er een groter probleem van wachttijden omwille van de verminderde beschikbaarheid van de psychologen.

14. Taal

Bij de keuze van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk, kan rekening worden gehouden met de noden van de patiënten. Zo hebben ze bij geneeskunde voor het volk in Genk een Turkse psycholoog aangenomen. Dit omwille van het groot aandeel aan Turkse patiënten. Dit werkt volgens de huisartsen en psycholoog enorm drempelverlagend om op consultatie te gaan bij de psycholoog.

15. Kennis van de sociale kaart en doorverwijzing

Uit de semigestructureerde interviews blijkt dat een psycholoog verbonden met het CGG een grote hulp is voor de huisartsen in Schaarbeek. Zij heeft kennis van de werkwijze en kent haar collega's. Daarom verloopt de verwijzing vlotter als het gebeurt via de psycholoog op de huisartsenpraktijk. Als de psycholoog op de huisartsenpraktijk goed op de hoogte is van wat haar collega's in de buurt doen, kan ze zonder verbonden te zijn aan het CGG ook naar hen doorsturen of met hen overleggen. Ook dan kan de huisarts om raad vragen bij de psycholoog over de sociale kaart. De psychologen hebben zelf echter nog weinig kennis over sociale of maatschappelijke begeleiding. Hiervoor is de samenwerking met een sociaal assistent nuttig.

B. Wat zijn knelpunten?

1. Beschikbaarheid psycholoog

Op de praktijk in Schaarbeek zijn de psychologen slechts alternerend één halve dag om de twee weken aanwezig. De psychologen geven aan door de beperkte beschikbaarheid een minder goede continuïteit van zorg te kunnen garanderen. Als psycholoog en als psychotherapeut bouwen ze een vertrouwensrelatie op met de patiënten. Als er een indicatie voor therapie is, is het belangrijk om de patiënten met een goede frequentie te kunnen zien. Dit lukt niet omwille van de weinig beschikbare uren. Bovendien zijn er teveel patiënten, die door de psycholoog gezien moeten worden. Zo haken patiënten af omwille van de lange wachttijd. Wanneer huisartsen eindelijk een patiënt hebben overtuigd om naar de psycholoog te gaan, moet hij soms maanden wachten. Bij een lange wachttijd

vergeten patiënten gemakkelijk hun afspraak. Daarom worden ze de dag voordien opgebeld door de verpleegkundige op de praktijk. Door de beperkte beschikbaarheid, maken de psychologen niet echt deel uit van het team. Een oplossing zou kunnen zijn om het aantal ELP-uren uit te breiden opdat elke eerstelijnspsycholoog elke week een volledige dag op de huisartsenpraktijk zou kunnen werken. Dat zou echter ten koste gaan van hun consultaties op het CGG, wat het probleem complex maakt.

2. Geen verandering van ruimte
Eén van de psychologen gaf aan dat het voor sommige patiënten een nadeel kan zijn om op de huisartsenpraktijk te blijven. Daardoor gaan ze niet naar een andere organisatie en vormen ze geen nieuw netwerk. Het gaat hier niet enkel om expertise, maar om een andere ruimte. Het is symbolisch.

3. Beroepsgeheim
Huisartsen gaven aan dat een minderheid van de patiënten liever niet naar een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk komen uit angst dat er dingen zouden lekken. Het zou een minder veilig kader kunnen geven aan de patiënt omdat er wordt gewerkt binnen een groep. Er is veel overleg tussen huisarts en psycholoog. Het zou kunnen dat de patiënt niet altijd akkoord is met het feit dat de psycholoog informatie deelt met de huisarts. Het is belangrijk de patiënt om toestemming te vragen voor dit gedeeld beroepsgeheim.

4. Stigma
Een mogelijks probleem dat door huisartsen werd aangehaald, was dat sommige patiënten angst zouden hebben omdat ze in dezelfde wachtzaal zitten als andere patiënten, die zouden kunnen zien dat ze met de psycholoog mee naar binnen gaan. Bij een psycholoog buiten de huisartsenpraktijk gaan patiënten enkel in de wachtzaal zitten met andere patiënten met psychologische problemen, die het dan ook minder gemakkelijk naar de buitenwereld gaan brengen. Dit kan opgelost worden door de organisatie en inrichting van de praktijk.

5. Keuze van psycholoog
Een goede match tussen patiënt en psycholoog is belangrijk, alsook een goede match tussen huisarts en psycholoog. Als de huisarts minder akkoord gaat met de werkwijze van de psycholoog, wordt het moeilijker. Het kan steeds tegenvallen. Een ander probleem dat tijdens de interviews werd aangehaald, was dat één psycholoog moeilijk alle verschillende problematieken kan opvangen. Huisartsen zonder psycholoog binnenshuis verwijzen immers naar een heel gamma aan diensten. Soms gaan huisartsen met een psycholoog binnenshuis patiënten buiten de huisartsenpraktijk sturen omdat dit beter is voor de patiënt. Een mogelijks gevaar zou kunnen zijn dat huisartsen gemakkelijkheidhalve steeds naar dezelfde psycholoog verwijzen, terwijl sommige patiënten veel beter buiten de huisartsenpraktijk door een andere psycholoog kunnen geholpen worden. Indien de psycholoog zou erkend worden door het RIZIV, zou ze mee in het forfaitsysteem kunnen zitten. Hierdoor zouden patiënten niet meer naar een psycholoog buitenshuis mogen gaan. Dat zou een probleem geven bij een slechte match tussen patiënt en psycholoog. De patiënten moeten nog steeds een vrije keuze hebben of ze naar de psycholoog op de huisartsenpraktijk gaan of ergens anders.

6. financieel en praktisch
Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk moet betaalbaar zijn en ondersteund worden. Huisartsen zeggen hier onvoldoende financiële middelen voor te krijgen. Ook het project van de ELP in Brussel is afhankelijk van subsidies. Deze kunnen teruggetrokken worden. Bovendien zijn er goede afspraken nodig met de psycholoog. Daarvoor is overleg zeer belangrijk. Er zijn organisatorische aanpassingen nodig. De psycholoog heeft bijvoorbeeld een consultatieruimte nodig om te werken.

C. Hoe ervaren de geïnterviewde psychologen het werk binnen de huisartsenpraktijk?

De psychologen die ook op het CGG werken, gaven grote verschillen aan bij het werk op de huisartsenpraktijk. Ze hebben hier geen team om op terug te vallen. Ze werken er in de eerste lijn. Ze zijn dichter bij de ziekte van de mensen. Het is een eerste ontmoeting, ook met de pathologie. Snel werken is belangrijk opdat de patiënt niet zou afhaken. Ze moeten bepalen of de patiënt langdurige therapie nodig heeft en moet doorverwezen worden of kortdurend op de praktijk geholpen kan worden. Ze moeten te weten komen of er een hulpvraag is of er pretherapeutisch nog iets moet gebeuren. Daarom is voldoende ervaring belangrijk om op de huisartsenpraktijk te werken als psycholoog.

Met het werk als privépsycholoog buiten de huisartsenpraktijk zijn er eveneens verschillen. Wanneer patiënten op de praktijk bij de psycholoog komen, hebben ze meer een doktersgevoel. Ze willen op deze manier behandeld worden. Er zijn veel meer doorverwijzingen van de huisartsen.

D. Een psycholoog verbonden met het CGG

Uit de interviews bleek dat het voor een psycholoog moeilijk is om te werken als enige psycholoog in een huisartsenpraktijk en vaak toch complexe vragen te moeten opnemen. De voordelen van verbonden te zijn aan het CGG zijn de expertise en ervaring van het werken in een multidisciplinair team, de therapeutische ervaring en getraind zijn in diagnose en indicatiestelling. Al deze bagage nemen ze mee in het werk op de huisartsenpraktijk. De psycholoog kan zelf op het CGG nog terecht voor supervisie en intervisie wanneer hij problemen ervaart met de patiënten op de huisartsenpraktijk.

Bovendien is het een soort van extra-muros werken. De psychologen worden gedetacheerd uit het CGG om de patiënt op het terrein te zien. Nadien kunnen de patiënten eventueel naar het CGG gaan. Zo vormen ze een link met het CGG wanneer de patiënt beter doorverwezen wordt naar een collega. Wel is het niet altijd gemakkelijk om patiënten te laten doorstromen naar het CGG. Soms kunnen ze niet op het CGG terecht waar de psychologen werken of moeten ze op die plaats door een andere psycholoog worden opgevolgd omdat hun agenda al vol zit. Meestal hebben patiënten die buitenshuis worden opgevolgd, nog maar één consultatie op de huisartsenpraktijk gehad waarna ze worden doorverwezen.

Een ander voordeel kan volgens sommige huisartsen zijn dat er op een kleinere praktijk misschien te weinig werk is voor één psycholoog. De psycholoog heeft dan ook haar werk op het CGG. De psycholoog zou in een crisissituatie de patiënt ook kunnen laten komen naar het CGG. Het zou een nadeel kunnen zijn voor de huisartsenpraktijk dat de psychologen niet echt tot hun team behoren.

E. Wat zijn de taken van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?

1. Opvolging van patiënten

Huisartsen sturen patiënten door wanneer ze vinden dat ze nood hebben aan meer opvolging of als ze professioneel advies nodig hebben over vermoedens van psychopathologie. Het kan kort zijn om samen op te volgen of als brugfunctie voor eventuele verwijzing. Als er een psychiatrisch probleem is of zeer specifieke therapie nodig is, sturen huisartsen naar een psycholoog buiten de huisartsenpraktijk.

De geïnterviewde huisartsen en psychologen gaven aan dat de psycholoog binnenshuis een eerstelijns psycholoog is. Dat betekent dat hij vooral kortdurende interventies doet. Dit gebeurt voor zover een inschatting kan gemaakt worden of ze iets kunnen bieden op enkele gesprekken. Als het te ingewikkeld wordt, is het hun taak om op een goede manier door te verwijzen voor verdere therapie. Het al dan niet doorverwijzen is sterk afhankelijk van de patiënt en zijn problematiek. Sommige

patiënten zijn zo instabiel op psychologisch niveau dat ze niet zomaar ergens anders naartoe kunnen worden gestuurd en blijven de psychologen opvolgen op de huisartsenpraktijk. Een aantal huisartsen zouden het ideaal vinden, mochten de psychologen binnenshuis ook langdurige therapie kunnen geven.

2. Supervisie en intervisie van huisartsen
Af en toe bespreekt de psycholoog een casus met de huisartsen. Naar de toekomst toe zouden de huisartsen meer tijd willen maken om bij te leren van de psycholoog. Ze zouden dan bijvoorbeeld patiënten zelf kunnen blijven opvolgen met bepaalde raad van de psycholoog. Andere taken van de ELP die tijdens de interviews aan bod kwamen, kunnen zijn: intervisie met huisartsen, eventuele vormingen geven over onderwerpen aan huisartsen.

3. Maatschappelijke taken
Bij twee huisartsen kwam gedurende het interview aan bod dat er de stap zou kunnen gezet worden naar bredere problematiek. Een voorbeeld zou kunnen zijn om een audit te maken over geriatrische patiënten en psychosociale problematiek. Nadien kan gezocht worden naar de rol van de psycholoog in het geheel in plaats van voor elke persoon apart. Hierdoor zou de kwaliteit van zorg kunnen omhoog getrokken worden. Groepen begeleiden rond bepaalde thema's zou nuttig kunnen zijn. Psychologen zouden meer preventieve sessies kunnen geven.

F. Hoe verloopt de samenwerking op de huisartsenpraktijk?
1. Doorverwijzing
a. Voorbereiding van de patiënt
De geïnterviewde psychologen vinden een goede doorverwijzing belangrijk. Hierbij gaat het vooral om het voorbereiden van de patiënt. Er moet gebruik worden gemaakt van het goed contact tussen huisarts en psycholoog. Vaak zijn er een aantal gesprekken nodig om de patiënt zover te krijgen dat hij naar de psycholoog zou gaan. Het is aan de huisarts om uit te leggen aan de patiënt dat hij kan geholpen worden en het ook een kans moet geven. Verder moeten huisartsen duidelijk maken aan patiënten dat psychische gezondheid even belangrijk is als fysieke gezondheid. Hij moet laten weten dat de psycholoog meer tijd kan nemen om naar de patiënt te luisteren. De voorbereiding van de patiënt bepaalt voor een groot stuk mee de verdere psychotherapie en motivatie bij de psycholoog, alsook of de patiënten komen opdagen. Het wordt door de psychologen gezien als een zeer belangrijk aspect van de doorverwijzing.

b. doorverwijzing of afwijzing?
Soms kan het moeilijk zijn om een patiënt verder te verwijzen. De huisarts heeft dan al een hele weg met de patiënt afgelegd. Patiënten hebben de huisarts in vertrouwen genomen. Voor twee van de negen geïnterviewde huisartsen is het moeilijk om door te verwijzen naar de psycholoog. Als ze eenmaal hebben uitgepluist dat er een psychische factor is, hoe leggen ze dan de link naar de psycholoog? De psychologen ervaren hier geen problemen mee. Ze vinden dat de doorverwijzing meestal zorgvuldig gebeurt. Voor de meeste patiënten is het feit dat je hen op die manier probeert te helpen ook belangrijk.

Er werden tijdens de interviews oplossingen aangebracht voor dit probleem. Om de doorverwijzing niet te laten aanvoelen als een afwijzing, is het belangrijk dat de huisarts het goed aanbrengt. Het is vergelijkbaar met de doorverwijzing naar een specialist. Er moet duidelijk gemaakt worden dat het over een andere expertise gaat, die complementair is. De psycholoog heeft meer tijd om naar de patiënt te luisteren. Hij kan zich enkel focussen op het psychische. Het is belangrijk om aan de

patiënten te laten weten dat ze ondanks de psychologische behandeling nog steeds welkom zijn bij hun huisarts.

c. Overdracht naar de psycholoog

Bij Geneeskunde voor het Volk in Genk kan de huisarts meteen een afspraak maken in de agenda van de psycholoog. Patiënten kunnen enkel bij de psycholoog terecht na doorverwijzing door de huisarts. Meestal wordt over patiënten in een crisissituatie of met moeilijkere problematiek via mail of telefonisch uitleg gegeven aan de psycholoog. De meeste doorverwijzingen tussen huisarts en psycholoog gebeuren telefonisch of via een informeel gesprek. Eén huisarts zet liever niet teveel informatie in een verwijsbrief. Hierdoor zou de patiënt de brief kunnen lezen. Bovendien is het gemakkelijker via direct contact om op eventuele vragen te kunnen beantwoorden. De psycholoog kan informatie vinden over de patiënt via het gedeeld elektronisch medisch dossier.

In Schaarbeek moeten de patiënten eveneens doorverwezen worden door de huisarts om een afspraak te krijgen bij de psycholoog. De verwijzing gebeurt in principe via een brief met een vast sjabloon in de computer. Soms sturen artsen in dringende situaties een mail, waar relatief snel een antwoord op volgt van de psychologen. In een crisissituatie kan de uitleg soms snel in de gangen gebeuren. Soms ontvangt de psycholoog geen brief en zoekt ze het zelf uit met de patiënt.

2. het overleg

In Genk worden crisispatiënten of patiënten met een heel specifieke problematiek op het medisch team besproken. Als de patiënt bergop gaat en de strategieën oppikt, wordt er wekelijks, om de twee weken of om de maand gezegd hoe het gaat. Als er bijzonderheden zijn, worden ze doorgegeven. De meeste artsen zouden graag wat meer en gestructureerder overleg willen met de psycholoog. Er zou tijd moeten worden ingepland om alle patiënten te bespreken. Dit zou op een multidisciplinair team kunnen gebeuren met huisarts, psycholoog, maatschappelijk werker en verpleging. De huisartsen en psycholoog vinden echter dat de samenwerking en het overleg, nu nog op een informele manier, zeer goed verloopt. Belangrijke zaken zoals medicatie worden altijd samen besproken.

In Schaarbeek is er om de zes weken intervisie, waar er verslag wordt uitgebracht over de patiënten en hun opvolging. Daar worden ook praktische zaken geregeld over hun agenda en administratieve zaken. Om praktische redenen vinden de overlegmomenten tussen huisarts en psycholoog te weinig plaats en duurt het meestal langer dan zes weken. De meeste huisartsen en psychologen vinden het overleg zeer belangrijk en vinden dat dit over het algemeen te weinig gebeurt. Eén psycholoog schrijft na elke sessie een klein verslagje en feedback aan de huisarts. De andere psycholoog gaat eerder de huisarts mailen, bellen of in de consultatieruimte aanspreken.

3. Complementariteit tussen huisarts en psycholoog

Geïnterviewde huisartsen gaven aan dat voor een goede samenwerking en complementariteit tussen huisarts en psycholoog, voldoende overleg nodig is om de noden goed op elkaar te kunnen afstemmen. Anders zou het kunnen dat huisartsen en psychologen verschillende meningen over de patiënt hebben en de patiënt daarin verloren loopt. Meestal komen de ideeën van de huisarts en de psycholoog wel overeen als er wordt overlegd. Dan leren huisarts en psycholoog van elkaar.

Psychologen hebben vaak een beter beeld van de patiënt. Zij hebben een uur de tijd om met de patiënt te praten en zijn er beter voor opgeleid. Huisartsen hebben echter het voordeel dat ze de patiënt over de tijd en de families beter kennen. Ze geven een aantal aandachtspunten mee naar de psycholoog. De huisartsen hebben meestal niet echt een diagnose, maar een vermoeden van een problematiek en die

houdt de psycholoog in haar achterhoofd. Die extra informatie is een meerwaarde voor de psycholoog. Vaak worden de vermoedens van huisartsen bevestigd door de psycholoog. Huisartsen en psychologen zijn meestal goed complementair aan elkaar.

4. taakverdeling tussen de hulpverleners

Een vertrouwensband tussen huisarts en psycholoog is belangrijk voor patiënten. Eén psycholoog gaf echter aan dat als deze vertrouwensband te groot wordt, het moeilijkheden geeft voor de psycholoog, ook binnen de huisartsenpraktijk. Patiënten gaan gemakkelijk een vergelijking maken tussen de huisarts en de psycholoog. Hun werk is verschillend, maar dat is in het begin soms moeilijk te begrijpen door patiënten. Er moet een afstand blijven tussen de huisarts en de patiënt opdat andere gezondheidswerkers ruimte krijgen om met de patiënt te werken. De huisarts mag niet teveel worden geïdealiseerd. Om dit tegen te gaan is een goede voorbereiding op de doorverwijzing belangrijk. Als een arts zowel psychotherapie als somatisch werk doet, kan er verwarring ontstaan bij de patiënt.

Conclusies

In de literatuur vonden we dat psychosociale problemen veel voorkomen, zowel in België als wereldwijd. Maatschappelijk kwetsbare bevolkingsgroepen hebben het meeste kans op het ontwikkelen van een psychische aandoening. Om verschillende redenen worden deze problemen nog te vaak onderbehandeld. Bij de huisarts gaan 20% van alle consultaties over psychosociale problemen. Aangezien de huisarts een groot aantal patiënten ziet, zijn zelfs kleine verbeteringen van belang voor de hele populatie. De taken van de huisarts zijn echter onduidelijk bij psychosociale problematiek. Bovendien is er een gebrek aan kennis en tijd bij vele huisartsen.

Huidige problemen binnen de psychosociale hulpverlening zijn het stigma en de discriminatie, de drempel, de gebrekkige samenwerking tussen verschillende hulpverleners en diensten en de lange wachttijden. Mogelijke oplossingen voor deze problemen zijn de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, betere samenwerking tussen verschillende hulpverleners, een goede doorverwijzing, intersectorale samenwerking, ondersteuning door het RIZIV, informeren van patiënten en opleiding van hulpverleners.

Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk kan verschillende voordelen bieden. Het zorgt voor een betere communicatie tussen de verschillende hulpverleners, een verruiming van het zorgaanbod en een daling van de werkdruk bij de huisarts. Psychische hulpverlening wordt meer laagdrempelig en het stigma vermindert. De psycholoog kan zorgen voor intervisie met de huisartsen. Er zijn minder crisissen en opnames. Mensen kunnen blijven werken en functioneren in de maatschappij. Nadelen kunnen zijn: de juist té lage verwijsdrempel, de concurrentie met andere huisartsen of privé-psychologen, het beroepsgeheim of de privacy van de patiënt en de financiering.

In het eigen onderzoek vonden we dat 53% van de patiëntenpopulatie bij Geneeskunde voor het Volk in Genk gedurende zijn levensloop reeds een psychosociale diagnose toegekend kreeg in het dossier. Op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Schaarbeek waren dat er 25% en volgens de Intego-databanken in Vlaanderen 28%. Patiënten die meer psychosociale diagnoses toegekend kregen op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk waren vrouwen, werklozen, invaliden, mensen met een somatische chronische ziekte, patiënten met een lager inkomen, rokers en patiënten met een BMI onder de 18. Patiënten met een psychosociale diagnose in hun dossier bewegen minder en eten minder groenten en fruit per dag.

Sinds de psycholoog werkzaam is op de huisartsenpraktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk, werden de eerste 19 maanden 419 nieuwe psychosociale diagnoses gesteld in het EMD. 18,6% van de patiënten met een nieuwe psychosociale diagnose werden doorverwezen naar de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk en 14,3% kwamen er effectief terecht. Het gemiddeld aantal sessies per patiënt bij de psycholoog is 2,97. Bij de psycholoog waren de meest toegekende diagnoses een depressief gevoel, gevolgd door een conflict met de partner, beperkte vaardigheden met betrekking tot stressmanagement en werkgerelateerde problemen.

Problemen die huisartsen ervaren met de verschillende psychosociale diensten zijn de versprokkelde sociale kaart, onduidelijkheid over welke problemen waar worden behandeld, weinig samenwerking tussen de verschillende diensten, moeilijke bereikbaarheid, lange wachttijden, onduidelijke intakeprocedures, weinig overleg en communicatie. De kennis en interesse in psychosociale problematiek is zeer divers bij de huisartsen. Drempels om gebruik te maken van psychosociale hulpverlening zijn volgens huisartsen en psychologen eerdere ervaringen met psychotherapie, het stigma, de financiële drempel, de wachttijden, de persoonlijkheid en de aandoening van de patiënt, taal

en cultuur, somatisatie, een moeilijke leefsituatie, afstand en praktische overwegingen, geen erkenning van het probleem en angst voor verandering. Mogelijke oplossingen kunnen zijn: een betere organisatie van de welzijnszorg en de sociale kaart, erkenning van psychotherapeuten door het RIZIV, een betere triage van psychische problemen, meer investering in de eerste lijn, een goede uitleg aan de patiënt en een intersectorale samenwerking. Over speciale nomenclatuurnummers voor langere consultaties voor psychotherapie bij huisartsen waren de meningen verdeeld.

Voordelen van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk kunnen zijn: de verbreding van het zorgaanbod, een betere samenwerking tussen huisarts en psycholoog, een betere toegankelijkheid en continuïteit, de verminderde drempel, het overbrengen van de vertrouwensband met de huisarts naar de psycholoog, het verminderd stigma, de sociale en economische voordelen, de preventie en gezondheidspromotie, het verlichten van het huisartsenberoep, minder onnodig psychofarmacagebruik, de overdracht van kennis tussen huisarts en psycholoog, de financiële drempel, de wachttijden, de taal en de kennis van de sociale kaart. Knelpunten die werden aangehaald, waren de beperkte beschikbaarheid van sommige psychologen, geen symbolische verandering in ruimte voor de patiënt, de privacy van de patiënt, het stigma, de beperktere keuze van psycholoog, de financiële haalbaarheid en de praktische organisatie. Psychologen hebben geen team om op terug te vallen bij complexe problemen. Dit kan worden opgevangen door psychologen te detacheren uit het CGG.

De taken van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk zijn kortdurende therapie, alsook een brugfunctie naar verdere psychotherapie. Supervisie en intervisie van huisartsen is belangrijk. Bovendien kunnen psychologen ook meer maatschappelijke en preventieve taken op zich nemen. Wanneer de huisarts de patiënt doorverwijst naar de psycholoog, is het zeer belangrijk om deze op een goede manier voor te bereiden. Er is voldoende overleg nodig tussen huisarts en psycholoog, die meestal complementair zijn aan elkaar.

Bespreking

Het doel van dit onderzoek was in kaart te brengen welke patiënten het meest consulteren met psychosociale problemen, welke drempels en problemen er zijn binnen de psychosociale hulpverlening en of een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk deze problemen en drempels kan opvangen. Dit werd gedaan door een uitgebreid literatuuronderzoek, een audit in de dossiers van drie verschillende huisartsenpraktijken, registratie van het aantal patiënten dat doorverwezen werd naar de psycholoog, alsook semigestructureerde interviews bij huisartsen en psychologen in deze praktijken. Uit de resultaten bleek dat er een grote nood is aan goede psychosociale hulpverlening, maar dat hierbij nog veel problemen worden ervaren door de hulpverleners. Een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk kan, mits goede afspraken en extra organisatie, zeker een rol spelen in het wegwerken van deze knelpunten.

Er werden een aantal verschillen gevonden tussen het eigen onderzoek en de literatuur. In de literatuur werd beschreven dat een speciaal nomenclatuurnummer voor langere consultaties voor psychosociale begeleiding nuttig kan zijn. Hierover waren de meningen bij huisartsen en psychologen tijdens de semigestructureerde interviews echter verdeeld. In de literatuur werd aangehaald dat patiënten vaak te weinig kennis hebben over waar ze terecht kunnen met hun psychosociale problemen. Tijdens de interviews bleek dat de huisartsen ondervonden dat patiënten wel snel op de hoogte waren van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk en het CGG. Dat een doorverwijzing zou kunnen worden aangevoeld door de patiënt als een afwijzing, werd door de meeste artsen en psychologen weerlegd. Dit is vooral afhankelijk van de voorbereiding van de patiënt door de huisarts.

Zowel het literatuuronderzoek als het eigen onderzoek waren een brede verkenning van het onderwerp. Dit heeft als voordeel dat er een goed beeld wordt geschept van de problematiek. Een nadeel is echter dat de verschillende problemen niet verder werden uitgediept. Dit kan wel een aanleiding vormen voor verder onderzoek.

Om te weten welke patiënten vooral consulteerden met psychosociale problemen bij de huisarts, maakten we een audit in de dossiers. Het was opvallend dat gegevens veel beter geregistreerd werden in beide praktijken van Geneeskunde voor het Volk, waar Medidoc werd gebruikt als EMD, dan op de praktijk waar Prodoc werd gebruikt. Op de praktijk in Genk werden meer gegevens geregistreerd dan in Schaarbeek, zoals het inkomen en de werkstatus van de patiënten. Als we de verschillende gegevens verzamelen, merken we dat op de praktijk in Genk veel meer psychosociale diagnoses werden geregistreerd dan in Schaarbeek en bij de Intego-databanken. Dit zou kunnen wijzen op het feit dat er veel meer psychosociale problemen voorkomen bij de patiëntenpopultatie in Genk of dat de artsen hier veel beter registreren. Verder onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Op de huisartsenpraktijken werden de patiënten boven de 18 jaar geïncludeerd in het onderzoek. Bij de Intego-databanken werden gegevens gebruikt vanaf 20 jaar omdat de leeftijdsklassen zo werden ingedeeld in de verkregen gegevens. Dit kan mogelijks een kleine bias veroorzaken. Patiënten die meer psychosociale diagnoses toegekend kregen in het dossier op de praktijk van Geneeskunde voor het Volk in Genk, waren vrouwen, werklozen, invaliden, mensen met een somatische chronische ziekte, patiënten met een lager inkomen, rokers en patiënten met een BMI onder de 18. Volgens de Intego-databanken kregen een groter aandeel van de vrouwen een psychosociale diagnose. Op de praktijk in Schaarbeek vonden we geen verschillen op basis van geslacht en BMI, wel op basis van een somatische chronische ziekte. Naar de toekomst toe zou kunnen worden bekeken wat de oorzaken en gevolgen zijn binnen deze vaststellingen. Zo zou bijvoorbeeld kunnen worden bekeken of vrouwen meer psychosociale diagnoses toegekend kregen omdat ze gemakkelijker hiermee de huisarts

consulteren of werkelijk meer psychische aandoeningen krijgen. Er zou ook kunnen worden nagekeken waarom dit verschil in Schaarbeek niet te zien was. Verder zou het nuttig zijn om binnen heel Vlaanderen de verschillende gegevens in kaart te brengen, zoals de verhouding met het inkomen, de leefstijl….

De registratie is wellicht niet optimaal verlopen op de praktijk zonder psycholoog binnenshuis in Genk. Hierbij werden een aantal moeilijkheden ondervonden. Op het moment dat huisartsen zover waren gekomen om een patiënt te motiveren voor psychotherapie, vonden ze het ongepast om de patiënt nog te vragen om een informed consent te tekenen. Van de verschillende diensten kregen ze onvoldoende feedback om te weten te komen welke patiënten naar de psycholoog waren geweest en welke niet. Bovendien was een exacte grens trekken moeilijk. Het neemt namelijk een aantal consultaties in beslag om een patiënt door te verwijzen voor psychotherapie. Ze wisten vaak niet wat het moment was waarop ze de patiënt werkelijk hadden overtuigd. Omdat er in veel consulten wel psychosociale problemen aan bod kwamen, terwijl de patiënten eigenlijk voor een andere klacht consulteerden, was het moeilijk voor de artsen om de grens te trekken wanneer ze een patiënt moesten noteren met een psychosociale diagnose. Op de praktijk zonder psycholoog binnenshuis kon er dus moeilijk worden nagegaan welke patiënten werden doorverwezen voor psychotherapie en uiteindelijk bij de psycholoog terechtkwamen. Slechts in één van de drie praktijken werden de gegevens goed geregistreerd. Het zou nuttig zijn om naar de toekomst toe te kunnen vergelijken wat de verschillen zijn tussen het aantal patiënten dat komt opdagen bij de psycholoog binnen en buiten de huisartsenpraktijk. Hieruit zouden we werkelijk kunnen te weten komen of de drempel effectief verlaagd is bij een psycholoog binnenshuis. Dit onderzoek zou dus kunnen worden herhaald met duidelijkere afspraken in de verschillende huisartsenpraktijken.

Op de praktijk zonder psycholoog binnenshuis werd duidelijk hoe moeilijk het was om te weten te komen welke patiënten effectief naar de psycholoog gingen. Huisartsen hadden door het onderzoek enkele maanden meer oog voor psychosociale problemen. Ze ontdekten dat een aantal patiënten reeds psychosociale begeleiding kregen zonder dat zij hiervan op de hoogte waren. Dit geeft nog eens aan hoe versprokkeld de psychosociale hulpverlening is en hoe belangrijk het is om daar meer structuur in te brengen. Het geeft bovendien aan dat er onvoldoende communicatie is tussen huisartsen en psychosociale hulpverlening. Verder onderzoek kan uitwijzen hoe de communicatie tussen de verschillende psychosociale diensten en de huisarts kan worden verbeterd, hoe een centraal aanspreekpunt kan worden georganiseerd en een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk een brugfunctie kan vormen naar de verschillende diensten.

Het was opvallend dat sommige artsen het moeilijk hadden met het noteren van psychosociale diagnoses in het EMD. Het zou stigmatiserend werken voor de patiënten. Voor veel hulpverleners blijven psychische klachten nog steeds zeer verschillend van fysieke klachten. Ze worden op een andere manier behandeld. Naar de toekomst toe zou een onderzoek kunnen worden gepland om te objectiveren of psychosociale diagnoses binnen het elektronisch medisch dossier werkelijk stigmatiserend werken.

Een groot deel van de patiënten maakte wel eens een afspraak zonder te komen opdagen bij de psycholoog in Genk. Een verdere uitklaring van de redenen waarom patiënten niet komen opdagen bij de psycholoog zou nuttig zijn. Omdat het praktisch moeilijk was om de patiënten te interviewen, werden huisartsen en psychologen bevraagd. Een bevraging bij de patiënten zelf kan naar de toekomst toe worden gepland.

Voor de diagnoses gesteld door de psycholoog in Genk, werden voor sommige problematieken eigen benamingen gegeven en werd er niet enkel gebaseerd op algemeen aanvaarde codes. Hierdoor zouden deze resultaten minder betrouwbaar kunnen zijn en moeilijker te vergelijken met de algemene populatie.

Bij de interviews werden negen huisartsen en drie psychologen ondervraagd. Ze kwamen uit drie verschillende huisartsenpraktijken, waarvan twee forfaitaire groepspraktijken van Geneeskunde voor het Volk. De drie psychologen werkten binnen de huisartsenpraktijk. Een breder onderzoek bij verschillende huisartsen uit verschillende groepspraktijken in Vlaanderen kan nuttig zijn, alsook een bevraging van psychologen die enkel werken op het CGG of in privépraktijken.

Referenties

[1.] World Health Organisation and WONCA. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Singapore: WHO library cataloguing-in-Publication data;2008. p. 206.

[2.] De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E, Desmyter F, Decroos V. Onderzoeksrapport: eerstelijnspsycholoog. WGC botermarkt vzw en CGG eclips vzw; 2009. 149p.

[3.] Rijckaert L. Samenwerken met een psycholoog binnen de praktijk: het opstellen en in gebruik nemen van een verwijsbrief [dissertation]. Gent: Universiteit Gent; 2012.

[4.] Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J, van den Akker M, Heyrman J, Pas L, Goderis G, Truyers C, De Witte H, Deckx L. Onderzoeksrapport: Voorkomen en aanpak van psychosociale problemen in eerste lijn. Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde (ACHG): 2013. p. 109.

[5.] Prins M, Verhaak P, Smit D, Verheij R. De positie van de eerstelijnspsycholoog in de eerstelijns-ggz. Huisarts en wetenschap 2012; 55(4), 146-150.

[6.] Van Sprundel I. Evaluatie van de opstart van de eerstelijnspsycholoog in Brusselse huisartsenpraktijken [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven; 2012.

[7.] Elhai JD, Voorhees S, Ford JD, Min KS, Freuh BC. Sociodemographic, perceived and objective need indicators of mental health treatment use and treatment-seeking intentions among primary care medical patients. Psychiatry research 2009; 165: 145-153.

[8.] Adriaensen K. Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven: 2011.

[9.] Coppens E, Van Audenhove C, Schreeders G, Arensman E, Coffey C, Costa S, Koburger N, Gottlebe K, Gusmao R, O'Connor R, Postuvan V, Sarchiapone M, Sisask M, Szeleky A, Van De Feltz-Cornelis C, Hegerl U. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. Affective Disorders 2013; 150 (2): 320-329.

[10.] Reynders A, Kerkhofs AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2013; 49 (2): 231-239.

[11.] Van Der Wielen S, Vanderoost F. Economische crisis & gezondheid: de invloed van confrontatie met ontslag op bio- psycho- sociaal vlak [dissertation]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen: 2011.

[12.] Vanderoost F, Van Der Wielen S, Van Nunen K, Van Hal G. Employment loss during economic crisis and suicidal toughts in Belgium: a survey in general practice. British journal of General Practice2013;63(615): 691-697.

[13.] Goigne S. Taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening [dissertation]. Leuven: K.U.Leuven: 2012.

[14.] Department of general practice, KU Leuven. Internet site intego-project. Beschikbaar via http://www.intego.be. Geraadpleegd op 2015 april 2.

[15.] World health organization. Internet site WHO. Beschikbaar via http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/. Geraadpleegd op

[16.] Van Cauwenberghe T. Presentatie: proefproject in Brussel. Internet site huis voor gezondheid 2014. Bechikbaar via http://www.huisvoorgezondheid.be/zorgverlener/studievoormiddag-de-eerstelijnspsycholoog-in-brussel-een-vak-apart. Geraadpleegd 2015 januari 12.

[17.] Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, Martinez L, Fragar L. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review part 1. BMC health services research 2011; 11(1): 72-82.

[18.] Van Audenhove C, Coppens E, Neyens I. De eerstelijnspsychologische functie:
Brussel als buitenbeentje. Internet site huis voor gezondheid 2014. Bechikbaar via http://www.huisvoorgezondheid.be/zorgverlener/studievoormiddag-de-eerstelijnspsycholoog-in-brussel-een-vak-apart. Geraadpleegd 2015 januari 12.

[19.] Verduyckt P. Presentatie: kopzorgen in Brussel: enkele cijfers omtrent de geestelijke gezondheid van de Brusselaars (Brussels Observatorium Voor Gezondheid en Welzijn, GGC). Internet site huis voor gezondheid 2014. Bechikbaar via http://www.huisvoorgezondheid.be/zorgverlener/studievoormiddag-de-eerstelijnspsycholoog-in-brussel-een-vak-apart. Geraadpleegd 2015 januari 12.

[20.] Evans-Lacko S, Courtin E, Fiorillo A, Knapp M, Luciano M, Park A-L, Brunn M, Byford S, Chevreul K, Forsman AK, Gulacsi L, Haro JM, Kennelly B, Knappe S, Lai T, Lasalvia A, Miret M, O'Sullivan C, Obradors-Tarrago C, Rusch N, Sartorius N, Svab V, Van Weeghel J, Van Audenhove C, Wahlbeck K, Zlati A. The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. European Psychiatry 2014; 29: 381-389.

[21.] Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Overland S. General practitioners' opinion on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. BMC health services research 2010; 10: 35-42.

[22.] Reynders A, Kerkhofs JFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. Journal of affective disorders 2015; 178: 5-11.

[23.] Pas L, De Deken L, Van Rossen E. Samenwerking tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg bij depressie en suïcidepreventie. Internet site domus medica 2008. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/vorming/wetenschapsdag/abstracts2007/837-abstract115.html. Geraadpleegd 2014 januari 10.

[24.] Filmp: ELP in Brussel, onderzoek Vlaams agentschap. Beschikbaar op het huis voor gezondheid, Boulevard Roi Albert II 35, Brussel. Bekeken op 2015 maart 5.

[25.] Prins M, Verhaak P, Verheij R. NIVEL Zorgregistraties: Koppeling data huisartsen en eerstelijnspsychologen. Eerstelijns 2013; 5(2): 32-33.

[26.] Studievoormiddag "de eerstelijnspsycholoog in Brussel", getuigenissen van huisartsen en psychologen. Gevolgd op 2013 december 12.

Bijlagen

Protocol, goedgekeurd door de ethische commissie

8. Geef een Korte samenvatting van het protocol (minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie, verwijs niet alleen naar een bijgevoegd protocol.

Psychische problemen nemen toe in tijden van economische crisis. Dat blijkt ook uitde toename van het aantal zelfdodingen. De huisarts is in de meeste gevallen de eerste professionele hulpverlener waarbij de patiënt terecht komt. Op de eerste lijnsconferentie van 2012 werd besloten dat er meer aandacht moest zijn voor psychische hulpverlening op de eerste lijn. Hoe moet die hulpverlening georganiseerd worden? Maakt het verschil uit indien de psychologe in de huisartsenpraktijk zelf werkt, of op een andere locatie.

We vergelijken de aanpak van psychosociale problemen in twee verschillende huisartsenpraktijken. Deze praktijken hebben een gelijkaardige patiëntenpopulatie en liggen in dezelfde buurt. Het verschil tussen beide praktijken, is dat er bij één van beiden een psycholoog werkzaam is binnenshuis en bij de andere niet.

Hiervoor wordt gedurende 3 maanden bijgehouden hoeveel psychosociale diagnoses er worden gesteld door huisartsen in beide praktijken. Dit doen we door een goede registratie in het elektronisch medisch dossier en duidelijke afspraken hierover. Er wordt een limitatieve lijst opgesteld met de meest voorkomende psychosociale problemen. Zware psychiatrische problematiek wordt uitgesloten. Enkel patiënten vanaf 18 jaar worden geïncludeerd in het onderzoek.

Er wordt gevraagd aan de huisartsen van beide groepspraktijken om gedurende deze tijd de namen te noteren van de patiënten, die worden verwezen voor psychosociale hulpverlening. Zo kan het percentage patiënten worden berekend dat met psychosociale problemen wordt doorverwezen voor psychotherapie. Dit doen we voor beide praktijken.

Na een jaar wordt navraag gedaan bij deze patiënten om te weten welk aandeel van de patiënten werkelijk op consultatie zijn geweest bij een psycholoog. Ook hieruit kunnen we een percentage berekenen.

Zowel het aandeel van de patiënten met psychosociale problematiek, dat doorverwezen wordt door de huisarts, als het aandeel van deze patiënten dat werkelijk op consultatie gaan bij de psycholoog, worden vergeleken tussen beide praktijken. Dit kan aangeven of de drempel verlaagd is bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk. Deze drempel wordt vergeleken bij de huisartsen en de patiënten.

Alle patiënten, die gedurende deze 3 maanden een psychosociale diagnose kregen, worden genoteerd. Nadien wordt hen gevraagd of ze een vragenlijst willen invullen. Deze wordt afgenomen na afloop van de psychotherapeutische sessies, alsook na afloop van een jaar. Zowel het effect van de psychotherapie als de tevredenheid van de patiënten wordt nagemeten. Ook deze resultaten worden vergeleken tussen beide praktijken.

De begindiagnoses van de huisarts worden vergeleken met de diagnoses, gesteld door de psycholoog.

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN KULEUVEN
U.Z. GASTHUISBERG
HERESTRAAT 49
B-3000 LEUVEN (BELGIUM)

Aan Prof. dr. J. Goedhuys
Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

ONS KENMERK ML10621
LEUVEN, 19 mei 2014

De implementatie van een psycholoog op de huisartsenpraktijk.

Belgisch Nummer B322201421159

S56739

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

De Commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen KU Leuven heeft vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering van 16 mei 2014.

De Commissie is van oordeel dat de voorgestelde studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Ze verleent dan ook een gunstig advies over deze studie.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Een ledenlijst wordt bijgevoegd.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Aandachtspunten: (indien van toepassing)

Indien er een Clinical Trial Agreement is, kan de studie in ons centrum pas aangevat worden wanneer dit Clinical Trial Agreement goedgekeurd en ondertekend is door de gedelegeerde bestuurder van UZ Leuven.

Studies met geneesmiddelen en sommige studies met "medische hulpmiddelen" dienen door de opdrachtgever aangemeld te worden bij het FAGG.

SECRETARIAAT
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be
www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML10621
UW KENMERK
LEUVEN , 19 mei 2014

Studies met geneesmiddelen mogen slechts aanvangen op voorwaarde dat de minister (FAGG) geen bezwaren heeft kenbaar gemaakt binnen de wettelijke termijnen zoals beschreven in art.13 van de Belgische wet van 7/5/2004 inzake experimenten op de menselijke persoon. Voor bepaalde studies met medische hulpmiddelen gelden eveneens wettelijke termijnen (zie KB van 17/3/2009). Voor meer informatie hieromtrent verwijzen we naar de website van het FAGG www.fagg-afmps.be.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het Ethisch Comité ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Gelieve ook rekening te houden met de regelgeving van het ziekenhuis betreffende weefselbeheer en met de beschikkingen van de wet van 19 december 2008.

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk. Bovendien dient U er over te waken dat uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door U waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan de commissie medische ethiek moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Indien de studie niet binnen het jaar beëindigd is, vereist de ICH-GCP dat een jaarlijks vorderingsrapport aan de commissie wordt bezorgd.

Tenslotte verzoeken wij U ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken (met opgave van eventuele reden). Gelieve het (al dan niet vroegtijdig) stopzetten van een studie binnen de door de wet vastgelegde termijnen mee te delen en een Clinical Study Report aan de Commissie te bezorgen.

Met de meeste hoogachting,

Prof. Dr. Walter VAN DEN BOGAERT
Voorzitter Commissie Medische Ethiek
UZ K.U.LEUVEN

Prof. Dr. W. Van den Bogaert
Voorzitter
Commissie Medische Ethiek van de UZ KU Leuven

SECRETARIAAT
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be
www.uzleuven.be/ec

ONS KENMERK ML10621
UW KENMERK
LEUVEN , 19 mei 2014

Cc : **FAGG** (Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten)
Departement R&D
Eurostation, blok 2
Victor Hortaplein 40, bus 40
B-1060 Brussel

Clinical Trial Center (CTC), UZ Leuven, Campus Gasthuisberg

SECRETARIAAT
Tel +32 16 34 86 00 Fax +32 16 34 86 01 ec@uzleuven.be ec-submission@uzleuven.be
www.uzleuven.be/ec

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK VAN DE UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.LEUVEN
TOETSINGSCOMMISSIE
UZ GASTHUISBERG E330
HERESTRAAT 49
3000 LEUVEN BELGIUM

KATHOLIEKE
UNIVERSITEIT
LEUVEN

Ledenlijst Commissie Medische Ethiek/Toetsingscommissie (OG032)
vanaf 1 januari 2014 tot heden
List of Members Ethics Committee/IRB (OG032)
from January 1st, 2014 until present

Prof. Walter Van den Bogaert, M.D.	Chairman (M)	Radiotherapy-Oncology
Prof. Guido Verhoeven, M.D.	Vice-Chairman (M)	Experimental Medicine
Dr. Sabine Graux, M.D.	Secretary (F)	Physician
Dr. Sonja Haesendonck, M.D.	Secretary (F)	Physician
Prof. Xavier Bossuyt, M.D.	Member (M)	Immunology
Prof. D. Bullens, M.D.	Member (F)	Paediatrics
Prof. Willem Daenen, M.D.	Member (M)	Cardiac Surgery
Dr. Lut De Groote, M.D.	External Member (F)	General Practitioner
Prof. Jan de Hoon, M.D.	Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ivo De Wever, M.D.	Member (M)	Surgical Oncology
De heer Filip Gybels	Member (M)	Head Nurse
Mrs. Christine Mathieu, Law	Member (F)	Medical Legislation
Dr. José Thomas, M.D.	Member (M)	Medical Oncology
Prof. Josse R. Thomas	External Member (M)	Clinical Pharmacology
Prof. Ben Van Calster	Member (M)	Statistics
Prof. Jan Van Hemelrijck, M.D.	Member (M)	Anesthesiology
Prof. Raymond Verhaeghe, M.D.	Member (M)	Cardiology

(M) = Male (F) = Female

De Commissie voor Medische Ethiek volgt de voorschriften van ICH Good Clinical Practice en de lokale wettelijke bepalingen terzake (wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon en bijbehorende KB's en programmawet)

The Ethics Committee operates according to ICH Good Clinical Practice and local applicable regulations.

Tabel voor registratie psychosociale diagnoses en doorverwijzingen

naam patiënt	psychosociale diagnose	voorstel psycholoog + reden verwijzing	effectieve verwijzing,welke dienst? / reden van weigering door patiënt	mag opgebeld worden

Informed consent

Informed consent

In het kader van een onderzoek over psychosociale hulp door een psycholoog, geef ik, ... (naam/voornaam) toestemming om mij op te bellen.

Alle informatie, die we hierbij verzamelen, wordt anoniem verwerkt.

datum handtekening

Vragenlijsten als leidraad bij semigestructureerde interviews

Vragen voor huisarts met een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk:

- Verschil met een psycholoog buiten de huisartsenpraktijk:
    - Wat is het verschil als de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk werkt?
    - Naar waar verwijzen de artsen als de psycholoog niet binnen de huisartsenpraktijk zit? Wat vormen de problemen?
    - Wat is de taak van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk? Enkel een brugfunctie? Of volledige psychotherapie? Intervisie en supervisie van huisartsen?
    - Zijn er nadelen van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?
    - Moet de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk verbonden zijn aan het CGG? Zijn er voordelen?
    - Wat zou u doen indien u geen eigen psycholoog binnen de huisartsenpraktijk had?
- Drempel:
    - Wat ervaren patiënten volgens u als drempel om naar een psycholoog te gaan?
    - Wat zijn redenen waardoor patiënten niet komen opdagen?
    - Komen patiënten sneller bij de psycholoog terecht als de psycholoog werkt binnen de huisartsenpraktijk?
    - Denkt u dat sommige patiënten minder gemakkelijk hun weg vinden naar de psychosociale therapie? Welke?
- Emotioneel:
    - Denkt u dat de vertrouwensband van de huisarts met de psycholoog ervoor zorgt dat de patiënt gemakkelijker naar een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk gaat?
    - Heeft u soms de indruk dat de patiënt zich afgewezen voelt wanneer u hem doorverwijst naar de psycholoog?
- Stigma:
    - Vind u dat er een stigma heerst rond geestelijke gezondheidszorg?
    - Vermindert deze bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?
- Financieel:
    - Is er een financiële drempel?
    - Moet een eerstelijnspsycholoog officieel erkend worden door het RIZIV?
    - Moeten huisartsen een speciale nomenclatuurnummer krijgen voor langere consultaties omwille van psychotherapie?
    - Denkt u dat een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk meer/minder geld kost dan het CGG? De tweede lijn?
    - Wat brengt het op aan de maatschappij?
- Wachttijden:
    - Is er een lange wachtlijst? Bestaan hier oplossingen voor?
- Evolutie:
    - Zijn de patiënten tevreden over de psycholoog op de huisartsenpraktijk?
    - Ziet u een evolutie bij de patiënt?
    - Zijn de patiënten minder lang thuis door hun ziekte wanneer ze sneller psychotherapie krijgen?
- Samenwerking:
    - Hoe worden patiënten doorverwezen?
    - Wat vindt u van de samenwerking met het CGG? Met de tweedelijn? Met de psycholoog op de huisartsenpraktijk?
    - Wordt er voldoende overlegd? Hoe wordt er overlegd?

    - Hoort u nog veel van de patiënten, nadat ze werden doorverwezen naar een psycholoog?
    - Heeft u hetzelfde idee als de psycholoog over de patiënten? Welke informatie komen jullie beiden te weten over de patiënten?
- Kennis:
    - Weet u waar de patiënt terecht kan met psychosociale problemen? Weten de patiënten dit?
    - Vindt u dat u als huisarts zelf voldoende kennis heeft over psychosociale problemen?
    - Heeft u al iets geleerd van de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?
    - Heeft u voldoende kennis van de sociale kaart? Kan een psycholoog daarbij helpen?

<u>Vragen voor huisartsen zonder psycholoog binnen de huisartsenpraktijk:</u>

- Verschil met een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk:
    - Wat zou u ervan vinden mocht er een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk werken? Waarom zou u dit wel/niet doen?
    - Naar waar verwijst u de patiënten? Wat vormen de problemen?
    - Wat zou u doen indien u een eigen psycholoog binnen de huisartsenpraktijk had?
- Drempel:
    - Wat ervaren patiënten volgens u als drempel om naar een psycholoog te gaan?
    - Zouden patiënten sneller bij de psycholoog terecht komen als er een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk werkte?
    - Denkt u dat sommige patiënten minder gemakkelijk hun weg vinden naar de psychosociale therapie? Welke?
- Emotioneel:
    - Denkt u dat de vertrouwensband van de huisarts met de psycholoog ervoor zorgt dat de patiënt gemakkelijker naar een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk gaat?
    - Heeft u soms de indruk dat de patiënt zich afgewezen voelt wanneer u hem doorverwijst naar de psycholoog?
- Stigma:
    - Vind u dat er een stigma heerst rond geestelijke gezondheidszorg?
    - Zou deze verminderen bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?
- Financieel:
    - Is er een financiële drempel?
    - Moet een eerstelijnspsycholoog officieel erkend worden door het RIZIV?
    - Moeten huisartsen een speciale nomenclatuurnummer krijgen voor langere consultaties omwille van psychotherapie?
    - Denkt u dat een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk meer/minder geld kost dan het CGG? De tweede lijn?
    - Wat brengt het op aan de maatschappij?
- Wachttijden:
    - Is er een lange wachtlijst? Bestaan hier oplossingen voor?
- Evolutie:
    - Zijn de patiënten tevreden over de psychotherapie, die ze kregen buiten de huisartsenpraktijk?
    - Ziet u een evolutie bij de patiënt?
    - Zijn de patiënten minder lang thuis door hun ziekte wanneer ze sneller psychotherapie krijgen?
- Samenwerking:
    - Hoe worden patiënten doorverwezen?

    - Wat vindt u van de samenwerking met het CGG? Met de tweedelijn?
    - Wordt er voldoende overlegd? Hoe wordt er overlegd?
    - Hoort u nog veel van de patiënten, nadat ze werden doorverwezen naar een psycholoog?
    - Heeft u hetzelfde idee als de psycholoog over de patiënten? Welke informatie komen jullie beiden te weten over de patiënten?
- Kennis:
    - Weet u waar de patiënt terecht kan met psychosociale problemen? Weten de patiënten dit?
    - Vindt u dat u als huisarts zelf voldoende kennis heeft over psychosociale problemen?
    - Heeft u voldoende kennis van de sociale kaart? Kan een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk daarbij helpen?

<u>Vragen voor een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk:</u>

- Verschil met een psycholoog buiten de huisartsenpraktijk:
    - Wat is er verschillend als u binnen een huisartsenpraktijk werkt?
    - Naar waar verwijzen de artsen als de psycholoog niet binnen de huisartsenpraktijk zit? Wat vormen de problemen?
    - Wat is de taak van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk? Enkel een brugfunctie? Of volledige psychotherapie? Intervisie en supervisie van huisartsen?
    - Zijn er nadelen van een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?
    - Moet de psycholoog binnen de huisartsenpraktijk verbonden zijn aan het CGG? Zijn er voordelen?
    - Wat zou u doen indien u niet op een huisartsenpraktijk zou werken?
- Drempel:
    - Wat ervaren patiënten volgens u als drempel om naar een psycholoog te gaan?
    - Wat zijn redenen waardoor patiënten niet komen opdagen?
    - Komen patiënten sneller bij de psycholoog terecht als de psycholoog werkt binnen de huisartsenpraktijk?
    - Denkt u dat sommige patiënten minder gemakkelijk hun weg vinden naar de psychosociale therapie? Welke?
- Emotioneel:
    - Denkt u dat de vertrouwensband van de huisarts met de psycholoog ervoor zorgt dat de patiënt gemakkelijker naar een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk gaat?
    - Heeft u soms de indruk dat de patiënt zich afgewezen voelt door zijn huisarts omdat hij naar u werd doorverwezen?
- Stigma:
    - Vind u dat er een stigma heerst rond geestelijke gezondheidszorg?
    - Vermindert deze bij een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk?
- Financieel:
    - Is er een financiële drempel?
    - Moet een eerstelijnspsycholoog officieel erkend worden door het RIZIV?
    - Moeten huisartsen een speciale nomenclatuurnummer krijgen voor langere consultaties omwille van psychotherapie?
    - Denkt u dat een psycholoog binnen de huisartsenpraktijk meer/minder geld kost dan het CGG? De tweede lijn?
    - Wat brengt het op aan de maatschappij?
- Wachttijden:
    - Is er een lange wachtlijst? Bestaan hier oplossingen voor?

- Evolutie:
    - Zijn de patiënten tevreden over u werk?
    - Ziet u een evolutie bij de patiënt?
    - Zijn de patiënten minder lang thuis door hun ziekte wanneer ze sneller psychotherapie krijgen?
- Samenwerking:
    - Hoe worden patiënten doorverwezen?
    - Wat vindt u van de samenwerking met het CGG? Met de tweedelijn? Met de huisarts?
    - Wordt er voldoende overlegd? Hoe wordt er overlegd?
    - Heeft u hetzelfde idee als de huisarts over de patiënten? Welke informatie komen jullie beiden te weten over de patiënten?
- Kennis:
    - Weet u waar de patiënt terecht kan met psychosociale problemen? Weten de patiënten dit? Weet de huisarts dit?
    - Vindt u dat huisarts voldoende kennis hebben over psychosociale problemen?
    - Hebben de huisartsen u al iets geleerd?
    - Heeft u voldoende kennis van de sociale kaart? En de huisarts?