Retrospectieve studie naar de indicatiestelling voor de eerstelijnspsycholoog in de praktijk.

Jolinde Trips, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Universiteit Gent

Co-promotor: Hanne Creupelandt, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Ik wil graag de artsen van Geneeskunde Voor het Volk Zelzate, Karl, Geert, Karel, Freia, Frederick en Sofie bedanken voor hun medewerking, hun interesse in het onderwerp en hun tips en aanmoedigingen tijdens het schrijven van deze thesis. Ik wil Karl bedanken om het onderwerp mee vorm te geven. Sofie, mijn mede-HAIO, wil ik bedanken voor de gedeelde paniekmomenten die toch zo eigen zijn aan een scriptie.

Daarnaast wil ik Evelien, de psycholoog, van harte bedanken om de gegevens aan te leveren en mee te denken over de functie van een psycholoog. Maar meer nog wil ik haar bedanken voor de steun en de vriendschap de voorbije twee jaren.

Mijn promotor Prof. Deveugele en mijn co-promotor Mevr. Creupelandt bedank ik voor de positieve feedback.

Het schrijven van deze scriptie werd verlicht door vele helpende handen. Ten eerste mijn papa, die vanaf dag één enthousiast was over het onderwerp en geholpen heeft met het samenvatten van enkele artikels. Met trots zou hij verwijzen naar deze scriptie in zijn volgende cursus. Er rest ons enkel zijn onvoorwaardelijke liefde en steun te missen.

Mijn mama bedank ik voor het uittypen van de interviews. En mijn grote liefde Daan voor de mooie grafieken en tabellen. Ik kan altijd op hen rekenen voor de nodige aanmoedigingen en zorgen.

Ten slotte bedank ik het kleine prutske dat me af en toe bemoedigende schopjes geeft in mijn buik.

Abstract

Context

Psychosociale problemen vormen een belangrijke uitdaging voor onze huidige gezondheidszorg. Zowel internationaal als in België worden verschillende samenwerkingsmodellen tussen artsen en psychologen onderzocht. Minister Jo Vandeurzen startte zes projecten met als doelstelling een eerstelijnspsychologische functie te organiseren. Daarnaast bestaat er in de praktijk van Geneeskunde Voor Het Volk te Zelzate een unieke ervaring met een psycholoog geïntegreerd binnen de huisartspraktijk gedurende meerdere decennia.

Onderzoeksvraag

Wat kenmerkt de patiëntenpopulatie en de begeleidingstrajecten van en de samenwerking met een psycholoog geïntegreerd in een huisartsenpraktijk?

Methode

In de literatuur werd gezocht naar ervaringen met het samenwerken met een psycholoog in de eerstelijn. Voor de kwantitatieve dossierstudie werden 455 trajecten begeleid door de psycholoog van Geneeskunde Voor Het Volk te Zelzate anoniem verwerkt. Nadien werden de vijf artsen en de psycholoog van de praktijk geïnterviewd rond hun ervaringen.

Resultaten

De algemene demografische gegevens van de patiënten die door de psycholoog gezien worden toont een grote variatie. Er consulteren meer vrouwen dan mannen, en vooral mensen van middelbare leeftijd de psycholoog. De meest voorkomende aanmeldingsproblemen zijn: stoornissen met vooral lichamelijke symptomen (21%), psychosociale problemen en omgevingsproblemen (18%), stress- en aanpassingsstoornissen (16%), angst- en dwangstoornissen (12%), conatieve stoornissen (9%) en stemmingsstoornissen (8%). De nadruk ligt op kortdurende begeleidingstrajecten van niet-complexe problematiek. 22% komt voor 1 sessie, 66% komt voor 2 tot 8 sessies en 18% krijgt meer dan 8 sessies. Gemiddeld komen de patiënten elke 2 weken bij de psycholoog. De psycholoog vermelde uitdrukkelijk een positieve afsluiting voor 36% van de trajecten.

De laagdrempeligheid, bereikbaarheid, vertrouwdheid en samenwerking worden door alle betrokkenen genoemd als belangrijk voordelen van de integratie van een psycholoog in een huisartspraktijk. Knelpunten zijn terug te brengen tot de werkbelasting van de psycholoog binnen het beperkte contract van zes uren per week: wachtlijst voor patiënten en onvoldoende formeel overleg.

Conclusies

Het integreren van een psycholoog binnen een huisartspraktijk verdient ondersteuning en verdere uitwerking. Het kader waarbinnen deze psycholoog werkt is bij voorkeur niet rigide. Een verschil met de eerstelijnspsycholoog zoals gedefinieerd binnen de projecten van Minister Jo Vandeurzen is de mogelijkheid tot langere begeleidingstrajecten en intensieve samenwerking. De psycholoog en de arts kunnen samen voor en met elke patiënt een optimaal begeleidingstraject uitwerken. Er wordt aldus vertrokken vanuit de noden van de patiënt en de samenwerking met de arts, eerder dan vanuit een vast kader met een gelimiteerd aantal sessies. Naast de patiëntencontacten heeft de psycholoog als lid van het multidisciplinaire team potentieel ook andere rollen binnen de praktijk zoals ondersteunen van dit team en voorlichting van patiënten, artsen, verpleegkundigen en andere betrokkenen rond psychosociale problemen.

Inhoudstafel

Dankwoord 2
Abstract 3
Inhoudstafel 4
Inleiding 5
Methodologie 6
Oriënterend literatuuronderzoek 10
Beschrijvende dossierstudie 17
Demografische gegevens 17
Aantal sessies per begeleidingstraject en frequentie 18
Aanmeldingsproblemen 20
Afsluiting van de begeleiding 21
Herintake 23
Begeleidingen van minder dan 8 sessies. 23
Begeleidingen van meer dan 8 sessies 24
Lichamelijke klachten 25
Afronding na 1 sessie 26
Interviews met de artsen 27
De voordelen en de nadelen van een psycholoog binnen de huisartspraktijk. 27
Goede en minder goede indicaties voor verwijzing. 29
Concreet samenwerkingsmodel. 30
Eerstelijnspsycholoog versus psycholoog geïntegreerd in de huisartspraktijk. 32
Toekomstplannen 32
Interview met de psycholoog 34
De voordelen en de nadelen van een psycholoog binnen de huisartspraktijk. 34
Goede en minder goede indicaties voor verwijzing. 35
Concreet samenwerkingsmodel. 35
Eerstelijnspsycholoog versus psycholoog geïntegreerd in de huisartspraktijk. 36
Toekomstplannen. 36
Discussie 38
Besluit 41
Bibliografie 43
Bijlagen: 45

Inleiding

Psychosociale problemen vormen een belangrijke uitdaging voor onze huidige gezondheidszorg. Dit zien we niet alleen in de literatuur en gezondheidsstatistieken, maar ervaren we ook in de dagelijkse huisartspraktijk. Patiënten met ernstige psychiatrische problemen verwijzen we als huisarts naar de tweede of zo nodig de derde lijn. Er is echter een grote groep patiënten die kampen met minder ernstige psychosociale problemen. Deze patiënten zouden gebaat zijn bij een aanpak in de eerste lijn. Bovendien is de eerste lijn goedkoper dan de tweede of de derde lijn. Vaak kan een niet-medicamenteuze aanpak voldoende zijn of een noodzakelijke aanvulling zijn bij een medicamenteuze aanpak. Onze huidige opleiding tot huisarts stelt ons echter onvoldoende in staat om voor deze diverse problemen een gepaste behandeling in eigen beheer te voeren. Bijscholing is natuurlijk mogelijk. Daarnaast is er echter ook een tijdsgebrek binnen het strikte consultatieschema van de meeste huisartsen.

Een psycholoog binnen de huisartspraktijk brengen is een interessante oplossing voor boven gesteld probleem. Naast de recent gestarte projecten met een eerstelijnspsycholoog in Vlaanderen is er in de praktijk van Geneeskunde Voor Het Volk te Zelzate al meerdere decennia ervaring met een psycholoog binnen de huisartspraktijk. Deze lange ervaring is uniek. Aan de hand van de dossiergegevens van de psycholoog en interviews met de huidige artsen en de psycholoog wordt een bijdrage geleverd aan volgende vragen:

- Welke patiënten worden verwezen naar een psycholoog binnen een huisartspraktijk: demografische kenmerken, aanmeldingsproblemen?
- Hoe verlopen de begeleidingstrajecten: aantal sessies, frequentie en afsluiting?
- Welke voor- en nadelen ervaren de betrokken huisartsen en de psycholoog?
- Hoe kan er samengewerkt worden?
- Wat kenmerkt een goede verwijzing?

Deze vragen zijn actueel en beleidsrelevant.

Methodologie

Voor het oriënterend literatuuronderzoek werd gebruik gemaakt van Pubmed met volgende zoektermen (via Mesh): Primary Health Care and Psychology: 649 hits. Er werden 8 relevante artikels geselecteerd als basis voor de literatuurstudie. Exclusiecriteria waren: meer dan 5 jaar oud, niet in het Engels, focus op de psychologie van de gezondheidswerkers en volledige tekst niet beschikbaar binnen het UGent netwerk.

Via mijn co-promotor Mevr. Creupelandt kreeg ik haar studie naar de eerstelijnspsycholoog in Gent: Een eerstelijnspsychologische functie regio Gent – Eeklo. Stand van zaken december 2013. De gebruikte bronnen brachten me bij een aantal relevante websites van overheidswege.

Via mijn praktijkopleider Dr. Karl Segers kreeg ik de masterproef van Mevr. Snick: Waarom komen personen met psychische problemen die bij de huisarts komen vaak niet bij een psycholoog terecht? Een kwalitatief onderzoek naar de visie van artsen en patiënten.

Daarnaast werd het doctoraatsonderzoek van Mevr. Liekens in verband met de diagnosestelling van depressie door huisartsen opgemerkt in de media.

Voor de kwantitatieve dossierstudie werden 455 trajecten begeleid door de psycholoog van Geneeskunde Voor Het Volk anoniem verwerkt. Het gaat om gegevens van twee verschillende tijdsvakken en twee verschillende psychologen. Enerzijds de gegevens van de afgewerkte begeleidingstrajecten van 18/07/1982 tot 2/08/2004 van de eerste psycholoog werkzaam in de praktijk, anderzijds de gegevens van de afgewerkte begeleidingstrajecten van 10/04/2013 tot 23/01/2015 van de psycholoog die nu werkt in de praktijk. Van de huidige psycholoog werden enkel de afgeronde trajecten opgenomen in de analyse. Er werkten nog twee andere psychologen in de praktijk tussen deze beiden. Hun dossiers waren niet beschikbaar voor opname in de analyse.

Volgende gegevens werden uit de dossiers genoteerd:

- geboortedatum en geslacht van de patiënt,
- datum van de eerste consultatie, datum van de laatste consultatie, aantal sessies,
- individuele aanmelding of aanmelding als koppel,
- het hoeveelste begeleidingstraject dit is voor deze patiënt bij de psycholoog van Geneeskunde Voor Het Volk Zelzate,
- het aanmeldingsprobleem,
- de wijze van afsluiting.

Op deze gegevens werd een codering toegepast. Deze is voor de aanmeldingsproblemen gebaseerd op de onderverdeling die gemaakt wordt in het Leerboek psychiatrie (1).

1. psychotische stoornissen: de belangrijkste symptomen zijn een gestoord realiteitsbesef, hallucinaties, wanen of incoherentie.

2. Stemmingsstoornissen: de belangrijkste symptomen zijn eufore, prikkelbare of depressieve stemming, interesseverlies of anhedonie. Onderverdeeld in depressie of depressieve klachten of depressieve grondstemming, niet nader omschreven stemmingsstoornissen, postnatale depressie en premenstruele depressieve klachten (PMS).

3. angst- en dwangstoornissen: de belangrijkste symptomen zijn een irrationele angst, vrees, bezorgdheid, dwanggedachten of dwanghandelingen. Onderverdeeld in fobie/ fobische klachten, gegeneraliseerde angststoornis of angstklachten niet anders gespecifieerd, paniek of paniekaanvallen of paniekstoornis, faalangst, dwangstoornis of dwanggedachten en niet nader omschreven zenuwachtigheid.

4. stress- en aanpassingsstoornissen: het gaat om een emotionele reactie op een stressfactor. Onderverdeeld in niet nader omschreven aanpassingsstoornis, surmenage, spanning, stress, piekeren, posttraumatische stressstoornis, begeleiding bij of na traumatische gebeurtenis zonder dat er sprake is van een stoornis en burn out.

5. stoornissen met vooral lichamelijke symptomen: de belangrijkste symptomen zijn somatisch onverklaarde lichamelijke klachten of verschijnselen. Onderverdeeld in problemen op het vlak van eten, problemen op het vlak van slapen, hyperventilatie, psychosomatiek (hoofdpijn, rugpijn, vermoeidheid, maagklachten), fibromyalgie of CVS, hysterie/ hysteriform (De somatisatiestoornis en conversiestoornis werden in het verleden als één ziektebeeld beschouwd: de hysterie of de ziekte van Briquet.), conversiestoornis, hypochondrische klachten/ hypochondrie, stotteren en black outs.

6. conatieve stoornissen: de belangrijkste symptomen zijn overmatig en schadelijk gebruik van één of meer psychoactieve middelen of ander onbeheerst, schadelijk gedrag. Onderverdeeld in alcoholproblemen, en ander middelenmisbruik, niet nader omschreven gedragsproblemen, seksuele problemen, suïcidaliteit, agressie, woedeaanvallen, automutilatie, oppositionele stoornis, immoreel gedrag, hoofdbonken en te weinig zelfzorg.

7. persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen: de belangrijkste symptomen zijn disfunctionele persoonlijkheidstrekken. Onderverdeeld in paranoïde, ADHD, impulsiviteitsprobleem, assertiviteitsprobleem, weinig zelfvertrouwen/ laag zelfbeeld, hechtingsprobleem, perfectionisme en niet nader omschreven persoonlijkheidsstoornis.

Dit werd aangevuld met een aantal categorieën die naar voor kwamen uit de dossiers en niet konden ondergebracht worden in één van vorige categorieën:

8. psychosociale problemen en omgevingsproblemen waaronder relatieproblemen, eenzaamheid, conflicten binnen het gezin, familiale problemen, werkgerelateerde problemen, opvoedingsproblemen of ouder-kind begeleidingen, schoolgerelateerde problemen, inclusief pesten op school, problemen naar aanleiding van echtscheiding en contactmoeilijkheden of communicatieproblemen.

9. ondersteunen van familielid van persoon met psychische of somatische problematiek

10. enuresis, waarbij het vooral gaat om enuresis nocturna bij kinderen en het gebruik van de plaswekker.
11. rouwverwerking
12. adviesvragen zoals opvoedingsvragen, vragen rond seksualiteit, faalangst, bezoekrecht, ADHD, vragen bij het gedrag van een kind, druggebruik en vragen rond adoptie. In deze categorie werden ook de contacten ondergebracht waarbij de patiënt komt om een gesprek om zijn/ haar hart te luchten, te ventileren of over reële problemen te praten.
13. problemen bij overgang tussen verschillende levensfasen, bijvoorbeeld puberteit.

Als de patiënt zich aanmeldde met problemen uit verschillende categorieën werden deze allemaal apart gecodeerd. Aldus zijn er 540 aanmeldingsproblemen voor 455 begeleidingstrajecten.

Om de manier van afsluiten van het begeleidingstraject te coderen werden 7 categorieën gemaakt.

1. afgesloten of afgerond met de uitdrukkelijke vermelding "positief" of met de vermelding dat de patiënt zelf een afspraak zal maken als hij of zij dit nodig acht. In deze categorie ook de vermelding "patiënt maakt zelf een afspraak indien nodig". Hierbij ga ik ervan uit dat de psycholoog verdere opvolging niet nodig achtte.
2. afgesloten of afgerond zonder verdere verduidelijking of positieve waardering van de psycholoog.
3. afgebeld of niet op afspraak, waarna geen nieuwe consultatie meer plaatsvond.
4. eenzijdig afgesloten door de patiënt. In deze categorie ook de vermelding "neemt zelf contact op voor de volgende afspraak" waarbij dit niet gebeurde. Hierbij ga ik ervan uit dat de psycholoog een volgende afspraak wel nodig achtte.
5. verwezen. Dit kan naar verschillende domeinen zoals medici om onderliggende somatische problemen op te sporen en/ of aan te pakken, psychologische of psychiatrische verwijzingen of verwijzingen naar sociale instanties om mensen op dit vlak te ondersteunen (bijvoorbeeld in geval van echtscheiding).
6. niet gespecifieerd of onduidelijk.
7. andere: opname om medische redenen, uitgestelde sessies die niet hervat werden of overlijden.

De verschillende gegevens werden samengebracht in Microsoft Excel en verwerkt.

We dienen volgende belangrijke bedenking te maken: de gegevens van de eerste psycholoog werden retrospectief in de psychologendossiers gezocht. Deze dossiers werden niet bijgehouden met het oog op latere inventarisatie of analyse. Het indelen van patiënten in verschillende categorieën diende aldus te gebeuren op basis van de interpretatie van de dossiers en notities door de onderzoeker. De huidige psycholoog daarentegen houdt de patiëntengegevens zo bij dat onderzoek gefaciliteerd wordt en gebruikt aldus minder categorieën om naar eigen oordeel trajecten in te delen.

Daarnaast dient het duidelijk te zijn dat de analyse per traject gebeurde. Sommige patiënten doorliepen meerdere trajecten. Elk traject werd ingegeven als een nieuw resultaat, immers het gaat meestal om

een nieuw aanmeldingsprobleem en het vorige traject was al enkele jaren afgerond. Aldus zijn er enkele patiënten die verschillende keren opgenomen werden in de analyse. Kwantificatie van deze groep kan u vinden bij de resultaten.

Voor het kwalitatieve luik van het onderzoek werd gewerkt met semigestructureerde interviews. Op het moment van de interviews werkten er bij Geneeskunde Voor Het Volk Zelzate 4 vaste huisartsen en 2 huisartsen in opleiding (waaronder de onderzoeker in kwestie). De 5 collega huisartsen werden twee maal geïnterviewd in groep tijdens de medische vergadering, een tweewekelijks moment waarop de artsen samenkomen in de praktijk om het medische werk te stroomlijnen. Door dit in groep te laten doorgaan konden de artsen elkaar aanvullen en kwam er een boeiende interactie tot stand. Het eerste interview op 12 februari 2015 nam één uur in beslag en bevatte ook een korte voorstelling van de resultaten. Een tweede interview op 26 maart 2015 nam een half uur in beslag. Het interview met de huidige psycholoog vond individueel plaats op 31 maart en duurde één uur. Er werd een audio-opname gemaakt van de interviews waarna ze werden uitgetypt.

Tijdens de interviews kwamen volgende onderwerpen aan bod:

- Waarom een psycholoog aannemen binnen een huisartspraktijk? Wat maakt een psycholoog in een huisartspraktijk uniek?
- Wat zijn de belangrijkste sterktes? Welke voordelen ervaren jullie van de aanwezigheid van een psychologisch hulpaanbod binnen de huisartspraktijk?
- Welke valkuilen ervaren jullie bij het aanbieden van psychologische begeleiding binnen de huisartsenpraktijk?
- Wat vinden jullie een goede indicatie voor verwijzing naar de psycholoog in huis? Kenmerken van een goede verwijzing?
- Voor welke indicaties is begeleiding door een psycholoog in een huisartspraktijk niet aangewezen? Kenmerken van indicaties die niet geschikt zijn?
- Reacties op de resultaten van de kwantitatieve dossierstudie: Komen deze resultaten overeen met jullie subjectieve ervaring? Wat verbaast jullie? Wat vinden jullie verrassend positief aan deze resultaten? Waar merken jullie problemen?
- Hoe gebeurt de samenwerking, formeel en informeel? Hoe ervaren jullie dit? Voldoende of onvoldoende? Toekomstmogelijkheden?
- Een eerstelijnspsycholoog of een psycholoog die samenwerkt met en ingebed is in een huisartsenpraktijk?

Er werd een goedkeuring verkregen van het Ethisch Comité van de Universiteit Gent op 10 april 2014 onder het registratienummer B670201420841.

Oriënterend literatuuronderzoek

Psychische problemen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Psychische problemen vertegenwoordigen een groot gedeelte van de wereldwijde gezondheidsproblemen; vooral depressie, angsten, alcohol - en drugmisbruik en psychosen scoren hoog. Mc Daniel stelt dat een derde van de patiënten in de eerstelijn voldoet aan de criteria van een psychische aandoening. Nog eens een derde kampt met psychosociale symptomen die niet voldoen aan deze criteria maar wel hun functioneren hinderen. Deze symptomen zijn bij chronisch zieken nog frequenter (2). In de praktijk van de eerstelijnsgezondheidszorg is de zorg voor geestelijke gezondheid een integraal onderdeel van het dagelijkse werk (3).

Enkel een deel van de mensen met psychische problemen zoekt hulp en nog een kleiner deel daarvan wordt ook inderdaad behandeld. Meestal zoeken mensen hulp bij hun huisarts (4) (5). Slechts een beperkt deel consulteert een psycholoog. Wereldwijd worden 5 tot 10% van de patiënten die met psychische problemen bij de huisarts komen verwezen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidsinstanties (6).

Het uitbouwen van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg is een uitermate belangrijke factor in een succesvolle gezondheidszorg (2). Uit onderzoek in de V.S. blijkt dat bij elke extra eerstelijnsgezondheidswerker per 10.000 inwoners de sterfte cijfers dalen met 5,3% of 49 per 100.000 inwoners. Eerder verrassend is daarbij de vaststelling dat een extra specialist per 10.000 inwoners de sterftecijfers doet stijgen met 2% of 16 per 100.000 inwoners (2).

We moeten echter constateren dat de huisarts in haar huidige setting er niet in slaagt om de vele psychische problemen voldoende te diagnosticeren en succesvol te behandelen. Uit de veralgemening van een steekproefonderzoek met behulp van de Present State Examination bleek dat 21% van de patiënten lijdt aan niet ontdekte mentale problemen (5). In een recente bijdrage voor de Campuskrant KUL naar aanleiding van haar doctoraat onderzoekt Liekens het buikgevoel van de huisarts bij de diagnose van depressie. Uit de vergelijking van de diagnoses van 136 patiënten die antidepressiva voorgeschreven kregen met hun resultaten op de HADS-schaal (Hospital Anxiety and Depression Scale) bleek 15% van de patiënten die door de artsen zwaar depressief werden omschreven volgens de test gezond waren. Tegelijkertijd zagen de artsen zware depressies vaak over het hoofd (7).

Bij deze gegevens kunnen we opmerken dat het definiëren van een psychisch probleem onderhevig is aan sociale, culturele en persoonsgebonden factoren. De meeste definities spreken van gevoelens van lijden en disfunctioneren voor het stellen van de diagnose van een ‘psychisch probleem’ (6).

Het gevaar van onbehandelde mentale problemen is o.a. verlengde afwezigheid van het werk met een hoge kost voor het individu en de samenleving (5). Van de mensen die zelfmoord pleegden zag 45% een eerstelijnswerker en 20% een psycholoog (8).

Het uitbouwen van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg veronderstelt aldus ook meer aandacht voor vroege detectie en behandeling van psychische problemen (5). Voor ernstige psychische problemen zal

de huisarts verkiezen om de zorg te delen met een psychiater. Huisartsen behandelen vooral de niet ernstige psychische problematieken. Het merendeel van de patiënten krijgt een medicamenteuze behandeling. Daarnaast worden counseling, cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie, zelfmanagement strategieën en psycho-educatie vermeld in de literatuur als behandelingsvormen die de huisarts gebruikt bij psychische problemen (6). Uit eigen ervaring kan ik stellen dat in de basisopleiding tot arts en de opleiding tot huisarts de aandacht voor deze technieken summier is. In de opleiding wordt psycho-educatie aangeleerd voor de meest courante psychische problemen (burn-out, slaapstoornissen, psychosomatiek, depressie, rouw, angst). Vaardigheden in andere technieken dienen verworven te worden via bijscholing en vragen aldus een bijzondere interesse van de arts.

Barrières bij het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijn.

Voor de effectieve behandeling van mentale problemen in de eerstelijn zijn er een aantal barrières te overwinnen (9).

Ten eerste vormen mentale problemen een uitdaging binnen de gezondheidszorg. Criteria en diagnostische testen voor mentale gezondheid (zoals DSM) zijn erg gedetailleerd, moeilijk te hanteren en nooit volledig objectief. Bovendien komen psychische en somatische klachten vaak samen voor (9). Daarnaast is het voor artsen niet eenvoudig om de verschillende psychologische oriëntaties te kennen en correct toe te passen en weten ze soms niet naar welke psycholoog ze best kunnen verwijzen (8).

Ten tweede hebben patiënten met mentale problemen relatief meer somatische klachten en comorbiditeit. Hierdoor komen ze vaak naar de huisarts met een lijst van somatische en psychische klachten. De tijd voorzien voor een consult is vaak te kort om voldoende op de psychische problemen in te gaan. Patiënten met mentale problemen hebben tevens te maken met stigmatisering. Dit kan mensen verhinderen hulp te zoeken en te praten over hun mentale problemen. Of ze zijn minder gemotiveerd voor een behandeling (9).

Ten derde veronderstelt de aanpak van psychische problemen een nieuw denkkader binnen de gezondheidszorg. Het biomedische model dat geweldige successen heeft geboekt in het verleden is vandaag niet in staat om de hedendaagse complexe gezondheidsproblemen aan te pakken. Al in 1977 stelde George Engel een geïntegreerd biopsychosociaal model als alternatief. Eerstelijnsgezondheidswerkers worden echter nog grotendeels gevormd in het denken en handelen binnen het biomedisch model (2).

Ten vierde zijn er weinig financiële incentives voor de behandeling van mentale problemen. De extra tijd nodig voor de behandeling van een mentaal probleem als depressie wordt minder betaald dan korte behandelingen voor somatische problemen (9).

Een effectieve aanpak van mentale problemen vraagt een combinatie van medicatie met psychotherapie. Het werken met psychofarmaca zit vervat in de opleiding van artsen. Psychotherapeutische behandeling dient te gebeuren door hiervoor getrainde gezondheidswerkers. Evidence-based psychotherapieën zoals cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en

probleemoplossende behandelingen veronderstellen niet alleen getrainde gezondheidswerkers maar ook meer tijd voor de behandeling. Bijvoorbeeld 30 tot 60 minuten per week voor 6 tot 12 sessies (9).

Mogelijkheden om samen te werken met een psycholoog.

Ten eerste is er het model van getrapte zorg. In dit model stelt men een intensievere behandeling voor wanneer een minder ingrijpende behandeling onvoldoende bleek. Wanneer naar een psycholoog wordt doorverwezen kan dit gaan om een eerstelijnspsycholoog of om psychologische hulpverlening op de tweede lijn (6).

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) zijn ambulante centra die zich bevinden op de tweedelijn (10). Voor verwijzing vanuit Zelzate gaat het vaak om CGG Eclips dat bevoegd is voor de invulling van de ambulante gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in de regio Gent-Eeklo. Het richt zich tot mensen met een ernstige psychische en/of psychosociale nood, waar ze samen met een hulpverlener willen aan werken. Zowel kinderen als jongeren, volwassenen en ouderen kunnen een beroep doen op CGG Eclips (10). De CGG vormen een interessante doorverwijsmogelijkheid voor de huisarts omwille van betaalbaarheid en kwaliteit van de geboden hulp. De wachttijden zijn een probleem. Gemiddeld over alle CGG's kreeg 63% van de cliënten in 2013 een eerste face-to-face contact binnen 1 maand. 20% moest 1 à 2 maanden wachten op een intakegesprek. 16% diende echter langer dan 2 maanden te wachten. De wachttijd na het eerste gesprek tot het tweede gesprek was voor 61% van de cliënten in 2013 minder dan 1 maand. 20% moest tussen 1 en 2 maand wachten op een tweede gesprek. 19% van de cliënten die in 2013 zijn tweede gesprek kreeg, had daar dus langer dan 2 maand op moeten wachten (11).

Een andere vorm van samenwerking tussen huisartsen en psychologen is geïntegreerde eerstelijnszorg (6). Er zijn meerdere modellen voor de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Van het simpel huisvesten van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn waarbij de psycholoog werkt in hetzelfde gebouw tot de volledige integratie ervan in de eerste lijn. Meer geïntegreerde modellen impliceren informatie uitwisseling tussen de gezondheidswerkers. Onderzoek heeft uitgewezen dat integratie leidt tot een verbeterde toegang van patiënten tot de geestelijke gezondheidszorg. Deze aanpak geeft ook meer voldoening voor de betrokken gezondheidswerkers (12).

De rol van een psycholoog in dit samenwerkingsverband wijkt af van de klassieke rol van de psycholoog (2). De psycholoog zal rechtstreeks met patiënten werken in de eerste lijn, maar daarnaast kan hij ook optreden als consulent voor de andere gezondheidswerkers. Bijkomend kunnen psychologen kwaliteitsverbetering faciliteren, optreden als coach, coördinator- manager van het team en deelnemen aan researchprojecten (9).

Om integratie van de psycholoog in de eerstelijn efficiënt te realiseren moet op diverse niveau's worden gewerkt: het klinische, het operationele en het financiële systeem (8).

Wat het klinische betreft is er sprake van verschillende behandelingsfilosofieën. In het biomedische model is vooral de medische professional verantwoordelijk voor de behandeling. In de geestelijke gezondheidszorg delen patiënt en psycholoog de verantwoordelijkheid. De medische wereld is vooral actiegericht terwijl de psychotherapie sterk procesgericht is. Ook de professionele taal in beide culturen is sterk verschillend. De medische wereld is georganiseerd rond verwijzingen en consultaties met anderen in een open, gedeelde cultuur. De geestelijke gezondheidszorg hanteert vaak een grotere vertrouwelijkheid en geheimhouding (8) (6).

Op operationeel niveau is er een probleem van ruimte. Er is soms eenvoudigweg te weinig plaats voor het huisvesten van geestelijke gezondheidswerkers (8).

Er zijn ook financiële barrières. De overheid en de verzekeringsmaatschappijen hebben vaak compleet andere systemen en budgeten voor medische en psychische gezondheidszorg. Een budget voor samenwerking is er in de meeste landen niet (8).

Ervaringen met het integreren van geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijn.

Op het vlak van het integreren van geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijn zien we een aantal interessante evoluties in Nederland. Hier heeft men de laatste jaren getracht om de uitgaven in de gezondheidszorg op verschillende manieren te beheersen. Mensen met mentale problemen doen meer beroep op medische voorzieningen en gebruiken meer medicatie. Door te kiezen voor een sterke eerstelijn waarbij huisartsen ondersteund worden door psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen wil het beleid onnodige en dure verwijzingen naar gespecialiseerde zorg vermijden. We merken hierbij op dat er maar 8 psychologische consultaties worden gedekt door de gezondheidszorg en er een volledige dekking is voor consultaties bij de huisarts (4).

Prins bekeek de gegevens van 503 patiënten die een psychologische interventie kregen in de eerstelijn aan de hand van de database van de huisartsen en de database van psychologen actief in de eerstelijnsgezondheidszorg. Onder andere uit dit onderzoek blijkt dat na een psychologische behandeling minder beroep wordt gedaan op medische voorzieningen (4).

Gedurende 6 maanden voor de psychologische behandeling in de eerstelijn consulteerden patiënten met psychosociale problemen gemiddeld 6,1 keer een huisarts. In de 6 maanden na het einde van de behandeling consulteerden ze 4,8 keer de huisarts. De gemiddelde consultatiefrequentie voor een vergelijkbare groep zonder psychische problemen in een periode van 6 maanden is 3,0. Voor de behandeling kregen 26,8% van de patiënten psychofarmaca voorgeschreven. Na de behandeling was dat 22,7%. Ongeveer de helft van de patiënten verbeterden hun GAF score met minstens 20 punten na de behandeling (4).

Cape e.a. hebben onderzoek gedaan naar de behandelefficiëntie van korte psychologische interventies in de eerstelijn. De onderzoekers maakten een meta analyse van 33 studies: 13 studies over de resultaten van korte cognitieve gedragstherapie, 8 studies over de resultaten van counseling en 12 studies onderzochten probleemoplossende therapie. Al deze behandelingen bleken effectief (13).

Anderzijds leveren korte behandelingen in de eerste lijn minder goede resultaten op dan langer durende psychologische therapieën in de tweede lijn. Een uitzondering werd gevonden voor korte cognitieve gedragstherapie voor angststoornissen. Deze heeft een vergelijkbaar effect met langdurige therapie in de tweede lijn (13).

Het verschil tussen eerste en tweede lijn heeft te maken met verschillende factoren naast de lengte van de therapie, kunnen ook het type patiënt, de problematiek van de patiënt, de vorming van de therapeut of de behandelplaats een rol spelen. Meer onderzoek moet dit verder verduidelijken (13).

<u>De eerstelijnspsycholoog in België.</u>

In België zien we ook een intentie om geestelijke gezondheidszorg te integreren in de eerstelijn. In artikel 107 van de wet betreffende ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen krijgt de uitbouw van een laagdrempelige eerstelijnshulp namelijk een belangrijke plaats binnen de psychische gezondheidszorg. Er wordt vertrokken vanuit de centrale vraag: Hoe kunnen we de eerstelijn uitbouwen en equiperen om psychische problemen te detecteren, te behandelen en te verwijzen zo nodig? Een mogelijke piste is het te werk stellen van een psycholoog in de eerstelijn (14).

Eind 2011 – begin 2012 startten zes projecten met een eerstelijnspsychologische dienst in Vlaanderen en Brussel met de steun van Minister Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De doelstelling van deze projecten bestaat erin een eerstelijnspsychologische functie te organiseren in een geografisch afgebakend gebied, met als activiteiten:

- kortdurende, laagdrempelige en generalistische zorg bij niet-complexe psychische klachten, vlot toegankelijk en inzetbaar voor crisisinterventies;
- nauw samenwerken met andere hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg en hiervoor een netwerk uitbouwen op het niveau van de zorgverlening. Een gestructureerde samenwerking is vereist met ten minste het SEL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg), de betrokken huisartsenkring(en), CAW (Centrum Algemeen Welzijn) en de CGG (Centra Geestelijke Gezondheidszorg).
- vroegdetectie en vroeginterventie bevorderen bij psychische problemen. Dat onder meer door: informatieverstrekkking over psychische problemen, detecteren van psychische problemen, diagnostiek, intake en indicatiestelling en waar nodig bevorderen van de doorstroming naar meer gespecialiseerde gezondheidszorg.

Tegen 28 februari 2015 zal elk project een eindrapport indienen met aanbevelingen voor een eventuele toekomstige implementatie van deze eerstelijnspsychologische functie. Op termijn is het immers de bedoeling om in een interministeriële dialoog, samen met het RIZIV, na te gaan hoe een structurele en duurzame aanpak van deze functie kan verwezenlijkt worden (15). Deze eindrapporten waren nog niet beschikbaar op moment van schrijven.

Op 13 mei 2013 formuleerde Minister Jo Vandeurzen wel al enkele tussentijdse conclusies naar aanleiding van de eerste jaarrapporten van de projecten naar aanleiding van een parlementaire vraag van Mevr. Vera Jans (16).

- de grootste ingangspoort voor raadplegingen gebeurt via verwijzing door de huisarts, maar soms ook via het project 107, OCMW,…
- de doelgroep varieert naargelang de invalshoek:
    - in Brussel zijn er veel allochtonen;
    - in een huisartsenpraktijk is de doelgroep beperkt tot de patiënten van die praktijk;
    - in een Sociaal Huis zijn er een hoog aantal kansarmen, enz.;
- het merendeel van de raadplegingen is per persoon beperkt tot 3 à 4 consultaties, dus echt kortstondig;
- de doelstelling van de raadplegingen is vooral gericht op de verhoging van de draagkracht en omvat onder andere motiverende gespreksvoering;
- de eerstelijnspsycholoog fungeert als GPS voor de huisarts in de problematiek van de geestelijke gezondheidszorg. De kennis over de sociale kaart en netwerkfunctie is zeer belangrijk;
- het merendeel van de problematiek bestaat uit depressieve stemmingen, angst- en stressproblemen. Deze problematieken zullen het volgend jaar door het onderzoek wetenschappelijk beter in kaart gebracht worden;
- de laagdrempeligheid verhoogt voor mensen met een complexe problematiek die anders niet naar gespecialiseerde zorgverlening geraken;
- de aanpak van crisissituaties verloopt voornamelijk via gespecialiseerde zorg en niet via de eerstelijnspsycholoog;
- vroegdetectie en vroeginterventie werden nog niet echt uitgewerkt gezien de nadruk gelegd wordt op kortdurende generalistische zorg. Voor de projecten is het momenteel nog niet echt duidelijk hoe dit best ingevuld wordt. Dit zal in de volgende jaren meer aan bod komen (16).

<u>De psycholoog bij Geneeskunde Voor Het Volk Zelzate.</u>

In de praktijk van Geneeskunde Voor Het Volk in Zelzate wordt sinds 1982 een psycholoog te werk gesteld. Deze psycholoog maakt deel uit van het team. Na doorverwijzing door één van de huisartsen kunnen patiënten van de praktijk bij haar terecht. Zij biedt sessies van één uur op twee halve dagen in de week (dinsdag voormiddag en vrijdag namiddag). Doorverwijzing gebeurt na overleg met de psycholoog. Momenteel worden we geconfronteerd met een grotere vraag/ nood dan aanbod en wordt gewerkt met een wachtlijst. De psycholoog beheert zelf haar wachtlijst.

Twee maal per jaar is er een patiënten-overleg tussen de huisartsen en de psycholoog. Tussentijds overleg gebeurt informeel tussen de consultaties. De huisarts schrijft een verwijsbrief met de nodige achtergrondinformatie die terug te vinden is in het EMD (Elektronisch Medisch Dossier). De psycholoog schrijft tussentijdse evaluaties in ditzelfde dossier.

Een psycholoog binnen de geïntegreerde eerstelijnszorg, zoals in deze scriptie beschreven, komt niet volledig overeen met een eerstelijnspsycholoog zoals in de hierboven vermelde projecten. Waar een eerstelijnspsycholoog uitdrukkelijk kortdurend en verkennend te werk gaat, kan een psycholoog op de eerste lijn ook instaan voor een langdurige begeleiding van een patiënt (6).

Beschrijvende dossierstudie

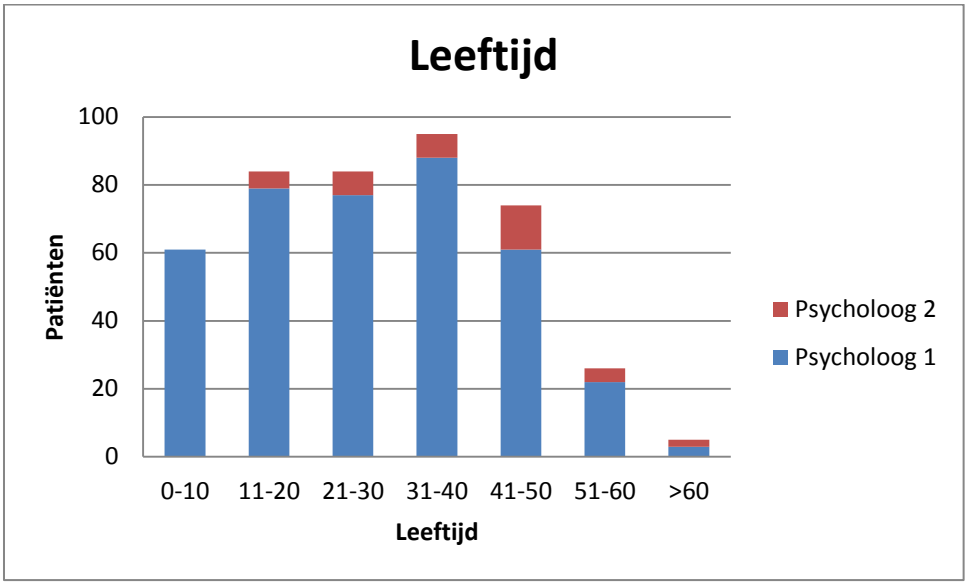
Er werden 417 trajecten begeleid door psycholoog 1 en 38 trajecten begeleid door psycholoog 2. Dit brengt het totaal op 455 trajecten.

Demografische gegevens

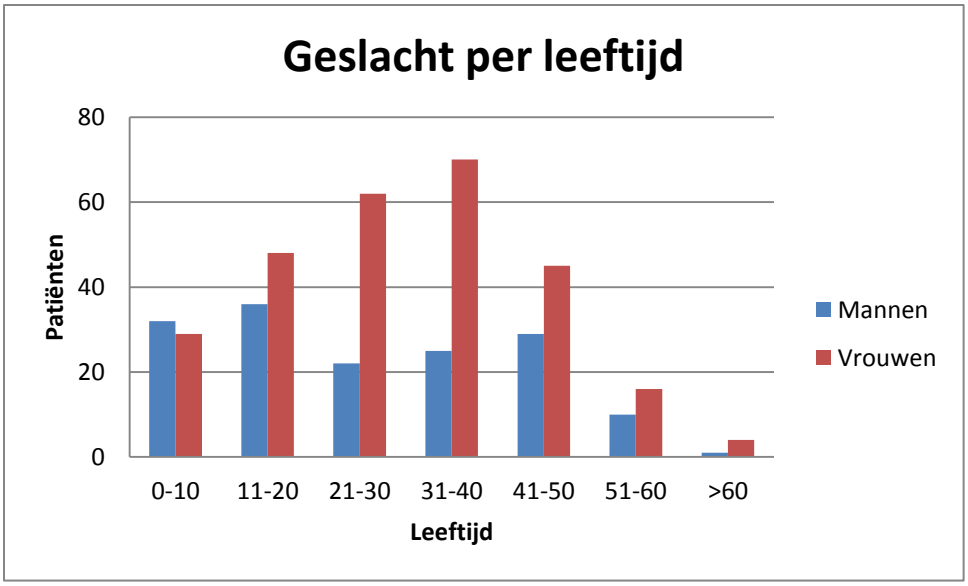
Ten eerste bekijken we de leeftijd bij aanmelding. Voor 26 aanmeldingen kon de leeftijd niet berekend worden: ofwel ontbrak de geboortedatum, ofwel ontbrak de datum van de eerste sessie.

De eerste psycholoog had een bijzondere interesse in kinder- en jeugdpsychologie en een bekwaamheid in enuresis problemen. Dit heeft mogelijks een weerslag op de leeftijdsverdeling bij aanmelding, waarbij zij relatief meer aanmeldingen kreeg uit de jongere leeftijdsgroep.

Verder zien we een gespreide leeftijdsverdeling met een duidelijke daling na de leeftijd van 50 jaar. Hier zijn verschillende verklaringen mogelijk: de drempel naar psychische hulpverlening is groter op oudere leeftijd of ouderen kunnen zich niet meer verplaatsen naar de psycholoog. Dit valt buiten het onderzoeksopzet van deze scriptie.



Daarnaast zijn er duidelijke verschillen in de geslachtsverdeling bij aanmelding. In totaal zijn 64% van de aanmeldingen vrouwen. Op jonge leeftijd is er een ongeveer gelijke verhouding tussen jongens en meisjes. Op middelbare leeftijd is er een oververtegenwoordiging van vrouwen.



Als we deze gegevens vergelijken met de demografische gegevens van de patiënten van de CGG (Centra Geestelijke Gezondheidszorg) zien we dat deze trend veel minder uitgesproken is binnen de CGG. Er is een veel gelijkere verdeling tussen mannen en vrouwen. Vooral bij de oudste leeftijdsgroep is er hier een oververtegenwoordiging van vrouwen (11).

Aantal Zorgperiodes naar geslacht en leeftijdsgroep CGG, 2013 *bron: EPD-registratie CGG, 2013*

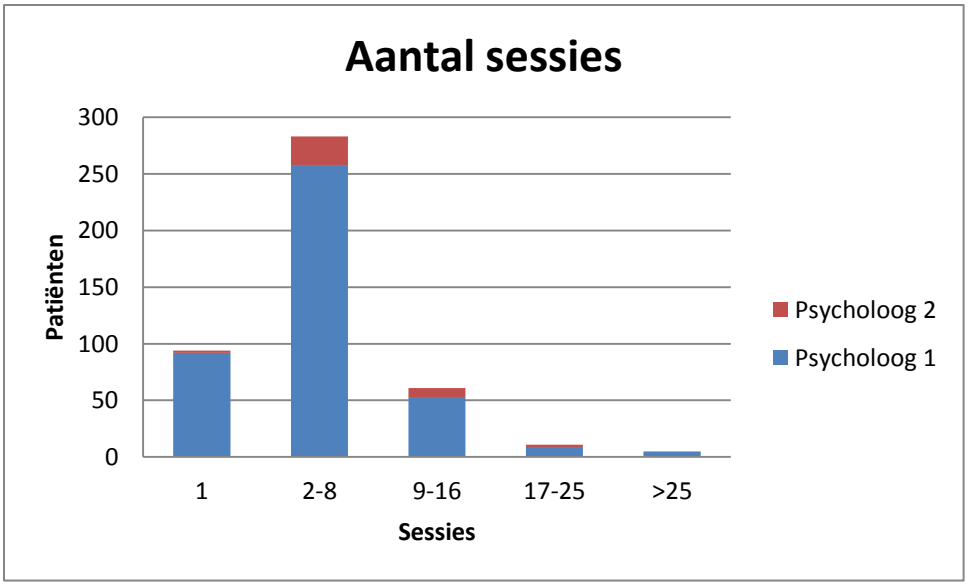
Leeftijd	man	vrouw	totaal	man (%)	vrouw (%)
onbekend	21	30	51	41%	59%
0-17 jaar	7506	6185	13691	55%	45%
18-59 jaar	16869	21297	38166	44%	56%
60 jaar +	1941	3723	5664	34%	66%
totaal	26337	31235	57572	46%	54%

Bij analyse van de gegevens van het eerste werkingsjaar van de eerstelijnspsycholoog in het WGC De Sleep te Gent vond Mevr. Creupelandt wel gelijkaardige verhoudingen: 65% van de patiënten waren vrouwen (17).

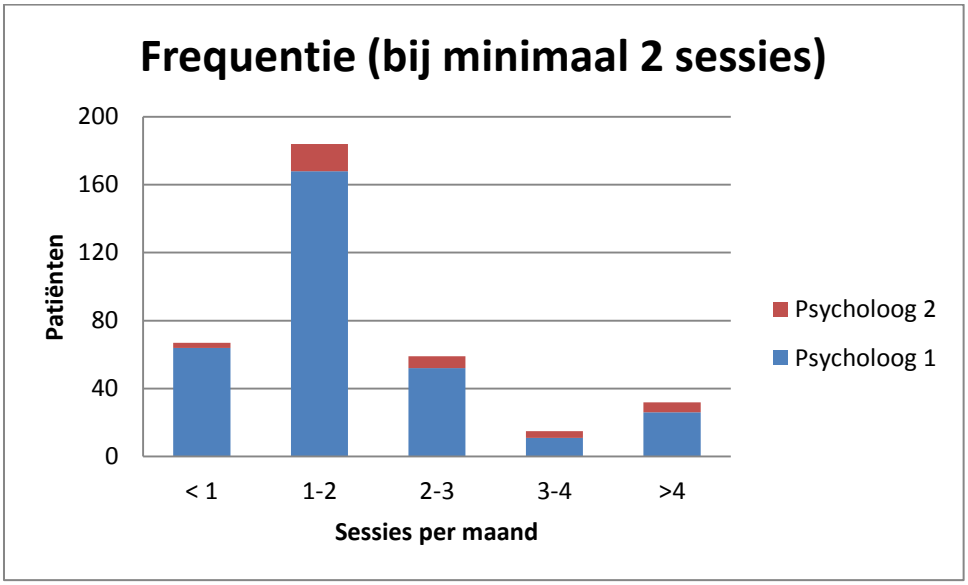
De vergelijking van deze drie groepen van patiënten wekt de indruk dat vrouwen zich veel gemakkelijker aanmelden bij een psycholoog op de eerste lijn. Mogelijks zijn vrouwen minder mobiel om zich naar verder gelegen hulpverlening te verplaatsen. Of is het voor vrouwen meer drempelverlagend om naar een psycholoog te gaan die gekend is in de praktijk. Zowel bij geneeskunde Voor het Volk als in het WGC De Sleep is de psycholoog in de eerste lijn zelf een vrouw. Verdere onderzoeken zullen uitwijzen of deze trend bevestigd wordt.

Aantal sessies per begeleidingstraject en frequentie

22% komt voor 1 sessie, 66% komt voor 2 tot 8 sessies en 18% krijgt meer dan 8 sessies. Bij één dossier was het aantal sessies onduidelijk.



De frequentie kan enkel berekend worden bij patiënten die meer dan één keer bij de psycholoog geweest zijn. Gemiddeld komen de patiënten elke 2 weken bij de psycholoog.



Aanmeldingsproblemen

Zoals in de methodologie beschreven werden de aanmeldingsproblemen onderverdeeld in enkele grote categorieën.

Aanmeldingsprobleem	Psycholoog 1 (totaal: 501)	Psycholoog 2 (totaal: 39)	Som (totaal: 540)	Som (%)
psychotische stoornissen	1	0	1	0%
stemmingsstoornissen	38	4	42	8%
angst- en dwangstoornissen	59	7	66	12%
stress- en aanpassingsstoornissen	82	3	85	16%
stoornissen met vooral lichamelijke symptomen	113	2	115	21%
conatieve stoornissen	47	1	48	9%
persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen	6	5	11	2%
psychosociale problemen en omgevingsproblemen	84	11	95	18%
ondersteunen van familielid van persoon met psychische of somatische problematiek	9	0	9	2%
enuresis	17	0	17	3%
rouw	10	6	16	3%
adviesvraag	16	0	16	3%
problemen bij overgang tussen verschillende levensfasen	6	0	6	1%
onduidelijk	13	0	13	2%

In bijlage kan u een tabel vinden met de gedetailleerde aanmeldingsproblemen. Hierbij dient opgemerkt dat relatieproblemen een veel voorkomend aanmeldingsprobleem zijn. Echter als patiënten zich als koppel aanmelden met een relatieprobleem werd dit elk individueel meegeteld. Het gaat om 32 individuen die zich als koppel aangemeld hebben.

De tien meest voorkomende aanmeldingsproblemen worden weergegeven in onderstaande tabel:

Aanmeldingsprobleem	Aantal (totaal: 540)	%
1. Relatieproblemen	53	10%
2. Aanpassingsstoornis	39	7%
3. Psychosomatiek: hoofdpijn, rugpijn, vermoeidheid of maagklachten	37	7%
4. Depressieve klachten	32	6%
5. Hyperventilatie	30	6%
6. Slaapproblemen	26	5%
7. Gegeneraliseerde angststoornis of niet gespecifieerde angststoornis	24	4%
8. Gedragsproblemen, niet nader gespecifieerd	19	4%

Aanmeldingsprobleem	Aantal (totaal: 540)	%
9. Specifieke fobie of fobische klachten	18	3%
10. Enuresis	17	3%

Deze lijst maakt vergelijking met andere onderzoeken mogelijk. Mevr. Creupelandt rapporteerde volgende meest voorkomende klachten bij de eerstelijnspsycholoog in het WGC De Sleep (17):

Hoofdproblematiek	Aantal (totaal: 178)	%
Depressieve stemming	40	22%
Stress	23	13%
Angsten/ fobie	21	12%
Werken	11	6%
Partnerrelatie	10	6%

In het rapport van Mevr. Creupelandt wordt gesproken van hoofdproblematiek. Deze kan in theorie verschillen van het aanmeldingsprobleem. Een patiënt kan zich immers aanmelden met een klacht waarvan na enkele sessies blijkt dat het hoofdprobleem zich toch op een ander domein bevindt, bijvoorbeeld een aanmelding met een partnerprobleem kan een alcoholprobleem maskeren.

Er zijn duidelijk veel minder aanmeldingen voor depressieve klachten bij de psycholoog bij Geneeskunde Voor het Volk. Zelfs als we alle stemmingsstoornissen samennemen gaat het om 8%, waar de eerstelijnspsycholoog in het WGC De Sleep 22% patiënten zag met een depressieve stemming.

In het rapport van Mevr. Creupelandt komen behalve de term stress geen andere stress- of aanpassingsstoornissen voor. Bij de psycholoog bij Geneeskunde Voor Het Volk zijn 16% van de aanmeldingen stress- en aanpassingsstoornissen en de psycholoog in het WGC De Sleep zag 13% met een stressprobleem. Dit zijn gelijklopende resultaten. Hetzelfde geldt voor de angst- en dwangstoornissen, welke in beide onderzoeken 12% van de problematiek vormen.

Stoornissen met vooral lichamelijke symptomen vormen een belangrijk aandeel van de aanmeldingen bij de psycholoog van Geneeskunde Voor het Volk, namelijk 21%. 7% van de patiënten meldt zich aan met psychosomatische klachten. De eerstelijnspsycholoog in het WGC De Sleep zag 10 patiënten (6%) met een psychosomatische klacht. Er is een groter verschil voor hyperventilatie: 6% bij de psycholoog bij Geneeskunde Voor Het Volk versus 1% bij de eerstelijnspsycholoog in WGC De Sleep. Voor de slaapproblemen: 5% bij de psycholoog bij Geneeskunde Voor Het Volk versus 2% bij de eerstelijnspsycholoog in WGC De Sleep.

Afsluiting van de begeleiding

Bij de gegevens rond afsluiting is het belangrijk nogmaals op te merken dat de gegevens van psycholoog 1 retrospectief in de dossiers werden gezocht. Deze dossiers werden niet bijgehouden met

het oog op latere inventarisatie of analyse. Het indelen van patiënten in verschillende categorieën diende te gebeuren op basis van de interpretatie van de onderzoeker. Psycholoog 2 daarentegen houdt de patiëntengegevens zo bij dat onderzoek gefaciliteerd wordt en gebruikt aldus minder categorieën om naar eigen oordeel trajecten in te delen.

Afsluiting	Psycholoog 1 (totaal: 417)	Psycholoog 2 (totaal: 38)	Som (totaal: 455)	Som (%)
afgesloten of afgerond met de uitdrukkelijke vermelding "positief" of met de vermelding dat de patiënt zelf een afspraak zal maken als hij of zij dit nodig acht	146	16	162	36%
afgesloten of afgerond zonder verdere verduidelijking of positieve waardering van de psycholoog	36	0	36	8%
afgebeld of niet op afspraak, waarna geen nieuwe consultatie meer plaatsvond	104	0	104	23%
eenzijdig afgesloten door de patiënt	14	18	32	7%
verwezen (verschillende domeinen: arts, andere psycholoog of sociale instantie)	28	4	32	7%
niet gespecifieerd of onduidelijk	84	0	84	18%
andere: opname om medische redenen, uitgestelde sessies die niet hervat werden of overlijden	5	0	5	1%

In dit onderzoek werd 1 overlijden teruggevonden. Het ging hierbij niet om zelfmoord.

Deze gegevens zijn vergelijkbaar met de gegevens van de CGG. Hier werden duidelijk meer patiënten doorverwezen bij afsluiting van het traject (11).

Aantal afgesloten zorgperiodes CGG, 2013 *bron: EPD-registratie CGG, 2013*

	0-17j	18-59j	60j+	totaal	%
beëindigd in wederzijds overleg	2781	6338	1242	10378	49,8%
beëindigd en extern doorverwezen	849	3280	227	4360	20,9%
Vroegtijdig beëindigd (tegen advies hulpverlener)	216	541	92	850	4,1%
Contacten afgebroken	821	3637	237	4699	22,5%
Eenzijdige beëindiging door hulpverlener	66	281	44	391	1,9%
Beëindigd door overlijden cliënt	0	42	101	143	0,7%
Beëindigd door zelfmoord cliënt	0	22	3	25	0,1%

Herintake

We zien dat een aantal patiënten meerdere begeleidingstrajecten doorlopen. In de meeste gevallen komen de patiënten met een ander aanmeldingsprobleem. Hier gaat het dus niet om herval. Tussen de verschillende begeleidingstrajecten zijn er vaak verschillende jaren waarin de patiënt geen psycholoog ziet. Mogelijks speelt het een rol dat de patiënt na een eerste begeleidingssessie de weg naar de psycholoog kent en dat er al een vertrouwensband is opgebouwd. Concreet gaat het om 35 patiënten die meerdere begeleidingstrajecten doorlopen.

De gemiddelde duur van deze herintakes en hun bijbehorende eerste behandelingstraject wordt weergegeven in volgende tabel.

Hoeveelste traject	Aantal patiënten	Gemiddeld aantal sessies
Eerste traject	35	5,14
Herintake 1	35	7,00
Herintake 2	11	4,45
Herintake 3	4	15,25
Herintake 4	2	4,50

Begeleidingen van minder dan 8 sessies.

Tijdens het interview toonden de artsen een bijzondere interesse voor de kortdurende trajecten (hier geformuleerd als 8 sessies of minder). Dit zijn 88% van de begeleidingen.

Hieronder een overzicht van de afsluiting van deze trajecten.

Afsluiting	Som (totaal: 378)	Som (%)
afgesloten of afgerond met de uitdrukkelijke vermelding “positief” of met de vermelding dat de patiënt zelf een afspraak zal maken als hij of zij dit nodig acht	129	34%
afgesloten of afgerond zonder verdere verduidelijking of positieve waardering van de psycholoog	25	7%
afgebeld of niet op afspraak, waarna geen nieuwe consultatie meer plaatsvond	98	26%
eenzijdig afgesloten door de patiënt	27	7%
verwezen (verschillende domeinen: arts, andere psycholoog of sociale instantie)	24	6%
niet gespecifieerd of onduidelijk	70	19%
andere: opname om medische redenen, uitgestelde sessies die niet hervat werden of overlijden	5	1%

Vooral de korte en positief afgesloten trajecten zijn een interessante groep. De psycholoog kan op korte tijd een meerwaarde betekenen voor de aanpak van het probleem van de patiënt. Het zijn interessante/ goede doorverwijzingen. In de tabel hieronder geven we de aanmeldingsklachten van de patiënten weer. Daarnaast ziet u het totaal aantal aanmeldingen met dit probleem.

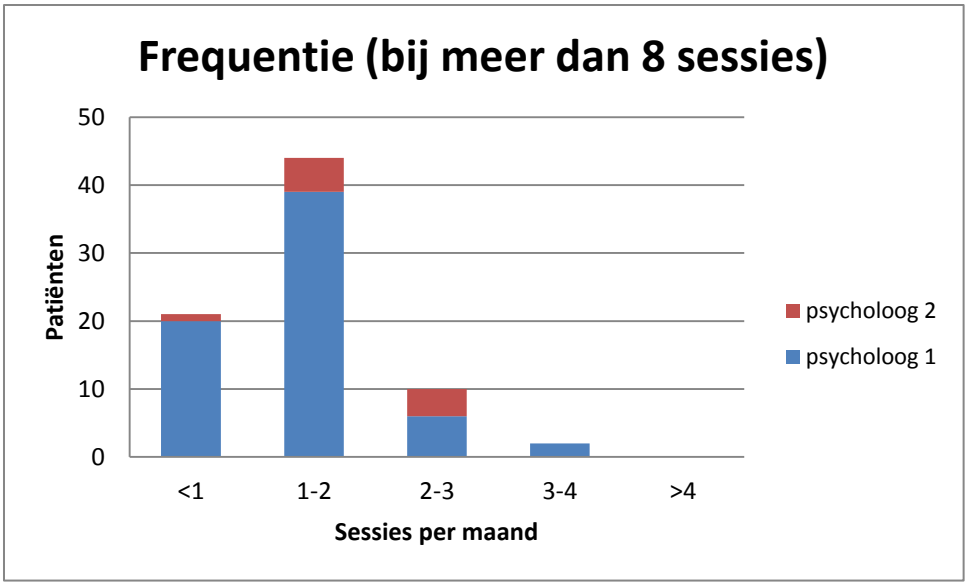
	Positief na acht sessies	Totaal aantal aanmeldingen	percentage
psychotische stoornissen	0	1	0%
stemmingsstoornissen	7	42	17%
angst- en dwangstoornissen	22	66	33%
stress- en aanpassingsstoornissen	22	85	26%
stoornissen met vooral lichamelijke symptomen	44	115	38%
conatieve stoornissen	14	48	29%
persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen	2	11	18%
psychosociale problemen en omgevingsproblemen	19	95	20%
ondersteunen van familielid van persoon met psychische of somatische problematiek	2	9	22%
enuresis	7	17	41%
rouw	6	16	38%
adviesvraag	8	16	50%
problemen bij overgang tussen verschillende levensfasen	1	6	17%
onduidelijk	0	13	0%

Begeleidingen van meer dan 8 sessies

Vooral de trajecten die meer dan 8 sessies inhouden zorgen voor een belangrijke tijdsinvestering van de psycholoog. We stellen echter vast dat veel van deze langdurige trajecten tot een positieve afsluiting komen. Het is een belangrijke keuze binnen de praktijk om te focussen op kortdurende problemen die passen in een kortdurend traject en/ of tijd te voorzien voor deze langdurige begeleidingen.

	som (totaal: 77)	som (%)
afgesloten of afgerond met de uitdrukkelijke vermelding “positief” of met de vermelding dat de patiënt zelf een afspraak zal maken als hij of zij dit nodig acht	33	43%
afgesloten of afgerond zonder verdere verduidelijking of positieve waardering van de psycholoog	11	14%
afgebeld of niet op afspraak, waarna geen nieuwe consultatie meer plaatsvond	6	8%
eenzijdig afgesloten door de patiënt	5	6%
verwezen (verschillende domeinen: arts, andere psycholoog of sociale instantie)	8	10%
niet gespecifieerd of onduidelijk	14	18%
andere: opname om medische redenen, uitgestelde sessies die niet hervat werden of overlijden	0	0%

Een vraag hierbij is of dit langdurige trajecten zijn met een hoge of een lage frequentie van consulteren. Dit bepaalt immers mee het dichtslibben van het aanbod van de psycholoog door deze langdurige trajecten.



Gemiddeld komt deze groep van patiënten dus ongeveer om de 3 weken bij de psycholoog. Dit is inderdaad aan een lagere frequentie dan het gemiddelde van alle patiënten (ongeveer om de 2 weken.)

Lichamelijke klachten

Tijdens het interview toonden de artsen ook een bijzondere interesse voor de groep patiënten met lichamelijke klachten. De artsen gaan steeds meer zelf aan de slag met deze klachten (slaapstoornissen, psychosomatiek, …) zonder ondersteuning van de psycholoog. Ze vroegen zich af of deze trajecten vaak op een positieve manier konden afgerond worden, om zo inzicht te verwerven in de kwaliteit van doorverwijzing van deze klachten naar de psycholoog. Mogelijks biedt de psycholoog bij deze klachten toch een belangrijke meerwaarde in de begeleiding.

Vergelijking van de aanpak van de huisarts en de psycholoog valt buiten de focus van deze scriptie.

Afronding bij lichamelijke klachten	Totaal: 115
afgesloten of afgerond met de uitdrukkelijke vermelding "positief" of met de vermelding dat de patiënt zelf een afspraak zal maken als hij of zij dit nodig acht	51
afgesloten of afgerond zonder verdere verduidelijking of positieve waardering van de psycholoog	8
afgebeld of niet op afspraak, waarna geen nieuwe consultatie meer plaatsvond	26
eenzijdig afgesloten door de patiënt	3
verwezen (verschillende domeinen: arts, andere psycholoog of sociale instantie)	13
niet gespecifieerd of onduidelijk	14
andere: opname om medische redenen, uitgestelde sessies die niet hervat werden of overlijden	0

Afronding na 1 sessie

De groep trajecten die afgerond wordt na één sessie is zeer divers. Enerzijds is een deel van de patiënten voldoende geholpen met één sessie. De psycholoog kan enkele tips geven waarmee ze aan de slag kunnen. Of het probleem was al grotendeels verholpen door de consultatie bij de huisarts voor de verwijzing. Anderzijds is er ook een groep patiënten die niet meer verder op consultatie komen bij de psycholoog, omwille van moeizaam contact met de psycholoog, confrontatie met hun problemen, te lage motivatie om het traject te vervolgen, … Deze differentiatie kon onvoldoende specifiek en betrouwbaar in de dossiers teruggevonden worden. De opmerkingen bij de afronding kunnen evenwel een benadering van de vraag vormen.

Afronding na 1 sessie	Totaal: 94
afgesloten of afgerond met de uitdrukkelijke vermelding “positief” of met de vermelding dat de patiënt zelf een afspraak zal maken als hij of zij dit nodig acht	13
afgesloten of afgerond zonder verdere verduidelijking of positieve waardering van de psycholoog	5
afgebeld of niet op afspraak, waarna geen nieuwe consultatie meer plaatsvond	35
eenzijdig afgesloten door de patiënt	6
verwezen (verschillende domeinen: arts, andere psycholoog of sociale instantie)	5
niet gespecifieerd of onduidelijk	28
andere: opname om medische redenen, uitgestelde sessies die niet hervat werden of overlijden	2

Interviews met de artsen

Het interview met de artsen vond plaats in twee delen, telkens tijdens de medische vergadering, waarbij alle artsen aanwezig waren. Er werden aanvullingen gegeven op elkaars opmerkingen en er ontstond rond sommige punten een interessante groepsdiscussie.

De voordelen en de nadelen van een psycholoog binnen de huisartspraktijk.

Binnen de praktijk wordt er gekozen om consultaties bij een psycholoog aan te bieden en hiervoor komt de praktijk ook financieel tegemoet, naast een beperkte eigen bijdrage van de patiënten van 10 euro per consultatie van één uur (ongeveer 50% van de werkelijke kost). Deze keuze voor laagdrempelige psychologische ondersteuning binnen de eigen praktijk biedt een aantal voordelen, maar houdt ook valkuilen in, zo bleek uit het interview met de collega huisartsen.

<u>Toegankelijk en laagdrempelig</u>

Patiënten kunnen in hetzelfde gebouw en dezelfde wachtzaal terecht zowel voor de consultaties bij de huisarts als bij de psycholoog. De bedoeling is dat dit de drempel voor psychologische hulp voor de patiënten verlaagd. Bovendien is voor veel patiënten vervoer een belemmering voor consultaties in het CGG in Gent of Eeklo. Privé psychologen zijn dan weer duurder.

Er wordt echter ook de bedenking gemaakt dat het voor patiënten bedreigend kan zijn om in dezelfde wachtzaal te wachten. Andere patiënten kunnen zo immers zien dat ze naar de psycholoog komen als deze hen in de wachtzaal komt halen.

Een psycholoog in de praktijk werkt drempelverlagend. Voor sommige mensen is het moeilijk als ze naar een psycholoog moeten gaan en als ze dan hier in hun vertrouwde omgeving in dezelfde wachtzaal kunnen komen is dat drempelverlagend. Belangrijk is ook dat ze in Zelzate terecht kunnen en niet naar Gent of Eeklo moeten. (Arts 1)

Ik vraag mij af of het wel zo laagdrempelig is omdat ze al andere mensen zien in de wachtzaal. (Arts 2)

Omdat de drempel voor de artsen laag is om door te verwijzen is het van groot belang dat de indicaties goed gesteld worden. Het is ook belangrijk dat patiënten gemotiveerd zijn voor een psychologische begeleiding voor ze naar de psycholoog verwezen worden.

Een valkuil is dat de drempel laag is om door te verwijzen, we moeten dan zeer goed in de gaten houden of het een juiste indicatie was om door te verwijzen. Bijvoorbeeld mensen met een persoonlijkheidsstoornis, waarbij weinig resultaat te bereiken is met gedragstherapie, als we zo'n mensen toch gaan doorverwijzen dan krijgen we toch weinig resultaten. Maar ik denk dat door de periodieke evaluaties met de psychologen we dat kunnen voorkomen. (Arts 1)

Wat je regelmatig merkt is dat er bij de psycholoog patiënten niet komen opdagen, zelfs voor hun eerste afspraak niet. Zijn de mensen dan minder gemotiveerd? Of selecteren we misschien de verkeerde mensen? (Arts 3)

Beschikbaarheid.

Hoewel in de praktijk de psycholoog werkt met een wachtlijst, is het toch een streefdoel om psychologische interventies snel beschikbaar te maken. Een huisarts vermeldt dat dit een belangrijk voordeel is om het gebruik van psychofarmaca te beperken. Een andere huisarts vermeldt de flexibiliteit van de psycholoog om dringende hulpverlening te bieden, bijvoorbeeld bij suïcidaliteit.

Een andere valkuil is het dichtslibben van ons aanbod. Ik denk dat we een psycholoog op de eerste lijn moeten inzetten voor kortlopende begeleidingen en ook een deel voor diagnostiek. (Arts 4)

Er zijn ook een aantal pathologieën waarvan je als huisarts denkt daar zou toch iets meer moeten mee gebeuren en als je dan beschikt over een psycholoog kan dat ook een hulpmiddel zijn om voorschriften als benzodiazepine te vermijden doordat je psychologische hulp tijdig en tijdelijk kunt aanbieden en dat je geen beroep moet doen op psychologen met maanden wachttijd, want dan moet je als arts soms wel ondertussen iets doen en dan is een kalmerend middel voorschrijven een aantrekkelijk alternatief. (Arts 4)

Ik denk dat de bereikbaarheid opweegt tegen de valkuilen. Ik denk aan een patiënt met een suïcide poging, dan gaat dat hier toch sneller, de psycholoog kijkt dan naar haar agenda om zo iemand snel er tussen te plaatsen. (Arts 1)

Algemeen is het landschap van psychologische hulpverlening weinig overzichtelijk. Vaak lopen de kosten voor de patiënt bij privé psychologen hoog op. Bovendien is er weinig kwaliteitscontrole. Het aanbod binnen de CGG is goedkoop en kwalitatief maar moeilijk te bereiken vanuit Zelzate. Wachttijden kunnen oplopen. Er wordt dan ook opgemerkt dat er een gebrek is aan aanbod en dat dit ertoe leidt dat sommige psychiaters ook verwijzen naar de psycholoog in de praktijk. Het gaat hier vaak om complexere begeleidingstrajecten die zelden voldoen aan de kenmerken van een goede verwijzing binnen de eerstelijn (zie hieronder) en beter zouden opgevangen worden in de tweede lijn.

Nog bij valkuilen: een patiënt waarvan de psychiater verwijst naar de psycholoog in de praktijk. (Arts 3)

Naast een valkuil illustreert dat maatschappelijk dat er een gat is in de psychologische hulpverlening, dat is trouwens de reden waarom wij een psycholoog in huis hebben gehaald omdat wij in onze omgeving nauwelijks psychologen hebben die betaalbaar zijn en kwalitatief hoogstaand en dichtbij. Een valkuil is dus dat andere specialisten, bij gebrek aan anderen, ook naar onze psycholoog doorverwijzen. (Arts 4)

Samenwerking met de huisartsen.

Door alle artsen wordt de vlotte samenwerking als cruciaal voordeel aangegeven. Een eerste consultatie bij de psycholoog kan enkel na doorverwijzing door de huisarts, meestal na overleg tussen huisarts en psycholoog. Het verdere contact tussen de huisartsen en de psycholoog verloopt vlot en grotendeels informeel in de wandelgangen. Daarnaast zijn er ook structurele overlegmomenten. Bij verwijzing schrijft de huisarts een verwijsbrief voor de psycholoog, die terug te vinden is in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Tijdens het traject bij de psycholoog noteert deze ook de noodzakelijke informatie in het EMD om de samenwerking te faciliteren.

Zoals in de literatuurstudie ook aangehaald zijn artsen soms verward door de verschillende psychologische oriëntaties en weten ze niet naar welke psycholoog ze best kunnen verwijzen. Met de psycholoog in huis weten de huisartsen welke behandelingsmodaliteiten zij biedt en kunnen ze ook steeds overleggen over de te verkiezen strategie.

Ik vind het een voordeel dat je weet hoe ze werkt. Uiteindelijk hebben we haar op sollicitatie gehad en we hebben gesproken over hoe zij dat ziet iemand psychologisch begeleiden. Anders is dat een drempel om door te verwijzen, want je weet niet of die persoon dat wel op een manier gaat aanpakken die jij goed vindt. (Arts 3)

Een huisarts haalt aan dat een goede samenwerking in principe ook moet kunnen met een externe psycholoog. In de praktijk loopt dit echter vaak moeizaam. Een andere arts benadrukt hierbij het belang van de informele samenwerking met de psycholoog in huis.

Dat is het wandelgangeffect, je komt de psycholoog tegen in de gang en je kan het kort bespreken, dat maakt meer mogelijk. (Arts 4)

Goede en minder goede indicaties voor verwijzing.

Tijdens het interview geven de artsen volgende kenmerken van een goede indicatie:

- Kortdurend behandelingstraject (8 sessies waarna evaluatie door psycholoog en arts)
- Gemotiveerd tot verandering
- Zo mogelijk na overleg met psycholoog
- Bepaalde pathologie: angstproblematiek, reactieve of exogene depressie, relatieproblematiek, opvoedingsproblematiek, vragen bij levenskeuzes.
  Eén huisarts merkt op dat hij zich voldoende bekwaam voelt om een depressie zelf op te volgen en te begeleiden en dat hij het hiervoor niet nodig vindt om altijd een psycholoog in te schakelen.
  Discussie rond post-traumatische stress: sommige artsen verkiezen directe doorverwijzing naar een psychiater, andere artsen verkiezen doorverwijzing naar de psycholoog en in overleg hiermee eventuele doorverwijzing naar een psychiater.

Bij een slechte indicatie denken de artsen aan volgende kenmerken:

- Weinig motivatie, geen hulpvraag van de patiënt
- Taalbarrière, niet kunnen verwoorden van gevoelens en gedachten
- Langdurig bestaande psychische problemen waarvoor al verschillende psychologen werden geconsulteerd
- Bepaalde pathologie: persoonlijkheidsstoornissen

Er is een groep patiënten bij wie de draaglast op chronische basis de draagkracht overschrijdt. De artsen zijn het niet helemaal eens over de beste manier om deze patiënten op te volgen en te ondersteunen. Enerzijds zijn er artsen die bij deze patiënten een belangrijke rol voor de psycholoog zien. De psycholoog ziet deze patiënten dan langdurig en zo mogelijk laag frequent.

De vraag is of langere begeleidingen misschien toch in de eerste lijn moeten. Elke arts heeft ook een aantal mensen die op regelmatige tijdstippen komen voor een gesprek. De vraag is dan of de arts de meest geschikte persoon is om die patiënt op te volgen. Het gaat dan om eerder chronische problematieken die nu bij de huisarts zitten, maar die heeft ook geen tijd. (Arts 3)

Een andere arts vindt dat patiënten die langdurig en hoogfrequent opgevolgd worden het beste bij de huisarts terecht komen.

Daarmee is ook gezegd dat de frequentie belangrijk is: chronisch lage frequentie is wel een goede indicatie, chronisch hoge frequentie niet. Als dat iemand is in een moeilijke situatie, die op korte termijn een gesprek moet hebben, dan helpt 1 keer per week toch en die kan je best als arts bijhouden. (Arts 4)

Het is bij deze groep van patiënten vaak zo dat de consultaties vooral bestaan uit het laten ventileren van de patiënt. De vraag stelt zich dus wie in het team hiervoor geschikt is en wie hiervoor tijd dient uit te trekken/ te krijgen. Een arts stelt dat bij deze consultaties de bekwaamheid van de psycholoog niet optimaal benut wordt en dat dit ook kan bij een arts. Een andere arts oppert dat deze consultaties ook kunnen gebeuren door een maatschappelijk werker, een functie die niet beschikbaar is binnen het team.

En ik ben het ook niet eens met wat Arts 1 en Arts 4 zeiden dat een psycholoog geen meerwaarde is om iemand te laten ventileren, een arts kan dat even goed als een psycholoog. (Arts 5)

Als het gaat over gewoon ventileren, dat kan een maatschappelijk werkster ook, daar moet je geen psycholoog voor zijn. (Arts 4)

Concreet samenwerkingsmodel.

Zoals hierboven aangegeven vinden de artsen de mogelijkheid tot samenwerken één van de belangrijkste voordelen.

Een belangrijke opmerking kan gemaakt worden bij de wachtlijst. Artsen kunnen een patiënt op de wachtlijst van de psycholoog zetten, welke de patiënt dan op korte termijn opbelt voor een telefonische intake. Hierbij probeert ze de indicatie en dringendheid duidelijk te krijgen. Ze geeft een idee van termijn tot de sessies kunnen starten en ze geeft ook een aantal concrete andere mogelijkheden voor psychosociale hulpverlening. Het is echter zo dat artsen soms proberen om voorrang te verkrijgen voor patiënten die dringend psychologische hulp nodig hebben. Niet alle artsen maken hiervan evenveel gebruik, wat toch een mogelijke bron van wrevel kan zijn. Immers als patiënten dringend worden geholpen moeten de mensen op de wachtlijst langer wachten om aan het begeleidingstraject te beginnen.

Het verloopt vlot. Maar er is een officiële weg om patiënten aan te melden en een short cut, als je toevallig de psycholoog ziet in de wandelgangen. Ik vind dat het niet noodzakelijk zo is dat wie eerst op de wachtlijst staat eerst aan bod komt, er zijn soms acutere zaken als er suïcidegevaar bij is en dergelijke. Maar dan moet wel elke dokter de kans hebben om zo iemand naar voor te schuiven. (Arts 5)

Ik heb soms het gevoel met die short cut dat er patiënten bij de psycholoog belanden die eigenlijk nog niet rijp zijn voor een psycholoog. Ik heb bijvoorbeeld een patiënte met suïcideneigingen die ik naar de psycholoog stuurde en die nooit is gegaan, dan heb ik zoiets van allé ja. Dus bij die acute vragen heb ik vaak zo iets van heeft dit wel genoeg gerijpt? (Arts 3)

Ok, in dit geval is het verkeerd ingeschat geweest, maar het omgekeerde zou in mijn ogen veel erger zijn. Dat je zegt hier is iemand met echt acute problematiek waar we nu geen plaats voor hebben. Het is zo dat we hier in de omgeving zeer weinig mogelijkheden hebben voor acute hulpverlening. Er bestaat in Gent wel "De Eclips" maar die komen niet naar hier. Op korte tijd gezien worden door de psycholoog moet daarom absoluut wel kunnen als het om suïcide gaat e.d. (Arts 5)

Dit moet goed afgewogen worden: wil de patiënt dat of wil de arts dat? (Arts 1)

In principe is het de bedoeling dat er twee tot drie keer per jaar formeel overleg is tussen de psycholoog en de artsen. We merken dat dit het laatste jaar niet het geval was. Hiervoor zijn een aantal factoren van belang, maar vooral het uurrooster vormt een praktisch obstakel. Omdat de psycholoog werkt met een deeltijds contract bij Geneeskunde Voor Het Volk Zelzate van zes uren per week combineert ze dit werk met een andere deeltijdse baan. Hierdoor kan ze niet aanwezig zijn op de vergadermomenten van de artsen.

Ik vind dat er de laatste tijd weinig formeel overleg is. Het is vooral informeel overleg en dan hangt het vooral af van uw eigen inschatting. (Arts 5)

Het formeel overleg, ik denk dat we daar eens moeten over nadenken. De bedoeling is wel dat we drie keer per jaar, om de vier maanden, eens door het patiëntenbestand lopen om te kijken wat nog loopt en wat is afgesloten. Ik denk dat we daar inderdaad meer echte structuur moeten in steken.

Omdat het moeilijk is met haar uurrooster lukt dat niet. We moeten dat beter bewaken. Het is ook altijd nuttig om de resultaten te overlopen omdat dan de discussie "Wat is een goede verwijzing?" kan gevoerd worden, want soms heb je iemand met iets gelijkaardig… (Arts 4)

Het laatste formele overleg gebeurde tijdens een middagpauze in de vorm van een lunchvergadering.

Lunchvergaderingen vind ik goed, we leren hoe het loopt en welke doorverwijzingen een goede indicatie zijn. Het duurt wel lang om alle patiënten te overlopen. Twee keer per jaar lijkt mij wenselijk. (Arts 1)

Eerstelijnspsycholoog versus psycholoog geïntegreerd in de huisartspraktijk.

Zoals hierboven aangegeven is er geen eenduidige visie over de langdurige begeleidingstrajecten. Deze vorm van begeleiding vormt toch een belangrijk verschil met het rigide kader van de eerstelijnspsycholoog zoals gedefinieerd door Minister Jo Vandeurzen. Bovendien kan een psycholoog geïntegreerd in de huisartspraktijk potentieel meer verschillende rollen opnemen in het multidisciplinaire team.

Een beetje een combinatie. Zij is een eerstelijnspsychologe die werkt in een praktijk waar we streven naar op korte tijd afronden van begeleidingen, maar waar ook de kans bestaat om langduriger begeleidingen te doen. Wat vooral belangrijk is, is dat ze zeer bereikbaar moet zijn, want bij een psychologe in Gent is de drempel veel hoger. (Arts 1)

Een eerstelijnspsychologe zal waarschijnlijk vaak verschillende praktijken bedienen, terwijl hier de afstand veel korter is. En hier komen nota's van de psychologe in het dossier en dat vind ik echt wel een meerwaarde. In een consultatie met een persoon kan je daar even op in gaan. Het gebeurt dat ik weet dat het vast zit en dat ik daar even op in ga om het soms nadien weer te laten vlotten of om te weten dat de begeleiding niet meer zinvol is. (Arts 4)

Een psychologe zou ook een aantal dingen kunnen doen rond voorlichting en preventie. En als dat iemand is van het huis is de drempel voor patiënten om te komen toch een stuk lager. (Arts 4)

Toekomstplannen

Op het einde van het interview ontstaat er een groepsdiscussie rond het uitbreiden van het aanbod van de psycholoog in de praktijk. Enerzijds worden de artsen geconfronteerd met toegenomen werkdruk en zien ze baat bij de mogelijkheid om psychosociale problemen sneller te verwijzen naar een psycholoog. Anderzijds wordt er ook opgemerkt dat er de laatste jaren meer aandacht is in de huisartsenopleiding voor consultvoering bij psychosociale problemen.

Ik vraag mij af of we toch niet beter patiënten sneller zouden laten doorsturen naar een psychologe, gezien we zoveel moeite hebben om onze patiënten gezien te krijgen. Ev. zelfs ons pakket aan psychologen uitbreiden, want we gaan gemakkelijker psychologische hulp kunnen uitbreiden dan een extra dokter. Het kan een manier zijn om onze werkdruk te verminderen. (Arts 5)

De huisartsenopleiding probeert wel de competenties van de artsen te verhogen op vlak van depressies, slaapstoornissen… (Arts 4)

Maar in onze eigen praktijk kunnen wij dat anders doen. (Arts 5)

Ik denk ook dat hoe meer er uit handen kan worden gegeven hoe beter. (Arts 3)

Maar we zien ook hoe het administratief werk toeneemt bij de huisarts. (Arts 5)

Er is ook nog altijd een financiële drempel, ook bij ons. Als de huisdokter het doet kost het de patiënt niets. Verwezen worden naar de psychologe blijft toch een kwalitatieve stap. Wat we delegeren vraagt altijd mankracht, een verpleegster… (Arts 4)

Interview met de psycholoog

Het interview met de psycholoog vond individueel plaats na het interview met de artsen.

De voordelen en de nadelen van een psycholoog binnen de huisartspraktijk.

De psycholoog geeft aan dat de nauwe samenwerking met de artsen het grootste voordeel is. Ze merkt ook dat er een groot vertrouwen is tussen haar en de artsen. De artsen weten volgens welke methoden ze werkt. Dit brengt met zich mee dat de artsen vol vertrouwen doorverwijzen en dat de drempel tot psychologische hulpverlening veel kleiner is, zowel voor de arts als ook voor de patiënt. De psycholoog kan de patiënt ook goed opvolgen en is op de hoogte van de contacten die de arts heeft met de patiënt. Hiervoor kan ze het elektronisch dossier raadplegen of de arts rechtstreeks aanspreken en overleggen.

Door die kleine afstand gebeuren de doorverwijzingen echt in vertrouwen, ze weten naar wie ze doorverwijzen.

Je kan het ook als psycholoog goed opvolgen, soms vraag ik mij af gaat die ondertussen nu nog naar de arts en dan kijk ik eens in het dossier of ik vraag gewoon is X bij jou geweest en hoe was ze?

Omdat de drempel lager is, kan het zijn dat er ook minder ernstige problematieken bij de psycholoog komen in vergelijking met een psycholoog die privé werkt.

Als je privé gaat moet je al over een hoge drempel om een vreemd iemand aan te spreken.

De psycholoog vindt dat er veel meer voordelen zijn dan nadelen aan het werken in een huisartsenpraktijk. Als aandachtspunt brengt de psycholoog aan dat ze grenzen moet stellen naar werkdruk toe. De artsen willen graag dat hun patiënten snel geholpen worden, maar de psycholoog werkt maar zes uren per week in de praktijk.

Een nadeel voor mij is dat er heel veel druk op mij gelegd wordt. Ten eerste om het allemaal te doen: er is een wachtlijst en artsen vragen voortdurend om er nog iemand tussen te doen. Mocht er geen goede band zijn met de huisarts, dan zou dat ook een nadeel kunnen zijn.

De wachtlijst wordt meerdere keren aangehaald als een probleem. Momenteel, maart 2015 staan er een zevental mensen op. De psycholoog ervaart hierdoor een belangrijke druk. Hierbij maakt ze ook de opmerking dat er dikwijls veel doorverwijzingen komen van dezelfde artsen.

Sinds kort bel ik die mensen meteen op, doe dan een korte telefonische intake, dan voel ik welk vlees ik in de kuip heb. Vervolgens stel ik hun voor een paar maanden te wachten of naar het CGG van Eeklo te gaan waar het soms sneller kan. Maar ik heb nog niemand gehad die dan naar het CGG wil, ik denk omwille van dat vertrouwen, immers de huisarts heeft ze naar mij doorverwezen. En soms ook omwille van praktische overwegingen.

Goede en minder goede indicaties voor verwijzing.

Voor een psycholoog die werkt op de eerstelijn vindt ze minder ernstige problematieken geschikt: psychosociale problemen, relatieproblemen, niet gecompliceerde rouw, slaapproblemen, burn-out, perfectionisme als het niet doorgedreven is, …

Een aantal indicaties vindt ze niet geschikt: persoonlijkheidsstoornissen, ontwikkelingsstoornissen, hechtingsproblemen, verkrachtingen, … Ook complexe problemen en comorbiditeit, bijvoorbeeld hechtingsstoornis en ADHD, zijn niet geschikt voor kortdurende trajecten.

Kortdurend kan je immers moeilijk op alle vlakken werken.

De psycholoog vindt dat hiervoor beter verwezen wordt naar een CGG omdat deze langere begeleidingen kunnen aanbieden. En zo nodig ook verwijzing naar een psychiater voor ernstige problematieken. Ze vindt dat post-traumatische stoornissen ook behoren tot deze laatste categorie, waar sommige artsen dit nog als een goede indicatie aangaven voor begeleiding in de eerstelijn.

Concreet samenwerkingsmodel.

Net als de artsen merkt ook de psycholoog dat de samenwerking vooral informeel verloopt. Ze geeft aan dat de artsen vragende partij zijn om meer formeel overleg in te bouwen, maar dat haar beperkte tewerkstelling van zes uur hier een praktische drempel is. De medische vergaderingen vallen buiten haar uurrooster.

Informeel vooral en dat vind ik ook belangrijk, om de link te behouden.

In het interview met de artsen bleek dat het een belangrijk voordeel is voor de samenwerking om parallel met de psycholoog consultatie-uren te hebben. Ook de psycholoog merkt een verschil tussen de artsen die ze meer en minder ziet omwille van het uurrooster.

Als de contacten minder nauw zijn, is men minder geneigd om door te verwijzen. En ik op mijn beurt ben dan minder geneigd om informatie door te geven.

De psycholoog ervaart ook enkele problemen in de samenwerking. Vooral het correct omgaan met de wachtlijst enerzijds en prioriteit geven aan dringende verwijzingen anderzijds is een moeilijke balans.

Van sommige artsen komen er patiënten zonder op de wachtlijst gestaan te hebben. Ik heb ook het gevoel dat zo sommige artsen over anderen heen rollen, zodat hun patiënt eerst komt.

Praktisch is het zo dat de agenda van de psycholoog op dezelfde manier kan geraadpleegd en gewijzigd worden als deze van de artsen. Het is dus mogelijk voor de artsen om een afspraak in te vullen, hoewel er afgesproken is om dit niet te doen. De psycholoog merkt dat dit voor een her-intake soms wel gebeurd, hoewel het vaak gaat om complexe problematiek waarvoor overleg tussen arts en psycholoog aangewezen is.

De psycholoog geeft aan dat het bijhouden van de dossiers voor haar een aandachtspunt is. Zeker bij afsluiten van een traject is het belangrijk om dit te noteren zodat dit voor de arts duidelijk is. Ook als patiënten eenzijdig afsluiten en niet meer op afspraak komen is dit belangrijke informatie voor de behandelend arts.

Van mijn kant uit zijn zeker ook verbeteringen mogelijk, bv. ik zou meer in de dossiers moeten schrijven, maar ik heb daar te weinig tijd voor, betaald dan.

Eerstelijnspsycholoog versus psycholoog geïntegreerd in de huisartspraktijk.

De psycholoog vindt dat ze een lid is van het team, meer dan binnen de functieomschrijving van de eerstelijnspsycholoog zoals beschreven in de projecten van Minister Jo Vandeurzen. Ze ervaart hierdoor voordelen rond samenwerking, maar ook nadelen omdat ze de enige psycholoog is. Intervisie zou hier een mogelijke oplossing zijn. Of het uitbreiden van het psychologisch aanbod binnen grotere multidisciplinaire centra met verschillende psychologen.

Het voordeel is dat het echt een team is, de link zeer nauw is en de communicatie vlot verloopt.

Het nadeel is dat ik alleen ben in een team van artsen. Zij geven elkaar onderling feedback en dat mis ik wel omdat ik alleen ben als psychologe.

Ik zou het ook veel beter vinden moest er nog een psycholoog zijn, dan konden we samen dingen overdenken. Dat zou zeker de kwaliteit ten goede komen en goed zijn voor de wachtlijsten. Alhoewel er dan meer doorverwijzingen zouden komen: slaapproblemen en zo.

Voor langdurige ondersteunende begeleidingen zoekt de psycholoog, net als de artsen, naar een optimale aanpak.

Ik vind dat heel moeilijk, meer dan een praatje maken is dat niet. Dat is niet voor de huisarts en niet voor de psychologe. Er is daar iets nodig als buurtwerking, CAW, peergroepen … Zo'n mensen zouden meer hebben aan mensen die in dezelfde situatie zitten. Ze blijven bij mij lang plakken en ik kan ze niet veel bieden, alleen wat ondersteuning en proberen hun netwerk uit te breiden.

De psycholoog ziet potentieel mogelijkheden om meer verschillende functies op te nemen binnen de praktijk zoals het coachen en bijscholen van het team, advies geven aan artsen rond de aanpak van specifieke psychosociale problemen en het uitbreiden en onderhouden van het verwijsnetwerk.

Ik denk dat het zeker relevant zou zijn, maar niet haalbaar met het pakketje dat ik nu heb. Ik denk dat het beter zou zijn, maar daar kruipt heel wat tijd in.

Toekomstplannen.

De psycholoog vermeldt dat ze graag meer mogelijkheden zou hebben tot het volgen van bijkomende opleidingen. Drempels zijn werkdruk en kostprijs van de opleidingen. De praktijk zou hiervoor een

tegemoetkoming kunnen uitwerken. Na een opleiding kan de psycholoog ook praktische tips doorgeven aan de artsen binnen een korte bijscholing.

Er is een beetje een gebrek aan mogelijkheid tot bijkomende opleiding momenteel. Je zou dat persoonlijk kunnen doen, maar dat is onbetaalbaar. Ik heb soms het gevoel dat ik blijf hangen in de kennis die ik heb.

Verder ervaart de psycholoog dat het team steeds open staat voor feedback en het optimaliseren van de samenwerking.

Er verbetert stilaan wel van alles, het loopt wel goed.

Discussie

Demografie

Uit de algemene demografische gegevens van de patiënten die door de psycholoog gezien worden blijkt een grote variatie. Er consulteren meer vrouwen dan mannen, en vooral mensen van middelbare leeftijd de psycholoog. Jongeren en patiënten boven 60 jaar zijn ondervertegenwoordigd bij de huidige psycholoog. Het begeleiden van kinderen en jongeren met psychosociale problemen vraagt een bijzondere bekwaamheid. Vaak wordt hulpverlening gevraagd specifiek voor deze doelgroep.

Voor de oudere patiënten is er een duidelijke lacune in de psychische zorgverlening. Ouderen kampen vaak met psychosociale problemen en de consumptie van psychofarmaca neemt toe met de leeftijd (18). Deze leeftijdsgroep is echter minder mobiel wat een drempel vormt voor doorverwijzing. Daarnaast zijn er mogelijks nog andere drempels: weinig motivatie, stigma rond pscyhologische hulpverlening, … Om dit te verhelderen is specifiek onderzoek naar deze doelgroep nodig. De psycholoog binnen de praktijk biedt hier mogelijkheden van laagdrempelige hulpverlening naar ouderen die momenteel slechts beperkt gebruikt wordt. De eerste psycholoog deed ook huisbezoeken in uitzonderlijke situaties, de huidige psycholoog doet voorlopig enkel consultaties in de praktijkruimte. Mogelijks moet de piste van hulpverlening naar ouderen met psychosociale problemen verder onderzocht worden in de praktijk, waarbij het terug invoeren van de mogelijkheid tot het afleggen van huisbezoeken kan bekeken worden.

Aanmeldingsproblemen

Patiënten met lichamelijke klachten vormden vroeger een belangrijk aandeel in het werk van de psycholoog. Tegenwoordig komen deze aanmeldingsklachten veel minder voor bij de psycholoog. Uit het interview bleek dat de meeste artsen nu zelf aan de slag gaan met psychosomatische klachten. De aandacht voor deze problematiek in de opleiding nam de laatste jaren toe. Toch merken we dat deze patiênten op korte tijd en met gunstig resultaat door de psycholoog geholpen kunnen worden. We kunnen ons volgende vragen stellen: welke hulpverlener is het meest geschikt om met psychosomatiek aan de slag te gaan? Hoeveel tijdsinvestering vragen deze problemen van de arts? En met welke resultaten?

Eerstelijnspsycholoog versus psycholoog geïntergreerd in een huisartspraktijk

Het werken met een psycholoog binnen de huisartspraktijk zonder de rigide omschrijving van een eerstelijnspsycholoog met een beperkt aantal sessies per traject biedt veel mogelijkheden.

Zo kan er per patiënt en per probleem bekeken worden wat de beste aanpak is en door wie de patiënt het beste geholpen kan worden. Omdat het dichtslibben van het aanbod een reeel probleem vormt is hier enige waakzaamheid nodig. De ideale verwijzing is doelgericht en kan aangepakt worden binnen een beperkt aantal sessies met positief resultaat. In de praktijk worden we echter geconfronteerd met patiënten die nood hebben aan langere begeleiding en ondersteuning, zonder dat het altijd gaat om

ernstige psychiatrische problematiek. Hierbij moet de praktijk een keuze maken: kunnen deze lange trajecten bij de psycholoog in de praktijk terecht, worden ze best begeleid door de huisarts, of kan er beter verwezen worden naar externe psychologsiche hulpverlening (bijvoorbeeld CGG, CAW, privé psycholoog)? Enerzijds is het goed om hierin een algemeen beleid af te spreken, anderzijds kan er ook gekozen worden om dit in individuele gevallen te bekijken. Hierbij is overleg tussen artsen en psycholoog een grote meerwaarde.

De rol van de psycholoog binnen een praktijk kan in theorie veel verder gaan dan het patiëntgerichte werk van consultaties. Zoals in de literatuur aangegeven kan een psycholoog ook een aantal functies opnemen binnen het multidisciplinaire team: advies en bijscholing rond omgaan met mensen met psychopathologie, coachen van het team, opzetten van kwaliteitsverbeterende – en onderzoeksprojecten. In de praktijk gebeurt dit nog niet. De psycholoog werkt concreet zes uur per week in de praktijk en geeft dan ook aan dat om deze andere rollen mogelijk te maken dit urenpakket te klein is. Echter dit potentieel kan verder onderzocht worden en vormt een belangrijk verschil met de eerstelijnspsychologische functie zoals gedefinieerd door Minister Jo Vandeurzen.

Samenwerking binnen de praktijk

De smenwerking tussen de artsen en de psycholoog worden door alle betrokkenen als belangrijk voordeel aangehaald. De psycholoog wordt betrokken nog voor ze de patiënt zelf gezien heeft. Er is steeds informeel overleg mogelijk en soms kan er volstaan worden met een advies voor verdere aanpak door de huisarts of gekozen worden voor een meer geschikte doorverwijzing. Ook na doorverwijzing blijft er uitwisseling van informatie, onder andere via het EMD (Elektronisch Medisch Dossier) en stemmen de psycholoog en de huisarts zo mogelijk de behandeling op elkaar af.

Daarnaast kunnen we opmerken dat het bijhouden van dossiergegevens een dubbele functie kan hebben. Enerzijds zijn ze cruciaal voor een goede opvolging en samenwerking met de artsen, anderzijds kunnen de gegevens indien éénduidig bijgehouden gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden. Het was tijdens dit onderzoek duidelijk dat de eerste psycholoog de dossiers bijhield met als doel opvolging van de patiënt, terwijl de huidige psycholoog ook verder onderzoek van de gegevens voor ogen had. Daarom werd er onder meer gepoogd tot catalogiseren van problemen en verduidelijken van de aflsuiting. In de toekomst is het van belang om deze dubbele functionaliteit verder te zetten om meer diepgaande en betrouwbare analyse mogelijk te maken.

Uitbreiding van het professioneel netwerk

Naast de vlotte en positief ervaren samenwerking binnen de praktijk merken we een beperkte samenwerking binnen het brede landschap van de psychische hulpverlening. De psycholoog moet binnen haar functie een zekere kennis opbouwen van de samenwerk – en doorverwijsmogelijkheden in de omgeving van de praktijk.

Om de functie van de psycholoog binnen de praktijk te versterken en te ondersteunen kan er bijvoorbeeld gedacht worden aan intervisie met andere psychologen, die bij voorkeur ook werken in de eerstelijn.

Besluit

Zowel internationaal als in België wordt er volop gezocht naar een optimalisatie van de psychische hulpverlening. Een interessante optie is het integreren van een psycholoog in een eerstelijnsteam waar er op een directe manier kan worden samengewerkt met huisartsen. Bij Geneeskunde Voor Het Volk in Zelzate bestaat er een decennia lange ervaring met het aanbieden van begeleiding door een psycholoog in de huisartsengroepspraktijk. De patiënten die worden begeleid zijn divers in leeftijd, geslacht en aanmeldingsprobleem. De focus ligt op kortdurende begeleidingen van 8 sessies of minder voor niet-complexe aanmeldingsproblemen. Echter ook de langdurige trajecten leiden vaak tot een positieve afronding.

Zowel de huisartsen als de psycholoog ervaren de mogelijkheden tot samenwerking positief en zien vele voordelen aan deze vorm van integratie van een psycholoog in de eerstelijn. De drempel tot doorverwijzing is lager omdat de manier van werken van de psycholoog gekend is bij de artsen en er direct overleg mogelijk is. De drempel wordt voor de patiënten verlaagd door geografische nabijheid, financiële tegemoetkoming van de praktijk en het vertrouwen dat de huisarts heeft in de therapeutische mogelijkheden van de psycholoog.

Praktijkaanbevelingen

Ondanks de positieve resultaten uit de dossierstudie en de tevreden reacties van huisartsen en psycholoog zijn er ook enkele bedenkingen naar boven gekomen.

Het huidige aanbod van zes uren per week is te beperkt. De wachtlijst leidt tot frustratie bij alle betrokkenen. Bovendien zorgt de tijdsdruk ervoor dat de psycholoog onvoldoende tijd maakt om dossiers bij te houden en formele overlegmomenten te plannen. Daarnaast kan een psycholoog in principe ook andere rollen opnemen binnen de praktijk: advies en bijscholing van de artsen rond omgaan met mensen met psychopathologie, coachen van het team, opzetten van kwaliteitsverbeterende – en onderzoeksprojecten, … Dit is een interessante piste voor de toekomst van een multidisciplinaire praktijk.

Beleidsaanbevelingen

Het integreren van een psycholoog binnen een huisartsenpraktijk verdient ondersteuning en verdere uitwerking. Het kader waarbinnen deze psycholoog werkt is bij voorkeur niet rigide. Hiermee bedoel ik dat de psycholoog en de arts samen voor en met elke patiënt met psychosociale problemen een optimale beslissing trachten te nemen: dit kan zijn begeleiding bij de huisarts met ondersteuning van de psycholoog, een kortdurend therapeutisch traject bij de psycholoog, het aanbieden van een langere begeleiding door de psycholoog of het oriënteren naar meer gespecialiseerde hulpverlening. Er wordt aldus vertrokken vanuit de noden van de patiënt en de samenwerking met de arts, eerder dan vanuit een vast kader met een gelimiteerd aantal sessies.

Naast de hierboven aangehaalde voordelen van laagdrempeligheid, bereikbaarheid en samenwerking wens ik ook de praktische haalbaarheid te benadrukken. De psycholoog kan delen in de faciliteiten van

de praktijk zoals het gebouw, het dossier, het secretariaat, … Dit kan de kosten van een psycholoog beperken. Het financieel ondersteunen van deze vorm van psychologische hulpverlening is dan ook zeker verder onderzoek waard. Bovendien is er kwaliteitscontrole op het aanbod en voortdurende kwaliteitsverbetering door de integratie van verschillende disciplines binnen één praktijk in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een sterke eerstelijnszorg uitbouwen bleek in verschillende onderzoeken kostenbesparend.

Als deze piste verder wordt onderzocht in verschillende praktijken is het aan te bevelen om een vorm van intervisie uit te werken. Immers, de psycholoog staat alleen als 'specialist' rond psychosociale problemen binnen het multidisciplinaire team. Intervisie met andere psychologen zou ondersteuning kunnen bieden als de psycholoog twijfelt aan de te verkiezen therapie. Ook de bijscholing van deze psychologen zou de nodige aandacht moeten krijgen.

Bibliografie

1. Hengeveld M, van Balkom A. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom uitgeverij; 2009.

2. McDaniel S dIF. An introduction to Primary Care and Psychology. American Psychologist. 2014;: p. 325-331.

3. Lynch J ADMGHK. Beyond symptoms: Defining primary care mental health clinical assessment priorities, content and process. Social science and Medicine. 2012;: p. 143-149.

4. Prins M VPSDVR. Healthcare utilization in general practice before and after psychological treatment: a follow-up data linkage study in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2014.

5. De Lepeleire J OMBM. Mental Health Problems in Family Medicine/ General Practice. International Journal of Family Medicine. 2012.

6. Snick J. Waarom komen personen met psychische problemen die bij de huisarts op consultatie komen vaak niet bij een psycholoog terecht? Een kwalitatief onderzoek naar de visie van artsen en patiënten. Universiteit Gent:; 2015.

7. Liekens S. Buikgevoel arts bepaalt vaak diagnose depressie. Campuskrant KUL. 2014 oktober 22.

8. Gunn W BA. Primary care mental health: a new frontier for psychology. Journal of clinical psychology. 2009;: p. 235-252.

9. Thielke S VSUJ. Integrating Mental Health and Primary Care. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2007;: p. 571-592.

10. De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E, Desmyter F, Decroos V. Onderzoeksrapport Eerstelijnspsycholoog. ; 2009.

11. Agentschap Zorg en Gezondheid B. Afdeling Informatie en Zorgberoepen. [Online]. [cited 2015 januari 20. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/.

12. Vickers K RJHJEJKAKD. Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access. General Hospital Psychiatry. 2013;: p. 461-467.

13. Cape J WCBMWPUL. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Medicine. 2010.

14. Psy 107. [Online]. [cited 2014 november. Available from: http://www.psy107.be/.

15. Agentschap Zorg en Gezondheid B. Zorg en Gezondheid. [Online].; 2014 [cited 2015 maart 24. Available from: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Vlaamse-bevoegdheden/Eerstelijnspsychologische-functie/.

16. Vandeurzen J. Antwoord op vraag nummer 477 [Antwoord op parlementaire vraag nummer 477 gesteld door Mevr Vera Jans].; 2013.

17. Creupelandt H, Deveugele M. Een eerstelijnspsychologische functie regio Gent-Eeklo. Stand van zaken december 2013. Universiteit Gent:; 2013.

18. Claes, Stephan. Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst werkgroep Metaforum Leuven. 5 maart 2010.

Bijlagen:

1. Overzicht van de aanmeldingsproblemen uit de dossierstudie.
2. Korte samenvatting van het protocol.
3. Gunstig advies Ethisch Comité.

Overzicht van de aanmeldingsproblemen

	Aanmeldingsprobleem	Psycholoog 1	Psycholoog 2	Som
1	cognitieve stoornissen of problemen	0	0	0
2	psychotische stoornissen	1	0	1
3	stemmingsstoornissen	38	4	42
3A	depressie of depressieve klachten of depressieve grondstemming	28	4	32
3B	niet nader omschreven stemmingsstoornis	8	0	8
3C	postnatale depressie	1	0	1
3D	menstruele depressieve klachten (PMS)	1	0	1
4	angst- en dwangstoornissen	59	7	66
4A	fobie/ fobische klachten	17	1	18
4B	gegeneraliseerde angststoornis of angstklachten niet anders gespecifieerd	21	3	24
4C	paniek of paniekaanvallen of paniekstoornis	8	2	10
4D	faalangst	4	1	5
4E	dwangstoornis of dwanggedachten	7	0	7
4F	zenuwachtigheid	2	0	2
5	stress- en aanpassingsstoornissen	82	3	85 0
5-	aanpassingsstoornis	37	2	39
5A	surmenage	2	0	2
5B	spanning	7	0	7
5C	stress	15	0	15
5D	piekeren	10	0	10
5E	posttraumatische stressstoornis	2	0	2
5F	begeleiding bij of na traumatische gebeurtenis zonder dat er sprake is van een stoornis	9	0	9
5G	burn out	0	1	1
6	stoornissen met vooral lichamelijke symptomen	113	2	115 0
6A	problemen op het vlak van eten	13	0	13
6B	problemen op het vlak van slapen	26	0	26
6C	hyperventilatie	30	0	30
6D	psychosomatiek (hoofdpijn, rugpijn, vermoeidheid, maagklachten)	35	2	37
6E	fibromyalgie of CVS	2	0	2
6F	hysterie/ hysteriform	3	0	3
6G	conversiestoornis	1	0	1
6H	hypochondrische klachten/ hypochondrie	1	0	1
6I	stotteren	1	0	1
6J	black outs	1	0	1
7	conatieve stoornissen	47	1	48 0
7A	alcoholprobleem	3	1	4
7B	gedragsprobleem, niet nader omschreven	19	0	19
7C	seksuele problemen	11	0	11
7D	middelenmisbruik, niet gespecifieerd als alcohol	2	0	2
7E	suïcidaliteit	2	0	2
7F	agressie, woedeaanvallen	4	0	4
7G	automutilatie	1	0	1
7H	oppositionele stoornis	2	0	2
7I	immoreel gedrag, diefstal	1	0	1
7J	hoofdbonken	1	0	1
7K	te weinig zelfzorg	1	0	1
8	persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen	6	5	11
8A	paranoïde	1	0	1
8B	persoonlijkheidsstoornis niet nader omschreven	0	3	3

	8C	ADHD		0		0	0
	8D	impulsiviteitsprobleem		1		0	1
	8E	assertiviteitsprobleem		1		0	1
	8F	weinig zelfvertrouwen/ laag zelfbeeld		3		0	3
	8G	hechtingsprobleem		0		1	1
	8H	perfectionisme		0		1	1
9		psychosociale problemen en omgevingsproblemen	84		11		95
	9A	relatieproblemen		46		7	53
	9B	eenzaamheid		4		0	4
	9C	conflicten binnen het gezin, familiale problemen, anders dan relatieproblemen		2		2	4
	9D	werkgerelateerde problemen		3		0	3
	9E	opvoedingsproblemen of ouder-kind begeleiding		10		1	11
	9F	schoolgerelateerde problemen, inclusief pesten op school		14		0	14
	9G	problemen naar aanleiding van echtscheiding (1x bij kind problemen met bezoekrecht, andere contacten zijn bij partners)		3		1	4
	9H	contactmoeilijkheden/ communicatieproblemen		2		0	2
10		ondersteunen van familielid van persoon met psychische of somatische problematiek	9		0		9
	10A	somatische problematiek familielid		1		0	1
	10B	psychische problematiek familielid		8		0	8
11		enuresis	17		0		17
12		rouw	10		6		16
13		onduidelijk	13		0		13
14		adviesvraag	16		0		16
	14A	opvoedingsvragen		4		0	4
	14B	vragen rond seksualiteit		1		0	1
	14C	vragen rond faalangst		1		0	1
	14D	vragen rond bezoekrecht		1		0	1
	14E	vragen rond ADHD		1		0	1
	14F	vragen bij gedrag van kind, druggebruik of ander niet nader beschreven gedrag		2		0	2
	14H	vragen rond adoptie		1		0	1
	14I	gesprek om hart te luchten, te ventileren of over reële problemen te praten		5		0	5
15		problemen bij overgang tussen verschillende levensfasen, bijvoorbeeld puberteit	6		0		6

Korte samenvatting van het protocol

1)Doelstelling:

Kwantitatief en kwalitatief inzicht krijgen in de werking van de eerstelijnspsycholoog van Geneeskunde Voor het Volk Zelzate:

- Patiënten kenmerken van de doorverwezen patiënten
- Aanmeldingsprobleem
- Totale duur van begeleiding
- Aantal sessies per traject
- Subjectieve ervaring van artsen en psycholoog van Geneeskunde Voor het Volk Zelzate

2)Methode:

2.0 Literatuurstudie

Nagaan in medische literatuur (nationaal en internationaal) of er kwantitatieve of kwalitatieve gegevens zijn rond de werking van de eerstelijnspsycholoog in een huisartspraktijk.

2. 1 Kwantitatieve retrospectieve dossierstudie

Er wordt gestart van alle psychologendossiers die teruggevonden kunnen worden sinds de start van een psycholoog in de praktijk.

De psycholoog brengt volgende gegevens op anonieme wijze in in een excell bestand:

- Leeftijd en geslacht
- Aanmeldingsprobleem
- Hoeveelste traject bij de eerstelijnspsycholoog
- Datum van eerste sessie en datum van laatste sessie
- Totaal aantal sessies

Deze anonieme gegevens worden door de huisarts in opleiding verwerkt. De analyse gebeurt per traject, gedefinieerd als een opeenvolging van een aantal sessies rond eenzelfde aanmeldingsprobleem.

2.2 Kwalitatief onderzoek: interviews met artsen en psycholoog

Semigestructureerde diepte-interviews worden afgenomen van de 5 artsen en de psycholoog momenteel werkzaam bij Geneeskunde Voor het Volk Zelzate. Hierbij gaat de aandacht naar volgende thema's:

- Komen de resultaten van de kwantitatieve dossierstudie overeen met de subjectieve ervaring van artsen en psycholoog?
- Wat vinden zij de beste indicaties voor begeleiding door de eerstelijnspsycholoog in een huisartspraktijk?
- Voor welke indicaties is begeleiding door een eerstelijnspsycholoog in een huisartspraktijk niet aangewezen?
- Wat ervaren de ondervraagden als een belangrijke sterkte van de eerstelijnspsycholoog? Welke voordelen ervaren zij van de aanwezigheid van een psychologisch hulpaanbod binnen de eigen huisartspraktijk?
- Welke valkuilen zien zij?
- Hoe gebeurt de samenwerking, formeel en informeel? Hoe wordt dit ervaren?
- Hoe zien de ondervraagden de toekomst van deze vorm van samenwerking?

De resultaten worden bekeken binnen een bredere maatschappelijke context waarbij er een beweging is naar meer laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg binnen de eerste lijn. De mogelijke functie van een eerstelijnspsycholoog binnen een praktijk en de plaats binnen het hulpverleningslandschap wordt beschreven.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2014/0404	10-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Retrospectieve studie naar de indicatiestelling voor de eerstelijnspsycholoog in de praktijk. MAnaMA Jolinde Trips.

Belgisch Registratienummer: B670201420841

* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2014 (volledig ontvangen dd. 3/04/2014)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 10/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 10/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 10/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 10/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/04/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/04/2014**

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2014/0404	10-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0404

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
i.o.v. **Prof. dr. D. MATTHYS**
Voorzitter / Chairman

CC: FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
De heer T. VERSCHOORE – UZ Gent – Bimetra Clinics
Prof. dr. J. DE MAESENEER

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Wendy Van de Velde
09/332 56 13
wendy.vandevelde@uzgent.be