Analyse van de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten van de huisarts naar de psycholoog

Thomas Van der Paelt, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Myriam Deveugele, Universiteit Gent

Co-promotor: Roland Rogiers, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

De prevalentie van psychische (en psychosomatische) klachten in de huisartspraktijk is erg hoog. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat de huisarts heel frequent het eerste (professionele) aanmeldpunt is voor psychische klachten. De aanpak van psychische klachten door huisartsen regio Evergem werd in dit kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews met zes huisartsen onderzocht. Hierbij lag de nadruk op hun samenwerking met en doorverwijzing naar de psycholoog. De geïnterviewde artsen vinden het belangrijk hun patiënten bijstaan op holistische wijze en op alle belangrijke momenten van het leven. Indien mogelijk willen ze zelf hun patiënten bijstaan door middel van psychische ondersteuning en het geven van raad bij minder ernstige pathologie. De ondervraagde huisartsen willen voor ernstigere problematiek samenwerken met de psycholoog en de psychiater. Artsen ervaren psychische consultaties als erg belastend, zij ervaren een belangrijk verschil tussen hun somatische en psychische consultaties. Ze vertellen een duidelijke systematiek en structuur te kunnen hanteren bij somatische consultaties, iets wat ze veel moeilijker vinden bij psychische problemen. Wat bij de samenwerking en de doorverwijzing naar psychologen moeilijk verloopt, is een beperkte kennis van de huisartsen met betrekking tot psychotherapie en een beperkt netwerkt van de individuele huisarts. Daarnaast is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de psycholoog volgens de huisarts beperkt. Een belangrijke taak zal dus liggen bij de opleiding van toekomstige huisartsen. Waarbij huisartsen niet alleen moeten ondersteund worden als entry point in de geestelijke gezondheidszorg. De huisarts moet ook opgeleid worden in de consultvoering voor psychische problemen en hij moet ondersteund worden in het opbouwen van een beter netwerk voor doorverwijzing.

Dankwoord

Ik wil graag mijn dank betuigen aan mijn promotor Prof. Dr. Myriam Deveugele voor haar expertise en begeleiding bij het uitvoeren van mijn onderzoek en schrijven van mijn masterproef. Daarnaast wil ik ook graag mijn copromotor Roland Rogiers bedanken voor zijn persoonlijke begeleiding en hulp bij de concrete aanpak, steun en af en toe een duwtje in de rug. Uiteraard ook mijn praktijkopleider Wim Verstringe onder wiens begeleiding ik gedurende twee jaar mijn eerste stappen in de geneeskunde heb mogen zetten. Een speciale bedanking gaat ook uit naar de collega's die zo bereidwillig geweest zijn om mee te werken aan dit onderzoek. Mijn zus Sara, psychologe en wetenschapper, die mij heeft geholpen bij het zoeken naar relevante literatuur. Als laatste bedank ik mijn vriendin Sophie, voor haar eeuwige en onuitputbare steun en aanmoediging. Niet alleen voor het schrijven van deze masterproef, maar ook gedurende mijn opleiding, carrière en ons leven samen. Zonder jou was ik nooit zover geraakt.

Inhoudsopgave

Abstract 2

Dankwoord 3

Inleiding 7
- Keuze onderwerp 7
- Relevantie voor de huisartspraktijk 7
- Doelstelling 8
- Onderzoeksvragen 8

Oriënterend literatuuronderzoek 9
- Methodiek 9
1. Inleiding en relevantie van het onderzoek 9
2. Somatoforme aandoeningen 11
3. Verschillen in gebruik van psychische gezondheidszorg 12
4. Kennis over geestelijke gezondheid 12
5. Behandeling van depressies door de huisarts 13
6. Psychotherapie door de huisarts zelf 14
7. Geestelijke gezondheidszorg bij specifieke patiëntenpopulatie 15
   - 7.1. Ouderen 15
   - 7.2. Kinderen en adolescenten 16
8. Verwachtingen van de patiënt 16
9. Integratie van nieuwe technologieën bij de aanpak van psychische problemen 18
10. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog 18
11. Barrières 19
12. Conclusies 20

Onderzoeksmethodiek 23
1. Rekrutering 23
2. Kwalitatief onderzoek: semi-gestructureerde interviews 23
3. Onderzoekspopulatie 24

4. Analyse 24

Resultaten 25
1. De aanmelding van de patiënt bij de huisarts 25
1.1. Voorkomen van psychische klachten in de praktijk 25
1.2. Welke problematiek wordt gezien? 25
1.3. Communicatie in de consultvoering 26
1.4. Psychosomatiek in de huisartspraktijk 26
1.5. Visie op psychische problematiek in de huisartsgeneeskunde 27
2. De doorverwijzing van de huisarts naar de psycholoog 31
2.1. In welke mate verwijzen de ondervraagde artsen patiënten door naar de psycholoog .. 31
2.2. Welke problematiek behandelt de huisarts eerder zelf, welke problematiek verwijst hij door? 31
2.3. Wat is de motivatie voor doorverwijzing naar de psycholoog? 32
2.4. Met welke patiënt gebonden factoren houden de artsen rekening 33
2.5. Barrières voor doorverwijzing naar de psycholoog 33
2.6. Wat is er belangrijk bij de keuze van een psycholoog? 34
2.7. Manier van doorverwijzing 35
3. De opvolging en samenwerking tussen huisarts en psycholoog 35
3.1. Hoe wordt er momenteel samengewerkt? 35
3.2. Wat verwachten artsen van de psycholoog? 36

Discussie 37
1. Zijn de vooropgestelde onderzoeksvragen beantwoord? 37
1.1. Wat is de aanpak van huisartsen in de LOK groep van de onderzoeker bij psychische klachten? 37
1.2. Welke moeilijkheden ervaren deze artsen bij consultaties omwille van psychische klachten? 38
1.3. Wat zijn voor deze artsen de voornaamste indicaties tot doorverwijzen naar/samenwerken met de psycholoog? 39

1.4. Welke barrières beschrijven deze artsen bij de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten? 39

1.5. Hoe verloopt de samenwerking tussen huisarts en psycholoog in de Lok groep van de onderzoeker? 40

2. Beperkingen van het onderzoek 41

3. Aanbevelingen voor verder onderzoek 41

Besluit 43

Referenties 45

Bijlagen 48

Inleiding

Keuze onderwerp

Behandeling van vele aandoeningen in de geneeskunde betekent tegenwoordig een multidisciplinaire samenwerking tussen patiënt, huisarts, specialist en andere zorgverleners. Dit is niet anders in de psychiatrie, of in het kader van de zorg voor onze patiënt met betrekking tot zijn psychosociale problemen. Eén van de mooie aspecten aan de huisartsgeneeskunde is de zorg voor de patiënt gedurende zijn gehele levensloop, hierbij worden we als arts zonder twijfel ook geconfronteerd met niet somatische problemen. Op welke manier en met welke mate van betrokkenheid dit gebeurt, zal afhangen van arts tot arts.

De aanpak van psychische klachten kent in vergelijking met somatische klachten minder vaak een duidelijk omschreven aanpak die te omvatten is in richtlijnen of regels. Deze problemen vormen voor de huisarts dus een uitdaging. De plaats van psychotherapie of de begeleiding van psychosociale problemen kan in verschillende huisartsenpraktijken zeer divers zijn. Een huisarts heeft na zijn basisopleiding wel een begin van kennis en ervaring met psychische en psychiatrische ziektebeelden maar is zeker niet in staat om psychotherapie toe te passen. Het onderzoeken hoe deze problematiek bij collega's wordt aangepakt is dus uiteraard een erg interessant uitganspunt voor een masterproef.

Relevantie voor de huisartspraktijk

De prevalentie van psychische en psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk is erg hoog (cfr. Infra). Deze problematiek gaat gepaard met een belangrijk levenslijden voor een patiënt, veel ziekteverzuim voor de maatschappij en heeft een belangrijke invloed op de gezondheid van de patiënt. Welke plaats de huisarts heeft in de aanpak van deze klachten en welke zorg hij precies kan en (zou) moet (en) bieden aan de patiënt met psychische problematiek is niet altijd even duidelijk en is voor veel artsen verschillend. In de literatuur is reeds veel geweten wat betreft de (vermeende) barrières voor psychotherapie bij patiënten. De aanpak en de kennis van artsen bij psychische en psychosociale problematiek is minder goed beschreven. In de literatuur wordt de nood aan verder onderzoek dat de kennis, visie en houding van huisartsen op psychotherapie verder beschrijft ook aangehaald. (8)

Het beschrijven van de problemen die huisartsen ervaren bij consultaties omwille van psychosociale is zonder twijfel belangrijk. Het kan toedragen bij een betere opleiding voor toekomstige (huis)artsen. De plaats van de huisarts in de multidisciplinaire patient-centered shared care kan beter omschreven

worden. Daarnaast is het ook op gezondheids-organsiatorisch en beleidsniveau belangrijk te weten hoe de zorg voor patiënten momenteel verloopt en hoe deze nog beter zou kunnen verlopen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is beschrijven hoe de samenwerking tussen huisarts en psycholoog momenteel verloopt. Meer bepaald beschrijven welke problemen artsen hierbij momenteel ervaren en welke barrières er nog bestaan voor een correcte en tijdige doorverwijzing.

Onderzoeksvragen

- Wat is de aanpak van huisartsen in de LOK groep van de onderzoeker bij psychische klachten?
- Welke moeilijkheden ervaren deze artsen bij consultaties omwille van psychische klachten?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen huisarts en psycholoog in de LOK groep van de onderzoeker?
- Wat zijn voor deze artsen de voornaamste indicaties tot doorverwijzen naar/ samenwerken met de psycholoog?
- Welke barrières beschrijven deze artsen bij de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten?

Oriënterend literatuuronderzoek

Methodiek

De opzet van de literatuurstudie was de analyse maken van wat er in de literatuur reeds gekend is over de aanpak van psychologische klachten in de huisartspraktijk. Meer in detail werd er gezocht naar de huidige kennis over de samenwerking van de huisarts met andere gezondheidswerkers voor patiënten met psychische klachten.

Hiervoor werden volgende databanken geraadpleegd: medline via pubmed en cinahl, Cebam digital library en webofscience. Hierbij werden volgende zoektermen ingegeven: barriers and psychotherapy, referral to psychotherapy, referral to psychologist, shared care and GP and psychotherapy, prescription and psychotherapy, psychotherapy and GP.

De selectie van artikelen gebeurde voornamelijk op basis van relevantie voor het te onderzoeken onderwerp. Artikelen werden geselecteerd vanaf publicatiejaar 1999 tot op heden. De voorkeur ging uit naar onderzoeken met een Europese populatie. Dit omwille van het belang van de organisatie van de gezondheidszorg binnen dit thema.
Op basis van deze selectiecriteria werden 22 artikelen geselecteerd.

1. Inleiding en relevantie van het onderzoek

De prevalentie van psychische (en psychosomatische) klachten in de huisartspraktijk is erg hoog. De meest voorkomende klachten zijn somatoforme klachten, depressieve stoornissen, aanpassingsstoornissen (“burn-out”) en neurotische stoornissen (1). Uit voorgaand onderzoek blijkt dat de huisarts heel frequent het eerste (professionele) aanmeldpunt is voor psychische klachten (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Andere gezondheidsprofessionals worden veel minder als eerste stap geconsulteerd. In België wordt de huisarts in het algemeen het meest bezocht voor de aanpak van psychische problemen, de psycholoog komt op de tweede plaats. Gelijkaardige cijfers worden in heel Europa waargenomen. De mate van consultaties bij de huisarts voor deze problematiek hangt samen met de beschikbaarheid van huisartsen in een bepaald gebied. Ook wat betreft follow-up op lange termijn wordt de huisarts het meeste bezocht (10,11).

Patiënten met psychische klachten wachten langer op een diagnose en behandeling dan patiënten met somatische klachten, nochtans maken ze meer gebruik van de gezondheidszorg dan de gemiddelde patiënt (7,9). Consultaties in het kader van psycho-sociale problematiek vergen voor een huisarts veel energie en worden vaak als belastend ervaren. N. Elder et Al. beschrijven de "difficult patient encounter", daarbij vermelden artsen onder andere de 'worried well', 'chronic complaints', 'stay sick' en 'psychiatric problems'. (12)

De top 3% van patiënten die het meest consulteren bij de huisarts zorgen voor 15% van de consultaties. De zogenaamde "persistent frequent attenders" consulteren de huisarts met duidelijk omkaderde somatische aandoeningen even frequent als de gemiddelde patiënt, maar ze consulteren veel frequenter voor functionele somatische symptomen en angst- en paniekstoornissen. (13). R. Morris et al. stellen dat een gecombineerde aanpak door de huisarts en therapeut een haalbare, aanvaardbare en doeltreffende methode is om dergelijke patiënten aan te pakken. (13)

De meeste internationale guidelines raden psychotherapie aan als eerstelijnsbehandeling bij milde tot matige depressies. Dit is uit verscheidene gerandomiseerde onderzoeken als doeltreffend gebleken. In deze onderzoeken wordt deze therapie echter gegeven door daarvoor opgeleide psychotherapeuten, niet door huisartsen. De meeste depressies worden echter behandeld door de huisarts. Veel huisartsen hebben onvoldoende tijd, en zijn niet altijd voldoende opgeleid om echte psychotherapie aan hun patiënten te bieden. Ze kunnen er wel zijn om psychotherapeutische ondersteuning te bieden. Huisartsen hebben het daardoor vaak moeilijk. Ze krijgen de wetenschappelijke kennis mee dat patiënten met milde en matige depressies in eerste instantie behandeld moeten worden door middel van psychotherapie, er wordt echter gezien dat de huisarts onvoldoende kennis heeft en onvoldoende toegang heeft tot psychotherapeutische middelen om dit beleid door te zetten. (8).

Wat betreft de behandeling van psychische klachten beschrijft de literatuur een dualiteit: enerzijds is er een onder-(h)erkenning van psychische klachten en worden vele mensen niet geholpen en onbehandeld, anderzijds wordt er ook een overbehandeling, overmedicalisering en te veel voorschrijven van psychofarmaca geconstateerd. (14)

Verdoux et Al. stellen dat er nog onvoldoende is geweten over hoe huisartsen psychotherapie voorschrijven en welke barrières er hiertoe nog bestaan. (8)

2. Somatoforme aandoeningen

Een deel van de patiënten met psychische klachten presenteert zich bij de huisarts met aanslepende vage somatische klachten: de zogenaamde lichamelijk onverklaarbare klachten.
Deze aandoeningen zijn veel voorkomend, duur voor de ziekteverzekering en zorgen voor een belangrijk levenslijden voor de patiënt. Ondanks de hoge prevalentie van somatoforme aandoeningen in de eerste lijn, komt een diagnose en behandeling voor deze patiënten vaak erg laat of helemaal niet. Patiënten komen met symptomen die erg vaag en moeilijk te karakteriseren zijn, waardoor een differentiaal diagnose opstellen vaak moeilijk is. (9)

Onderzoek heeft wel reeds aangewezen dat er aanpasbare, arts-gerelateerde factoren zijn die een succesvolle diagnose van somatoforme stoornissen in de weg kan staan. (9) De classificatie van deze somatforme stoornissen als “medisch onverklaarbare klachten” gaat ervanuit dat de diagnose berust op het eerst uitsluiten van alle mogelijke somatische verklaringen. Dit creëert een moeilijke balans voor artsen tussen de noodzaak van het eerst uitsluiten van zo veel mogelijk somatische aandoeningen, tegenover het uitvoeren van veel en uitgebreide (soms onnodige) tests. Een dergelijke focus op somatische oorzaken en belang hechten aan het uitsluiten van organische ziekte is niet onlogisch vanuit het perspectief van de arts. Het gevaar schuilt er echter in dat deze focus er voor kan zorgen dat er een soort tegenzin is van de arts om in te gaan op de psychische aspecten en eventueel oorzaken van de klachten van de patiënt. Er wordt ook gesuggereerd dat er een meer fundamentele onderliggende barrière kan bestaan voor het stellen van deze diagnoses: zijnde het idee dat er in de westerse geneeskunde een belangrijke scheiding is tussen het psychische n het fysische: somatische of psychische aandoeningen, het een of het ander. (9)

Daarnaast is het ook zo dat er bepaalde meer patiënt gerelateerde factoren zijn die de diagnose van somatoforme aandoeningen in de weg kunnen staan. Vaak gaan patiënten, werkgevers, familie en vrienden er van uit dat er een onderliggende (somatische) oorzaak moet zijn voor de klachten van de patiënt. Patiënten blijven vaak op zoek gaan naar een fysieke oorzaak voor hun klachten en zoeken verscheidene, andere, artsen op. Niet alleen kan dit zorgen voor een verkeerd gebruik van veel medische zorg, het staat vaak ook de aanvang van een goed psychische zorg en opvang voor deze patiënten in de weg. (9) In die zin benadrukken A. Murray et al. het belang van op zoek te gaan naar de barrières bij artsen om meer in te gaan op de psychische kant van de klacht bij de patiënt. (9)

3. Verschillen in gebruik van psychische gezondheidszorg

Uit de literatuur komt een groot verschil in gebruik van geestelijke gezondheidszorg naar voor. Patiënten uit de lagere socio-economische klasse maken minder gebruik van geestelijke gezondheidszorg. Uit de literatuur blijkt dat vrouwen eerder hulp zoeken bij de huisarts of de psycholoog. Mannen gaan meer naar de psychiater of zoeken eerder hulp bij dichte vrienden en familie. Oudere mensen en mensen uit lagere socio-economische klasse zullen eerder de huisarts als eerste aanspreekpunt gebruiken en minder vlug op eigen initiatief een andere zorgverlener contacteren. (10, 15, 11) Vrouwen, jonge patiënten en patiënten die al lang gekend zijn bij de huisarts komen meer consulteren met psycho-sociale problemen. (5)

Er wordt ook gezien dat de huisarts depressie anders behandeld afhankelijk van het geslacht en de socio-economische status van de patiënt. Zeker in landen waar psychotherapie niet terugbetaald is wordt een patiënt met lagere socio-economische status veel minder doorverwezen voor psychotherapie. Vrouwen worden meer doorverwezen naar de psycholoog dan mannen. Ook bij mensen met een lager opleidingsniveau wordt psychotherapie minder als behandeling gebruikt. (15,16)

4. Kennis over geestelijke gezondheid

Kovess-Masfety V. et al. bespreken het concept “mental health literacy”, of iliteracy: er is een beperkte kennis van de beschikbare zorg. Wanneer een patiënt niet weet welke zorg er voorhanden is, zal hij deze ook veel moeilijker ontvangen. Daarnaast hebben patiënten ook (vaak verkeerde) preconcepties over wat psychische zorg precies inhoudt. Dit vaak op basis van niet wetenschappelijke bronnen zoals televisie en nieuwe media. (10)

Veel patiënten hebben een erg negatief beeld over psychofarmaca en hebben meer geloof in psychotherapie. Dit wordt geïllustreerd door een onderzoek door V. Kovess-Mastefy et al. waar de meerderheid van de ondervraagden het advies van de huisarts zou opvolgen wanneer hij hen voor psychische problemen zou doorverwijzen naar een andere zorgverlener. Bijna de helft van de ondervraagden zegt daar en tegenover niet te weten of ze psychofarmaca zouden innemen mocht de

huisarts die voorschrijven. Dit staat in schril contrast met de hoge mate van voorschrijven van psychofarmaca door huisartsen. (10)

Voor milde en matige depressie en angststoornissen wordt psychotherapie als eerstelijnstherapie aangeraden, toch wordt er in de praktijk gezien dat medicamenteuze therapie de meest voorkomende behandeling is bij psychische aandoening en dat slechts een beperkt deel van de patiënten psychotherapie geniet. Verscheidene studies geven aan dat huisartsen te veel antidepressiva voorschrijven, onvoldoende verwijzen naar psychologen en soms verwijzen naar psychologen voor aandoening waarbij dit minder nut heeft (7, 16).

Kovess-Masfety V. et al. stellen dat de druk op huisartsen om psychische diagnosen te stellen te hoog is, dat ze hiervoor overbevraagd en onvoldoende opgeleid zijn en dat er een onvoldoende samenwerking is met andere zorgverstrekkers in de geestelijke gezondheidszorg om deze vraag te beantwoorden.

5. Behandeling van depressies door de huisarts

In een studie uitgevoerd door J. Krupinski en J. Tiller werd de diagnose en behandeling van depressie bij de huisarts onderzocht. Een groot deel van de huisartsen is zelfzeker wat betreft het herkennen en behandelen van depressieve stoornis in de eerste lijn, en verwijst een patiënt met een depressieve stoornis slechts zelden door. De meest gebruikte therapie is een combinatie van psychotherapie en medicamenteuze therapie. Huisartsen voelden zich minder zelfzeker bij jonge patiënten, suïcidale patiënten en zwangere vrouwen. Deze patiënten werden dan ook rapper doorverwezen. (16, 21)

In een studie door H. Dumesnil et al. werden gelijkaardige resultaten gezien. De huisartsen vinden dat ze goed opgeleid zijn om majeure depressie te behandelen. De meeste huisartsen deden dit zelf, zonder de patiënt naar een andere zorgverlener door te verwijzen. (16) Wanneer men echter keek waarop huisartsen zich baseerden voor hun diagnoses, werd er meer rekening gehouden met niet-specifieke symptomen zoals gewichtsverandering, angst, psychosomatische klachten en slaapstoornissen dan met de kernsymptomen van de DSM-IV criteria. Enerzijds kan men dus zeggen dat de huisarts een bredere visie heeft op de diagnose depressie, anderzijds is het dus zo dat de diagnose van depressie in de

huisartspraktijk niet altijd overeenkomt met de klinische diagnose volgens de DSM criteria (16, 21,22).

Het is zo, dat ondanks deze brede visie in de literatuur nog veel gemiste diagnose van depressie wordt gezien door de niet psychiatrische medische professionals. (16,21) Daartegenover werd er ook frequent een foutieve "vals positieve" diagnose van depressie gesteld, die dan tot een overvoorschrijven van psychofarmaca leidt. Er werd gezien dat de huisarts in het kader van depressie vlug start met het gebruik van antidepressiva , zelfs bij milde tot matige depressies. (8, 16, 17) Dit staat in contrast met vele huidige richtlijnen (NICE clinical guidelines (UK), NHG standaard depressie) die "watchful waiting" en psychotherapie in monotherapie aanraden bij milde tot matige depressie. Ook huisartsen zijn vaak van mening dat bij milde tot matige depressie psychotherapie in monotherapie doeltreffend kan zijn. Dit komt echter niet overeen met hun voorschrijfgedrag. (8,16) Een belangrijke randbemerking is dat in een studie door Dumesnil et al. er een niet te verwaarlozen deel van de huisartsen was die anxiolitica en hypnotica in monotherapie voorschreven voor een depressie. (16)

Kovess-Masfety V. et al. vergeleken de toegang tot psychische gezondheidszorg in verschillende Europese landen. Belgische en Franse patiënten ging minder bij andere zorgverleners dan de huisarts voor psychische zorgen. Dit komt overeen met de hoge densiteit van huisartsen in deze twee landen. Wanneer specifiek werd gekeken naar doorverwijzing werd echter ook gezien at de mate van doorverwijzen in België ook lager was dan in de andere Europese landen. (11)

6. Psychotherapie door de huisarts zelf

Wanneer gekeken wordt wat de huisarts zelf precies doet, zien we dat er vooral veel psychische ondersteuning wordt gegeven. De huisarts vindt het belangrijk zijn patiënt tijdens een moeilijke periode te ondersteunen en patiënten geven ook aan dit te verwachten (1, 16)

Het is belangrijk rekening te houden met het betalingssysteem waarin de arts werkt. Psychologische consultaties duren gemiddeld gezien langer en zijn financieel minder interessant dan technische prestaties die beter vergoed worden. (4,5) Het belang hiervan wordt zeker duidelijk wanneer landen

met verschillende vergoedingssystemen worden vergeleken. “We zien een verschil tussen België waar huisartsen geen poortwachter zijn, en artsen niet meer verdienen door psychologische problemen te bespreken en het Verenigd Koningrijk, waar de huisarts een poortwacht functie heeft, en de patiënt dus eerst bij de huisarts moet langsgaan vooraleer hij een andere psychologische hulpverlener kan raadplegen, en waar een huisarts beter verloond wordt om naar de patiënt te luisteren. In België zijn er minder psychologische raadplegingen, worden psychologische verzoeken meer gemist en minder behandeld. In het Verenigd Koningrijk komen patiënten frequenter met een psychologisch verzoek naar de huisarts, worden er meer psychische diagnoses gesteld en zulke vragen minder gemist. “ (5)

7. Geestelijke gezondheidszorg bij specifieke patiëntenpopulatie

7.1. Ouderen

Chronische aandoeningen en multimorbiditeit worden zijn meer regel dan uitzondering in de huisartsenpraktijk: patiënten met chronische nierinsufficiëntie, diabetes mellitus type 2, hartfalen chronisch obstructief longlijden, etc. Uit de literatuur blijkt dat mensen met chronische (somatische) aandoeningen ook veel frequenter te kampen hebben met psychische klachten, voornamelijk angst en depressie. Patiënten met chronische aandoeningen krijgen tot drie maal meer psychofarmaca voorgeschreven en zijn tot drie maal meer afwezig van het werk dan de gemiddelde patiënt. Deze patiënten maken meer gebruik van de gezondheidszorg en worden ook meer gezien op spoedafdelingen (17).

S. Lusignan, et al. stellen dat een verbeterde toegang tot psychotherapie van patiënten met chronische aandoeningen die te kampen hebben met psychische klachten zorgt voor minder aanmeldingen op de spoedafdelingen en minder gebruik van psychofarmaca. (17)

De vergrijzing van de maatschappij zorgt voor een toename aan het aantal geriatrische (multimorbide) patiënten. Geriatrische depressie en psychische problemen bij de oudere hebben een hoge prevalentie. In de literatuur is er niet veel gekend over het gebruik van psychotherapie bij de geriatrische patiënt. De geriatrische patiënt wordt minder doorverwezen voor psychotherapie en blijft meer bij de huisarts. (1, 15, 16) Onderzoek toont echter dat psychotherapie doeltreffend is in een geriatrische populatie. Daarnaast is er meer kans op ernstigere bijwerkingen van psychofarmaca bij deze doelgroep.

7.2. Kinderen en adolescenten

Een andere specifieke doelgroep zijn kinderen en adolescenten met psychische problemen. Ook bij kinderen en adolescenten komen psychische problemen frequent voor. In een onderzoek naar psychische gezondheidsproblemen bij jongeren door M. Zwaanswijk, et al. werden de meest frequente IPCP diagnoses voor psychische klachten bij jongeren bij de huisarts opgelijst. Hyperactiviteit werd het meest gezien, andere frequente diagnoses waren: enuresis, gedragsproblemen, leerproblemen, ontwikkelingsachterstand, angst en depressie.

Vroege identificatie en adequate behandeling van deze problemen zijn zeker in deze groep erg belangrijk om een neerwaartse spiraal van problemen, die zich tot in hun verdere leven kunnen voortzetten, te voorkomen. Toch wordt gezien dat slechts een minderheid van de kinderen en adolescenten met psychische problemen gespecialiseerde zorg geniet (18).

Uit onderzoek blijkt dat een belangrijk deel van de jongeren met psychische problemen niet als dusdanig worden herkend door de huisarts. Het verschil tussen de bestudeerde prevalentie van psychische aandoeningen en de prevalentie van psychische aandoeningen geregistreerd in de huisartspraktijk is bij kinderen en adolescenten veel groter dan bij volwassenen. Ook bij jongeren wordt gezien dat de (soms onderliggende) psychische klacht vaak niet wordt aangegeven als hoofdklacht. Daarnaast suggereren Zwaanswijk M. et al. dat het stigma geassocieerd met psychische aandoeningen huisartsen ook nog kan tegenhouden om de diagnose te stellen. (18)

8. Verwachtingen van de patiënt

Patiënten hebben voor ze de huisarts bezoeken zelf al goed nagedacht over wat de verschillende mogelijkheden van behandeling voor hen zouden kunnen zijn. Vaak komen ze ook met een actieve vraag om (naar een psycholoog) doorverwezen te worden. Sommige patiënten zien het als een omweg om eerst langs de huisarts te moeten gaan (7).

Uit onderzoek blijkt dat patiënten een grote voorkeur hebben voor artsen die luisterbereid zijn en de patiënt aanmoedigen om over hun problemen te praten. In een onderzoek naar het communicatie tussen huisarts en patiënt en eventuele misverstanden benadrukken Britten et al. het belang van het

navragen van de verwachtingen van een patiënt bij het begin van een consultatie. Ondervraagde artsen zijn er vaak van overtuigd dat ze de verwachtingen, ideeën en bezorgdheden van hun patiënten weten zonder deze expliciet te hoeven na te vragen. Wanneer dit niet gebeurt, is er echter frequent een discrepantie tussen de perceptie van de huisarts op de klacht en die van de patiënt. Dit is belangrijk omdat de perceptie van de huisarts op de verwachtingen van de patiënt wel degelijk een invloed heeft op het voorschrijfgedrag van de arts. (14, 19)

K. Fritzsche et al. onderzochten de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de huisarts. Patiënten geven aan dat ze het erg belangrijk vinden dat de huisarts aandacht besteed aan hun psychische gezondheid, zowel wat betreft psychosociale problemen als wat betreft de psychische impact van somatische ziektes. Meer dan 70% vond het belangrijk te praten met de huisarts over de psychische impact van hun ziekte op hun leven en over hun zorgen hieromtrent. Meer dan 80% van de ondervraagde patiënten vond dat begeleiding van de huisarts wat betreft psychische aandoeningen of psychische impact van somatische aandoeningen kon bijdragen tot genezing van de ziekte. (1)

In meerdere onderzoeken werd gezien dat patiënten met eerdere ervaringen met psychotherapie en patiënten met een psychiatrische voorgeschiedenis rapper de vraag stellen naar doorverwijzing naar de psycholoog. Jongere en hoger opgeleide patiënten vragen meer naar relaxatie technieken, zelf-hulp-groepen en hulp van familie (H). Oudere patiënten en patiënten met een lager opleidingsniveau hebben het minste vertrouwen in psychotherapeutische hulp.

Wanneer patiënten bevraagd werden wat ze het belangrijkste vonden in een consultatie met de arts kwamen volgende items aan bod in volgorde van belangrijkst tot minder belangrijk: voldoende informatie, voldoende tijd voor de consultatie, actief luisteren, vermijden van verkeerde behandelingen, aandacht hebben voor angst en emotionele aspecten, aandacht voor de impact van de ziekte, voorschrijven van medicatie, vlugge beterschap van de symptomen, gezondheids-educatie; holistische visie, prompte diagnose, toegang tot moderne technische apparatuur. (1)

Er werd veel ontevredenheid over de psychische counseling van de huisarts geuit. Vijftig procent van ondervraagden vond dat er onvoldoende werd ingegaan op de psychische component van hun klachten. Oudere patiënten waren minder ontevreden en waren minder kritisch ten opzichte van het handelen van hun arts. (1)

In een studie door P. Verhaak et al werd de toegang tot psychische zorg in 6 verschillende Europese landen vergeleken. Belgische patiënten waren hier in het algemeen meer tevreden met de psychosociale consultaties dan patiënten uit Groot-Brittannië, Nederland en Spanje. (5)

Uit meerdere studies is echter reeds gebleken dat het bevragen van tevredenheid geen goede parameter is van de kwaliteit van een consultatie. (19) Wanneer gekeken werd naar de mate van overeenkomst tussen diagnose (Maakt de arts een psychologische diagnose wanneer de patiënt met een dergelijk probleem komt en vice versa), scoorden artsen in België slechter dan de andere onderzochte landen. (19) Er werd gezien dat artsen met meer jaar ervaring duidelijk beter scoorden op deze parameters dan jongere artsen. Meer ervaren artsen stelden ook meer psychologische diagnoses wanneer er in eerste instantie geen psychologische hulpvraag van de patiënt kwam.

9. Integratie van nieuwe technologieën bij de aanpak van psychische problemen

Het internet is in het dagelijks leven van iedere patiënt ingeburgerd. Tachtig procent van de online gebruikers gebruikt het internet om medische informatie op te zoeken. Ook voor psychische zorg gaan patiënten op zoek naar hulp online. Er worden alsmaar nieuwe systemen ontwikkeld om via E-health oplossingen voor patiënten te zoeken. Ook in het kader van psychotherapie worden er dergelijke systemen ontwikkeld. Dit heeft als voordeel erg laagdrempelig te zijn, en het heeft ook een lagere kost. Er is natuurlijk geen face-to-face contact tussen een therapeut en patiënt, wat een als een belangrijk deel van de therapie wordt beschreven. Voor bepaalde patiënten kan dit echter in de toekomst zeker (deel uitmaken van) hun therapie. (20)

10. Samenwerking tussen huisarts en psycholoog

De samenwerking tussen huisarts, specialist, psycholoog, sociaal werker,... wordt in de literatuur vaak benoemd als “shared care”. Een multidisciplinaire manier om voor de patiënt (met een psychische aandoening) te zorgen. In Nederland zijn dergelijke samenwerkingen reeds in het werkveld toegepast met positieve resultaten. (18)

Dergelijke samenwerking geeft betere resultaten voor de behandeling van depressie dan behandeling bij een enkele zorgverlener. (6) R. Vines et al stellen ook dat een nauwe samenwerking tussen huisarts

en psycholoog, bijvoorbeeld door het gebruik van een “in-house-psychologist” in het algemeen de gezondheid van patiënten met psychische stressoren kan verbeteren. (2) Deze manier van werken heeft bewezen voor een betere therapietrouw te zorgen, verbetering van psychische en gedragssymptomen te bekomen en het risico op zelfmoord te verminderen. (6)

In een onderzoek door H. Dumesnil et al. zegt slechts 35% van de ondervraagde huisartsen tevreden te zijn over hun samenwerking met andere zorgverleners in de psychische zorg. Huisartsen geven aan een te klein netwerk te hebben, niet te weten naar waar door te verwijzen en een nauwere samenwerking te willen met andere gezondheidsprofessionals.

Verscheidene studies tonen aan dat artsen die zelf een voorgeschiedenis hebben van depressie sneller doorverwijzen voor psychotherapie. (8, 16, 17) Er wordt gezien dat vrouwelijke artsen en artsen die van mening zijn dat er te veel antidepressiva worden voorgeschreven, meer patiënten doorverwijzen naar de psychotherapeut. Jongere artsen zijn meer geneigd psychotherapie voor te schrijven dan hun oudere collega-artsen. (8)

11. Barrières

In systemen waar psychotherapie niet terugbetaald is wordt dit vaak als eerste barrière aangehaald, echter volgens onderzoek door Kovess-Masfety V, et al. zouden barrières voor behandeling door de psycholtherapeut meer te maken hebben met kennis geloof en stigma dan met financiële belemmeringen. (10)

Wanneer patiënten in dit onderzoek zelf geen verdere hulp vroegen wat betreft het psychische aspect van de consultatie bij de huisarts werden volgende redenen naar voor gebracht: schaamte, verlegenheid, onvoldoende vertrouwen, dit is geen medische klacht, het gevoel dat de dokter toch niet kon helpen, is niet belangrijk voor de genezing of het zou de dokter te veel storen. (1)

Patiënten geven aan dat het moeite kost om hulp te zoeken voor psychische klachten (7). Ze verwachten dat ze lang gaan moeten wachten. Ze hebben vaak verkeerde ideeën over hoe een psychologisch consult eraan toe gaat gaan, ook mede in de hand gewerkt door TV en populaire media/cultuur. (7)

Het doorverwijzen naar een andere zorgverlener kan soms een gevoel van afwijzing en ontgoocheling bij patiënten teweegbrengen, wanneer hier geen duidelijke communicatie over is gebeurd en er een onduidelijkheid is tussen de visie van arts en patiënt. (7) Hierbij is het erg belangrijk om samen te werken en tot een shared-decision te komen.

Barrières die bij de huisarts beschreven worden zijn: consultaties bij de psychotherapeut worden niet terugbetaald, een lange wachttijd voor een afspraak, de huisartsen zeggen weinig kennis te hebben over de verschillende beschikbare types psychotherapie, het gevoel dat de patiënt weigerachtig staat ten opzichte van psychotherapie. (8, 16)

Sommige huisartsen beschrijven er moeite mee te hebben dat patiënte verscheidene malen terug zal moeten komen om hetzelfde te bespreken, dat er meerdere consultaties nodig zullen zijn om de weigerachtigheid van patiënt ten opzichte van psychotherapie (of psychofarmaca) te overkomen. (16)

12. Conclusies

Huisartsen moeten meer ondersteund worden als entry point in de geestelijke gezondheidszorg. Hiervoor moeten ze een goede opleiding in de psychische zorg genieten en ze moeten ook een goed netwerk hebben opgebouwd voor samenwerking met andere zorgverstrekkers in de geestelijke gezondheidszorg.

Wat betreft de behandeling van depressie halen verschillende studies het belang aan van een goede opleiding van huisartsen. Veel ondervraagde huisartsen stelden de diagnose depressie meer op basis van aspecifieke kenmerken dan op basis van DSM criteria.

Het is opmerkelijk dat de visie van huisartsen ten opzichte van psychotherapie erg positief is, maar dat dit niet overeen komt met hun aanpak. Studies beschrijven verscheidene barrières (wachttijden, kennis van de verschillende soorten psychotherapie, kostprijs) die ervoor zorgen dat psychotherapie nog steeds onvoldoende als 1ste lijn therapie gekozen wordt bij milde tot matige depressie. Het is

bemoedigend dat het doorverwijzen voor psychotherapie in meer recente studies meer aan bod komt (8)

Het voorschrijfgedrag komt niet overeen met de (nochtans theoretisch gekende) richtlijnen. Er werd gezien dat de aanpak van de huisarts veel afhangt van hun persoonlijke voorgeschiedenis en ervaringen. Studies halen het belang aan van een goede opleiding van huisartsen waardoor hun beslissingsmodel ook voor psychische aandoeningen meer gebaseerd wordt op evidence based medicine dan op persoonlijke ervaringen en voorgeschiedenis. (16)

H. Verdoux et al stellen dat de onderrepresentatie van psychotherapie als behandeling bij depressie in eerste lijn meer te maken zou hebben met de attitude en kennis van huisarts en patiënt dan met een werkelijk deficiet in aanbod van zorg. (8) Zeker ook gezien de belangrijke mate die persoonlijke ervaring en persoonlijke karakteristiek van de arts spelen in het al dan niet voorschrijven van psychotherapie. Ze stellen dat er vooral moet ingezet worden in opleiding en attitude verandering van huisartsen. (8)

Verschillende studies raden aan dat de huisarts een groot deel van de mineure psychische klachten in eigen beheer kan aanpakken, maar dat hij in staat moet zijn om de meer majeure zaken door te verwijzen. De huisarts is erg geschikt om de patiënt te begeleiden en ook om deze raad te geven en door te verwijzen, de patiënt heeft veel vertrouwen in zijn huisarts en is geneigd zijn advies hieromtrent op te volgen. (10)

Patiënten hebben vaak verkeerde of onrealistische ideeën wat betreft psychotherapie. Het is belangrijk dat zowel arts als patiënt goed op de hoogte is van welke mogelijkheden er zijn tot behandeling in de geestelijke gezondheidszorg en wat deze precies inhouden. (7)

Een frequent terugkomende barrière bij artsen is de moeilijke toegang tot de tweede lijn of tot andere gezondheidsprofessionals bij patiënten met psychische klachten. Artsen geven frequent aan dat de communicatie met, hun kennis van en hun toegang tot collega's in de psychische gezondheidszorg beperkt is. (3, 7, 16) Nick Kates beschreef in 2002 tien kernelementen voor een verbetering van de samenwerking tussen huisarts en de tweede lijn (3):

- Een sterkere band tussen huisarts, psychiater en andere professionals in de geestelijke gezondheidssector (zodat clinici elkaar leren kennen);
- een betere onderlinge communicatie (met een snelle overdracht van relevante informatie);
- een betere toegang tot geestelijke gezondheidszorg (eenvoudigere doorverwijzing, kortere wachtlijsten);
- een nadruk op vroege herkenning;
- mogelijkheid tot telefonisch contact tussen de verschillende zorgverleners;
- continuïteit van opleiding (met een nadruk op creatieve, praktische workshops in kleine groepen);
- aandacht voor de samenwerking in de opleiding voor toekomstige huisartsen;
- een betere en meer frequente integratie van psychische zorg in de eerstelijnszorg;
- toekennen van een nieuwe rol aan de huisarts in de psychische gezondheidszorg voor de patiënt.

Onderzoeksmethodiek

1. Rekrutering

Artsen uit de LOK-groep van de onderzoeker, regio Gent-Evergem, werden via mail gecontacteerd met de vraag mee te werken aan een onderzoek betreffende hun aanpak bij psychische klachten. Er werd gekozen voor de LOK groep van de onderzoeker om de participatiegraad te verhogen en zo de invloed van selectiebias te verkleinen. Omwille van onvoldoende respons werd er verder ook telefonisch contact opgenomen. Er werd op voorhand een informatiefiche betreffende het onderzoek en een lijst van topics aan de artsen meegegeven

2. Kwalitatief onderzoek: semi-gestructureerde interviews

Met zes artsen gebeurde er een semigestructureerd interview, waar de aanpak van psychische klachten in hun praktijk werd besproken, de focus lag hierbij voornamelijk op samenwerking met de psycholoog en vermeende en bestaande barrières voor doorverwijzing.

Deze interviews gebeurden aan de hand van een lijst van topics (bijlage 1) en werden gestuurd door een vooraf opgestelde vragenlijst (bijlage 2). Deze topics en vragenlijst werden opgesteld aan de hand van thema's die naar voor kwamen op basis van de vooraf uitgevoerde literatuurstudie.

De interviews werden afgenomen door de onderzoeker en gingen door bij de proefpersonen thuis in de periode augustus 2014 tot en met oktober 2014. Vooraf gebeurde een schriftelijke en mondelinge uitleg van de studie en tekenden de proefpersonen een informed consent (bijlage 3).

De gesprekken werden opgenomen door middel van een audio-recorder. Daarna werden de gesprekken verbatum uitgetypt, georganiseerd per thema en per subthema. Rode draden en gelijkenissen werden gezocht voor een kwalitatieve vergelijking van de verkregen resultaten. Post-analytisch worden de resultaten van het onderzoek aan de deelnemende artsen meegedeeld.

3. Onderzoekspopulatie

Er gebeurde een semigestructureerd interview met zes artsen uit de LOK groep van de onderzoeker, regio Gent-Evergem. Er werden twee mannen en vier vrouwen geïnterviewd. De leeftijd van de ondervraagde artsen varieert tussen 45 jaar en 57 jaar. Vijf van de geïnterviewden werken als solo arts, één arts werkt in een groepspraktijk met drie artsen. Evergem is een gemeente net buiten de stad Gent met veel industrie, grenzend aan het havengebied van het Gent.

4. Analyse

De doorverwijzing van de patiënt met psychische klachten van de huisarts naar de psycholoog wordt geanalyseerd door middel van een opdeling in drie fases:

1) De aanmelding van de patiënt bij de huisarts
2) De doorverwijzing van de huisarts naar de psycholoog
3) De opvolging en samenwerking tussen huisarts en psycholoog

De resultaten van de interviews worden gegroepeerd aan de hand van thema's en subthema's die aan bod kwamen. Er wordt gezocht naar eventuele rode draden en gelijkenissen in de besproken onderwerpen.

Resultaten

1. De aanmelding van de patiënt bij de huisarts

1.1. Voorkomen van psychische klachten in de praktijk

De ondervraagde artsen geven aan dat psychische problematiek frequent aan bod komt in de praktijk; op een na zien ze het allen als een belangrijk deel van de pathologie. Ze geven aan dat dit niet altijd de "*reason for encounter"* is, maar dat dit tijdens de consultatie frequent aan bod komt. Psychosomatiek wordt genoemd, de psychosociale context van somatische aandoeningen wordt ook als deel van de huisartspraktijk gezien.

1.2. Welke problematiek wordt gezien?

In eerste instantie wordt door de artsen voornamelijk stress, burn-out, surmenage en werk-gerelateerde problematiek genoemd. De ondervraagde artsen geven aan diverse klachten te zien, maar koppelen dit frequent aan stress en spanningen in de thuissituatie of op het werk. De artsen geven aan patiënten veel te zien en begeleiden in het geen ze beschrijven als de normale "ups-en-downs" van het leven, zoals het begeleiden van patiënten in een rouwproces. Arts A vertelt het volgende :

> "ik zie dit vaak als dipjes, de normale gang van het leven, een rouwproces waarbij de ene persoon zijn draagkracht wat minder is dan die van de andere. In die mate dat het dan resulteert in even professioneel niet te kunnen functioneren."

Alle ondervraagde artsen geven aan dat patiënten zich heel vaak in eerste instantie met psychosomatische klachten melden of dat de psychosomatische klachten ook het hoofdprobleem van de patiënt blijven.

Twee van de ondervraagde artsen geven aan ook frequent geconfronteerd te worden met problemen van de jeugd en adolescentie, waar de ouders dan meestal in eerste instantie consulteren. Hierbij worden volgende thema's genoemd: opvoedingsproblematiek, faalangsten, eetstoornissen, problemen op school, automutilatie en suïcide gedachten.

Artsen geven aan ook echte depressies te zien, maar vinden dat dit een minderheid is in vergelijking met de minder ernstige pathologie, die ze frequenter zien. Ditzelfde geld voor andere echte psychiatrische aandoeningen.

1.3. Communicatie in de consultvoering

In de gesprekken komt de manier van consultvoering van de artsen aan bod. Er wordt gevraagd naar de mate van expliciet navragen van de ideeën, de bezorgdheden en de verwachtingen van patiënten ten aanzien van consultaties in het algemeen en ook bij consultaties in het kader van psychische klachten.

De ondervraagde artsen zijn zich bewust van deze communicatietechnieken en geven aan deze "soms", "af en toe", "als ik het gevoel heb dat er nog iets anders onder ligt" te gebruiken. Er wordt aangegeven dat de onderliggende ideeën, bezorgdheden en verwachtingen van patiënten meer bevraagd worden bij psychologische consultaties, dan in het kader van louter somatische aandoeningen. Daarnaast vertellen artsen meer aandacht aan deze communicatietechnieken te besteden wanneer ze bij somatische aandoeningen een psychische onderliggende oorzaak vermoeden.

1.4. Psychosomatiek in de huisartspraktijk

Veel van de psychische problematiek komt naar boven in het kader van somatische klachten. De ondervraagde artsen geven ook aan dat dit in hun praktijk frequent zo aan bod komt. Vermoeidheid, gastro-intestinale klachten, pijnen, spierproblemen worden vermeld. De meeste ondervraagde artsen geven aan voldoende ruimte te willen laten voor het brengen van dergelijke klachten, ze vertellen dat er meestal meerdere consultaties nodig zijn vooraleer tot aan de grond van de problematiek kan geraakt worden. Een arts vertelt dat ze ook niet vanaf de eerste consultatie aangeeft dat er een psychische factor een rol zou kunnen spelen. Ze heeft schrik de patiënten dan gefrustreerd en onbegrepen naar huis te sturen.

Het wordt als erg tijdrovend ervaren. Verscheidene artsen geven dat het hen frustreert frequent hetzelfde te zeggen.

Arts B beschrijft zijn ervaring met psychosomatische klachten als volgt:

"Je moet steeds hetzelfde zeggen en het komt alsmaar terug. Ik vind het zinloos dat ik hier mijn tijd in moet steken. Je steekt er heel veel tijd in. Vaak ga ik daarom ook niet mee in hun verhaal. Ik geef dan wat tegenwind en dan zie je patiënten denken: "oei hij gelooft mij niet, hij neemt mij niet au serieus. En dan zie je ze niet meer hé, na twee keer. "

1.4.1. Balans tussen onderzoeken en niet /veiligheid inbouwen

De diagnostische onzekerheid en nood aan uitsluiten van somatische oorzaken wordt door arts F als volgt beschreven:

"Het verhaal deed mij onmiddellijk aan stress denken. Natuurlijk, het was de eerste keer dat ik die patiënt zag, je wil dan ook zeker zijn dat je niets over het hoofd ziet. Bijvoorbeeld cardiaal, haar vader was vroeger gestorven aan zijn hart… Je bouwt dan toch altijd een beetje een veiligheid in, wantja, het is ook zeker een valkuil als je direct euh.. aan het psychische denkt. Ik heb haar dan ook direct doorverwezen naar de cardioloog om ritmestoornissen uit te sluiten. Als daar dan niets uitkomt dan denk ik wel aan…"

1.5. Visie op psychische problematiek in de huisartsgeneeskunde

1.5.1. Wat vinden artsen aangenaam aan de aanpak van psychische klachten?

Volgende punten komen naar voor:

- Het zien (dis)functioneren van de patiënt in zijn omgeving:

  De ondervraagde artsen vinden het belangrijk om een patiënt op een holistische manier te kunnen bijstaan. Het begeleiden van een patiënt bij zowel somatische als psychische problemen geeft hen een kans om de patiënt in een breder kader te verstaan en te helpen.

- De artsen geven aan dat ze de huisartsgeneeskunde aangenaam vinden omwille van haar variatie. Af en toe een psychische vraag wordt gezien als een aangename variatie.

- Arts-patiënt relatie:

  Een arts geeft aan dat wanneer een patiënt met psychische en persoonlijke klachten naar de arts komt, hij dat ervaart als een blijk van vertrouwen. Dit komt de arts-patiënt relatie ten goede.

- Interesse in de menselijke psyché

- Het willen helpen van de patiënten.
  Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen patiënten die de artsen al lang opvolgen en goed kennen en nieuwe patiënten. De artsen vermelden specifiek dat het belangrijk vinden patiënten die ze al lang kennen en waar ze een goede band mee hebben te kunnen ondersteunen tijdens de moeilijke momenten van het leven.

1.5.2. Welke frustraties worden geuit omtrent de aanpak van psychische klachten?

“ Zo zijn er dan mensen dat als je de wachtzaal opendoet en je ziet ze zitten, dan slaat het zo wat in uwen buik. Dan voel je zo al, dat gaat iemand zijn waar ik veel tijd in ga moeten steken en geen sik verder komen.” – Arts A

Als frustratie wordt frequent aangehaald dat hetzelfde verhaal bij een patiënt regelmatig terugkeert. Artsen vinden het onaangenaam om bij dezelfde persoon steeds hetzelfde verhaal te horen en hetzelfde te vertellen met het gevoel weinig vooruitgang te boeken. Wanneer er vooruitgang is dan hebben ze het gevoel dat er frequent terugval is van dezelfde klachten. Ze geven ook aan dat de consultaties vaak lang duren en veel energie kosten. Verder komt terug dat er vaak geen duidelijke en doeltreffende oplossingen zijn voor de problemen die patiënten brengen. Ze hebben het gevoel dat er geen beterschap komt.

Arts A formuleert haar frustraties als volgt:

“Ik denk zo concreet aan bepaalde patiënten die ik al jarenlang volg en die dan bij elke consultatie hetzelfde verhaal doen. Op een bepaald moment heb je het dan wel gehad. … Dat ze ook vaak niet openstaan voor oplossingen die je aanbiedt. Nu, pas op, dat mensen nood hebben om hun verhaal te doen, daar zijn we voor. Maar als dat alle paar maanden terugkomt, op den duur voelen zij ook wel dat het verhaal wat af is. Dat zijn dan mensen die op den duur niet meer komen. En je voelt ook, de patiënt krijgt op den duur van u niet veel praat meer. Je kunt met de beste wil van de wereld de wil niet meer opbrengen om dat verhaal nog voeding te geven. Op den duur voel je je wat leeggezogen en dan gaat de patiënt een andere arts consulteren, een nieuwe die weer in het verhaal mee wil gaan en dat vind ik dan onaangenaam. “

Onvoldoende kennis wordt ook door meerdere artsen aangegeven als een moeilijkheid. De consultaties duren langer, het tijds-en werkschema van de artsen wordt er soms door verstoord. Artsen vinden het onaangenaam als een consultatie langer duurt dan gepland en er ondertussen nog patiënten in de wachtzaal zitten.

1.5.3. Het idee een bepaald type patiëntenbestand op te bouwen

Drie van de ondervraagde artsen vermelden een angst om te veel patiënten met psychische klachten aan te trekken. Ze vertellen dat dergelijke consultaties erg belastend zijn en dat ze de afwisseling tussen de psychische en de somatische consultaties aangenaam vinden. Ze willen geen overmaat aan consultaties rond psychische klachten. Daaromtrent wordt door deze ondervraagde artsen een gelijkaardig verhaal verteld: ze denken dat wanneer ze "te empathisch " zijn, dat ze dan een bepaald type patiëntenbestand zullen opbouwen. Daarmee wordt bedoeld een patiëntenbestand met een overmaat aan psychische en psychosomatische klachten.

Arts A: *"Je moet je wat hoeden, heb ik toch geleerd, van te empatisch te zijn en op den duur een bepaald type van cliënteel aan te trekken, want dan wordt het niet meer aangenaam, als het te veel is"*.

1.5.4. Visie op eigen kunnen

"Je kunt een luisterend oor bieden, je kan raad geven, maar we zijn geen psycholoog" – Arts E

De ondervraagde artsen vinden dat ze goed geplaats zijn om hun patiënten te begeleiden tijdens moeilijke periodes in het leven. Ze vertellen op basis van hun ervaring, van hun band met de patiënt en van een zeker mensenkennis en "feeling" de patiënten te kunnen begeleiden en advies te kunnen geven. Ze vertellen echter dat ze niet weten of ze dit op een "wetenschappelijk gefundeerde manier doen" en vertellen dat er wat "feeling" bij komt kijken. Echte psychotherapie is iets wat ze naar eigen zeggen niet kunnen bieden.

1.5.5. Visie op opleiding

Alle ondervraagde artsen geven aan dat ze vinden niet voldoende opgeleid te zijn voor de aanpak van psychische klachten. Twee van de ondervraagde artsen volgende specifiek nog enkele cursussen om hun kennis uit te bereiden.

1.5.6. Visie op eigen aanpak

De ondervraagde artsen geven allen aan over het algemeen wel tevreden te zijn met de manier waarop ze psychische klachten aanpakken, maar vermelden wel enkele moeilijkheden. Ze vertellen dat ze er te weinig tijd voor hebben, dat ze bepaalde zaken beter kunnen dan andere, een arts vertelt dat de aanpak van psychische klachten niets voor hem is. Bij onvoldoende tijd, bij onvoldoende kennis of interesse wordt er doorverwezen.

Drie van de ondervraagde artsen geven aan moeite te hebben met de aanpak van een consult rond psychologische klachten. Ze vertellen een duidelijk onderscheid te herkennen tussen hun somatische consultaties en de psychische. Bij de somatische aanpak hebben ze een meer gestructureerde consultatie waarbij een bepaalde kapstok wordt gevolgd. Ze kennen hierin duidelijke “red flags” of alarmsymptomen waarbij ze moeten doorverwijzen, ze weten op voorhand hoe ze het consult in handen gaan nemen. De artsen vertellen dat ze dit bij niet somatische consultaties niet hebben. De consultaties duren langer, zijn minder gestructureerd zijn en de arts heeft de consultatie minder in de hand.

De artsen die zich beter voelen bij de aanpak van psychische klachten gaan dan vooral in op het ondersteunen van hun patiënt tijdens moeilijke periodes, op het geven van advies (bijvoorbeeld rond opvoedingsvragen), op een luisterend oor bieden en als onbevooroordeelde hulpverlener samen met de patiënt naar oplossingen voor problemen te zoeken.

1.5.7. Taken van de huisarts

Vijf van de ondervraagde artsen vinden dat de begeleiding van de patiënt met psychische klachten tot het takenpakket van de huisarts behoort. Ze vertellen dat ze het belangrijk vinden van een eerste aanspreekpunt te zijn, een soort triage uit te voeren waarbij de ernstigere problematiek wordt doorverwezen en afhankelijk van de individuele interesse, kennis en tijd andere zaken in eigen beheer worden behandeld.

Arts B vindt niet dat dit tot zijn takenpakket behoort. Hij vertelt dat de aanpak van psychische klachten hem persoonlijk niet ligt en dat hij daardoor ook weinig vertrouwen heeft in zijn aanpak. Hij zegt te vermoeden dat dit ook de reden kan zijn waarom hij weinig patiënten met psychische problemen ziet.

2. De doorverwijzing van de huisarts naar de psycholoog

2.1. In welke mate verwijzen de ondervraagde artsen patiënten door naar de psycholoog

Alle ondervraagde artsen werken samen met de psycholoog en verwijzen patiënten rechtstreeks door naar de psycholoog. Ze vertellen frequent patiënten door te verwijzen. Indien mogelijk ook via multidisciplinaire centra, zoals CGZ, met ook als motivatie om de kostprijs voor de patiënt te drukken.

Drie van de ondervraagde artsen vertellen echter meer door te verwijzen naar de psychiater. Ze verwachten dan dat de psychiater zelf psychotherapie toepast indien nodig of hij samenwerkt met psychologen waar de patiënt dan via de psychiater bij terecht komt. Deze artsen geven hiervoor als redenen dat de consultaties terugbetaald zijn, dat het gaat om psychiatrische aandoeningen, dat ze verwachten dat een patiënt moet opgenomen worden of dat ze denken dat er medicamenteuze therapie zal opgestart moeten worden die ze zelf niet opstarten. Ze vertellen ook enkele psychiaters waar ze dan persoonlijk naar kunnen bellen indien het echt dringend is.

2.2. Welke problematiek behandelt de huisarts eerder zelf, welke problematiek verwijst hij door?

Ernstige psychiatrische problematiek: Alle artsen geven aan ernstige problematische problematiek zoals wanen, psychoses, ernstige verslavingsproblematiek, groot suïcide risico onmiddellijk door te verwijzen. Hierbij in eerste instantie naar de psychiater, zeker wanneer ze verwachten dat de patiënt opgenomen dient te worden. Ze verwachten hierbij van de collega psychiater dat die ook zal samenwerken met een psycholoog. Hierbij geven twee artsen specifiek aan dat ze dan van de psychiater verwachten dat die gericht zal kunnen samenwerken met de juiste psycholoog met de juiste expertise voor het probleem van de patiënt.

Welke problemen doorverwezen worden verschillen individueel van arts tot arts.

- Arts B vertelt omwille van persoonlijke interesse heel laagdrempelig te zijn voor doorverwijzing van patiënten met psychische klachten. Hij verwijst voornamelijk door naar de psychiater en verwacht van daaruit samenwerking met de psycholoog.
- Arts A vertelt enkel de ernstigere psychiatrische problematiek in eerste instantie te verwijzen, alles wat behoort tot surmenage, burn-out , etc.. pakt ze in eerste instantie zelf aan.

- Arts E vertelt voornamelijk de patiënten waarbij medicamenteuze therapie op de voorgrond staat in eigen beheer te behandelen en zaken waarbij hij vindt dat psychotherapie het belangrijkst is door te verwijzen

- Andere artsen laten het afhangen van de patiënt en vragen systematisch naar de verwachtingen van de patiënt wat betreft doorverwijzing.

- Alle artsen geven ook aan dat de inschatting van de ernst van de problematiek een belangrijke variabele is om te beslissen een patiënt al dan niet door te verwijzen.

Beperkte problematiek uit het dagelijks leven die de patiënt met klachten tot bij de huisarts kan brengen zoals schoolproblemen, slaapproblemen en werkproblemen proberen de artsen in eigen beheer met een luisterend oor en praktische tips op te lossen.

2.3. Wat is de motivatie voor doorverwijzing naar de psycholoog?

- Alle ondervraagde artsen geven aan dat ze doorverwijzen wanneer ze het gevoel hebben onvoldoende kennis hebben om een bepaalde problematiek zelf aan te pakken.

- Het gevoel samen met de patiënt niet tot een oplossing te komen:

  Arts D: *"als ik merk dat ik er niet meer geraak, als we vastzitten"*.

- Geen interesse om de problematiek zelf aan te pakken.

  Arts B vertelt: *"Het is gewoon mijn aard niet, het is niet mijn ding."…"Ik heb er niet genoeg geduld voor. Je moet doen wat je graag doet en wat je goed kan"*.

- Tijdsdruk wordt beschreven als motivatie om door te verwijzen. De artsen vertellen dat ze op drukkere momenten psychische klachten vlugger zullen doorverwijzen.

- Op vraag van de patiënt.
  Twee van de ondervraagde artsen geven aan dit systematisch na te vragen. Een arts vertelt meer uit te gaan van haar eigen inschatten van het verwachtingspatroon van de patiënt.

- Psychologische consultaties zijn financieel niet interessant.

- Eens met iemand nieuw praten.
  De artsen vertellen dat het persoonlijk kennen van de patiënten, de familie en de omgeving soms een open gesprek ook in de weg kan staan. Ze verwijzen om die reden soms ook door naar een "neutraal" persoon.

- Arts A geeft langdurige arbeidsongeschiktheid door als reden voor doorverwijzing.

"Ik zal in de regel niet graag langer dan 2 of 4 weken arbeidsongeschiktheid schrijven "…" Maar dan het moe zijn als klacht zonder objectiveerbare oorzaak, waarbij ik dan het gevoel heb hier ga ik ook nit direct iets meer kunnen, dan verwijs ik ook door, ook om mijzelf veilig te stellen en te voorkomen dat er iemand alsmaar om langere arbeidsongeschiktheid zou komen vragen "

2.4. Met welke patiënt gebonden factoren houden de artsen rekening

- Intelligentie en scholing, twee artsen geven aan patiënten die lager geschoold zijn of minder intelligent zijn minder snel door te verwijzen naar een psycholoog
- Persoonlijkheid en de ingesteldheid van de mensen. Waarbij bedoeld wordt dat meer introspectieve en personen met meer capaciteit tot zelfreflectie rapper zullen doorverwezen worden.
- Socio-economische status. Alle ondervraagde artsen geven aan dat ze merken dat patiënten vaak afhaken omwille van financiële redenen en gaan daarom mensen met minder financiële mogelijkheden minder rap doorverwijzen
- Geslacht. Twee van de ondervraagde artsen geven aan dat ze het gevoel hebben dat dames meer openstaan voor psychotherapie dan mannen en vertellen ook eerder vrouwen naar de psycholoog door te verwijzen dan mannen.

  Arts D vertelt: "*Een man kan zich blijkbaar nog altijd niet permitteren van depressief te zijn"*
- Verwachtingspatroon van de patiënt (cfr. Supra)

2.5. Barrières voor doorverwijzing naar de psycholoog

De barrières die artsen tijdens de interviews aangaven worden onderverdeeld in barrières die de artsen zelf ondervinden bij een doorverwijzing naar de psycholoog en barrières die artsen veronderstellen bij hun patiënten.

Barrières bij de artsen:

- De ondervraagde artsen vinden het moeilijk om een patiënt bij de patiënt te krijgen. Ze ervaren.
  - Lange wachttijden
  - Weinig psychologen dicht in de buurt

    - Weinig psychologen die ze persoonlijk kennen

- Specifiek ervaren artsen ook moeilijkheden om patiënten in situaties die ze als dringend inschatten rapper bij een psycholoog terecht te krijgen wanneer ze de vergelijking maken met somatische aandoeningen.

- Artsen klagen van een niet zeer persoonlijke en nauwe samenwerking met de psychologen in de buurt

- Artsen vermelden een klein eigen netwerk. De artsen vermelden dat ze weinig psychologen persoonlijk kennen, terwijl ze het belangrijk vinden te kunnen doorverwijzen naar iemand waar ze het gevoel hebben dat hun patiënt goed zal geholpen worden.

- De artsen geven aan dat ze niet precies weten welke psycholoog wat precies doen. Ze hebben niet de mogelijkheid om specifiek voor een bepaalde problematiek een bepaalde expert aan te spreken.

- De arts vindt het zelf ook te duur (hierbij wordt steevast terugbetaling vermeld)

Vermeende barrières bij patiënten:

- De kostprijs is te duur (hierbij wordt steevast terugbetaling vermeld)

- Bij psychosomatische klachten willen de artsen niet altijd te snel doorverwijzen uit schrik het gevoel te geven dat ze de patiënt niet au serieus nemen.

- Het stigma van doorverwezen te worden naar de psycholoog (wordt slechts door 1 arts vermeld)

2.6. Wat is er belangrijk bij de keuze van een psycholoog?

Alle ondervraagde artsen geven aan dat het belangrijkste voor hen is dat ze weten naar wie ze doorverwijzen. De artsen geven aan dat ze de persoon naar wie ze hun patiënten doorverwijzen willen kennen. Ze willen weten hoe deze persoon te werk gaat. Ze willen weten waar hun patiënt terechtkomt en dat die “goed geholpen zal zijn”.

Arts D vertelt het volgende:

“Ik ga verwijzen naar mensen die mijn sympathie hebben, waarvan ik denk dat mijn patiënten ze ook sympathiek zullen vinden, en waarvan ik denk dat ze de mensen met respect gaan behandelen.”

De artsen vertellen dat ze opnieuw zullen verwijzen naar iemand waar ze reeds goede ervaringen mee hebben gehad in het verleden.
Daarnaast wordt er nog vermeld dat er ook rekening wordt gehouden met de nabijheid ten opzichte van de praktijk en hoe snel patiënten terecht kunnen. Met het geslacht van de psycholoog houden de artsen enkel rekening wanneer de patiënt dit specifiek vraagt. Een voorbeeld dat wordt aangehaald is het niet doorverwijzen naar een man bij een vrouw met relatieproblemen. Een arts vertelt meer met vrouwen te werken en denkt dat dit is omwille van een voornamelijk vrouwelijk patiëntenbestand.

2.7. Manier van doorverwijzing

Alle ondervraagde artsen laten de patiënt in de regel zelf bellen voor een afspraak indien mogelijk. De artsen vertellen dat ze willen (en denken dat de psycholoog dit wil) dat de patiënt zelf de stap maakt om contact op te nemen. Twee van de ondervraagde artsen schrijven systematisch een verwijsbrief. Of er al dan niet een brief wordt geschreven hangt (ook voor de andere artsen) af of ze van mening zijn dat de patiënt zelf in staat is het verhaal uit te leggen.

3. De opvolging en samenwerking tussen huisarts en psycholoog

3.1. Hoe wordt er momenteel samengewerkt?

De ondervraagde artsen zien patiënten die ze naar de psycholoog doorverwijzen tussendoor niet per sé terug voor dezelfde problematiek tenzij er in combinatie met medicamenteuze therapie wordt gewerkt. Ze vinden dit niet nodig en willen niet graag de patiënt “van her naar der” te sturen.

Er is weinig tot geen telefonisch overleg over de patiënten. Bij de meeste psychologen worden de artsen door middel van elektronisch bericht op de hoogte gehouden van consultaties bij de psycholoog. Dit omhelst meestal een kort bericht waarin vermeld wordt dat de patiënt op consultatie is geweest en rond welke problematiek wordt gewerkt. Dit vinden de ondervraagde artsen voldoende berichtgeving.

3.2. Wat verwachten artsen van de psycholoog?

- Alle ondervraagde artsen vertellen dat ze het belangrijk vinden enige vorm van feedback te krijgen van de psycholoog. Een kort bericht vinden ze reeds voldoende. Ze vinden het ook belangrijk te weten of hun patiënt al dan niet nog verder wordt opgevolgd. De ondervraagde artsen geven ook aan bereid te zijn tot telefonisch overleg en appreciëren ook telefonische feedback.

- Vier artsen vermelden ook specifiek dat ze willen dat hun patiënten vooruitgang boeken. Ze willen dat de patiënten genezen. Arts B vertelt:

  > *"Ik verwacht als ik mensen doorverwijs dat ze ook werkelijk genezen. Ik vind niet dat er oeverloos mag blijven gepraat worden en alsmaar terugkomen. Ze moeten voortgang boeken en genezen, dat is toch de bedoeling van de geneeskunde"*

- Artsen vermelden ook dat ze willen dat er "goed voor hun patiënt wordt gezorgd". Concreet wordt er vermeld dat ze willen dat de patiënten met respect worden behandeld, dat er aan de problemen wordt gewerkt en dat er vooruitgang wordt geboekt.

Discussie

1. Zijn de vooropgestelde onderzoeksvragen beantwoord?

1.1. Wat is de aanpak van huisartsen in de LOK groep van de onderzoeker bij psychische klachten?

1.1.1. Voorkomen van psychische klachten

De beschrijving van de klachten die de artsen in dit onderzoek zien komen goed overeen met wat in de literatuur beschreven worden. De artsen geven ook aan dat ze het eerste aanmeldingspunt voor psychische problemen zijn. Ze vertellen frequent psychosomatiek te zien en psychosomatische klachten zijn vaak de eerste manier waarop patiënten zich melden. De type problemen die de artsen zien is ook goed vergelijkbaar met de literatuur. In de literatuur wordt beschreven dat er een belangrijke delay is tussen de aanvang van psychosomatische klachten en de diagnose en behandeling. De ondervraagde artsen zijn er echter van overtuigd dat ze deze klachten goed herkennen. Ze geven wel aan dat er enkele consultaties nodig zijn vooraleer er op de psychische achtergrond van de klachten kan ingegaan worden. Ook de in de literatuur beschreven problematiek rond diagnostische onzekerheid en uitsluiten van somatische aandoeningen wordt in dit onderzoek beschreven.

Een belangrijk punt echter is dat de ondervraagde artsen vertellen weinig “echte depressies” te behandelen maar dat het vaker gaat over surmenage en de normale “dipjes” van het leven. Dit staat enigszins in contrast met de literatuur die beschrijft dat depressie voornamelijk in de huisartspraktijk wordt behandeld.
Het is echter ook mogelijk dat de ondervraagde artsen een deel van hun depressieve patiënten niet als depressief herkennen. Dit kan gekaderd worden in studies die aantonen dat de diagnose van depressie door huisartsen niet steeds gebaseerd is op voorop gelegde diagnostische criteria en die aantonen dat er een belangrijke onderdiagnose en onderbehandeling van depressie is. Het is dus mogelijk dat dit ook in dit onderzoek een rol speelt.

1.1.2. Aanpak van de huisartsen

Het is interessant dat alle ondervraagde artsen aangeven over het algemeen tevreden zijn over hun huidige aanpak ondanks het feit dat ze aangeven er veel moeilijkheden bij te ervaren. (cfr. Infra).

De artsen vermelden vooral de minder ernstige problematiek in eigen beheer te behandelen, het al dan niet doorverwijzen wordt voor artsen in belangrijke mate bepaald door de ernst van de problematiek. Dit komt inderdaad overeen met wat in de literatuur en in richtlijnen wordt aangeraden.

Over de specifieke aanpak van huisartsen bij patiënten met psychische problemen is in de literatuur niet veel gekend. Dit onderzoek gaat hier verder op in. De artsen vinden dat de begeleiding van psychische klachten zeker tot het takenpakket van de huisartsen behoort, maar dit tot op een bepaald punt. Ze vertellen dat ze het belangrijk vinden van een eerste aanspreekpunt te zijn, hun patiënten te ondersteunen en een soort triage uit te voeren. De artsen vertellen zich niet in staat te voelen echte psychotherapie toe te passen, ze vertellen voornamelijk patiënten te ondersteunen door middel van begeleiding, het bieden van een luisterend oor en het geven van praktische tips. Er lijkt een belangrijk verschil tussen artsen onderling te bestaan waarbij de mate waarmee klachten zelf worden aangepakt afhangt van individuele interesse en bijscholing.

1.2. Welke moeilijkheden ervaren deze artsen bij consultaties omwille van psychische klachten?

Hoewel de ondervraagde artsen het belang van het (h)erkennen van de psychische klachten van hun patiënten en hun taak als huisarts hierin onderschrijven, worden er nog veel frustraties geuit. Ze hebben de indruk dat ze bij sommige patiënten erg weinig vooruitgang boeken, dat ze telkens opnieuw hetzelfde verhaal moeten vertellen, dat er frequent recidief is. De consultaties worden als belastend ervaren, zouden (te) lang duren en een te grote druk op het werkschema van de artsen zetten. Er wordt een duidelijk signaal gegeven van een gevoel van machteloosheid bij bepaalde patiënten.

Dit is bijzonder interessant wanneer we deze problematiek kaderen in de setting waarin hij wordt gezien. De huisartsgeneeskunde is namelijk per definitie een geneeskunde van langdurige follow-up, recidief, motivatie van patiënten tot therapietrouw, etc. Het is belangrijk dat we erbij stilstaan waarom deze langdurige follow-up bij psychische klachten als dermate belastend wordt ervaren.

Een mogelijke verklaring wordt geboden door de problemen die de artsen ervaren tijdens hun consultatievoering. Drie van de ondervraagde artsen vertellen een duidelijk onderscheid te herkennen tussen hun somatische consultaties en de consultaties rond psychische klachten. De consultaties rond psychische klachten gebeuren meer op geleide van ‘feeling’. Er is minder structuur in de consultatie, ze hebben geen kapstok die gevolgd wordt. Daardoor zijn de consultaties minder gestructureerd, duren ze langer en heeft de arts de consultatie minder in de hand. Dit gaat hand in hand met het feit dat de

artsen aangeven soms het gevoel te hebben van in een cirkel te draaien tijdens deze consultaties en met deze patiënten.

1.3. Wat zijn voor deze artsen de voornaamste indicaties tot doorverwijzen naar/samenwerken met de psycholoog?

1.3.1. Welke problematiek verwijst de huisarts door?

Welke problemen doorverwezen worden verschilt individueel van arts tot arts en houdt verband met de persoonlijke interesse en vaardigheden van de individuele huisarts. Alle artsen geven aan dat ernst van de problematiek de belangrijkste variabele is in het al dan niet doorverwijzen.

Uit de literatuur blijkt dat patiënten vaak reeds vooraf aan de consultatie zelf een idee hebben wat betreft hun behandelingsplan. Vaak komen ze actief met een vraag naar doorverwijzing. Artsen in dit onderzoek denken enerzijds zelf te kunnen inschatten welke patiënten een doorverwijzing wensen, anderzijds vertellen de artsen ook dat de wens van de patiënt een belangrijke motivatie is voor doorverwijzing.

1.3.2. Wat is de motivatie tot doorverwijzing naar de psycholoog?

Ook de motivaties voor doorverwijzing zijn zeer verscheiden en individueel verschillend van arts tot arts. Terugkerende motivaties zijn het doorverwijzen van problematiek waarvoor volgens de huisartsen echte psychotherapie nodig is. Iets wat zelf niet kunnen bieden omwille van onvoldoende opleiding, tijd en kennis.

Wat hierbij opvalt is dat de artsen vermelden dat het al dan niet doorverwijzen ook afhangt van het moment waar de patiënt zich aanbiedt. Afhankelijk van de drukte, de persoonlijke interesse op het moment van aanmelden zullen artsen patiënten het ene moment wel het andere niet doorverwijzen. De ondervraagde artsen zien een doorverwijzing naar de psycholoog ook ergens als een soort tweede stap, als ze er zelf niet geraken. Een soort tweede lijn voor psychische klachten.

1.4. Welke barrières beschrijven deze artsen bij de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten?

Uit onderzoek blijkt dat barrières bij patiënten meer te maken zouden hebben met kennis, geloof en stigma dan met financiële belemmeringen. De artsen in dit onderzoek halen het feit dat psychotherapie

niet terugbetaald wordt toch steeds als eerste barrière voor doorverwijzing aan en geven dit als reden voor drop-out bij hun patiënten.
Barrières die patiënten met psychische klachten ondervinden om uiteindelijk behandeld te worden zijn beter bestudeerd dat de barrières die artsen ondervinden bij het correct behandelen of doorsturen van deze patiënten.

De barrières of moeilijkheden die door de artsen in dit onderzoek geuit worden (cfr. Supra) hebben voornamelijk te maken met praktische belemmeringen en met kennis van de artsen zelf. Dit komt goed overeen met hetgeen hierover in voorgaand onderzoek reeds beschreven is. Er is weinig sprake van stigma en de artsen staan in het algemeen erg positief tegenover de plaats van psychotherapie in de begeleiding van psychische klachten.

De praktische belemmeringen die ze vermelden zijn voornamelijk lange wachttijden voor een consultatie en het feit dat er weinig psychologen dicht in de buurt werken. Daarnaast hebben de artsen een beperkt netwerk. Ze kennen niet veel psychologen, ze weten ook niet welke psycholoog precies wat doet en hoe ze een patiënt gemakkelijk bij een psycholoog terecht krijgen. Er zijn projecten en websites beschikbaar die deze problematiek deels willen aanpakken. Concrete voorbeelden hiervan zijn: PAKT (www.pakt.be) en www.vindeenpsycholoog.be

1.5. Hoe verloopt de samenwerking tussen huisarts en psycholoog in de Lok groep van de onderzoeker?

De samenwerking tussen huisarts en psycholoog bij de onderzochte groep huisartsen is eerder beperkt. Er kan meer gesproken worden van een doorverwijzing met sporadische beperkte feedback dan van een echte samenwerking of shared care.

De artsen geven aan dat ze deze feedback en samenwerking eigenlijk net belangrijk vinden. Ze zijn graag op de hoogte van wat er met hun patiënt gebeurt, en appreciëren overleg. De artsen vertellen in hun zoektocht naar een psycholoog vooral belang te hechten aan een persoonlijke band. Ze willen weten naar wie ze doorverwijzen. Er is sprake van een nood aan vertrouwen van de huisarts naar de psycholoog.
Daar staat tegenover dat drie van de ondervraagde artsen vertellen slechts zelden een echte doorverwijsbrief te schrijven en de patiënt ook zelf het initiatief laten nemen om contact op te nemen. Een bevorderen van de onderlinge communicatie kan een eerste stap zijn om de huisarts en de psycholoog dichter bij elkaar te brengen en de huidige zorg dichter bij een “shared care” te brengen.

2. Beperkingen van het onderzoek

Het gaat uiteraard slechts om een kleine steekroep huisartsen, allen gevestigd in hetzelfde gebied en betreffende een beperkte range van leeftijd met een gelijkaardige praktijkvorm. Dit heeft als voordeel dat de ervaringen van de artsen onderling vergelijkbaar zijn, maar als nadeel dat de bekomen gegevens niet met zekerheid extrapoleerbaar zijn naar een grotere groep huisartsen.

De steekproef van ondervraagde huisartsen beschrijft huisartsen die gevestigd zijn in Evergem, Ertvelde en Sleidinge. Er zijn slechts weinig psychologen werkzaam in groot Evergem. Voor de artsen en hun patiënten is het al een barrière om naar Gent te gaan. Het is niet duidelijk of de bevindingen wat betreft samenwerking met psychologen voor deze groep artsen te extrapoleren vallen naar artsen die werken in een gebied met een grotere densiteit aan psychologen. Wat betreft bevindingen wat betreft de moeilijkheden die artsen ondervinden met psychologische consultaties in het algemeen lijkt dit niet onmiddellijk relevant.

Daarnaast is het ook mogelijk dat er een selectiebias is opgetreden aangezien het mogelijk is dat vooral huisartsen met een interesse in psychotherapie en samenwerken met psychologen hebben gereageerd op de oproep mee te werken aan het onderzoek.

Deze beperkingen doen echter niet af aan de waarde van het onderzoek en haar bevindingen, gezien het opzet van de studie niet is belangrijke correlaties, statistische analyse of extrapoleerbare data te genereren. De meer precieze en specifieke moeilijkheden die huisartsen ondervinden bij de aanpak van psychische klachten kunnen met dergelijk kleinschalig onderzoek wel blootgelegd worden en kunnen een aanzet zijn voor verder onderzoek en een beter begrip en op termijn ook een betere aanpak van psychische klachten in de huisartspraktijk.

3. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het is zo dat alle ondervraagde artsen vertellen het gevoel te hebben onvoldoende opgeleid zijn voor de aanpak van psychische klachten, dit komt niet overeen met veel literatuur waarin ondervraagde artsen zich wel goed opgeleid voelen. Deze artsen behoren allen ongeveer tot dezelfde generatie. Gezien de opleiding continu evolueert is het interessant te kijken of dit idee ook bij jongere artsen leeft.

Het lijkt bijzonder interessant te onderzoeken of de vaststellingen rond consultvoering bij psychische klachten die in dit onderzoek naar boven zijn gekomen bij een grotere groep huisartsen een probleem

vormen. In een later stadium kan gekeken worden welke specifieke problemen zich precies stellen tijdens de consultvoering. In een verder stadium kan dan onderzocht worden of het haalbaar is een consultatiemodel voor de aanpak van psychische klachten te ontwikkelen.

Besluit

De zorg voor patiënten in de 21-ste eeuw kan beschreven worden als een “multidisciplinaire patiënt centered shared care”. Shared care ook wat betreft psychische aandoeningen. Psychische aandoeningen kennen een hoge prevalentie, die de laatste jaren enkel toeneemt. De taak van de huisarts als gezondheidsmanager voor de patiënt staat hierbij centraal.

In dit onderzoek zien we dat de ondervraagde huisartsen zich inderdaad als sleutelfiguur zien in de psychische shared care voor hun patiënten. Ze willen hun patiënten bijstaan op holistische wijze en op alle momenten van het leven. Zelf willen ze patiënten bijstaan met psychische ondersteuning en raad bij minder ernstige pathologieën. Echte psychotherapie kunnen ze niet bieden. De ondervraagde huisartsen willen voor ernstigere problematiek samenwerken met de psycholoog en de psychiater. We zien echter dat er nog heel wat struikelblokken bestaan in deze “shared care” wat betreft psychische problematiek.

In het bijzonder is het belangrijk dat we zien dat psychische consultaties als erg belastend en energie-rovend wordt ervaren door de huisarts. Iets wat in voorgaand onderzoek ook beschreven wordt. In dit onderzoek wordt beschreven dat de ondervraagde huisartsen een belangrijk verschil ervaren tussen hun somatische en psychische consultaties. Ze vertellen een duidelijke systematiek en structuur te kunnen hanteren bij somatische consultaties, iets wat ze veel moeilijker vinden bij psychische problemen. In de toekomst is het belangrijk te onderzoeken in welke mate dit ook op grotere schaal bij huisartsen een probleem is. Nog belangrijker is te onderzoeken op welke manier dit aangepakt kan worden en hoe huisartsen hierin beter kunnen ondersteund worden.

Wat betreft samenwerking met psychologen is de beperkte kennis van de precieze werkwijze van de psycholoog en het beperkt netwerk van de ondervraagde artsen het grootste struikelblok. Daarnaast is er bij de onderzochte huisartsen ook nog een discrepantie tussen de gewenste vorm van samenwerking en de huidige communicatie tussen huisarts en psycholoog. Er bestaan reeds projecten die deze problematiek proberen aan te pakken (bijvoorbeeld PAKT, en vindeenpsycholoog.be), maar blijkbaar is dit voor deze artsen onvoldoende of heeft dit hen nog niet bereikt.

Een belangrijke taak zal dus liggen bij de opleiding van toekomstige huisartsen. Waarbij huisartsen niet alleen moete ondersteund worden als entry point in de geestelijke gezondheidszorg, zoals in de literatuur beschreven staat. De huisarts moet ook opgeleid worden in de consultvoering voor psychische problemen en hij moet ondersteund worden in het opbouwen van een beter netwerk voor doorverwijzing.

Referenties

1. Fritzsche K, Armbruster U, Hartmann A and Wirsching M. Psycosocial primary care – what patients expect from their general practitioners a cross-sectional trial. BMC Psychiatry 2002, 2(5).

2. Vines F R, Richards J C, Thomson D, Brechman-Toussaint M, Kluin M and Vessely L. Clinical psychology in general practice: a cohort study. MJA 2004, 181(2): 74-77.

3. Kates N. Shared mental care. The way ahead. Canadian Family Physician 2002, 48: 853-855.

4. Wienke G, Boerma W and Verhaak P. The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: a European study. Psychological Medicine 1999, 29: 689-696.

5. Verhaak PF, Van den Brink-Muinen A, Bensing JM and Gask L. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. European Journal of Public Health 2004; 14(2): 134-40.

6. Agius M, Murphy L C and Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? Psychiatria Danubina 2010, 22(1): 18-22.

7. Dahlöf L, Simonsson A, Thorn J and Larsson M.E. Patients' experience of being triaged directly to a psychologist in primary care: a qualitative study. Primary Health Care Research & Development 2014, 15(4): 441-51.

8. Verdoux H, Cortaredonne S, Dumesnil H, Sebbah R and Verger P. Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practioners opninion and prescribing practice. Soc Psychiatry Epidemiol 2013; 49: 59-68.

9. Murray AM, Toussaint A, Althaus A and Löwe B. Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. Systematic Reviews 2013, 2 (99).

10. Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, Gasquet I and Younes N, Hardy-Bayle MC. What makes people decide who to turn to when

faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC public health 2007; 7: 188.

11. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatric Services 2007, 58: 213–220.

12. Elder N, Ricer R, and Tobias B. How Respected Family Physicians Manage Difficult Patient Encounters. J Am Board Fam Med 2006; 19: 533-41.

13. Morriss R, Kai J, Atha C, Avery A, Bayes S, Franklin M, George T, James M, Malins S, McDonald R, Patel S, Stubley M and Yang M. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention. BMC Family Pratice 2012 (13): 39-53.

14. Van den Boogaard M, Verhaak P FM., Van Dyck R, Spinhoven P. The impact of causal attributions on diagnosis and successful referral of depressed patients in primary care. Social Science & Medicine 2011, 73: 1733-1740.

15. Wei W, Sambamoorthi U, Olfson M, Walkup JT and Crystal S. Use of psychotherapy for depression in older adults. American Journal of Psychiatry 2005, 162 (4): 711-7.

16. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A and Verger P. General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. PLOS One 2012, 7:12.

17. Lusignan S, Chan T, Tejerina Arreal MC, Parry G, Dent-Brown K and Kendrick T. Referral for psychological therapy of people with long term conditions improves adherence to antidepressants and reduces emergency department attendance: controlled before and after study. Behaviour Research and Therapy 2013, 51(7): 377-85.

18. Zwaanswijk M, Van Dijk E C and Verheij A E. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. BMC Family Practice 2011, (12): 133-144.

19. Britten N, Stevenson F A, Barry A Christine, Barber N and Bradley P C. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. BMJ 2000, 320: 484-488.

20. Bethany A Teachman. No Appointment Necessary: Treating Mental Illness Outside the Therapist's Office. Perspectives on psychological Science 2004, 9(1): 85-87.

21. Krupinski J and Tiller WGJ. The identification and treatment of depression by General Practitioners. Austrilian and New Zealand Journal of Psychiatry 2001, 35: 827-832.

22. Hermens ML, Muntingh A, Franx G, van Splunteren PT, Nuyen J. Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: results of an explorative study within primary care in the Netherlands. BMC Family Practice 2014; 15 (5).

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst van topics

Bijlage 2: Vragenlijst interviews

Bijlage 3: Informed Consent

Bijlage 4: Informatiefiche

Bijlage 5: Protocol etisch comité

Bijlage 6: Goedkeuring etisch comité

LIJST VAN TOPICS

ANALYSE VAN DE DOORVERWIJZING VAN EEN PATIËNT MET PSYCHISCHE KLACHTEN BIJ DE HUISARTS NAAR DE PSYCHOLOOG.

Verantwoordelijke onderzoeker: Thomas Van der Paelt
Promotor: Prof. Myriam Deveugele
Co-promotor: Roland Rogiers

- Hoe frequent komen psychologische problemen bij u op de praktijk aan bod?
- Welke psychologische/psychiatrische problemen komen vooral aan bod.
- Hoort de behandeling van psychologische problemen tot het takenpakket van de huisarts? Waarom wel waarom niet?
- Worden de ideeën verwachtingen en eventuele emoties van een patiënt met aanmelding van psychologische / psychosomatische klachten expliciet en systematisch bevraagd
- Denken de ondervraagde artsen het merendeel van de psychosomatische klachten te bij hun patiënten te herkennen (EN benoemen en aldusdanig behandelen)
- Wat vindt u leuk aan de aanpak van psychologische problemen? Wat vindt u er moeilijk aan?
- Welke problemen pakt u zelf aan? Welke problemen verwijst u door?
- Verwijst u eerder door naar psychiater/psycholoog/ andere (vb CAW)
- Wordt er nu door u vaak samengewerkt met psychologen?
- Op welke manier wordt er nu samengewerkt? Hoe “close” is deze samenwerking? Werkt u met meerdere psychologen samen?
- Gebeuren er nog consultaties tussendoor bij de arts voor hetzelfde probleem bij doorverwijzing?
- Voor welke problemen werkt u samen met psychologen?
- Wordt psychotherapie meer gebruikt als stand-alone behandeling of vooral in combinatie met medicamenteuze therapie.
- Wat is de persoonlijke motivatie van de arts voor doorverwijzing
- Met welke factoren houdt u rekening? Patiënt? Aandoening? Sociale context?
- Verwijst u actief door? Specifiek naar iemand?
- Welke ervaringen hebt u totdusver wat betreft de doorverwijzing?
- Zijn er zaken die u tegenhouden bij doorverwijzing? => Welke?
- Wat vindt u van de kostprijs? Toegankelijkheid?
- Welke barrieres zijn er denkt u bij Uw patiënten?
- Tevrendenheid van de artsen over hun aanpak bij psychologische problemen.
- Tevredenheid van de artsen wat betreft hun kennis van psychologische problemen.

Vragenlijst interview thesis

Analyse van de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten bij de huisarts naar de psycholoog

Verantwoordelijke onderzoeker: Thomas Van der Paelt
Promotor: Prof. Myriam Deveugele
CO-promotor: Roland Rogiers

Naam:
Datum:
Uur:
Locatie:

Algemene context : situatieschets

1. Hoe vaak komen psychologische problemen bij op de praktijk aan bod?

2. Welke problemen komen bij u het vaakst aan bod?

Visie op aanpak van psychologische klachten bij de huisarts

3. Vindt u dat de behandeling van psychologische problemen tot het takenpakket van de huisarts behoort? Waarom wel waarom niet?

4. Wat vindt u leuk aan de aanpak van psychische klachten door de huisarts? Wat vindt u er moeilijk aan? Wat vindt u er frustrerend aan?

Inschatting eigen kunnen

5. Denkt u het merendeel van de psychosomatische klachten bij uw patiënten te herkennen (en te benoemen en dus aldusdanig te behandelen).

6. Bent u tevreden over u huidige aanpak bij patiënten met psychische problemen?

7. Hebt u veel zelfvertrouwen over uw (wetenschappelijke) kennis wat betreft de aanpak van psychologische problemen?

Specifieke vragen aanpak

8. In onze opleiding wordt er veel aandacht gespendeerd aan de ICE , is dit iets wat bij U expliciet wordt bevraagd?

9. Wordt psychotherapie meer gezien als stand-alone therapie, of meer in combinatie met medicamenteuze therapie?

10. Welk type problemen pakt u eerder zelf aan, waarvoor zal je eerder doorverwijzen?

11. Verwijst u eerder door naar een psycholoog? Naar een psychiater? Naar andere centra
(vb CAW, indien ja : welke)

Doorverwijzing psychologen

12. Wordt er momenteel veel samengewerkt met psychologen?

13. Welke ervaringen hebt u tot dusver wat betreft de doorverwijzing? Wat verloopt moeilijker, waar bent u tevreden over?

14. Zijn er zaken die u tegenhouden bij doorverwijzing? Welke?

15. Wat vindt u van de kostprijs? Toegankelijkheid?

16. Als u doorverwijst wat is voor u de voornaamste motivatie (vb. tijd, kennis, geen zin om het zelf te doen).

17. Wat zijn de voornaamste patiëntgebonden factoren waar rekening mee wordt gehouden voor het al dan niet doorverwijzen.

18. Kunt u wat meer vertellen over die samenwerking?
    a. Werkt u steeds met dezelfde persoon samen
    b. Hoe close is deze samenwerking? Is er overleg?
    c. Gebeuren er nog consultaties tussendoor bij de arts voor hetzelfde probleem, welke factoren spelen hier een rol in?
    d. Hoe verwijst u door? Schrijft u een verwijsbrief? Belt u zelf?

19. Welke kenmerken zijn er voor u belangrijk bij de keuze naar wie u doorverwijst?
    a. Maakt u een onderscheid in de manier van werken? (vb. afhankelijk van de problematiek naar iemand die maar CGT toepast, of meer cliënt gerichte therapie?)
    b. Iemand die u persoonlijk kent?
    c. Man/vrouw
    d. Leeftijd van de psycholoog
    e. Etc….

Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten

Titel van de studie:

Analyse van de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten bij de huisarts naar de psycholoog.

Doel van de studie:

Het doel van dit onderzoek is te beschrijven hoe de samenwerking tussen huisarts en psycholoog momenteel verloopt. Meer bepaald te beschrijven welke problemen artsen hierbij momenteel ervaren en welke barrières er nog bestaan voor een correcte en tijdige doorverwijzing.

Beschrijving van de studie:

Recrutering

Het zal gaan om artsen uit de huisartsenkring van de opleidingspraktijk van de onderzoeker. Dit om de participatiegraad te verhogen. U zal telefonisch gecontacteerd worden met de vraag om mee te werken aan het onderzoek.

Kwalitatief onderzoek: semi-gestructureerde interviews

Door middel van semi-gestructureerde interviews zal een beeld gevormd worden van de visie en aanpak van huisartsen regio Gent-Evergem bij psychische klachten. Meer bepaald zal in het bijzonder worden gekeken naar hun samenwerking met psychologen. De focus zal hierbij liggen op bestaande en vermeende barrières voor doorverwijzing naar een psycholoog.

Verwerking van de resultaten

Aan de hand van audio-opnames en verslagen van de gesprekken zal door middel van een kwalitatieve analyse op zoek gegaan worden naar tendensen. Deze zullen vergeleken worden met de uit de literatuur bekomen data.

Terugkoppeling

In de post-analytische fase zullen we U de eventuele conclusies van het onderzoek schriftelijk meedelen .

Deelname en beëindiging:

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Deelname aan deze studie brengt voor u geen onmiddellijk therapeutisch voordeel. Uw deelname in de studie kan helpen om in de toekomst patiënten beter te kunnen helpen.

U kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie en/of behandeling met de onderzoeker of de behandelende arts.

Uw deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in uw belang is. U kunt ook voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.

Als u deelneemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Risico's en voordelen:

U hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's, nadelen van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op uw bereidheid om te blijven deelnemen aan deze studie, zult u daarvan op de hoogte worden gebracht. Mocht u door uw deelname toch enig nadeel ondervinden, zal u een gepaste behandeling krijgen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de

Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Kosten:

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Vertrouwelijkheid:

In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

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

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd. Verslagen waarin U wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Letsels ten gevolge van deelname aan de studie:

De onderzoeker voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel tengevolge van deelname aan de studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar.

Contactpersoon:

Als er letsel optreedt tengevolge van de studie, of als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met:

Thomas Van der Paelt.

Tel.: 09 253 93 93

Adres: Ralingen 54B 00.01, 9940 Evergem.

Voor verdere informatie wordt ook verwezen naar het bijgevoegd informatiedocument.

Toestemmingsformulier

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan experimenten" pagina 1 tot en met 3 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.

Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de toeziende arts Ik zal hem/haar op de hoogte brengen als ik onverwachte of ongebruikelijke symptomen ervaar.

Men heeft mij ingelicht over het bestaan van een verzekeringspolis in geval er letsel zou ontstaan dat aan de studieprocedures is toe te schrijven.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie

zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Men heeft mij ingelicht dat persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de toeziende onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven

worden aan een land buiten de Europese Unie. Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden.

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger: _____

Datum: _____

Handtekening:

Ik bevestig dat ik de aard, het doel, en de te voorziene effecten van de studie heb uitgelegd aan de bovenvermelde vrijwilliger.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam van de persoon
die voorafgaande uitleg
heeft gegeven: _____

Datum: _____

Handtekening:

Informatiefiche

ANALYSE VAN DE DOORVERWIJZING VAN EEN PATIËNT MET PSYCHISCHE KLACHTEN BIJ DE HUISARTS NAAR DE PSYCHOLOOG.

Verantwoordelijke onderzoeker: Thomas Van der Paelt
Promotor: Prof. Myriam Deveugele
Co-promotor: Roland Rogiers

1. Situering

De prevalentie van psychische klachten in de huisartspraktijk is erg hoog. We zien dan ook dat de huisarts heel frequent het eerste (professionele) aanmeldpunt is voor psychische klachten (1, 2, 3, 4, 5). Veel huisartsen vinden dat ze door hun opleiding, kennis en vaardigheden voldoende kennis hebben om tot een correcte diagnose van psychische klachten te komen en deze op een adequate manier aan te pakken. Toch wordt er vaak een onder-diagnose en onder-behandeling van psychische klachten gezien (1). Daarnaast is er ook vaak een discongruentie tussen de kijk van de patiënt en die van de arts op de reden van aanmelding en de verwachtingen van een patiënt. Een psycho-sociale vraag van een patiënt wordt door de arts niet altijd zo herkend (5).

Afhankelijk van de kennis en vaardigheden van de arts wordt een (groot) deel van deze problematiek in eigen beheer aangepakt. Bij sommige patiënten zal echter een samenwerking met de psycholoog nodig zijn. Uit voorgaand onderzoek blijkt dat verwijzing voor psychotherapie slechts zelden als monotherapie gebruikt wordt, maar eerder als een tweede stap na of naast medicamenteuze behandeling van psychische problemen. (1) In de praktijk merken we ook dat deze doorverwijzing niet steeds zonder problemen verloopt.

Enkele barrières die beschreven worden in de literatuur zijn: geen terugbetaling, lange wachttijden voor een afspraak, slechts weinig gezondheidsspecialisten beschikbaar, problemen met de kennis over de verschillende vormen psychotherapie, patiënten staan weigerachtig tegenover doorverwijzing, het uitvoeren van technische handelingen en behandelen van somatische ziektes is financieel interessanter dan gesprekken met en luisteren naar patiënten. (1, 3, 5)

2. Onderzoeksvraag

- Wat zijn voor huisartsen de voornaamste indicaties voor doorverwijzen naar de psycholoog?

- Wat zijn de belangrijkste moeilijkheden en barrières die artsen en patiënten hierbij ondervinden?

3. Doel

Het doel van dit onderzoek is te beschrijven hoe de samenwerking tussen huisarts en psycholoog momenteel verloopt. Meer bepaald te beschrijven welke problemen artsen hierbij momenteel ervaren en welke barrières er nog bestaan voor een correcte en tijdige doorverwijzing.

4. Methodiek

a. Literatuurstudie

Literatuuronderzoek gebeurt met behulp van zoekmotoren, O.a. Pubmed, Cebam digital library, the cochrane library. Er zal voornamelijk gekeken worden naar de aanpak van psychische klachten in de eerste lijn, maar daarnaast ook over de bestaande barrières voor doorverwijzing zowel bij patiënten als artsen. Volgende zoektermen worden gebruikt: Barriers and psychotherapy, referral and psychotherapy, primary care and psychotherapy, gerenal practioner and psychotherapy.

b. Onderzoek

Recrutering

Het zal gaan om artsen uit de huisartsenkring van de opleidingspraktijk van de onderzoeker. Dit om de participatiegraad te verhogen. U zal telefonisch gecontacteerd worden met de vraag om mee te werken aan het onderzoek.

Kwalitatief onderzoek: semi-gestructureerde interviews

Door middel van semi-gestructureerde interviews zal een beeld gevormd worden van de visie en aanpak van huisartsen regio Gent-Evergem bij psychische klachten. Meer bepaald zal in het bijzonder worden gekeken naar hun samenwerking met psychologen. De focus zal hierbij liggen op bestaande en vermeende barrières voor doorverwijzing

naar een psycholoog.

Verwerking van de resultaten

Aan de hand van audio-opnames en verslagen van de gesprekken zal door middel van een kwalitatieve analyse op zoek gegaan worden naar tendensen. Deze zullen vergeleken worden met de uit de literatuur bekomen data.

Terugkoppeling

In de post-analytische fase zullen we U de eventuele conclusies van het onderzoek schriftelijk meedelen.

Referenties

(1) Dumesnil H., Cortaredona S., Verdoux H., Sebbah R., Paraponaris A, Verger P. General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. PLOS One 2012; 7: 12.

(2) Kovess-Masfety V., Alonso J., Brugha T.S., Angermeyer M.C., Haro J.M., Sevilla-Dedieu C.. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. Psychiatric Services 2007; 58: 213–220.

(3) Hermens M.L., Muntingh A., Franx G., van Splunteren P.T., Nuyen J. Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: results of an explorative study within primary care in the Netherlands. BMC Family Practice 2014; 15: 1-5.

(4) Verhaak P.F., Van den Brink-Muinen A., Bensing J.M., Gask L. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. European Journal of Public Health 2004; 14(2): 134-40.

(5) Murray A.M., Toussaint A., Althaus A., Löwe B. Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. Systematic Reviews 2013; 2: 1-99.

SAMENVATTING PROTOCOL STUDIE ETISCH COMITÉ

DOOR MIDDEL VAN SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS ZAL EEN BEELD GEVORMD WORDEN VAN DE VISIE EN AANPAK VAN HUISARTSEN REGIO GENT-EVERGEM BIJ PSYCHISCHE KLACHTEN. MEER BEPAALD ZAL WORDEN GEKEKEN NAAR HUN SAMENWERKING MET PSYCHOLOGEN. DE FOCUS ZAL HIERBIJ LIGGEN OP BESTAANDE EN VERMEENDE BARRIÈRES VOOR DOORVERWIJZING NAAR EEN PSYCHOLOOG

LITERATUURONDERZOEK GEBEURT MET BEHULP VAN ZOEKMOTOREN, O.A. PUBMED, CEBAM DIGITAL LIBRARY, THE COCHRANE LIBRARY. ER ZAL VOORNAMELIJK GEKEKEN WORDEN NAAR BESTAAND ONDERZOEK OVER DE AANPAK VAN PSYCHISCHE KLACHTEN IN DE EERSTE LIJN, MAAR DAARNAAST OOK OVER DE BESTAANDE BARRIÈRES VOOR DOORVERWIJZING ZOWEL BIJ PATIËNTEN ALS ARTSEN VOLGENDE ZOEKTERMEN WORDEN GEBRUIKT: BARRIERS AND PSYCHOTHERAPY, REFERRAL AND PSYCHOTHERAPY, PRIMARY CARE AND PSYCHOTHERAPY, GERENAL PRACTIONER AND PSYCHOTHERAPY.

.

IN EEN EERSTE FASE ZAL EEN VERKENNEND GESPREK GEBEUREN MET (EEN) PSYCHOLOGE(N) REGIO EVERGEM DIE FREQUENT SAMENWERKT MET HUISARTSEN UIT DE REGIO. OP BASIS VAN DE VOORGAANDE LITERATUURSTUDIE EN DIT GESPREK ZAL EEN VRAGENLIJST OPGESTELD WORDEN DIE ALS BASIS ZAL DIENEN VOOR DE SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS IN HET VERDERE VERLOOP VAN HET ONDERZOEK.

IN EEN VOLGENDE FASE ZULLEN EEN AANTAL ARTSEN UIT DE REGIO GECONTACTEERD WORDEN. HET ZAL GAAN OM ARTSEN UIT DE HUISARTSENKRING VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE ONDERZOEKER. DIT OM DE PARTICIPATIEGRAAD TE VERHOGEN. DE ARTSEN ZULLEN TELEFONISCH GECONTACTEERD WORDEN MET DE VRAAG OM MEE TE WERKEN AAN HET ONDERZOEK. BIJ EEN POSITIEF ANTWOORD ZAL EEN SCHRIFTELIJK INFORMED CONSENT VERKREGEN WORDEN. (ZIE BIJLAGE.)

HET ZAL GAAN OM FACE-TO-FACE GESPREKKEN MET ALS LEIDRAAD DE VOOROPGESTELDE ONDERWERPEN. (TOPIC LIJST IN BIJLAGE) DE GESPREKKEN ZULLEN OPGENOMEN WORDEN MET BEHULP VAN EEN AUDIORECORDER.
VERVOLGENS ZULLEN DE OPGENOMEN GESPREKKEN AAN EEN KWALITATIEVE ANALYSE ONDERWORPEN WORDEN. AFHANKELIJK VAN DE ONDERWERPEN DIE TIJDENS DE INTERVIEWS AAN BOD KONDEN KOMEN ZAL GEKEKEN WORDEN IN WELKE MATE EN WELKE PSYCHISCHE PROBLEMEN DOOR DE HUISARTS AANGEPAKT WORDEN, WANNEEER EN WAAROM (NIET) DOORVERWEZEN WORDT NAAR PSYCHOLOGEN. OP WELKE MANIER DE SAMENWERKING TUSSEN DE HUISARTS EN PSYCHOLOOG DAN VERLOOPT. WELKE PROBLEMEN DE ARTSEN ERVAREN EN HOE ZE HIERMEE OMGAAN.

IN DE POST-ANALYTISCHE FASE ZULLEN DE EVENTUELE CONCLUSIES VAN HET ONDERZOEK AAN DE PARTICIPERENDE ARTSEN SCHRIFTELIJK MEEGEDEELD WORDEN.

Universitair Ziekenhuis Gent

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

UNIVERSITEIT GENT

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**
	2014/0364	24-apr-14	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Analyse van de doorverwijzing van een patiënt met psychische klachten bij de huisarts naar de psycholoog - MAnaMA Thomas Van Der Paelt

Belgisch Registratienummer: B670201420770

* Topiclijst
* Antwoord onderzoeker ontv. 22/04/2014 op opmerkingen EC dd. 08/04/2014
* Adviesaanvraagformulier dd. 1/04/2014 (clean)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier dd. 20/04/2014
* Informatiefiche (aangepaste versie ontv. dd. 22/04/2014)

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 24/04/2014. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 24/04/2015, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 24/04/2014. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 24/04/2015, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/05/2014
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/05/2014

- *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**
	2014/0364	24-apr-14	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2014/0364

- *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
Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

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

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