Hoe kan de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog geoptimaliseerd worden?

Dr. Margot Stenveld

Promotor: Dr. Marc Van Nuland

Co-promotor: Dr. Wieter De Haes

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2015-2016

Abstract

Context:
De prevalentie van psychische en psychiatrische klachten in de huisartspraktijk is hoog. Bij 90% van de patiënten behandelt de huisarts dit alleen en bij 10% van de patiënten wordt doorverwezen naar psycholoog of psychiater. Onderzoek heeft reeds verschillende knelpunten aan het licht gebracht in de communicatie tussen huisarts en psycholoog. Richtlijnen of onderzoek over gewenste communicatie zijn echter niet vindbaar in de literatuur.

Onderzoeksvraag:
Hoe kan de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog geoptimaliseerd worden?

Methode:
Literatuuronderzoek gevolgd door kwalitatief onderzoek. In vier focusgroepen, bestaande uit huisartsen en psychologen uit Vlaanderen, werden de visies van beiden geëxploreerd en nadien geanalyseerd.

Resultaten:
Er is overeenstemming betreffende dringende situaties waarbij er meer overleg dient te gebeuren. Daarnaast verkiezen beide beroepsgroepen korte bondige brieven en overlegmomenten. Verschillende knelpunten bemoeilijken de interdisciplinaire communicatie. Het elkaar en elkaars specialiteiten niet kennen lijkt één van de belangrijkste. Ook zijn er vele frustraties rond de wachtlijsten van de psycholoog enerzijds en kostprijs anderzijds.
Niet alle psychologen wensen bij verwijzing een brief of informatie op voorhand. Daarnaast geven psychologen aan dat, indien er geen verwijzing door de huisarts gebeurde, er tijdens de therapie geen contact wordt opgenomen met de huisarts.
Huisartsen vallen onder andere wetten dan psychologen. Dit heeft impact op het beroepsgeheim en het expliciet toestemming vragen aan de patiënt om contact met de huisarts te mogen opnemen.

Conclusie:
Er is geen éénduidige manier of richtlijn voor goede communicatie tussen huisartsen en psychologen. Het elkaar leren kennen blijkt een belangrijk aspect voor de interdisciplinaire relatie naast het bespreken van elkaars wederzijdse verwachtingen.

Inhoudsopgave

Inhoud

Abstract 2

Inhoudsopgave 3

Hoe kan de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog geoptimaliseerd worden? 4

Inleiding 4

Methode 5

Resultaten 5

Discussie 9

Conclusie 11

Bronnenlijst 12

Bijlage 1: Uitnodigingsbrief psychologen 13

Bijlage 2: Richtlijn moderatoren 14

Bijlage 3: Aanwezigheidslijst huisartsen 18

Bijlage 4: Aanwezigheidslijst psychologen 19

Bijlage 5: Goedkeuring Ethische Commisie 21

Bijlage 6: Aanvraag ethische commisie 22

Hoe kan de interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog geoptimaliseerd worden?

Inleiding

Patiënten met psychosociale klachten of een psychiatrische aandoening vormen een significant deel van de ziektelast wereldwijd (1). De GADIS II-studie van 2008 waarbij in totaal 13.699 Belgische patiënten op vaste tijdstippen werden gescreend op depressie en angst, toonde een prevalentie van respectievelijk 13.4% en 11.0 %.
De huisarts is vaak de eerste hulpverlener waar contact mee opgenomen wordt. In 90% van de patiëntcontacten is de huisarts ook de enige hulpverlener die betrokken is bij de patiënt (3). Voor een huisarts zijn de redenen om te verwijzen velerlei. Enerzijds betreft het patiënten met : psychotische symptomen, een verhoogd risico op suïcidaliteit, een verhaal van manische episode, een combinatie met alcohol- en/of drugsmisbruik of een langdurige ziekte-episode. Anderzijds kan ook de interesse en ervaring van de huisarts een rol spelen. Hier verwijzen artsen met meer ervaring of meer interesse minder door(4, 5).

Volgens verschillende onderzoeken is er een positief effect van een meer geïntegreerde zorg tussen eerste en tweede lijn (6-9). Belangrijke punten hierbij zijn het elkaar kennen en op regelmatige tijdstippen overleg hebben .
Verschillende knelpunten zijn beschreven in de huidige samenwerking tussen huisarts en psycholoog. Zo is er een duidelijk verschil in cultuur tussen beide beroepsgroepen en de huisartsen zijn vaak niet op de hoogte van het aanbod van psychologische hulp. Daarnaast is de communicatie onderling zeer beperkt en zijn er verschillende organisatorische beperkingen te bemerken(4).
Onderzoek uitgevoerd naar de verwijsbrieven die door huisartsen naar psychologen worden geschreven, toont nog andere knelpunten. Zo missen verwijsbrieven vaak belangrijke informatie, verschillen de verwijsbrieven sterk van huisarts tot huisarts (1) en in 24-36% van de verwijsbrieven was de vraag van de huisarts onduidelijk (10).

De laatste jaren zijn er verschillende initiatieven voor meer integratie van de psychologische zorg in de eerstelijnsgeneeskunde. Een van de initiatieven op dit vlak is de psycholoog in de huisartsenpraktijk voor één of meerdere dagen per week laten werken. Onderzoek toont aan dat dit meer verwijzingen en een betere samenwerking tussen huisarts en psycholoog geeft(11). Het hebben van een psycholoog “in huis” bleek bevredigend voor zowel de patiënt als voor de huisarts, wat resulteerde in betere patiëntenzorg en behandeling (12).
Een tweede initiatief is een door de overheid gesubsidieerd project rond de eerstelijnspsycholoog. Dit project is december 2011 gestart en beoogt het aanbieden van kortdurende zorg voor niet-complexe en niet-chronische psychische problemen volgens het getrapte zorgmodel (13). Het project is inmiddels verlengd gezien de vele positieve evaluaties.

Een bijzonder aspect betreft het wettelijk kader waarbinnen beide beroepsgroepen werken. Artsen zijn immers opgenomen in het Koninklijk Besluit (KB) 78 van 1976, betreffende gezondheidsberoepen. Tot op heden is de psycholoog niet opgenomen in dit besluit. Wel werd de titel van psycholoog sinds 8 november 1993 beschermd en is er een deontologische code voor psychologen gekomen. Dit verschillende wettelijk kader heeft implicaties voor onder meer het beroepsgeheim, met een andere invulling voor psychologen tegenover (huis)artsen (14,15).

Tot nog toe is er in de literatuur één onderzoek beschreven waarbij een samenkomst werd georganiseerd voor huisartsen, psychologen en gezondheidsmedewerkers (16). Vierentwintig maanden na deze samenkomst waren er verschillende positieve punten te bemerken in de samenwerking tussen huisarts en psychologen.

Het doel van dit onderzoek is huisartsen en psychologen samen te laten nadenken over interdisciplinaire communicatie om zo enkele hypotheses te vormen rond de onderzoeksvraag: "Interdisciplinaire communicatie tussen huisartsen en psychologen, wat wordt er van elkaar verwacht?" De verschillende aspecten van samenwerking tussen huisarts en psycholoog zullen overlopen worden, namelijk: De verwijzing/aanmelding, het traject zelf en de afronding/afsluiting van de begeleiding.

Methode

Een kwalitatieve onderzoeksmethode is het best geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Hierbij kozen we doelbewust voor gemengde focusgroepgesprekken in 2 verschillende regio`s. Het samenbrengen van psychologen en huisartsen in één focusgroep had het voordeel dat ze elkaars mening hoorden en hierop konden repliceren. Daarnaast had dit het voordeel dat ze elkaar bij deze gelegenheid (vaak voor een eerste keer) in levende lijve konden ontmoeten. De bijeenkomsten werden voor de huisartsen georganiseerd in het kader van een LOK-vergadering. De psychologen werden uitgenodigd via de sociale kaarten van de huisarts, aangevuld met psychologen gevonden via het internet, via de lijsten van de eerstelijnspsycholoog en via de website van de huisartsenwachtpost. De uitnodiging gebeurde middels een brief (bijlage 1). Deelname aan dit onderzoek was op vrijwillige basis en mocht op ieder moment worden stopgezet. De focusgroepen werden door vier moderatoren, drie huisartsen en één psycholoog, geleid waarbij dezen een semigestructureerde vragenlijst (bijlage 2) overliepen. Om het gesprek vlotter op gang te krijgen, werd er bij aanvang van de focusgroepsdiscussie gebruik gemaakt van een casus.
Alle gesprekken van de focusgroepen werden op video en op geluidsband opgenomen en na afloop volledig uitgeschreven door de onderzoeker. De uitgeschreven teksten werden daarna gecodeerd door 2 verschillende huisartsen in opleiding en de analyse gebeurde door de onderzoeker volgens het principe van grounded theory (17).

Resultaten

Er werden 4 focusgroepen gevormd in de twee regio's met in totaal 35 psychologen/psychotherapeuten (daar er in het onderzoek geen onderscheid is gemaakt, worden hier zowel de psychologen als psychotherapeuten "psycholoog" genoemd), 30 huisartsen en 1 psychiater (bijlage 3 en 4). De huisartsen hadden gemiddeld 18,9 jaar ervaring, de psychologen hadden gemiddeld minder praktijkervaring met een gemiddelde van 12.1 jaar.

In heel dit onderzoek wordt de hulpvrager een "patiënt" genoemd hoewel de psychologen eerder "cliënt" gebruiken.

In de analyse van de transcripten van de focusgroepdiscussies vonden we zeven verschillende categorieën van antwoorden die we hier verder één per één meer in detail bespreken, hier en daar is er een illustratie door representatieve citaten (de herkomst van quote wordt als volgt weergegeven: 'Ha' voor de huisartsen en 'Psy' voor psychologen, gevolgd door het nummer van de focusgroep en daarna het nummer van huisarts -Arabisch cijfer- of psycholoog -Romeins cijfer- die psycholoog of huisarts toegewezen kreeg tijdens het focusgroepgesprek).

<u>Algehele overeenkomsten tussen huisartsen en psychologen</u>

De mate van onderlinge communicatie blijkt afhankelijk te zijn van het probleem waarmee de patiënt zich aanmeldt. Voor een psychologisch advies of kortstondig life-event, achten beide beroepsgroepen geen interprofessionele communicatie nodig. Bij ernstige problematieken daarentegen wenst men intensievere communicatie. Hierbij geniet communicatie via de telefoon dikwijls de voorkeur omwille van de mogelijkheid tot direct overleg. Problematieken die hierbij werden genoemd zijn onder meer: suïciderisico, het zich opdringen van een opname, incest, automutilatie, manie of ander ernstig psychisch disfunctioneren.

Het is ook belangrijk van een goede match te vinden tussen patiënt en psycholoog. Het moet goed "klikken" om de therapie een kans van slagen te geven.

Probleem voor de huisarts is dat ze de psychologen niet of onvoldoende kennen en daardoor het vinden van een match voor de patiënt bemoeilijkt.

"Ha1.6 Dus wij weten niets over jullie vakbekwaamheid, niets over jullie persoonlijkheid, en hier komt dat samen. En dat is wat anders dan voor een chirurg, want dat maakt inderdaad niet uit. Dat mag een bullebak zijn als hij maar kan snijden".

Ook onder psychologen wordt deze match gezocht. Vooral psychologen in groepspraktijken werken vaak met een intakegesprek om zo de patiënten bij de geschikte collega te zetten.

Nog een verdere overeenkomst is dat er geen lange verslagen/verwijsbrieven van elkaar worden verwacht.

"Ha1.1 Mag ook briefje zijn he… tja… soms krijg ik epistels… ik bedoel maar.. dan lees ik ook enkel het besluit….".

<u>Algeheel benoemde verschillen</u>
Huisartsen en psychologen merken op het werkterrein een verschil in cultuur en opleiding:

"Psy1.IV: ik denk dat er ook wel een heel andere filosofie is bij artsen dan dat ja… ik merk dat zelfs bij de kinderpsychiater die wij in ons team hebben, dat er toch ook wel meer de zweep erop ligt dat wij brieven moeten schrijven, dat die ook meer is opgeleid dat die communicatie er is, dat je schrijft wat je gaat doen ,waar gaat die naartoe. Maar vanuit de psychologie of therapie opleiding wordt daar met veel meer discreetheid en uhh… tja… dat is een andere cultuur denk ik".

Ook de manier van benadering van een problematiek is verschillend tussen de twee beroepsgroepen:

"Psy2.IV Dat vertaalt zich naar mijn gevoel ook dat een huisarts vaak pragmatisch denkt en meer oplossingsgericht wil denken waar een psycholoog misschien soms wat een andere insteek neemt en misschien ook wat kan verdragen dat bepaalde dingen niet opgelost geraken".

Waar dat psychologen geen geheimen wil hebben naar de patiënt, geeft de huisarts liever niet alle informatie over de patiënt met de patiënt mee. Dit uit zich ook in duidelijke verschillen in communicatie. Van de psychologen uit gebeurdt de communicatie enkel zo er toestemming is van de patiënt, de huisartsen gaan uit van het gedeelde beroepsgeheim tussen artsen en veronderstellen hierin de toestemming van de patiënt.

"Psy*4. VII ik weet niet hoe de anderen werken maar voor mij is het essentieel van er zijn geen geheimen. Ook als cliënten mij dingen vertellen en zij weten dat wordt in het eerste gesprek gezegd, uhmm ik maak een klein verslagske (…) steeds in functie van mijnen cliënt. Want mijnen cliënt krijgt absoluut dat verslag te lezen"*

Nog een belangrijk verschil is het wettelijk kader waarin de beide beroepsgroepen vallen. Het artsenberoep is opgenomen in het KB 78, de psychologen zijn hier tot op heden nog niet tot toegetreden. Psychologen kennen het exacte verschil niet tussen de wetten, maar zijn wel bekend met de implicaties van het verschil in wettelijk kader:

"Psy1.VIII. Dat maakt het verschil dat je toestemming moet vragen aan de patiënt en dat ze recht op privacy hebben, mits dat er geen gevaar voor eigen leven of andermans leven is."

Artsen kennen dit verschil dikwijls niet en verwachten dat psychologen ook onder het gedeeld beroepsgeheim vallen.

Ervaren knelpunten

Een tendens in de focusgroepen was dat, hoe meer men de volgende knelpunten ervaarde des te meer er frustratie over de onderlinge communicatie bestond . Met name huisartsen die langer in het vak zitten uitten meer frustratie:

"Ha1.1 Maar op 30 jaar tijd is het misschien 3 keer gebeld met hoe zit dat hier eigenlijk."

"Ha1.1 zeg nu eens eerlijk, ik weet niet hoeveel brieven ik van psychologen al gekregen heb, maar dat zullen er echt niet veel zijn.".

Eén van de knelpunten die veel genoemd werd, was het niet kennen van elkaar en het niet kennen van elkaars verwachtingen. Dit geeft onder meer moeilijkheden bij verwijzing voor de huisarts enerzijds, anderzijds voor de psycholoog om de huisarts van een patiënt te vinden. Daarbij heeft de psycholoog soms schrik dat hij de huisarts zou storen als hij deze contacteert. Mede hierdoor zijn verschillende psychologen terughoudend met communicatie naar de huisarts en berichten zij enkel in echt dringende situaties. Nog een moeilijk punt in de communicatie is de bereikbaarheid van zowel huisarts als psycholoog.

"Psy1.I : *gebeurt het ook ooit dat jullie gecontacteerd worden door hulpverleners waarbij jullie zoiets denken van moeten ze mij daar nou over bellen? Want soms, ik vind dat zelf soms moeilijk"*

Nog een moeilijk punt in de communicatie is de bereikbaarheid van zowel huisarts als psycholoog. Ook kent de huisarts de subspecialisaties van de psychologen niet. Dit maakt dat huisartsen enerzijds slecht weten naar welke psycholoog de patiënt te verwijzen, anderzijds zitten psychologen met de frustratie dat de patiënt verkeerd verwezen wordt of met verkeerde verwachtingen komt.

Tot slot zijn er nog een tweetal praktische knelpunten; de wachtlijsten en de kostprijs van de psycholoog. Eens de patiënt wordt verwezen door de huisarts kan het een week tot soms anderhalf jaar duren vooraleer een patiënt kan starten met therapie. Dit komt soms ook komt doordat de patiënt verschillende maanden wacht met het contact zoeken met de psycholoog. De kostprijs verhoogt ook voor een aantal patiënten de drempel om naar een psycholoog te gaan, al durven sommige psychologen dit wel te relativeren.

"Psy*4.IV Het heeft ook te maken met prioriteiten zeker. Ik heb er veel die dan zeggen van goh.. ik kan niet betalen deze week of deze maand, maar dan halen ze wel hun nieuwe IPhone uit hun zak …. Dat zijn inderdaad de ergsten. Dat zijn andere prioriteiten. Of een coke verslaving dat kost 50 euro per gram."*

De verwijzing van huisarts naar psycholoog

De verwijzing gebeurt sterk verschillend van huisarts tot huisarts en ook de verwachtingen van de psycholoog over de verwijzing zijn wisselend.
Soms wordt er niet verwezen naar de psycholoog:

"Ha*2.3 Ik stuur er zo weinig mogelijk naar toe, dan heb je ook geen problemen."*

De meeste huisartsen verwijzen wel, maar de manier waarop verschilt van huisarts tot huisarts en is ook sterk afhankelijk van de patiënt en zijn of haar probleem.

Of bij de verwijzing een verwijsbrief wordt meegegeven verschilt eveneens van huisarts tot huisarts. Dit ging van het niet schrijven van een verwijsbrief, vaak omdat de huisarts veronderstelde dat de psycholoog geen verwijsbrief wil, tot een uitgebreide verwijsbrief schrijven om zoveel mogelijk informatie door te geven. Een alternatief dat vermeld werd was om zogenaamd contact te leggen door een voorschriftenbriefje met stempel aan de patiënt mee te geven.

Opvallend was dat niet alle psychologen een verwijsbrief of telefonisch contact op voorhand wensen. Sommigen hebben het liefst geen verwijsbrief zodat ze de patiënt kunnen zien zonder een vooroordeel te hebben. Andere psychologen zien graag een verwijsbrief met informatie omtrent de aanmeldingsklacht, welke somatische onderzoeken er al gebeurd zijn en of er een eventuele biologische voorbeschiktheid bestaat. Ook de familiale context, die vaak goed gekend is door de huisarts , blijkt interessant te zijn voor de psychologen. De meeste psychologen waren toch wel graag op de hoogte van de medicatie die de patiënt neemt (zowel voor somatische als psychische problematiek), al dan niet met uitleg waarom het betreffende medicament gestart werd.

<u>Start therapie op initiatief van patiënt</u>
Hier zijn de psychologen vrij unaniem in. Zo er geen verwijsbrief is/geen verwijzing is van de huisarts wordt er weinig tot geen contact opgenomen met de huisarts. Tenzij dringende factoren dit nodig maken.
Huisartsen hebben hierover een wisselende visie. Aan de ene kant hoeven ze niet alles te weten, maar aan de andere kant behouden ze graag een holistische kijk op de patiënt waarbij het kennen van de psychische component belangrijk blijft.

"Ha 2.11 het is wel handig in onze werking, in onze houding als wij dat wel zouden weten. En dat hoeft dus absoluut ook weer niet een heel groot schrijven te zijn (…) Wij moeten proberen een holistische kijk op die patiënt te hebben, de patiënt die heeft die klachten, zit daar ergens een psychiatrische of psychologische geschiedenis achter. Dan zijn wij toch heel blind aan het werken als wij dat aspect van de patiënt niet mee hebben"

<u>Contact tijdens therapie</u>
Zo het een ernstige problematiek betreft zullen huisartsen en psychologen telefonisch contact met elkaar opnemen. Indien het een problematiek betreft zonder direct gevaar, is de gewenste hoeveelheid contact en het gewenste medium van contact zeer wisselend.

Eén van de zaken waar verschillende huisartsen graag van op de hoogte gebracht worden, zijn de sleutelmomenten:

"Ha1.1 *sleutelmomenten die wij soms nodig hebben om bepaalde pathologieën er wel of niet uit te halen"*

Ook een bericht ontvangen bij aanmelding van de patiënt bij de psycholoog wordt door huisartsen nuttig geacht evenals (korte) berichten over het verloop van de therapie. Te bedenken hierbij is wel dat psychologen vooraleer contact met de huisarts op te nemen, toestemming willen hebben van de patiënt.
Verschillende psychologen zouden graag overleg hebben over de medicatie die aan de patiënt wordt voorgeschreven.

"Psy*1.VIII Ik vind dat er toch vrij veel en vrij snel benzo`s en slaapmedicatie wordt voorgeschreven en dat is eigenlijk niet gunstig voor behandeling. Dan kom je eigenlijk niet verder. Dus dat zou ik fijn vinden als daar meer overleg, ik ben geen arts dus ik kan daar niets over zeggen, maar wel overleggen zeg maar".*

Via welk medium deze contacten het beste gebeuren, is een punt van discussie. Zo het een ernstige problematiek betreft of er moet overlegd worden, blijkt de telefoon het meest aangewezen medium. Voordelen van telefonisch contact zijn onder meer een snelle informatieoverdracht en het met elkaar kunnen overleggen. De nadelen zijn reeds voorafgaand voor een deel vernoemd. Hieronder vallen onder meer de bereikbaarheid van zowel huisarts als psycholoog, als ook de drempel om te bellen en het storende aspect ervan tijdens de consultatie:

"Ha 1.1 Er bestaat ook zoiets als telefoonterreur he… als iemand voor u zit die 6 keer onderbroken wordt door zes telefoons ofzo, dan sorry he maar dan wil ik daar aan deze kant van de hoorn niet zitten maar aan de andere kant van de hoorn wil ik ook niet zitten"

Anderen werken dan weer liever met verslagen daar deze kunnen gelezen en gemaakt worden op een zelfgekozen tijdstip en eventueel ook therapeutisch gebruikt kunnen worden. Het maken van verslagen echter kost tijd en patiënten durven het verslag verkeerd te interpreteren.

Tot slot werd e-mailverkeer vernoemd. Grootste probleem is dat communicatie via klassieke e-mail niet toegestaan wordt door de Orde Der Geneesheren. Mailing via het beveiligde e-healthplatform is op dit moment nog niet mogelijk gezien de psychologen (nog) geen RIZIV-nummer bezitten.

<u>Bericht bij afsluiting</u>
De meeste huisartsen ontvangen graag een bericht bij afsluiting van een begeleiding door de psycholoog. Wat huisartsen belangrijk vinden bij afsluiting is onder meer of de patiënt de therapie heeft afgerond of zelf afgebroken heeft en of er nog bijzondere bezorgdheden zijn. Ook eventuele aandachtspunten en de nood aan follow-up vinden huisartsen vermeldenswaardig.
Psychologen doen hun best om bij afsluiting een verslag te sturen, mits het een doorverwijzing betreft die uitging van de huisarts.

Discussie

Uit dit onderzoek komt een heel grote diversiteit in verband met de gewenste manier, inhoud en hoeveelheid van onderlinge communicatie naar voren. De algehele tendens was wel dat er meer communicatie en overleg gewenst is maar het medium waarmee dit het beste gebeurt blijft een punt van discussie. De communicatie dient echter bij voorkeur kort en bondig te zijn, zowel wanneer dit via een geschreven verslag of telefonisch gebeurt.

De gewenste communicatie voor de huisarts varieert van helemaal geen uitwisseling van informatie (waarbij er ook geen actieve verwijzing gebeurt naar de psycholoog) tot geregeld overleg al dan niet op vaste momenten.
Ook voor psychologen is de gewenste communicatie verschillend. Zo zijn er psychologen die enkel willen weten wie de huisarts is in geval van dringende situaties. Andere psychologen zullen met enige regelmaat berichten naar de huisarts sturen rond het verloop van de therapie. De mate waarin de psycholoog met de huisarts communiceert wordt ook bepaald door de patiënt zelf, daar psychologen steeds eerst expliciete toestemming zullen vragen vooraleer ze de huisarts contacteren. Psychologen willen bij voorkeur geen geheimen hebben naar de patiënten toe. Dit houdt vaak ook in dat een verwijsbrief geschreven door de huisarts vaak wordt voorgelezen waar de patiënt bij zit. Of een psycholoog wel of geen verwijsbrief wil, is verschillend van psycholoog tot psycholoog, wel is een meerderheid graag op de hoogte van de medicatie die de patiënt gebruikt.

Huisartsen hebben over het algeheel genomen graag een holistische kijk op de patiënt, waarbij het psychische een belangrijke component is. Korte briefings om op de hoogte te zijn waar de patiënt staat in zijn proces worden geapprecieerd. Daarnaast krijgen ze graag informatie rond de

sleutelmomenten omdat ze belangrijk kunnen zijn bij hun verder klinisch beleid en daaruit voortvloeiende beslissingen.

De ervaren knelpunten gevonden in dit onderzoek zijn ongeveer gelijklopend met de in de literatuur genoemde knelpunten (4). Het niet kennen van elkaar en daarmee elkaars verwachtingen niet kennen, is een knelpunt dat zowel in dit onderzoek als in de literatuur sterk naar voor komt. Ook de kennis van de huisarts omtrent aanbod en specialisaties van de psycholoog vormen in dit onderzoek een knelpunt. De praktische knelpunten, als de lange wachttijden en de kostprijs van de behandeling, zijn ook in dit onderzoek naar voor gekomen.
Een knelpunt dat in ons onderzoek specifiek naar voren is gekomen, maar minder in de literatuur, was dat psychologen soms schrik hebben voor het “storen van de huisarts” en daarom het telefonisch contact zo minimaal mogelijk houden. Deze knelpunten zijn vaak bron van grote frustratie rond de onderlinge communicatie.

Een sterk punt van dit kwalitatief onderzoek is het laten samenzitten van huisartsen en psychologen om ze samen te laten nadenken over de gewenste communicatie. Daar het niet kennen van elkaar één van de belangrijkste knelpunten is, werd met dit onderzoek getracht de eerste stap te zetten tot het elkaar leren kennen. Onderzoek gedaan in 1993 in Washington (16) toonde dat na een gelijkaardig gezamenlijk overleg een jaar na datum nog verschillende positieve effecten konden teruggevonden worden, waaronder het voortzetten van onderling overleg , het meer organiseren van gezamenlijke opleidingsmomenten, alsook was er meer integratie van de psychologische zorg in de huisartsgeneeskunde. Dit laatste is men door projecten als de eerstelijnspsycholoog in België reeds aan het realiseren.

Een mogelijk zwak punt van dit onderzoek is dat alle focusgroepen geleid werden door verschillende moderatoren, waarvan 3 huisartsen en 1 psycholoog. Hierdoor zijn de verschillende focusgroepen mogelijk op een andere manier geleid waarbij andere accenten gelegd werden. Dit kan ook wel voordelen hebben daar zo andere thema’s aan bod konden komen. Nadeel was vooral dat moderatoren in de opeenvolgende focusgroepgesprekken minder geïnformeerd waren over wat aan bod was gekomen in de voorafgaande gesprekken. De reden om onze focusgroepen op deze manier te organiseren was vooral een pragmatisch van aard. Om volledige saturatie van dataverzameling te bekomen, zeker met verschillende moderatoren, zijn vier focusgroepen wellicht wat weinig geweest, daar er uit de laatste focusgroepen soms nog een paar nieuwe zaken naar voren kwamen die niet in de eerste focusgroepgespekken aan bod kwamen. Een volledige saturatie van dataverzameling is dus niet verzekerd.
Nog een mogelijke bias betreft een onderzoekers-bias: dit onderzoek is geschreven door een huisarts en daarnaast waren drie van de vier moderatoren huisartsen, waardoor mogelijk de huisartsenvisie gemakkelijker begrepen en aangevoeld werd dan de visie van de psychologen. Daarnaast werd de analyse ook slechts door één persoon uitgevoerd. Een tweede onderzoeker was wenselijk. Maar was, gezien de beperkte middelen en tijd, niet mogelijk. De analyse door twee onderzoekers, bij voorkeur met een andere achtergrond, had voor minder kans op subjectiviteit in de interpretatie van de transcripten kunnen zorgen.

Verder onderzoek rond gewenste interdisciplinaire communicatie is wenselijk daar er op heden nog weinig onderzoek rond bestaat. En tegelijk heerst er op het werkveld veel frustratie omtrent de huidige samenwerking. Onderzoek naar de optimale manier om elkaar te contacteren voor het verbeteren van de samenwerking kan nuttig zijn. Ook onderzoek naar het effect van bijscholing voor huisartsen over de psychologie en eventuele veranderingen op de samenwerking kan nuttig zijn. Onderzoek naar het effect van het schrijven van een verwijsbrief naar de psycholoog of onderzoek naar de wenselijke inhoud van deze verwijsbrief is nuttig.

Sowieso verandert vanaf 1 september 2016 de huidige situatie van de klinisch psycholoog daar dit beroep vanaf dan gaat opgenomen worden in het KB 78. Dit houdt mede in dat vanaf 1 september 2016 artsen en klinisch psychologen wettelijk gezien een gedeeld beroepsgeheim hebben en dat klinisch psychologen ook van het e-healthplatform gebruik zullen kunnen maken om op een beveiligde manier verslagen te versturen. Of dit toetreden effect gaat hebben op de communicatie tussen huisarts en psycholoog valt af te wachten en wellicht is het waardevol om dit in gericht onderzoek te exploreren.

Conclusie

Dit onderzoek kon geen eenduidige manier of richtlijn voor goede communicatie tussen huisartsen en psychologen geven. De algehele tendens is echter wel dat men meer overleg wenst. Het leren kennen van elkaar lijkt hierbij een belangrijke eerste stap in het verbeteren van de communicatie. Zo kan men elkaars verwachtingen beter leren kennen en kan er eventueel ook overleg plaatsvinden. Hiervoor een aantal psychologen of huisartsen binnen een specifieke regio in een contactmoment bij elkaar brengen is nuttig om zo elkaars verwachtingen beter op elkaar af te kunnen stemmen.

In dergelijke gesprekken kan onder meer aan bod komen voor welke problematieken en leeftijden psycholoog zich wensen te profileren. In dit gesprek kan ook aan bod komen of ze wel of geen verwijsbrief wensen en welke informatie ze nuttig achten in de verwijsbrief. Ook kan de huisarts dan melden om eventueel graag op de hoogte gehouden te willen worden van bijvoorbeeld start van een therapie, de evolutie tijdens de therapie of andere zaken. Het is ook interessant om dan te bespreken op welke manier de onderlinge communicatie het best kan verlopen: via telefoon of via verslag (of vanaf 1 september 2016 via het e-healthplatform)?

Bronnenlijst

1. Harveit M, Thorsen O, Biringer E. et al; Recommended content of refarral letters from general practioners tot specialised mental health care; qualitatieve multi-perspective study; BMC Health Services Research; 2013 Aug 19;13:329
2. Ansseau M, Fischler B, Dierick M. et al; Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II); Depress Anxiety; 2008;25(6):506-13
3. Verhaak PF, van den Brink-Muinen A, Bensing JM, 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; Eur J Public Health. 2004 Jun;14(2):134-40
4. Van Audenhove C, De Coster I, Van Den Ameele H. et al; De aanpak van Depressie door de huisarts: een handboek voor de praktijk; Leuven; Lannoo; 2007
5. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L; Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec; Ment Health Fam Med; 2012 Jun;9(2):77-90
6. Peters AH, de Leeuw RJ, Schrijvers GJ; Integrating care for people with depression: developments in the Netherlands; Int J Integr Care. 2010 Nov 23;10:e62
7. Samy DC, Hall P, Rounsevell J, Carr R; 'Shared Care - Shared Dream': Model of shared care in rural Australia between mental health services and general practitioners; Aust J Rural Health.; 2007 Feb;15(1):35-40
8. Foy R, Hempel S, Rubenstein L. et al; Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists; Ann Intern Med.; 2010 Feb 16;152(4):247-58. doi: 10.7326/0003-4819-152-4-201002160-00010.
9. Gilbody S, Bower P, Fletcher J. et al; Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes; Arch Intern Med.; 2006 Nov 27;166(21):2314-21
10. Geertsma A, Engelsman C, Haaijer-Ruskamp FM; Overstemming van de specialistische zorgen de bedoeling van de huisarts bij verwijzing van de patiënten; Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1992 Jun 6;136(23):1107-11
11. Schoenmakers B, De Lepeleire J; The in-house psychologist; doe we speak te same language? Short report of a qualitative practice project; Health Psychology Research 2013; 1;e9
12. Chomienne MH, Grenier J, Gaboury I. et al; Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives; J Eval Clin Pract. 2011 Apr;17(2):282-7
13. Agentschap Zorg en Gezondheid (internet); Eerstelijnspsychologische functie; 19/07/2012; Available from: http://www.vitalink.be/Beleid/Vlaamsebevoegdheden/Eerstelijnspsychologische-functie/
14. Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorschriften inzake de plichtenleer van de psycholoog; 16 mei 2014; Het staadsblad; Psychologencommissie
15. Koninklijk besluit 78; 14-11-1967 Available on: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111008&table_name=wet
16. Mauksh L, Leahy D; Collaboration between primary care medicine and mental health in an HMO; Family Systems Medicine; 1993; 11.2
17. Starks H, Trinidad S.B; Choose Your Method: A comparisonf of Phenomology, Discours Analysis, and grouded Theory; Qualitative Health Research; 2007 Dec; 1372-1380

Bijlage 1: Uitnodigingsbrief psychologen

Waarde klinisch psycholo(o)ge of psychotherapeut(e) ,

Op …….. vindt een bijscholingsbijeenkomst Van ……. Plaats.

Het Thema **:** **Communicatie en samenwerking tussen huisartsen en psychotherapeuten .**

Het doel : * beknopte kennismaking met psychotherapeuten uit de regio en hun manier van werken.

- Uitwisselen van verwachtingen rond onderlinge communicatie tussen beide beroepsgroepen.

Werkwijze: Alle psychotherapeuten uit de regio en de huisartsen van Dilsen-Stokkem worden uitgenodigd. Dr Van Nuland en mevrouw Katelijne Michielsen zullen modereren. Na de introductie van de psychotherapeuten worden er in werkgroepen de volgende vragen behandeld. Welke informatie wenst u als huisarts van de therapeut terug te krijgen en op welke manier? Welke informatie wenst de therapeut te hebben bij verwijzing van een patiënt? Casuïstiek en praktijkvoorbeelden zijn welkom.

In het Kader van haar afstudeerthesis zal Haio Margot Stenveld Dit overleg registreren en de bevindingen samenvatten.

In de Hoop op een talrijke opkomst en een vruchtbare interactieve avond nodigen we u nu alvast uit. Tijdstip (Waarschijnlijk 20.00u of later) en locatie zullen nog meegedeeld worden.

Mochten er nog vragen of suggesties zijn kan dat op …..

Met vriendelijke groet

Wieter De Haes, huisarts

Ria Leenders, huisarts verantwoordelijke lokale bijscholing

Katelijne Michielsen, klinisch psychologe-psychotherapeute

Marc Van Nuland, huisarts academisch medewerker K.U.L.

Margot Stenveld , huisarts in opleiding

Bijlage 2: Richtlijn moderatoren

RICHTLIJN MODERATOR

Voor start

- Laat iedereen de aanwezigheidslijst zo volledig mogelijk invullen.
- Zorg dat iedereen zichtbaar voor de camera een nummer voor zich heeft staan, corresponderend met nummer op de aanwezigheidslijst. Huisartsen krijgen een Arabisch cijfer, psychologen een Romeins cijfer.
- Controleer of iedereen pen en papier heeft.

Start

- Na het stellen van vraag, iedereen op zichzelf even laten nadenken en zijn gedachten op stukje papier neerzetten en deze verzamelen.
- Probeer zoveel mogelijk verschillende visies ten tonele te laten brengen.
- Er hoeft geen antwoord/consensus bij de vraag te komen, voornamelijk de verschillende visies zijn van belang.
- Breng als moderator niet uw eigen visie naar voren.
- Probeer zowel de visies van huisartsen als die van psychologen duidelijk aan bod te laten komen. Zorg ervoor dat alle deelnemers aan het woord komen
- Probeer bij de vraag te blijven, verlies u bij voorkeur niet in uitweidingen of casuïstiek.

Geheel

- Duurt ongeveer 1.5 uur.
- De eerste vraag is een introductievraag.
- Aan de hand van een casus wordt vorm van introductie gegeven, de casus dient niet behandeld te worden, is enkel ter voorbeeld. Zorg er dus voor dat men niet te lang bij de specifieke elementen van de casus blijft hangen.
- Probeer de groep bij de vragen te houden

Vragen Focus Groep (FG) gesprek

Introductievraag

- **(1) Welke knelpunten ziet u vanuit uw ervaring in de samenwerking tussen huisarts en psycholoog?**

Deze vraag gaat heel breed over de samenwerking en is als opwarmer bedoeld om een eerste gesprek op gang te brengen. Voor de onderzoeksvraag willen we ons toespitsen op de patiënt gerelateerde communicatie tussen huisarts en psycholoog/psychotherapeut.

Wanneer zowat iedereen aan het woord is geweest na deze eerste vraag, probeert de moderator een samenvatting te maken en geeft aan dat er voor deze eerste vraag al voldoende informatie is verzameld.

Casus

Om naar de meer specifieke vragen van het FG-onderzoek over te gaan vetrekken we vanuit een casus die de moderator even toelicht

Casus: wordt gezien door de huisarts
Vrouw; 21 jaar
VG:

- Autoaccident 3 jaar geleden met sindsdien blijvende hoofdpijnklachten.
- Sinds 2 jaar gebruik van benzo`s, gestart na overlijden hond.

Familiaal:

- Vader bij u gekend met alcoholprobleem.

Medicatie:

- Zolpidem 10 mg 1x/dag
- Xanax 0.5 mg tot 2x/dag.
- Nora-30 (de pil)
- Levocetiricine 5 mg 1x/dag (tegen allergieën)
- Nasonex 2x/dag (neusspray)

Mevrouw komt geregeld op raadpleging met multipele lichamelijke klachten: buikpijn, hoofdpijn, schouderpijn. Verschillende onderzoeken konden niets aantonen en bij het bewandelen van het psychosomatisch spoor ontdekt u verschillende stressoren:

- Net op zichzelf gaan wonen samen met haar vriend. Financieel kunnen ze net de eindjes bij elkaar houden.
- Relatie tussen haar en vriend verloop moeizaam.
- Weinig emotionele steun van thuis uit.
- Is met haar job moeten stoppen omwille van allergieën, heeft nu via uitzendbureau lopende band werk waar ze zich absoluut niet thuis voelt.

Bij verdere navraag heeft ze ook klachten van verminderde concentratie, slecht slapen, sombere stemming, wanhoop, passieve suicidale gedachten.
U kent patiënte als zeer perfectionistisch en zeer loyaal naar andere toe.
Na verschillende consultaties bij u zonder enige vorm van beterschap besluit u dat het wellicht voor de patiënte beter is om ze door te verwijzen naar een psycholoog voor verdere hulp. Patiënte staat hier eerst wat weigerachtig tegenover, maar stemt uiteindelijk er zelf ook mee in.

Specifieke vragen FG:

De eerste vraag richten we naar de huisartsen:

- **(2) Van zodra de patiënt heeft ingestemd om verwezen te worden , hoe pak je die verwijzing dan praktisch aan?**
  Na eerste antwoorden van huisartsen, mogen de psychologen gerust reageren of betrokken worden in het gesprek: hoe zien zij die verwijzing

  Zo er om verduidelijking wordt gevraagd, enkele subvragen:
  wie maakt de afspraak bij de psycholoog (de arts of de patiënt?)
  Neem je als arts zelf contact op met de psycholoog? Doe je dit in aanwezigheid van de patiënt? Of op een ander tijdstip?
  Worden afspraken bij psychologen ook via website of online gemaakt?
  Gebruik je een verwijsbrief?
  Welke informatie vind je noodzakelijk om over te dragen?

Met de volgende vraag richten we ons tot de psychologen:

- **(3) Wat zou u als psycholoog graag van de verwijzer weten wanneer een patiënt/cliënt een eerste keer naar u verwezen wordt?**
  Als enkele psychologen aan het woord geweest zijn, dan mogen huisartsen ook gerust reageren of in het gesprek betrokken worden: wat vinden zij van het standpunt van de psychologen?

Nu gaan we nog wat verder in het mogelijke verloop van de begeleiding door de psycholoog.

Hiervoor hebben we twee vragen , één gericht aan de psychologen en één gericht aan de huisartsen:
Beide krijgen even bedenktijd om antwoorden op post-it of blad neer te schrijven

- **(4) Wat is voor u als psycholoog aanleiding tot (tussentijdse) rapportage naar de huisarts?**
  Bijvraag: wat meldt u dan in die rapportage?
  Hoe doe je dit? (telefoon, e-mail, brief,..)

Een vraag voor de huisartsen nu:

- **(5) Wanneer zou u graag hebben dat de psycholoog naar u rapporteert?**
  Enkele subvragen zo nodig:
  Vermoeden nuttig zijn opstarten medicatie
  Verlenging van ziekteverlof
  Denk hierbij aan de privacy van patiënt
  Vermoeden van psychiatrische aandoening

Buiten de situatie waar de eerste verwijzing arts geïnduceerd is (de situatie die we zonet besproken hebben), zijn er natuurlijk ook andere situaties.
Zo is er de situatie waar de patiënt zich zelf zonder verwijzing bij de psycholoog aanmeldt:

Aan de psychologen vragen we nu:

- **(6) Zou u de huisarts van de patiënt inlichten?**
  Subvragen: wanneer wel, wanneer niet, heeft u er bijzondere redenen voor, verslag/bellen
  Denk ook aan de privacy van de patiënt.

Het kan een bijzondere situatie zijn wanneer de patiënt bij de huisarts aangeeft dat deze de therapie bij de psycholoog niet wil verder zetten:

Indien er tijdsnood is dan mag deze vraag kort besproken worden (bv vooral post-its verzamelen en kort naar reacties vragen)

- **(7) hoe gebeurt dan de communicatie?** ***(vraag voor huisartsen)***
  Brengt de huisarts de psycholoog op de hoogte
  Wordt er overleg gepleegd
  Wat verwachten psychologen in die situaties?
- **Welke communicatie verwachten jullie?** ***(vraag voor patiënten)***

Een laatste situatie willen we zeker nog bespreken:

- **(8) Bij het afronden van de therapie bij u als psycholoog: wat/ wanneer en hoe bericht u naar de huisarts? - en wanneer doet u dit niet?**

- **(9) Huisartsen, Wat willen jullie van de psycholoog vernemen bij de afronding van therapie bij de psycholoog?**

  Denk hierbij aan:
  Praktische afspraken
  Eventuele verdere verwijzingen (psychiater/Noolim)
  Direct of niet

- **(10) Afsluitende vraag:**

Wat neemt u mee naar uw eigen praktijk?

Bijlage 3: Aanwezigheidslijst huisartsen

Geslacht	Aantal jaren praktijk	Groep/duo/solo	Plaats van opleiding
Man	30	Groep	KU Leuven
Vrouw	6	Groep	KU Leuven
Man	32	Groep	KU Leuven
Man	28	Solo	KU Leuven
Man	HAIO	Duo	KU Leuven
Man	43	Duo	KU Leuven
Man	20	Solo-duo	KU Leuven
Man	37	Groep	KU Leuven
Man	39	Solo	KU Leuven
Man	41	Solo	KU Leuven
Vrouw	16	Groep	KU Leuven
Vrouw	2	Duo	KU Leuven
Man	3	Groep	KU Leuven
Vrouw	3	Groep	KU Leuven
Vrouw	3	Groep	KU Leuven
Vrouw	31	Groep	KU Leuven
Man	15	Groep	Maastricht
Man	27	Duo	KU Leuven
Vrouw	2+2	Groep	U Gent
Man	35	Solo	U Antwerpen
Vrouw	2+1.5	Groep	KU Leuven
Vrouw	26	Solo	KU Leuven
Vrouw	2+0.2	Groep	U Gent
Man	21	Groep	KU Leuven
Vrouw	24	Duo	KU Leuven
Vrouw	11	Groep	U Antwerpen
Vrouw	11	Groep	KU Leuven
Man	36	Solo	KU Leuven
Man		Groep	KU Leuven

Bijlage 4: Aanwezigheidslijst psychologen

Geslacht	Aantal jaren praktijk	Psycholoog/ psychotherapeut	Opleidingsplaats	Intervisie groep
Vrouw	40	Maatschappelijk werker. Systeemtherapeut	?	?
Vrouw	12	Klinisch psycholoog	?	?
Vrouw	9	Klinisch psycholoog, seksuoloog		
Vrouw	15	Klinisch psycholoog	Educatieve academie	X
Vrouw	0.5	Seksuoloog	FMS	
Vrouw	6	Klinisch psycholoog	Maastricht, Eindhoven	Niet
Vrouw	14 dienst 8 praktijk	Psycholoog, GZ psycholoog in opleiding, EMDR	Maastricht, Eindhoven EMDR belgim	Wel
Vrouw	5	Kinderpsycholoog	KVC postgraduaat VA	CGG
Vrouw	31	Maatschappelijk werker, systeemtherapie	Interactieve academie Antwerpen.	
Vrouw	16	Klinisch psycholoog	KUL	X
Vrouw	8	Klinisch psycholoog	KUL	X
Vrouw	9	Klinisch psycholoog	KUL	Ja
Vrouw	In opleiding	Klinisch psycholoog	U Gent	Nee
Vrouw	24	Klinisch psycholoog	KUL	Nee
Man	17	Klinisch psycholoog Psychotherapeut Time/ osteopaat	U Gent KUL	Ja
Man	37 jaar 15 jaar	Klinisch psycholoog	KUL	Nee
Vrouw	16	Klinisch psycholoog. Erkend familiaal bemiddelaar.	KUL	Nee
Vrouw	4	Informatica NLP-master Prof. Coach EFT relatietherapeute EFT-i psychotherapeute	Hasselt Utrecht	Ja + supervisies.
Vrouw	10	Klinisch psycholoog Systeemtherapeut	Maastricht, gent, interactieve academie	Ja
Vrouw	9.5	Klinisch psycholoog	Maastricht Gent	Nee
Man	13	Klinisch psycholoog Maatschappelijk werk Opvoeder	KUL	Ja
Vrouw	4	Klinisch psycholoog Neuro psycholoog	KUL	
Man	10	Ja		
Vrouw	2	Ja	Zoersel AIP	Ja
Vrouw				
Vrouw	16	Ja	Leuven	Ja
Vrouw	3	Ja	EA Antwerpen	Ja
Vrouw	10	Neen	Wilrijk, Antwerpen	Ja
Vrouw	1,8	Ja	Rapunnel Diest	Ja

Vrouw	1	Klinisch psycholoog	Leuven	Nee
Vrouw	13	Klinisch psycholoog	Leuven	Nee
Vrouw	Net begonnen	Klinisch psycholoog	Educatieve academie Berchem	Nee (op zoek)
Vrouw	9	Lerares psychotherapeute	Educatieve academie Berchem	Ja
Vrouw	4	Bachelor orthopedagogie, psychotherapeut interactionele vormgeving	Educatieve academie Berchem	Ja
Vrouw	17	Leerkracht, therapeute	Turnhout FMS, Gend Nand Cuvelier Antwerpen EA.	Neen.

Bijlage 5: Goedkeuring Ethische Commisie

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

Bijlage 6: Aanvraag ethische commisie

Het onderzoek is:

multicentrisch

De opdrachtgever is:

academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:

Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.

Het onderzoek is:

Prospectief observationeel onderzoek

Gebruikte methode:

prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:

Patiënten met psychosociaal lijden of een psychiatrische aandoening vormen een significant deel van de ziektelast wereldwijd (Harveit, M. et al 2013). Goede communicatie tussen huisarts, als vaak eerstelijn, en psycholoog/psychiater is dan ook primordiaal (Foy, R. 2010; Chomienne, M.H. 2010).
Reeds verschillende onderzoeken zijn uitgevoerd naar: knelpunten in de communicatie tussen huisarts en psycholoog; inhoud van verwijsbrieven; duidelijkheid van reden van verwijzing. Van al deze onderzoeken is er slechts 1 in Belgie gebeurd (Schoenmakers, B. 2013). Over de gewenste communicatie gedurende een behandeling bij de psycholoog is echter geen onderzoek gedaan.

Vraagstelling:

Interdisciplinaire communicatie tussen huisarts en psycholoog, hoe wordt deze het best gerealiseerd rekening houdend met de bekende knelpunten?

Methodologie:

Literatuuronderzoek gevolgd door kwalitatief onderzoek aan de hand van verschillende focusgroepen bestaande uit huisartsen en psychologen uit Vlaanderen. Alle huisartsen en psychologen uit een bepaalde regio zullen worden aangeschreven om deel te nemen aan een gemeenschappelijke focusgroepen.
Van deze focusgroepen worden video-opnames gemaakt die daarna volledig worden uitgeschreven. Deze transcripten zullen voor het grootste gedeelte door mij worden gecodeerd, echter om onderzoekersbias te voorkomen zullen promotor en co-promotor ook elk 1 a 2 transcripten coderen opdat deze vergeleken kunnen worden. Hieruit zullen alle mogelijke concepten en visies worden gedestilleerd over realiseerbare interdisciplinaire communicatie.

Referenties:

Chomienne M.H., et al; Family doctors and psychologists working together: doctors' and patients' perspectives; Journal of Evaluation in Clinical Practice; 2010
Hartveit M., et al; Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multi-perspective study; BMC Health Services Research; 2013
Schoenmakers, B., De Lepeleire J.; The in-house psychologist: do we speak the same language? Short report of a qualitative practice project, Health Psychology Research; 2013