# Taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening

Goigne Stéphanie

Promotor: Prof. Goedhuys Jo

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Abstract

*TAAKOPVATTING VAN HUISARTSEN TEN AANZIEN VAN PSYCHOSOCIALE HULPVERLENING*

Haio: Stéphanie Goigne / K.U.Leuven / Promotor: prof. Jo Goedhuys / Praktijkopleidster: Saskia Folens

*Context:*
Psychosociale hulpverlening maakt een groot deel uit van het dagdagelijkse huisartsenwerk. Huisartsen kunnen verschillende dingen doen. Ze kunnen luisteren en zich empathisch opstellen of zelfs bepaalde vormen van psychotherapie aanbieden. Het is te verwachten dat huisartsen een verschillende kijk kunnen hebben op en aanpak hebben van dit deelgebied van hun takenpakket. Deze thesis richt zich dan ook op de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening.

*Onderzoeksvraag:*
Deze thesis behandelt drie onderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag is de hoofdonderzoeksvraag. De onderzoeksvragen zijn: 1) Wat is de taakopvatting bij huisartsen rond psychosociale hulpverlening door de huisarts? 2) Welke knelpunten ervaren huisartsen bij de uitvoering van psychosociale hulpverlening? 3) Welke initiatieven vindt de huisarts zinvol om hem te ondersteunen in zijn psychosociale hulpverlening?

*Methode:*
Aan de 'landelijke enquête onder huisartsen', een Nederlandse enquête samengesteld door het NIVEL en de WOK, werden, na toestemming van de oorspronkelijke auteurs, enkele aanpassingen aangebracht. Deze aanpassingen gebeurden om de enquête geschikt te maken voor het Vlaamse landschap en voor de focus van het eigen onderzoek. De webenquête werd verstuurd via de huisartsenkringen naar ongeveer 1580 huisartsen. Aan de hand van zoektermen gebaseerd op de hoofdonderzoeksvraag werd ook een literatuuronderzoek verricht.

*Resultaten:*
114 huisartsen vulden de enquête in. Voor 20 deeldomeinen van de GGZ werd de taakuitvoering geregistreerd. 74 % vindt dat de huisarts vooral een ondersteunende en empathische rol heeft in psychosociale hulpverlening. De belangrijkste ervaren knelpunten waren de 'wachtlijstperiode' (70 %), 'onvoldoende vergoeding' (54 %) en 'te weinig tijd' (40 %). Wat de huisartsen vooral verkozen ter ondersteuning waren regionale bijeenkomsten met psychiaters over specifieke GGZ-thema's, consultatie in de praktijk door een eerstelijnspsycholoog en een sociale kaart van verwijs- en behandelingsmogelijkheden in de regio. De drie onderwerpen waarover het meeste nascholing gevolgd werd zijn depressie, dementie en slaapstoornis.

*Conclusies:*
Domeinen die men eerder tot de psychiatrische pathologie zou kunnen rekenen, voeren huisartsen minder uit. De artsen vinden dat ze in het algemeen vooral een ondersteunende en empathische rol hebben in psychosociale hulpverlening. De taak van de huisarts op het gebied van de GGZ reduceren tot louter diagnostiek, zoals door sommigen voorgesteld in de literatuur, wordt zeker niet ondersteund door het onderzoek. Een beperking van het onderzoek is echter wel het lage responspercentage.



*E-mail:* stephanie_goigne@hotmail.com



*Trefwoorden:* taakopvatting, huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg, psychosociale hulpverlening, enquête

# Inhoudsopgave


Abstract ..... 2
Dankwoord ..... 5
Afkortingen ..... 6
1. Inleiding ..... 7
a. Keuze van het onderwerp ..... 7
b. Onderzoeksvragen en doelstelling ..... 7
c. Achtergrond ..... 7
1. Woudschotenconferentie ..... 7
2. Dowrick et al. ..... 8
3. Verschillende visies taakopvatting ..... 8
4. ‘Usual care’ en psychotherapie ..... 9
5. Eerstelijnspsycholoog ..... 9
6. Psychiatrisch verpleegkundigen ..... 9
2. Methode ..... 11
a. Methode onderzoek ..... 11
b. Methode literatuuronderzoek ..... 13
3. Resultaten ..... 14
a. Onderzoeksvraag 1: Wat is de taakopvatting rond psychosociale hulpverlening door de huisarts? ..... 14
1. Taakopvatting volgens deeldomeinen GGZ ..... 14
2. Psychotherapie aanbieden? ..... 15
b. Onderzoeksvraag 2: Wat zijn knelpunten bij de uitvoering van psychosociale hulpverlening? ..... 16
c. Onderzoeksvraag 3: Welke initiatieven zijn zinvol om de huisarts te ondersteunen in zijn psychosociale hulpverlening? ..... 17
1. Ondersteuningsvormen ..... 17
2. Nascholing ..... 21
4. Bespreking / Besluiten ..... 22
a. Vergelijking profiel respondent met gemiddelde huisarts ..... 22
b. Bespreking resultaten ..... 22
1. Taakopvatting ..... 22
2. Knelpunten ..... 24
3. Ondersteuning ..... 24
5. Aanbeveling ..... 26
6. Evaluatie / Beperkingen ..... 27

7. Bijlages ..... 28
a. Bijlage 1: Incidentie van International Classification of Primary Care (ICPC) 2-codes volgens Intego-project per 1000 patiëntenjaren in 2008. ..... 28
b. Bijlage 2: Enquête ..... 29
c. Bijlage 3: Deelnemende huisartsenkringen ..... 39
d. Bijlage 4: Resultaten taakopvatting ..... 40
e. Bijlage 5: Literatuuroverzicht effect psychotherapie ..... 44
8. Referenties ..... 46

## Dankwoord

Ik wil de promotor van mijn thesis, prof. Jo Goedhuys, van harte bedanken. Verder wil ik ook nog mijn praktijkopleidster Saskia Folens bedanken; en ook prof. Peter Verhaak, Vanhoe Patricia, Lemiengre Marc en Marieke, alle personen die hielpen na het opvragen van informatie zoals artikels en rapporten en ook alle respondenten.

## Afkortingen

CGGZ = Centrum voor Geestelijke Gezonheidszorg
CVS = chronisch vermoeidheidssyndroom
EBM = evidence based medicine
GGZ = geestelijke gezondheidszorg
ICHO = Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding
ICPC = International Classification of Primary Care
MeSH = Medical Subject Headings
NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap

# 1. Inleiding

## *a. Keuze van het onderwerp*

Persoonlijk heb ik al altijd een interesse gehad voor psychosociale problematiek in het algemeen. Bovendien maakt psychosociale hulpverlening een groot deel uit van het dagdagelijkse huisartsenwerk. Naast de patiënten die zich aanmelden met psychosociale problemen zijn er ook nog patiënten met somatische problemen met een belangrijke psychosociale achtergrond. Huisartsen kunnen verschillende dingen doen. Ze kunnen luisteren en zich empathisch opstellen of zelfs bepaalde vormen van psychotherapie aanbieden. Het is te verwachten dat ze volgens o.a. hun interesse en eventuele bijscholing een andere kijk hebben op en aanpak hebben van dit deelgebied van hun takenpakket. En dit is nu net interessant. Wat doet de huisarts eigenlijk? En wat vindt hij dat hij moet doen? Mijn praktijkopleidster deelde deze interesse met mij, wat mijn keuze voor het onderwerp mee bepaald heeft. Bij het doorlopen van de databank met masterthesissen van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) vond ik ook geen thesissen terug die handelden over dit specifieke onderwerp. Thesissen die zich situeerden binnen de psychosociale hulpverlening waren ook eerder schaars. Omwille van deze redenen koos ik voor dit onderwerp.

## *b. Onderzoeksvragen en doelstelling*

Onderzoeksvraag 1: Wat is de **taakopvatting** bij huisartsen rond psychosociale hulpverlening door de huisarts?

Onderzoeksvraag 2: Welke **knelpunten** ervaren huisartsen bij de uitvoering van psychosociale hulpverlening?

Onderzoeksvraag 3: Welke initiatieven vindt de huisarts zinvol om hem te **ondersteunen** in zijn psychosociale hulpverlening?

De doelstelling is tevens van op basis van de resultaten van het onderzoek zo mogelijk een **aanbeveling** te formuleren die eventueel kan gebruikt worden in het **beleid** van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en/of in het opmaken van een aanbod van **scholing** voor huisartsen.

## *c. Achtergrond*

### *1. Woudschotenconferentie*

In de literatuur zijn verschillende visies terug te vinden over de taak van de huisarts op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg. Historisch ontbrak het niet aan aandacht voor dit thema. Toen men halverwege de jaren vijftig op de Woudschotenconferentie (1959), die plaatsvond kort na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), nadacht over de taken van de huisarts en de definitie van de huisartsgeneeskunde, schoof men reeds de taak van de huisarts op psychisch vlak duidelijk naar voren. Op punt één van de opgestelde deeltaken stond ‘primaire hulp in de ruimste zin, ook bij psychische trauma’. Op punt drie van de twaalf deeltaken vinden we ‘psychisch- en milieuonderzoek, waarbij de beheersing van een goede gespreks- en anamnesetechniek essentieel is’ terug. Hier is dus naast aandacht voor

psychische hulpverlening ook aandacht voor communicatieve vaardigheden terug te vinden.(1)

*2. Dowrick et al.*

Ook interessant in de context van taakopvatting bij huisartsen is een artikel die **Dowrick et al.** publiceerden in de British Journal of General Practice in 1996. Ze zetten een studie op om na te gaan of de taakopvatting die heerst bij huisartsen strookt met het biopsychosociaal model voor geneeskundig handelen. Er werd naar 494 huisartsen een vragenlijst gezonden waarin gevraagd werd welke onderwerpen of problemen zij 'gepast' en 'ongepast' vonden om bij de huisarts mee op consultatie te komen. De respondent kon dit telkens per onderwerp op een vijfpuntenschaal aangeven (5= zeer gepast, 1= zeer ongepast). Tweeënveertig procent antwoordde op de vragenlijst. Acute, fysieke problemen werden het meest gepast bevonden om mee te komen raadplegen. Dit werd gevolgd door chronische, fysieke problemen en psychologische problemen. Het minst geschikt vond men administratieve zaken en sociale problemen. De auteurs van de studie besluitten dan ook dat de huisartsen eerder volgens een bio(psycho)logisch dan volgens een biopsychosociaal model werken.(2)

*3. Verschillende visies taakopvatting*

Zoals reeds aangehaald zijn er verschillende visies op de taak van de huisarts bij psychosociale hulpverlening. Deze waren terug te vinden in de literatuur. Hieronder worden deze visies weergegeven telkens met de argumenten van de auteurs om hun mening te staven.

Sommigen menen dat de huisarts uitermate goed geplaatst is voor hulpverlening bij psychosociale problemen. De huisarts zou immers de persoon bij uitstek zijn die aandacht heeft voor de **context** en het verhaal van de patiënt. Dit zou zowel een voordeel bieden op het gebied van diagnose, als op het gebied van therapie.(1,3-5) Vaak gaan mensen met psychische en psychosociale problemen zich ook in de eerste plaats richten tot de huisarts. De huisarts is het **eerste aanspreekpunt** voor veel problemen en de drempel zou kleiner zijn dan deze naar gespecialiseerde diensten.(6) Sommigen redeneren dat gezien de huisarts een groot aantal patiënten ziet met psychosociale problemen, zelfs kleine verbeteringen in de psychologische behandelingen door de huisarts van belang zouden zijn voor de ganse populatie.(7) Daarenboven zou de **vertrouwensrelatie** tussen patiënt en huisarts maken dat de huisarts goed geplaatst is voor hulp bij psychosociale problemen. Zo zou de patiënt makkelijker bepaalde waardevolle informatie aan de arts toevertrouwen.(1,3)

Van der Horst en De Vries pleiten dan weer eerder voor een smal takenpakket voor de huisarts op dit gebied. Ze menen dat de focus van het huisartsenvak helemaal scheefgegroeid is. Ze vinden dat een grondige somatische kennis de kern zou moeten vormen van het huisartsenberoep. Terwijl men nu te veel aandacht zou hebben voor psychische en sociale problemen en communicatieve aspecten. Hierdoor zouden de **medisch-inhoudelijke aspecten** van de huisartsgeneeskunde **op de achtergrond** raken. Huisartsen zouden bij psychosociale problemen volgens hen nog enkel de taak moeten hebben van probleemverheldering. Behandeling en begeleiding zou, volgens de auteurs, beter niet meer tot het takenpakket van de huisarts behoren. Psychische en sociale problemen zouden ook bepaalde **kandidaat-studenten afschrikken** en een andere carrièrekeuze doen maken. Zo menen ze ook dat het probleem van **overbelasting, verlaten van het beroep en burn-out** zou kunnen aangepakt worden door de taak van de huisarts op psychosociaal vlak bescheidener te definiëren. Op die

manier zou voor kandidaat-huisartsen een aantrekkelijker beroepsperspectief geboden worden.(8) Ook Cox et al. sluiten zich aan bij deze taakomschrijving voor de huisarts met nadruk op diagnostiek.(9)

*4. 'Usual care' en psychotherapie*

In de literatuur maakt men vaak een onderscheid tussen enerzijds de zogenaamde 'usual care' of gebruikelijke zorg waarmee een ondersteunende en empathische rol bedoeld wordt en anderzijds het gebruik van vormen van psychotherapie. Er zijn verschillende vormen van psychotherapie. We staan hier juist even bij stil omdat deze verder aan bod komen bij het literatuuronderzoek naar het effect van psychotherapie. Een eerste vorm is de psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde therapie. Deze ziet de psyche als aangedreven door interne en voornamelijk ook onbewuste driften en motieven. Een andere vorm is de cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde psychotherapie. De kern van deze stroming is de gedachte dat de cognities de basis vormen voor gedrag en dat hierop kan ingewerkt worden. Voor de systeem- en familietherapie vormen de wisselwerking en de vele samenhangen tussen mensen dan weer het vertrekpunt. Oplossingsgerichte therapie tot slot, wordt ook wel kortdurende therapie genoemd. Enkele gekende technieken binnen deze vorm van psychotherapie zijn de 'mirakelvraag', positief bevestigen en het zetten van kleine stappen op de weg naar eventuele verandering.(10,11)

*5. Eerstelijnspsycholoog*

De Maeseneer et al. brengen in hun onderzoeksrapport de nood aan een eerstelijnspsycholoog naar voren. De bedoeling zou zijn om, waar mogelijk, de eerste hulp voor psychische problemen op de eerste lijn te houden. Ten eerste omdat vroegtijdige detectie en behandeling een beter resultaat zou hebben en ten tweede om de tweede en derde lijn te ontlasten. Het aanbod zou een kortdurende behandeling zijn. Als de patiënt niet geschikt lijkt voor behandeling in de eerste lijn zou er een verwijzing volgen. De taak van de eerstelijnspsycholoog zou vooral bestaan uit ondersteunende diagnostiek, het geven van kortdurende behandeling en coaching. Voordelen van het samenwerken met een psycholoog in de huisartsenpraktijk of een huisartsennetwerk zou de laagdrempeligheid, de complementariteit en de mogelijkheid tot vlot overleg zijn. Mogelijke nadelen zouden de financiering zijn en het feit dat de patiënt niet altijd wil dat alle info met de huisarts gedeeld wordt. In België is de uitoefening van de klinische psychologie en psychotherapie nog niet wettelijk geregeld. Iedereen kan zich in principe als psychotherapeut profileren en psychologen zijn nog niet opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.(6)

*6. Psychiatrisch verpleegkundigen*

6.1 Huisartsenprogramma van Parnassia

In Nederland liep er een project, het Huisartsenprogramma van Parnassia, waarbij verpleegkundigen uit de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg worden uitgezonden om een aantal uren per week werkzaam te zijn in de huisartsenpraktijk. Deze verpleegkundige kan een kortdurende begeleiding of behandeling geven aan de patiënt of doorverwijzen zo nodig. Zij kan ook advies geven aan de huisarts (nadat de patiënt al dan niet door de verpleegkundige werd gezien) en de huisarts verder scholen op het gebied van de geestelijke gezondheid. De taakafbakening van de verpleegkundige gebeurt volledig in samenspraak met de huisarts. Dit

project kon twee mogelijke effecten hebben. Er was een groep artsen die vooral taken uit handen gaf wegens tijdsgebrek en te grote werkbelasting. Een andere groep raakte door het project juist meer betrokken bij de patiënten met problemen van geestelijke gezondheidszorg, voelden zich door het project weer meer gesteund door de tweede lijn, waardoor ze zelf weer meer gingen doen op dit terrein.(12) Cox et al. schrijven dat het in de praktijk toch vooral betekende dat huisartsen de patiëntenzorg doorschoven naar de verpleegkundigen.(9) De samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn zou wel verbeterd zijn en het zorgaanbod op plaatsen waar dit project liep, zou duidelijk uitgebreid zijn.(9, 13) Door deze ondersteuning uit de tweede lijn ervaarden de huisartsen ook minder werkbelasting.(13)

### 6.2 Artikel 107

In België is er een artikel in de wetgeving die mogelijk maakt dat middelen van de residentiële zorg verschoven worden om het GGZ-landschap te hervormen, daar deze geestelijke gezondheidszorg in ons land voor een groot deel residentieel is. Dit is het zogenaamde artikel 107. Aansluitend op projecten van het artikel 107 wordt momenteel ook gewerkt aan de ontwikkeling van de functie van een gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie.(14)

## 2. Methode

### *a. Methode onderzoek*

Initieel werd literatuuronderzoek verricht. Uitleg hierover vindt u verder. Er werd een bestaande enquête gevonden over het onderzoeksonderwerp. Deze enquête was heel belangrijk voor het eigen onderzoek, daarom vindt u hieronder uitgebreid uitleg erover. Er wordt besproken om welke enquête het gaat, wie de onderzoekers waren en op welke schaal en in welke context het onderzoek gebeurde. Uiteraard wordt ook de inhoud van de enquête besproken.

Het gaat om de **'landelijke enquête onder huisartsen'**, een Nederlandse enquête. Deze werd samengesteld door twee Nederlandse instellingen die beide onder andere onderzoek doen naar de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het Centre for Quality of Care Research van het UMC St Radboud (de WOK) stelde de enquête op in 2001. Dit instituut heet tegenwoordig **IQ healthcare**. Het is één van de grootste onderzoekscentra op het terrein van kwaliteit en veiligheid van zorg in Europa. In 2003 gebeurde de samenstelling van de vragenlijst door een andere Nederlandse instelling, het **NIVEL**. Dit staat voor Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. De wetenschappelijke kwaliteit van onderzoek van dit onderzoekscentrum werd door een externe commissie van wetenschappers in december 2010 nog beoordeeld als zeer goed tot excellent.(15-17) In de Nederlandse enquête werden taakopvatting, samenwerking, ondersteuning, scholing en werkbelasting van huisartsen ten aanzien van hun taak op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg bevraagd. De eerste enquête werd zoals gezegd, afgenomen in 2001. De enquête in 2003 was bedoeld om een nameting te doen, aangezien er een aantal kwaliteitsbevorderende maatregelen genomen waren.(9) De bevraging vond plaats op grote schaal. In 2001 verstuurde de WOK 2837 vragenlijsten, waarvan 1336 ingevulde vragenlijsten geschikt waren voor analyse. In 2003 werden door het NIVEL 2756 vragenlijsten verstuurd. 1359 vragenlijsten werden gebruikt voor analyse.(15)

Er werd besloten om de 'landelijke enquête onder huisartsen' te **gebruiken voor het eigen onderzoek** omwille van twee redenen. Ten eerste sluit de inhoud van de enquête nauw aan bij de inhoud en de doelstelling van de thesis. Ten tweede houdt de opstelling van de vragenlijsten door gevestigde Nederlandse instellingen een zekere kwaliteitsgarantie in. Er werd toestemming gekregen van de auteurs om de enquête te gebruiken en waar nodig te wijzigen.

De **doelgroep** werd vooropgesteld: huisartsen werkzaam in het Vlaamse landschap. Als streefdoel gold een groep van minimum 100 huisartsen die de vragenlijst zou ingevuld hebben. Er werd geopteerd om de enquête te **versturen via het internet**. Deze keuze werd gemaakt omdat er op die manier een relatief grote groep artsen kan bevraagd worden, omwille van de mogelijkheden van elektronische verwerking en omdat deze methode minder tijdsintensief is dan bijvoorbeeld het live afnemen van diepte-interviews.

Er gebeurden een aantal **aanpassingen** aan de originele enquête, ten eerste om de enquête geschikt te maken voor Vlaanderen. Het gaat immers om een Nederlandse enquête. Zo werden bijvoorbeeld de onderwerpen waarvan de taakopvatting bevraagd werd, onder andere geselecteerd op basis van incidentiecijfers volgens het Vlaamse Intego-project (bijlage 1).(18)

Bij de sectie ‘ondersteuningsvormen voor psychosociale hulpverlening’ werden ondersteuningsvormen geselecteerd die bij ons gekend of denkbaar zouden zijn. Ten tweede gebeurden de aanpassingen om de vragenlijst aan te passen aan de voornaamste focus van het eigen onderzoek. De taakuitvoering van artsen werd daarom zeer uitgebreid bevraagd. De enquête werd ook ingekort om de tijd nodig om de vragenlijst in te vullen te reduceren. Om deze redenen werden de onderwerpen ‘samenwerking’ en ‘knelpunten in de samenwerking’ weggelaten. Niet omdat deze niet belangrijk zouden zijn, maar omdat er nu eenmaal een keuze diende gemaakt te worden. Tot slot werd nog kort het profiel van de arts bevraagd.

Uit literatuurgegevens blijkt dat taakopvatting en taakuitvoering op het psychosociale terrein hand in hand gaan.(15,19-21) Daarom werd dan ook geopteerd om deze niet zoals in de WOK-enquête uit 2001 apart te bevragen, maar zoals in de NIVEL-enquête uit 2003 enkel de taakuitvoering te bevragen.

Er gebeurde een **proefafname** bij drie proefpersonen om de vragenlijst te testen. Deze test gebeurde steeds live. Dit om de tijd te meten om de vragenlijst in te vullen en directe feedback te krijgen van de proefpersonen. Zo kon feedback gekregen worden over de vragenlijst in zijn geheel en over bepaalde vragen of onderdelen in het bijzonder. Er werd steeds nagevraagd of de respondent vond alles kwijt gekund te hebben wat hij wilde over dit onderwerp. De aanpassingen aan de originele enquête gebeurden mede naar aanleiding van deze contacten.

De **gedrukte versie van de aangepaste enquête** is terug te vinden in bijlage 2.

Er werd vervolgens een **webenquête** opgesteld. Het voordeel van deze methode van gegevensverzameling is, zoals eerder aangehaald, het feit dat het goedkoop is, er een groot aantal artsen kan aangesproken worden en dat er een snelle, grotendeels automatische verwerking van data mogelijk is. Het nadeel hiervan is dat weigering makkelijk is.(22) Ook de webenquête werd getest bij twee proefpersonen.

Zoals eerder aangehaald is het streefdoel een groep van minimum 100 huisartsen die de vragenlijst ingevuld heeft. Rekening houdend met een fenomeen van een zekere ‘enquête-moeheid’ werd naar een veel grotere groep van huisartsen een **uitnodiging verstuurd om de vragenlijst in te vullen**. De huisartsen werden aangesproken via hun wachtkring. De huisartsen zijn onwillekeurig geselecteerd op basis van teruggevonden e-mails van Vlaamse huisartsenkringen op het internet. Bij deze zoekactie werden voornamelijk de zoektermen ‘huisartsenkring’ en ‘wachtkring’ gebruikt. Deze werden ingetikt op de zoekmachine Google. Er werden op die manier rechtstreeks of via verdere specifieke zoekacties namen en/of e-mailadressen van wachtkringen en van voorzitters en secretarissen teruggevonden die konden gebruikt worden. Via deze op het internet teruggevonden e-mails van wachtkringen werd het verzoek gedaan de enquête te laten invullen door de leden van de wachtkring via een link naar de webenquête. Indien er geen reactie kwam op de eerste mail naar de voorzitter of secretaris van een wachtkring, werd een tweede mail verstuurd. Er werd gevraagd aan de wachtkring om het ledenaantal door te geven naar wie zij de mail met vraag tot invullen van de webenquête stuurden. Dit laatste om toe te laten een responspercentage te berekenen. De lijst met wachtkringen die op de uitnodiging ingingen met hun ledenaantal vindt u terug in bijlage 3. Mogelijke overlap tussen de huisartsenkringen werd nagegaan.

## *b. Methode literatuuronderzoek*

De **kernvraag** van het onderzoek is "wat is de taakopvatting bij huisartsen rond psychosociale hulpverlening door de huisarts?".

Gebruikte Engelstalige **zoektermen** zijn psychotherapy (MeSH), family practice (MeSH), general practice (MeSH), 'family medicine', task performance and analysis (MeSH), social problems (MeSH), 'psychosocial interventions', 'psychosocial primary care', 'psychology', 'psychological', 'interview', 'survey', 'opinion poll' en 'poll'. De gebruikte Nederlandstalige zoektermen zijn 'psychotherapie', 'huisartsgeneeskunde', 'psychosociaal', 'psychosociale hulpverlening', 'taakopvatting', 'psychologie', 'psychologisch' en 'enquête'.

Er werd zowel gezocht in Nederlandstalige **bronnen** als in internationale literatuur. Gebruikte bronnen zijn Medline via PubMed, het archief van 'Huisarts Nu' en 'Huisarts en Wetenschap'. Uit het 'Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde', NHS guideline finder, National Guideline Clearing House, SUMsearch en Tripdatabase werd niets extra weerhouden wat specifiek over taakopvatting handelt. Er werd gezocht naar interessante onderzoeksrapporten via de site van het NIVEL en van IQ healthcare. Er werden nieuwe artikels gevonden via verwante artikels en de referentielijsten van gevonden artikels. Er werd dankbaar gebruik gemaakt van de door experten aangereikte artikels en rapporten. De elektronische leerlijn 'psychosociale hulpverlening', aangeboden door het ICHO, werd doorgenomen.

## 3. Resultaten

De oproep om de enquête in te vullen werd naar ongeveer 1580 huisartsen verstuurd. Dit aantal is gebaseerd op informatie die verkregen werd van de huisartsenkringen. 114 huisartsen vulden de internetenquête in. Dit betekent een responspercentage van ongeveer 7 %. Het gemiddelde profiel van de respondent wordt weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Profiel van de respondent

| |
|---|
| *51 % vrouwen, 49 % mannen |
| *gemiddelde leeftijd 45 jaar |
| *41 % werkt solo, 59 % werkt in groep |
| *50 % stedelijk, 50 % landelijk |
| *gemiddeld 88 % werkzaam in de praktijk |
| -> Dit komt overeen met gemiddeld ongeveer een vrije halve dag per week. |
| *gemiddeld 99 patiëntencontacten per week |
| *gemiddeld 17 minuten gereserveerd voor patiënt tijdens afspraakspreekuur |
| *gemiddeld 30 minuten gespendeerd aan consultatie met patiënt met psychische of psychosociale problematiek |
| *schat dat het in gemiddeld 20 % van de consulten gaat om patiënten met psychische en sociale problemen |
| *90 % tevreden tot zeer tevreden met keuze voor huisartsgeneeskunde |
| *23 % zou minder psychosociaal werk doen indien ze de keuze hadden |

### *a. Onderzoeksvraag 1: Wat is de taakopvatting rond psychosociale hulpverlening door de huisarts?*

*1. Taakopvatting volgens deeldomeinen GGZ*

Er werd aan de artsen gevraagd aan te geven in hoeverre ze enerzijds de diagnostiek en anderzijds de behandeling of begeleiding van een aandoening daadwerkelijk zelf uitvoeren. En dit voor de twintig in tabel 2 opgelijste psychische en/of psychosociale aandoeningen.

Tabel 2. Psychische en/of psychosociale aandoeningen

| | |
|---|---|
| 1. Depressie | 11. Surmenage/ spanningsklachten |
| 2. Bipolaire stoornis | 12. Eetstoornis |
| 3. Posttraumatisch stress syndroom/ kortdurend trauma | 13. ADHD/ opvoedingsmoeilijkheden |
| | 14. Slaapstoornis |
| 4. Fobie/ paniekstoornis | 15. Persoonlijkheidsstoornissen |
| 5. Schizofrenie/ wanen | 16. Relatieprobleem met partner |
| 6. Dementie | 17. Problemen in werksituatie |
| 7. Alcoholverslaving | 18. Verwerkingsproblemen |
| 8. Drugsverslaving | 19. Seksuele problemen |
| 9. Geneesmiddelenverslaving | 20. Problemen met sociale zekerheid |
| 10. Onverklaarde lichamelijke klachten | |

Voor iedere aandoening worden de resultaten weergegeven in een staafdiagram. De volledige resultaten vindt u in bijlage 4.

Er werd tevens bij de artsen gepolst naar een eventuele bijzondere interesse op het vlak van de GGZ. Hiervoor konden ze antwoorden in een vrije tekst ruimte. Enkele artsen gaven in deze ruimte echter nog enkele opmerkingen rond taakopvatting. Deze opmerkingen worden weergegeven in tabel 3.

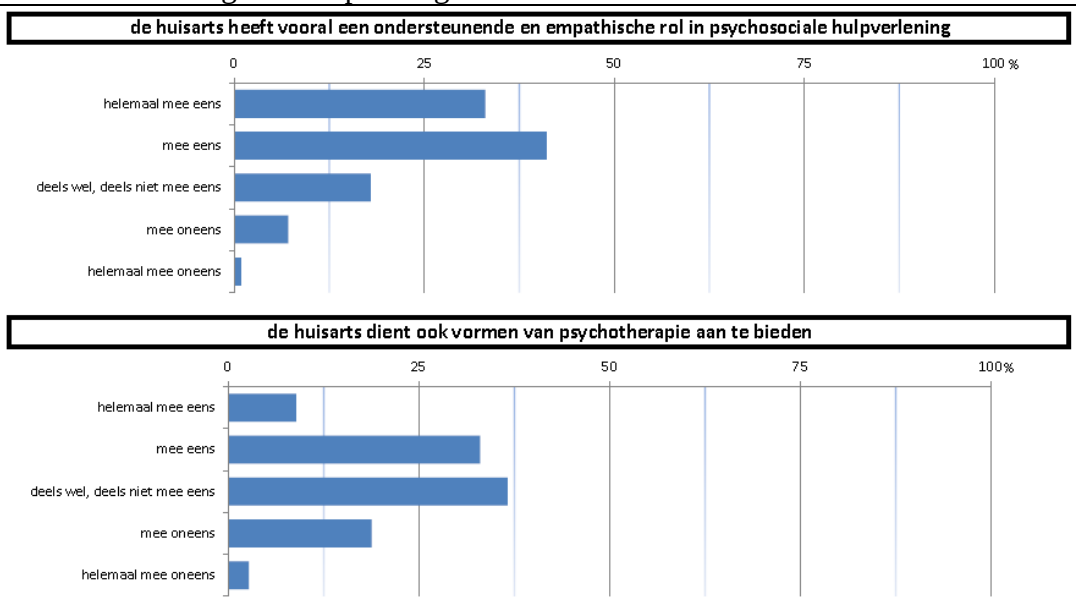
Tabel 3. Enkele opmerkingen rond taakopvatting

| |
|---|
| "Vermijden dat patiënten in een CVS-diagnose terechtkomen en blijven." |
| "Diegene die tot het domein van de huisarts behoren: dus de minder ernstige problemen tot stoornissen die, mits voldoende tijd en ondersteuning op de eerste lijn opgevangen kunnen worden: surmenage, depressie, angststoornissen, verslavingsproblematiek, relatieproblemen, geweld ... dit alles dus in een aangvangsfase, niet bij ernstige pathologie." |
| "Angsten, je kan er als huisarts goed bij helpen." |
| "Zowat het ganse spectrum van de problemen, indien geen ernstige psychotische symptomen aanwezig zijn." |
| "Het hangt voornamelijk af van de geschatte diepte van het probleem en de weerslag voor de patiënt. Indien ik het nog zelf aankan, probeer ik het zelf. Indien het te complex is, stuur ik door." |

*2. Psychotherapie aanbieden?*

In deze context werden er aan de artsen twee stellingen voorgelegd. (grafiek 1) Een eerste stelling was dat de huisarts vooral een ondersteunende en empathische rol heeft in psychosociale hulpverlening. 74 % van de respondenten verklaarden het eens te zijn met deze stelling. In een tweede stelling werd gepolst of de artsen vonden dat de huisarts ook psychotherapie dient aan te bieden. 42 % is het hiermee eens. 37 % was het deels eens en deels oneens met deze tweede stelling. 21 % was het hiermee oneens.

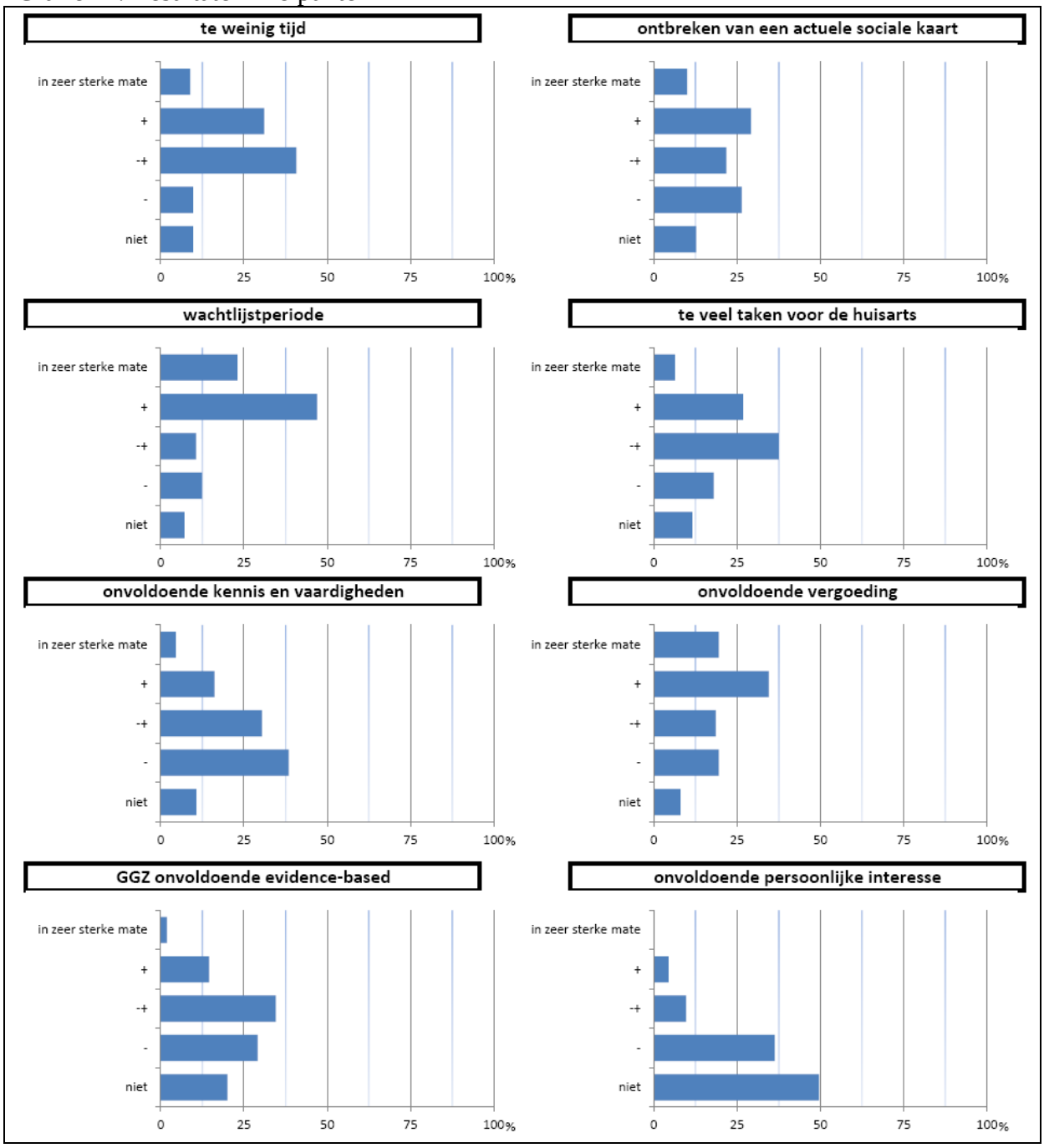
Grafiek 1. Stellingen taakopvatting



## *b. Onderzoeksvraag 2: Wat zijn knelpunten bij de uitvoering van psychosociale hulpverlening?*

In grafiek 2 wordt in staafdiagrammen weergegeven in welke mate de respondenten de opgesomde items als een knelpunt ervaren bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen.

Grafiek 2. Resultaten knelpunten




70 % van de respondenten ervaren de **wachtlijstperiode** als een knelpunt in de psychosociale hulpverlening. Eén derde van deze groep vindt dit in zeer sterke mate een knelpunt. Een

**gebrek aan tijd** wordt door 40 % in sterke tot zeer sterke mate als een knelpunt ervaren. Bij navraag bedroeg de tijd gespendeerd aan een consultatie met een patiënt met psychische of psychosociale problemen gemiddeld 30 minuten. 96 % antwoordt beamend op de stelling dat de zorg voor patiënten met uitsluitend psychische problemen meer tijd vraagt in vergelijking met patiënten met uitsluitend somatische problemen. Deze laatste twee gegevens echter even los van het feit of dit al dan niet als knelpunt wordt ervaren. Voor 33 % van de bevraagden is het **uitgebreide takenpakket** van de huisarts een knelpunt. **Onvoldoende vergoeding** voor de psychosociale hulpverlening wordt door 54 % als een knelpunt ervaren. Bijna vier op tien artsen, met name 39 %, ervaart het **ontbreken van een actuele sociale kaart** als een knelpunt. **Onvoldoende kennis en vaardigheden** om patiënten met psychische en sociale problemen te behandelen wordt door bijna de helft niet of eerder niet als een knelpunt ervaren. 21 % vindt dit wel een knelpunt. 16 % van de respondenten ervaren het als knelpunt dat de geestelijke gezondheidszorg **onvoldoende evidence-based** zou zijn. En 86 % van de artsen ontkent dat er sprake zou zijn van **onvoldoende persoonlijke interesse**.

In de voorziene vrije tekst ruimtes werden nog enkele opmerkingen verzameld die verband houden met knelpunten. Deze worden weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Reacties knelpunten

| |
|---|
| "De geestelijke gezondheid is voor mij bijzonder boeiend in zijn totaliteit, mede omdat het heel vaak bron is van slecht voelen en andere ziektes, mede omdat het frequent voorkomt, mede omdat er in onze eerstelijnsgezondheidszorg volgens mij absoluut VEEL TE WEINIG aandacht en middelen worden aan besteed. Struikelblokken voor de huisarts zijn volgens mij: te weinig opleiding/kennis en te lage vergoeding (geen RIZIV-nummer voor psychosociale hulpverlening, in tegenstelling tot nummers en vergoedingen voor allerlei ingrepen en onderzoeken, waaraan voor de helft waarschijnlijk geen nood meer is)." |
| "De meeste onderdelen van de GGZ interesseren mij indien tijd en verloning aanwezig zouden zijn." |
| "Waar er hier iets te weinig aandacht aan besteed werd, is de mogelijkheid en de moeilijkheden voor doorverwijzing. Er is de sociale kaart (vaak zeer wisselend), de wachttijden (soms maanden), de financiële kant (niet iedere patiënt kan wachten op "gratis" hulpverlening), de angst van de patiënt voor de persoon naar wie hij wordt doorverwezen." |
| "1 dag per week psychologe aanwezig, niet terugbetaling blijft een ernstige drempel." |
| "Vaak botsen op wachttijden en onmogelijkheid psychiatrische hulp privé te betalen, dus zelf doen dan maar." |

## *c. Onderzoeksvraag 3: Welke initiatieven zijn zinvol om de huisarts te ondersteunen in zijn psychosociale hulpverlening?*

### *1. Ondersteuningsvormen*

Eerst worden de antwoorden weergegeven op de vraag aan welke ondersteuningsvormen de huisartsen behoefte hebben. Vervolgens worden de aanvullende opmerkingen van de artsen daaromtrent weergegeven. Daarna worden de antwoorden die de artsen gaven op de vraag

naar eventuele speciale regelingen in de praktijk om de werkdruk te beperken op een rijtje gezet. En tot slot werd hen nog een stelling voorgeschoteld rond invloed op de werkdruk bij ondersteuning van een eerstelijnspsycholoog.

In tabel 5 wordt weergegeven aan welke ondersteuningsvormen de respondenten behoefte hebben en welke ze verkiezen.

Tabel 5. Resultaten ondersteuningsvormen

| *Percentage artsen dat vindt dat een ondersteuningsvorm hun al dan niet kan helpen om hun taak op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg uit te voeren.* | | | *Percentage artsen dat een bepaalde ondersteuningsvorm de belangrijkste vindt* |
|---|---|---|---|
| Ondersteuningsvorm | Ja | Nee | |
| 1. Regionale bijeenkomsten van huisartsen met psychiaters over specifieke GGZ-thema's | 82 % | 18 % | 26 % |
| 2. Regionale bijeenkomsten van huisartsen met huisartsspecialisten op het gebied van de GGZ over specifieke GGZ-thema's | 77 % | 23 % | 12 % |
| 3. Consultatie in de praktijk (spreekuur) door psychiatrisch verpleegkundigen over individuele patiënten (diagnostiek, advies, behandeling en verwijsmogelijkheden) | 31 % | 69 % | 0 % |
| 4. Consultatie in de praktijk (spreekuur) door eerstelijnspsycholoog over individuele patiënten (advies en behandeling) | 70 % | 30 % | 21 % |
| 5. Sociale kaart (bij voorkeur geautomatiseerd) van de verwijs- en behandelmogelijkheden in de regio t.a.v. GGZ | 87 % | 13 % | 19 % |
| 6. Een geautomatiseerde lijst met wachttijden over de eerstelijns en gespecialiseerde GGZ ten behoeve van consultatie en verwijzing | 83 % | 17 % | 5 % |
| 7. Casuïstiek overleg met de gespecialiseerde GGZ | 62 % | 38 % | 3 % |
| 8. Casuïstiek overleg met de eerstelijns GGZ | 74 % | 26 % | 4 % |
| 9. Samenwerkingsprotocollen | 72 % | 28 % | 3 % |
| 10. Multidisciplinaire richtlijnen | 76 % | 24 % | 4 % |
| 11. Andere | / | / | 2 % |

In tabel 6 worden ondersteuningsvormen die niet bij de standaard antwoordmogelijkheden stonden, opgegeven door respondenten. Ook andere opmerkingen rond ondersteuningsvormen worden weergegeven.

Tabel 6. Reacties ondersteuningsvormen

| *Andere ondersteuningsvormen aangegeven door respondenten* |
|---|
| "Snelle telefonisch back-up door psychiaters, consultatieve psychiatrie (cfr. aanbeveling in Nederland)." |
| "Intercollegiaal casuïstiek overleg." |
| "Opleiding binnen de huisartsenopleiding en in nascholing betreffende cliëntgerichte gespreksvoering en systeemdenken." |
| *Overige opmerkingen rond ondersteuningsvormen* |
| "Samenwerkingsprotocollen zijn soms toch hopeloos door de lange wachttijden in de centra voor geestelijke gezondheidszorg. In de privé-sector kan je vaak sneller terecht, maar mensen hebben de financiën niet of er niet voor over ..." |
| "Momenteel organiseren wij regionale bijeenkomsten in onze regio." |
| "Sorry, ik duid zowat alles aan, maar momenteel bestaat er ook niet veel." |
| "NB: de evidence-based cognitieve technieken zijn wel erg in de mode en nuttig maar NIET van groot belang voor psychische zorg in de huisartsenpraktijk." |
| "Terugbetaling psycholoog is wenselijk; goed voor patiënt en goed voor ons: weer een groep minder die in het zwart kan werken." |
| "Ik vind dat er een mogelijkheid zou moeten bestaan om het GGZ-werk die men als huisarts doet beter te honoreren. In ruil voor een betere verloning zou ik graag mijn kwaliteit aangaande GGZ-werk willen laten monitoren. Ik hoop dat men deze piste verder zou kunnen uitwerken en op zoek gaat naar EBM -parameters (zoals bv HbA1c i.v.m. diabetes)." |
| "Nood aan opvangstructuren voor allochtone patiënten met psychiatrische stoornissen (posttraumatisch-persoonlijkheidsstoornis-verslavingsproblematiek) en betere bijscholing hieromtrent." |
| "Volledig terugbetaalde eerstelijns psychologische (psychosociale) hulp is een must! Ook voor de kosteneffectiviteit van de gezondheidszorg en om de werkdruk van de huisartsen haalbaar te houden." |
| "Men vraagt me de top 3 voorkeursbijscholingsvorm aan te geven, maar ik ken niet alle bijscholingsvormen in de praktijk, mogelijk zou ik een andere keuze aangeven indien ik ervaring zou opdoen met andere vormen." |

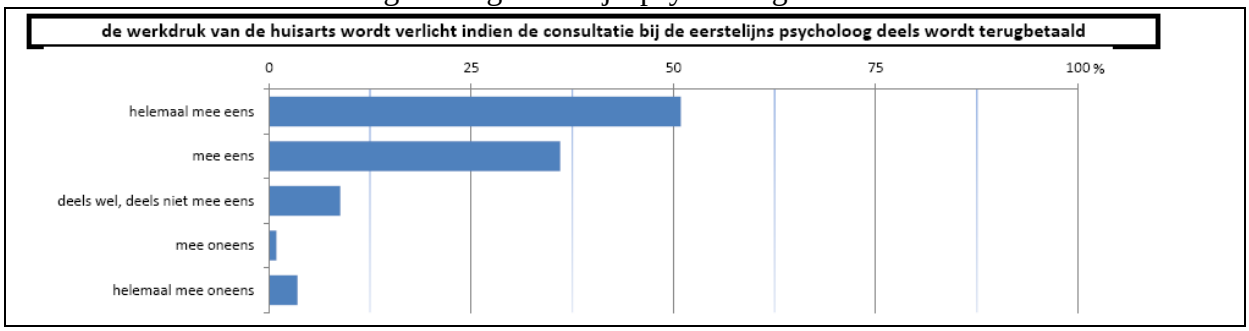
In tabel 7 worden de resultaten weergegeven van de peiling naar mogelijke speciale regelingen die de artsen troffen om de werkbelasting op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg te beperken.

Tabel 7. Maatregelen ter beperking werkbelasting

| *De speciale regelingen die de artsen in hun praktijk getroffen hebben om hun werkbelasting die de uitvoering van de GGZ hulpverlening met zich meebrengt te beperken.* |
|---|
| Meer tijd tijdens afspraakuren, al dan niet ingepland op rustige momenten (13)<br>Samenwerking met psycholoog, in of buiten de praktijk (12)<br>Samenwerking met psychiatrische thuiszorg/ verpleegkundigen/ maatschappelijk werk/ extramurale GGZ (6)<br>Overleg op lokaal niveau (2)<br>Goed contact met psychiater (1)<br>Verwijzing onder huisartsen binnen praktijk (1)<br>Grenzen stellen naar patiënten qua consultatieduur en aantal consultaties voor dergelijke problematiek (2) |
| *Overige opmerkingen rond beperking van de werkbelasting* |
| "Enkele specifieke momenten per week reserveren voor langere gesprekken."<br><br>"Recent eindelijk een psychologe gevonden, waarbij verwijzing en opvolging vlot verloopt én er terugkoppeling is met af en toe bespreken van de casussen (onmogelijk te bereiken met de CGGZ)."<br><br>"We zoeken psycholoog om consultatie te houden in onze praktijk."<br><br>"Aflijnen van consultaties als het kan, proberen 'extramurale' GGZ hulpverlening aan te moedigen."<br><br>"Nog maar eens een tandje bijsteken ten koste van al de rest."<br><br>"Overleggen op lokaal niveau over artikel 107 project."<br><br>"Ik beperk mijn interventie tot 2 à 3 keer, dan verwijzing en indien wachtlijst, verdere opvolging tot aansluiting bij centrum mogelijk." |

Tot slot konden de artsen aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stelling dat de werkdruk van de huisarts verlicht wordt indien de consultatie bij de eerstelijnspsycholoog deels wordt terugbetaald. (grafiek 3)

Grafiek 3. Werkdruk en terugbetaling eerstelijnspsycholoog



*2. Nascholing*

Hieronder wordt eerst weergegeven welke nascholing de huisartsen reeds volgden en vervolgens welke nascholing ze in de toekomst zouden willen volgen. (tabel 8)

Tabel 8. Gevolgde nascholing

| *Top drie van de onderwerpen waarover de artsen de laatste twee jaar nascholing op het gebied van de geestelijke gezondheid volgden (met het percentage van de artsen die over dit onderwerp nascholing volgden).* | |
|---|---|
| 1. depressie | 63 % |
| 2. dementie | 50 % |
| 3. slaapstoornis | 43 % |

Andere thema's van GGZ-nascholing die vermeld werden en die niet in de standaard antwoordmogelijkheden stonden, waren autisme, cursus kinderpsychiatrie, suïcidepreventie, familiaal geweld, mindfulness en ademhalingstechnieken.

Tabel 9. Wens tot nascholing

| *Top tien van de onderwerpen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg waarover de artsen nog nascholing zouden willen volgen (met het percentage artsen die over dit onderwerp nascholing zou willen volgen).* | |
|---|---|
| 1. Onverklaarde lichamelijke klachten | 44 % |
| 2. ADHD/opvoedingsmoeilijkheden | 39 % |
| 3. Fobie/paniekstoornis | 39 % |
| 4. Persoonlijkheidsstoornissen | 38 % |
| 5. Posttraumatisch stress syndroom | 38 % |
| 6. Geneesmiddelenverslaving | 35 % |
| 7. Relatieproblemen | 32 % |
| 8. Alcoholverslaving | 31 % |
| 9. Seksuele problemen | 30 % |
| 10. Eetstoornis | 28 % |

Een enkele arts gaf in de vrije tekst ruimte aan graag bijscholing te willen volgen over hoe wegwijs te raken in de psychosociale hulpverlening en over hoe de samenwerking tussen hulpverleners kon verbeterd worden. Een andere gaf aan graag bijscholing te willen volgen over één bepaalde vorm van psychotherapie.

# 4. Bespreking / Besluiten

In deze thesis werd de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale hulpverlening onder de loep genomen. 114 huisartsen vulden een enquête in. Eveneens werden mogelijke knelpunten en ondersteuningsvormen voor psychosociale hulpverlening bevraagd. Op heden zijn er verschillende visies terug te vinden in de literatuur over de taak van de huisarts op het psychosociale domein. Sommigen zouden de rol van de huisarts hier liever bescheiden zien, terwijl anderen vinden dat de huisarts om verschillende redenen uitermate geschikt is voor hulpverlening op dit vlak. Uit literatuuronderzoek bleek dat de taakuitvoering analoog is aan de taakopvatting. Dit werd dus niet apart bevraagd.

## *a. Vergelijking profiel respondent met gemiddelde huisarts*

De gegevens waarmee vergeleken werd zijn afkomstig van het RIZIV en van het Vlaams Artsensyndicaat. De gemiddelde leeftijd van de respondenten, 45 jaar, komt perfect overeen met de gemiddelde leeftijd van de Belgische huisarts. Het gemiddelde van ongeveer 100 patiëntencontacten per week bij de respondenten komt ook ongeveer overeen met de beschreven gemiddeld 5000 patiëntencontacten per jaar bij een voltijds werkende huisarts. De respondenten van de enquête waren wel vaker een vrouw en werkten vaker in groepsverband dan de gemiddelde Belgische huisarts.

## *b. Bespreking resultaten*

Hier worden de voornaamste resultaten weergegeven met interpretatie en een eventuele vergelijking met bestaande literatuur.

*1. Taakopvatting*

1.1 Taakopvatting volgens deeldomeinen GGZ

De voornaamste onderzoeksvraag in deze thesis was de taakopvatting bij huisartsen rond psychosociale hulpverlening. Aan de artsen werd gevraagd om aan te geven in hoeverre ze diagnostiek en behandeling/begeleiding van deeldomeinen van de geestelijke gezondheidszorg zelf uitvoeren. De resultaten hiervan lagen grotendeels binnen de eigen verwachtingen. Domeinen die men eerder tot psychiatrische pathologie dan tot psychosociale problemen in de enge zin zou kunnen rekenen voeren de huisartsen in mindere mate uit. Het gaat over de diagnostiek en behandeling/begeleiding van bipolaire stoornis, schizofrenie, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. Ook de behandeling en begeleiding van drugsverslaving en eetstoornis kunnen hierbij gerekend worden. Wat opviel was dat ook de behandeling/begeleiding van geneesmiddelenverslaving en van seksuele problemen in mindere mate door de respondenten wordt uitgevoerd. De diagnostiek van beide aandoeningen wordt wel in belangrijke mate opgenomen. Waarom de behandeling van geneesmiddelenverslaving maar in beperkte mate wordt opgenomen is een raadsel. Ofwel zou de patiënt dan moeten verwezen worden voor dit probleem, wat naar het eigen aanvoelen onwaarschijnlijk lijkt, ofwel zou het kunnen dat geneesmiddelenverslaving te weinig behandeld wordt. Het fenomeen met de benzodiazepines is alvast gekend. Rond seksuele problemen ligt mogelijks nog een taboe, waardoor slechts weinig patiënten zich hiermee aanmelden. Daardoor is de arts mogelijks minder onderlegd in de behandeling van dergelijke

problemen. Mogelijks is er ook een tekort aan kennis op dit gebied bij de artsen. Behandeling en begeleiding wordt in het algemeen minder uitgevoerd dan de diagnostiek van de bevraagde aandoeningen. Dit laatste is conform de bevindingen in eerder onderzoek in Nederland.(21,23)

De huisarts doet dus niet alles zelf. Hij is immers geen psychiater. Meer psychiatrische problematiek wordt minder door de huisartsen zelf behandeld. Toch doet de huisarts heel wat zelf: diagnostiek en behandeling van depressie, dementie, onverklaarde lichamelijke klachten, surmenage/spanningsklachten, slaapstoornis, problemen in de werksituatie en verwerkingsproblemen. Ook de diagnostiek en behandeling van posttraumatisch stress syndroom, fobie/paniekstoornis en relatieproblemen met de partner neemt de huisarts voor een groot deel voor zijn rekening. Hij neemt ook de diagnostiek (minder de behandeling/begeleiding) van alcoholverslaving, geneesmiddelenverslaving, eetstoornis, seksuele problemen en problemen met de sociale zekerheid op zich.

1.2 Psychotherapie aanbieden?

De artsen vinden dat ze in het algemeen vooral een ondersteunende en empathische rol hebben in psychosociale hulpverlening. Ongeveer 4 op 10 vindt dat de huisarts ook vormen van psychotherapie dient aan te bieden, 2 op 10 is het hiermee oneens en 4 op 10 stelt zich in deze kwestie neutraal op.

Dat de 'usual care' door de huisarts al een belangrijke waarde heeft, kwam ook naar voren in een kwalitatieve studie van Buszewicz et al. die gepubliceerd werd in 2006 in de British Journal of General Practice. De ervaringen van patiënten rond hun consultaties met de huisarts voor psychologische problemen werd bevraagd. Vooral een onderliggende houding bij de arts van oprechte interesse en empathie binnen de continuïteit van de arts-patiënt relatie werd door de patiënten ten zeerste geapprecieerd.(24)

Er bestaat wel enige evidentie voor het effect van psychotherapie in de eerste lijn. Literatuuronderzoek hieromtrent vindt u terug in bijlage 5. Daar worden vier meta-analyses besproken en samenvattend weergegeven in een tabel.(25-28) Een struikelblok bij dergelijk onderzoek is wel het gebrek aan definiëring van psychologische behandelingen. Een voorbeeld hiervan is de term ‘counselling’ die meestal zonder duidelijke definiëring gebruikt wordt. Dit maakt het moeilijk om studies te vergelijken.(29) Ook is het belangrijk niet zomaar evidentie voor psychologische interventies uit de tweede lijn over te nemen. Dit toonden Raine et al. aan in een systematische review die in 2002 gepubliceerd werd in de BMJ. Het ging hier om een systematische review van RCT’s die de werkzaamheid van psychologische interventies op het chronisch vermoeidheidssyndroom, prikkelbaredarmsyndroom en chronische rugpijn naging. Twee derde van de geïdentificeerde studies vond plaats in de tweede lijn. En de werkzaamheid bleek groter in de tweede lijn.(30)

Men kan zich ook de vraag stellen welke problemen geschikt zijn voor psychotherapeutische aanpak door de huisarts. Volgens Lucassen P. zijn vooral kort bestaande en goed omschreven problemen geschikt voor gesprekshulp bij de huisarts. Bij langer bestaande en gecompliceerde problemen zou verwijzing een betere optie zijn.(3) Stavrou et al. onderzochten de redenen voor verwijzing. Ze publiceerden hun kwalitatieve studie in 2009 in de British Journal of General Practice. De redenen voor verwijzing bleken zowel patiënt gebonden als arts gebonden. De patiënt gebonden factoren waren enerzijds of er interesse in en vraag was naar

verwijzing door de patiënt en anderzijds of de arts inschatte of de patiënt voordeel zou halen uit psychotherapie. Arts gebonden factoren waren de eigen capaciteit om de patiënt te helpen en dit op het vlak van de eigen vaardigheden, ervaring, kennis en tijd. Een andere factor die ook een rol speelt bij het al dan niet verwijzen is het fenomeen van wachtlijsten.(31,32)

1.3 Conclusie taakopvatting

De taak van de huisarts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg reduceren tot louter diagnostiek, zoals door sommigen voorgesteld in de literatuur, wordt zeker niet ondersteund door het eigen onderzoek. Aan alle artsen vragen psychotherapie aan te bieden, lijkt momenteel ook niet voldoende ondersteund. Op de vraag wat artsen vinden dat ze moeten doen, ligt het antwoord, zoals zo vaak, ergens in het midden.

*2. Knelpunten*

In de afgenomen enquête bleek dat er gemiddeld 17 minuten gereserveerd wordt voor de patiënt tijdens het afspraakspreekuur, terwijl een consultatie met een patiënt met psychische of psychosociale problemen gemiddeld 30 minuten duurt. Dit grote verschil in consultatieduur komt overeen met de bevindingen in de literatuur. De huisartsen die deelnamen aan de NIVEL-enquête besteedden gemiddeld 10 minuten aan een consultatie met somatische problematiek, terwijl ze voor een consultatie met een patiënt met psychosociale problemen gemiddeld 20 minuten nodig hadden.(15) In 2002 publiceerden Deveugele et al. een onderzoek in de BMJ waaruit onder andere bleek dat consultaties waarin psychosociale problemen als belangrijk werden beschouwd door arts en patiënt langer duurden dan consultaties met louter somatische problemen. Ook interessant is dat vooral de ideeën van de arts of er al dan niet een psychosociaal probleem is, een impact hebben op de consultatietijd.(33) In 2003 gaven 82% van de deelnemende huisartsen aan de NIVEL-enquête aan dat de zorg voor patiënten met uitsluitend psychische problemen meer tijd vraagt dan de zorg voor patiënten met uitsluitend somatische problemen.(15) Naast de langere consultatietijd consulteren patiënten met psychosociale problemen de huisarts ook frequenter en ze stellen per contact ook meer problemen aan de orde.(19)

Hoewel de langere consultatietijd bij psychosociale problemen hier onder de hoofding 'knelpunten' besproken wordt, hoeft dit niet altijd een knelpunt te zijn. Het is logisch dat dit bij een volle wachtzaal wel vervelend zal zijn, maar indien het op voorhand geweten is dat het om dergelijke problematiek gaat, kan er meer tijd voorzien worden voor de consultatie of kan de consultatie op een rustig moment ingepland worden.

Vooral de hulpverlening tijdens de periode dat de patiënt op de wachtlijst staat voor de tweede lijn wordt als knelpunt ervaren. Maar liefst 70 % van de artsen vindt dit een knelpunt. Hiermee werd de zorgverlening tijdens de wachtlijstperiode twee maal vaker als knelpunt ervaren dan in het Nederlandse onderzoek uit 2003.(15) Ook onvoldoende vergoeding blijkt een knelpunt. 54 % van de artsen geven dit op als knelpunt. Hiermee wordt het belangrijker bevonden dan 'te weinig tijd' (40%), 'ontbreken van de sociale kaart' (39 %) en 'te veel taken voor de huisarts' (33 %).

*3. Ondersteuning*

## 3.1 Ondersteuningsvormen

Wat de huisartsen vooral verkozen ter ondersteuning waren regionale bijeenkomsten met psychiaters over specifieke GGZ-thema's, consultatie in de praktijk door een eerstelijnspsycholoog en een sociale kaart van de verwijs- en behandelingsmogelijkheden in de regio. Naast deze vormen werden nog heel wat initiatieven als nuttig bevonden, uitgezonderd consultatie in de praktijk door een psychiatrisch verpleegkundige. Dit laatste naar analogie met een Nederlands project. Mogelijks is dit te verklaren door het niet vertrouwd zijn met deze vorm van ondersteuning. Andere mogelijke ondersteuningsvormen, die niet bij de standaard antwoordmogelijkheden stonden en die de respondenten opgaven, waren snelle telefonische consultatie van een psychiater en intercollegiaal casuïstiek overleg. Het niet terugbetaald zijn van een psycholoog op de eerste lijn werd door huisartsen ook als knelpunt ervaren. Moest dit wel terugbetaald zijn, zou dit een ondersteuning betekenen en de werkdruk van de huisarts verlichten. De meest opgesomde regelingen die de artsen troffen om de werkbelasting die de uitvoering van de GGZ-hulpverlening met zich meebrengt te beperken, zijn meer tijd voorzien tijdens afspraakuren, eventueel op rustige momenten, en samenwerking met een psycholoog, in of buiten de praktijk.

## 3.2 Nascholing

De drie onderwerpen waarover het meeste nascholing gevolgd werd, zijn depressie, dementie en slaapstoornis. De top vijf van onderwerpen waarover zij nog nascholing zouden willen volgen in de toekomst zijn ten eerste onverklaarde lichamelijke klachten, ten tweede ADHD/opvoedingsmoeilijkheden, ten derde fobie/paniekstoornis, ten vierde persoonlijkheidsstoornissen en tot slot posttraumatisch stress syndroom.

In deze enquête werd enkel de wens tot nascholing bevraagd gericht op ziektecategorieën. De wens tot nascholing gericht op het vergroten van vaardigheden met betrekking tot het herkennen van psychische en sociale problemen en de begeleiding ervan werd niet nadrukkelijk bevraagd.(15)

## 5. Aanbeveling

De hulpverlening tijdens de periode dat de patiënt op de wachtlijst staat voor gespecialiseerdere hulpverlening vormt een belangrijk knelpunt voor de huisartsen. Dit gegeven is uiteraard niet nieuw. Middelen dienen ingezet te worden om dit knelpunt zoveel mogelijk te beperken. Dit kan door de eerste lijn te ondersteunen en/of door de tweede lijn te versterken om de wachtlijstperiode zoveel mogelijk weg te werken. Onvoldoende vergoeding voor het werk op gebied van de geestelijke gezondheidszorg vormt ook een belangrijk knelpunt voor de artsen. Zelfs in een periode van besparingen ijveren de artsen best verder voor en heeft de overheid best oor naar een correcte verloning voor het werk van de hooggeschoolde universitair die de huisarts is. Terugbetaling van een psycholoog op de eerste lijn lijkt ook wenselijk. Er dient aandacht besteed te worden aan de uitbouw van een goede samenwerking tussen huisarts en eerstelijnspsycholoog.

Organisatie van regionale bijeenkomsten met psychiaters over specifieke GGZ-thema's wordt door veel huisartsen als een goede ondersteuning gezien. Huisartsenkringen zouden hiermee rekening kunnen houden. Ze zouden bij voorkeur nascholing kunnen organiseren over de onderwerpen waaraan de artsen het meest behoefte hebben zoals onverklaarde lichamelijke klachten, ADHD/opvoedingsmoeilijkheden, fobie/paniekstoornis, persoonlijkheidsstoornissen en posttraumatisch stress syndroom.

Op heden zijn aspecten als een persoonsgerichte omgang met de patiënt met aandacht voor zijn context en communicatietechnieken al opgenomen in de eindtermen van de specialisatie huisartsgeneeskunde.(34) Vormen van psychotherapie aanleren aan alle huisartsen lijkt niet voldoende ondersteund door de huisartsen. Men kan zou dit wel kunnen aanbieden aan huisartsen en huisartsen-in-opleiding die hierin geïnteresseerd zijn. Een blijvende nadruk in de opleiding op luisteren en een empathische houding lijkt wel obligaat.

## 6. Evaluatie / Beperkingen

De lage respons van 7 % op de enquête is een belangrijke beperking van het onderzoek. Dit kan te maken hebben met een zekere enquête-moeheid onder de artsen. Een beperking verbonden aan iedere enquête is dat men zich baseert op de antwoorden gegeven door de artsen. Er kan dus steeds sprake zijn van bijvoorbeeld een zekere recall bias of van het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Deelnemende huisartsen verschillen mogelijks ook van niet-deelnemende huisartsen waardoor de besluiten niet te veralgemenen zijn. Dit zou bijvoorbeeld kunnen het geval zijn op het vlak van interesse in de geestelijke gezondheidszorg. Interesse in de geestelijke gezondheidszorg heeft namelijk een invloed op het handelen van huisartsen.(21) Een ander punt van kritiek zou kunnen zijn dat de samenwerking tussen hulpverleners in de enquête niet bevraagd werd.

Ongetwijfeld de sterkte van het onderzoek is het feit dat het zich situeert binnen een zeer relevante thematiek. Psychosociale problemen komen vaak voor. In de Nationale Gezondheidsenquête, afgenomen in 2008, kwam naar voren dat 14 % van de bevolking vermoedelijk mentale problemen heeft.(35) Wat de huisarts tot zijn taak rekent, is zeker relevant, ook voor het uitstippelen van verder beleid. De eigen zoekacties leerden dat dergelijk onderzoek tot nu toe uitgebreider gebeurd is in het Nederlandse dan in het Vlaamse landschap.

## 7. Bijlages

*a. Bijlage 1: Incidentie van International Classification of Primary Care (ICPC) 2-codes volgens Intego-project per 1000 patiëntenjaren in 2008.*

| | | |
|---|---|---|
| Psychische stoornissen | | |
| 1. | depressieve stoornis | 10,56 |
| 2. | acute stressreactie | 6,12 |
| 3. | slaapstoornis | 6,01 |
| 4. | angstig/ nerveus/ gespannen | 3,37 |
| 5. | neurasthenie/ surmenage | 2,72 |
| 6. | andere psychische symptomen/ klachten | 2,20 |
| 7. | angststoornis/ angsttoestand | 1,73 |
| 8. | chronisch alcoholmisbruik | 1,37 |
| 9. | tabaksmisbruik | 1,18 |
| 10. | drugsmisbruik | 1,10 |
| Sociale problemen | | |
| 1. | problemen met werk | 2,49 |
| 2. | probleem met werkloosheid | 1,23 |
| 3. | relatieprobleem met partner | 1,12 |
| 4. | probleem met sociale zekerheid | 0,84 |
| 5. | verlies/ overlijden van partner | 0,68 |

## *b. Bijlage 2: Enquête*

### Psychosociale hulpverlening door huisartsen

Inleiding

Deze vragenlijst, in het kader van mijn masterthesis (1), peilt naar de taakopvatting van huisartsen rond psychosociale hulpverlening. Het is een aangepaste versie van een Nederlandse enquête in 2001 en 2003 opgesteld door het NIVEL en de toenmalige Centre for Quality of Care Research WOK, tegenwoordig IQ-healthcare (2).
De volgende onderwerpen komen in de enquête aan bod:

- knelpunten bij de uitvoering van psychosociale hulpverlening
- uw taakuitvoering ten aanzien van psychische of psychosociale problematiek
- (na)scholing
- ondersteuning op het vlak van geestelijke gezondheidszorg
- de werkbelasting

De doelstelling van de masterthesis is om, op basis van uw antwoorden, aanbevelingen te formuleren die kunnen gebruikt worden in de beleidsvorming van de geestelijke gezondheidszorg en bij het opmaken van een aanbod van scholing voor huisartsen.

Uw anonimiteit als respondent wordt verzekerd. De vragenlijst kost slechts 15 minuten van uw tijd.

Voor vragen over het onderzoek kunt u terecht per email: sgoigne.vragenlijst@gmail.com

Wilt u de enquête a.u.b. voor 31 oktober invullen?
Om de enquête te starten volstaat het op onderstaande link te klikken.

<iframe
src="https://docs.google.com/spreadsheet/embeddedform?formkey=dFNYVlhtZlR4MEx3YkhfTzk0RER2Nmc6MQ" width="760" height="10215" frameborder="0" marginheight="0" marginwidth="0">Loading...</iframe>

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Goigne Stéphanie
Huisarts-in-opleiding

(1) Promotor masterthesis: prof. Goedhuys Jo, K.U.Leuven

(2) Landelijke enquête onder huisartsen
2001, WOK (Centre for Quality of Care Research van het UMC St Radboud)
2003, NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg)
S.A. Meijer, E.M. Zantinge, P.F.M. Verhaak, Evaluatie versterking eerstelijns GGZ, NIVEL 2004

**KNELPUNTEN BIJ HET VERLENEN VAN ZORG AAN PATIËNTEN MET PSYCHISCHE EN SOCIALE PROBLEMEN**

Wilt u aangeven in hoeverre onderstaande items voor u een **knelpunt** vormen bij het verlenen van zorg aan patiënten met psychische en sociale problemen. Kruis het hokje aan bij het getal dat overeenkomt met de mate waarin u het knelpunt ervaart.

| *Mogelijke knelpunten bij GGZ-hulpverlening* | *niet* | | | | | *in zeer sterke mate* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *1* | *2* | *3* | **4** | **5** | *6* |
| ***1. Te weinig tijd.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***2. Ontbreken van een actuele sociale kaart op GGZ-gebied.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***3. De zorgverlening door de huisarts tijdens de periode dat de patiënt op de wachtlijst staat voor gespecialiseerdere zorg.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***4. Te veel taken voor de huisarts.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***5. Onvoldoende kennis en vaardigheden om patiënten met psychische en sociale problemen te behandelen.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***6. Onvoldoende vergoeding.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***7. De GGZ is onvoldoende evidence-based.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| ***8. Onvoldoende interesse.*** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

## TAAKOPVATTING

1. In onderstaande tabel zijn 20 psychische en/of psychosociale aandoeningen weergegeven. Wilt u per aandoening aangeven in hoeverre u diagnostiek en behandeling/begeleiding van de aandoening daadwerkelijk zelf uitvoert?

| | | Ik voer deze taak zelf uit | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | altijd | meestal | soms | zelden | nooit |
| 1. Depressie. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 2. Bipolaire stoornis. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 3. Posttraumatisch stress syndroom (PTSS), kortdurend trauma. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 4. Fobie / Paniekstoornis. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 5. Schizofrenie / Wanen. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 6. Dementie. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 7. Alcoholverslaving. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 8. Drugsverslaving. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 9. Geneesmiddelenverslaving. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 10. Onverklaarde lichamelijke klachten. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 11. Surmenage / Spanningsklachten. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| | | Ik voer deze taak zelf uit | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | altijd | meestal | soms | zelden | nooit |
| 12. Eetstoornis. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 13. ADHD / Opvoedingsmoeilijkheden. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 14. Slaapstoornis. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 15. Persoonlijkheidsstoornissen. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 16. Relatieprobleem met partner. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 17. Problemen in de werksituatie. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 18. Verwerkingsproblemen. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 19. Seksuele problemen. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 20. Problemen met sociale zekerheid. | • diagnostiek | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| | • behandeling/begeleiding | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

Zijn er binnen de GGZ-problematiek onderdelen/gebieden die u in het bijzonder interesseren?

❑ Nee

❑ Ja, welke onderdelen: 1……

2……

2. Kunt u bij de volgende twee uitspraken aangeven in hoeverre u het met de uitspraken eens bent?

| | helemaal mee eens | mee eens | deels wel, deels niet mee eens | mee oneens | helemaal mee oneens |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. De huisarts heeft vooral een ondersteunende en empathische rol in psychosociale hulpverlening. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 2. De huisarts dient ook vormen van psychotherapie aan te bieden. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

## SCHOLING

De volgende vragen gaan over nascholing in het algemeen en met name op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

1. Hoeveel uren bij- of nascholing heeft u de laatste 2 jaar bij benadering in totaal gevolgd?

   - …… uren

2. Hoeveel uren bij- of nascholing op GGZ-gebied heeft u in de laatste 2 jaar bij benadering in totaal gevolgd?

   - …… uren

3. Welke GGZ-nascholing heeft u de laatste 2 jaar gevolgd?
   Kruis aan welke onderwerpen het betrof. *Meerdere antwoorden mogelijk.*

   - ☐ depressie
   - ☐ bipolaire stoornis
   - ☐ posttraumatisch stress syndroom
   - ☐ fobie / paniekstoornis
   - ☐ schizofrenie / wanen
   - ☐ dementie
   - ☐ alcoholverslaving
   - ☐ drugsverslaving
   - ☐ geneesmiddelenverslaving
   - ☐ onverklaarde lichamelijke klachten
   - ☐ surmenage / spanningsklachten
   - ☐ N.v.t. geen nascholing gehad
   - ☐ eetstoornis
   - ☐ ADHD / opvoedingsmoeilijkheden
   - ☐ slaapstoornis
   - ☐ persoonlijkheidsstoornissen
   - ☐ relatieproblemen
   - ☐ problemen in de werksituatie
   - ☐ verwerkingsproblemen
   - ☐ seksuele problemen
   - ☐ sociale zekerheid
   - ☐ anders, namelijk……

4. Kruis aan over welke onderwerpen u nog nascholing zou willen volgen?
   *Meerdere antwoorden mogelijk.*

   - ☐ depressie
   - ☐ bipolaire stoornis
   - ☐ posttraumatisch stress syndroom
   - ☐ fobie / paniekstoornis
   - ☐ schizofrenie / wanen
   - ☐ dementie
   - ☐ alcoholverslaving
   - ☐ drugsverslaving
   - ☐ geneesmiddelenverslaving
   - ☐ onverklaarde lichamelijke klachten
   - ☐ surmenage / spanningsklachten
   - ☐ N.v.t. geen nascholing gehad
   - ☐ eetstoornis
   - ☐ ADHD / opvoedingsmoeilijkheden
   - ☐ slaapstoornis
   - ☐ persoonlijkheidsstoornissen
   - ☐ relatieproblemen
   - ☐ problemen in de werksituatie
   - ☐ verwerkingsproblemen
   - ☐ seksuele problemen
   - ☐ sociale zekerheid
   - ☐ anders, namelijk……

5. Hoe hoog schat u de kans dat u deze nascholing in de komende 2 jaar effectief zal volgen?

- ❑ Eerder laag
- ❑ Eerder hoog
- ❑ Ik weet het niet

## ONDERSTEUNING

In onderstaande tabel zijn verschillende ondersteuningsvormen weergegeven die u zouden kunnen helpen uw GGZ-taak goed te kunnen uitvoeren.

a) Wilt u per ondersteuningsvorm aangeven of u behoefte heeft aan deze ondersteuningsvorm?
b) Wilt u aangeven welke ondersteuningsvorm u prefereert? Nummer de belangrijkste drie ondersteuningsvormen (1 t/m 3, 1=meest belangrijk).

| *Ondersteuningsvorm* | **Behoefte aan deze ondersteuningsvorm?** | | **Voorkeur (nummer van 1 t/m 3)** |
|---|---|---|---|
| | **Ja** | **Nee** | |
| 1. Regionale bijeenkomsten van huisartsen met psychiaters over specifieke GGZ-thema's. | ❑ | ❑ | |
| 2. Regionale bijeenkomsten van huisartsen met huisartsspecialisten op het gebied van de GGZ over specifieke GGZ-thema's. | ❑ | ❑ | |
| 3. Consultatie in de praktijk (spreekuur) door psychiatrisch verpleegkundigen over individuele patiënten (diagnostiek, advies, behandeling en verwijsmogelijkheden). | ❑ | ❑ | |
| 4. Consultatie in de praktijk (spreekuur) door eerstelijnspsycholoog over individuele patiënten (advies en behandeling). | ❑ | ❑ | |
| 5. Sociale kaart (bij voorkeur geautomatiseerd) van de verwijs- en behandelmogelijkheden in de regio t.a.v. GGZ. | ❑ | ❑ | |
| 6. Een geautomatiseerde lijst met wachttijden over de eerstelijns en gespecialiseerde GGZ ten behoeve van consultatie en verwijzing. | ❑ | ❑ | |
| 7. Casuïstiek overleg met de gespecialiseerde GGZ. | ❑ | ❑ | |
| 8. Casuïstiek overleg met de eerstelijns GGZ. | ❑ | ❑ | |
| 9. Samenwerkingsprotocollen. | ❑ | ❑ | |
| 10. Multidisciplinaire richtlijnen. | ❑ | ❑ | |
| 11. Andere : …… …….. | ❑ | ❑ | |

## WERKBELASTING

1. Wat is het percentage dat u werkzaam bent in de praktijk?
   *Maximaal 100%, bijvoorbeeld een vrije dag per week is 80%.*

   - ... %

2. Wat is het totaal aantal patiënten in de hele praktijk?

   - …… patiënten in de hele praktijk

3. Hoeveel tijd reserveert u gemiddeld per patiënt tijdens het afspraakspreekuur?

   - …… minuten

4. Hoeveel tijd neemt gemiddeld een consult bij patiënten met psychische of psychosociale problematiek in beslag?

   - …… minuten

5. Hoeveel patiëntencontacten heeft u gemiddeld per week?
   *Bij het beantwoorden van deze vraag kunt u bijvoorbeeld de laatste week in gedachten nemen.*

   - …… patiëntencontacten

6. Welk percentage van deze consulten betreft het patiënten met psychische en sociale problemen?
   *Bij het beantwoorden van de vraag kunt u bvb de laatste week in gedachten nemen.*

   - ……. % consulten GGZ problematiek

7. Kunt u bij de volgende drie uitspraken aangeven in hoeverre u het met de uitspraken eens bent?

| | helemaal mee eens | mee eens | deels wel, deels niet mee eens | mee oneens | helemaal mee oneens |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. De zorg voor patiënten met uitsluitend psychische problemen vraagt in vergelijking met patiënten met uitsluitend somatische problemen veel meer tijd van mij. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 2. Ik ben tevreden met mijn keuze voor huisartsgeneeskunde. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 3. De werkdruk van de huisarts wordt verlicht indien consultatie bij de eerstelijns psycholoog terugbetaald zou zijn. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 4. Indien ik de keuze had, zou ik minder psychosociaal werk doen. | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

8. Heeft u speciale regelingen in uw praktijk getroffen om uw werkbelasting die de uitvoering van de GGZ hulpverlening (diagnostiek en behandeling/begeleiding) met zich meebrengt te beperken?

❑ Nee
❑ Ja, namelijk .....…….

**TOT SLOT**

Uw geslacht:

- ❑ Man
- ❑ Vrouw

Uw leeftijd: …… jaar

Praktijkvorm:

- ❑ Solo
- ❑ Groep

Ligging praktijk:

- ❑ Stedelijk
- ❑ Landelijk

**Ruimte voor opmerkingen:**

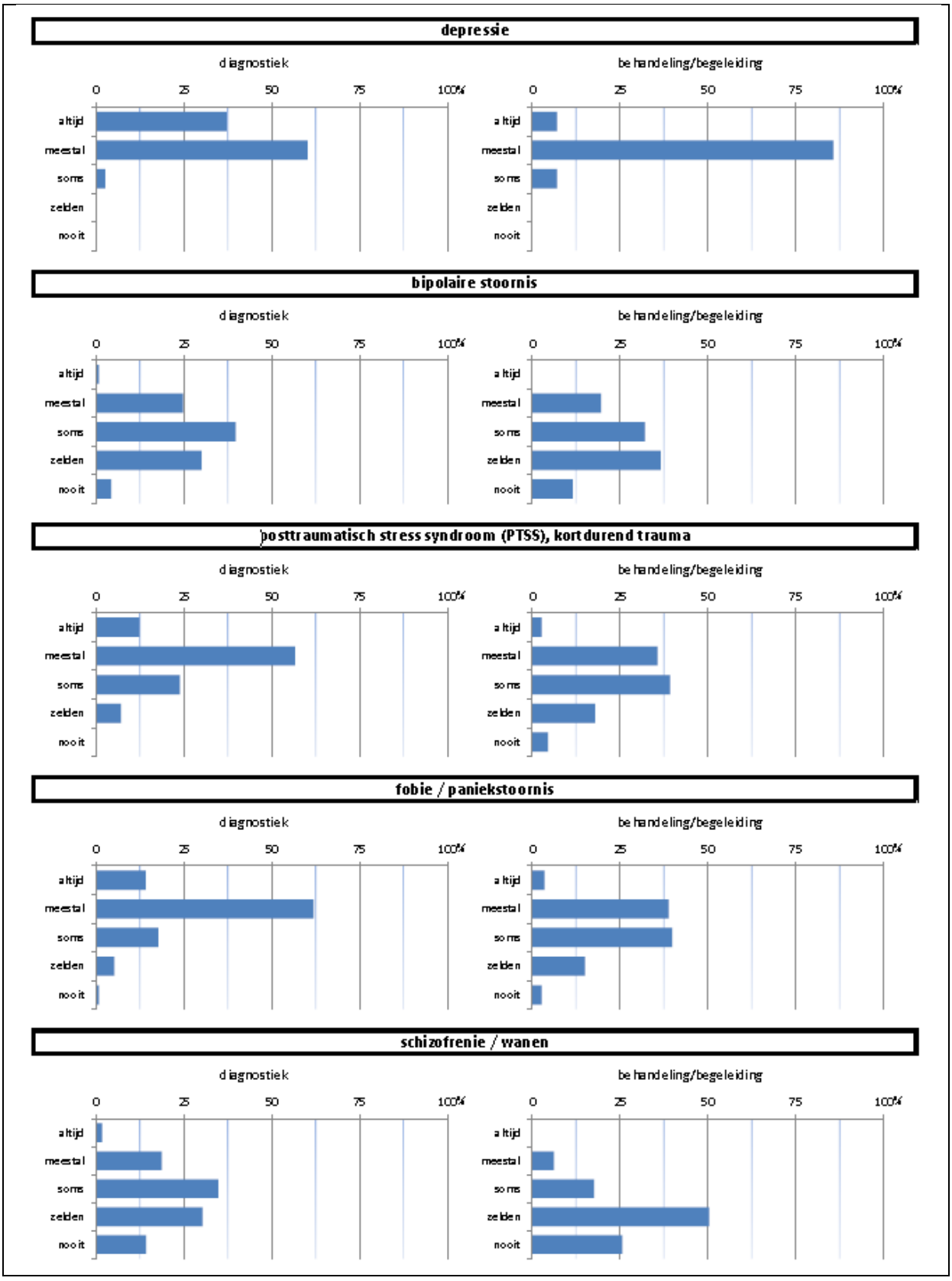
**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!**

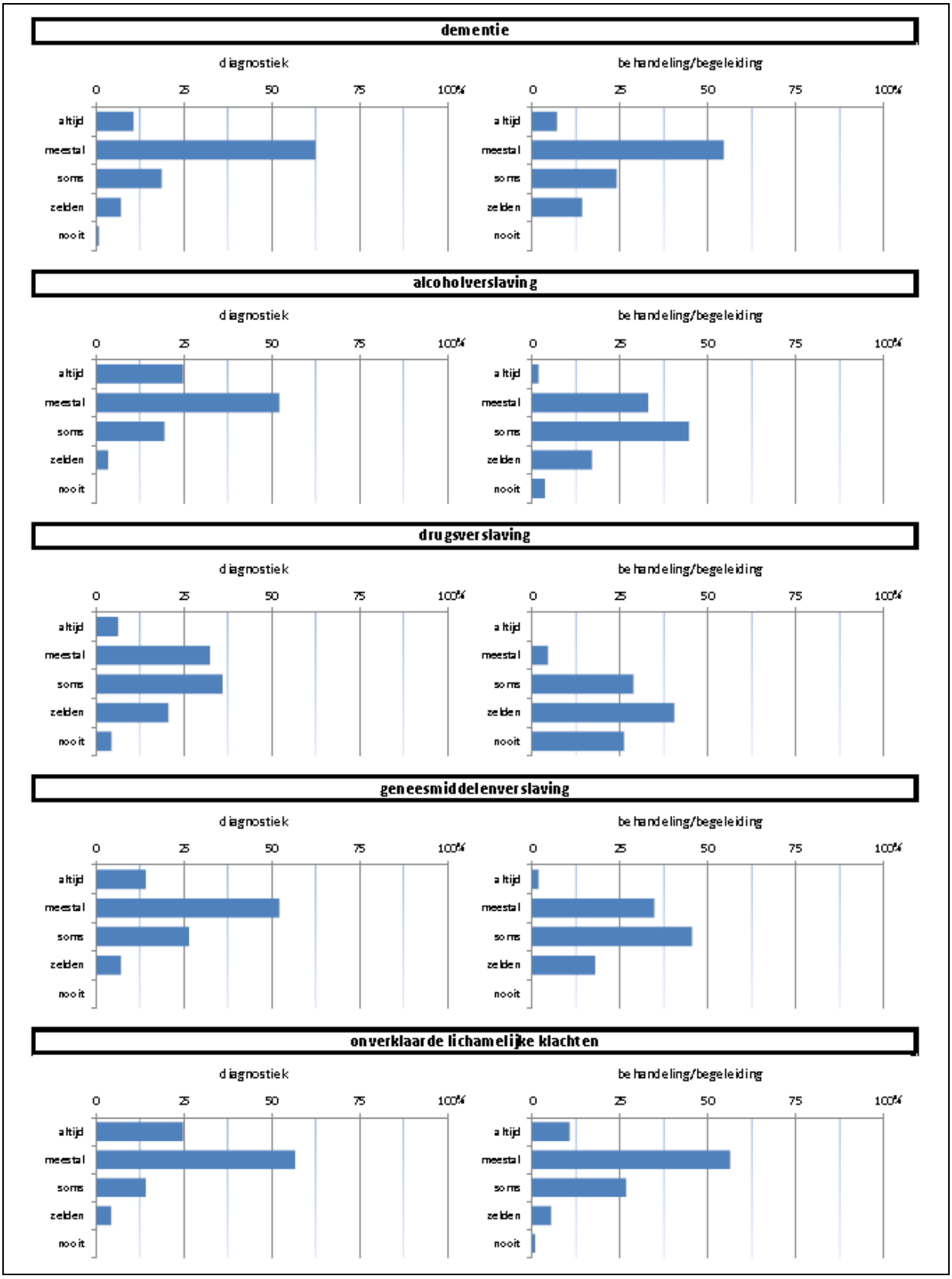
## *c. Bijlage 3: Deelnemende huisartsenkringen*

| **Huisartsenkring** | **Aantal leden** | **Provincie** |
|---|---|---|
| Antwerpen Centrum | 100 | Antwerpen |
| Antwerpen Noord | 47 | Antwerpen |
| Anzegem | 21 | Oost-Vlaanderen |
| Benedenkempen | 14 | Antwerpen |
| Bocholt – Grote Brogel - Lozen | 8 | Limburg |
| Kanton Borgloon | 56 | Limburg |
| Brasschaat | 30 | Antwerpen |
| *Brussel ** | | *Vlaams-Brabant* |
| Deurne-Borgerhout | 109 | Antwerpen |
| Halle – Beersel – Pepingen – Linkebeek – Drogenbos – Sint-Pieters-Leeuw – Sint-Genesius-Rode | 95 | Vlaams-Brabant |
| Hoboken-Kiel-Valaar | 58 | Antwerpen |
| Hoppeland | 43 | West-Vlaanderen |
| Ijzerstreek en Westkust | 83 | West-Vlaanderen |
| Kalmthout | 17 | Antwerpen |
| Klein-Brabant | 45 | Antwerpen |
| Lanaken | 22 | Limburg |
| Lommel | 30 | Limburg |
| Malle-Zoersel | 37 | Antwerpen |
| Merksem - Schoten | 60 | Antwerpen |
| Midden West-Vlaanderen | 126 | West-Vlaanderen |
| Pallieterland en Omgeving | 150 | Antwerpen |
| Panacea | 103 | Oost-Vlaanderen |
| Riemst | 14 | Limburg |
| Ronse | 20 | Oost-Vlaanderen |
| Rupelstreek | 58 | Antwerpen |
| Sint-Truiden en omgeving | 50 | Limburg |
| Tongeren | 29 | Limburg |
| Vaartland (Willebroek + Kappelle-op-den-bos) | 33 | Antwerpen |
| *Voorkempen *** | | *Antwerpen* |
| Wendelen | 40 | Limburg |
| West-Meetjesland | 50 | Oost-Vlaanderen |
| Wilrijk | 32 | Antwerpen |
| | **Totaal: 1580** | |

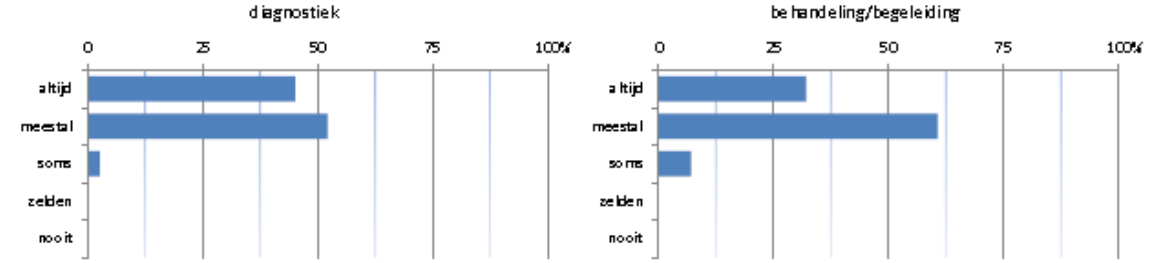
* Van de Brusselse Huisartsen Kring gebeurde de oproep tot invullen van de enquête via een nieuwsbrief. Het is dus onduidelijk hoeveel leden de oproep gelezen hebben.
** Wachtkring Voorkempen maakt deel uit van de wachtkring Pallieterland en omgeving.

*d. Bijlage 4: Resultaten taakopvatting*

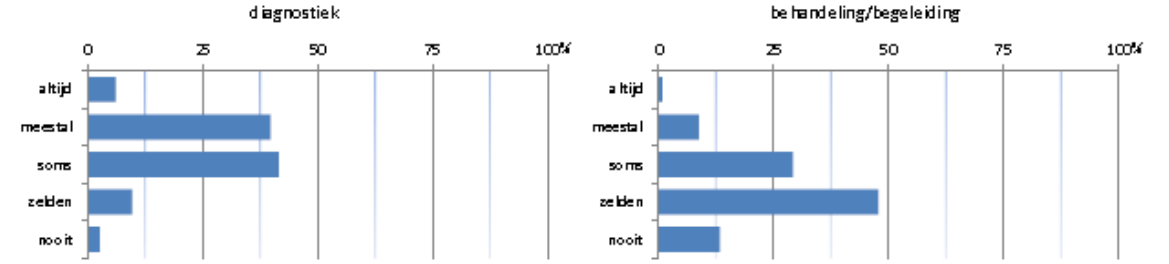



dementie
diagnostiek
behandeling/begeleiding
0
25
50
75
100%
altijd
meestal
soms
zelden
nooit
alcoholverslaving
diagnostiek
behandeling/begeleiding
drugsverslaving
diagnostiek
behandeling/begeleiding
geneesmiddelenverslaving
diagnostiek
behandeling/begeleiding
onverklaarde lichamelijke klachten
diagnostiek
behandeling/begeleiding

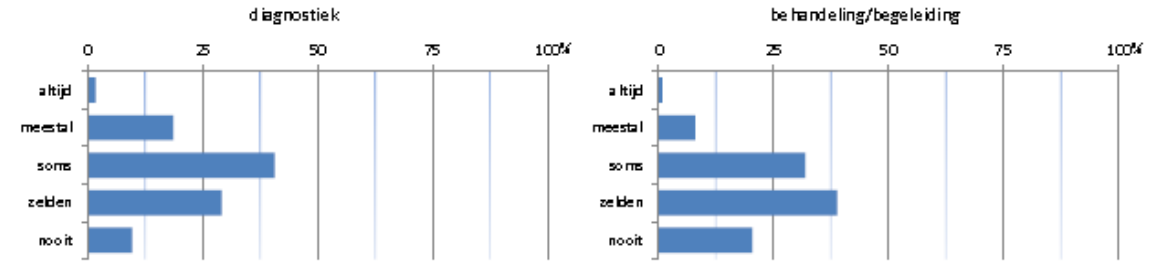
**surmenage / spanningsklachten**



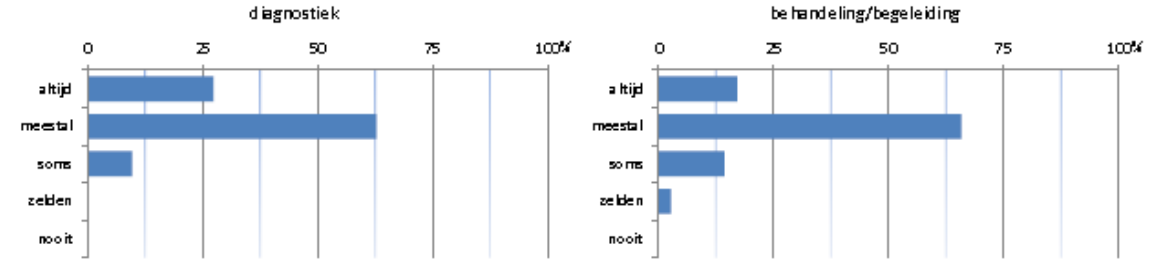

**eetstoornis**



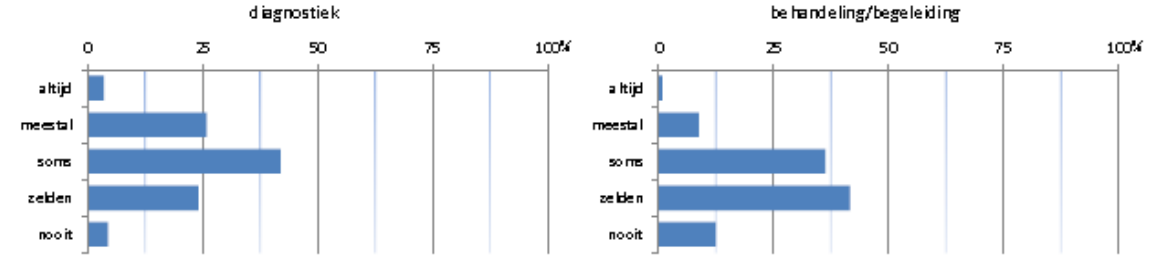

**ADHD / opvoedingsmoeilijkheden**

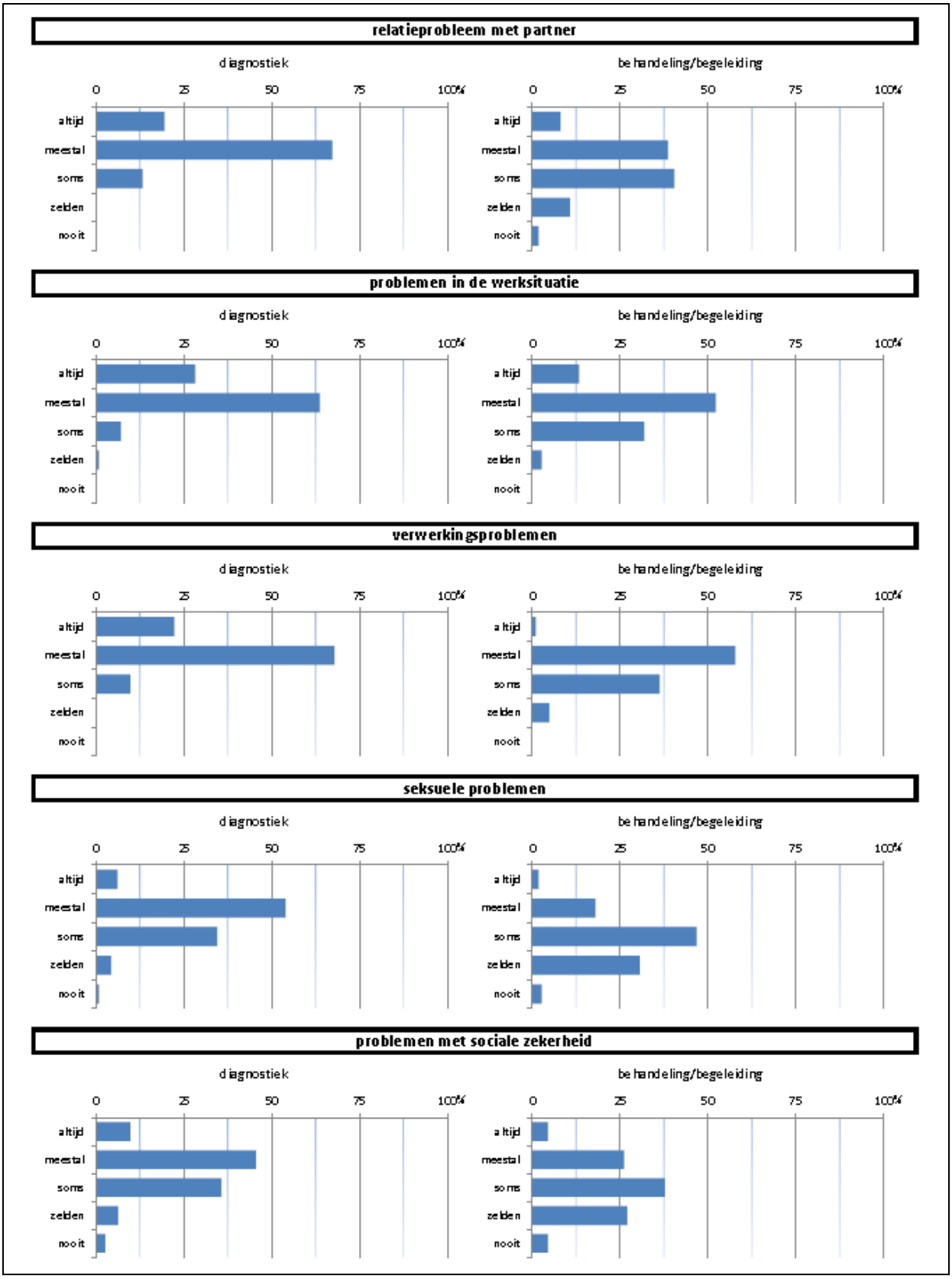



**slaapstoornis**




**persoonlijkheidsstoornissen**




relatieprobleem met partner
diagnostiek
behandeling/begeleiding
problemen in de werksituatie
diagnostiek
behandeling/begeleiding
verwerkingsproblemen
diagnostiek
behandeling/begeleiding
seksuele problemen
diagnostiek
behandeling/begeleiding
problemen met sociale zekerheid
diagnostiek
behandeling/begeleiding
0
25
50
75
100%
altijd
meestal
soms
zelden
nooit

## *e. Bijlage 5: Literatuuroverzicht effect psychotherapie*

Er bestaat evidentie voor het effect van psychotherapie in de eerste lijn. In deze context worden hier vier meta-analyses besproken. De eerste meta-analyse is een Cochrane meta-analyse uit 2007 van **Huibers et al.** De auteurs gaan hier de werkzaamheid na van psychologische interventies specifiek door huisartsen. Dit in tegenstelling tot de drie andere meta-analyses die verder besproken worden waar het gaat om behandeling in de eerste lijn, maar niet noodzakelijk door de huisarts. Men besluit in deze eerste meta-analyse dat er evidentie is dat probleemoplossende therapie door huisartsen voor majeure depressie werkzaam is. Maar het bewijs voor de werkzaamheid van andere therapieën voor andere psychologische problemen zou beperkt of tegenstrijdig zijn. De auteurs stellen dan ook dat er in het algemeen weinig evidentie is voor het gebruik van psychologische interventies door huisartsen en dat meer onderzoek nodig is.(25) In een andere Cochrane meta-analyse uit 2011 gaan **Bower et al.** naast de werkzaamheid ook de kostenefficiëntie van psychotherapie in de eerste lijn na. Ze kwamen tot het besluit dat er een significant grotere werkzaamheid bestaat bij ‘counselling’ t.o.v. de ‘usual care’. Dit gold op korte termijn maar echter niet op lange termijn. De tevredenheid bij de patiënten over counselling was hoog en de kosten van ‘usual care’ en counselling waren gelijkaardig.(26) In een derde meta-analyse, gepubliceerd door **Cuijpers et al.** in de British Journal of General Practice in 2009, werden 15 studies geïncludeerd. Het ging deels om patiënten waarbij de diagnose depressie gesteld werd naar aanleiding van spontane consultaties, maar ook deels om patiënten geselecteerd via screening. Men besloot dat psychologische behandeling van depressie in de eerste lijn bewezen werkzaam is en dit vooral als het ging om patiënten die niet geselecteerd werden via screening.(27) In een laatste meta-analyse, van **Cape et al.**, die gepubliceerd werd in 2010 onderzoekt men eveneens de effectiviteit van psychologische behandelingen in de eerste lijn. Men keek naar de vaak voorkomende problemen van depressie, angst en mengbeelden van beide. 24 studies werden geïncludeerd en in de meerderheid van de gevallen ging het om cognitieve gedragstherapie of probleemoplossende therapie. Behandeling in eerste lijn werd hier ook niet nader gespecificeerd daar dit in de originele onderzoeksrapporten vaak ook niet gebeurde. Na meta-analyse concludeerde men dat alle onderzochte psychologische therapieën werkzaam bleken. Vooral een beperkt aantal sessies cognitieve gedragstherapie bij angst bleek zeer duidelijk werkzaam.(28)

| Syst. review | N studies | N pt. | D/ | R/ door | Inhoud onderzoek | Uitkomst |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Huibers 2007 | 10 | * | Psycho-sociale pro-blemen | De huisarts | Werkzaamheid psychosociale interventies | Evidentie voor PST voor majeure depressie |
| Bower 2011 | 9 | 1384 | Psycho-sociale pro-blemen | 'counsel-lors' uit de eerste lijn | Werkzaamheid/ kosten-efficiëntie 'counselling' t.o.v. CAU | Werkzaamheid 'counselling' groter op korte termijn maar niet op lange termijn; kosten 'counselling' en CAU gelijkaardig |
| Cuijpers 2009 | 15 | 1505 | De-pressie | Eerste lijn | Werkzaamheid psychologische behandeling | Psychologische behandeling depressie werkzaam |
| Cape 2010 | 34 | 3962 | Angst, depressie of meng-beelden | Eerste lijn | Werkzaamheid korte psycho-therapie t.o.v. CAU | Korte CBT, 'counselling' en PST zijn werkzaam in eerste lijn; grootte van het effect is laag in vergelijking met langere behandelingen uitgezonderd voor korte CBT voor angst |

Syst. = systematische. N = aantal. Pt. = patiënten. D/ = diagnose. R/ = behandeling. PST = probleemoplossende therapie. CAU = care-as-usual. CBT = cognitieve gedragstherapie. *geen toegang tot full text.

## 8. Referenties

(1) van der Werf G, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2001, nummer 10:428-435.

(2) Dowrick C, May C, Richardson M, Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? British Jounal of General Practice, 1996, 46, 105-107.

(3) Lucassen P, Terluin B. Alledaagse problemen: ook een zaak voor de huisarts . Huisarts en Wetenschap, jaargang 2001, nummer 12:550-552.

(4) Meulenberg F. Huisartsgeneeskunde als feuilleton. Een pleidooi voor een 'narratieve' benadering. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2001, nummer 5:187-188.

(5) Van Hemert AM. Geestelijke volksgezondheid: een zorg van velen. Ned Tijdschr Geneeskd 2002 5 oktober; 146(40)

(6) De Maeseneer J, Wittevrongel L, Vincke A, Herman E, Desmyter F, Decroos V. Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog. Vlaams agentschap zorg en gezondheid 2009.

(7) Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): A research agenda for the development of evidence-based practice. Br J Gen Pract. 2000 May;50(454):396-400.

(8) Horst H van der, Vries H de. Van persoonlijke, integrale en continue zorg naar medisch maatwerk. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2001, nummer 5:226-229.

(9) Cox MF, Van Marwijk HWJ, Boer C. Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid ggz voor de huisarts opgeleverd? Huisarts en Wetenschap 2006;49(5):266-9.

(10) Psychosociale leerlijn van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding.

(11) Advies Psychotherapie Hoge Gezondheidsraad. Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden. 2005.

(12) Bosman M, Clement A, Van Acker W, De Lange J. Een GGZ-verpleegkundige in de praktijk, wat heb je eraan? Huisarts Wet 2004;47(4):188-91.

(13) Emmen MJ, Meijer SA, Heideman JMC, Laurant MGH, Verhaak PFM. Versterking van de eerstelijns GGZ: effecten op langere termijn. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2007,85(3),166.

(14) Decoster C. Geestelijke gezondheidszorg in België. Een nieuw model voor de toekomst. Huisarts Nu 2012; 41:10-3.

(15) Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. NIVEL 2004.

(16) website IQ healthcare: http://www.iqhealthcare.nl/ContentFront/DefaultStart.aspx

(17) website NIVEL: http://www.nivel.nl/

(18) Department of general practice, K.U.Leuven. Intego-project. [Online]. 2011; available from: URL:http://www.intego.be

(19) Kolthof ED, Zantinge EM, Berg MJ van den, Bakker DH, Zee J van der. Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

(20) Esmee Kolthof. Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. Huisarts en Wetenschap, jaargang 2004, nummer 10:441-441.

(21) Heideman J, van Lin N, Laurant M, Akkermans R, Drenthen T, Grol R. Determinanten van het handelen van huisartsen ten aanzien van psychische aandoeningen. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen: 2005,83(6),342-348.

(22) Seuntjens. 7 stappen voor een succesvolle enquête. Tekst ICHO website.

(23) de Loos S, Laurant M. De taakopvatting van HAIO's ten aanzien van psychische problematiek. De resultaten van een landelijke enquête. Onderzoeksrapport Centre for Quality of Care Research (WOK), UMC St Radboud. 2004.

(24) Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2006 Jul;56(528):496-503.

(25) Huibers MJ, Beurskens AJ, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD003494.

(26) Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Sep 7;(9):CD001025.

(27) Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Br J Gen Pract. 2009 Feb;59(559):e51-60.

(28) Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med. 2010 Jun 25;8:38.

(29) Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): Definitions and literature review. Br J Gen Pract. 2000 Apr;50(453):313-8.

(30) Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? BMJ. 2002 Nov 9;325(7372):1082.

(31) Stavrou S, Cape J, Barker C. Decisions about referrals for psychological therapies: a matched-patient qualitative study. Br J Gen Pract. 2009 Sep;59(566):e289-98.

(32) Van Nuland M. Besliskundige argumenten voor doorverwijzing naar psychotherapie. Huisarts Nu. 2009; 38 (9)

(33) Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002 Aug 31;325(7362):472.

(34) Werkgroep “eindtermen”: Christiaens T, Devroey D, Dewachter J, Gielis G, Heyrman J, Neeven E, Segers D, Thoen A. Eindtermen huisartsgeneeskunde. Rapport ICHO. Versie 2006.

(35) Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008

Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Hesse E, Tafforeau J, Van der Heyden J

Health Interview Survey Interactive Analysis. Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium.