



FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

**Hoge Gezondheidsraad**

Zelfbestuursstraat 4  
B-1070 BRUSSEL

ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD :

Ondersteuning huisartsen, eerstelijnhulp inzake  
geestesgezondheid

(n° HGR 7814 – gevalideerd door het Overgangscollege op 13/04/2005)

## 1. INHOUDSTAFEL

1. INHOUDSTAFEL.....	2
2. INLEIDING.....	3
3. VASTSTELLINGEN.....	4
4. AANBEVELINGEN.....	7
5. SAMENSTELLING VAN DE GROEP.....	13

## 2. INLEIDING

De werkgroep “Ondersteuning huisartsen, eerstelijns hulp inzake geestesgezondheid” werd opgericht op aanvraag van de Minister van Volksgezondheid, voor wie het hier om een terugkerende problematiek gaat: er bestaat immers geen systematische federale planning op dit gebied. Aangezien om dergelijke redenen vaak beroep wordt gedaan op de experts uit de “geestesgezondheid”, leek het daarenboven verstandig een werkgroep op te richten die zowel gezondheidswerkers in de geestesgezondheid en huisartsen omvatte.

Deze werkgroep past in het kader van de huidige bezorgdheden. Zo wordt zijn bestaansrecht volop duidelijk wanneer rekening wordt gehouden met de aanbevelingen van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO) in haar verslag van 2001 over de wereldgezondheid: “The world health report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope”. De WGO sluit dit verslag af met 10 aanbevelingen over de maatregelen die dienen te worden genomen, waarvan de eerste is dat de stoornissen op het niveau van de basisverzorging dienen te worden behandeld: “The management and treatment of mental disorders in primary care is a fundamental step which enables the largest number of people to get easier and faster access to services – it needs to be recognized that many are already seeking help at this level. This not only gives better care; it cuts wastage resulting from unnecessary investigations and inappropriate and non-specific treatments. For this to happen, however, general health personnel need to be trained in the essential skills of mental health care. Such training ensures the best use of available knowledge for the largest number of people and makes possible the immediate application of interventions. Mental health should therefore be included in training curricula, with refresher courses to improve the effectiveness of the management of mental disorders in general health services.” (d.w.z. “De opvang en het behandelen van mentale stoornissen op het niveau van de basisverzorging is een essentiële maatregel waardoor zo veel mogelijk mensen gemakkelijker en vlugger toegang zullen krijgen tot deze diensten. In werkelijkheid wenden zich reeds veel zieken tot dit niveau. Niet alleen worden zij er beter verzorgd, maar zij voorkomen zo ook overbodige onderzoeken en ongeschikte of onspecifieke behandelingen. Om dit te bereiken dient echter het personeel uit de algemene gezondheidszorg een opleiding te genieten in de fundamentele vaardigheden in de geestesgezondheid. Door deze opleiding is men verzekerd dat optimaal gebruik wordt gemaakt van de beschikbare kennis voor zo veel mogelijk mensen en kan dadelijk worden ingegrepen. De geestesgezondheid dient dus te worden opgenomen in de opleidingsprogramma’s, met bijscholingscursussen voor het personeel opdat de mentale stoornissen beter zouden worden behandeld door de algemene gezondheidsdiensten.”)

De doelstelling van deze werkgroep past dus volledig in het kader van deze aanbeveling van de WGO: welke hulp kan aan de huisarts worden geboden opdat deze beter in staat zou zijn vragen inzake geestesgezondheid in eerste lijn te behandelen en desgevallend naar andere hulpverleners in de geestesgezondheid door te verwijzen? Het doel van de werkgroep is ook een verslag met aanbevelingen aan de Minister van Volksgezondheid over te maken opdat op dit gebied nieuwe initiatieven zouden worden genomen.

Deze in 2002 opgerichte werkgroep heeft regelmatig vergaderd en heeft een lijst opgesteld met programma’s voor het opleiden en ondersteunen van huisartsen inzake vroegtijdige opsporing, het opmaken van een diagnose, opvangmodaliteiten, en relationele bekwaamheid, die zowel als basisopleiding alsook als voortgezette opleiding worden geboden. Dit verslag bestaat uit twee hoofddelen: in het ene deel worden alle vaststellingen die op dit gebied werden gemaakt, behandeld, in het andere bevinden zich alle aanbevelingen.

### 3. VASTSTELLINGEN

#### 3.1. Dikwijls uitsluitend medicamenteuze oplossing.

Als antwoord op het gevoel van onbehagen van hun patiënten bieden de artsen dikwijls een uitsluitend medicamenteuze oplossing aan. Sommige huisartsen geven inderdaad toe dat ze moeilijkheden ondervinden om een minimale relatie aan te gaan met hun patiënten in termen van psychologische steun en dat ze zelden hun patiënten doorverwijzen naar beroepsmensen in de psychologische en sociale, of zelfs psychiatrische hulpverlening, waardoor louter voorrang gegeven wordt aan de medicamenteuze behandeling. Enkel een beroep doen op geneesmiddelen zonder een minimale psychologische hulpverlening kan erg in het nadeel werken van de gunstige evolutie van de patiënt.

#### 3.2. Uit te werken samenwerking tussen huisarts en « psy »<sup>1</sup>

Voor de huisarts is het niet altijd gemakkelijk om zich te beroepen op een specialist in de psychiatrie of de psychologie. Er stellen zich hierbij verscheidene vragen: Hoe kan men samenwerken zonder de dossieropvolging van de patiënt te moeten afstaan? De huisartsen ontvangen minder vaak schriftelijke verslagen van de « psy » dan van andere specialisten. Wanneer de patiënt in een psychiatrische dienst verblijft, is er betrekkelijk weinig informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en de huisarts. Nochtans is het essentieel dat er een continuïteit behouden wordt in de zorgverlening aan de patiënt, in het bijzonder i.v.m. de geestesgezondheid. Het gebrek aan informatie-uitwisseling heeft soms tot gevolg dat de patiënt het contact met zijn huisarts verliest. De huisarts begrijpt niet goed wat de steun inhoudt die hij van de psychiater kan krijgen (gebrek aan duidelijkheid). Het aanbod van diensten in de psychiatrische sector is niet altijd overzichtelijk, ook niet voor huisartsen die openstaan of vatbaar zijn voor psychologische of zelfs psychiatrische behandelingen. Wanneer moet men een patiënt doorverwijzen naar een « psy »? Hoe vermijdt men de indruk te geven dat men zich van een moeilijk probleem ontdoet?

Er moet meer contact komen tussen deze praktijkbeoefenaars op verschillende momenten in hun beroepsleven (basisopleiding en voortgezette opleiding). Indien huisarts en « psy » meer samenkomen en elkaar beter leren kennen, kunnen ze hun gemeenschappelijke doelstellingen ontdekken en hun taken beter en aanvullend op elkaar afstemmen.

#### 3.3. De artsenopleiding is ontoereikend op het vlak van de preventie en de geestesgezondheidszorg

##### 3.3.1. De basisopleiding

Het feit dat de psychologische aspecten te weinig in acht worden genomen in de basisopleiding van de huisarts wordt door alle experts onderstreept. Tegenwoordig spreken sommigen zelfs voor wat betreft de relationele aspecten van deze opleiding van een kwantitatieve en kwalitatieve verzwakking.

---

<sup>1</sup> Onder de term « psy », verstaat men elke zorgverlener in de geestesgezondheid (psycholoog, psychiater, psychiatrische verpleger, ...)

Algemeen gezien is de basisopleiding in de geestesgezondheid die in de Belgische universiteiten gegeven wordt, ontoereikend: de volledige cursus – buiten de keuzevakken – omvat 30 tot 60 uur maximum, met verschillende betitelingen. Het gaat meestal om keuzevakken eerder dan verplichte vakken en deze worden weinig gevolgd. Anderzijds zijn de studenten die er wel naartoe gaan, dikwijls meer geïnteresseerd in psychiatrie dan in huisartspraktijk. Het lopen van een stage van één maand in een psychiatrische dienst tijdens de opleiding is nu een veralgemeend initiatief. Dit is een interessante sprong vooruit in de faculteiten voor geneeskunde, maar het is niet voldoende.

### *3.3.2. De voortgezette opleiding*

Huisartsen die in de voortgezette opleiding een richting volgen in de geestesgezondheid staan hier gewoonlijk al voor open, terwijl het juist de anderen zijn, die men moet bereiken en sensibiliseren. Ofschoon er opleidingsmodaliteiten bestaan op psychologisch en psychosociaal vlak, stelt men desondanks vast dat er geen vlotte toegang bestaat tot deze technieken en dat ze trouwens vaak ontwikkeld worden in samenwerking met of uitsluitend door de farmaceutische industrie. In het kader van de opleiding moet het aanbod ruim en divers zijn, zodanig dat elke praktiserende arts de opleiding kan kiezen die het best past bij zijn werkgewoonte. Het blijkt ook duidelijk dat, als huisartsen geen rekening houden met de mogelijke inbreng van de psychiatrie en van het netwerk in de geestesgezondheidszorg in het algemeen, het tegengestelde ook waar is; de beroepsmensen in de geestesgezondheid betrekken maar al te zelden de huisartsen bij de opvang van patiënten.

We weten nu dat de enige gepaste praktijkbehandelingen met een positief gevolg voor de patiënt, behandelingen zijn waarbij er frequente contacten zijn tussen de specialisten in de geestesgezondheid en de huisartsen. De informatie-uitwisseling heeft niet alleen betrekking op gegevens i.v.m. biologische parameters of andere paraklinische medische bijzonderheden (medische beeldvorming, dynamische tests, etc.), er is tevens behoefte aan persoonlijke verbale communicatie tussen de verschillende praktiserende artsen die een patiënt verzorgen, wat uiteraard tijd vraagt. Deze tijd moet in de medische praktijk op een of andere manier gewaardeerd worden. Als besluit kunnen we stellen dat er reden is om de opleiding van artsen meer te baseren op de verschillende aspecten van de geestesgezondheid en in het bijzonder op het relationeel aspect en op het luistervermogen en de communicatie, zowel tijdens de basisopleiding van de student in de geneeskunde, als tijdens de hele duur van de voortgezette opleiding. De methoden om deze mogelijkheden te ontwikkelen zijn talrijk en zullen verder in dit verslag omstandig uitgelegd worden.

### **3.4. De waardering van een specifieke voortgezette opleiding in de geestesgezondheid**

Tijdens bepaalde consultaties bij de huisarts, die rekening houdt met zowel de medische als de psychologische en sociale aspecten van zijn patiënt, zou een betere globale praktijk op een zeker ogenblik van de opvang moeten mogelijk zijn. Dit vereist enerzijds een bijzondere vaardigheid en anderzijds meer tijd, wat een bijkomende valorisatie waard is.

Dergelijke specifieke vaardigheid bestaat reeds voor de huisarts ten opzichte van sommige gespecialiseerde interventies : in de cardiologie, waar het verwerven van de vaardigheid en de continue vorming in het optekenen en interpreteren van een elektrocardiogram bijkomende financiële vergoeding inhoudt.

### **3.5. De vorming in de psychologische hulpverlening stuit op de prioriteiten van een meer technologische opleiding**

De buitengewone ontwikkelingen van de laatste jaren in tal van takken van de biogeneeskunde en de medische technologieën hebben spectaculaire kwaliteitsverbeteringen teweeggebracht in de zorgverlening en in de behandelingsresultaten. Daarover mag men zich verheugen. Deze vooruitgang is jammer genoeg in de artsenopleiding gepaard gegaan met een geleidelijk lagere sensibilisatie van de studenten voor de relationele aspecten t.o.v. de patiënt, en, in het bijzonder voor de aspecten die betrekking hebben op psychologische en psychosociale hulpverlening.

De opleiding van jonge geneeskundestudenten, die soms uitsluitend hospitaalgericht is, versnelt dit proces: bij zijn eerste stage staat de student min of meer open voor het relationeel aspect en, op dat ogenblik alleszins, is zijn « vermogen tot psychologische reactie » nog groot. « Hij begrijpt niet hoe dokters een vrouw die door haar man geslagen wordt, kunnen verzorgen en haar naar huis kunnen laten terugkeren bij haar gewelddadige echtgenoot »<sup>2</sup>. Hij zal echter snel door de technologische en ziekenhuiscultuur gerichte opleidingen gedwongen worden voorrang te geven aan andere zaken. Hierdoor wordt het relationele opzij geschoven opdat de student vertrouwd zou kunnen worden met de bestaande technologieën, hetgeen overigens ook van ontegensprekelijk belang is.

Het in acht nemen van de psychologische en psychosociale aspecten zou op een meer structurele wijze aanwezig moeten zijn in de klinische begeleiding van de studenten in de geneeskunde.

---

<sup>2</sup> Verklaring van een student in de geneeskunde, die op een vergadering van de groep uitgenodigd werd.

## 4. AANBEVELINGEN

### 4.1. Aanbevelingen inzake informatie en communicatie

#### 4.1.1. *Zorgen voor een betere communicatie tussen huisarts en psychiatrische hospitalisatiediensten*

Wanneer een patiënt in de psychiatrie opgenomen wordt, heeft een groot aantal elementen van het medisch verslag betrekking op psychologische, psychosociale aspecten en relationele aspecten tussen het verzorgingsteam en de patiënt. Deze aspecten en ook de andere « over te brengen » aspecten kaderen uiteraard niet zo goed in een medisch verslag. Het contact tussen de behandelende arts en zijn patiënt moet aangemoedigd worden. Het zou inderdaad wenselijk zijn dat er tijdens de opname contact voorzien wordt tussen de huisarts en zijn patiënt, teminste bij de opname en bij het verlaten van het ziekenhuis. De psychiatrische diensten moeten eveneens ertoe aangezet worden om systematisch en op geregelde tijdstippen informatie naar de huisarts door te sturen. Dit betreft voornamelijk behandelingen van lange duur.

#### 4.1.2. *Beter communiceren en de relevante informatie bepalen*

« Beter communiceren » impliceert tweerichtingsverkeer van de informatie, zowel van de huisarts naar de “psy” bij de opname als van de “psy” naar de huisarts tijdens of na de opvang. Bijzonder relevante informatie dient voor elke patiënt afzonderlijk geïdentificeerd en geselecteerd te worden. Men moet de verschillende beschikbare informatievectoren kunnen gebruiken: persoonlijk onderhoud, telefonisch contact, verzending per post, e-mail. De voorkeur voor een bepaalde communicatievorm moet afhangen van het type informatie en van het ogenblik van de opvang.

#### 4.1.3. *Specifieke antwoorden van de “psy” vereisen specifieke aanvragen vanwege de huisarts*

Wanneer een huisarts één van zijn patiënten voor advies naar een “psy” doorverwijst, is het aangewezen dat hij in zijn adviesaanvraag zo duidelijk mogelijk preciseert op welke specifieke vragen hij zo mogelijk een antwoord wenst te bekomen. Het is inderdaad meestal zo dat de informatie van de “psy” naar de huisarts toe uitsluitend de diagnose betreft en totaal onvoldoende is om de huisarts in staat te stellen zijn opvang van de patiënt te verbeteren.

#### 4.1.4. *Behandeling voorgeschreven door de huisarts vóór de opname van zijn patiënt: wat gebeurt ermee tijdens de opname in het ziekenhuis?*

Het is wenselijk dat de vroeger door de huisarts voorgeschreven behandelingen die betrekking hebben op de somatische toestand van de patiënt tijdens de hospitalisatie niet gewijzigd worden zonder voorafgaand overleg met de behandelende arts, tenzij bij medisch spoedgeval. In geval van wijziging zal de patiënt er op de hoogte van worden gebracht dat de beslissing in overleg met zijn behandelende arts genomen werd.

#### *4.1.5. Beter beheer van de toegang tot de communicatie tussen medische hulpverleners*

Wanneer meerdere medische hulpverleners contact met elkaar moeten nemen betreffende een patiënt, blijft in de mate van het mogelijke het telefonisch contact het meest doeltreffend. Het is bijgevolg belangrijk om ervoor te zorgen dat het telefonisch contact tot stand kan komen en dat de verschillende zorgverleners elkaars gegevens kennen en op de hoogte zijn van elkaars beschikbaarheid. Thans bestaat er op internet in het Brusselse gewest een lijst van huisartsen met hun persoonlijke gegevens en bereikbaarheid. Dergelijk initiatief moet in alle gewesten van het land aangemoedigd worden. Om situaties te vermijden waarbij iedereen wacht tot de andere de eerste stap zet, is het van belang duidelijk te definiëren wie het contact moet leggen:

- Zonder tussenkomst van de behandelende arts (bij spoedopname in het ziekenhuis of op eigen initiatief van de patiënt), zijn de zorgverleners verondersteld contact te nemen met de behandelende arts. Doorgaans is het niet al te moeilijk om de persoonlijke gegevens van deze laatste te achterhalen.
- Als de behandelende arts echter op eigen initiatief zijn patiënt naar een “psy” deskundige doorverwijst, moet hij vanzelfsprekend zelf contact opnemen en alle nuttige informatie uit het globaal medisch dossier (GMD) doorsturen.

#### *4.1.6. Chipkaart: een hulpmiddel om informatieverkeer vlotter te laten verlopen*

Een medische chipkaart, met verschillende en beschermde toegang in functie van het type zorgverlener, zou aan iedereen de mogelijkheid bieden om de nodige informatie te verkrijgen ten einde op een correcte wijze zijn taak te kunnen volbrengen. Het succes van de SIS-kaart toont aan dat de patiënten de reflex om hun kaart bij zich te hebben, kunnen inbouwen. Men moet erop toezien dat de gegevens regelmatig bijgewerkt en opgeslagen worden voor het geval dat de kaart gestolen wordt of verloren gaat.

#### *4.1.7. Financiering van het overleg tussen de verschillende partijen*

Zoals overeengekomen en reeds toegepast in de oncologie, waar een specifieke beraadslaging bestaat voor multidisciplinair overleg, zou men iets gelijkaardigs kunnen voorzien in de geestesgezondheid : een overleg tussen de verschillende betrokken partijen die verantwoordelijk zijn voor éénzelfde patiënt; we denken bijvoorbeeld hierbij aan de huisarts, de hulpverleners in de geestesgezondheid, zowel in het ziekenhuis als in ambulante diensten. Anderzijds, en in tegenstelling tot de huidige toestand, zou de terugbetaling van het bezoek van de huisarts in het ziekenhuis niet mogen beperkt worden tot één bezoek, vooral niet bij een langdurige ziekenhuisopname.



## 4.2. Aanbevelingen betreffende de structuur van de gezondheidszorg

### 4.2.1. Medische en psychosociale consultaties

Het is duidelijk dat een huisarts geen tijd heeft om tijdens een consultatie van 10 tot 15 minuten op een correcte manier zijn eerstelijnsopdracht te vervullen als zijn patiënt aan psychologische of zelfs psychiatrische stoornissen lijdt.

Er wordt voorgesteld dat de specifieke consultatie die een huisarts verricht, wanneer hij een patiënt met dergelijke stoornissen ontvangt, financieel zou worden herwaardeerd. Een dergelijke consultatie, van langere duur dan een gewone, zou “een medische en psychosociale consultatie” kunnen genoemd worden. Er zou sprake zijn van zo’n consultatie indien die één of meer van de volgende elementen omvat:

- Een evaluatie van de medische en psychosociale toestand
- Een diagnose van die medische en psychosociale toestand (geïntegreerd en globaal)
- Een psychologisch gerichte opvang waarbij eventueel :
  - Verwezen wordt naar een psychotherapie
  - Psychotrope geneesmiddelen worden voorgeschreven
  - Verwezen wordt naar een psychiater
- Een langere consultatie (+/- 40 minuten, bijvoorbeeld)
- Multidisciplinaire contacten

De huisarts die wil aansluiten bij dergelijke medische en psychosociale consultaties zou, naast zijn basisopleiding van specialist in de geneeskunde uiteraard ook,

- Een voortgezette opleiding in het domein moeten volgen (zie verder)
- Moeten aansluiten bij een multidisciplinair verzorgingsnetwerk voor geestesgezondheid.

### 4.2.2. Verbetering van de toegang tot de diensten voor geestesgezondheid

Teneinde de toegang tot de diensten voor geestesgezondheid te verbeteren kunnen verscheidene benaderingen overwogen worden :

- Het vergroten van de kennis inzake de bestaande structuren en het aanbod in de zorgverlening. Het zou nuttig zijn aan de huisartsen een lijst te bezorgen van de bestaande structuren en de gezondheidswerkers, met vermelding van hun specificiteit, hun bereikbaarheid en de kosten van hun prestaties. In elk gewest zijn dergelijke pogingen ondernomen. Voorbeelden: Brupsynet (<http://www.brupsynet.org>) geeft informatie over de beschikbaarheid van bedden in het Brussels hoofdstedelijk gewest Spiller (<http://spil.be>) beschikt over een omschrijving van de zorgverleningprogramma’s in de provincie Limburg.
- Het helpen van de eerstelijnsgezondheidswerkers - in het bijzonder de huisartsen, die te kampen hebben met nogal ingewikkelde geestesgezondheidstoestanden - bij het beter doorverwijzen van hun patiënten. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren via initiatieven zoals de volgende :
  - Het project EOLE (02/223 75 52) in het Brussels hoofdstedelijk gewest, dat via de telefoon de mogelijkheid aan de huisarts biedt om een spoedgeval of een “psy”-crisis van een patiënt aan te pakken, door hem te helpen de vraag van de patiënt, de situatie waarin zich de gezondheidswerker bevindt, alsook de

mogelijkheden om later naar gespecialiseerde “psy”-netwerken door te verwijzen, beter te identificeren.

- Het experiment TUSSEN DE LIJNEN in het Vlaams gewest (Lucas Interfacultair Centrum – KUL 016/33 69 10) met de uitwerking van een verzorgingsprogramma voor de behandeling van depressie door de huisartsen in het kader van een netwerkactiviteit in de streek van Brugge.

#### 4.2.3. *De herwaardering van het GMD (Globaal Medisch Dossier)*

De huisartsen in de werkgroep achten het wenselijk dat, behalve in dringende gevallen, de patiënt eerst de huisarts raadpleegt, vóór de “psy”, zodat de huisarts aan de “psy” de ad hoc en relevante informatie van het GMD kan overmaken.

#### 4.2.4. *De andere hulpmiddelen en personen betrokken bij het zorgverleningsstelsel: een multidisciplinair team*

Het zorgverleningsstelsel bestaat uit mensen met verschillende en aanvullende opleidingen voor de opvang van de patiënt: geneesheer, psycholoog, verpleegkundige, maatschappelijke werker, apotheker, ... Er moet geijverd worden voor een multidisciplinaire en patiëntgerichte aanpak. Voor wat bijvoorbeeld de apotheker betreft, zou het overleg tussen geneesheer en apotheker moeten versterkt worden. De apotheek kan een bevoorrechte plaats zijn voor het promoten van de gezondheid (cf. benzodiazepinecampagne 2002). De psychologische opvoeding moet daar ontwikkeld worden.

In het domein van de geestesgezondheid bestaat er een brede waaier van verzorgingsmogelijkheden. De huisartsen, de « psy » en de instellingen moeten de patiënt, zijn familie en zijn omgeving hiervan op de hoogte kunnen brengen.

### 4.3. **Aanbevelingen betreffende de opleiding van huisartsen in de geestesgezondheid**

#### 4.3.1. *Het aanbieden van een specifieke opleiding in de geestesgezondheid aan de huisartsen*

De doelstellingen van de opleiding van huisartsen in de geestesgezondheid zijn de volgende:

- Een **verbetering** van de huidige kennis omtrent de mogelijkheden in de opvang van patiënten (geneesmiddelen, psychotherapie, sociotherapie, zorgverlening...)
- Een **identificatie**, in de klachten van de patiënt, van enerzijds de psychologische en sociale factoren en anderzijds de somatische en sociale factoren, teneinde een adequate oplossing aan te bieden.

Dit houdt in dat men :

- Door de somatische uitingen de psychologische dimensie en meer algemeen het psychisch lijden bepaalt en ontcijfert
- Een probleem, dat een somatisch antwoord vereist, niet vanuit psychologisch standpunt mag behandelen
- Geen psychologische of somatische benadering biedt voor zaken die soms louter afhankelijk zijn van het menselijk, existentieel of sociaal domein (werk, familie, omgeving).

- Het maken van een **onderscheid** in de praktijk tussen de problemen waarvoor de huisarts bevoegd is en de gevallen die naar een specialist of naar de "2e lijn" moeten verwezen worden. Deze "grens" tussen beide "verzorgingslijnen" moet doorgetrokken worden naargelang van de verworven bevoegdheden en de relationele en psychotherapeutische capaciteiten van de huisarts. M.a.w. het probleem van het afbakenen van het gebied van de huisarts al of niet t.o.v. dat van de "psy" houdt niet alleen rekening met het statuut van elke discipline maar ook met de "capaciteiten" van elke geneesheer.
- Het **ontwikkelen** bij de huisartsen van het relationeel vermogen in het algemeen en van het psychologische begeleidingsvermogen in het bijzonder, alsook van de bekwaamheid om in een multidisciplinair team te werken samen met geestesgezondheidswerkers in het ziekenhuis of in de ambulante diensten in het kader van zorgverleningnetwerken en –circuits.

#### 4.3.2. *De modaliteiten van deze opleidingen*

Deze opleidingen hebben betrekking op « kennis », « ervaring », « inleving », alsook « communicatie » (met de patiënt).

##### Kennis :

De kennis omvat o.a. een updating van de recente kennis (zoals bijvoorbeeld het correcte gebruik van benzodiazepines). Deze kennis moet verspreid worden, rekening houdend met de sociaal-economische realiteit, de toegang tot de gezondheidszorg en de leefomstandigheden van de patiënt. De ontwikkeling van deze kennis moet het eveneens mogelijk maken de problemen en de behoeftes van de patiënt beter te identificeren en ermee rekening te houden.

##### Ervaring :

Dit betreft onder andere de psychologische hulpverlening. Er bestaan verschillende vormen van opleiding : voorleggen en discussie van klinische gevallen ; sensibilisatie voor communicatie (theoretische aspecten, simulatie van werkelijke situatie, rollenspel, ...) ; systemische benadering van de zich voordoende medische problematiek, ....

Deze opleidingen kunnen nuttig zijn in het kader van een in de tijd beperkte vormingscyclus.

##### Inleving :

Deze opleiding beoogt een betere capaciteit van hulpverlening, dankzij processen die een wijziging van houding of van beroepsgedrag met zich meebrengen (balint-opleiding, psychodrama,..). Ze maakt deel uit van een grotere persoonlijke inzet van de geneesheer gedurende een langere periode.

##### Communicatie :

Met communicatie wordt bedoeld het verwerven van ervaring in het adequaat overbrengen van informatie aan de patiënt en zijn omgeving opdat zij een betere rol in hun gezondheid zouden spelen. Dit betreft bijvoorbeeld vormingen die deel uitmaken van de gezondheidsopvoeding.

In het kader van een voortgezette opleiding in de geestesgezondheid bedoeld voor de huisarts zouden deze verschillende formules kunnen gevolgd worden in functie van de persoonlijke doelstellingen, gaande van een betere communicatievaardigheid tot een betere analyse van de eigen ervaring.

Deze opleidingen zullen bijdragen tot een beter beheersen van emotioneel moeilijke toestanden, zoals het aankondigen van slecht nieuws, het beheren van palliatieve zorgen, het aankondigen van een overlijden ...

Zij zullen ook een impact hebben in termen van preventie op het niveau van de eerstelijns-verzorging, door een psychologische zone te scheppen, die de somatische zone aanvult :

- Deze "zone" zou het voor de patiënt mogelijk maken het punctuele probleem van zijn pathologie te situeren in het algemeen kader van zijn gezondheidstoestand gedurende zijn hele leven.
- Het feit dat de patiënt zijn lijden kan meedelen (en het gevoel heeft dat hij gehoor krijgt bij beroepsmensen) en dat hij zijn mening kan uiten over de voorgestelde behandelingen (geneesmiddelen, raadgevingen, aanbevelingen...) zorgt ervoor dat hij (als volwassene patiënt) de voorstellen van de zorgverleners beter gaat waarderen, bespreken en daarna waarschijnlijk aannemen (betere 'compliance'). Dit is van bijzonder belang voor patiënten die lijden aan chronische aandoeningen (die steeds vaker voorkomen in de algemene geneeskunde).

Dergelijke opleidingen zouden idealiter, zoals in een aantal gevallen reeds gebeurt :

- gezamenlijk door de huisartsen en de « psy » georganiseerd moeten worden
- verzekerd worden door zowel academici als beroepsmensen
- gewaardeerd moeten worden door de toekenning van accreditatiepunten.

## 5. SAMENSTELLING VAN DE GROEP

Hebben aan minstens één werkvergadering van de commissie deelgenomen :

ANSSEAU Marc	HOYOIS Philippe
BIENKOWSKI Jean-Pierre	IGODT Paul
BOON Henri	LACOUR Valérie
BROOThAERTS Jean-Pierre	LAPOUGE Marc
BURQUEL Charles	LIEVENS Paul
CORTEN Philippe	LINKOWSKI Paul
COSYNS Pol	MADOKI François
CRAYERMEERSCH Mieke	MINNER Pierre
DEGUGHT Véronique	MONTAG Danielle
DELSART Claudine	NYSSSEN Sophie
DE MAESENEER Jan	PELC Isidore
DEMYTTENAERE Koen	PEUSKENS
DESMEDT Daniel	PIQUART Didier
DIERICK Michel	PIREAUX Jean-Pierre
D'HAENEN Hugo	ROMAIN Jean-Georges
DUBOIS Vincent	ROUSSAUX Jean-Paul
ELSEN Christian	THOMAS Jean-Michel
ERMANS Jean-Pierre	VAN AUDENHOVE Chantal
FIRKET Pierre	VAN HEERINGEN Cornelis
FROM Léon	VANDERVEKEN Muriel
GERITS Pol	WEIL Françoise
GIET Didier	WYNGAERDEN François
HALLEUX Valérie	ZDANOWICZ Nicolas
HEUREUX Philippe	ZOMBEEK Serge

Voorzitter van de werkgroep : Isidore PELC  
Wetenschappelijk secretariaat : Pascale STEINBERG

### Vergaderingen :

17 december 2002  
28 januari 2003  
18 februari 2003  
29 april 2003  
27 mei 2003  
24 juni 2003  
18 september 2003  
23 oktober 2003  
13 november 2003  
11 december 2003

## 6. REFERENTIES

**Les soins de santé mentale partagés au Canada. Etat actuel, commentaires et recommandations**, Rapport du groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, décembre 2000, Association des Psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada, 31p.

**Shared Mental Health care in Canada. Current status, commentary and recommendations. A report of the collaborative working groupe on shared mental headline care**, December 2000, Canadian Psychiatric Association and The College of family Physicians of Canada

**Le partage des soins de santé mentale : une bibliographie et une vue d'ensemble**, La revue canadienne de psychiatrie, Vol 47, n°2, supplément 1, avril 2002

**Les soins de santé mentale partagés au Canada, un recueil des projets en cours**, Un rapport du groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, Le collège des médecins de famille du Canada et l'association des psychiatres du Canada, Printemps 2002, 127p.

**Depressie en zelfmoord. 10 Preventiestrategieën**, documentation gezondheidsconferentie 2002, Informatie van de Vlaamse overheid, 48p.

**Psychothérapies sur le divan**, L'expérience de 14.000 patients, TEST SANTE n°54, avril-mai 2003, pp19/23

**Confronting Depression and Suicide in Physicians, A consensus statement, American medical Association, JAMA, june 18, 2003 – vol 289, n°23, pp3161-3166**

**Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care, A sytematics review, American medical Association, JAMA, june 18, 2003 – vol 289, n°23, pp3145-3151**

**Armoede en depressie : twee zijden van eenzelfde medaille ?, Psyche 3 jaargang 15 – september2003, 4 pages**

**Contract 2005 : een toekomstperspectief voor de huisartsgeneeskunde ? prof. Dr. De Maeseneer, Voorzitter Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijng gezondheidszorg (5 pages)**

**Opleidingscontinuum communicatie in de opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent (4 pages)**

**CEBMH (Centre for Evidence-Based Mental Health) Depression Guideline (1998-1999). A Systematic Guide for the Management of Depression in Primary Care.** URL: <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/>

**T. Burns, T.Kendrick**, The primary care of patients with schizophrenia : a search for good practice, **Br J Gen Pract** 1997 Aug ; 47(421):515-20

**Carolyn A Chew-Graham, Anne Rogers and Nuha Yassin**, « I wouldn't want it on my CV or their records' : medical students' experiences of help-seeking for mental health problems, **Medical Education** 2003 ;37 :873-880,

De Coster, I., Van Audenhove, Ch., van den Ameele, H., & Goetinck, M. (2002). **Tussen de lijnen. Werkingsverslag 2001-2002. Ontwikkeling van een stepped-care programma in de behandeling van depressie door huisartsen en Paaz-psychiaters.** Lucasrapport, maart 2002.

De Coster, I., Van Audenhove, Ch., van den Ameele, H., & Goetinck, M. (2003). **Tussen de lijnen. Werkingsverslag januari 2002- mei 2003. Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van een navormingsprogramma voor huisartsen over de behandeling van depressie.** Lucasrapport, juli 2003.

**D. Folson, DV Jeste**, Schizophrenia in homeless persons : a systematic review of the literature : **Acta Psychiatr Scand** 2002 Jun ; 105(6) :404-13

**Caron Grainger** Stress survival Guide, 54 pages

Goldman, L., Nielsen, N. & Champion, H. (1999) **Awareness, diagnosis, and treatment of depression.** Journal of General Medicine, 14, 569-580.

PC Hannaford, C Thompson, M Simpson: **Evaluation of an educational programme to improve the recognition of psychological illness by general practitioners.** Br J Gen Pract 1996 jun; 46(407):333-7

Hendriksen, J. (2000). **Collegiale consultatie. Consult vragen, consult geven.** H. Nelissen/Baarn.

Hodges, B., Inch, C., Silver, I. (2001) **Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review.** Am J Psychiatry, 158(10): 1579-1586.

Kates, N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., Leverette, J., Nash, L., Turner, T. (1997) **Shared mental health care in Canada.** The Canadian Journal of Psychiatry, 42 (8).

I. Nazareth, M.King, S.Davis, **Care of schizophrenia in general practice :the general praticienne and the patient**, Br J Gen Pract 1995 Jul ; 45(396) :343-7

JP Olie, F.Elomarie, C. Spadone, JP. Lepine : **Antidepressants consultation in the global population in France** ; Encephale 2002 sept-oct ;28(5pt) :411-7

Pedersen AL. **Correlation between the prevalence of schizophrenia and the sociodemographic status in different areas of Copenhagen** : Ugeskr Laeger 2002 Apr 1 ;164(14) :1923-6

Ricardo J.M. Lucena, et Alain Lesage **Family physicians and psychiatrists. Qualitative study of physicians'views on collaboration**, , vol 48, mai 2002, Canadian Family physician.

Railton, S., Mowat, H., Bain J. (2000) **Optimizing the care of patients with depression in primary care: the views of general practitioners.** *Health and Social Care in the Community*, 8, 119-128.

Schulberg, H., Katon, W., Simon, G., Rush, A. (1999) **Best Clinical Practice: Guidelines for Managing Major Depression in Primary Medical Care.** *J Clin Psychiatry* 60(suppl 7): 19-26.

Schuyler, D., Davis, K. (1999). **Primary care and psychiatry: anticipating an interfaith marriage.** *Academic Medicine*, 74, 1, 27-32.

Tiemens, B. (1999) **Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk.** In: *Management of mental health problems in primary care. The doctor, the patient and the medical model.* Proefschrift ter verkrijging van het ervedoctoraat in de medische wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Valenstein, M., Klinkman, M., Becker, S., Blow, FC, Lawton Barry, K., Sattar, A., Hill, E. (1999) **Concurrent treatment of patients with depression in the community. Provider practices, attitudes and barriers to collaboration.** *Journal of Family Practice*, 48, 180-187.

Van den Aamele, H., De Coster, I., Van Audenhove, Ch., & Goetinck, M. (2002). **Tussen de lijnen: een stepped-care programma voor de behandeling van depressie door huisartsen en Paaz-psychiaters.** *Psyche*, 14, 4.

D. Wiersma: **Care requirement for chronic psychiatric patients in general practice: share responsibility with mental health professionals.** *Ned tijdschr geneeskd* 2002 apr13;146(15):701-3

Wittche HU, Pittrow D., **Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the depression 2000study.** *Hum psychopharmacol* 2002 jun;17:s1