Meer tijd en aandacht voor de psychosociale klachten van de huisartsenpatiënt. Een registercounsellor?

“Onbekend maakt onbemind”

Bron: website Brandfabric

Een onderzoek om inzicht te krijgen welke factoren van invloed zijn op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen naar registercounsellors.

L.M. Verhoef

Studentnummer: 4564648

08-05-2020

Scriptie

NCOI opleidingsgroep

hbo Bachelor Toepaste Psychologie

Scriptiebegeleider: Drs. Paula Gouw

Geen toestemming scriptiebank NCOI

17.523 woorden

Voorwoord

In 2010 ben ik (Laura Verhoef, 51 jaar) gestart als zelfstandig geaccrediteerd registercounsellor in mijn eigen praktijk, Mikpunt Counselling en Coaching. Naast begeleiding in stress, burn-out, persoonlijke ontwikkeling en loopbaan-oriëntatiebegeleiding, bied ik ook management en organisatie coaching aan. En ik geef trainingen op het gebied van communicatie, samenwerking en leidinggeven. Sinds 2015 ben ik gediplomeerd Mindfulnesstrainer.

Als registercounsellor ben ik erg begaan met mijn vak. Ik zie dagelijks de kracht van de werkwijze bij mijn cliënten terug. Door het kunnen laten (her)pakken van de eigen regie en gaan leven volgens eigen waarden, zorgt counselling voor het hervinden van onder andere zingeving, energie, kracht en zelfvertrouwen. Counselling geeft aandacht aan de onderliggende factoren of gebeurtenissen die bepaalde gevoelens, gedrag en gedachten veroorzaken. De werkwijze is praktisch, het maakt een mooie vertaalslag van de verkregen inzichten naar het dagelijks leven. Counselling werkt cliëntgericht, ondersteunend, respectvol en gelijkwaardig. Dat vind ik erg plezierig werken en soms ook een uitdaging.
De reguliere zorg maakt zelden gebruik van de kwaliteit van counselling. Dit gaat mij echt aan het hart.
Counselling zou de reguliere psychosociale zorg heel goed kunnen aanvullen en versterken. Als counselling een kans krijgt om als zorginterventie te worden geïmplementeerd binnen de reguliere psychosociale zorg, kunnen we naar mijns inziens, de patiënten én (huis)artsen nog beter van dienst zijn.
De Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC) is de opdrachtgever van dit onderzoek. Ik hoop het bestuur, de leden en zorgorganisaties in Nederland met dit onderzoek inzicht te geven in wat er nodig is en te kunnen inspireren in wat er mogelijk is, om counselling in Nederland 'beter op de kaart' te zetten.

Met het verwerken van de informatie uit het kwantitatief en kwalitatief onderzoek is het me helaas niet gelukt om onder het gestelde maximum van 14.000 woorden te blijven. Ik heb de keuze gemaakt om u geen (waardevolle) informatie te willen onthouden, waarmee mijn scriptie op 17.523 woorden is uitgekomen.

Voor het mogelijk maken van dit onderzoek wil ik mijn mentor Drs. Annemieke Brouwer en mijn scriptiebegeleider Drs. Paula Gouw, bedanken voor hun waardevolle feedback en fijne samenwerking.
Ik wil de bestuursleden van de ABvC hartelijk danken voor het bieden van alle medewerking, informatie en support die nodig waren voor het verrichten van het onderzoek. Waarbij voorzitter Theo Hendrickx mij motiveerde en het vertrouwen gaf om het onderzoek in een grotere context te durven opzetten. De counsellors van de ABvC, de doktersassistenten en huisartsen die zich hebben ingespannen voor het werven van deelnemende huisartsen, wil ik bedanken voor hun inspanning. De huisartsen die de moeite en tijd hebben genomen om de vragenlijst in te vullen, wil ik hiervoor hartelijk bedanken. Zonder responsen, geen onderzoek data!
In het bijzonder sta ik stil bij de toegewijde (ICT) steun van mijn lieve, altijd paraat staande partner, zonder zijn support had ik dit onderzoek en mijn studie niet kunnen volbrengen.

Ik wens u veel leesplezier, inzichten en inspiratie toe.

Laura Verhoef
Alkmaar, 08-05-2020

Inhoudsopgave

Samenvatting 4
1 Inleiding 5
1.1 Organisatie 5
1.2 Aanleiding van het onderzoek 5
1.3 Probleemanalyse 6
1.4 Probleemdefinitie 7
2 Theoretisch kader 9
2.1 De relatie tussen intentie en gedrag 9
2.2 De Theory of Planned Behavior variabelen in de context van verwijsgedrag 10
2.2.1 Attitude 10
2.2.2 Subjectieve norm 10
2.2.3 Ervaren controle 11
2.3 Achtergrondfactoren en feitelijke gedragscontrole 11
2.4 De aspecten die een rol spelen in verwijsgedrag in relatie tot het TPB model 12
2.4.1 Onvoldoende kennis of vaardigheden van de huisarts met psychosociale interventies 12
2.4.2 Patiënten en samenwerkende collega's 13
2.4.3 Beschikbare tijd van de huisarts en POH-GGZ 14
2.4.4 Kwaliteitskeurmerk en bewijs effectiviteit 14
2.5 Barrières die een rol spelen in verwijsgedrag in relatie tot het TPB model 14
2.5.1 Situationele barrières 15
2.5.2 Institutionele barrières 15
2.5.3 Psychologische barrières 15
2.5.4 Informatie barrières 15
2.5.5 Financiële barrières 15
2.6 Het onderscheid van het beroep registercounsellor ten opzichte van andere psychosociale hulpverlening 16
2.7 Effectieve kortdurende interventies in de huisartsenzorg 16
2.8 Psychologische interventies binnen de gbGGZ 17
2.9 Het onderzoeksmodel 17
3 Het onderzoeksontwerp 19
3.1 De context en respondenten 19
3.1.1 De context 19
3.1.2 Respondenten 19
3.2 Meetinstrument 19
3.2.1 Algemene vragen en de betekenis van de scores 20
3.2.2 Kwantitatief onderzoek en de betekenis van de scores 20
3.2.3 Kwalitatief onderzoek en de betekenis van de scores 21
3.3 Procedure en analyses 21
3.3.1 Procedure 21

3.3.2 Analyse ... 22
3.4 Validiteit en betrouwbaarheid ... 23
3.4.1 Validiteit ... 23
3.4.2 Betrouwbaarheid ... 23
4 Resultaten en analyses ... 24
4.1 Welke mogelijke overtuigingen hebben huisartsen bij het verwijzen ... 24
4.1.1 De resultaten en analyse van deelvraag 5 ... 24
4.1.2 Resultaten en analyse van de overtuigingen op de attitude van de huisarts ... 24
4.1.3 Resultaten en analyse van overtuigingen op de subjectieve norm van de huisarts ... 25
4.1.4 Resultaten en analyse van overtuigingen op de ervaren controle van de huisarts ... 26
4.2 Resultaten en analyse in hoeverre huisartsen bekend zijn met counselling ... 27
4.2.1 Resultaten en analyse van deelvraag 6 ... 27
4.3 Resultaten en analyse naar de huisarts zijn intentie om te verwijzen ... 28
4.3.1 Resultaten en analyse deelvraag 7 ... 28
5 Conclusie ... 31
6 Aanbevelingen voor de ABvC ... 36
6.1 Het vergroten van bekendheid van counselling in Nederland ... 36
6.2 Het vergroten van de bekendheid van counsellors in de regionale basiszorg ... 37
6.3 Het vergemakkelijken van verwijzing naar counsellors ... 38
6.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek ... 38
7 Discussie ... 40
7.1 Resultaten versus verwachtingen ... 40
7.2 Evaluatie onderzoeksproces ... 40
7.3 De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. ... 41
Literatuurlijst ... 42
Bijlage 1: Toelichting op vier psychosociale interventies ... 46
Bijlage 2: De oproep aan de ABvC leden voor de werving van huisartsen ... 47
Bijlage 3: Wervingsprocedure respondenten ... 48
Bijlage 4: De vragenlijst ... 49
Bijlage 5: Mail aan de huisartsen met link naar de vragenlijst ... 57
Bijlage 6: De resultaten van de algemene achtergrondgegevens van de 12 respondenten ... 58
Bijlage 7: Antwoorden van 12 respondenten op de open vragen over attitude ... 59
Bijlage 8: Antwoorden van 12 respondenten op de open vragen over subjectieve norm ... 62
Bijlage 9: Antwoorden van 12 respondenten op de open vragen van controle gedragsovertuigingen ... 65
Bijlage 10: Bekendheid van de huisartsen met de interventies ... 68

Samenvatting

Ondanks de behoefte van patiënten aan meer psychosociale begeleiding en de behoefte van huisartsen om de psychosociale begeleiding te kunnen delegeren, blijkt de beschikbaarheid van registercounsellors in Nederland, nauwelijks te leiden tot verwijzing van patiënten naar counsellors voor psychosociale interventies. De Praktijk Ondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) en de huisarts hebben een hoge werkdruk, veroorzaakt door de toename van het aantal nieuwe patiënten met een psychosociale hulpvraag en de groeiende wachtlijsten in de generalistische basis Geestelijke Gezondheidszorg (gbGGZ) en specialistische Geestelijke Gezondheidszorg (sGGZ). Patiënten krijgen hierdoor niet op tijd de juiste zorg waar zij recht op hebben. Dit kan leiden tot een verslechtering van de gezondheidssituatie van de patiënten en daardoor tot een nog grotere zorgvraag en onnodig voorschrijven van psychofarmaca. Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen welke factoren van invloed zijn op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen naar counsellors. De Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC) kan hiermee gericht hun beleid bepalen, zodat er door huisartsen meer patiënten worden verwezen naar counsellors, waardoor de wachttijd voor patiënten met psychosociale klachten wordt verkort en zij eerder hulp krijgen met de aandacht voor de kern van hun probleem. Hiertoe is een combinatie van een explorerend kwalitatief en een kort beschrijvend kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De gestructureerde vragenlijst, gebaseerd op de Theory of Planned Behavior (TPB construct), is met behulp van een digitale survey afgenomen en door 12 zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland ingevuld. In de vragenlijst is indirect gevraagd naar drie voorspellende variabelen: attitude, subjectieve norm en de ervaren controle op gedrag, en direct gevraagd naar de gegeneraliseerde intentie en intentieprestatie van verwijsgedrag.

De resultaten laten zien dat huisartsen het afgelopen jaar nauwelijks patiënten met psychosociale klachten hebben verwezen naar een counsellor en de intentie om bewust te gaan verwijzen naar counsellors zeer laag is. Uit de antwoorden blijkt dat huisartsen counselling zien als laagdrempelig en minder stigmatiserend waarbij counselling als overbrugging naar aanvullende hulp ingezet kan worden. Tijdswinst, de juiste kennis en vaardigheden van de counsellor, de extra keuze in het hulpverleningsaanbod, zijn bevorderende factoren voor verwijzing. Maar zo zijn de onbekendheid met de counsellors in de regio, de onbekendheid van de kennis en competenties en de effectiviteit en inhoud van het vakgebied counselling, zwaarwegende factoren die het verwijzen bemoeilijken of onmogelijk maken. Of zoals een huisarts dit kort en krachtig weergeeft: "*Onbekend maakt onbemind*". Echter komt uit het onderzoek ook naar voren dat aanbevolen psychosociale interventies voor de huisartsenpraktijk bij de huisartsen ook maar matig bekend zijn. Onduidelijkheid in hoeverre er kwaliteitseisen aan een counsellor worden gesteld, onduidelijkheid waaraan de huisartsen een goede counsellor kunnen herkennen (kwaliteitskeurmerk) en bijkomende kosten voor de patiënt, zijn belemmerende factoren voor verwijzing. Voor het verbeteren van verwijzing naar counsellors door Nederlandse huisartsen, zal de ABvC zich moeten richten op het vergroten van bekendheid van counselling in Nederland en de bekendheid en vindbaarheid van counsellors in het regionaal eerstelijns netwerk. Daarnaast zal de ABvC zich kunnen inspannen in het wegnemen van barrières om te verwijzen naar counsellors, zoals mogelijkheden voor werken in én buiten de praktijkruimte, het digitaal kunnen verwijzen, een terugkoppeling ontvangen en het organiseren van overlegmomenten. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de effectiviteit en tevredenheid van counselling in Nederland, waarmee de inzet van counselling in de eerstelijns gezondheidszorg verder onderbouwd kan worden. Het is dan van belang dat naast de effectiviteit en cliënttevredenheid, ook de mate van tevredenheid van de huisarts met de counsellor en het traject onderzocht wordt.

1 Inleiding

1.1 Organisatie

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC). Counselling is een laagdrempelige vorm van psychosociale hulpverlening die gericht is op duurzame gedragsverandering (Boogaars, Hardeveld, & Woertman, 2007). De ABvC werd in 1997 opgericht om de professionaliteit van het beroep counsellor in Nederland te vergroten. De ABvC staat voor het uitdragen van een efficiënte en effectieve vorm van psychosociale hulpverlening met een kwaliteitskeurmerk (Counselling, 2019). Accreditatie, permanente bij- en nascholing en het volgen van intervisie en supervisie zijn minimale eisen die de ABvC aan haar leden stelt om de kwaliteit van hulpverlening te kunnen waarborgen (Counselling, 2019). Daarnaast staan de gedragscode en het klachtenreglement garant voor de uitoefening van het beroep van counsellor (ABvC, 2016). Tegenwoordig bestaat de ABvC uit 300 registerleden. Deze registerleden worden registercounsellors genoemd. Een registercounsellor is een door de overheid erkende hbo opgeleide psychosociale professional met medische basiskennis.

1.2 Aanleiding van het onderzoek

In 2014 is een stelselwijziging in de GGZ doorgevoerd. Dit heeft implicaties gehad op de psychosociale zorg binnen de huisartsenpraktijk. Het nieuwe systeem bestaat uit de invoering van de nieuwe functie van de Praktijk Ondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) in de huisartsenzorg, de generalistische basis GGZ (gbGGZ) en de gespecialiseerde GGZ (sGGZ). De nieuwe werkwijze ziet er als volgt uit: de huisarts en/of de POH-GGZ brengen de hulpvraag van de patiënt in kaart. Zij doen onderzoek naar diens gezondheid, functioneren, draagkracht en draaglast (ziektegerichte screening) en naar vaardigheden om problemen zelf aan te pakken (Splunteren, Franx, & Hermens, 2014). Er kan een kortdurende behandeling door de huisarts of POH-GGZ plaatsvinden als er geen vermoeden of sprake is van een stoornis volgens DSM-criteria; Diagnostisch en Statistisch handboek van Mentale stoornissen. Bij vermoeden voor een langere behandeling zorgen de huisarts en/of POH-GGZ voor verwijzing. Bij ernstig lijden, complexe problematiek of groot suïcidegevaar, verwaarlozing, of maatschappelijke teloorgang volgt direct verwijzing naar de sGGZ. In andere gevallen volgt verwijzing naar de gbGGZ. In de gbGGZ werkt de gz-psycholoog of gespecialiseerde verpleegkundige (Splunteren, et al., 2014). Belangrijke redenen om de functie POH-GGZ te koppelen aan de huisartsenpraktijk is dat de huisarts voor veel mensen de eerste hulpverlener is waar ze ‘gemakkelijk’ met klachten heengaan (Have, 2007) en psychische of psychosociale problemen vaak worden ingebracht in combinatie met somatische klachten of ‘vertaald’ in somatische klachten (psychosomatiek). Daarnaast zijn patiënten ontvankelijk voor adviezen van de huisarts en komen zij door de tijd heen steeds weer terug bij hun huisarts (Have, 2007). De huisarts is niet verplicht om een POH-GGZ aan te trekken. Echter blijft de huisarts als regiehouder wel verantwoordelijk voor het bieden en/of doorverwijzen van goede psychosociale zorg (Prins, 2018).

Het doel van deze stelselwijziging was om de psychosociale zorg in de huisartsenpraktijk te versterken. Redenen hiervoor waren een toenemende vraag naar hulp bij psychische en psychosociale problemen, in combinatie met een beperkte capaciteit in de gbGGZ en sGGZ. De indiensttreding van de POH-GGZ zorgt voor kortere lijnen van zowel de huisarts naar de POH-GGZ als van de POH-GGZ naar een GGZ instelling. De behandeling van de patiënt kan hiermee kortdurend, snel en dichtbij huis plaatsvinden, wat plezierig is voor de patiënt. Daarnaast ontlast de POH-GGZ de huisarts (Have, 2007).

1.3 Probleemanalyse

De laatste ontwikkelingen laten zien dat het aantal patiënten in de sGGZ afneemt en het aantal patiënten bij de gbGGZ en de POH-GGZ sterk toeneemt. Dit is in principe een gewenste uitkomst en in lijn met het doel van de stelselwijziging. Het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ betrof in 2015; 262.00 patiënten en in 2017; 530.000 patiënten, wat tot extra werkdruk en wachttijden bij de POH-GGZ heeft geleid (KPMG, 2017). De sterke toename van het aantal nieuwe patiënten bij de POH-GGZ wordt veroorzaakt door substitutie vanuit de gbGGZ en sGGZ naar de POH-GGZ en door extra vraag naar psychosociale hulpverlening in de huisartsenzorg, maar ook door de groeiende wachtlijsten in de gbGGZ en sGGZ (Magnee, Beurs, & Verhaak, 2017; Prins, 2018). De wachttijden in de gbGGZ en sGGZ overschrijden al langere tijd de maximaal aanvaardbare wachttijden, de zogeheten Treeknormen (NederlandseZorgautoriteit, 2019). Er zijn met name overschrijdingen van de Treeknormen bij de aanmeldwachttijden. De maximale wachttijd voor een aanmelding zou maximaal 4 weken mogen duren, op 5 juni 2019 was die 7 tot 8 weken. De behandelwachttijden vallen over het algemeen wel binnen de Treeknormen (NederlandseZorgautoriteit, 2019). Uit onderzoek komt naar voren dat de wachttijden onder andere een gevolg zijn van een tekortschietende organisatie en onvoldoende samenwerking, de behandelcapaciteit en onvoldoende juiste zorg op de juiste plek. Patiënten krijgen hierdoor niet op tijd de juiste zorg waar zij recht op hebben. Dit kan leiden tot een verslechtering van de gezondheidssituatie van de patiënten en daardoor tot een nog grotere zorgvraag (NederlandseZorgautoriteit, 2019; Cuijpers, 2018).

Binnen het Nederlandse zorgstelsel raadplegen de meeste patiënten met psychische problemen eerst, en vaak ook uitsluitend, de huisarts. Zij willen graag binnen de huisartsenvoorziening behandeld worden en geven de voorkeur aan een psychologische behandeling, zoals counselling of cognitieve gedragstherapie (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Patiënten met psychosociale klachten hebben meer behoefte aan psychologische behandelingen dan de huisarts op dit moment kan bieden (Prins, 2018). Ze worden onvoldoende of te laat in hun hulpvraag begeleid en ervaren te weinig aandacht voor de kern van hun dagelijkse problemen (Verhaak, Beljouw, & Dijk, 2010). Opmerkelijk is dat, hoewel de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit zowel gesprekstherapie (kortdurende hulp, die gepaard gaat met een verbeterd functioneren) als medicatie aanbevelen, onderzoek laat zien dat huisartsen volgens patiënten vooral geneigd zijn medicatie voor te schrijven (Prins, 2010). In 56% van de gevallen krijgen patiënten met psychosociale klachten wel medicatie maar geen begeleiding (Hopman, et al., 2011).

Huisartsen tonen zich terughoudend in het zelf behandelen en verwijzen van patiënten met psychische klachten. De redenen die huisartsen hiervoor geven is dat ze onvoldoende tijd hebben en onvoldoende kennis of vaardigheden om psychologische interventies uit te voeren (Verhaak, Zwaanswijk, & Have, 2011). Het niet tijdig starten van een behandeling van psychosociale klachten kan bij patiënten in een later stadium zorgen voor een groter aantal klachten, waardoor er uiteindelijk alsnog naar de sGGZ doorverwezen moet worden (Cuijpers, 2018). Het blijkt tevens dat bij patiënten met langdurige psychische klachten in de huisartsenpraktijk te vaak medicatie wordt ingezet ter overbrugging van gbGGZ of sGGZ wachttijd of voor behoud van een stabiele situatie (KPMG, 2017). Psychosociale interventies sluiten goed aan bij de wens van veel patiënten om zo mogelijk psychofarmaca te vermijden en eerst over de problemen te praten (Verhaak, et al.,2011).

Het lijkt erop dat versterking van psychosociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk alleen mogelijk is wanneer de huisarts de psychosociale hulpverlening (meer) kan delegeren (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). De rol van POH-GGZ kan door andere soortgelijke zorgverleners (counsellors, vrijgevestigde psychologen etc.) worden vervuld waarmee de huisarts contact heeft. Deze beroepsgroepen kunnen een versterking bieden voor de rol van de POH-GGZ in de huisartsenzorg (Zwaanswijk & Verhaak, 2009). Lang niet alle huisartsen kunnen een beroep doen op de

ondersteuning van een POH-GGZ door onvoldoende beschikbaarheid van een POH-GGZ of hebben meer patiënten dan de POH-GGZ behandelen kan (Magnee, Beurs, & Verhaak, 2017). Vanwege het brede werkgebied, de verschillende specialismen en de cliëntgerichte werkwijze kan een registercounsellor op velerlei gebied laagdrempelige hulpverlening aan patiënten bieden waar de GGZ, de huisarts en de POH-GGZ onvoldoende tijd of mogelijkheden voor hebben (Counselling, 2019). Met name bij chronische ziekten of moeilijk diagnosticeerbare (langdurige) psychische problemen zou counselling een belangrijke meerwaarde voor de patiënt kunnen betekenen (Counselling, 2019). Counselling functioneert in kennis en competenties tussen de POH-GGZ en de gbGGZ in en valt onder de complementaire zorg (CZ) (Boogaars, Hardeveld, & Woertman, 2007). Bij counselling wordt de nadruk gelegd op het proces van groei, ontwikkeling en het gebruiken van de eigen vermogens. De manier van begeleiding is niet alleen op de actuele psychosociale klachten gericht maar heeft een bredere kijk, waar ook gewerkt wordt aan het voorkomen van terugval of symptoomverschuiving (Boogaars, et al., 2007). De counsellor gebruikt een breed scala aan psychosociale interventie technieken, zoals psychodynamische, psychoanalytische, systeem therapeutische en ondersteunende technieken (Oud, 2018).

Uit onderzoek blijkt de mogelijkheid om registercounsellors in te zetten echter nog vaak onbenut (Tummers, Goor, & Hendrickx, 2019). De meeste verwijzingen naar een registercounsellor kwamen uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (45%) en op eigen initiatief van de cliënt (19%). Vanuit de huisartsen kwamen afgelopen jaar nauwelijks verwijzingen, namelijk 8% (Tummers et al., 2019). Ondanks de behoefte van patiënten aan meer psychosociale begeleiding in de huisartsenzorg en de behoefte van huisartsen om de psychosociale begeleiding te kunnen delegeren, blijkt de beschikbaarheid van registercounsellors nauwelijks te leiden tot verwijzing (gedrag) van huisartspatiënten naar counsellors (Tummers et al., 2019). Hierdoor blijven wachtlijsten bestaan en moeten patiënten te lang op zorg en begeleiding wachten.

Dugatkin (2012) beschrijft gedrag als een gecoördineerde reactie van het hele organisme op interne en/of externe stimuli. Het omvat alles wat we doen uit ons zelf, maar ook alles wat we doen als reactie op hetgeen dat om ons heen gebeurt. Gedrag bestaat uit bewust en onbewust gedrag. Aan bewust (gepland) verwijsgedrag gaat volgens de Theory of Planned Behavior van Ajzen (1991) een intentie aan vooraf. Er wordt met intentie een richting aan gedrag gegeven (het wel of niet doen van iets) en een intensiteit (hoeveel tijd en energie iemand erin wil steken). Hiermee ligt de motivatie om iets te doen dus ook verweven in de intentie (Sheeran, 2002; Koopman, 2012). De ABvC vraagt zich af waarom de huisartsen, in tegenstelling tot de GGZ, hun patiënten met psychosociale klachten nauwelijks verwijzen naar de registercounsellors.

1.4 Probleemdefinitie

Doel van het onderzoek

Inzicht krijgen in de factoren die het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen beïnvloeden om cliënten met psychosociale klachten door te verwijzen naar registercounsellors voor psychosociale interventies. Op basis van deze inzichten kan advies aan de ABvC worden gegeven hoe het verwijsgedrag van huisartsen kan worden veranderd, zodat er meer patiënten worden verwezen naar registercounsellors, waardoor de wachttijd voor patiënten met psychosociale klachten wordt verkort en zij eerder hulp krijgen met de aandacht voor de kern van hun dagelijkse problemen.

De centrale onderzoeksvraag:

Welke factoren zijn van invloed op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen om patiënten met psychosociale klachten door te verwijzen naar registercounsellors voor een kortdurende interventie ter vermindering van psychosociale klachten?

Theoretische en empirische deelvragen zijn:

1) Welke aspecten spelen volgens de theorie een rol in gedrag? (theoretisch)
2) Welke mogelijke barrières ondervinden huisartsen bij het doorverwijzen van patiënten met psychosociale klachten? (theoretisch)
3) Waarin onderscheidt het beroep counsellor zich ten opzichte van andere psychosociale hulpverlening? (theoretisch)
4) Welke effectieve kortdurende psychosociale interventies kan de huisarts (of POH-GGZ) zelf uitvoeren en voor welke interventies kunnen patiënten met psychosociale klachten doorverwezen worden? (theoretisch)
5) Welke mogelijke overtuigingen hebben huisartsen ten opzichte van het verwijzen van patiënten met psychosociale klachten naar een registercounsellor? (empirisch)
6) In hoeverre zijn huisartsen op de hoogte van de werkzaamheden die een registercounsellor verricht? (empirisch)
7) In hoeverre hebben huisartsen de intentie om in de toekomst patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors te verwijzen? (empirisch)

Scope van het onderzoek

Het kwalitatief en kwantitatief onderzoek heeft zich gericht op zelfstandig gevestigde Nederlandse huisartsen, HIDHA's/vaste waarnemers die in deze functie werkzaam zijn.

Het onderzoeksverslag bestaat uit verschillende delen. Allereerst wordt in het theoretisch kader de begrippen van intentie en gedrag nader toegelicht en wordt het raamwerk voor dit onderzoek uiteengezet. Vervolgens komt in de onderzoeksmethode de opzet en uitvoering van dit onderzoek aan bod en worden in de delen erna de resultaten en analyse besproken. In de conclusie wordt antwoord op de onderzoeksvragen gegeven. De aanbeveling bestaat uit een advies voor de ABvC met concrete suggesties hoe registercounsellors in de psychosociale (basis)zorg ingebed kunnen worden, zodat de wachtlijsten voor psychosociale zorg afnemen. Tot slot worden in de discussie de resultaten in de context van de literatuur en relevantie van het onderzoek verder uitgediept.

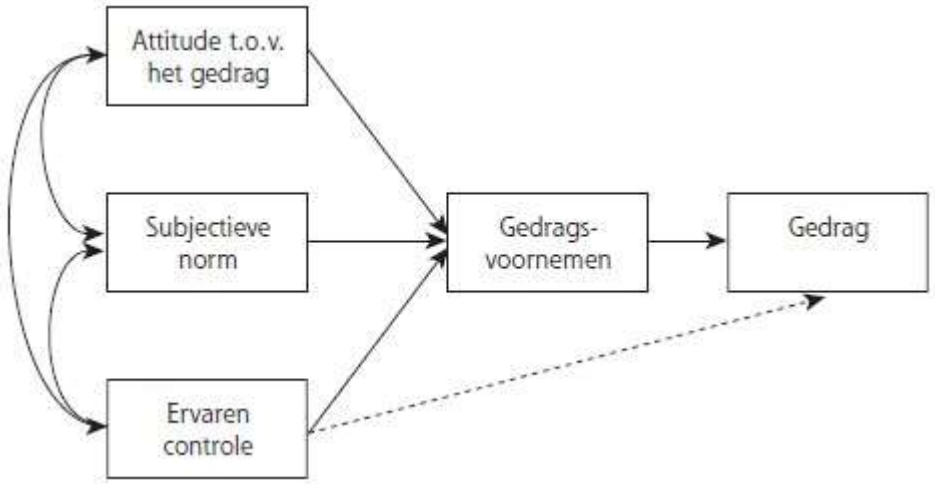
2 Theoretisch kader

Gedrag is wat we doen, bestaande uit een serie lichamelijke handelingen. Gedrag kan zowel bewust als onbewust plaatsvinden. Op bewust niveau zorgt het nadenken (cognitief) voor bewust beredeneerd, weloverwogen gedrag, ook wel gepland gedrag genoemd. Aan gepland of beredeneerd (verwijs)gedrag gaat vrijwel altijd een intentie vooraf (Koopman, 2012). Bij onbewust gedrag is er sprake van een instinctieve reactie (affectief), gevoelsmatig en snel, zonder dat we er bewust over nadenken. Onbewust (ongepland) gedrag wordt ook wel een gewoontegedrag of de automatische piloot genoemd (Kabat-Zinn, 2014). Signalen uit de omgeving (sociale norm) hebben vaak een doorslaggevende rol in het activeren of juist deactiveren van onbewust gedrag (Lindenberg, Joly & Stapel, 2011).

Rationele keuzetheorie veronderstelt dat wat mensen bewust denken dat ze willen (attitude), overeenkomt met wat ze feitelijk doen (hun gedrag) (Knippenburg, 2012). Gedrag wordt dan vooral gestuurd door cognities die op het moment van gedragsuitvoering het sterkst zijn geactiveerd. Echter hebben gevoelens (affect) ook invloed op gedrag, ze spelen een rol bij het inschatten van risico's waardoor ze werken als signalen om beslissingen (cognitief) te kunnen bijstellen of sturen (Tiemeijer, Thomas, & Prast, 2009). Hiermee berusten oordelen en beslissingen op de interactie tussen het cognitief en affectief systeem (Slovic, Finucane, Peter, & MacGregor, 2007).

2.1 De relatie tussen intentie en gedrag

Ajzen (1991) suggereert in zijn model van *Theory of Planned Behavior (TPB)* dat drie variabelen de intentie van gedrag en daarmee het daadwerkelijk toepassen van gepland gedrag in de praktijk kunnen voorspellen. Ajzen ziet intentie als gedragsvoornemen. In dit sociaal cognitief model, zie figuur 1, wordt gepland gedrag voorspeld door middel van de attitude, subjectieve norm en de ervaren controle, ten opzichte van concreet gedrag in een specifieke situatie.



Figuur 1 Model van The Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991)

De attitude ten opzichte van gedrag (cognitief en affectief) staat voor of de persoon voorstander is om het gedrag te doen ('houding'). De subjectieve norm (descriptief en injunctief) staat voor hoeveel sociale druk de persoon voelt om het gedrag te vertonen. Descriptieve normen geven aan welk gedrag de meeste mensen in een specifieke omgeving acceptabel vinden en vertonen, injunctieve normen staan voor welk gedrag ten allen tijde goed- en afgekeurd wordt binnen een bepaalde cultuur (Koopman, 2012). De ervaren controle op gedrag (self-efficacy en controleerbaarheid) weerspiegelt het vertrouwen die de iemand heeft in de eigen vaardigheden en of hij eventuele barrières denkt te kunnen overwinnen. Tevens geeft Ajzen aan dat de ervaren controle ook direct invloed kan hebben op gedrag.

De TPB theorie erkent dat het meeste gedrag in het dagelijks leven zonder veel cognitieve inspanning wordt uitgevoerd (Ajzen, 1999). Maar belangrijke beslissingen en gedragingen in (nieuwe) situaties vragen een zorgvuldige cognitieve afweging van de waarschijnlijke gevolgen van het gedrag, de normatieve verwachtingen van significante anderen en de obstakels die zich kunnen voordoen (Ajzen, 2011).

2.2 De Theory of Planned Behavior variabelen in de context van verwijsgedrag

2.2.1 Attitude

Attitude blijkt een sterke voorspeller van zowel intentie als het handelen hiernaar (De Bruijn, 2009). Oftewel, de **wil** om gedrag te vertonen. Een attitude bestaat uit meerdere componenten (Aronson, 2007). Een affectieve component (onbewust), een cognitieve component (bewust) en een gedragscomponent (de algemene attitude). De affectieve component heeft betrekking op alle emotionele responsen, gevoelens of stemmingen als reactie op een stimulus. Met de cognitieve component wordt verwezen naar alle gedachten en overtuigingen over een attitude stimulus. Met de gedragscomponent wordt verwezen naar alle gedragingen ten opzicht van het attitude (Aronson, 2007). Affectieve en cognitieve responsen informeren gezamenlijk de algemene attitude, maar in verschillende mate (Giner-Sorolla, 2004).

Variaties in de mate waarin een attitude gebaseerd wordt op affect of cognitie kunnen veroorzaakt worden door verschillen in individuele voorkeuren om op cognitie of affect te vertrouwen (Giesen, Fischer, Van Dijk, & Van Trijp, 2015). Tegelijkertijd beïnvloedt de eerste indruk die mensen van een attitude stimulus krijgen (persoon, plaats, ding of idee) de attitudevorming (Ajzen, 2001; Epstein, 2010). Beeldvorming kan hierbij een belangrijke rol spelen. Een positief affect geeft aan dat alles 'ok' is en geen verdere cognitieve evaluatie nodig is, waardoor de eerste affectieve reactie als uitgangspunt genomen wordt om de attitude te vormen. Negatief of ambivalent affect daarentegen signaleert dat zorgvuldige cognitieve evaluatie nodig is (Tiba, 2018). Wanneer beperkte kennis en ervaring aanwezig is, wordt het lastiger om op cognitieve evaluaties te vertrouwen. In zulke gevallen zal iemand eerder op affect terug vallen (Slovic, et al., 2007). De eerste indruk, de aanwezige kennis en ervaring die iemand met het onderwerp heeft, bepalen de attitudevorming (Koopman, 2012).

2.2.2 Subjectieve norm

Subjectieve norm (normatieve overtuiging) bestaat uit twee soorten normen, namelijk; de descriptieve norm, ook wel sociale norm genoemd en de injunctieve norm. Samengevat, ben ik **van plan** (descriptief: ervaren van sociale druk) of **moet** (injunctief: volgens de wetten en regels) ik gedrag vertonen?

De descriptieve (sociale) norm (Ajzen, 1991, 2010), is een vorm van waargenomen sociale druk om gedrag te vertonen wat belangrijke mensen in je omgeving van je verwachten dat je daadwerkelijk gaat doen. Het zijn de eigen percepties die iemand ervaart in zijn sociale omgeving die invloed hebben om bepaald gedrag te vertonen of te gaan handelen (Abbasgholizadeh, Lépine, Croteau, Robitaille, Giguere, Wilson & Légaré, 2018). Dit betreft ook de sociale norm van de ongeschreven regels die in verschillende situaties zijn ingebouwd, de sociale norm die anderen opleggen, waarbij de verwachting is dat alle mensen uit een groep zich hiernaar gedragen (Zimbardo, Johnson, & McCann, 2011). Het gaat om de beschrijving van voorgeschreven regels en normen voor wat je behoort te doen, bijvoorbeeld in de wet vastgestelde normen waarvan men vindt dat deze moeten worden nageleefd (Zimbardo et al., 2011).

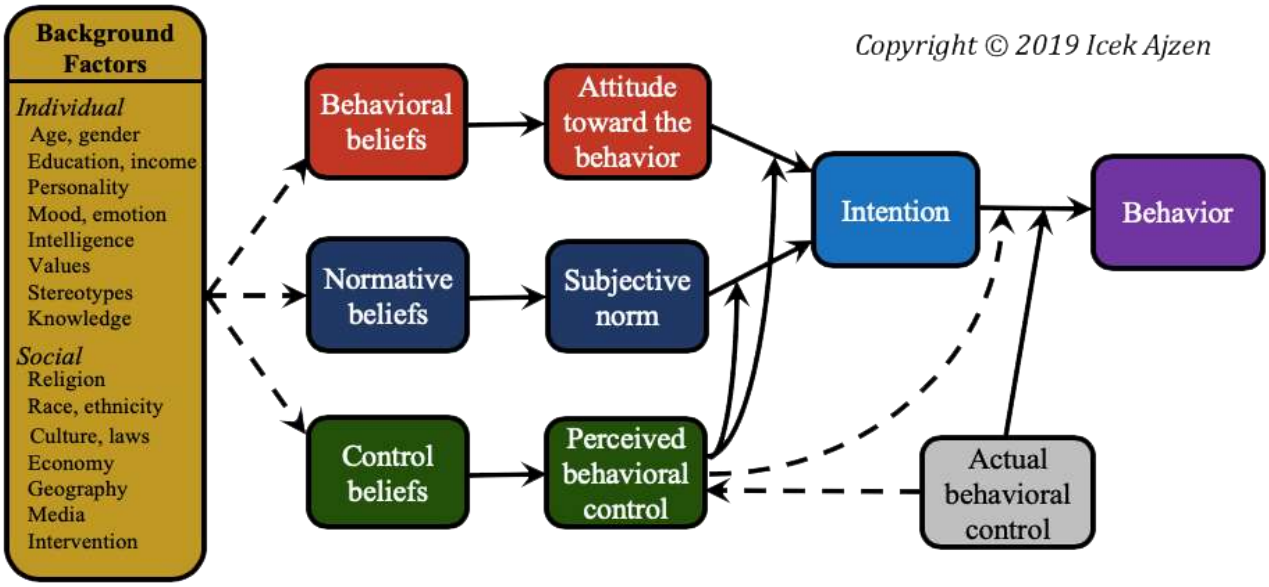
2.2.3 Ervaren controle

Van de genoemde variabelen blijkt ervaren controle over het gedrag een belangrijke voorspeller te zijn van zowel intentie als het handelen (gedrag) hiernaar (De Bruijn, 2009). Dat wil zeggen in hoeverre iemand zichzelf (perceptie) in staat acht bepaald gedrag te vertonen (self-efficacy) en hoe makkelijk of moeilijk iemand denkt (controle overtuigingen) dat het is om het gedrag in de context te kunnen uitvoeren (de handelingen zelf). Oftewel, **denk** ik het **te kunnen** (self-efficacy)? En **denk** ik dat ik hier voldoende **vaardigheden** voor heb en **kan** ik eventuele barrières overwinnen? Het verhogen van de ervaren controle over het gedrag, draagt bij aan het verhogen van de intentie en hiermee aan gedrag(sverandering) (Koopman, 2012; An-Min & Jiun-Hau, 2019).

2.3 Achtergrondfactoren en feitelijke gedragscontrole

Hoewel de TPB een cognitief model is, wil dat niet zeggen dat emotie en gevoelens (gemoedstoestand) geen rol spelen. In de TPB komen emoties en gevoelens op twee manieren binnen. Ten eerste kunnen ze als achtergrondfactoren invloed uitoefenen op het vormen van gedrags-, normatieve- en/of controleovertuigingen. Ten tweede kunnen gemoedstoestanden helpen om de gedrags-, subjectieve en controle overtuigingen te selecteren die gemakkelijk toegankelijk in het geheugen zijn en daarmee invloed hebben op de overtuigingskracht en cognitieve evaluaties (Peters, 2006).

Overtuigingen weerspiegelen de informatie die mensen hebben over de uitvoering van een bepaald gedrag, ze kunnen rusten op defecte of irrationele voornemende uitgangspunten, bevooroordeeld zijn door zelfingenomen motieven, door angst, woede en andere emoties, of anderszins de realiteit niet weerspiegelen. Het is duidelijk dat dit verre van rationeel is (Peters, 2006). De TPB geeft niet aan waar overtuigingen vandaan komen (Ajzen, 2011), het wijst alleen op een groot aantal mogelijke individuele en sociale achtergrondfactoren die van invloed kunnen zijn op de overtuigingen die mensen hebben. Factoren van persoonlijke aard zijn bijvoorbeeld persoonlijkheid, levenswaarden en demografische variabelen zoals opleiding, leeftijd, geslacht en inkomen. Sociale achtergrondfactoren zijn bijvoorbeeld de kwaliteit en de aard van de gebruikte media en andere informatiebronnen en in hoeverre deze afwijkt van zijn of haar eigen mening en in hoeverre iemand de betrouwbaarheid ervan inschat. Verwacht wordt dat dergelijke factoren indirect de intenties en het gedrag beïnvloeden door hun effecten op de meer proximale determinanten van de theorie. In 2010 heeft Ajzen de invloed van *'Background Factors' (*achtergrondfactoren) in zijn model verwerkt, zie figuur 2.



Figuur 2 Het TPB model met backgroundfactors en Actual behavioral control (Ajzen, 2019)

Voldoende intentie (gedragsvoornemen) leidt tot gepland gedrag (Ajzen, 2010). Toch kan het zo zijn dat iemand voldoende intentie heeft om gedrag in te zetten en er voldoende positieve aspecten aan het gedrag zitten, maar het iemand uiteindelijk toch niet lukt om te verwijzen (Halem, 2013). In 2010 hebben Fishbein en Ajzen het modererende effect van '*Actual behavior control*' (feitelijke gedragscontrole) aan het TPB model toegevoegd, zie figuur 2. Een gebrek aan uitvoeringsvaardigheden en/of de aanwezigheid van barrières kunnen de aanwezige intentie teniet doen en het verwijsgedrag tegenwerken en juist verhinderen (Halem, 2013). Iemand kan bijvoorbeeld geen goede hulpverlener vinden, ervaart financiële barrières of er is bijvoorbeeld sprake van een gebrek aan een gepaste voorziening (Lugtenberg, Van Zegers-Schaick, Westert, De Vries, Evertse & Burgers, 2010).

2.4 De aspecten die een rol spelen in verwijsgedrag in relatie tot het TPB model

Het TPB model laat zien dat de drie variabelen (attitude, subjectieve norm en ervaren controlegedrag) invloed hebben op het vormen van intentie en daarmee het wel of niet vertonen van gedrag. Onderstaand worden een aantal belangrijke factoren toegelicht in relatie tot een huisarts zijn attitude, subjectieve norm en ervaren controle. Deze variabelen kunnen invloed hebben op de intentie voor verwijsgedrag van huisartsen naar registercounsellors.

Sommige van deze factoren kunnen ook een praktische belemmering vormen om daadwerkelijk te kunnen verwijzen naar registercounsellors, zogeheten barrières. Een aantal barrières zullen in hoofdstuk 2.5 aan de orde komen.

2.4.1 Onvoldoende kennis of vaardigheden van de huisarts met psychosociale interventies

Attitude: Hoe groter de gelijkwaardige en cliëntgerichte houding van de huisarts is, des te positievere is de houding ten aanzien van de cliënt en herstelgerichte interventies, wat van invloed kan zijn op de intentie voor het verwijzen naar een registercounsellor. Eigen overtuigingen rond voor- en nadelen over een interventie bepalen of de huisarts wel of geen voorstander is om naar 'nieuwe' interventies te verwijzen.

Subjectieve norm: Indien de patiënt kennis van counselling en/of ervaring met een registercounsellor heeft en zijn voorkeur daarvoor aangeeft, zal de huisarts dit als 'sociale druk' kunnen ervaren en hiermee zijn intentie tot verwijzen kunnen vergroten. De injunctieve norm kan de intentie tot verwijzen vergroten als de huisarts gevoelig is voor de richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze geven aan dat de huisarts zowel gesprekstherapie als medicatie moet aanbevelen.
Ervaren controle: Door het gebrek aan kennis en onvoldoende vaardigheden van psychosociale klachten en interventies achten huisartsen zichzelf minder in staat tot het begeleiden van een interventie en/of de samenhangende taken om hiervoor te kunnen verwijzen. Hierdoor kunnen ze terughoudend zijn in het zelf behandelen én verwijzen van patiënten met psychosociale klachten. Hoe meer zelfvertrouwen en capaciteiten (kennis en vaardigheden) een huisarts denkt te hebben, hoe groter de ervaren controle op verwijsgedrag zal zijn (Malik, Yatim, Lam, Jin & McGrath, 2017).

2.4.2 Patiënten en samenwerkende collega's

Attitude: Het persoonlijk kennen van een counsellor, afhankelijk van de associaties die de huisarts heeft met betreffende counsellor, kan het de houding van de huisarts ten opzichte van registercounsellors zowel positief als negatief beïnvloeden. Het verkrijgen van respect van patiënten, doordat counselling samenhangt met een positieve houding naar de patiënt, is positief gerelateerd aan de intentie van huisartsen om counselling in te zetten (An-Min & Jiun-Hau, 2019).
Subjectieve norm: De huisartspatiënten, collega huisartsen al dan niet werkzaam in dezelfde praktijk, beroepsverenigingen en wellicht persoonlijke relaties, zijn personen en groepen die van invloed kunnen zijn op het verwijsgedrag van de huisarts. Het ervaren van een verslechtering van de psychische gezondheidssituatie van patiënten, tijdens wachttijden in de GGZ, zal de subjectieve norm van de huisarts kunnen vergroten. Hoe gevoeliger de huisarts is voor de mening en keuze van zijn patiënt, des meer invloed de patiënt heeft op de intentie van de huisarts om wel of niet te verwijzen. Als patiënten bij de huisarts aangeven graag binnen de huisartsenvoorziening behandeld te willen worden, kan dit de subjectieve norm van de huisarts beïnvloeden. Het kan zijn intentie vergroten om dit binnen de praktijk te gaan realiseren. Maar zo kunnen financiële kosten van (externe) counselling voor de patiënt, de huisarts een bezwaarlijk gevoel geven om juist niet te verwijzen naar een counsellor.
Eerdere positieve ervaringen en bekendheid van patiënten of collega's met counselling (interventie) en/of counsellors kunnen de subjectieve norm (en de attitude) positief beïnvloeden, waarmee de intentie tot verwijzen en daarmee het verwijsgedrag wordt vergroot. Het ervaren van de steun die counselling biedt aan de patiënten en het zelf ervaren van counselling van bijvoorbeeld senior arts collega's, kunnen een positieve invloed hebben op huisartsen om zelf counselling bij patiënten in te zetten en/of te verwijzen naar counsellors (An-Min & Jiun-Hau, 2019). Houdt de huisarts vast aan afspraken met collega's in wat de praktijk in psychosociale zorg biedt of staan collega's in de praktijk open voor andere mogelijkheden om de zorg voor de patiënt te kunnen optimaliseren? De verschillen in afspraken rond 'verwijscultuur', zal invloed hebben of de huisarts wel of niet van plan is te gaan verwijzen.
In de context van de injunctieve norm kunnen vastgestelde wet- en regelgeving in de BIG, de NZa, gecontracteerde zorgverzekeraars en regionale zorgafspraken invloed hebben op de wijze van samenwerken met zorgverleners (in de regio). Zo is de huisarts niet verplicht om een POH-GGZ aan te trekken, maar is hij wel verantwoordelijk voor het bieden of verwijzen van psychosociale zorg (Prins, 2018) wat de injunctieve norm voor het verwijzen van de patiënt vergroot.

Ervaren controle: Op het moment dat een huisarts de psychosociale interventie aan een 'externe' psychosociale hulpverlener uitbesteed, dan kan de huisarts de controle op de patiënt verliezen die normaal gesproken binnen de huisartsenpraktijk wel aanwezig is (Ab Malik et al., 2017).

2.4.3 Beschikbare tijd van de huisarts en POH-GGZ

Attitude: De huisarts kan tijdens een consult een houding hebben die op 'snelheid en efficiëntie' gericht is of misschien geen extra tijd wil besteden aan een 'luisterend oor' en/of het verwijzen naar een registercounsellor. Dan is wellicht het uitschrijven van medicatie de snelste manier van behandelen. Echter zou het verwijzen naar een registercounsellor ook een verlichting van de ervaren werkdruk kunnen geven en daarmee een positieve attitude kunnen vormen.
Subjectieve norm: De huisarts moet samen met de patiënt (met psychosociale klachten) komen tot een oordeel over het gewenste vervolg, de ene patiënt zal meer tijd 'opeisen' en in beslag nemen dan de andere.
Ervaren controle: Het ervaren van 'te kort tijd' draagt in de huisarts zijn overtuiging bij dat hij minder tijd voor de patiënt heeft. Een positieve attitude kan teniet worden gedaan door de moeite en energie die een verwijzing kost (ervaren controle) en zal daarmee onvoldoende leiden tot intentie voor verwijzing.

2.4.4 Kwaliteitskeurmerk en bewijs effectiviteit

Attitude: De associaties die een huisarts met het kwaliteitskeurmerk van counsellors heeft, kan van invloed zijn of de huisarts voorstander is om te willen verwijzen. De houding van huisartsen ten opzichte van de behandelingseffecten zijn sterk gerelateerd aan de intentie om counselling in te zetten (An-Min & Jiun-Hau, 2019). Indien de huisarts interpreteert dat counselling niet bewezen effectief is, dan zal hij een negatieve houding hebben en daarmee een verlaagde intentie hebben om te verwijzen naar registercounsellors. Ook kan het zijn dat de huisarts twijfelt aan de toepasbaarheid van counselling en daarmee de voordelen niet opwegen tegen de nadelen.
Subjectieve norm: Het geloof in het kwaliteitskeurmerk van de registercounsellor volgens de wettelijke richtlijnen van de Wkkgz, kunnen positief bijdragen aan de injunctieve norm en daarmee de intentie tot verwijsgedrag vergroten, omdat de registercounsellor hiermee aan de minimaal gestelde normen voor opleidingsniveau en accreditatie eisen voldoet (Counseling, 2019).
Ervaren controle: Als een huisarts een gebrek aan vertrouwen heeft in de effectiviteit van counselling of het kwaliteitskeurmerk van de registercounsellor, leidt dit tot een verlaging van de ervaren controle en de intentie, daarmee vermindert het verwijsgedrag. De behoefte aan ervaren controle hangt ook samen met de neiging van huisartsen om vast te houden aan bekende interventies en methoden, zelfs als deze niet of beperkt effectief zijn gebleken (Zwaanswijk & Verhaak, 2009).

2.5 Barrières die een rol spelen in verwijsgedrag in relatie tot het TPB model

Barrières kunnen ervoor zorgen dat er ondanks voldoende intentie is om te verwijzen, de huisartsen dit uiteindelijk toch niet gaat doen (Desjardins & Rubenson, 2009, 2013). De barrières (Lugtenberg, 2010) vormen participatiebelemmeringen voor huisartsen in het daadwerkelijk doorverwijzen van patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors (Windisch, 2015). Desjardins en Rubenson (2013) hebben de factoren die een barrière vormen onderverdeeld in vijf soorten belemmeringen: situationele-, institutionele-, psychologische-, informatie- en

financiële barrières. Vervolgens hebben ze deze vijf soorten belemmeringen verdeeld in individuele (persoonlijke) en/of structurele participatie belemmeringen (Desjardins & Rubenson, 2013).

2.5.1 Situationele barrières

Situationele barrières zijn structurele belemmeringen. Ze komen voort uit de situatie van de huisarts in relatie met de overheid, gezin en werk. Voorbeelden zijn; tijdgebrek; onderbezetting door personeelsgebrek, lange wachtlijsten in de GGZ, onvoldoende praktische (routine) vaardigheden van de huisarts met psychosociale interventies of om ernaar te verwijzen, gebrek aan communicatie binnen de praktijk of met samenwerkingspartners (en GGZ) door een gebrek aan opleiding of vaardigheden waardoor er competentiediscussies ontstaan. Het kost één op de zes huisartsen wekelijks gemiddeld drie uur extra tijd om kwetsbare patiënten voor de juiste zorg doorverwezen te krijgen naar de GGZ (Meijman, Groof de & Valkenburg, 2019).

2.5.2 Institutionele barrières

Institutionele barrières zijn structurele belemmeringen. Voorbeelden zijn; een gebrek aan gepaste voorziening (ruimte), een gebrek aan beschikbare hulpverleners, het ontbreken van aanwezigheid hulpverleners, onduidelijkheden in verantwoordelijkheden in de samenwerking (met GGZ) waardoor er verantwoordelijkheidsdiscussies ontstaan, zorgverzekeringseisen, wet- en regelgeving en bureaucratie.

2.5.3 Psychologische barrières

Psychologische barrières zijn individuele belemmeringen. Voorbeelden zijn; een negatieve houding hebben ten opzichte van verwijzen door eerdere negatieve ervaringen met counselling of een counsellor, het oneens zijn met de gestelde NHG-richtlijnen en aanbevelingen, een gebrek aan toepasbaarheid doordat de huisarts van mening is dat de interventie niet geschikt is voor zijn patiëntenpopulatie, de interpretatie hebben dat er voor counselling een gebrek aan bewijs is.

2.5.4 Informatie barrières

Informatie barrières zijn zowel individuele als structurele belemmeringen. Voorbeelden zijn; een gebrek aan passende informatie waardoor de huisarts onvoldoende op de hoogte is van het verwijzen of de toepasbaarheid van de interventie, onvoldoende bekendheid met de bereikbaarheid en vindbaarheid van registercounsellors (sociale kaart), onvoldoende bewijs van de effectiviteit van counselling; het ontbreken van voldoende informatie over counselling en registercounsellors en de voordelen van verwijzing, verouderde, verwarrende of onvolledige aanbevelingen volgens de NHG-standaardrichtlijnen.

2.5.5 Financiële barrières

Financiële barrières zijn zowel individuele als structurele belemmeringen. Voorbeelden zijn; als de huisarts geen financiële middelen heeft voor het inzetten van (voldoende) POH-GGZ of andere psychosociale ondersteuning in de praktijk, als zorgverzekeringen door bezuinigingen er niet in slagen de financiële wensen van patiënten en huisartsen middels vergoedingen van psychosociale interventies voor de patiënten, te ondersteunen.

2.6 Het onderscheid van het beroep registercounsellor ten opzichte van andere psychosociale hulpverlening

De huisarts is verantwoordelijk voor de behandeling van lichte psychische klachten, hij kan deze behandeling delegeren naar de POH-GGZ. Een psychotherapeutische behandeling van lichte tot matige psychische problemen vindt plaats in de gbGGZ. Bij zwaardere psychische problemen (stoornissen) verwijst de huisarts door naar de sGGZ. Registercounsellors functioneren in kennis en competentie tussen de POH-GGZ en de gbGGZ in.

Anders dan een beroep, verwijst de functie POH-GGZ naar de uitoefening van een set bij elkaar behorende taken. De functie van de POH-GGZ is gericht op de ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek (LHV, 2014). Iedereen die op hbo-niveau in de GGZ of op het snijvlak van zorg en welzijn is opgeleid en die kennis heeft van psychische problemen en de behandeling daarvan, kan de functie POH-GGZ uitvoeren (Verhaak, Zwaanswijk, & Have, 2011).

Het beroep registercounsellor omvat het werken met individuen en relaties die ontwikkelingsgericht kunnen zijn, crisis ondersteunend, psychotherapeutisch, helpend of probleemoplossend (McLeod, 2004). Counselling is meer faciliterend dan adviserend. De drie basiselementen van counselling (congruentie, onvoorwaardelijke acceptatie en empathie) vormen de therapeutische houding (attitude) van de counsellor naar de cliënt. Hiermee wordt tevens het onderscheid tussen counselling en veel andere vormen van hulpverlening gemaakt (Rogers, 2003).

De overeenkomsten tussen counselling en psychotherapie zijn dat er bij beide wordt geput uit dezelfde bronnen, stromingen en methoden, er basiseisen worden gesteld aan zowel een counsellor als een therapeut, men een opleiding en praktijktraining volgt en dat supervisie en intervisie binnen beide beroepsgroepen als belangrijke vormen van reflectie worden gezien (Boogaars, Hardeveld, & Woertman, 2007).

De verschillen tussen counselling en psychotherapie (Boogaars et al., 2007) zitten in de duur, intensiteit en de vorm van de opleiding tot counsellor en psychotherapeut. Psychotherapeuten worden vaak regulier en universitair opgeleid en eindigen vaak met een officieel diploma of een bevoegdheid. Counsellors hebben een hbo of een universitaire vooropleiding, soms op een ander terrein dan psychologie en deze aangevuld met een hbo counsellingsdiploma. Counsellors werken met een beperkt aantal sessies (ongeveer vijf tot 12) terwijl psychotherapeuten vaak langere trajecten met cliënten aangaan. Een counsellor ziet zijn cliënt vaak één keer per week tot één keer per twee of drie weken, een therapeut kan meerdere sessies per week met een cliënt hebben. Counsellors worden vaak rechtstreeks vergoed door bedrijven of gedeeltelijk vergoed uit de aanvullende zorgverzekering van cliënten, bij psychotherapeuten vindt meestal vergoeding vanuit de zorgverzekering plaats. Daarnaast zien we bij counsellors vaak het gebruik van meerdere methoden, afhankelijk van de problematiek van de cliënt, psychotherapeuten zijn vaak gespecialiseerd in intensief werk aan de hand van één methode of aanpak (Boogaars et al., 2007).

2.7 Effectieve kortdurende interventies in de huisartsenzorg

De interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kunnen door de huisarts en/of de POH-GGZ en andere psychosociale hulpverleners worden uitgevoerd. De interventies kunnen in vijf hoofdgroepen worden ingedeeld (Verhaak et al., 2011; Huijbregts, 2010), namelijk: reattributie, Motiverende Gespreksvoering (MGV), begeleide zelfhulp, Problem Solving Therapy (PST) en gezondheidsvoorlichting.

Bij reattributie worden deelnemers gestimuleerd om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte (Verhaak, et al., 2011). Meestal wordt deze interventie door de huisarts uitgevoerd.

De MGV richt zich op de intrinsieke motivatie van deelnemers tot het doorvoeren van een gedragsverandering. De MGV kan door de huisarts, POH-GGZ, SPV'er en AMW'er of andere psychosociale hulpverlener worden ingezet (Verhaak, et al., 2011).

Bij begeleide zelfhulp krijgen deelnemers uitleg over de stoornis en leren zij eenvoudige zelfhulptechnieken. In vervolgsessies worden zij ondersteund en gemotiveerd in het gebruik van de technieken. Ze kunnen worden begeleid door huisartsen, maar in de praktijk blijkt dat SPV'ers, AMW'ers, POH-GGZ en andere psychosociale hulpverleners hiervoor prima zijn uitgerust (Verhaak, et al., 2011).

Met PST leren deelnemers actief met hun alledaagse problemen om te gaan. Deze interventie vraagt vaak meestal meer psychosociale specialisatie dan een huisarts of POH-GGZ heeft. Meestal wordt deze interventie uitgevoerd door een eerstelijns verpleegkundige, SPV'er, psycholoog, AMW'er of counsellor (Verhaak, et al., 2011).

De voorlichting van gezondheid en gezond gedrag of de risico's van ongezond gedrag, kan tijdens een (dubbel) consult door de huisarts ingezet worden bij behandeling van alledaagse klachten en preventie van een ongezonde levensstijl (Verhaak, et al., 2011). Daarom zal gezondheidsvoorlichting in dit onderzoek niet worden meegenomen. In bijlage 1, staat in tabel 6 een uitgebreidere toelichting van de vier bovenstaande interventies die in de vragenlijst van het onderzoek zijn gebruikt.

2.8 Psychologische interventies binnen de gbGGZ

Binnen de curatieve gbGGZ voldoen de volgende interventies aan de stand van wetenschap en praktijk en vallen onder de verzekerde zorg conform de polisvoorwaarden (Zorginstituut Nederland, 2017): Cognitieve gedragstherapie (CGT), Gedragstherapie (GT), PST, Kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPT), Interpersoonlijke Therapie (IPT), Psychologische paniekmanagement, op inzicht gerichte psychotherapeutische psychotherapie, MGV, Gedragstherapeutische relatietherapie, Systeemtherapie en Vaktherapie (veranderings-, ontwikkelings- en/of acceptatieprocessen bewerkstelligen). Dit zijn allemaal psychosociale interventies gebaseerd op psychodynamische, psychoanalytische, systeem therapeutische, cognitieve gedrags- en ondersteunende technieken, waar ook een registercounsellor voor is opgeleid (Oud, 2018).

Voor Cue-exposure behandeling, Exposure in vivo, Community Reinforcement Approach (CRA), Deep Brain Stimulation (DBS), Dialectische gedragstherapie, Twaalfstappenbenadering, Applied Relaxation, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en Hypnotherapie zijn een specialisatie opleiding en bijbehorende vaardigheden nodig (Zorginstituut Nederland, 2017).

2.9 Het onderzoeksmodel

Om patiënten voldoende en tijdig in hun behoefte aan psychosociale begeleiding te kunnen voorzien, is het van belang inzicht te krijgen in de factoren die bij de huisarts een rol kunnen spelen bij het bewust verwijzen (gepland gedrag) van patiënten met psychosociale klachten naar een registercounsellor. Of de huisarts daadwerkelijk overgaat op verwijzen hangt af van de vraag of de huisarts dit voldoende wilt (attitude), van plan is (subjectieve norm) en kan (ervaren controle). Tezamen bepalen deze onderling samenhangende variabelen de mate van intentie om te verwijzen. Het hebben van voldoende intentie zal volgens Ajzen (1991) leiden tot het daadwerkelijk verwijsgedrag.

Huisartsen kunnen ook stuiten op barrières die een modererend effect hebben op het daadwerkelijk verwijzen van patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors. Het onderzoek richt zich op de factoren die invloed hebben op de drie samenhangende variabelen én eventuele barrières die huisartsen aangeven die hen weerhouden om daadwerkelijk te kunnen verwijzen.

In figuur 3 wordt het onderzoeksmodel schematisch weergegeven. De attitude, subjectieve norm en de ervaren controle van de huisartsen zijn de onafhankelijke variabelen. De barrières en uitvoeringsvaardigheden hebben een modererend effect op de intentie en daarmee invloed op het verwijsgedrag.

Figuur 3 Het onderzoeksmodel

3 Het onderzoeksontwerp

3.1 De context en respondenten

3.1.1 De context

Voor het beantwoorden van de deelvragen en het zorgdragen van de betrouwbaarheid van het onderzoek is een combinatie gemaakt van een kwalitatieve- en een kwantitatieve onderzoeksmethode (Francis, et al., 2004). Voor het kwalitatief onderzoek zou een diepte interview de meest voor de hand liggende methode zijn. Echter is bewust gekozen voor een semigestructureerde survey, omdat huisartsen heel erg weinig tijd hebben en zeer kritisch zijn over de besteding van hun beperkte tijd. Het onderzoek richt zich op de factoren die van invloed zijn op het verwijsgedrag van de huisarts als persoon en niet op de verwijzing van een huisartsenpraktijk in het algemeen.

3.1.2 Respondenten

De groep regulier gevestigde huisartsen bestaat in Nederland uit 7.931 zelfstandig gevestigde huisartsen en 2.024 HIDHA's/ vaste waarnemers die in functie werkzaam zijn, wat neerkomt op een doelgroep van 9955 huisartsen (Versteeg & Batenburg, 2019). Met behulp van de online steekproefcalculator, komt met een steekproefomvang van 9955 Nederlandse huisartsen, de gewenste steekproef op 370 bij een betrouwbaarheidsniveau van 95%.

In het onderzoek zijn er 355 huisartsen benaderd via de volgende kanalen; 150 via registercounsellors, 15 via het eigen netwerk van de onderzoeker, 150 via social media, 15 via een huisarts en 25 via een forum voor huisartsen. De uitgebreide beschrijving van de wervingsprocedure staat in bijlage 3. De gehele werving heeft 12 respondenten opgeleverd die aan het onderzoek wilde deelnemen, zie tabel 1. De literatuur geeft bij een kwalitatief onderzoek de richtlijn van 15 deelnemers aan om een redelijk consistent beeld te verkrijgen (Velde, Jansen, & Dikkers, 2012). Twaalf respondenten waren in dit onderzoek het maximaal haalbare aantal.

Tabel 1 *Demografische gegevens van de 12 respondenten (Nederlandse huisartsen)*

Demografische gegevens 12 respondenten		SD
Geslacht huisartsen	2 mannen (17 %), 10 vrouwen (83%)	
Gemiddeld aantal jaren werkzaam als gekwalificeerd arts	16,9 jaar	8,76
Gemiddeld aantal uur per week werkzaam in deze praktijk	37,6 uur/week	9,99
Alle huisartsen hebben één of meerdere POH-GGZ in de praktijk Gemiddeld aantal uur POH-GGZ per week	19,0 uur/week	13,33
Gemiddeld aantal patiënten in de praktijk	5160 patiënten	3722,49
Provincie gevestigde praktijk	Gelderland: 1 Noord-Brabant: 4 Noord-Holland: 4 Zuid-Holland: 3	

3.2 Meetinstrument

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de semigestructureerde vragenlijst van het TPB model (combinatie van open en gesloten vragen). Waarbij het gedrag waar het onderzoek zich op richt zorgvuldig moet worden gedefinieerd in termen van doel, actie, context en tijd (TACT) (Francis, et al., 2004). In dit onderzoek ligt de focus op "Het verwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie". In het TPB-

onderzoeksinstrument wordt dit de basisvraag/stam genoemd, welke eenduidig in elke vraag wordt verwerkt. Het doel is de patiënt, de actie is de verwijzing naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie, de context zijn de psychosociale klachten van de patiënt, de tijd is (impliciet) het consult in de huisartsenpraktijk. Waarbij de vier interventies bestaan uit: reattributie, Motiverende Gespreksvoering (MGV), begeleide zelfhulp en Problem Solving Therapy (PST). De verwijzer is de Nederlandse huisarts (zelfstandig gevestigde huisartsen, HIDHA's/vaste waarnemers). De drie voorspellende variabelen van intentie van verwijsgedrag (Ajzen, 1991) zijn: attitude t.o.v. gedrag (cognitief en affectief); subjectieve norm (descriptief en injunctief) en de ervaren controle op gedrag (self-efficacy en gevoel van controle).

De vragenlijst van de TPB bestaat uit drie onderdelen; 1; algemene-, 2; kwantitatieve- en 3; kwalitatieve onderzoeksvragen (Ajzen, 1991; Bouma, 2018). Uit het literatuuronderzoek zijn een aantal aspecten naar voren gekomen die invloed kunnen hebben op het verwijsgedrag van de huisarts. Om de invloed van deze factoren op het verwijsgedrag van de huisarts te achterhalen zijn een aantal algemene achtergrond en kwantitatieve vragen toegevoegd aan de TPB vragenlijst. De extra informatieve vragen staan toegelicht in de subhoofdstukken 3.2.1. tot en met 3.2.3. De volledige interviewgids staat in bijlage 4.

3.2.1 Algemene vragen en de betekenis van de scores

Onderdeel 1 bestaat uit vragen over de achtergrond van de huisarts en de praktijk waarin hij/zij werkzaam is, zoals; het aantal dienstjaren, patiënten, huisartsen en POH-GGZ in de praktijk, locatie, dienstverband en leeftijd. Daarnaast is gevraagd naar de behoefte van de huisarts aan ondersteuning in het begeleiden van patiënten met psychosociale klachten, bekendheid met de werkzaamheden van een counsellor en de tevredenheid over de verleende zorg van de counsellor. De laatste twee vragen zijn gemeten met een vijf punts-Likertschaal. Waarbij score 1 voor 'zeer ontevreden' staat en score 5 voor 'zeer tevreden'.

3.2.2 Kwantitatief onderzoek en de betekenis van de scores

Onderdeel 2, het kwantitatief onderzoek, bestaat uit ordinale schaalvragen per voorspellende variabele (3 items), voor vier psychosociale interventies (reattributie, MGV, begeleide zelfhulp en PST), waarmee direct de gegeneraliseerde intentie van verwijsgedrag en de intentieprestatie kan worden gemeten.

Bekendheid met de interventie

Uit de literatuurstudie blijkt dat het hebben van kennis van een interventie invloed heeft op het verwijzen naar een counsellor voor een psychosociale interventie. De huisarts wordt bij de start van het kwantitatief onderzoek (onderdeel 2) voorafgaand per interventie geïnformeerd over het doel, de inhoud, de aanpak en het aantal sessies en de duur van de betreffende interventie. In de vraag wordt aangegeven dat het gaat om de bekendheid met counselling (de werkzaamheden van een registercounsellor) van vóór het onderzoek. Waarna de huisarts een ordinale schaalvraag wordt gesteld: *"In hoeverre was u bekend met de interventie x (reattributie, MGV, begeleide zelfhulp of PST)".* Te beoordelen op een vijf punts-Likertschaal, waarbij score 1 voor zeer onbekend staat en score tot 5 voor zeer bekend, waarbij 3 een neutrale score was (niet onbekend, niet bekend).

Gegeneraliseerde intentie

De drie variabelen (attitude, subjectieve norm en controlegedrag) vormen samen, per interventie, de drie items van de ordinale schaal voor de gegeneraliseerde intentie van verwijsgedrag. De gemiddelde score van de drie variabelen - items, staat voor de mate van intentie van verwijsgedrag voor betreffende interventie (Francis, et al., 2004). Elke

variabele kan worden gescoord op een 7 punts-Likertschaal van 1 tot 7. Score 1 = geheel mee oneens tot score 7 = geheel mee eens, waarbij 4 een neutrale score was. Voorbeeldvraag: "*Ik wil de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie reattributie naar een counsellor verwijzen*".

De intentieprestatie (gedragsintentie)

De intentieprestatie wordt met één vraag gemeten en start met een situatieschets, namelijk: "*Indien er 10 patiënten met psychosociale klachten bij u op consult in uw huisartsenpraktijk komen, hoeveel van hen verwacht u door te verwijzen naar een counsellor voor de interventie x?*". De mate van intentieprestatie kan worden gescoord in een ratioschaal van 0 - 10 (Francis, et al., 2004). Score 0 is geen doorverwijzing van patiënten en score 10 is doorverwijzing van alle patiënten naar een registercounsellor voor de betreffende interventie.

3.2.3 Kwalitatief onderzoek en de betekenis van de scores

Onderdeel 3, het kwalitatief onderzoek, bestaat uit negen open vragen naar de mening van de huisarts waarom hij/zij wel of niet doorverwijst naar een counsellor. Het zijn op overtuigingen gebaseerde open vragen naar de drie voorspellende variabelen (attitude, subjectieve norm en ervaren controle) voor het verwijzen van patiënten met psychosociale klachten naar een registercounsellor voor effectieve kortdurende interventies (Francis, et al., 2004).
In de vragenlijst is gevraagd naar de mening (overtuiging) van de huisarts betreft de voordelen en nadelen van het verwijzen (attitude), welke belangrijke personen of groepen de verwijzing zouden goedkeuren of afkeuren (subjectieve norm) en welke factoren of omstandigheden een huisarts in staat stellen of bemoeilijken in het verwijzen naar registercounsellors (ervaren controle op gedrag).

Na de negen open vragen, wordt onderdeel 3 afgesloten met twee extra vragen, waarbij de huisarts werd gevraagd voor welke psychosociale klachten hij/zij een patiënt zou doorverwijzen naar de registercounsellor. De tweede vraag gaat over het referentie verwijsgedrag, oftewel de mate van daadwerkelijke verwijzing naar counsellors in het afgelopen jaar. Waarbij score 0 betekent dat de huisarts afgelopen jaar, van de 10 patiënten die met psychosociale klachten op consult kwamen, geen enkele patiënt heeft doorverwezen naar een registercounsellor en 10 dat alle patiënten zijn doorverwezen.

3.3 Procedure en analyses

3.3.1 Procedure

In het TPB construct wordt geadviseerd de vragen of één op één af te nemen of te laten invullen via een (digitale survey) vragenlijst (Francis, et al., 2004). Een digitale survey bespaart de huisarts tijd en draagt zo bij aan de kans op een hogere respons. Een POH-GGZ heeft de vragenlijst op samenstelling, volgorde van de vragen, de lengte, de leesbaarheid, begrijpelijkheid en het juiste taalgebruik van de vragen gecontroleerd. Hierop zijn een aantal aanpassingen gedaan, namelijk: De lay-out van de survey is aangepast naar één vraag per pagina waardoor deze overzichtelijker in te vullen werd. De vragen over een algemene psychosociale interventie in de huisartsenpraktijk is opgesplitst naar een onderverdeling van de vier interventies. Zo werd de vragenlijst wel langer, maar de validiteit van het onderzoek vergroot. Er is een betaalde versie van Limesurvey aangeschaft, zodat huisartsen niet zouden worden lastig gevallen met reclame boodschappen. Relevante informatie over het onderzoek is uit de startmail (met link) gehaald en op de eerste pagina van de survey gezet. Zodat verzekerd kon worden dat elke deelnemende huisarts dezelfde informatie onder ogen heeft gekregen voor aanvang van het beantwoorden van de vragenlijst.

De survey is in juli en augustus 2019 aan 12 respondenten gemaild. De mail met uitnodiging, zie bijlage 5, bevat een link naar de web survey, waardoor de huisartsen de vragenlijst anoniem en op een eigen tijdstip konden invullen. In een aankondigende tekst op de web survey, werden de huisartsen door de onderzoeker geïnformeerd over de bedoeling en de procedure van het invullen van de eenmalige vragenlijst en werden de huisartsen geïnformeerd over de interventies; het doel, de effectiviteit en kosten/resultaten ervan. De anonimiteit en vertrouwelijkheid bij deelname aan dit onderzoek werd door de onderzoeker gegarandeerd. Het volledig invullen en versturen van de survey werd gezien als akkoord voor het verwerken van de data voor dit onderzoek. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 15 minuten en de huisartsen kreeg één maand de tijd om de vragenlijst in te vullen. Na één maand ontvingen de huisartsen die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld per mail een reminder, om deze alsnog binnen 14 dagen in te kunnen vullen. Aan het eind van de survey werden de huisartsen hartelijk bedankt voor hun deelname en het invullen van de vragenlijst.

3.3.2 Analyse

De onderzoeksresultaten zijn vanuit Excel gekopieerd en per vraag geordend. Eén huisarts had op enkele vragen in het kwalitatief onderzoek hetzelfde antwoord gegeven. Deze uitbijters (vijf antwoorden) zijn, door gebrek aan betrouwbaarheid, uit de resultaten verwijdert.

Achtergrondvariabelen

Voor de analyse zijn voor de achtergrondvariabelen het gemiddelde (bijvoorbeeld van het aantal dienstjaren en werkzame uren per week) of een percentage berekend (bijvoorbeeld bij man/vrouw verhouding).

Kwantitatief onderzoek

De analyses van kwantitatieve resultaten vinden per interventie (x) plaats; namelijk; reattributie, MGV, begeleide zelfhulp en PST. Voor de bekendheid met de interventie wordt de gemiddelde score van de 12 respondenten berekend. Het berekenen van de gegeneraliseerde intentie (gi) bestaat uit twee stappen. Eerst wordt per interventie (x) de gemiddelde score (1-7) van 12 respondenten <u>per variabele</u> (attitude, subjectieve norm, controle op gedrag) berekend, waarna het gemiddelde van deze drie variabelen met de volgende formule wordt uitgerekend:

Stap 1: $\frac{\Sigma\, Scores\ (1{-}7)\ van\ de\ HA\ per\ variabele}{n\ respondenten\ (12)} = M\ score\ per\ variabele\ van\ 12\ respondenten\ voor\ interventie\ x$

Stap 2: $\frac{\Sigma\, M\ Scores\ 3\ variabelen\ (1{-}7)\ van\ de\ 12\ HA}{3\ variabelen} = M\ score\ geg.intentie\ van\ 12\ respondenten\ voor\ interventie\ x$

De gemiddelde intentieprestatie (gedragsintentie) wordt berekend per interventie, met behulp van de volgende formule: $\frac{\Sigma\, Scores\ (0{-}10)}{n\ respondenten\ (12)} = M\ score\ intentieprestatie\ van\ 12\ respondenten\ voor\ interventie\ x$

Kwalitatief onderzoek

Voor het beantwoorden van deelvraag 5 is een explorerend kwalitatief onderzoek verricht waarin gevraagd is naar de mening (overtuiging) van de huisarts betreft zijn attitude, subjectieve norm en ervaren controle die een rol kunnen spelen bij het doorverwijzen. De resultaten zijn uit Excel gekopieerd en per vraag gecategoriseerd op de thema's uit het literatuuronderzoek, zie bijlagen 7, 8 en 9. De uitbijters zijn verwijdert, waarna de resultaten op volgorde van 'meest naar minst benoemd' zijn gezet. Zo kunnen eventuele patronen of onderliggende onderwerpen worden ontdekt en 'gewicht' worden gegeven aan het aantal keer dat een thema is benoemd. Het was mogelijk meerdere antwoorden (thema's) per vraag te geven.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

3.4.1 Validiteit

Inhoudsvaliditeit: De instructies en de TACT richtlijnen voor de TPB vragenlijst met gestandaardiseerde antwoord categorieën, zorgen voor duidelijke vragen die datgene meten wat er gemeten moet worden, wat de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede komen. In het TPB construct is de vragenlijst in het Nederlands weergegeven. Deze vragenlijst is vanuit het Engels naar het Nederlands onderworpen aan een validatieproces van vertaling en terug vertaling.

Constructvaliditeit: Het gedrag moet in het TPB construct zorgvuldig worden gedefinieerd in termen van doel, actie, context en tijd (TACT). En deze TACT moet consequent worden toegepast in alle metingen in de vragenlijst. Het theoretisch kader geeft een onderbouwing van het vaststellen van de TACT, in dit onderzoek ligt de focus op het verwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie.

3.4.2 Betrouwbaarheid

Het doen van een gecombineerd kwalitatief en kwantitatief onderzoek geeft ruimte voor zowel verdieping als inzicht in de achtergrondinformatie. Beide meetmethoden beschrijven hetzelfde construct en doen verschillende aannames over de onderliggende cognitieve structuren. Geen van beide benaderingen is perfect maar naar verwachting zullen de resultaten uit beide methoden een positieve correlatie hebben. De stappen in de procedure van het samenstellen van de TPB vragenlijst zijn nauwlettend gevolgd en in de procedure van de scriptie beschreven. De betrouwbaarheid van de vragenlijst is verhoogd doordat de structuur, de formulering van de vragen en antwoordmogelijkheden voor elke respondent hetzelfde was. De onderzoeker kende de huisartsen niet, waardoor de resultaten niet konden worden beïnvloed door de relatie. Doordat de huisarts de vragenlijst digitaal heeft ingevuld, is de kans voor het geven van sociaal wenselijke antwoorden kleiner en zijn de resultaten goed leesbaar. In de survey konden geen vragen worden overgeslagen. Een nadeel van een digitale afname is dat de antwoorden kunnen worden ‘afgeraffeld’ (knippen/plakken) en niet kan worden doorgevraagd. De oorspronkelijke data hoefden niet te worden bewerkt of omgerekend waardoor rekenfouten werden voorkomen. Er is gekeken of de deelnemende huisartsen voldoende variatie in achtergrondvariabelen hadden. Zij hebben voldoende variatie in leeftijd maar de verhouding mannen en vrouwen hadden een andere afspiegeling dan de populatie zelfstandig gevestigde huisartsen. De respondenten komen uit vier van de 12 Nederlandse provincies, waardoor de resultaten niet generaliseerbaar voor heel Nederland zijn. De respondenten hadden allen een POH-GGZ in de praktijk, waardoor er geen conclusies kunnen worden getrokken voor huisartsen zonder POH-GGZ. De mate van verzadiging van de responsen is tijdens het onderzoek in de gaten gehouden. Na tien responsen kwamen geen nieuwe antwoorden meer binnen. In het kwantitatief onderzoek zal bij het berekenen van de gemiddelden van 12 respondenten, rekening moeten worden gehouden met een verminderde betrouwbaarheid in de mate van intentie van verwijsgedrag.

In het algemeen maakt de TPB een vrij nauwkeurige voorspelling van intenties en gedrag mogelijk in de buurt van de theoretische limiet. Sheeran (2002) rapporteerde een gemiddelde algehele correlatie van 0,53 tussen intentie en gedrag. Attitudes, subjectieve normen en waargenomen gedrag hebben gemiddeld een correlatie met intentie die varieerden van 0,59 tot 0,66 (Rivis & Sheeran, 2003; Schulze & Wittmann, 2003). Niettemin zijn de constructen in de theorie mogelijk niet voldoende om de intenties en acties van mensen volledig te verklaren (Ajzen, 2011).

4 Resultaten en analyses

In dit hoofdstuk worden de resultaten en de analyse per empirische deelvraag beschreven.

Deelvraag 5: "*Welke mogelijke overtuigingen hebben huisartsen ten opzichte van het verwijzen van patiënten met psychosociale klachten?*" Zie hoofdstuk 4.1.

Deelvraag 6 : "*In hoeverre zijn huisartsen op de hoogte van de werkzaamheden die een registercounsellor verricht?*" Zie hoofdstuk 4.2.

Deelvraag 7: "*In hoeverre hebben huisartsen de intentie om in de toekomst patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors te verwijzen?*" Zie hoofdstuk 4.3.

4.1 Welke mogelijke overtuigingen hebben huisartsen bij het verwijzen

4.1.1 De resultaten en analyse van deelvraag 5

Deelvraag 5: "*Welke mogelijke overtuigingen hebben huisartsen ten opzichte van het verwijzen van patiënten met psychosociale klachten?*"

4.1.2 Resultaten en analyse van de overtuigingen op de attitude van de huisarts

De antwoorden van de respondenten voor de interventie attitude staan in drie tabellen in bijlage 7, gebaseerd op de vragen 37, 38, 39 uit de vragenlijst in bijlage 4. De thema's rond de positieve (voordelen) en negatieve (nadelen) overtuigingen die van invloed zijn op de attitudevorming van huisartsen, hadden dermate grote overeenkomsten, dat de resultaten tezamen in tabel 2 zijn weergegeven, met de meest genoemde thema's bovenaan.

Tabel 2 *Thema's die van invloed zijn op de **attitude** van de huisarts*

Thema's die een rol spelen op de attitude om door te verwijzen naar een counsellor	Aantal keer genoemd
Kortere wachttijd	5
Onbekendheid met interventie counselling	5
Financiën	5
Laagdrempelig en minder stigmatiserend	4
Kennis en vaardigheden van de counsellor	4
Andere hulpverlener voor de patiënt	4
Ontbreken (fysieke) samenwerking	3
Onbekendheid met counsellor	3
Onbekendheid met kwaliteitseisen counsellor	2
Extra beschikbare hulpverlening (of overbrugging)	2
Overige; zoals tijdswinst huisarts, onbekendheid in regionaal netwerk, behoefte aan communicatie in samenwerking, onbekendheid bewijs effectiviteit counselling, keuze patiënt	1

<u>Persoonlijke voordelen van de huisartsen bij het verwijzen naar counsellors</u>

Het meest genoemde voordeel voor de huisarts bij het verwijzen naar een counsellor is de kortere wachttijd, gevolgd door laagdrempelig en minder stigmatiserend en de juiste kennis en vaardigheden van de counsellor voor het uitvoeren van de interventies. Overige voordelen ziet men in eigen tijdswinst, dat counselling een overbrugging kan zijn bij

aanvullende hulp en gezien kan worden als extra hulpverlening. Indien counselling vergoed wordt, zou dit ook een voordeel kunnen zijn.

Persoonlijke nadelen bij het verwijzen naar counsellors

Het grootste nadeel voor veel huisartsen is de onbekendheid met de interventie counselling, gevolgd door 'nog' een andere hulpverlener – gezicht in de praktijk en het ontbreken van vergoeding of de kosten die een counsellor (voor de patiënt) met zich meebrengt. En omdat een counsellor niet dagelijks of regelmatig in de praktijk aanwezig of werkzaam is, heeft dat nadelen voor de bereikbaarheid voor een kort overleg en daardoor nadelige gevolgen voor de samenwerking met de huisarts en het team van de huisartsenpraktijk. De onbekendheid met counsellors, hun kennis en competenties en de effectiviteit, waarbij de aanwezigheid en beschikbaarheid van counsellors in de regio ook onbekend zijn, zorgen voor een verminderde motivatie om te verwijzen naar de registercounsellor. Zoals één huisarts kort en krachtig benoemd: "*Onbekend maakt onbemind*".

Het is voor de huisartsen onduidelijk waaraan men een goede counsellor kan herkennen, in hoeverre er kwaliteitseisen aan een counsellor worden gesteld en hoeveel ervaring een afgestudeerde counsellor heeft. Een enkele huisarts maakt de opmerking waarom de counsellor niet als POH-GGZ werkt. De huisartsen geven aan behoefte te hebben om na afloop van het traject een brief met terugkoppeling te ontvangen.

4.1.3 Resultaten en analyse van overtuigingen op de subjectieve norm van de huisarts

De antwoorden van de respondenten voor de interventie subjectieve norm staan in drie tabellen in bijlage 8, gebaseerd op de vragen 40, 41, 42 uit de vragenlijst in bijlage 4. De thema's rond personen of groepen die het doorverwijsgedrag goedkeuren (positieve overtuiging) of afkeuren (negatieve overtuiging) en daarmee van invloed zijn op de vorming van de subjectieve norm van huisartsen, hadden dermate grote overeenkomsten, dat de resultaten tezamen in tabel 3 zijn weergegeven, met de meest genoemde thema's bovenaan.

Tabel 3 *Thema's die van invloed zijn op de **subjectieve norm** van de huisarts*

Thema's rond welke **personen of groepen** het doorverwijsgedrag van de huisarts van patiënten naar een counsellor beïnvloeden	Aantal keer genoemd
Patiënt (of omgeving van de patiënt)	10
Huisarts zelf: Symptoombeschrijving of beschrijving doelgroep die voor counselling in aanmerking komen (huisarts oordeelt zelf)	6*
Weet ik niet/ geen idee (geen personen of groepen bij afkeuren aangegeven)	4
Begrijp de vraag niet goed	3*
POH-GGZ	2
Huisarts heeft zelf voorkeur voor POH-GGZ	1*
Collega huisartsen	1
Overig: huisarts: Tijd en energie uitleg onbekendheid counselling of al andere trajecten die lopen	1
**Antwoorden kunnen niet meegenomen worden in de analyse omdat ze niet aansluiten bij de subjectieve norm!*	

De patiënt speelt voor de huisarts de allerbelangrijkste rol bij de doorverwijzing. De huisarts is in zijn verwijsgedrag het meest beïnvloedbaar door de (motivatie van de) patiënt. De POH-GGZ worden door twee van de 12 huisartsen als beïnvloedende personen genoemd en collega's door één van de 12 huisartsen.

4.1.4 Resultaten en analyse van overtuigingen op de ervaren controle van de huisarts

De antwoorden van de respondenten voor de interventie controle op gedrag staan in drie tabellen in bijlage 9, gebaseerd op de vragen 43, 44, 45 uit de vragenlijst in bijlage 4. De thema's rond de factoren of omstandigheden die de huisarts in staat stellen (positieve overtuiging) of bemoeilijken (negatieve overtuiging) die van invloed zijn op de mate waarop de huisartsen van zichzelf verwachten te kunnen doorverwijzen, hadden dermate grote overeenkomsten, dat de resultaten tezamen in tabel 4 zijn weergegeven met de meest genoemde thema's bovenaan.

Tabel 4 *Thema's die van invloed zijn op de* ***ervaren controle*** *van de huisarts*

Thema's van **factoren of omstandigheden** die de huisarts in staat stellen of bemoeilijken om een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor door te verwijzen	Aantal keer genoemd
Factoren patiënt, zoals motivatie, positieve ervaring patiënt met counselling, Multi-problematiek, geen probleembesef	11
(on)bekendheid met interventie counselling	6
(on)bekendheid in de regio (zichtbaarheid)	5
Financiën – (geen) financiële drempel patiënt	5
Onbekendheid met counsellor	4
Communicatie en contact in ha- counsellor samenwerking	3
Bekendheid van beschikbaarheid in de regio	2
Bekendheid counsellor bij ha (kennismaking)	2
Bewijs effectiviteit kort traject	2
Digitaal of per brief kunnen verwijzen (ha info systeem)	1
Overig, zoals (geen) goede samenwerking, reistijd patiënt, verantwoordelijkheid blijft bij de ha, klachten komen bij de ha terecht	1

<u>De factoren of omstandigheden die huisartsen in staat stellen om te verwijzen</u>

De belangrijkste factoren die het de huisarts makkelijker maken om door te kunnen verwijzen is de motivatie van de patiënt, gevolgd door de bekendheid met de interventies die counsellors inzetten, de bekendheid met counsellors in de regio en de financiële vergoeding voor de patiënt. De beschikbaarheid van counsellors en bekendheid met de counsellor bij zowel de huisarts als de patiënt en dat er een laagdrempelig contact (huisarts – counsellor) voor overleg mogelijk is, zijn redenen die minder genoemd zijn. Positieve ervaringen met de effectiviteit van de counselling stellen de huisarts sneller in staat om te verwijzen. De huisarts is geholpen als de verwijzing digitaal of per brief (via huisartssysteem) kan en de huisarts na afloop van het traject een brief met terugkoppeling van de counsellor ontvangt. Een enkele huisarts geeft de optie aan dat de counsellor mogelijk als POH-GGZ binnen de huisartsenpraktijk zou kunnen werken.

<u>De factoren of omstandigheden die het de huisarts moeilijk of onmogelijk maken om te verwijzen</u>

Het type en de zwaarte van de klacht is een factor die meeweegt in het verwijzen. De huisartsen geven aan dat ze patiënten met Multi-problematiek, een bepaald verleden of patiënten zonder probleembesef of zwaardere psychische problemen niet verwijzen naar een counsellor. Gezien het werkveld van de counsellor is counselling niet geschikt voor deze klachten. Ook patiënten die niet gemotiveerd zijn, bemoeilijken het verwijzen. Bij ongemotiveerde patiënten zal counselling niet werken omdat de patiënt zelf bereid moet zijn om te willen werken aan zijn/haar eigen ontwikkeling. In de situatie om te verwijzen weegt de onbekendheid met de counsellor zwaar mee, daarna de onbekendheid in de regio (onzichtbaarheid) en onbekendheid met counselling. Allen factoren die de huisartsen meerdere keren benoemen.

4.2 Resultaten en analyse in hoeverre huisartsen bekend zijn met counselling

4.2.1 Resultaten en analyse van deelvraag 6

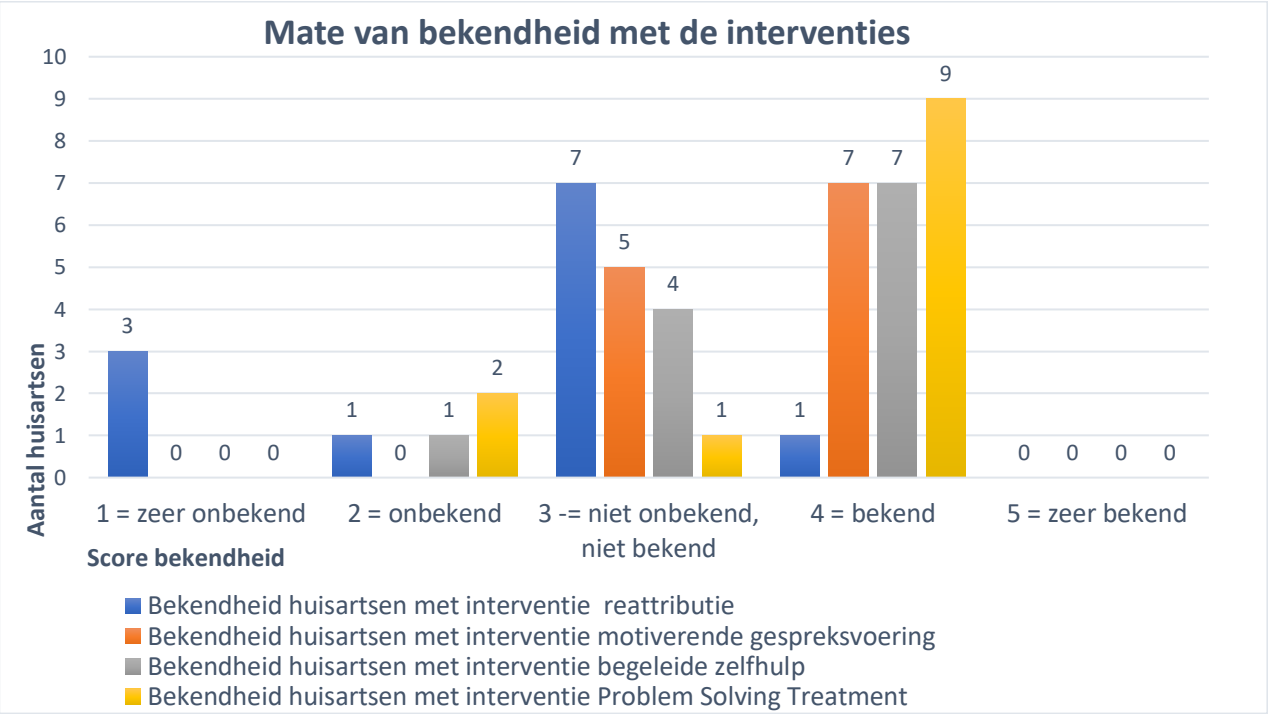
Deelvraag 6: "*In hoeverre zijn huisartsen op de hoogte van de werkzaamheden die een registercounsellor verricht*?"

Op de vraag in hoeverre de 12 huisartsen bekend zijn met de werkzaamheden van een counsellor, op een schaal van 1 (zeer onbekend) t/m 5 (zeer bekend), geeft er één huisarts aan bekend te zijn, vier huisartsen niet bekend/onbekend te zijn en zeven huisartsen geven aan (zeer) onbekend te zijn met de werkzaamheden van een registercounsellor. Gemiddeld scoorden de 12 respondenten *M* = 2,3 (onbekend), zie resultaten in bijlage 6. Dit betekent dat de huisartsen gemiddeld genomen relatief 'onbekend' zijn met de werkzaamheden van een counsellor.

Bekendheid met de interventies

Om de samenhang tussen de bekendheid met counselling en de mate van 'bekendheid met de vier interventies' te kunnen ontdekken is het belangrijk om beide resultaten naast elkaar te hebben. Zo kan ook de uitvoerder van de interventies in de huisartsenpraktijk van invloed zijn op het verwijsgedrag van de huisarts.

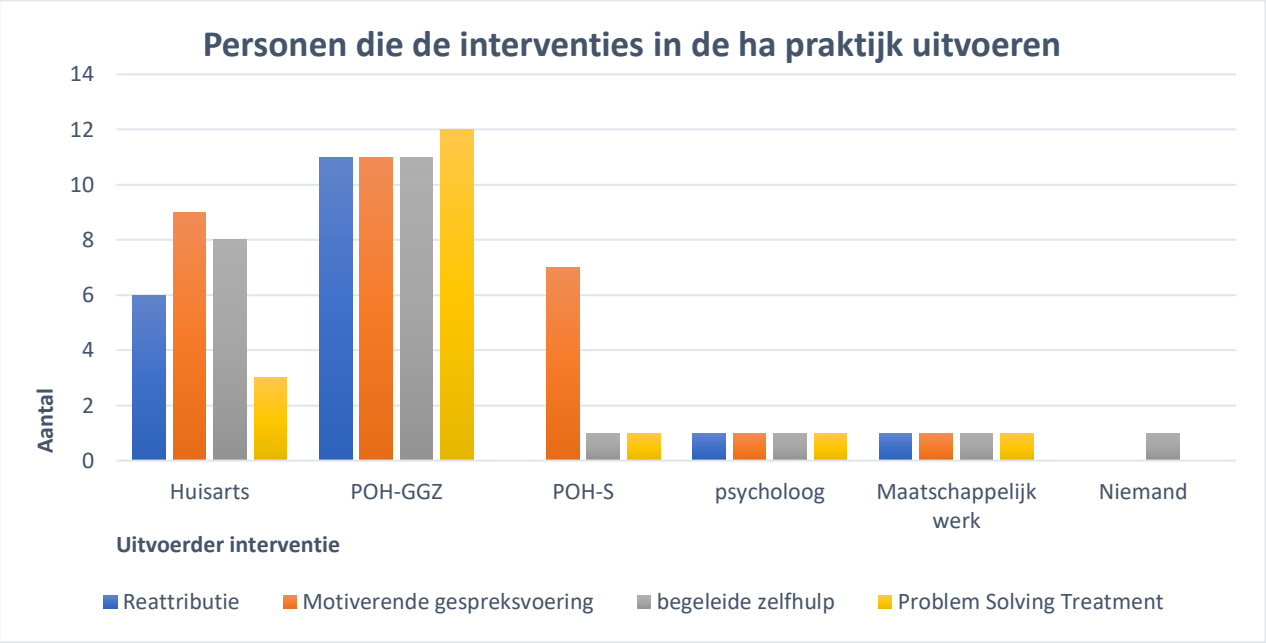
De huisartsen scoren, op een schaal van 1 - 5, *M* = 3,3 op 'bekendheid' met de interventies, zie de resultaten in figuur 5, tabel 5 en bijlage 10. De bekendheid met de interventie reattributie scoort 2,5. Wat betekent dat de interventie reattributie redelijk onbekend is bij huisartsen. De interventies Motiverende gespreksvoering (MGV), begeleide zelfhulp en Problem Solving Therapy (PST), scoren allen tussen 3,5 – 3,6, wat betekent dat deze interventies bij huisartsen matig bekend zijn. De matige bekendheid met de interventies leiden niet tot diversiteit in de resultaten van de gegeneraliseerde intentie bij de interventies, zie tabel 5.



Figuur 4 Mate van bekendheid met de interventies

Uitvoerders van de interventies in de huisartsenpraktijk

Meestal voeren de POH-GGZ de interventies binnen de huisartsenpraktijk uit, gevolgd door de huisarts zelf, zie figuur 4. PST wordt door de huisartsen het minst uitgevoerd, dit is de interventie die de meeste specialistische kennis vergt. De POH-S voert in een groot aantal gevallen ook de interventie MGV uit.



Figuur 5 Personen die in de huisartsenpraktijk de interventies uitvoeren

4.3 Resultaten en analyse naar de huisarts zijn intentie om te verwijzen

4.3.1 Resultaten en analyse deelvraag 7

Deelvraag 7: "*In hoeverre hebben huisartsen de intentie om in de toekomst patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors te verwijzen?*"

De intentie van verwijsgedrag van de huisarts wordt uitgedrukt in een gegeneraliseerde intentie én een intentieprestatie. Eerst zal worden stilgestaan bij, in hoeverre een POH-GGZ in de huisartsenpraktijk werkzaam is en welke opleidingsachtergrond zij hebben en in hoeverre de huisartsen behoefte hebben aan extra POH-GGZ ondersteuning. Naast de mate van bekendheid met de vier interventies en wie voornamelijk de interventies uitvoeren (hoofdstuk 4.2.1.) kunnen ook deze factoren van invloed zijn op het verwijsgedrag van de huisarts.

Informatie over eventuele aanwezigheid van een POH-GGZ in de praktijk

Alle 12 de huisartsen die hebben deelgenomen aan het onderzoek hebben voor gemiddeld 19 uur per week POH-GGZ ondersteuning in de praktijk. De meeste POH-GGZ medewerkers hebben een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkunde opleidingsachtergrond (6), soms Sociaal Pedagogische Hulpverlening (2), verpleegkundige opleiding met een POH-GGZ opleiding (2) of de POH-GGZ zijn (basis)psycholoog (2). Eén POH-GGZ had een opleiding Algemeen Maatschappelijk Werk (1).

Behoefte aan ondersteuning in het begeleiden van patiënten met psychosociale klachten

Negen van de 12 huisartsen hebben aangegeven géén extra behoefte aan ondersteuning te hebben, drie huisartsen hebben wel extra ondersteuning nodig. Eén van de drie huisartsen die extra ondersteuning nodig heeft, heeft in het afgelopen jaar daadwerkelijk naar een counsellor verwezen en was daar tevreden over. Over het algemeen geven de huisartsen aan dat als er extra ondersteuning nodig is, geprobeerd wordt dit binnen het eigen team op te lossen omdat er anders 'weer' een ander gezicht in de praktijk is. De voorkeur gaat dan uit naar de eigen POH-GGZ. Indien dat niet lukt, dan doet de huisarts het zelf of verwijst buiten de praktijk door.

Tabel 5 *Samenvatting van de resultaten uit het kwantitatief onderzoek directe meting per interventie van de gegeneraliseerde intentie en intentieprestatie*

Interventie	Gemiddelde score (*M*) **Bekendheid met de interventie**.	Gemiddelde score (*M*) Ik *kan* Controle op gedrag	Gemiddelde score (*M*) Ik *wil* Attitude	Gemiddelde score (*M*) Ik *ben van plan* Subjectieve Norm	Gemiddelde score (*M*) **Gegeneraliseerde intentie** per interventie
Reattributie	2,5	2,3	3,3	2,8	**2,8**
MGV	3,6	2,4	3,2	2,6	**2,6**
Begeleide zelfhulp	3,5	2,7	3,3	2,7	**2,8**
PST	3,6	2,4	3,2	2,7	**2,8**
M (variabele per interventie)	**3,3**	**2,5**	**3,3**	**2,7**	**2,8**

Gegeneraliseerde intentie

De huisartsen scoren in hun gegeneraliseerde intentie in doorverwijsgedrag, op een schaal van 1 – 7, voor alle vier de interventies tussen de 2,6 – 2,8. Gemiddeld genomen komt de gegeneraliseerde intentie van de huisartsen op *M* = 2,8, wat betekent dat huisartsen het licht oneens zijn om patiënten naar een counsellor te verwijzen.

De resultaten van de gemiddelde score per variabele (attitude, subjectieve norm en controle op gedrag), staan per interventie in tabel 5. Tussen de drie variabelen van de gegeneraliseerde intentie van verwijsgedrag zit minimaal verschil. Daar waar met een score van 3,3 voor de attitude, de huisartsen nog enigszins *willen* verwijzen, denken ze, met een score van 2,5 op controle op gedrag, hier in nog mindere mate naar te *kunnen* handelen.

Referentiegedrag

Het gemiddelde referentiegedrag van de intentieprestatie van afgelopen jaar is 1, zie bijlage 6. Dit is de score (gescoord op 1-10) van de huisartsen hun daadwerkelijke verwijzing van patiënten met psychosociale klachten naar counsellors van het afgelopen jaar.

De intentieprestatie

De gemiddelde intentieprestatie komt op een score van 1,6 op een schaal van 1-10, wat betekent dat de motivatie van de huisarts om het verwijzen naar een counsellor zeer laag is. De intentieprestaties per interventie verschillen nauwelijks. De intentieprestatie score voor begeleide zelfhulp is relatief het hoogst = 2, met daarop volgend de PST score = 1,8. De intentieprestatie scores voor de interventies reattributie en MGV scoren lager, namelijk 1,3 c.q. 1,4. In vergelijking met de referentiescore van 1, voor de verwijzingen van afgelopen jaar, is de intentieprestatie voor de toekomst nauwelijks hoger (op een schaal van 1 – 10, van score 1 naar 1,6).

De resultaten van de gegeneraliseerde intentie en intentieprestatie zijn in overeenstemming met elkaar. De huisartsen zijn het licht oneens om te verwijzen naar een counsellor en scoren laag op de intentie om daadwerkelijk te gaan verwijzen. Uit de resultaten, zie bijlage 6, komt naar voren dat vijf van de 12 huisartsen (46%) een counsellor persoonlijk kent. Waarvan twee huisartsen in het afgelopen jaar een aantal patiënten hebben verwezen. Zij scoren het hoogst op de intentieprestatie. Zij gaven beide aan tevreden te zijn geweest over de dienstverlening. Ondanks dat zij een counsellor persoonlijk kende, waren de counsellors in de regio hen echter onbekend.

Psychosociale klachten

In de meerkeuze vraag: "*Voor welke psychosociale klacht(en) zou u doorverwijzen naar een counsellor?*" werd door de huisartsen het meest gekozen voor: Overspannenheid en burn-out (8), daarna voor emotionele problemen (6), communicatieproblemen en conflicten(6) en relatieproblemen (6). Gevolgd door rouw en verlies (5) en levensvragen en zingeving (5). Het minst werd gekozen voor leermoeilijkheden (1) en seksualiteit en gender problematiek (2), zie figuur 6.

Figuur 6 Psychosociale klachten waar de huisarts voor gaat verwijzen naar een counsellor

5 Conclusie

Voor de opdrachtgever, de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC), geven de resultaten uit het onderzoek inzicht in de factoren waarom Nederlandse huisartsen wel of niet doorverwijzen naar counsellors voor psychosociale interventies. Door inzicht te krijgen welke factoren van invloed zijn op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen naar counsellors, kan de ABvC gericht hun beleid bepalen om het verwijsgedrag van huisartsen voor patiënten met psychosociale klachten te veranderen, zodat de wachttijd voor deze patiënten wordt verkort en zij eerder hulp krijgen, met de aandacht voor de kern van hun dagelijkse problemen.
In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal: "*Welke factoren zijn van invloed op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen om patiënten met psychosociale klachten door te verwijzen naar registercounsellors voor een kortdurende interventie ter vermindering van psychosociale klachten*?".

Deelvraag 1 (theoretisch): *"Welke aspecten spelen volgens de theorie een rol in gedrag?"*
Aan bewust (verwijs)gedrag gaat volgens de Theory of Planned Behavior (TPB) van Ajzen (2010) een intentie vooraf. Er wordt met intentie een richting aan gedrag gegeven (het wel of niet doen van iets) en een intensiteit (de motivatie voor hoeveel tijd en energie iemand er in wilt steken). Het TPB model laat zien dat drie variabelen (attitude, subjectieve norm en ervaren controlegedrag) invloed hebben op het vormen van intentie voor verwijsgedrag en daarmee het wel of niet verwijzen naar registercounsellors.

Een groot aantal mogelijke individuele en sociale achtergrondfactoren oefenen invloed uit op het vormen van gedrags-, normatieve en/of controleovertuigingen. Factoren van persoonlijke aard zijn bijvoorbeeld persoonlijkheid, levenswaarden en demografische variabelen. Sociale achtergrondfactoren zijn bijvoorbeeld de kwaliteit en de aard van de gebruikte media en andere informatiebronnen en in hoeverre deze afwijkt van zijn of haar eigen mening en in hoeverre iemand de betrouwbaarheid ervan inschat. Verwacht wordt dat dergelijke factoren indirect de intenties en het gedrag beïnvloeden. Een aantal belangrijke factoren in relatie tot een huisarts zijn; onvoldoende kennis of vaardigheden van de huisarts met psychosociale interventies, de invloed van patiënten en samenwerkende collega's, beschikbare tijd van de huisarts en POH-GGZ , het kwaliteitskeurmerk en bewijs van effectiviteit van de interventie.

Deelvraag 2 (theoretisch): *"Welke mogelijke barrières ondervinden huisartsen bij het doorverwijzen van patiënten met psychosociale klachten?"*
Barrières en een gebrek aan uitvoeringsvaardigheden kunnen ervoor zorgen dat er ondanks voldoende aanwezige intentie om te verwijzen, de huisartsen dit uiteindelijk toch niet gaat doen. De barrières vormen participatiebelemmeringen voor de huisartsen in het daadwerkelijk doorverwijzen van patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors. De door Desjardins en Rubenson (2013) genoemde factoren die een barrière vormen, zijn onderverdeeld in vijf soorten belemmeringen, namelijk: situationele- (bijvoorbeeld tijdgebrek door werk), institutionele- (bijvoorbeeld gebrek aan voorziening in de praktijkruimte), psychologische- (bijvoorbeeld oneens zijn met de NHG richtlijnen voor psychosociale interventies), informatie- (bijvoorbeeld gebrek aan passende informatie voor verwijzing naar een counsellor) en financiële barrières (bijvoorbeeld onvoldoende financiële middelen voor de inzet van een counsellor in de praktijk).

Deelvraag 3 (theoretisch): *"Waarin onderscheidt het beroep counsellor zich ten opzichte van andere psychosociale hulpverlening?"*

Het beroep registercounsellor omvat het werken met individuen en relaties die ontwikkelingsgericht kunnen zijn, crisis ondersteunend, psychotherapeutisch, helpend of probleemoplossend (McLeod, 2004). Counselling is meer faciliterend dan adviserend. De drie basiselementen van counselling (congruentie, onvoorwaardelijke acceptatie en empathie) vormen de therapeutische houding (attitude) van de counsellor naar de cliënt. Hiermee wordt tevens het onderscheid tussen counselling en veel andere vormen van hulpverlening gemaakt (Rogers, 2003). De functie van de POH-GGZ is gericht op de ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig verwijzing van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek (LHV, 2014).

De verschillen tussen counselling en psychotherapie (Boogaars et al., 2007) zitten in de duur, intensiteit en de vorm van de opleiding tot counselor en psychotherapeut. Psychotherapeuten worden vaak regulier en universitair opgeleid en eindigen vaak met een officieel diploma of een bevoegdheid. Counsellors hebben een hbo of een universitaire vooropleiding, soms op een ander terrein dan psychologie en deze aangevuld met een hbo counsellingsdiploma. Counsellors werken met een beperkt aantal sessies (ongeveer vijf tot 12) terwijl psychotherapeuten vaak langere trajecten met cliënten aangaan. Een counsellor ziet zijn cliënt vaak één keer per week tot één keer per twee of drie weken, een therapeut kan meerdere sessies per week met een cliënt hebben. Counsellors worden vaak rechtstreeks vergoed door bedrijven of gedeeltelijk vergoed uit de aanvullende zorgverzekering van cliënten, bij psychotherapeuten vindt meestal vergoeding vanuit de basis zorgverzekering plaats. Daarnaast zien we bij counsellors vaak het gebruik van meerdere methoden, afhankelijk van de problematiek van de cliënt, psychotherapeuten zijn vaak gespecialiseerd in intensief werk aan de hand van één methode of aanpak (Boogaars et al., 2007).

Deelvraag 4 (theoretisch): *"Welke effectieve kortdurende psychosociale interventies kan de huisarts (of POH-GGZ) zelf en voor welke interventies kunnen patiënten met psychosociale klachten doorverwezen worden?"*

De interventies op het gebied van preventie en/of kortdurende behandeling kunnen door de huisarts en/of de POH-GGZ en andere psychosociale hulpverleners worden uitgevoerd. De interventies kunnen in vijf hoofdgroepen worden ingedeeld (Verhaak et al., 2011; Huijbregts, 2010), namelijk: reattributie, Motiverende Gespreksvoering (MGV), begeleide zelfhulp, Problem Solving Therapy (PST) en gezondheidsvoorlichting.

De volgende psychosociale interventies vallen binnen de gbGGZ waar de huisarts en/of POH-GGZ voor kan doorverwijzen naar hulpverleners in de gbGGZ; Cognitieve gedragstherapie (CGT), Gedragstherapie (GT), Problem Solving Therapie (PST), Kortdurende psychodynamische psychotherapie (KPT), Interpersoonlijke Therapie (IPT), Psychologische paniekmanagement, op inzicht gerichte psychotherapeutische psychotherapie, Motiverende Gespreksvoering (MGV), Gedragstherapeutische relatietherapie, Systeemtherapie en Vaktherapie (veranderings-, ontwikkelings- en/of acceptatieprocessen bewerkstelligen). Dit zijn allemaal psychosociale interventies gebaseerd op psychodynamische, psychoanalytische, systeem therapeutische, cognitieve gedrags- en ondersteunende technieken, waar ook een registercounsellor voor is opgeleid (Oud, 2018). Er zit enige overlap in interventies bij de huisartsenzorg en de gbGGZ, afhankelijk van de eigen kennis en vaardigheden van de huisarts en/of POH-GGZ, kan worden gekozen om patiënten wel of niet door te verwijzen.

Deelvraag 5 (empirisch): *"Welke mogelijke overtuigingen hebben huisartsen ten opzichte van het verwijzen van patiënten met psychosociale klachten?"*

De huisartsen geven aan dat de onbekendheid met de interventie counselling en de registercounsellors in het regionaal eerstelijnszorgnetwerk, zoals het 'gezicht' niet kennen en moeilijk vindbaar zijn, zwaarwegende factoren zijn die doorverwijzing belemmeren. De huisartsen geven aan dat 'weer een nieuw gezicht voor de patiënt' een reden is om patiënten zoveel mogelijk binnen de praktijk te behandelen, ook al is er een tekort aan capaciteit. Dit heeft gevolgen voor de wachttijd en (verslechtering van) de klachten van de patiënt, waarmee een beperking optreed in het bieden van 'de juiste zorg op de juiste plek' en de onvoldoende psychosociale hulpverlening in de huisartsenpraktijk en gbGGZ in stand wordt gehouden. De kosten voor de patiënt die de inzet van een counsellor met zich meebrengt worden meerdere keren als overtuiging genoemd. Belemmerend als de zorgverzekeraar counselling niet (of gedeeltelijk) zou vergoeden en bevorderend als de zorgverzekeraar counselling wel zou vergoeden.

Huisartsen zien counselling als laagdrempelig en minder stigmatiserend waarbij counselling ook als overbrugging naar aanvullende hulp ingezet kan worden. Tijdswinst, de juiste kennis en vaardigheden van de counsellor, de extra keuze in het hulpverleningsaanbod, zijn de bevorderende overtuigingen die in het kwalitatief onderzoek naar voren komen en overeenkomen met de bevindingen uit de literatuur. Daarbij is het voor de huisarts belangrijk dat de counsellor met regelmaat in de huisartsenpraktijk werkzaam of voor overleg beschikbaar is. Indien er geen goede samenwerking zou zijn, is dat een omstandigheid om niet (meer) te verwijzen naar de counsellor. De motivatie van de patiënt en positieve ervaringen over de effectiviteit van counselling zijn overtuigingen die de intentie om te verwijzen verhogen.

Uit de analyse van de resultaten kan voorzichtig worden geconcludeerd, dat, als huisartsen counsellors persoonlijk kennen en daar positieve ervaringen mee hebben, zij meer geneigd zijn om te verwijzen naar counsellors. Het kennen van het 'gezicht' van de counsellor kan het gevoel van vertrouwen en de ervaren controle in het verwijzen naar de counsellors vergroten. Daarnaast zijn transparant, haalbaar gestelde therapiedoelen, het digitaal of per brief (via huisartssysteem) kunnen verwijzen en het na afloop ontvangen van een (brief met) terugkoppeling, factoren die de ervaren controle en attitude van de huisarts vergroten en daarmee de intentie om te verwijzen verhogen.

Deelvraag 6 (empirisch): *"In hoeverre zijn huisartsen op de hoogte van de werkzaamheden die een registercounsellor verricht?"*

Uit het onderzoek komt naar voren dat de huisartsen onbekend zijn met de werkzaamheden van een counsellor. Echter zijn de aanbevolen psychosociale interventies voor de huisartspraktijk (reattributie, MGV, PST en begeleide zelfhulp), ook maar (zeer) matig bekend bij de huisartsen. De onbekendheid met de inhoud en effectiviteit van het vakgebied counselling en de onbekendheid met de kennis en competenties van counsellors vormen samen zwaarwegende factoren die het verwijzen belemmeren. Aanvullende belemmerende factoren die uit het kwalitatief onderzoek naar voren komen voor verwijzing zijn de onduidelijkheid in hoeverre er kwaliteitseisen aan een counsellor worden gesteld en het onduidelijk is waar de huisartsen een goede counsellor aan kunnen herkennen (kwaliteitskeurmerk).

Uit het onderzoek blijkt dat meestal de POH-GGZ de interventies binnen de huisartsenpraktijken uitvoeren, gevolgd door de huisarts zelf. Dit bevestigt de bevindingen uit de literatuurstudie, dat huisartsen zich terughoudend tonen in het zelf begeleiden (en verwijzen) van patiënten met psychosociale klachten en deze taken graag willen kunnen delegeren omdat ze hier onvoldoende tijd, kennis en vaardigheden voor hebben. Echter, hoe minder ervaring

de huisartsen in het begeleiden van psychosociale klachten opdoen, hoe onbekender de psychosociale interventies voor hen worden en hiermee de intentie om patiënten te verwijzen naar psychosociale begeleiding kleiner wordt.

Een enkele huisarts vraagt zich af waarom de counsellor niet als POH-GGZ werkt. Mocht de counsellor in de functie van POH-GGZ gaan werken, dan zou een gedeelte van het beroep van de counsellor verloren kunnen gaan. Counsellors werken cliëntgericht, spreken de eigen keuzes en mogelijkheden van de patiënt aan en begeleiden lichte tot matige psychosociale problematiek. Daarmee kan de counsellor de huisarts en POH-GGZ naast de kortdurende interventies ook ontlasten in middel tot langere begeleidingstrajecten voor bijvoorbeeld chronische ziekten of moeilijk diagnosticeerbare (langdurige) psychische problemen (tijdens de wachtlijstperiode van de GGZ).

Verder merken huisartsen op dat zij zware en complexe psychiatrische problematiek en ongemotiveerde patiënten niet geschikt vinden voor counselling en dat is juist. Counselling is bestemd voor lichte tot matige psychosociale klachten, waarbij het belangrijk is dat de patiënt open staat voor begeleiding bij zijn hulpvraag. Zware en complexe psychiatrische problematiek dienen in de sGGZ behandeld te worden.

Deelvraag 7 (empirisch): *"In hoeverre hebben huisartsen de intentie om in de toekomst patiënten met psychosociale klachten naar registercounsellors te verwijzen?"*

Het onderzoek geeft aan dat de huisartsen het afgelopen jaar nauwelijks patiënten met psychosociale klachten hebben verwezen naar een counsellor en de intentie om in de toekomst bewust te gaan verwijzen naar counsellors zeer laag is. De wil om te verwijzen ('attitude') is iets hoger dan hun ervaren controle (het vertrouwen dat de huisarts heeft in de eigen vaardigheden en de eigen verwachting om met de benodigde middelen de verwijzing te kunnen uitvoeren). Uit het onderzoek blijkt dat indien de huisarts extra ondersteuning nodig heeft, geprobeerd wordt dit zoveel mogelijk binnen het eigen team (POH-GGZ) op te lossen omdat er anders 'weer' een ander gezicht in de praktijk is. Dit is niet altijd mogelijk door capaciteitsgebrek bij de aanbieder van eerstelijns psychosociale hulpverlening of door de belemmering van het aantal beschikbare uren van de POH-GGZ. Opvallend is dat de huisartsen niet benoemen dat de counsellor, net als de POH-GGZ, als ZZP-er in de praktijk kan worden ingezet. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat de POH-GGZ volledig uit de basisverzekering wordt vergoed en regionaal wordt gefaciliteerd door georganiseerde aanbieders. Counselling wordt in het huidige zorgstelsel (gedeeltelijk) uit de aanvullende verzekering vergoed.

De centrale onderzoeksvraag: "*Welke factoren zijn van invloed op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen om patiënten met psychosociale klachten door te verwijzen naar registercounsellors voor een kortdurende interventie ter vermindering van psychosociale klachten*?"

Uit zowel het kwalitatief en kwantitatief onderzoek komt naar voren dat de onbekendheid van de huisartsen met de counsellors (in de regio) en het vakgebied counselling, voor huisartsen grote belemmerende factoren zijn om patiënten met psychosociale klachten te verwijzen naar een counsellor. Of zoals één huisarts dit kort en krachtig weergeeft: "*Onbekend maakt onbemind*".

Het (gedeeltelijk) wegnemen van deze belemmerende factoren door huisartsen beter op de hoogte te stellen van de kennis en competenties van de counsellor (in de regio), het effect en het kwaliteitskeurmerk van counselling, verhogen de ervaren controle en daarmee indirect én direct, de intentie van verwijsgedrag. Een positievere stemming zorgt ervoor dat de huisarts meer vertrouwt op zijn gevoel. Hierdoor vergroot de attitude van de huisarts (gebaseerd op

gevoel, normen en waarden) en heeft daarmee ook een positieve invloed op de intentie van verwijsgedrag naar counsellors.

Met een doorverwijzing naar een registercounsellor kan de wachttijd voor de patiënten met psychosociale klachten worden verkort en zij eerder de 'juiste hulp op de juiste plek' krijgen met de aandacht voor de kern van hun dagelijkse problemen. Met het wegnemen van zoveel mogelijk barrières, zoals beperkte voorziening in de praktijk, onvindbaarheid counsellor, het ontbreken van een terugkoppeling of eenzelfde communicatiesysteem, wordt voorkomen dat het daadwerkelijk verwijzen naar counsellors voor de huisarts alsnog niet uitvoerbaar of haalbaar wordt.

6 Aanbevelingen voor de ABvC

Op basis van de conclusies zijn in dit hoofdstuk de aanbevelingen geformuleerd en vormen het advies voor de Algemene Beroepsvereniging van Counsellors (ABvC) om het verwijsgedrag van huisartsen voor patiënten met psychosociale klachten naar counsellors te verbeteren. De ABvC kan het advies in hun beleid meenemen en de aanbevelingen met de diverse zorgpartijen oppakken. Zodat de wachttijd voor de patiënten met psychosociale klachten wordt verkort en zij eerder hulp krijgen, met de aandacht voor de kern van hun dagelijkse problemen. Om de intentie van verwijsgedrag van huisartsen naar counsellors te vergroten, zal het beleid van de ABvC zich vooral kunnen gaan richten op het vergroten van positieve associaties van de huisarts bij counselling en de ervaren controle op het verwijzen naar counsellors.

6.1 Het vergroten van bekendheid van counselling in Nederland

Om patiënten met psychosociale klachten naar een counsellor te willen en kunnen verwijzen heeft de huisarts behoefte aan meer duidelijkheid over de kennis, competenties, de ervaring en het kwaliteitskeurmerk van registercounsellors. Ook moet de toepassing, werkwijze, de effectiviteit van counselling meer bekendheid krijgen, waarbij het benoemen van de meerwaarde – het verschil met de POH-GGZ – van belang is. Met een inhoudelijke koers zijn zorgprofessionals het best te motiveren (Wijck, 2019).

Advies: De ABvC zal de registercounsellors daarom goed op de hoogte moeten brengen van het beleid (inhoud) hoe de ABvC counselling in Nederland beter 'op de kaart' wil gaan zetten. Informatievoorziening voor de eerstelijns GGZ zal uit een combinatie van structuur-, proces- en uitkomst-indicatoren moeten bestaan (Derose & Petitti, 2003). Deze domeinen dragen bij aan eenduidige en heldere communicatie. Het is belangrijk dat de bestuursleden en registercounsellors (of andere expertiseleden) hiervoor de competenties beschikken. De ABvC zou hierin kunnen faciliteren door een training 'presenteren' aan te bieden, waarbij een professioneel en sterk inhoudelijke ABvC (power point) presentatie beschikbaar worden gesteld. In het verstrekken van informatie is het van belang om te benoemen voor welke psychosociale klachten de counsellor ingezet kan worden en wat de counsellor hierin kan betekenen voor de patiënt.

Als hulpverleners goed op de hoogte zijn van elkaars deskundigheden, krijgt de patiënt de juiste hulp op de juiste plek. Uiteraard moeten de hulpverleners ook zicht hebben op de mogelijkheden van de tweede lijn (Have, 2007). Een aandachtspunt is het proces van informatie-uitwisseling en samenwerking tussen aanbieders van basiszorg en gespecialiseerde GGZ-aanbieders (Langejan, T.W., 2011). Zo moet in huisartspraktijken kennis groeien over specialisatiegebieden binnen de GGZ en welke instellingen en personen die specialisatie in huis hebben. De 'NHG (Nederlandse Huisartsen Genootschap) - Richtlijn Informatie uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ' kan in dit kader een belangrijke stap voorwaarts blijken. Het veld is hierbij aan zet (Langejan, T.W., 2011).

Advies: De ABvC kan met hulp van de 'NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ' inspelen op het proces van informatie-uitwisseling en samenwerking tussen aanbieders van basiszorg en gespecialiseerde GGZ, door bij alle soorten psychosociale hulpverlening (eerste en tweedelijns) met de diverse functies en deskundigheden duidelijk aan te geven hoe de counsellor zich ten opzichte van deze functies positioneert.

'Weg van de Wachtlijst' is een initiatief van GGZ Nederland, Koepel van cliënten- en familieorganisaties MIND en Zorgverzekeraars Nederland (Bork, 2018). Deze campagne wordt ondersteund door de Nederlandse Vereniging voor

Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Federatie voor Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen in de GGZ (P3NL), de Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN), MEER GGZ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) (Bork, 2018).
Advies: Voor het vergroten van bekendheid van counselling, kan de ABvC met bovengenoemde landelijke organisaties in overleg gaan, informatie sturen of lezingen houden. Waarbij het contact met de organisatie MIND er ook voor kan zorgen dat de patiënten met psychosociale klachten hun motivatie voor counselling bij de huisarts aangeven. Huisartsen geven namelijk in het onderzoek aan dat zij de voorkeur en motivatie van de patiënt in de keuze van hulpverlening belangrijk vinden. In hoofdstuk 6.2 staan nog meer (cliënt)organisaties beschreven waar de ABvC contact mee kan leggen om counselling meer bekendheid te geven.

Ervaring en onderzoek brengt de begeleidingsmogelijkheden van een counsellor onder de aandacht bij huisartsen. Counselling zou moeten worden opgenomen in de medische opleiding om counselling gerelateerde kennis en competentie van artsen te verbeteren. Waarbij er ook aandacht zou moeten worden besteed aan de rol van patiënten en senior artsen bij het bevorderen van counselling (An-Min & Jiun-Hau, 2019).
Advies: De resultaten van dit onderzoek worden door de ABvC en mij, door middel van een samenvatting, artikel en blog, extern uitgezet. Zoals de Landelijke Vereniging van Huisartsen (LHV) en de Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), social media en de website van de ABvC. Het evalueren van het counsellingstraject met de patiënt en het actief terugkoppelen van de mate van tevredenheid aan de huisarts zorgt voor het zichtbaar worden van het effect en de mate van tevredenheid over counselling. Hiervoor kan als instrument de 'GGZ thermometer' van het Trimbos Instituut gebruikt worden die de zorggebruiker bevraagt op de drie domeinen (structuur/proces/uitkomsten) (Coppen & Verhaak, 2007). Door de eenvoud is de vragenlijst gemakkelijk in te vullen en de data eenvoudig te verwerken (Coppen & Verhaak, 2007).

6.2 Het vergroten van de bekendheid van counsellors in de regionale basiszorg

Het huisartsenvak is generalistisch in de context van het dagelijks leven (Wijck, 2019). Dit plaatst de huisarts vrijwel per definitie in de relatie van alle partijen in de zorg en in het sociaal domein. Dit maakt de huisartsen en de huisartsengroepen uitermate geschikt om in regionale samenhang een belangrijke rol te spelen (Wijck, 2019).
De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) (Ineen, 2019), houdt zich momenteel bezig met de belangrijke beweging voor de toekomst van zorg, namelijk hoe de eerste lijn de regie kan nemen in de eigen regio (Wijck, 2019). In netwerkorganisaties, waarin de huisartsen-organisaties zich op thema verbinden met andere disciplines en domeinen, zou gekoerst moeten worden op regioplannen waarbij alle zorgverleners in de regio betrokken zijn (Ineen, 2019).
Advies: Via de organisatie JZOJP kan de ABvC inventariseren welke netwerkorganisaties er onder de huisartsen zijn. De ABvC kan bij de netwerkorganisaties middels een 'warme overdracht', de huisartsen en alle andere zorgverleners in de regio, informeren over de mogelijkheden van counselling in de eerste lijn. Hiervoor kunnen de registercounsellors regionaal verbonden worden en als ambassadeurs worden ingezet. De ROS'en (Regionale ondersteuningsstructuren) beschikken over GGZ-coördinatoren die zicht hebben op en contact hebben met het veld van de eerstelijns-GGZ in de regio. Daarom ligt het voor de hand om counselling bij de implementatie in de eerstelijnszorg bij de ROS te leggen (Have, 2007).

Zorg dat huisartsen, wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams elkaar kennen en op het niveau van de wijk en de gemeente de zorg meer in samenhang kunnen organiseren (Wijck, 2019).

Advies: Het is van groot belang dat de registercounsellors bij de huisartsenorganisaties (regionale) bekendheid krijgen, want zij leveren input zodat de gemeenten de zorg regionaal goed kunnen organiseren. Indien registercounsellors via de huisartsenorganisaties onvoldoende bekendheid krijgen, wordt het netwerken onder organisaties van wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams belangrijk. De ABvC zou voor het verzamelen van deze regionale informatie een werkgroep kunnen opzetten. Deze werkgroep kan een hand-out opstellen hoe de registercounsellors gegevens van wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams in hun regio kunnen verzamelen. De werkgroep zou een plan van aanpak kunnen schrijven hoe registercounsellors kunnen aansluiten bij betreffende overleggen in de wijken en daarin van betekenis kunnen zijn. Guus van Bork geeft in zijn beleid met *"Weg van de wachtlijst"* (2018) een aantal adviezen die de ABvC in hun beleid kunnen gebruiken om counselling meer regionale bekendheid te geven.

6.3 Het vergemakkelijken van verwijzing naar counsellors

Huisartsen vinden het lastig dat de counsellor niet zo makkelijk bereikbaar is voor overleg (consultatiefunctie), dit ter ondersteuning van diagnose en behandeling in de eerstelijns basiszorg.

Advies: De ABvC kan een rol spelen in de bewustwording van de registercounsellors, dat de informatie van het traject voor de huisarts als regiehouder, heel belangrijk is. De registercounsellor zal bij de huisarts kenbaar moeten maken hoe en wanneer zij het beste te bereiken is. Het regelmatig langskomen (je gezicht laten zien) of eventueel werken in de praktijk zou tot een mogelijkheid kunnen horen. De ABvC en registercounsellors zullen duidelijk moeten maken dat counsellors op de locatie van de praktijk of in de eigen counsellingspraktijk werken, maar ook naar de patiënten toe kunnen gaan.

Verbetering van de digitale infrastructuur in de regio zorgt voor een veilige en goede onderlinge communicatie en is een basisvoorwaarde voor multidisciplinaire samenwerking. Vooral digitale communicatie tussen de verschillende disciplines is nog niet goed genoeg (Ineen, 2019).

Advies: De ABvC zal bij de JZOJP kunnen informeren welke digitale communicatiesystemen er zijn en welke stappen genomen moeten worden om de registercounsellors onderdeel van deze communicatie te kunnen laten zijn. Hiermee is het voor de huisarts dan waarschijnlijk ook mogelijk om digitaal te kunnen verwijzen naar de registercounsellors. Zij geven aan dat zij daardoor makkelijker in staat worden gesteld om te verwijzen. De registercounsellor zal het initiatief moeten nemen om de huisarts op de hoogte te stellen van helder gestelde ontwikkelingsdoelen van het begeleidingstraject en zal de huisarts na afloop een terugkoppeling met eventueel advies voor vervolg aan de huisarts moeten sturen. Ook bij counselling van preventie van recidief en onderhoudszorg voor chronische GGZ-patiënten is het wenselijk dat de registercounsellor de patiënt voldoende overdraagt en zorgt voor een terugkoppeling aan de huisarts (Langejan, T.W., 2011). De ABvC kan voor de registercounsellors een format opstellen waar de brief met terugkoppeling voor de huisarts aan moet voldoen.

6.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek bestond uit een elicitatiestudie in een target groep van 12 Nederlandse huisartsen. Hiervoor zijn de stappen 1 t/m 6 in de constructie van de TPB vragenlijst gevolgd. Stap 7 t/m 9 bestaat uit een nader gespecificeerd

kwantitatief onderzoek, die naar aanleiding van stap 1 t/m 6 vervolg kan krijgen. Hiervoor worden de items gebruikt die het meest prominent uit de elicitatiestudie naar voren zijn gekomen. Dit zou een logisch vervolgonderzoek zijn. Vanuit de literatuurstudie kwam naar voren dat huisartsen behoefte hebben aan meer ondersteuning in de praktijk voor patiënten met psychosociale klachten. Een nader kwalitatief onderzoek kan wellicht specifieker in kaart brengen bij welke soort huisartspraktijken de behoefte ligt omdat de behoefte aan ondersteuning maar minimaal uit het onderzoek naar voren is gekomen. De ABvC kan dit als een soort marktonderzoek gebruiken.

Verder is het interessant om nader te onderzoeken hoe groot de relatie is tussen de beperkte kennis en vaardigheden van huisartsen met psychosociale interventies in het algemeen ten opzichte van specifiek de interventie counselling. Want als de intentie voor verwijzing naar psychosociale interventies bij huisartsen in het algemeen laag is, dan vraagt dat een andere beleid dan het specifiek richten op de bekendheid met counselling.

Grootschalig onderzoek naar de effectiviteit van counselling heeft tot op heden voornamelijk in Amerika en Engeland plaatsgevonden. Dergelijk onderzoek zou in Nederland de inzet van counselling in de eerstelijns gezondheidszorg kunnen onderbouwen. Hierin zou dan niet alleen de cliënttevredenheid moeten worden gemeten, maar ook de ervaringen van de huisarts tijdens het traject. Voor het meten van de cliënttevredenheid kan de vragenlijst 'GGZ thermometer' van het Trimbos Instituut gebruikt worden die de zorggebruiker bevraagt op de drie domeinen (structuur/proces/uitkomsten). Voor het meten van de huisartsentevredenheid kunnen de domeinen structuur en proces van dezelfde vragenlijst gebruikt worden.

Daarnaast is het van groot belang dat van te voren de haalbaarheid van het vervolgonderzoek onder huisartsen getoetst wordt. Daarbij zal er bijna niet aan ontkomen kunnen worden, het onderzoek uit te besteden aan een groot onderzoeksinstituut zoals NIVEL, omdat zij toegang hebben tot een grote database van huisartsen.

7 Discussie

7.1 Resultaten versus verwachtingen

De factoren die volgens de literatuur invloed kunnen hebben op de intentie om te verwijzen, kwamen volgens verwachting overeen met de resultaten van het onderzoek. Echter kwam de behoefte aan psychosociale ondersteuning niet zo sterk naar voren als de indruk die de meest recente wetenschappelijke artikelen wekten.

De verwachting was dat huisartsen, door de voorlichting vanuit ZonMW, NIVEL en huisartsenverenigingen, in hoge mate bekend zouden zijn met de aanbevolen effectieve kortdurende psychosociale interventies voor de huisartsenpraktijk. Opvallend is dat uit het onderzoek naar voren komt dat naast de onbekendheid van huisartsen met de interventie counselling, de huisartsen ook maar matig bekend zijn met de aanbevolen psychosociale interventies.

Uit de resultaten van het kwalitatief onderzoek kwam duidelijk naar voren op welke punten de ABvC hun beleid voor huisartspatiënten met psychosociale klachten kunnen verbeteren. Als de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC) ervoor kiest om in de eerstelijnszorg een grotere rol te willen gaan spelen, zullen zij de counsellors landelijk meer moeten gaan faciliteren met regionale bekendheid. Maar de counsellors zullen hier zelf ook regionaal actief mee aan de slag moeten. Het is de vraag of zij hiertoe bereid zijn. Voor de ABvC is het de uitdaging om een balans te vinden in hoeverre de counsellor zich moet aanpassen aan de vastomlijnde eisen en criteria van de eerste- en tweedelijnszorg (en zorgverzekeraars) en trouw kan blijven aan de werkwijze van counselling die zich niet altijd in kaders en protocollen laat vangen.

7.2 Evaluatie onderzoeksproces

De bevlogenheid van de onderzoeker om registercounsellors meer te kunnen laten betekenen voor huisartspatiënten met psychosociale klachten, heeft geleid tot een ‘blinde vlek’ voor de haalbaarheid van het onderzoek. Ondanks het volgen van de AVG privacy richtlijnen, was het helaas niet mogelijk om via het onderzoeksinstituut NIVEL, LHV en NHG aan respondentadressen te komen. Dit was niet voorzien en in de werving een grote tegenvaller, die door beter vooronderzoek voorkomen had kunnen worden. De respons op de vragenlijst was zo laag, dat het onderzoek dreigde te stranden. De extra wervingsacties vertraagde het onderzoek zes weken, maar resulteerde uiteindelijk in 12 respondenten.

Het onderzoek heeft gebruik gemaakt van de Theory of Planned Behavior (TPB) vragenlijst en de vertaling uit de procedurebeschrijving. Interviews zouden een toegevoegde waarde hebben gehad, maar dat was helaas niet mogelijk door de beperkte tijd van de huisarts. De vraagstelling in het kwalitatief onderzoek over personen/groepen die invloed hebben op het verwijsgedrag van de huisartsen naar counsellors (subjectieve norm) werden door de respondenten slecht begrepen. Door de beperking van de digitale survey kon er niet worden doorgevraagd op het antwoord, waardoor de resultaten deels niet konden worden meegenomen in de analyse. Bij het repliceren van het onderzoek zal de vraagstelling naar de subjectieve norm anders moeten worden geformuleerd.

In het onderzoek is de verwijzing naar een registercounsellor voor vier (evidenced based) kortdurende interventies gemeten. Het doel hiervan was om de invloed van de onbekendheid met effectiviteit, kwaliteit en inhoud van counselling tot een minimum te beperken. De vier interventies kunnen door zowel de counsellor, de huisarts en de POH-GGZ toegepast worden, maar zijn maar een onderdeel van het counsellingswerk. Hiermee is misschien een vertekend beeld over het werkveld van counselling gecreëerd, die opmerkingen oproepen zoals “*Waarom wordt de*

counsellor geen POH-GGZ"? Het onderzoek had zich wellicht beter kunnen richten op het verwijzen naar het 'algemene' werkveld van de counsellor in plaats van deze te kaderen tot vier psychosociale interventies. Zeker omdat uit de resultaten van het onderzoek maar minimale verschillen naar voren komen tussen de vier psychosociale interventies. Waarbij het van belang is dat, zoals nu in het onderzoek is gebeurt, voldoende aandacht wordt besteed aan de duiding van het werkzaamheden van de counsellor en er een vraag wordt meegenomen in hoeverre de huisarts op de hoogte is van psychosociale interventies in het algemeen, om het verschil met counselling te kunnen meten.

7.3 De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

De werving heeft niet in alle provincies respondenten opgeleverd, acht provincies zijn niet onderzocht. De vier onderzochte provincies bestonden uit de provincies met het hoogste aantal huisartsen én counsellors. Het zou kunnen betekenen dat de provincies waar minder huisartsen én counsellors werken een andere behoefte aan psychosociale ondersteuning kent en het regionaal netwerken in een groter spreidinggebied een andere invloed op verwijsgedrag heeft. De verhouding mannen (17%) en vrouwen (83%) onder de 12 respondenten hadden een andere afspiegeling dan de populatie zelfstandig gevestigde huisartsen (47% man, 53% vrouw). De antwoorden van de mannen bleken niet veel anders dan de antwoorden van de vrouwen.

In het onderzoek hadden alle huisartsen een POH-GGZ in de praktijk, hierdoor is niet naar voren gekomen welke factoren bij huisartsen zonder POH-GGZ in de praktijk een rol op de intentie van verwijsgedrag spelen en of deze verschillen van huisartsen met een POH-GGZ in de praktijk. Bij praktijken zonder POH-GGZ zou bij de huisarts wellicht meer kennis en ervaring met psychosociale interventies aanwezig kunnen zijn doordat zij ze wellicht meer zelf uitvoeren of de afwezigheid van de POH-GGZ opgevangen wordt door meer naar externen te verwijzen. Met een gestratificeerde steekproef in plaats van een aselecte steekproef, had de verhouding mannen en vrouwen evenrediger verdeeld kunnen zijn en huisartsen zonder POH-GGZ gerichter uitgenodigd kunnen worden.

Voor een betrouwbaar kwantitatief onderzoek geeft de literatuur de richtlijn van 25 respondenten. Met 12 respondenten moeten de resultaten met grote voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. De kwantitatieve resultaten, omschreven in hoofdstuk 4, kwamen overeen met de resultaten uit het kwalitatief onderzoek en de bevindingen uit de literatuur. De directe en indirecte metingen in het TPB construct zijn positief gecorreleerd.

Literatuurlijst

Abbasgholizadeh Rahimi, S., Lépine, J., Croteau, J., Robitaille, H., Giguere, A. M., Wilson, B. J., … Légaré, F. (2018). Psychosocial Factors of Health Professionals' Intention to use a decision aid for down syndrome screening: Cross-sectional quantitative study. *Journal of Medical Internet Research, 20*(4), e114.

Ab Malik, N., Mohamad Yatim, S., Lam, O. L., Jin, L., & McGrath, C. P. (2017). Effectiveness of a web-based health education program to promote oral hygiene care among stroke survivors: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 19*(3), e87.

ABvC. (2016). *De ABvC en de toekomst.* De ABvC.

Ajzen, I. (1991). *The Theory of planned behavior. Organizational Behavior en Human Decission Proces.* 50, 170-211.

Ajzen, I., Brown, T., & Carvajal, F. (2004). Explaining the discrepancy between intentions en actions: The case of hypothetical bias in contingent validation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1109-1121.

Ajzen, I., (2011) The theory of planned behaviour: Reactions and reflections, Psychology & Health, 26:9, 1113-1127.

An-Min L., Jiun-Hau H., (2019). *Physicians' intention to provide exercise counseling to patients in Taiwan: an examination based on the Theory of Planned Behavior*, Translational Behavioral Medicine, ibz010.

Aronson, E. ,. (2007). *Social Psychology.* New Jersey: Pearson Education.

Boogaars, J., Hardeveld, E. v., & Woertman, F. (2007). *Counseling, een nieuw perspectief.* Antwerpen - Apeldoorn: Garant.

Bork, G. v. (2018). Weg van de wachtlijst. *Nederlandse Huisartsen Genootschap*.

Bouma, A. (2018). *The barrier-belief approach; A new perspectiev of changing behavior in primary care.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Bower, P., Rowland, N., & Hardy, R. (2003). *The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis.* Manchester: Psychol Med.

Coppen, R., & Verhaak, P. (2007). *Indicatoren in de eerstelijns GGZ; een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars.* Utrecht: NIVEL.

Counselling, A. b. (2019). *abvc.nl/home*. Opgehaald van www.abvc.nl: www.abvc.nl/home

Cuijpers. (2018). De uitdagingen van het verbeteren van behandelingen voor depressie. *Onderzoeksinstituut voor Volkgezondheid, Vrije Universiteit Amsterdam*.

Custers, R. &. (2005). *Positive affect as implicite motivator; on the nonconscious operation of behavioral goals.* Journal of Personality and Social Psychology, 89(2), 129-142.

De Bruijn, G. &. (2009). *Exploring exercise behavior, intention and habit strenght relationships.* Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports.

Desjardins, R. and K. Rubenson (2013), "Participation patterns in Adult Education: the role of institutions and public policy frameworks in resolving coordination problems", *European Journal of Education*, Vol. 48(2).

Desjardins, R. and K. Rubenson (2009), "The Impact of Welfare State Regimes on Barriers to Participation in Adult Education: A Bounded Agency Model", *Adult Education Quarterly*, Vol. 59, pp. 187-207.

Derose, S., & Petitti, D. (2003). Measuring quality of care en performance from a population health care perspective. *Annual Review in Public Health*.

Dugatkin, L.A. (2012). *What is behavior anyway?* Opgehaald van https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-prince-evolution/201207/what-is-behavior-anyway

Dyck, R. v. (2017). *GGZ in de eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij.* Amsterdam: Psychiatrie aan het Vrije Universiteit Amsterdam / VU Medisch Centrum.

Epstein, S. (2010). Demystifying intuition: What it is, what it does, and how it does it. *Psychological Inquiry*, *21*(4), 295--312.

Francis, J., Eccles, M., Johnston, M., Walker, A., Grimshaw, J., Foy, R., . . . Bonetti, D. (2004). *Constructing questionaaires based on the theory of planned behaviour: A manual for health services researchers.* Newcastle: City research Online.

Geraerts, E., Bernstein, D. M., Merckelbach, H., Linders, C., Raymaekers, L., & Loftus, E. F. (2008). Lasting false beliefs and their behavioral consequences. *Psychological Science*, *19*(8), 749-753.

Giesen, R. I. van, Fischer, A. R., Dijk, H. van, & Van Trijp, H. C. (2015). Affect and cognition in attitude formation toward familiar and unfamiliar attitude objects. *PloS one*, *10*(10).

Giner-Sorolla, R. (2004). Is affective material in attitudes more accessible than cognitive material? The moderating role of attitude basis. *European journal of social psychology*, *34*(6), 761-780.

GGZ, 2017. *Dynamisch overzicht psychologische interventies binnen de GGZ.* Opgehaald van: https://www.emdr.nl/wp-content/uploads/2017/02/Dynamisch-overzicht-psychologische-interventies-binnen-de-GGZ.pdf

Halem, N. van. (2013). *Lekker belangrijk: leefstijl en gezondheidsbevordering van jongeren.* Noordhoff Uitgevers.

Have, J. t. (april 2007). *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn; Een beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn.* Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn.

Hoof, F. v., Erp, N. v., Boumans, J., & Muusse, C. (2014). *Trendrapportage GGZ; Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Huijbregts, V. (2010). *U kunt het zelf behandeling psychische problematiek in de praktijk.* Den Haag: ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Ineen. (2019, oktober 10). *ineen.nl/nieuws/2019/10/10/na-de-tweedaagse-verder-met-jzojp-in-de-eigen-regio/.* Opgehaald van ineen.nl: https://ineen.nl/nieuws/2019/10/10/na-de-tweedaagse-verder-met-jzojp-in-de-eigen-regio/

Knippenberg, D. v. (2012). *Gedrag.* Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Koopman, A. (2012). *TPB attitudes van fruitconsumptie.* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Langejan, T.W. (2011). *Advies Basis GGZ.* Nederlandse Zorgautoriteit.

LHV, N. P. (2014). *Functie- en competentieprofiel POH-GGZ.* Utrecht: Landelijke Vereniging van Huisartsen.

Lindenberg, S., Joly, J. F., & Stapel, D. A. (2011). The norm-activating power of celebrity: The dynamics of success and influence.

Lugtenberg, M., van Zegers-Schaick, J. M., Westert, G. P., de Vries, P. R., Evertse, A. J., & Burgers, J. S. (2010). Welke barrières ervaren huisartsen bij de toepassing van aanbevelingen uit NHG-Standaarden?. *Huisarts en wetenschap*, *53*(1), 13-19.

Magnee, T., Beurs, D. d., & Verhaak, P. (2017). Wachttijden voor de poh-ggz. *Huisarts & Wetenschap*, 1-2.

Magnée, T., Verhaak, P., & Boxem, R. (2014). *Verschuivingen van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg naar de eerstelijn en gevolgen daarvan voor de benodigde beroepsbeoefenaren.* Utrecht: NIVEL.

McLeod, J. (2004). *An introduction to counselling.* Buckingham: Open University Press.

Meijman, B., Groof de, P., Valkenburg, T. (2019). *https://www.hetroermoetom.nl.* Opgehaald van nos: nos.nl/artikel/2312055-huisartsen-worstelen-dagelijks-met-doorverwijzen-patiënten/.

NIP. (2019). *Psynip.nl/actueel/themas/thema/zorgstelsel-ggz*. Opgehaald van Psynip: https://www.psynip.nl/actueel/themas/thema/zorgstelsel-ggz/zorgstelsel-veelgestelde-vragen/veelgestelde-vragen-poh-ggz/

NVGzP. (2017). *Basis GGZ; Hoofdlijnen en ontwikkeling.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen.

Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Voortgangsrapportage wachttijden binnen de GGZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit

Oud, M. J. (2018). Kaderhuisarts GGZ versterkt de huisartsgeneeskunde. *Bijblijven*, *34*(8), 669-676.

Peters, E. L. (2006). *The function of affect in health communications and in the construction of health preferences.* Journal of Communication, 56, 140-162.

Pezdek, K., & Salim, R. (2011). Physiological, psychological and behavioral consequences of activating autobiographical memories. *Journal of Experimental Social Psychology*, *47*(6), 1214-1218.

Prins, A. (2018). Toename patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartsenpraktijk. *NIP Nieuws*.

Prins, M. (2010). *Zorg voor psychische problemen vanuit het patiëntenperspectief: een onderzoek naar patiënten met angst en depressie in de huisartsenpraktijk.* Utrecht: NIVEL.

Rogers, C. (2003). *Client Centered Therapy.* London: Constable & Robinson Ltd.

Sheeran, P. (2002). *Intention-behavior relations; a conceptual and empirical review.* European Review of Social Psychology.

Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. *European journal of operational research*, *177*(3), 1333-1352.

Splunteren, P., Franx, G., & Hermens, M. (2014). Werken met vernieuwde zorgpaden; behandeling van psychische problemen in de huisartsenpraktijk en basis-ggz. *De eerstelijns Onderzoek & Wetenschap*, 12-13.

Tiba, A. I. (2018). Feelings-as-embodied information: Studying the role of feelings as images in emotional disorders. *Frontiers in psychology*, *9*, 186.

Tiemeijer, W. L., Thomas, C., & Prast, H. M. (Eds.). (2009). *De menselijke beslisser: over de psychologie van keuze en gedrag* (Vol. 22). Amsterdam University Press.

Tummers, J., Goor, J. v., & Hendrickx, T. (2019). *Enquête onder de ABvC Registercounsellors.* ABvC.

Velde, M. v., Jansen, P., & Dikkers, J. (2012). *Praktijkgericht onderzoek, opzetten, uitvoeren, analyseren en rapporteren.* Hilversum: Concept uitgeefgroep.

Verhaak, P., Zwaanswijk, M., & Have, J. t. (2011). *Psychologische interventies.* Utrecht: NIVEL.

Verplanken, B. H. (1998). *Accessibility of affective versus cognitive components of attitudes.* European Journal of Psychology, 28, 23-35.

Versteeg, S., & Batenburg, R. (2019). *Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2017.* Utrecht: NIVEL.

Wijck, F. v. (2019, mei). Regio's aan zet. *De eerstelijns*, p. 3.

Windisch, H. C. (2015), “Adults with low literacy and numeracy skills: A literature review on policy intervention”, *OECD*

Education Working Papers, No. 123, OECD Publishing, Paris.

Zimbardo, G., Johnson, R., & McCann, V. (2011). *Psychologie een inleiding, 6e editie.* Amsterdam: Pearson Education Benelux bv.

ZorginstituutNederland. (2019, maart 14). *actueel/nieuws/2019/03/14/subsidieregeling-veelbelovende-zorg-geopend*. Opgehaald van https://www.zorginstituutnederland.nl/: https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2019/03/14/subsidieregeling-veelbelovende-zorg

Zwaanswijk, M., & Verhaak, P. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen.* Utrecht: NIVEL.

Bijlage 1: Toelichting op vier psychosociale interventies

Tabel 6 Toelichting op de vier interventies, namelijk reattributie, motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp en Problem Solving Therapy

Interventie	Doel	Omschrijving	Aanpak	Aantal sessies/ duur sessies
Reattributie	Preventie en behandeling van somatisatieklachten en lichamelijk onverklaarbare klachten.	Interventies waarin deelnemers worden gestimuleerd om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte. De eerste stappen kunnen het beste door de huisarts uitgevoerd worden.	Aspecten zijn: zich serieus genomen voelen, verbreding van de agenda van lichamelijke naar ook psychische kanten van de klacht en het leggen van een verband tussen klacht en leefsituatie, waardoor een oplossing in zicht kan komen. Essentieel is dat de patiënt zelf het inzicht krijgt.	3 – 6 sessies van 20 minuten
Motiverende gespreks-voering	Het geven van ondersteuning bij gedragsverandering. Gericht op de intrinsieke motivatie van deelnemers tot het doorvoeren van een gedragsverandering.	Interventies waarin deelnemers worden begeleid om de noodzaak van een gedragsverandering in te gaan zien en om een eventuele ambivalente houding te doorbreken.	Met behulp van empathie en actief luisteren haakt de hulpverlener aan bij de voordelen van de gedragsverandering die de patiënt zelf noemt en vergroot de nadelen van het bestaande gedrag. De patiënt maakt zijn eigen keuzes in de behandeling, de bedoeling is dat de patiënt zelf een behandeldoel formuleert	1 – 2 sessies van 30 minuten Met evt. 1 – 2 maal telefonische follow-up
Begeleide zelfhulp	Preventie en behandeling van diverse angst- en depressieve stoornissen. Een aanvulling zijn op de gebruikelijke zorg en kan ook van nut zijn om de wachttijd voor meer specialistische hulp te overbruggen.	Interventies waarin deelnemers uitleg krijgen over een psychische stoornis en eenvoudige zelfhulptechnieken leren. Voorwaarde is dat de patiënt zelf gemotiveerd is.	Psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken, en afhankelijk van de soort klacht, ontspanningstechnieken, het trainen van sociale vaardigheden of exposure. De hulpverlener laat de patiënt het werk doen.	3 - 8 sessies van 15 – 50 minuten. Er is wel gerichte begeleiding nodig, maar deze kan men 'op afstand' geven, via de telefoon, e-mail of internet.
Problem-Solving Therapy (PST)	Preventie en behandeling van diverse angst en depressieve stoornissen. Vooral bruikbaar bij mensen met psychische klachten die samenhangen met problemen in hun dagelijkse praktijk. Het effect van PST valt of staat met de motivatie van de patiënt.	Interventies waarin deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen. Psychische klachten nemen af en de kwaliteit van leven verbetert. Fysieke oorzaken van lichamelijke klachten moeten natuurlijk worden uitgesloten of behandeld	M.b.v. cognitieve gedragstherapeutische technieken actief en gestructureerd aan de slag met alledaagse problemen. De nadruk ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op het feit dat deelnemers actief met hun problemen aan de slag gaan. De focus ligt niet op de klachten, maar op de problemen én daar zoeken we praktische oplossingen voor. De patiënt gaat met een concreet stappenplan naar huis	3 - 6 sessies van 30 minuten.

Bijlage 2: De oproep aan de ABvC leden voor de werving van huisartsen

De ABvC zoekt huisartsen voor wetenschappelijk onderzoek

De ABvC is voor onderstaand wetenschappelijk onderzoek op zoek naar minimaal 25 Nederlandse huisartsen die bereid zijn een digitale enquête van 15 minuten in te vullen.
Het onderzoek zal rond de zomervakantie van start gaan (rustigere periode in de huisartsenpraktijk).
De huisarts heeft in de maanden juli - augustus de tijd om de online vragenlijst in te vullen.

Inleiding

Registercounsellors kunnen in de huisartsenzorg, als onderdeel van de eerstelijns multidisciplinaire hulpverlening ondersteuning bieden in de uitvoering van kortdurende psychosociale interventies. In Engeland en Amerika maakt counseling een erkend en volledig geïntegreerd onderdeel uit van de psychosociale hulpverlening. In Nederland wordt er door artsen nog nauwelijks doorverwezen naar een registercounsellor voor psychosociale hulpverlening. De GGZ en huisartsen verwijzen gering of zeer wisselend naar registercounsellors door én de registercounsellors brengen hun begeleidingsmogelijkheden maar mondjesmaat bij huisartsen onder de aandacht.
Het inzetten van registercounsellors in Nederlandse huisartsenpraktijken is nog nauwelijks onderzocht.

De ABvC staat voor het uitdragen van een efficiënte en effectieve vorm van psychosociale hulpverlening met een kwaliteitskeurmerk. Enkele jaren geleden heeft de ABvC als speerpunt voor haar beleid “het op de kaart zetten van counselling” tot haar prioriteit gemaakt en daarmee de professionalisering van de counsellor.

Doel en achtergrond van het onderzoek

Door inzicht te krijgen welke factoren het meest van invloed zijn op het verwijsgedrag van Nederlandse huisartsen naar registercounsellors, voor effectieve kortdurende interventies bij patiënten met psychosociale klachten, kan de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC) hier gericht hun beleid op bepalen. Zodat de ABvC de positionering en profilering van registercounsellors in de Nederlandse psychosociale huisartsenzorg kan verbeteren.
Het onderzoek richt zich op de verwijzing naar vier effectieve kortdurende interventies:
Reattributie, motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp, Problem Solving treatment (PST).
Deze interventies zijn eerste, relatief lichte ingrepen om de ‘gewone psychische problemen in de huisartsenpraktijk’ aan te pakken.

Vertrouwelijkheid en anonimiteit

De anonimiteit en vertrouwelijkheid bij deelname aan dit onderzoek wordt gegarandeerd. De gegevens zullen nooit zonder toestemming aan derden worden verstrekt. Het volledig invullen en versturen van de vragenlijst wordt gezien als akkoord voor het verwerken van de data voor het onderzoek. De digitale vragenlijst is wetenschappelijk onderbouwd waarbij betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd zijn.
De deelnemende huisartsen krijgen de rapportage van de resultaten na afloop van het onderzoek per mail toegestuurd.
De samenvatting zal via de ABvC nieuwsbrief worden gedeeld.

Ken jij huisartsen of wil jij huisartsen werven die genegen zijn om mee te doen?

Geef dan hun naam, adres en email adres door aan ABvC lid Laura Verhoef; laura@mikpunt.info
(voor vragen of nadere informatie: mail of bel met 06-46286249)

Alvast hartelijk dank voor je genomen moeite en tijd. Medewerking en deelname is voor ons heel erg belangrijk.

Hartelijke groet, namens de ABvC,

Algemene Beroepsvereniging voor Counselling

Laura Verhoef
Mikpunt Counseling
www.mikpunt.info
mob: 06-46286249

Bijlage 3: Wervingsprocedure respondenten

Fase 1 werving respondenten:

1. De huisartsenwerving startte op 30-06-2019 met een oproep in de landelijke ABvC nieuwsbrief die werd gemaild aan 301 registercounsellors die lid zijn van de ABvC, zie bijlage 1.
2. Op 13-07-2019 werd een reminder in de nieuwsbrief ABvC geplaatst. Via de ABvC leden leverden de twee oproepen totaal 10 huisartsen op die aan het onderzoek wilden deelnemen (respondenten).
3. Het benaderen van het eigen netwerk van collega therapeuten, huisartsen en POH-GGZ (steekproef van 30 personen) leverde drie namen en emailadressen op. Hiervan was één huisarts bereid de vragenlijst in te vullen (één respondent).
4. De eerste survey vragenlijst is op 23-07-2019 naar 11 respondenten gemaild. De vragenlijst staat in bijlage 4, de mail aan de huisartsen met de link naar de vragenlijst staat in bijlage 5.
5. Op 13-08-2019 is er via de survey een herinnering aan de negen non responsen gemaild, dit leverde geen extra responsen op.
6. Het plaatsen van een oproep op Social media (FB en LI) (steekproef van 600 connecties), gaven drie reacties van netwerkcontacten (medeondernemers), maar leverde geen respondenten op.
7. Het actief nabellen en mailen van de praktijken/assistenten én de daarbij horende ABvC leden van de negen non responsen (van eerste mailing survey onder 11 respondenten) hebben alsnog zes responsen opgeleverd.

Fase 2 van de werving bestond uit:

1. Het benaderen van het Nederlands Instituut Voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) voor mogelijkheden van een betaalde steekproef. Dit leverde niets op omdat zij i.v.m. de wet AVG geen emailadressen van huisartsen meer mogen verstrekken (wel praktijkadressen).
2. Extra werving in het eigen netwerk leverde nog drie respondenten op.
3. Eén deelnemende huisarts uit fase 1 heeft in haar netwerk 15 huisartsen benaderd, dit leverde twee respondenten op. Zij heeft ook via haar netwerk een oproep op een forum voor huisartsen geplaatst (100 huisartsen), dit leverde geen respondenten op.
4. Persoonlijk ben ik bij zes praktijken in Noord-Holland langs geweest, toelichting gegeven en informatie achtergelaten. Dit leverde geen respondenten op.
5. Door 'reminder' mailcontact met counsellors over de non-responsen, kwam nog één respondent naar voren.
6. Via het eigen netwerk nog drie POH-GGZ benadert, leuke gesprekken gehad, maar het leverde geen respondenten op.

Het overzicht van de resultaten van de werving van fase 1 en 2, staan in onderstaande tabel.

Tabel 7 Overzicht resultaat werving respondenten, aantal en % responsen onderzoek

Fase 1 respondenten 28 juni – 19 aug 2019	N respons op survey	Fase 2 respondenten 20 aug – 15 sept 2019	N respons op de survey
10 respondenten via ABvC nieuwsbrief per survey benadert	2	HA heeft zelf 10 collega ha uit eigen netwerk benadert, die 2 respondenten opleverde	2
1 respondent via eigen netwerk per survey benadert	0	Via collega werk 2 respondenten ontvangen	1
Herinnering uitnodiging per survey aan 9 non-responses (van de 11 respondenten)	0	Door mail contact met counsellors ter reminder: 1 respondent	1
Nabellen en mailen 9 non-responses 1e fase survey	6		
Aantal responsen van 11 respondenten fase 1 via survey	8	Aantal responsen van 5 respondenten fase 2 via survey	4
Totaal respons onderzoek	12 responsen van 16 respondenten: Respons 75%		

Bijlage 4: De vragenlijst

De vragenlijst, bedoeld voor de huisarts

ONDERDEL 1. **Vragen over uw achtergrond als huisarts**

1 Hoeveel jaren bent u als gekwalificeerd huisarts werkzaam? _ _ jaar

2 Hoeveel uren per week werkt u doorgaans in deze praktijk? _ _ uur

3 In welke provincie is uw praktijk gevestigd? (keuzeveld)_____

4 Bent u man/ vrouw? M/ V

5 Hoeveel huisartsen werken in uw/de huisartsenpraktijk? _ _

6 Hoeveel patiënten staan er ongeveer in uw huisartsenpraktijk ingeschreven? _ _ _ _ _

7 Is er een POH-GGZ in uw praktijk werkzaam? Ja/ Nee

(Bij ja) U heeft aangegeven dat er een POH-GGZ werkzaam is in uw praktijk. Hoeveel uur POH-GGZ ondersteuning heeft uw praktijk per week? _ _ _ uur

(Bij ja) U heeft aangegeven dat er een POH-GGZ werkzaam is in uw praktijk. Wat is de opleidingsachtergrond van uw POH-GGZ medewerker(s)?

8 Heeft u behoefte aan extra ondersteuning in het begeleiding van patiënten met psychosociale klachten binnen de huisartsensetting? Ja / Nee

(Bij ja) Hoeveel uur extra ondersteuning heeft u per week nodig in het begeleiden van patiënten met psychosociale klachten? _____ uur

9 Wat is de reden/zijn redenen, dat u geen of juist wel extra uren ondersteuning per week wilt hebben voor het begeleiden van patiënten met psychosociale klachten?

Extra informatie over de register Counsellor.

Positionering van register counsellors in de GGZ: Counselling valt onder de complementaire zorg (CZ) en functioneert in kennis en competenties tussen de POH-GGZ en de gbGGZ in.
Doel van counselling: Counselling is gericht op duurzame persoonlijkheidsverandering waarbij de nadruk gelegd wordt op een proces van groei, ontwikkeling en het gebruiken van de eigen vermogens van de cliënt. Counsellors maken gebruik van cognitieve, gedragsmatige en psychoanalytische technieken en kent een humanistische benadering. Naast de algemene psychosociale hulpverlening is de register counsellor speciaal opgeleid om hulpvragers te motiveren tot behandeling en begeleiding, stimuleren en vergroten van zelfredzaamheid, stabiliseren en verbeteren van negatieve gedragspatronen en vraagstukken op het gebied van zingeving en betekenisgeving aan het leven en persoon. Door deze aanpak wordt niet alleen gewerkt aan herstel en verandering maar ook nadrukkelijk aan het voorkomen van terugval of symptoomverschuiving. Met name bij chronische ziekten of moeilijk diagnosticeerbare (langdurige) psychische problemen kan dit een belangrijke meerwaarde voor de hulpvrager betekenen. De register counsellor kan zowel korte- als lange hulpverleningstrajecten aanbieden.
Kwaliteitskeurmerk: ABvC register counsellors zijn hbo/wo opgeleid en voldoen aan een kwaliteitskeurmerk die door middel van accreditatie, visitatie en permanente bijscholing, intervisie en supervisie, wordt gegarandeerd.

Toepassing:	
Counselling is geschikt voor iedereen die stress ervaart, het gevoel heeft dat alles teveel is, of tegen problemen aanloopt binnen het gezin, werk of de relatie. Counselling kan in de volgende situaties uitkomst bieden:	
Overspannenheid en burn-out	Rouw en verlies
Emotionele problemen	Slaapproblemen en concentratieverlies
Chronische vermoeidheid	Klachten van depressieve aard
Problemen op het werk	Vage lichamelijke klachten
Communicatieproblemen en conflicten	Levensvragen en zingeving
Relatieproblemen (familie/relaties/gezinsproblematiek)	Psychosomatische problematiek
Leermoeilijkheden	Seksualiteit en gender problematiek
Effectiviteit:	
In het onderzoek naar de effectiviteit van counselling (Boogaars, Hardeveld, & Woertman, 2007) zijn verschillende gebieden onderzocht, namelijk: coping, zelfbeeld, zelfwaardering, zelfsturing, zicht op de sociale situatie, assertiviteit, verantwoordelijkheidsgevoel en empathisch vermogen. Uit dit onderzoek blijkt dat counselling op alle acht uitkomstvariabelen na afronding van het traject een positief effect had.	
Kosteneffectiviteit:	
De totale kosten van counselling en gebruikelijke zorg zijn vergelijkbaar. Door tijdige inzet kan de stijging van de kosten voor de relatief dure tweedelijnszorg regelmatig opgevangen worden.	
Vergoeding:	
De counsellor kan net als de POH-GGZ worden bekostigd via de huisartsenpraktijk middels een ZZP-overeenkomst met de huisarts. Of kan gedeeltelijk worden vergoed uit de aanvullende zorgverzekering van de cliënt of WMO, PGB of speciale voorzieningen	

10 In hoeverre was u vóór dit onderzoek op de hoogte van de werkzaamheden die een register counsellor verricht?

1	2	3	4	5
Zeer onbekend	Onbekend	Niet onbekend en niet bekend	Bekend	Zeer bekend

11 Zijn er counsellors in de omgeving van uw praktijk gevestigd?
Ja – nee – onbekend

12 Kent u één of meerdere counsellors in uw omgeving persoonlijk?
Ja – nee - onbekend

****
U heeft onderdeel 1 afgerond (vragen over uw achtergrond als huisarts).

U start zo met onderdeel 2: Vragen over uw doorverwijzing naar counsellors per interventie. Elke interventie wordt apart toegelicht, gevolgd door een paar vragen over doorverwijzing naar de betreffende interventie.
****

Vervolg vragenlijst
ONDERDEEL 2. Vragen over uw doorverwijzing naar counsellors per interventie

Toelichting op de interventie **reattributie**

Interventie	Doel	Omschrijving	Aanpak	Aantal sessies/ duur sessies
Reattributie	Preventie en behandeling van somatisatieklachten en lichamelijk onverklaarbare klachten.	Interventies waarin deelnemers worden gestimuleerd om klachten toe te schrijven aan andere oorzaken dan een lichamelijke ziekte. De eerste stappen kunnen het beste door de huisarts uitgevoerd worden.	Aspecten zijn: zich serieus genomen voelen, verbreding van de agenda van lichamelijke naar ook psychische kanten van de klacht en het leggen van een verband tussen klacht en leefsituatie, waardoor een oplossing in zicht kan komen. Essentieel is dat de patiënt zelf het inzicht krijgt.	3 – 6 sessies van 20 minuten

13. In hoeverre was u bekend met de interventie **reattributie**?:

1	2	3	4	5
Zeer onbekend	Onbekend	Niet onbekend en niet bekend	Bekend	Zeer bekend

14. Wie voert momenteel de interventie **reattributie** bij patiënten met psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk uit?
(Meerdere antwoorden mogelijk) Huisarts – POH-GGZ – anders.nl: _____

Deze vraag gaat over de interventie **reattributie**
15.Ik v**erwacht** dat ik de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **reattributie** naar een counsellor verwijs
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **reattributie**
16. Ik **wil** de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **reattributie** naar een counsellor verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **reattributie**
17.Ik ben van **plan** om de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **reattributie** naar een counsellor te verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **reattributie**
18. Indien er 10 patiënten met psychosociale klachten bij u op consult in uw huisartsenpraktijk komen, hoeveel van hen verwacht u door te verwijzen naar een counsellor voor de interventie **reattributie**?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting op de interventie **motiverende gespreksvoering**

Interventie	Doel	Omschrijving	Aanpak	Aantal sessies/ duur sessies
Motiverende gespreks-voering	Het geven van ondersteuning bij gedragsverandering. Gericht op de intrinsieke motivatie van deelnemers tot het doorvoeren van een gedragsverandering.	Interventies waarin deelnemers worden begeleid om de noodzaak van een gedragsverandering in te gaan zien en om een eventuele ambivalente houding te doorbreken.	Met behulp van empathie en actief luisteren haakt de hulpverlener aan bij de voordelen van de gedragsverandering die de patiënt zelf noemt en vergroot de nadelen van het bestaande gedrag. De patiënt maakt zijn eigen keuzes in de behandeling, de bedoeling is dat de patiënt zelf een behandeldoel formuleert	1 – 2 sessies van 30 minuten Met evt. 1 – 2 maal telefonische follow-up

19. In hoeverre was u bekend met de interventie **motiverende gespreksvoering?**

1	2	3	4	5
Zeer onbekend	Onbekend	Niet onbekend en niet bekend	Bekend	Zeer bekend

20. Wie voert momenteel de **motiverende gespreksvoering** bij patiënten met psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk uit?

Huisarts – POH-GGZ – anders.nl: _____

Deze vraag gaat over de interventie **motiverende gespreksvoering**.
21.Ik **verwacht** dat ik de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **motiverende gespreksvoering** naar een counsellor verwijs
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **motiverende gespreksvoering**.
22. Ik **wil** de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **motiverende gespreksvoering** naar een counsellor verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **motiverende gespreksvoering**.
23.Ik ben van **plan** om de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **motiverende gespreksvoering** naar een counsellor te verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **motiverende gespreksvoering**.
24. Indien er 10 patiënten met psychosociale klachten bij u op consult in uw huisartsenpraktijk komen, hoeveel van hen verwacht u door te verwijzen naar een counsellor voor de interventie **motiverende gespreksvoering**?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting op de interventie **begeleide zelfhulp**

Interventie	Doel	Omschrijving	Aanpak	Aantal sessies/ duur sessies
Begeleide zelfhulp	Preventie en behandeling van diverse angst- en depressieve stoornissen. Een aanvulling zijn op de gebruikelijke zorg en kan ook van nut zijn om de wachttijd voor meer specialistische hulp te overbruggen.	Interventies waarin deelnemers uitleg krijgen over een psychische stoornis en eenvoudige zelfhulptechnieken leren. Voorwaarde is dat de patiënt zelf gemotiveerd is.	Psycho-educatie en gedragstherapeutische technieken, en afhankelijk van de soort klacht, ontspanningstechnieken, het trainen van sociale vaardigheden of exposure. De hulpverlener laat de patiënt het werk doen.	3 - 8 sessies van 15 – 50 minuten. Er is wel gerichte begeleiding nodig, maar deze kan men 'op afstand' geven, via de telefoon, e-mail of internet.

25. In hoeverre was u bekend met de interventie **begeleide zelfhulp**?

1	2	3	4	5
Zeer onbekend	Onbekend	Niet onbekend en niet bekend	Bekend	Zeer bekend

26. Wie voert momenteel de **begeleide zelfhulp** bij patiënten met psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk uit?

Huisarts – POH-GGZ – anders.nl:_____ _____

Deze vraag gaat over de interventie **begeleide zelfhulp**.
27.Ik **verwacht** dat ik de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **begeleide zelfhulp** naar een counsellor verwijs
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **begeleide zelfhulp**.
28. Ik **wil** de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **begeleide zelfhulp** naar een counsellor verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **begeleide zelfhulp**.
29.Ik ben van **plan** om de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **begeleide zelfhulp** naar een counsellor te verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **begeleide zelfhulp**.
30. Indien er 10 patiënten met psychosociale klachten bij u op consult in uw huisartsenpraktijk komen, hoeveel van hen verwacht u door te verwijzen naar een counsellor voor de interventie **begeleide zelfhulp**?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Toelichting op de interventie **Problem Solving Therapy (PST)**

Interventie	Doel	Omschrijving	Aanpak	Aantal sessies/ duur sessies
Problem-Solving Therapy (PST)	Preventie en behandeling van diverse angst en depressieve stoornissen. Vooral bruikbaar bij mensen met psychische klachten die samenhangen met problemen in hun dagelijkse praktijk. Het effect van PST valt of staat met de motivatie van de patiënt.	Interventies waarin deelnemers leren om actief en gestructureerd aan de slag te gaan met hun alledaagse problemen. Psychische klachten nemen af en de kwaliteit van leven verbetert. Fysieke oorzaken van lichamelijke klachten moeten natuurlijk worden uitgesloten of behandeld	M.b.v. cognitieve gedragstherapeutische technieken actief en gestructureerd aan de slag met alledaagse problemen. De nadruk ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op het feit dat deelnemers actief met hun problemen aan de slag gaan. De focus ligt niet op de klachten, maar op de problemen én daar zoeken we praktische oplossingen voor. De patiënt gaat met een concreet stappenplan naar huis	3 - 6 sessies van 30 minuten.

31. In hoeverre was u bekend met de interventie **Problem Solving Therapy**?:

1	2	3	4	5
Zeer onbekend	Onbekend	Niet onbekend en niet bekend	Bekend	Zeer bekend

32. Wie voert momenteel de **Problem Solving Therapy** bij patiënten met psychosociale klachten in de huisartsenpraktijk uit?
Huisarts – POH-GGZ – anders.nl: _____

Deze vraag gaat over de interventie **Problem Solving Therapy.**
33.Ik verwacht dat ik de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **Problem Solving Therapy** naar een counsellor verwijs
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **Problem Solving Therapy.**
34. Ik **wil** de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **Problem Solving Therapy** naar een counsellor verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **Problem Solving Therapy.**
35.Ik ben van **plan** om de patiënt met psychosociale klachten voor de interventie **Problem Solving Therapy** naar een counsellor te verwijzen
Geheel mee oneens 1 2 3 4 5 6 7 geheel mee eens

Deze vraag gaat over de interventie **Problem Solving Therapy.**
36. Indien er 10 patiënten met psychosociale klachten bij u op consult in uw huisartsenpraktijk komen, hoeveel van hen verwacht u door te verwijzen naar een counsellor voor de interventie **Problem Solving Therapy**?
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

****
U heeft onderdeel 2 afgerond (vragen over uw doorverwijzing naar counsellors per interventie).
U start zo met onderdeel 3: Vragen over uw mening waarom u wel of niet doorverwijst naar een counsellor.
****

Vervolg vragenlijst
ONDERDEEL 3: **Vragen naar uw mening waarom u wel of niet doorverwijst naar een counsellor**

Situatieschets voor alle vragen: Wanneer bij u een patiënt met psychosociale klachten op consult komt,

37. Wat zijn volgens u de **voordelen** van het verwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie tijdens een consult?

38. Wat zijn volgens u de **nadelen** van het verwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie tijdens een consult?

39. Is er nog iets anders dat u associeert met **uw eigen mening** over het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie?
Ja/Nee

(bij Ja) U heeft aangegeven dat u nog iets anders associeert met uw eigen mening over het doorverwijzen van een patiënt, met psychosociale klachten. Kunt u dit toelichten?

_____

40. Welke personen of groepen zouden uw verwijzing van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie **goedkeuren**?

41. Welke personen of groepen zouden uw verwijzing van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie **afkeuren**

42. Is er nog iets anders dat u associeert met de **mening van anderen** over het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counselor voor een effectieve kortdurende interventie? Ja/Nee

(Bij Ja) U heeft aangegeven dat u nog iets anders associeert met de mening van anderen over het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counselor. Kunt u dit toelichten?

_____

43. Welke **factoren of omstandigheden** stellen u in staat om een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor door te verwijzen voor een effectieve kortdurende interventie?

44. Welke **factoren of omstandigheden** maken het voor u moeilijk of onmogelijk om een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor door te verwijzen voor een effectieve kortdurende interventie?

45. Zijn er nog andere **factoren of omstandigheden** die u te binnen schiet als u denkt aan bij het verwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie?

(Bij Ja) U heeft aangegeven dat u nog andere **factoren of omstandigheden** associeert met het verwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie. Kunt u dit toelichten?

_____

Bij onderstaande vraag zijn meerdere antwoorden mogelijk
46. Voor welke psychosociale klacht(en) zou u doorverwijzen naar een counsellor?

- Overspannenheid en burn-out
- Emotionele problemen
- Chronische vermoeidheid
- Problemen op het werk
- Communicatieproblemen en conflicten
- Relatieproblemen (familie/relaties/gezinsproblematiek)
- Leermoeilijkheden
- Rouw en verlies
- Slaapproblemen en concentratieverlies
- Klachten van depressieve aard
- Vage lichamelijke klachten
- Levensvragen en zingeving

- Psychosomatische problematiek
- Seksualiteit en gender problematiek

Anders, nl:

47. Indien er 10 patiënten met psychosociale klachten het afgelopen jaar bij u op consult in uw huisartsenpraktijk kwamen, hoeveel van hen heeft u daadwerkelijk doorverwezen naar een counsellor? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(bij 47 >/ 1)

48. In hoeverre bent u tevreden over de verleende zorg door de counsellor(s) waarnaar u verwezen heeft?

1	2	3	4	5
Zeer ontevreden	Ontevreden	Niet ontevreden en niet tevreden	Tevreden	zeer tevreden

****

U heeft het laatste onderdeel van de vragenlijst afgerond, hiermee is de vragenlijst volledig door u ingevuld.

De vragenlijst is met veel zorg samengesteld. Mocht u nog opmerkingen of suggesties hebben, dan zijn deze welkom in onderstaand veld.
Indien u deze vragenlijst aan een (collega) huisarts wilt aanbieden, kunt u deze ook in onderstaand veld achterlaten.
In de bevestigende mail staan de contactgegevens van de onderzoeker Laura Verhoef.

Ik wil u bedanken voor uw tijd en genomen moeite.

Hartelijke groet, Laura Verhoef

****

Bijlage 5: Mail aan de huisartsen met link naar de vragenlijst

Beste {LASTNAME},

Hartelijk dank dat u aan mijn collega counsellor toestemming heeft gegeven om u te mogen benaderen voor het wetenschappelijk kwalitatief onderzoek over verwijsgedrag van huisartsen naar counsellors. Het onderzoek wordt verricht namens de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC).

Onderaan deze mail staat een link die u naar de vragenlijst brengt. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten. De vragenlijst verloopt op 15 september 2019.

De ABvC staat voor het uitdragen van een efficiënte en effectieve vorm van psychosociale hulpverlening met een kwaliteitskeurmerk. Door middel van accreditatie, visitatie en permanente bijscholing, intervisie en supervisie, wordt de kwaliteit van hbo/wo ABvC register counsellors gegarandeerd. Register counsellors kunnen in de huisartsenzorg ondersteuning bieden in de uitvoering van kortdurende psychosociale interventies.
Het inzetten van counsellors in Nederlandse huisartsenpraktijken is nog nauwelijks onderzocht.

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen welke factoren van invloed zijn op het verwijsgedrag van huisartsen naar counsellors voor het inzetten van kortdurende effectieve interventies. De doelgroep zijn de patiënten met psychosociale klachten. Met de resultaten van dit onderzoek kan de ABvC richting geven aan hun beleid.
De **vier effectieve kortdurende interventies** zijn:

1. Reattributie.
2. Motiverende gespreksvoering.
3. Begeleide zelfhulp.
4. Problem Solving Therapy (PST).

Deze vier interventies zijn eerste, relatief lichte ingrepen om de ‘gewone' psychische problemen in de huisartsenpraktijk aan te pakken.

Vertrouwelijkheid en anonimiteit

De anonimiteit en vertrouwelijkheid bij deelname aan dit onderzoek wordt gegarandeerd. De gegevens zullen nooit zonder toestemming aan derden worden verstrekt. Het volledig invullen en versturen van de vragenlijst wordt gezien als akkoord voor het verwerken van de data voor het onderzoek.

Na afloop van het onderzoek krijgt u de rapportage van de resultaten per mail toegestuurd.
Alvast hartelijk dank voor uw genomen moeite en tijd. Uw deelname is voor ons heel erg belangrijk.

Klik op {SURVEYURL} om aan de vragenlijst deel te nemen.

Hartelijke groet, namens de ABvC,

Laura Verhoef, Mikpunt Counseling
www.mikpunt.info
mob: 06-46286249

Bijlage 6: De resultaten van de algemene achtergrondgegevens van de 12 respondenten

Tabel 8 De resultaten van de algemene achtergrond gegevens

Resp. nr.	Provincie	M / V	n jaar arts	n uur HA/ week	n HA in prakt.	n patiënt prakt.	n uur POH/ week	Gem. uren POH-g t.o.v. n patiënt	Onder-steuning nodig? j-uur/ n	Reden extra ondersteuning	Bekendheid werk Reg. couns. Score 1: z onbekend. tm 5: z bekend	Reg.couns. in omgeving? J/n/ onbekend	Kent Reg.couns. persoonlijk Ja/nee/ onbekend	n door-verwezen patiën-ten afgelopen jaar	Mate tevreden over Reg. C. Score 1: zeer ontevr score 5: zeer tevr
1	N-Brabant	M	20	50	7	15000	50	0,0033	Nee		3	Onbekend	Ja	0	Nvt
2	Gelderland	V	27	30	4	4800	18	0,0038	Nee		2	Onbekend	Nee	0	Nvt
3	Z-Holland	V	26	50	2	3000	9	0,0030	Nee		2	Onbekend	Nee	0	Nvt
4	N-Holland	V	10	18	3	3200	16	0,0050	Nee		1	Onbekend	Nee	0	Nvt
5	N-Holland	M	33	40	5	9400	40	0,0043	Ja, 16 uur	Capaciteits-gebrek POHGGZ en toename hulpvraag	3	Onbekend	Nee	0	Nvt
6	Z-Holland	V	13	27	2	2380	8,5	0,0036	Nee		2	Onbekend	Nee	0	Nvt
7	N-Holland	V	7	40	2	2400	9	0,0038	Ja, 4 uur	Capaciteits-gebrek Vicino* voor uitbreiding	4	Onbekend	Ja	2	4
8	N-Brabant	V	17	40	3	3200	8	0,0025	Ja, 4 uur	Periodiek loopt de wachttijd POH-GGZ op, deze kan niet uitbreiden. HA vangt dit zelf op of verwijst door buiten praktijk	1	Onbekend	Ja	0	Nvt
9	N-Brabant	V	8	30	3	2300	10	0,0043	Nee		3	Nee	Nee	0	Nvt
10	N-Brabant	V	11	36	2	5800	18	0,0031	Nee		3	Ja	Ja	0	Nvt
11	Z-Holland	V	8	50	4	6000	24	0,0040	Nee		2	Onbekend	Ja	5	3
12	N-Holland	V	23	40	3	4450	17	0,0038	Nee		2	Onbekend	Nee	0	Nvt
M			17	38	3	5161	19				2,3			1	3
%		17							J: 25	*Aanbieder		J: 16	J: 42		
%		83							N: 75	POH-GGZ aan ha		N: 16	N: 58		
%												Onbek 83	Onbek. 0		

Bijlage 7: Antwoorden van 12 respondenten op de open vragen over attitude

Overzicht antwoorden van de respondenten op de open vragen over attitude, gelabeld op thema (zie vragen 37, 38, 39 uit de vragenlijst in bijlage 4). Bij alle vragen gold de volgende situatieschets: Wanneer bij u een patiënt met psychosociale klachten op consult komt, …

Tabel 9 Overzicht antwoorden van de respondenten op de open vraag over attitude; de voordelen van het verwijzen een patiënt naar een counsellor

Resp. nr.	Wat zijn volgens u de **voordelen** van het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie tijdens een consult?	Thema
Resp. 1.	Counsellors zijn niet ingebed in het netwerk van ons centrum, andere instanties als het wijkteam, AMW, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg etc wel. Jullie zullen meer aan bekendheid en netwerkvorming moeten werken om in beeld te komen.	Geen voordelen (reden onbekendheid en onzichtbaar regio)
Resp. 2.	ik ben voorzien van een POHG die al dit soort interventies kan toepassen en bij mij in de buurt werkt, dus we hebben korte lijnen. Ik zie daarom geen voordeel in doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor.	Geen voordelen (reden POH-GGZ is uitvoerder)
Resp. 3.	Geen	Geen voordelen
Resp. 4.	Dan hoef ik het niet te doen. Tijdwinst.	Tijdwinst
Resp. 5.	Ik weet dit niet goed, weet niet waar en of er een counsellor is in de regio, ken er in ieder geval geen .	Geen voordelen (onzichtbaar regio)
Resp. 6.	goedkoper dan pohGGZ?	Financiën
Resp. 7.	Laagdrempelig Minder stigmatiserend	Laagdrempelig Minder stigmatiserend
Resp. 8.	De counsellor heeft de juiste scholing gehad om de juiste therapie te kunnen geven	Kennis en vaardigheden
Resp. 9.	wij hebben een heel fijne poh ggz, die eigenlijk al voorgenoemde interventies beheerst, dus ik zal alleen naar een ander verwijzen als het niet klikt met hem en de patiënt of hij om andere redenen deze specifieke patiënt niet kan helpen (bijv. bekende uit privé kring)	Extra beschikbare hulpverlening
Resp. 10.	Mogelijk sneller terecht kunnen dan bij een psychotherapeut. Laagdrempeliger.	Kortere wachttijd Laagdrempelig
Resp. 11	Snelle toegang, goede overbrugging mocht er nog aanvullende hulp nodig zijn	Kortere wachttijd Overbrugging bij aanvullende hulp
Resp. 12.	Snelle professionele hulp	Kortere wachttijd Kennis en vaardigheden

Tabel 10 Overzicht antwoorden van de respondenten op de open vraag over attitude; de nadelen van het verwijzen van een patiënt naar een counsellor

Resp. nr.	Wat zijn volgens u de **nadelen** van het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie tijdens een consult?	Thema
Resp. 1.	Counsellors zijn niet ingebed in het netwerk van ons centrum, andere instanties als het wijkteam, AMW, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg etc. wel. Jullie zullen meer aan bekendheid en netwerkvorming moeten werken om in beeld te komen	= uitbijter
Resp. 2.	ik vraag me af hoe het gefinancierd wordt. Als de patiënt hier aan mee moet betalen is de POHG in de eerste lijn veel goedkoper en ik heb er een intensievere samenwerking mee.	Financiën Ontbreken samenwerking
Resp. 3.	Weer een andere hulpverlener	Andere hulpverlener
Resp. 4.	weer een nieuw gezicht. Denk dat het fijn is als een POH-GGZ deze interventies kan doen. Ik zou niet zo snel nog een ander persoon in de praktijk willen die ook psychische klachten begeleidt: te veel van hetzelfde. Besef dat ik eigenlijk niet alle interventiestrategieën van een POH ken.	Andere hulpverlener
Resp. 5.	Is er wel een counsellor in de buurt, wat voor iemand is dat, is er een klik met de patiënt; en de kans is groot dat het niet vergoed wordt .	Onbekendheid in regio Onbekendheid met counsellor Financiën
Resp. 6.	minder mogelijkheden dan POH-GGZ	Beperktere kennis en vaardigheden (dan POH-GGZ)
Resp. 7.	counsellor niet fysiek aanwezig, minder makkelijk overleg hierdoor, loopt niet zomaar even binnen voor overleg.	Ontbreken (fysieke) samenwerking
Resp. 8.	Die zie ik nog niet. Kosten mogelijk een probleem	Geen nadelen Financiën
Resp. 9.	altijd langere lijnen dan iemand die ook in de praktijk werkt en waar je dagelijks mee luncht en koffiedrinkt	Ontbreken (fysieke) samenwerking
Resp. 10.	POH GGZ is nog laagdrempeliger, in huisartsenpraktijk, Onbekendheid.	Hogere drempel (t.o.v. POH-GGZ) Onbekendheid met counsellor
Resp. 11	kans dat patiënt toch nog veel verschillend hulpverleners gaat zien	Andere hulpverlener
Resp. 12.	Weer een andere aanbieder. In mijn praktijk een zeer goede Poh ggz en dat voelt voor patiënten heel vertrouwt en makkelijk overleg. Ook inmiddels wel voor volwassenen 1e lijn psychologen gevonden die kunnen aansluiten of verdiepen	Andere hulpverlener

Tabel 11 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over attitude; of de huisarts nog andere associaties heeft van de eigen mening over het verwijzen naar een counsellor

Resp. nr.	Is er nog iets anders dat u associeert met uw eigen mening over het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie?	Thema
Resp. 1.	Nee	Geen
Resp. 2.	Waarom wordt die counsellor niet een POHG?	Onbekendheid met counselling
Resp. 3.	Nee	Geen
Resp. 4.	Iedereen kan zich expert of counsellor noemen. Het is een woud aan welwillende lui. Kijk goed uit dat je niet bij een geld aftroggelende kluns beland. Hoe kan ik een goede counsellor herkennen? Moet je dan het hele land door om er een te vinden? Is het wel zinnige therapie? Onbekend maakt onbemind. Wordt het vergoed? Wachttijd Terugkoppeling vind ik belangrijk: een brief aan het eind	Onbekendheid kwaliteitseisen registercounsellor Onbekendheid in de regio Onbekendheid bewijs effectiviteit Onbekendheid met counselling Financiën Wachttijd Behoefte aan communicatie in samenwerking
Resp. 5.	Nee	Geen
Resp. 6.	Nee	Geen
Resp. 7.	Weet niet goed wat de competenties van de counsellor zijn.	Onbekendheid met counselling
Resp. 8.	Het een nieuw vak . Voor mij nog niet duidelijk waarom een counsellor meer of minder kan dan de huidige psychotherapeuten. Daarbij ook nog de vraag hoeveel ervaring de net opgeleide counsellor heeft. Dus nog veel vraagtekens over de bekwaamheden van de mensen die dit nieuwe beroep gaan uitoefenen	Onbekendheid met counselling
Resp. 9.	Nee	Geen
Resp. 10.	Onbekendheid met counsellors en wat ze precies kunnen. Wat de patiënt zelf wilt.	Onbekendheid met counsellors Onbekendheid met counselling Keuze patiënt
Resp. 11	Nee	Geen
Resp. 12.	Ik kan me voorstellen dat het heel goed kan werken als er minder hulp snel voorhanden is	Kortere wachttijd

Bijlage 8: Antwoorden van 12 respondenten op de open vragen over subjectieve norm

Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vragen over subjectieve norm, gelabeld op thema (zie vragen 40, 41, 42 uit de vragenlijst in bijlage 4). Bij alle vragen gold de volgende situatieschets: Wanneer bij u een patiënt met psychosociale klachten op consult komt, …

Tabel 12 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over subjectieve norm; welke personen of groepen de verwijzing van een patiënt naar een counsellor goedkeuren

Resp. nr.	Welke **personen of groepen** zouden uw verwijzing van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie **goedkeuren**?	Thema
Resp. 1.	Counsellors zijn niet ingebed in het netwerk van ons centrum, andere instanties als het wijkteam, AMW, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg etc wel. Jullie zullen meer aan bekendheid en netwerkvorming moeten werken om in beeld te komen	= uitbijter
Resp. 2.	Geen idee, misschien is het iets om op middelbare scholen aan te bieden...?	Geen (doelgroep voor counselling benoemd)
Resp. 3.	Geen idee	Geen personen of groepen aangegeven
Resp. 4.	Als de patiënt overtuigt is dat dit hem/haar helpt: vertrouwen bij patiënt is belangrijk Evidence based interventies. Heldere korte info over wat de achtergrond is van de therapeut. Therapeut moet liefst wel goed opgeleid zijn en geaccrediteerd door beroepsgroep. Concrete plannen en doelen van therapie	Patiënt Huisarts zelf
Resp. 5.	Patiënten die de gesprekken graag buiten de huisartsenpraktijk willen hebben (vertrouwelijke situatie) en /of mensen die het vergoed krijgen .	Patiënt
Resp. 6.	Als je het goed uitlegt iedereen die gemotiveerd is tot behandeling.	Patiënt
Resp. 7.	Hoog opgeleide patiënten	Patiënt
Resp. 8.	Dit begrijp ik niet. Bedoelt u of mijn collega huisartsen en POH GGZ een verwijzing van mij naar een counsellor zullen goedkeuren? Ik denk het wel	Collega huisartsen POH-GGZ
Resp. 9.	In principe van iedereen die hier specifiek naar vraagt, maar mijn voorkeur ligt bij poh ggz	Patiënt Huisarts zelf
Resp. 10.	Onduidelijk waarop gedoeld wordt	Begrijpt de vraag niet
Resp. 11	Patiënten die niet uitkomen in nulde lijn door bezuinigingen	Patiënt
Resp. 12.	Overspannenheid. Somberheid, gecompliceerde rouw	Huisarts: (Symptoombeschrijving, doelgroep voor counselling benoemd)

Tabel 13 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over subjectieve norm; welke personen of groepen de verwijzing van een patiënt naar een counsellor afkeuren

Resp. nr.	Welke **personen of groepen** zouden uw verwijzing van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie **afkeuren**?	Thema
Resp. 1.	Counsellors zijn niet ingebed in het netwerk van ons centrum. Andere instanties als het wijkteam, AMW, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg etc wel. Jullie zullen meer aan bekendheid en netwerkvorming moeten werken om in beeld te komen	= uitbijter
Resp. 2.	Weet ik niet	Geen
Resp. 3.	Geen idee	Geen
Resp. 4.	Ervaringsdeskundige met een "LOI opleiding".	Oordeel v huisarts over counsellors? Moeilijk te interpreteren
Resp. 5.	Vervoersproblemen, financiële problemen, het beroep niet kennen, behoefte hebben aan vertrouwd gezicht .	Patiënt
Resp. 6.	ongemotiveerde mensen.	Patiënt
Resp. 7.	Weet ik niet	Geen
Resp. 8.	Kan ik me niet voorstellen	Geen (kan ik me niet voorstellen)
Resp. 9.	Bij ernstige psychiatrie	Huisarts: Symptoombeschrijving (doelgroep die niet geschikt is voor counselling benoemd)
Resp. 10.	onduidelijk waarop gedoeld wordt	Begrijpt de vraag niet
Resp. 11	Patiënten waar ook multi problematiek speelt	Huisarts: Symptoombeschrijving (doelgroep die niet geschikt is voor counselling benoemd)
Resp. 12.	Solk patiënten, forse borderline, ernstige psychiatrie	Huisarts: Symptoombeschrijving (doelgroep die niet geschikt is voor counselling benoemd)

Tabel 14 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over subjectieve norm; of de huisarts nog andere associaties heeft bij de mening van anderen over het verwijzen naar een counsellor

Resp. nr.	Is er nog **iets anders dat u associeert met de mening van anderen** over het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counselor voor een effectieve kortdurende interventie?	Thema
Resp. 1.	Nee	
Resp. 2.	Nee	
Resp. 3.	Nee	
Resp. 4.	Ja; pos feedback van patiënten, pos feedback van POH of collega.	pos feedback patiënten pos feedback POH of collega.
Resp. 5.	Ja; Ik verwacht dat veel patiënten het beroep niet kennen en dat je veel uitleg moet geven, terwijl je de tijd en energie liever aan de patiënt en diens klachten besteedt	Huisarts – tijd/energie
Resp. 6.	Nee	
Resp. 7.	Nee	
Resp. 8.	Nee	
Resp. 9.	Nee	
Resp. 10.	Nee	
Resp. 11.	Ja; als er al trajecten lopen, of motivatie vanuit omgeving/patiënt mist	Andere lopende trajecten Ontbreken motivatie omgeving/patiënt
Resp. 12.	Nee	

Bijlage 9: Antwoorden van 12 respondenten op de open vragen van controle gedragsovertuigingen

Overzicht antwoorden van de respondenten op de open vragen van controle gedragsovertuigingen, gelabeld op thema (zie vragen 43, 44, 45 uit de vragenlijst in bijlage 4). Bij alle vragen gold de volgende situatieschets: Wanneer bij u een patiënt met psychosociale klachten op consult komt, …

Tabel 15 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over controle gedragsovertuigingen; welke factoren of omstandigheden de huisarts in staat stellen om te verwijzen naar een counsellor

Resp. nr.	Welke **factoren of omstandigheden** stellen u in staat om een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor door te verwijzen voor een effectieve kortdurende interventie?	Thema
Resp. 1.	Counsellors zijn niet ingebed in het netwerk van ons centrum, andere instanties als het wijkteam, AMW, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg etc wel. Jullie zullen meer aan bekendheid en netwerkvorming moeten werken om in beeld te komen	= uitbijter
Resp. 2.	Wanneer die counselor in mijn praktijk als pohg zou werken	Counsellor werkzaam als POH-G
Resp. 3.	Intelligentie. Vergoeding	Intelligentie Vergoeding
Resp. 4.	digitaal kunnen verwijzen via het huisartseninformatiesysteem Per brief kunnen verwijzen. Laagdrempelig contact met de therapeut voor evt overleg. Goede afsluiting dmv brief na interventie met al dan niet aanbevelingen voor vervolg. Eerlijk zijn over therapiedoelen> geen jarenlang geneuzel zonder doel.	Digitaal of per brief kunnen verwijzen (ha info systeem) Laagdrempelig contact counsellor voor overleg. Brief met terugkoppeling (met evt. aanbeveling) Transparante en haalbare therapiedoelen
Resp. 5.	1. bekendheid bij de patiënt. 2. in de regio 3. enige bekendheid van mij met de persoon 4. geen financiële drempel voor de patiënt .	Bekendheid bij patiënt / regio / bij ha Geen financiële drempel voor patiënt
Resp. 6.	goede vergoeding, maar ik zie niet zo goed het voordeel toz v poh-GGZ	Geen financiële drempel voor patiënt
Resp. 7.	als het gaat om niet al te heftige problematiek en patiënt er open voor staat	Niet al te heftige problematiek Motivatie patiënt
Resp. 8.	Kennis van de beschikbaarheid en contactgegevens van counsellors in mijn werkgebied	Bekendheid en beschikbaarheid in de regio
Resp. 9.	beschikbaarheid in de buurt	Beschikbaarheid in de regio
Resp. 10.	als de patiënt hier een goed gevoel bij heeft	Motivatie patiënt
Resp. 11.	goede motivatie verwachting dat kort traject effectief is	Motivatie patiënt Effectiviteit kort traject
Resp. 12.	Kennismaking met de hulpverleners en ervaringen van patiënten over effectiviteit	Bekendheid met de counsellor Positieve effectieve ervaringen patiënten

Tabel 16 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over controle gedragsovertuigingen; welke factoren of omstandigheden de huisarts het moeilijk of onmogelijk maken om te verwijzen naar een counsellor

Resp. nr.	Welke **factoren of omstandigheden** maken het voor u moeilijk of onmogelijk om een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor door te verwijzen voor een effectieve kortdurende interventie?	Thema
Resp. 1.	Counsellors zijn niet ingebed in het netwerk van ons centrum, andere instanties als het wijkteam, AMW, GGZ, jeugdhulpverlening, verslavingszorg etc wel. Jullie zullen meer aan bekendheid en netwerkvorming moeten werken om in beeld te komen	= uitbijter
Resp. 2.	ik ben voorzien van ondersteuning op dit vlak	Geen behoefte aan ondersteuning
Resp. 3.	Intelligentie. Vergoeding	Intelligentie Financiënt
Resp. 4.	Als ik ze niet ken Reistijd voor patiënt geen goede samenwerking= einde contact.	Onbekendheid met counsellor Reistijd patiënt Geen goede samenwerking
Resp. 5.	1. onbekendheid bij de patiënt. 2. onbekendheid in de regio 3. onbekendheid van mij met de persoon 4. financiële drempel voor de patiënt .	Onbekendheid bij patiënt /regio/ ha Financiële drempel voor patiënt
Resp. 6.	Ik heb er geen	Geen
Resp. 7.	bij multi-problematiek of verleden wat meespeelt	Multi problematiek of verleden patiënt
Resp. 8.	nu totaal geen kennis van het bestaan van counsellors	Onbekendheid counselling en counsellors
Resp. 9.	Beschikbaarheid	Beschikbaarheid counsellors regio
Resp. 10.	zwaardere psychische problematiek, als patiënt er niet achter staat	Zwaardere psychische problematiek Geen motivatie patiënt
Resp. 11	als patiënt geen besef heeft van probleem als er ook andere zaken spelen zoals verslaving oid	Geen probleembesef patiënt Multi problematiek patiënt
Resp. 12.	Onbekendheid met systeem en mensen en resultaten	Onbekendheid Counselling Onbekendheid counsellors Onbekendheid effectiviteit

Tabel 17 Overzicht van de antwoorden van de respondenten op de open vraag over controle gedragsovertuigingen; of er nog andere factoren of omstandigheden zijn die de huisarts te binnen schiet over het verwijzen naar een counsellor

Resp. nr.	Zijn er nog **andere factoren of omstandigheden** die u te binnen schiet als u denkt aan het doorverwijzen van een patiënt met psychosociale klachten naar een counsellor voor een effectieve kortdurende interventie?	Thema
Resp. 1.	Nee	Geen
Resp. 2.	Nee	Geen
Resp. 3.	Nee	Geen
Resp. 4.	Nee	Geen
Resp. 5.	De wettelijke status en verantwoordelijkheid. Ik denk dat de counsellor niet BIG geregistreerd is. Dat wil zeggen dit ik de verantwoordelijkheid voor de patiënt niet helemaal kan overdragen. Als het mis gaat en er klachten komen, komt dat weer bij mij terug .	Verantwoordelijkheid patiënt blijft bij de ha Klachten komen bij de ha terecht
Resp. 6.	Nee	Geen
Resp. 7.	Nee	Geen
Resp. 8.	Nee	Geen
Resp. 9.	Nee	Geen
Resp. 10.	Nee	Geen
Resp. 11	Nee	Geen
Resp. 12.	Nee	Geen

Bijlage 10: Bekendheid van de huisartsen met de interventies

Tabel 18 geeft de mate van bekendheid van de huisartsen met de interventies weer.

Tabel 18 Overzicht van de bekendheid van huisartsen met de interventies reattributie, motiverende gespreksvoering, begeleide zelfhulp en Problem Solving Therapy

Mate van bekendheid met interventie	Interventie **reattributie**	Interventie **motiverende gespreksvoering**	Interventie **begeleide zelfhulp**	Interventie **Problem Solving Therapy**
1 = zeer onbekend	3	0	0	0
2 = onbekend	1	0	1	2
3 = niet onbekend, niet bekend	7	5	4	1
4 = bekend	1	7	7	9
5 = zeer bekend	0	0	0	0
M bekendheid 12 huisartsen met interventie	*M* = 2,5; niet onbekend – niet bekend	*M* = 3,6; bekend	*M* = 3,5; bekend	*M* = 3,6; bekend