Consultatievoering bij volwassenen met een mentale beperking

Jolien Bruyninckx, KU Leuven

Promotor: Prof. B. Schoenmakers, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2018 – 2019]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudstafel

Abstract 4

Inleiding 5

Methode 6

Onderzoeksvragen 6

Literatuuronderzoek 6

Populatie 6

Design en uitkomstmaten – vragenlijst en leermodule 6

Data-analyse 6

Resultaten 7

Deel 1: voor de verspreiding van de leermodule 7

Deel 2: Na verspreiding van de leermodule 8

Discussie 8

Definitie en prevalentie 8

Aantal consultaties 9

Opleiding 9

Ervaring artsen 10

Medische kennis 10

Evaluatie leermodule 10

Conclusie 11

Bronnen 11

Bijlagen 12

Abstract

Achtergrond: Personen met een mentale beperking worden steeds meer geïncludeerd in de maatschappij. Consultatievoering bij volwassenen met een mentale beperking wordt onderschat. Tijdens de opleiding tot huisarts komt dit onderwerp zelden aan bod. Er bestaan in België geen duidelijke richtlijnen. In deze studie wordt een leermodule ontwikkeld. Het doel is meer zelfvertrouwen en kennis te ontwikkelen zodat zij beter gewapend zijn wanneer dergelijke raadplegingen zich voordoen.
Methode: Een eerste fase betreft een cross-sectioneel kwantitatief observationeel onderzoek. Hier wordt nagegaan welke problemen de Vlaamse huisarts ervaart tijdens deze raadplegingen. Een tweede fase betreft de ontwikkeling van een leermodule via leerplatform Sofia.
Resultaten: Volwassenen met een mentale beperking gaan vaker zelfstandig worden. Zij maken meer gebruik van de huisarts in vergelijking met het verleden. 71,26% geeft aan nood te hebben aan een leermodule om meer kennis te vergaren. 75% van de deelnemers vermeldt nadien een stijging van het zelfvertrouwen te ervaren.
Conclusie: De Vlaamse huisarts is vragende partij voor extra opleiding rond deze problematiek. Zij zijn niet voldoende op de hoogte van hulpmiddelen die gebruikt kunnen worden tijdens deze consultaties. Deze leermodule kan een eerste stap zijn om deze complexe zorg naar een hoger niveau te tillen.

Abstract

Background: People with a mental disability are increasingly included in society. Consultations with adults with a mental disability are underestimated. This subject is rarely discussed during the training to become a general practitioner. There are no clear guidelines in Belgium. This study develops a learning module. The purpose of this study is to gain more self-confidence and knowledge in order to be better armed for such consultations.
Methods: The first phase involves a cross-sectional quantitative observational study. It investigates which problems the Flemish GP experiences during these consultations. A second phase concerns the development of a learning module via the Sofia learning platform.
Results: Adults with a mental disability become more independent. They visit the GP more compared to the past. 71,26% of the participating GP's indicates to be in need of a learning module to gain more knowledge. 75% of the participants acknowledges to experience an increase in self-confidence afterwards.
Conclusion: The Flemish GP is keen on additional training on this subject. They are not sufficiently aware of aids that can be used during these consultations. This learning module can be a first step to raise this complex care to a higher level.

Inleiding

Consultatievoering bij volwassenen met een mentale beperking wordt vaak onderschat. Quasi elke huisarts in België komt met deze populatie in contact. Tijdens de opleiding van huisartsen komt dit onderwerp slechts zelden aan bod. Het is een typisch en moeilijk te vatten segment van de patiëntenpopulatie, waar nog geen duidelijke richtlijnen voor bestaan. Hierdoor verdwijnt de aanpak van deze patiënten op de achtergrond in de opleiding. Het contact verloopt vaak stroef.

Tijdens dergelijke raadplegingen krijgt de huisarts te maken met verschillende belemmerende factoren. De belangrijkste factor is de communicatie. Misverstanden of onbegrip door een van beide partijen is geen zeldzaamheid. Hiermee samengaand is een tweede factor: het verkrijgen van de voorgeschiedenis. Als een patiënt de huisarts voor de eerste maal contacteert wordt het als moeilijk ervaren om de antecedenten te verkrijgen. Een begeleider kan hier een meerwaarde in bieden. Een andere factor is tijd. Deze patiënten consulteren vaker de huisarts dan een persoon zonder verstandelijke beperking. De raadpleging neemt meer tijd in beslag, die de huisarts niet steeds voorzien heeft. Zij komen bijna dubbel zo vaak langs op consultatie (1,7x meer dan andere patiënten). Hierdoor wordt een toegenomen werklast door de huisarts ervaren. Andere factoren omvatten het gebrek aan ervaring bij huisartsen om met deze patiënten om te gaan, beperkingen tijdens het klinisch onderzoek, slechte therapietrouw zowel wat betreft medicatie als opvolging, … [1-2]

Vroeger werden personen met een beperking vaker uitgesloten uit de maatschappij. Zij werden ondergebracht in instituten die speciaal voor hen opgericht werden. Vandaag wordt er meer aandacht besteed aan de sociale rol van de zorg. Er wordt getracht om mensen met een beperking te includeren in de huidige maatschappij. Zo bestaan er initiatieven als ‘begeleid wonen’ en ‘beschutte werkplaatsen’ om deze personen te laten meedraaien in de maatschappij. Zij kunnen hierdoor zelfstandiger leven (onder toezicht) en presenteren zich in vergelijking met vroeger vaker op de consultatie bij de huisarts. [1]

In het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Canada en Australië worden huisartsen aangespoord om jaarlijks een uitvoerig onderzoek te doen bij personen met een beperking. [3-4] Een recent onderzoek toont aan dat een jaarlijkse screening voordelen biedt. Een langere levensduur werd hiermee bereikt. [5-6] In Nederland werd onderzoek gedaan naar deze patiëntenpopulatie. De problemen die zich voordoen bij consultaties werden in kaart gebracht. In tegenstelling tot België bezitten zij een aparte specialisatie 'arts voor verstandelijk gehandicapten' (AVG), die zich uitsluitend richt tot deze patiënten. [7] In Canada werd een richtlijn ontwikkeld. [8] Vlaanderen heeft dergelijke studie nog niet uitgevoerd. In dit onderzoek wordt nagegaan wat het effect is van implementatie van een leermodule bij de Vlaamse huisarts. Het doel is om bij huisartsen meer zelfvertrouwen en kennis te ontwikkelen zodat zij beter gewapend zijn wanneer in de toekomst dergelijke raadplegingen zich voordoen.

Dit onderzoek met als kenmerk MP004471 werd op 04/04/2018 ethisch goedgekeurd door de opleidingspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding ‘Master in de huisartsgeneeskunde’ aan de KU Leuven. De Ethische Commissie Onderzoek verleende een gunstig advies aan deze studie en stelde geen ethische bezwaren in.

Methode

Onderzoeksvragen

Deze thesis omvat twee onderzoeksvragen. De eerste vraag gaat na welke problemen huisartsen ervaren bij raadplegingen met volwassenen met een mentale handicap. De tweede vraag onderzoekt of implementatie van een leermodule deze consultaties kunnen optimaliseren.

Literatuuronderzoek

De praktijkrichtlijnen van Domus Medica en de NHG-standaarden werden nagekeken voor het thema 'mentale beperking' en 'ontwikkelingsstoornissen'. Richtlijnen voor de aanpak en zorg voor deze populatie werden opgespoord. Via Pubmed werd gezocht naar wetenschappelijke artikels met als MeSH-termen 'Intellectual Disability' AND general practitioners', 'Mental Disabled Persons' AND 'general practitioners'. Nadien werd gebruik gemaakt van vrije zoektermen. [3-4] Artikels ouder dan 5 jaar werden geëxcludeerd. Online werd een Canadese richtlijn gevonden, waarin de aandachtspunten tijdens een consult met mentaal beperkte personen uitvoerig aan bod kwamen. [8] De website 'www.vzwmentor.be' biedt tips over de omgang met personen met een beperking. [9]

Populatie

Inclusiecriteria zijn werkzame huisartsen in Vlaanderen inclusief huisartsen-in-opleiding. Exclusiecriteria werden niet geformuleerd.

Design en uitkomstmaten – vragenlijst en leermodule

De eerste onderzoeksvraag betreft een cross-sectioneel kwantitatief observationeel onderzoek. De vragenlijst werd middels een webplatform voor enquêtes (Websurvey KuLeuven) opgesteld. Deze vragenlijst omvat 4 vragen, met meerkeuzeantwoorden, ja/nee-vragen of vrijetekstvelden. Stellingen werden via een vierpunts Likertschaal beantwoord met keuzes gaande van 'helemaal niet akkoord' tot 'helemaal akkoord'. [bijlage 1] Bij de Vlaamse huisartsen werd nagegaan of zij vonden dat deze raadplegingen te veel tijd in beslag nemen, of gezondheidsproblemen ontsnappen aan hun aandacht, of zij deze consulten ervaren als moeilijker. Tussen 12/09/2018 en 19/09/2018 werd de vragenlijst via e-mail verstuurd naar de wachtkringen in Vlaanderen. Zij kozen ervoor om deze e-mail door te sturen naar hun leden of te publiceren in hun nieuwsbrief of website. Op 14/10/2018 werd een herinneringsmail verzonden. Een link naar de enquête werd geplaatst op de site van ICHOvzw. De datacollectie vond plaats tussen 12/09/2018 en 01/12/2018.

De tweede onderzoeksvraag betreft de ontwikkeling van een leermodule via leerplatform Sofia. De leermodule werd gebaseerd op de richtlijn die in Canada ontwikkeld werd en de website van het centrum voor consultatie en expertise. [10] Deze wordt onderverdeeld in 4 grote hoofdstukken: communicatie, lichamelijke gezondheid, gedragsproblemen en mentale problemen, algemene problemen. Een verdere verdeling omvat de afzonderlijke problemen die zich kunnen voordoen bij deze patiënten. De aandachtspunten worden overlopen en aanbevelingen en suggesties worden aangeboden. De leermodule wordt verspreid onder 50 huisartsen die in het bezit waren van een account op het leerplatform Sofia. Via 8 korte vragen na het beëindigen van de module wordt nagegaan of er een verbetering is in het subjectieve gevoel van de arts in de omgang met mensen met een verstandelijke beperking. [bijlage 2]

Data-analyse

Om te kunnen werken met een betrouwbaarheidsinterval van 95% en een foutenmarge van 5% is een steekproefgrootte nodig van 369 respondenten. Dit werd berekend op basis van 9157 erkende huisartsen (in opleiding) in Vlaanderen in 2015. [11] De resultaten van de enquêtes werden verwerkt via de Websurvey Service van de KU Leuven. Hieruit werden univariate analyses berekend. Er werd gebruikt gemaakt van de 'aantal als' functie bij berekening van de frequentie per

antwoordmogelijkheid. Bij de vragen die beoordeeld werden met een 4-punt Likertschaal werden de antwoorden 'helemaal niet akkoord' en 'eerder niet akkoord' beschouwd als negatief en de antwoorden 'eerder akkoord' en 'helemaal akkoord' als positief. De antwoorden op deze vraag werden opgevat als een continu spectrum van negatief tot positief.

Resultaten

Deel 1: voor de verspreiding van de leermodule

96 artsen waren bereid om de enquête in te vullen. Hiervan hebben 87 huisartsen de enquête volledig doorlopen. De leeftijdscategorie 51-60 jaar was het meest vertegenwoordigd met 27,96% van de respondenten. Huisartsen tussen 31 en 40 jaar waren het minst aanwezig met 11,83%. Het merendeel van de artsen die deelnamen aan de enquête waren 30-40 jaar actief als huisarts of 0-5 jaar actief. Beiden vertegenwoordigen een percentage van 23,66%. [bijlage 3] Er werd gepolst hoeveel contacten men gemiddeld per maand had met personen met een mentale beperking. 9,68% heeft zelden tot nooit contact met deze populatie. 16,13% spreekt daarentegen toch over meer dan 10 keer per maand. De meeste artsen doen deze consultaties minder dan 5 keer of minder dan 10 keer per maand, respectievelijk 38,17% en 35,48%. [tabel 1] 76,34% van de respondenten geeft aan geen bijzondere interesse te hebben voor de medische begeleiding van volwassen personen met een mentale beperking. Slechts 1 arts heeft ooit een bijkomende opleiding gevolgd in verband met de omgang van deze patiënten.

Hoe vaak komt u in uw praktijk in contact met personen met een mentale beperking?		
	Telling	*Percentage*
zelden tot nooit	9	9.68%
minder dan 5 keer per maand	36	38.71%
minder dan 10 keer per maand	33	35.48%
meer dan 10 keer per maand	15	16.13%

Tabel 1: Hoe vaak komt een huisarts in contact met personen met een mentale beperking?

Het tweede deel van de enquête ging na wat de ervaring van artsen is tijdens deze consultaties. Het merendeel (73,63%) gaf aan dat dergelijke consultaties langer duren in vergelijking met personen zonder beperking. Toch vindt 92,31% van de ondervraagden het geen probleem om deze extra tijd te besteden aan deze patiënten. 67,04% verklaarde zich eerder akkoord of akkoord met de stelling dat de communicatie moeizaam verloopt. De aanwezigheid van een begeleider is voor 93,4% een hulpmiddel tijdens de consultaties. Het klinisch onderzoek brengt voor 68,14% geen bijkomende problemen met zich mee. 57,14% van de ondervraagden geeft toe dat de patiënt met een mentale beperking vaak niet begrijpt wat de arts wil duidelijk maken. Daartegenover begrijpt bijna de helft van de artsen (45,05%) ook niet steeds wat de patiënt wil vertellen. Deze dingen maken dat 96,5% van de huisartsen deze consultaties anders ervaart dan wanneer dezelfde situatie zich voordoet bij volwassenen zonder beperking. [bijlage 4]

Het laatste deel van de enquête behandelde de medische kennis van huisartsen. Iets meer dan de helft (53,84%) geeft aan dat door de beperkte communicatiemogelijkheden gezondheidsproblemen aan hun aandacht durven ontsnappen. Het actief opsporen van medische problemen kent een wisselend succes. Endocrinologische problemen zoals diabetes en schildklierlijden worden net als het cardiovasculair risico en screeningstesten goed opgevolgd met respectievelijk 70,46%, 70,45% en 67,04%. Ongeveer de helft van de artsen bespreekt verslavingsproblematiek (51,14%) en obesitas

(47,73%) met de patiënt. De kennis over het gebruik van psychofarmaca is net zoals het durven bespreken van seksuele problemen ondermaats, respectievelijk 44,3% en 22,73%. [bijlage 5]

Tot slot werd in een laatste vraag gepolst naar de interesse in een leermodule die tools aanbiedt om deze consultaties in de toekomst beter aan te pakken. 71,26% gaf hier een positief antwoord.

Deel 2: Na verspreiding van de leermodule

Een leermodule werd opgesteld met behulp van het Sofia online leerplatform. Deze werd verspreid naar 50 artsen die reeds over een toegangsaccount beschikten. 23 van hen hebben de uitnodiging tot de leermodule aanvaard. 8 huisartsen hebben de evaluatie voltooid. De leermodule heeft als doel de arts meer zelfvertrouwen te geven in deze situaties. 75% gaf aan dat hun subjectief gevoel van zelfvertrouwen daadwerkelijk toegenomen was. [tabel 2] Dit komt onder meer door het verkrijgen van meer inzicht in de somatische problematiek (100%) en het leren kennen van nieuwe tools die men kan gebruiken tijdens de raadpleging (75%). 7 van de 8 huisartsen gingen akkoord met de stelling dat dergelijke consultaties in de toekomst vlotter kunnen verlopen. Het beter kunnen aanbrengen van structuur tijdens de communicatie wordt ervaren als een pluspunt bij 5 van de 8 artsen. 87,50% heeft in deze leermodule nieuwe, duidelijke hulpmiddelen leren kennen voor het gebruik tijdens consultaties. [bijlage 6] Dankzij deze positieve bevindingen geeft 100% van de ondervraagden aan dat deze module een plaats verdient in de opleiding zodat HAIO's en huisartsen dergelijke consultaties beter kunnen ondergaan.

Mijn zelfvertrouwen in deze consultaties is gestegen.		
	Telling	*Percentage*
niet akkoord	0	0.00%
eerder niet akkoord	2	25.00%
eerder akkoord	4	50.00%
akkoord	2	25.00%

Tabel 2: Is het zelfvertrouwen van de huisarts toegenomen?

Discussie

Definitie en prevalentie

De huidige aanvaarde definitie van mentale beperking is als volgt: 'Een 'verstandelijke handicap' verwijst naar functioneringsproblemen die worden gekenmerkt door significante beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag zoals dat tot uitdrukking komt in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. De functioneringsproblemen ontstaan vóór de leeftijd van 18 jaar.' [12] De beperking in het intellectueel functioneren houdt een intelligentiescore lager dan 70 in. Hiernaast dient aangetoond te worden dat het tekort aan adaptieve vaardigheden geen oorzaak mag vinden bij andere stoornissen of omgevingsfactoren. Deze vaardigheden kunnen ingedeeld worden in 3 categorieën: conceptuele vaardigheden (taal, lezen, schrijven), sociale vaardigheden en praktische vaardigheden. Al deze beperkingen dienen reeds op kinderleeftijd aanwezig te zijn. De prevalentie van personen met een mentale beperking in de huisartsenpraktijk wordt geschat rond 0,82%. [13] De gemiddelde huisarts heeft ongeveer 10 patiënten met een mentale beperking ingeschreven in zijn praktijk met een grote spreiding over de praktijken. De ene praktijk heeft een patiëntenbestand met amper enkele patiënten met een mentale beperking, terwijl een andere huisarts tot wel 80 patiënten met een mentale beperking behandelt. [1] Bijna alle huisartsen (95%) hebben al mensen met een lichte verstandelijke beperking in hun praktijk. 68% van

hen heeft mensen met een matige verstandelijke beperking en 26% heeft mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking in hun praktijk. [14]

Aantal consultaties

De meeste huisartsen geven aan weinig contacten te hebben met volwassenen met een mentale beperking. Een kleine minderheid geeft aan meer dan 10 keer per maand een dergelijke patiënt gezien te hebben. Een verklaring kan hier gevonden worden dat in vergelijking met vroeger er heden meer aandacht wordt geschonken aan zorginstellingen. Zo zijn er momenteel in Vlaanderen 266 vergunde zorgaanbieders ter beschikking. [15] Personen met een mentale beperking kunnen hier terecht voor meer ondersteuning, zowel in permanent verblijf als dagopvang. Hierdoor gaan groepen ontstaan waar deze patiënten zich het grootste deel van hun dag samen bevinden. Deze clusters beschikken meestal over 1 of 2 huisartsen die de hele groep behandelen op een afgesproken tijdstip. Chronische problematiek wordt vaak opgevolgd door een arts die verbonden is aan de instelling. Dit kan zowel een huisarts als een arts van een andere discipline zijn (vb. neuropsychiater). Dit is een oorzaak van het verschil tussen huisartsen die zelden een patiënt met beperking zien ten opzichte van een andere arts die er meer dan 10 per maand ziet. Toch merken we vandaag dat volwassenen met een mentale beperking proberen om zelfstandig te wonen in plaats van in een grote instelling. Deze personen maken dan gebruik van een huisarts uit hun buurt. De reguliere huisartsenzorg wordt hen aangeboden. Voor problemen rond het syndroom zelf, wordt in België een behandelend specialist ingeschakeld. Dit kan zowel een neuroloog, psychiater, … zijn. In Nederland kan men de patiënt doorverwijzen naar een ‘arts voor verstandelijk gehandicapten’. [16]

Opleiding

Hoewel 71,26% van de artsen aangeeft nood te hebben aan een leermodule om meer kennis te vergaren, blijkt dat slechts 1 huisarts ooit een specifieke opleiding gevolgd heeft. [tabel 3] De wil om bij te leren is zeker aanwezig bij de huisartsen, maar men is van mening dat er een beknopt hulpmiddel nodig is. Huisartsen in Vlaanderen beschikken vaak over een drukke agenda. Men is bereid om bij te leren over deze populatie, maar gezien de beperkte aanwezigheid van dergelijke personen in hun patiëntenbestand is men niet bereid grote, uitgebreide cursussen te volgen die meerdere dagen in beslag nemen. Er wordt sneller gekozen voor een bijscholing in de eigen omgeving over een onderwerp dat vaker aan bod komt in hun praktijk. Er wordt aangegeven dat tijdens de opleiding enkele uren spenderen aan het omgaan met deze populatie al voor een meerwaarde kan zorgen.

Bent u bereid deze leermodule te doorlopen?		
	Telling	*Percentage*
Ja	62	71.26%
Nee	25	28.74%

Tabel 3: Is de Vlaamse huisarts bereid deze leermodule te volgen?

In Nederland kan men de opleiding tot ‘arts voor verstandelijke gehandicapten’ volgen. Dit werd opgericht in 2000. Na de opleiding tot basisarts dient gedurende 3 jaar een verdere specialisatie gevolgd te worden. Hun taak bestaat uit het bewaken van de gezondheidstoestand van dergelijke personen. Het betreft een brede waaier van de geneeskunde. Elke discipline komt aan bod van revalidatie tot alledaagse klachten tot psychiatrie. Het omvat het volledige scala van onderzoek, diagnose en behandeling gekoppeld aan de specifieke medische problematiek en communicatieve vaardigheden die daarbij noodzakelijk zijn. Zij komen meestal terecht in zorginstellingen en maken daar deel uit van het netwerk met (para)medische disciplines. Meer en meer gaan zij ook werken in poliklinieken om mensen met een verstandelijke beperking te behandelen die niet in een

zorginstelling wonen. Zij kunnen zowel de huisarts helpen door middel van een enkel onderzoek en advies, maar ook instaan voor een langere opvolging zo nodig. [17] Deze specialisatie bestaat momenteel niet in België. Mogelijk is deze wel aangewezen gezien de vermaatschappelijking van de zorg en de kost die ziekenhuiszorg (zowel consultaties bij specialisten als de chroniciteit van de aandoeningen) met zich meebrengt.

Ervaring artsen

Huisartsen ervaren deze consultaties als moeizamer in vergelijking met de andere consultaties van die dag. Communicatie moet aangepast worden aan het niveau van de patiënt. Hulpmiddelen als formulieren die de patiënt op voorhand kan invullen met de begeleiding, evenals het gebruik van prenten om problemen te verduidelijken zijn daarbij welkom. Extra aandacht dient gelegd te worden op de niet-verbale communicatie. Luisteren en kijken naar hoe de patiënt zich gedraagt, kan gemaskeerde symptomen naar boven brengen. Medisch dient men extra aandachtig te zijn om deze op te pikken. Gezien het beperkt ziekte-inzicht van de patiënt kan gebruik gemaakt worden van een briefje voor de begeleiding, waarop uitleg en advies over follow-up kan meegegeven worden. Sommige huisartsen maken de vergelijking met patiënten met dementie, ook al zijn ze zich bewust van het feit dat dit verschillende aandoeningen zijn.

Medische kennis

Endocrinologische problemen, cardiovasculair risico en screeningstesten worden goed opgevolgd door de huisarts. Dit zijn zaken die met een eenvoudige richtlijn kunnen opgevolgd worden (bloedname, bloeddrukmeting, …). Obesitas en verslavingsproblematiek krijgen minder aandacht van de huisarts. Men merkt wel dat dit een probleem is, maar weet niet steeds hoe dit best aan te pakken. Door het gebrek aan ziekte-inzicht van de patiënt is de motivatie zeer moeilijk. De patiënt geeft soms aan het begrepen te hebben, maar doet geen aanpassingen aan zijn levensstijl. Dergelijke aanpassingen (minder snoepen, meer sporten, alcoholstop, …) kunnen voor een tijdelijke verstoring van zijn dagritme lijden. Een goede begeleiding is hier noodzakelijk.

De kennis over psychofarmaca en hun effecten is ondermaats. Dit kan opgevangen worden door multidisciplinair te werken en een (neuro)psychiater te betrekken bij het medicatieschema. Seksuele problemen komen slechts zelden aan bod. Huisartsen gaan er te vaak van uit dat deze populatie niet seksueel actief is. Er moet echter extra aandacht aan geschonken worden. Door de beperkte kennis of bespreking van seksualiteit zien we bij deze patiënten dat ze soms net meer ontremd zijn in hun gedrag. Ze kennen de gevolgen niet van hun daden, en zijn niet op de hoogte van het risico op zwangerschap of SOA's. Ze blijven met angsten zitten omtrent gevoelens van homoseksualiteit. Hierdoor kunnen gedragsstoornissen optreden. Het bespreekbaar maken is een eerste stap.

Evaluatie leermodule

Evaluatie van de leermodule bewijst dat deze voor de Vlaamse huisarts een meerwaarde kan bieden in zijn dagdagelijkse praktijk. Tot op heden bestaan er in België geen richtlijnen om deze situaties aan te pakken. 87,50% van de huisartsen die de module doorlopen hebben, geeft aan nieuwe hulpmiddelen ontdekt te hebben. [tabel 4] Dit bewijst dat er nog steeds nood is aan een overzichtelijk en bruikbaar aanbod. Deze hulpmiddelen mogen niet onderschat worden. De belemmerende factoren zoals tijdsdruk en communicatieproblemen kunnen hiermee aangepakt worden. De toename van het zelfvertrouwen bij de huisarts draagt eveneens bij tot het beter verlopen van deze raadplegingen. Niet enkel de arts, maar ook de patiënt, zal zich sterker voelen na de consultatie. Wederzijdse twijfels kunnen op deze manier weggenomen worden. Een betere zorg kan gerealiseerd worden bij deze populatie.

Deze leermodule biedt duidelijke hulpmiddelen aan voor consultaties met volwassenen met een mentale beperking.		
	Telling	*Percentage*
niet akkoord	0	0.00%
eerder niet akkoord	1	12.50%
eerder akkoord	2	25.00%
akkoord	5	62.50%

Tabel 4: Heeft de huisarts duidelijke hulpmiddelen leren kennen?

Conclusie

De vermaatschappelijking van de zorg leidt er toe dat de persoon met een mentale beperking meer en meer actief deel uitmaakt van de huidige maatschappij. Er wordt gezorgd dat hij bijdraagt tot de economie (werken al dan niet op een beschutte werkplaats), zelfstandig kan wonen, … In tegenstelling tot het verleden worden deze patiënten minder weggehouden van het dagelijkse leven. De omgang met personen met een mentale beperking zal in toenemende mate deel uitmaken van de dagelijkse werking van een huisarts.

In tegenstelling tot andere landen, zoals Nederland en Canada, is er in België nog weinig onderzoek gebeurt naar de gezondheidszorg voor deze populatie. In Canada is een richtlijn uitgewerkt om met deze problematiek om te gaan. In Nederland heeft de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geleid tot het oprichten van de nieuwe specialisatie ‘arts voor verstandelijke gehandicapten’. De Vlaamse huisarts is daarentegen niet altijd op de hoogte van de hulpmiddelen die bestaan om hen tijdens deze raadplegingen bij te staan. Uit dit onderzoek blijkt dat de Vlaamse huisarts vragende partij is om extra opleiding te krijgen rond deze problematiek. Deze leermodule kan een eerste stap zijn om deze complexe zorg naar een hoger niveau te tillen.

Bronnen

1. Van Schrojenstein Lantman-de Valk H., Straetmans J., Schellevis F.G., Dinant G-J. (2008). Gezondheidsproblemen van mensen met verstandelijke beperkingen in de huisartsenpraktijk. *Huisarts en Wetenschap,51* (2), 62-65
2. Lennox N.G., Diggens J.N., Ugoni A.M. (1997). The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *J Intellect Disabil Res, 41* (5), 380-390
3. Weise J., Pollack A., Britt H., Trollor J.N. (2017). Primary health care for people with an intellectual disability: an exploration of consultations, problems identified, and their management in Australia. *J Intellect Disabil Res,61* (5), 399-410
4. McConkey R., Taggart L., Kane M. (2015). Optimizing the uptake of health checks for people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.19* (3), 205-2014
5. Bakker E. (2018). Jaarlijks gezondheidsonderzoek beter voor verstandelijk beperkten. *Huisarts en Wetenschap, 1*, 10
6. Bakker-van Gijssel E., Hartman T.O., Lucassen P.L.B.J., van den Driessen Mareeuw F., Dees M., Assendelft P., et al. (2017). Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap, 8,* 384-386
7. www.nvavg.nl

8. Sullivan W.F., Berg J.M., Bradley E., Cheetham T., Denton R., Heng J., et al. (2011). Primary care of adults with developmental disabilities. Canadian consensus guidelines. *Canadian Family Physician, 57* (5), 541-553.
9. www.vzwmentor.be. (2013). *Educatieve bundel: Omgaan met mensen met een beperking.*
10. www.cce.nl
11. Decoster C, Somer A, De Geest A, Delvaux A, Jouck P, Lardennois M, et al. Jaarstatistieken met betrekking tot beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. FOD Volksgezond Veiligh van voedselketen en leefmilieu. 2015; 1–110.
12. Luckasson R., Borthwick-Duffy S., Buntinx W. H. E., Coulter D.L., Craig E.M., Reeve A., et al. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. (10de druk). Washington DC, US: American Association on Mental Retardation.
13. Van Schrojenstein Lantman-de Valk H.M., Metsemakers J.F., Soomers-Turlings M.J., Haveman M.J., Crebolder H.F. (1997). People with intellectual disability in generalpractice: case definition and case finding. *J Intellect Disabil Res, 41* (5), 373-379
14. Cardol M., Dusseljee J., Van Schrojenstein Lantman-de Valk H., Rijken M. (2011). Huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap, 7,* 354-358
15. www.vaph.be
16. Bekkema N., de Veer A., Francke A. (2014). Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap, 57* (5), 259
17. Kramer A., Kleefstra S., Kool T. (2005). Een kwestie van samenwerking en expertise: Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten moet krachten bundelen. *Med Contact, 60*, 1804-1806

Bijlagen:

- Bijlage 1: enquêtevragen deel 1
- Bijlage 2: enquêtevragen deel 2
- Bijlage 3: kenmerken respondenten
- Bijlage 4: ervaring door artsen tijdens deze consultaties
- Bijlage 5: medische kennis van artsen tijdens deze consultaties
- Bijlage 6: evaluatie leermodule

Bijlage 1: enquêtevragen deel 1

1. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
    - 25-30 jaar
    - 31-40 jaar
    - 41-50 jaar
    - 51-60 jaar
    - > 60 jaar

2. Hoe lang bent u actief als huisarts?
    - HAIO
    - 0-5 jaar
    - 5-10 jaar
    - 10-20 jaar
    - 20-30 jaar
    - 30-40 jaar
    - > 40 jaar

3. Hoe vaak komt u in uw praktijk in contact met personen met een mentale beperking?
    - Zelden tot nooit
    - Minder dan 5 keer per maand
    - Minder dan 10 keer per maand
    - Meer dan 10 keer per maand

4. Heeft u een bijzondere interesse voor de medische begeleiding van volwassen personen met een mentale beperking?
    - Ja
    - Nee

5. Heeft u ooit een bijkomende opleiding gevolgd voor de omgang van volwassenen met een mentale beperking?
    - Ja
    - Nee

6. Hoe ervaart u consultaties met volwassenen met een mentale beperking?
   (niet akkoord – eerder niet akkoord – eerder akkoord – akkoord)
    - De consultatie duurt langer dan normaal.
    - Het gesprek verloopt moeizaam.
    - Het klinisch onderzoek verloopt moeizaam.
    - De aanwezigheid van een begeleider is handig.
    - De patiënt begrijpt vaak niet wat ik bedoel.
    - Ik begrijp vaak niet wat de patiënt bedoelt.
    - De consultatie verloopt anders dan met personen zonder mentale beperking.

7. In welke mate bent u akkoord met volgende stellingen?
   (niet akkoord – eerder niet akkoord – eerder akkoord – akkoord)
    - Een consultatie met een volwassene met een mentale beperking neemt te veel tijd in beslag.
    - Omwille van de beperkte mogelijkheden in de communicatie ontsnappen gezondheidsproblemen aan mijn aandacht.
    - Er zit structuur in mijn consultatie met volwassenen met een mentale beperking.

8. In welke mate bent u akkoord met volgende stellingen over uw medische kennis?
   (niet akkoord – eerder niet akkoord – eerder akkoord – akkoord)
   - Ik spoor actief obesitas op bij volwassenen met een mentale beperking.
   - Ik spoor actief endocrinologische problemen (diabetes, schildklierlijden, …) op bij volwassenen met een mentale beperking.
   - Het cardiovasculair risico van volwassenen met een mentale beperking wordt goed opgevolgd.
   - Ik bespreek seksuele problemen met volwassenen met een mentale beperking.
   - Ik kaart verslavingsproblematiek (roken, alcohol, …) aan bij volwassenen met een mentale beperking.
   - Ik overtuig deze patiënten om deel te nemen aan screeningsprogramma's.
   - Ik ken de indicatie voor het voorschrijven van antipsychotica en psychotrope medicatie bij deze doelgroep.

9. Mogelijkheid tot eigen aanvullingen/commentaar

Bijlage 2: enquêtevragen deel 2

1. In welke mate bent u akkoord met onderstaande stellingen?
   (niet akkoord – eerder niet akkoord – eerder akkoord – akkoord)
   - Een consultatie met volwassenen met een mentale beperking zal in de toekomst vlotter verlopen.
   - Mijn zelfvertrouwen in deze consultaties is gestegen.
   - Ik heb meer inzicht verkregen in de somatische problematiek van deze patiënten.
   - Ik zal in de toekomst actiever medische problemen (obesitas, cardiovasculair risico, …) opsporen bij deze populatie.
   - Ik ga meer structuur kunnen aanbrengen in de consultaties met volwassenen met een mentale beperking.
   - Ik heb dankzij deze leermodule tools leren kennen die ik in de toekomst kan gebruiken.
   - Deze leermodule biedt duidelijke hulpmiddelen aan voor consultaties met volwassenen met een mentale beperking.
   - Deze leermodule verdient een plaats in de opleiding tot huisarts.

2. Mogelijkheid tot eigen aanvullingen/commentaar

Bijlage 3: Kenmerken respondenten

		Telling	Percentage
Leeftijd	25-30 jaar	23	24,73%
	31-40 jaar	11	11,83%
	41-50 jaar	19	20,43%
	51-60 jaar	26	27,96%
	> 60 jaar	14	15,05%
Ervaring	HAIO	4	4,30%
	0-5 jaar	22	23,66%
	5-10 jaar	10	10,75%
	10-20 jaar	11	11,83%
	20-30 jaar	18	19,35%
	30-40 jaar	22	23,66%
	>40 jaar	6	6,45%
Totaal		**93**	**100 %**

Bijlage 3: achtergrondkenmerken van de respondenten

Bijlage 4: Ervaring door artsen tijdens deze consultaties

	Niet akkoord	Eerder Niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord
De consultatie duurt langer dan normaal	3	20	50	17
Het gesprek verloopt moeizaam	3	26	50	11
Het klinisch onderzoek verloopt moeizaam	4	58	24	4
De aanwezigheid van een begeleider is handig	0	5	42	43
De patiënt begrijpt vaak niet wat ik bedoel	1	37	38	14
Ik begrijp vaak niet wat de patiënt bedoelt	3	46	36	5
De consultatie verloopt anders dan met personen zonder mentale beperking	0	4	33	53
Een consultatie met een volwassene met een mentale beperking neemt te veel van mijn tijd in beslag	46	38	6	0
Omwille van de beperkte mogelijkheden in de communicatie ontsnappen gezondheidsproblemen aan mijn aandacht	8	33	44	5
Er zit structuur in mijn consultatie met volwassen personen met een mentale beperking	5	20	56	9

Bijlage 4: Hoe ervaren artsen deze consultaties?

Bijlage 5: Medische kennis van artsen tijdens deze consultaties

	Niet akkoord	Eerder Niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord
Ik spoor actief obesitas op bij volwassenen met een mentale beperking	5	40	30	12
Ik spoor actief endocrinologische problemen (diabetes, schildklierlijden, …) op bij volwassenen met een mentale beperking	4	21	48	14
Het cardiovasculair risico van volwassenen met een mentale beperking wordt goed opgevolgd	1	24	52	10
Ik bespreek seksuele problemen met volwassenen met een mentale beperking	23	44	20	0
Ik kaart verslavingsproblematiek (roken, alcohol, …) aan bij volwassenen met een mentale beperking	11	31	36	9
Ik overtuig deze patiënten om deel te nemen aan screeningsprogramma's	7	21	43	16
Ik ken de indicatie voor het voorschrijven van antipsychotica en psychotrope medicatie bij deze doelgroep	9	39	32	7

Bijlage 5: Hoe ver reikt de medische kennis van artsen tijdens deze consultaties?

Bijlage 6: Evaluatie leermodule

	Niet akkoord	Eerder Niet akkoord	Eerder akkoord	Akkoord
Een consultatie met volwassenen met een verstandelijke beperking zal in de toekomst vlotter verlopen	0	1	7	0
Mijn zelfvertrouwen in deze consultaties is gestegen	0	2	4	2
Ik heb meer inzicht verkregen in de somatische problematiek van deze patiëntengroep	0	0	4	4
Ik zal in de toekomst actiever medische problemen (obesitas, cardiovasculair risico, …) opsporen bij deze populatie	0	0	3	5
Ik ga meer structuur kunnen aanbrengen in de consultaties met volwassenen met een mentale beperking	0	3	4	1
Ik heb dankzij deze leermodule tools leren kennen die ik in de toekomst kan gebruiken	0	2	2	4
Deze leermodule biedt duidelijke hulpmiddelen aan voor consultaties met volwassenen met een mentale beperking	0	1	2	5
Deze leermodule verdient een plaats in de opleiding tot huisarts	0	0	2	6

Bijlage 6: Evaluatie van de leermodule door de deelnemende huisartsen