Zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) in de huisartspraktijk: wat zijn de visie en ervaringen van de huisarts? Wat loopt goed en waarin liggen de noden?

Naessens Kobe, Universiteit Gent

Promotor: Decat Peter, Universiteit Gent

Co-promotor: Art Bruno, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2022 – 2025]

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.

Abstract

Inleiding

Patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) vormen een deel van de brede patiëntenpopulatie van een huisarts en hebben, omwille van hun aandoening, nood aan een complexe en brede zorg. In 2019 zou 1,7% van de volwassenen in onze samenleving kampen met een EPA. In eerdere studies werd reeds aangetoond dat deze complexe zorg gepaard gaat met uitdagingen voor de huisarts. Er zijn verschillende domeinen van deze zorg, en op elk van deze domeinen liggen mogelijke barrières. De gemiddelde levensverwachting voor patiënten uit deze populatie is 10-15 jaar lager dan die van de algemene bevolking, wat aantoont dat er nog ruimte is voor verbetering om deze zorg te optimaliseren.

Onderzoeksvraag

Met deze masterproef wordt een poging gedaan te onderzoeken welke barrières en moeilijkheden huisartsen ervaren in de zorg voor patiënten met een EPA, in een Belgische populatie huisartsen. Tegelijk wordt ook beschreven wat goed loopt in deze zorg.

Methodologie

Dit kwalitatief onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde interviews met huisartsen in Vlaanderen. In totaal werden 10 huisartsen geïnterviewd. De inhoud van de interviews werden thematisch geanalyseerd en de uitspraken werden zowel deductief als inductief gecodeerd, met behulp van NVivo software.

Resultaten

10 huisartsen, waarvan 5 mannen en 5 vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 41,8 jaar en uit verspreide context namen deel aan het onderzoek. Tijdens de interviews werden verschillende pijnpunten blootgelegd, waaronder de impact op de huisarts tijdens acute episodes, kennis over en het opstarten van psychofarmaca, de toegankelijkheid van en terugkoppeling vanuit de tweede lijn, en aandacht voor preventieve en somatische zorg. Over deze thema's waren de participanten er over het algemeen met elkaar eens. Er werden nog andere pijnpunten blootgelegd, of zaken vermeld die goed liepen, maar deze waren eerder subjectieve ervaringen van de huisartsen.

Conclusie

De complexe zorg door huisartsen voor deze kwetsbare populatie heeft nog een aantal barrières te overwinnen, zodoende hun levenskwaliteit en -verwachting te optimaliseren. Het blootleggen van deze pijnpunten is een eerste stap naar het vinden van oplossingen. In verder onderzoek kan dieper ingegaan worden op elk van de gedefinieerde thema's en kan ook uitgediept worden in welke mate de problemen zich stellen voor de brede huisartsenpopulatie in België. Met die informatie zou een werkgroep aan de slag kunnen om oplossingen te vinden voor deze problemen.

Inhoudsopgave

Inleiding masterproef **5**
Definitie ernstig psychiatrische aandoening 5
Situatieschets België 5
Bredere kadering vanuit internationale literatuur 7
Preventieve en somatische zorg *7*
Kwaliteit van zorg: een multifactorieel probleem *7*
Patiëntenervaringen *8*
De rol van de eerste lijn in vroege detectie en interventie *9*
Continuïteit van de zorg *9*
Ervaringen van de huisartsen *10*
Kennis en bijscholing *10*
Aanleiding tot dit onderzoek *11*
Methodologie masterproef ***11***
Studie design *11*
Alternatieve onderzoeksmethoden *12*
Rekrutering van deelnemers *13*
Interviews *14*
Data-analyse *14*
Resultaten ***15***
Demografische gegevens van de deelnemers 15
Acute psychiatrische zorg *15*
Chronische psychiatrische zorg *17*
Continuïteit van de zorg *17*
Barrières en moeilijkheden in de chronische zorg *19*
Preventieve zorg *23*
Somatische zorg *25*
Samenwerking met specialistische zorg *26*
Toegankelijkheid en doorverwijzing *26*
Communicatie en overleg *29*
Terugkoppeling *30*
Kennis, vaardigheden en bijscholing *31*
Kennis en vaardigheden *31*
Gebreken in competentie *32*
Bijscholing *34*
Kerntaken van de huisarts *34*
Emoties bij de huisartsen *37*
Discussie ***37***
Inleiding *37*
Interpretatie resultaten *39*
Acute psychiatrische zorg *39*
Chronische psychiatrische zorg *40*
Preventieve en somatische zorg *41*
Samenwerking met tweede lijn *42*
Kennis, ervaring en bijscholing *44*
Kerntaken van de huisarts *45*
Emoties bij de huisartsen *46*
Reflectie *46*
Aanbevelingen voor verder onderzoek *47*
Conclusie ***48***
Bronnenlijst ***48***

Inleiding masterproef

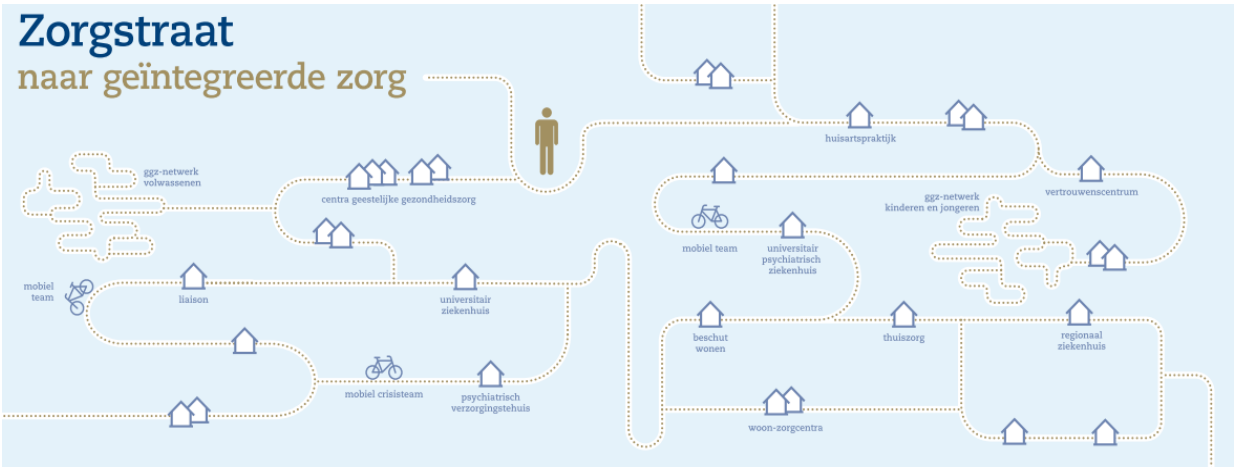
Definitie ernstig psychiatrische aandoening

In deze masterproef wordt onderzocht hoe voor huisartsen in België de zorg verloopt voor patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening (afgekort EPA). Het begrip 'ernstig psychiatrische aandoening' kan op meerdere manieren gedefinieerd worden. In dit onderzoek wordt de definitie volgens Philippe Delespaul (Hoogleraar Innovatie in de Geestelijke Gezondheidszorg aan de Universiteit van Maastricht) gehanteerd. Deze luidt als volgt: "een psychiatrische stoornis die zorg/behandeling noodzakelijk maakt, die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaan, waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis en niet van voorbijgaande aard is (ten minste enkele jaren), waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren". Zoals blijkt uit deze definitie wordt in dit onderzoek niet toegespitst op specifieke psychiatrische diagnoses, maar kan elke diagnose die de definitie omvat in principe in aanmerking komen (vb. ernstige depressie, schizofrenie, bipolaire stoornis, ernstige persoonlijkheidsstoornis, ernstig autisme, middelenmisbruik…). (1)

Situatieschets België

In België is de huisarts het eerste aanspreekpunt voor gezondheidsproblemen in de ruimste zin. Het is hun taak een overzicht te bewaren over de gezondheidssituatie van hun patiënten en als coördinator op te treden van hun benodigde zorg. Een deel van die zorg is die voor de patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening. Hun zwakkere mentale gezondheid is vaak geassocieerd met verminderde fysieke gezondheid en sociale status. Daardoor is de zorg voor deze patiënten complex en is er een multidisciplinaire aanpak nodig. Door op een holistische manier en "zorg op maat" (patiëntgerichte zorg) zorg te bieden voor de patiënt, heeft de huisarts de tools in handen om de complexe zorg (somatische, mentale en sociale zorg) aan te pakken. In de eerste lijn vormen de huisartsen een frontlinie om deze patiënten op te vangen bij acute situaties. Ook zijn zij een vangnet bij chronische patiënten. Zij bezorgen de patiënten een toegankelijke, betaalbare, kosteneffectieve en niet-stigmatiserende zorg. (2) Specifiek voor deze populatie, bestaan de taken van de huisarts er in op te treden als poortwachter voor zowel psychiatrische als somatische zorg door middel van signalisatie en doorverwijzing naar de specialisten in het vakgebied respectievelijk. In België, echter, kunnen patiënten ook rechtstreeks toegang zoeken tot de specialistische hulpverlening. Op vlak van niet-psychiatrische zorg staan zij in voor zowel preventieve zorg, als somatische opvolging. De huisarts treedt op al eerste aanspreekpunt bij psychische ontregeling en na een acute decompensatie kan een intensievere opvolging worden voorzien. Daarboven voorziet de huisarts continuïteit en staat hij/zij in voor medische controles in kader van medicatiegebruik en verlengen van voorschriften. Daarboven speelt de huisarts ook een belangrijke rol in sociale ondersteuning, bijvoorbeeld bieden van

ondersteuning bij administratieve en financiële kwesties (uitkeringen, voorzieningen), begeleiding bij werk, wonen en sociale integratie, én bij het houden van overzicht van het zorglandschap van de patiënt. Tenslotte kan de huisarts ook een rol spelen in het ondersteunen van familie en naasten van de patiënt, die ook een lijdensdruk kunnen door de situatie. (2,3)



1. Overzicht van verschillende zorgactoren binnen het GGZ-landschap in België. (4)

Volgens het jaarverslag 2019 van het universitair psychiatrisch centrum (UPC) van de KU Leuven kampt 1,7% van de volwassenen in onze samenleving met een ernstig psychiatrische aandoening. (4) Volgens cijfers van het FOD volksgezondheid zijn het aantal nieuwe hoofddiagnoses, gesteld in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ), in 2022 de volgende: depressie (algemeen): 15.265, psychotische stoornissen 2977, schizofrenie 1718, bipolaire stoornissen 2337, angst & stress-stoornis: 3121, middelenmisbruik 2919. Cijfers van minder voorkomende ernstige aandoeningen werden niet exact gerapporteerd. (5) Deze cijfers geven een illustratie van de incidentie van deze aandoeningen in de praktijk in België. Vermoedelijk is, zoals in Nederland, een land die qua demografie en cultuur lijkt op deze in België, de prevalentie van bijvoorbeeld schizofrenie hoger in steden dan in meer rurale regio's. (6)

Patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening hebben een lagere levensverwachting (13 – 30 jaar lager) vergeleken met de algemene bevolking. 50% van deze oversterfte kadert binnen cardiovasculaire en metabole complicaties ten gevolge van voorgeschreven psychofarmaca. (7) Het KCE probeerde in 2018 een inschatting te maken van de prevalentie van somatische aandoeningen bij patiënten opgenomen in een PZ of PAAZ. Deze inschatting werd gedaan op basis van de recentste minimale psychiatrische gegevens (MPG). In dit MPG werden maximaal 3 somatische diagnoses opgenomen, waardoor de prevalentiecijfers beschreven een onderschatting zijn van de werkelijke aantallen. Zij noteerden dat voor 18.978 van de 120.900 opnames een somatische aandoening werd geregistreerd bij deze patiëntenpopulatie (15,7%). De vaakst voorkomende aandoeningen waren diabetes (6,0%), leveraandoeningen (5,3%), hypertensie (5,0%), epilepsie (4,8%) en obesitas (4,3%). Deze cijfers komen overeen met internationale literatuur, met een belangrijk aandeel voor hypertensie, diabetes en obesitas. (7)

Bredere kadering vanuit internationale literatuur

Preventieve en somatische zorg

Verschillende internationale studies uit meerdere landen bevestigen dat ook daar de levensverwachting van patiënten met een EPA 10 – 20 jaar lager ligt. Ook hier wordt het verhoogd cardiovasculair risico als grote boosdoener naar voor geschoven. Hoewel een deel van de morbiditeit te verklaren is door genetische predispositie (bv. de inflammatietheorie bij bipolaire stoornis, insulineresistentie bij psychose…) en onderliggende psychopathologie, is een significant aandeel van deze morbiditeit het resultaat van aan te pakken levensstijlfactoren zoals middelenmisbruik (roken, alcohol, illegale drugs), ongezond dieet en een gebrek aan beweging. Een ander deel van deze morbiditeit, en bijgevolg mortaliteit, is te verklaren door de negatieve metabole effecten van de nieuwere “atypische” antipsychotica. Studies tonen aan dat in deze populatie de prevalentie groter is van diabetes (type II), hypertensie, obesitas en hyperlipidemie. (8–17) Deze risicofactoren zijn helaas ook vaak onder behandeld. (8) Dit voorbeeld van verminderde kwalitatieve zorg wordt bijgestaan door een studie bij patiënten met schizofrenie die aantoonde dat bij deze patiënten na een acuut myocardinfarct (AMI) de mortaliteit relatief hoog ligt. Als oorzaak voor deze mortaliteit kan een minder kwalitatieve zorg worden aangeduid: minder gebruik van Aspirine, Beta-blokkers, Angiotensine-converting enzyme inhibitoren (ACE-I) en rookstopbegeleiding. (14)

In 2002 werd diabetes beschreven als cardiovasculaire risico-equivalent. Dit heeft gezorgd voor een shift in de benadering van de preventie van diabetes, om op die manier ook meer cardiovasculaire complicaties te vermijden. Eenzelfde argument kan gemaakt worden voor de benadering van patiënten met een EPA. In deze groep patiënten is er een verhoogde prevalentie van zowel cardiovasculaire risicofactoren, cardiovasculaire aandoeningen, als cardiovasculaire oversterfte. Op zijn minst zou het hebben van een EPA een signaal kunnen zijn voor verhoogde waakzaamheid in de benadering van cardiovasculaire morbiditeit/mortaliteit. (18)

Strategieën om dit naar de toekomst toe beter aan te pakken kunnen zijn: organiseren van aangepaste zorg voor patiënten die zelf geen aandacht schenken aan hun somatische problematiek, organiseren van een betere samenwerking tussen huisarts en specialist en meer durven inzetten op implementatie en opvolgen van een gezonde levensstijl. Dit laatste wordt vanuit een stigmatiserende benadering soms voor de patiënt als “zinloos” ingevuld, maar vaak geven patiënten aan deze adviezen te aprreciëren. (19)

Kwaliteit van zorg: een multifactorieel probleem

De verminderde kwaliteit van zorg voor deze patiënten is multifactorieel. Patiëntgebonden factoren hebben te maken met de karakteristieken van de patiënt, zoals het stellen van zorgvermijdend gedrag, gebrekkige therapietrouw, chaotisch(e) gedrag en gedachten, noodzaak tot ondersteuning bij consultaties, cognitieve beperkingen, moeite met overbrengen van symptomen, negatieve symptomen… (9)

Onder arts gebonden factoren vinden we in de literatuur dingen terug zoals: gebrek aan training en ervaring, onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van de huisarts/specialist, problemen met dossiers… (9) Ook wordt nog te vaak een stigmatiserende houding aangenomen door de huisarts ten opzichte van deze patiëntenpopulatie wat ook bijdraagt aan minder goede gezondheidsuitkomsten. (20,21) Voorbeelden van stigmatisering zijn paternalisme, therapeutisch nihilisme, 'diagnostic overshadowing', focus op acute zorg in plaats van preventie… Onderzoek toont aan dat deze stigmatiserende houding kan verminderd worden door gerichte training bij zorgprofessionals. Zo leidde een opleidingsinterventie bij huisartsen tot een meetbare daling van negatieve attitudes ten opzichte van patiënten met psychische aandoeningen (21) Zoals later verder besproken ervaren ook patiënten deze stigmatisering. (22)

Systeem gebonden factoren zijn: toegankelijkheid van de zorg, fragmentatie van het zorglandschap en complexiteit van het zorgsysteem, voorwaarden voor doorverwijzing, financiële barrières voor patiënten, 'pay-per-prestatie' systeem die korte consultaties aanmoedigt, gebrek aan tijd en middelen waardoor artsen zich gelimiteerd voelen in het uitbreiden van hun kerntaken (bijvoorbeeld door overbodige consultaties in kader van ziekte-attesten voor verkoudheden). (18)

Patiëntenervaringen

In de literatuur werd reeds in enkele onderzoeken gepeild naar de patiëntenervaringen in de eerste lijn van patiënten met een EPA. In deze onderzoeken wordt telkens benadrukt dat zij in hun contact met de huisarts vertrouwen en een goede therapeutische relatie centraal stelden. Het belang van een duidelijke uitleg, informatie en discussie over hun aandoening werd benadrukt. Eigenschappen die volgens hen passen bij een goede huisarts zijn empathie en begripvol. (22–24)

Patiënten voelen zich vaak verkeerd begrepen, afgedankt en gestigmatiseerd wanneer zij steeds opnieuw hun (vaak tragisch) verhaal moeten doen bij verschillende zorgverleners. Een continuïteit van de zorg waarbij opvolging wordt voorzien door 1 arts wordt daarom geapprecieerd. (22) Veel van deze patiënten ervaren gevoelens van sociaal isolement en stigmatisering mede als gevolg van hun aandoening, maar ook door de sociaaleconomische gevolgen van de aandoening: armoede, huisvesting, criminaliteit… (23) Hun niveau van participatie in de samenleving en hun vermogen om hulp te vragen verschilt naargelang de ernst van hun aandoening. Vaak zijn zij afhankelijk van hun netwerk (bijvoorbeeld familie of andere mantelzorg), omdat zij niet in staat zijn zelfstandig te leven.

Hun zorgnoden verschillen met die van andere patiënten. In hun zorg ervaren ze barrières zoals moeilijkheden met maken van afspraken met hun huisarts, stress voor de wachtzaal, stress voor laboresultaten, een moeizame relatie met de zorgverlener… Deze relatie met de huisarts is echter van enorm belang voor hen, aangezien uit onderzoek blijkt dat patiënten zelf het meest tevreden zijn over de zorg geboden door hun huisarts. (25) Hoewel huisartsen percipiëren dat deze aandoeningen levenslang zijn, benadrukken patiënten in een studie het belang van optimisme jegens hun behandeling en herstel. (26)

36 van de 54 patiënten met schizofrenie geven in een studie uit 1995 aan sceptisch te staan ten opzichte van gedeeld medisch dossier tussen verschillende zorgprofessionals, wat aangeeft dat er toch wantrouwen heerst ten opzichte van zorgprofessionals. (27)

De rol van de eerste lijn in vroege detectie en interventie

De eerste lijn is een belangrijke schakel in de vroege detectie van symptomen van psychische decompensatie. Een onderzoek toonde aan dat twee derde van de patiënten met eerste episode van psychose hulp zocht bij een huisarts in de 6 maand voor de diagnose van een psychotische stoornis. (28) Volgens een ander onderzoek werden contacten bij de huisarts frequenter in het laatste jaar voor het stellen van de diagnose. Bij 47% van de patiënten werd de diagnose van een psychose in de huisartsenpraktijk gesteld. (26)

Een tijdige betrokkenheid van de eerste lijn kan de kans verlagen dat een patiënt via een spoedgevallendienst moet aangemeld worden en bevordert op die manier een positievere beleving van de zorg. Tegelijkertijd wijst een onderzoek op langere wachttijden voor gespecialiseerde zorg wanneer deze via de eerste lijn wordt georganiseerd. (29) Huisartsen voelen zich in de acute fase van een psychose als een eerste contactpersoon. (30) Echter, ze voelen zich minder vaak niet bekwaam genoeg in het opvangen van deze acute zorg en verwijzen daarvoor liever door naar het gespecialiseerd zorglandschap.

Continuïteit van de zorg

Huisartsen beschouwen het als hun verantwoordelijkheid om de chronische zorg van deze patiënten op te volgen. Dit omvat naast somatische zorg, ook onder meer medicatiebewaking en aanvragen van laboratoriumtesten, coördinatie van de zorg, preventieve zorg… Tegelijkertijd achten zij het aangewezen patiënten met een complexe psychiatrische problematiek ook worden opgevolgd door gespecialiseerde zorgverleners, zoals een psychiater of psychiatrisch verpleegkundige. (30) Een psychiatrisch verpleegkundige wordt in een onderzoek naar voor geschoven als potentiële partner van de huisarts om hem in zijn zorglast te ontlasten. (26) Contactmomenten in kader van opvolgen of voorschrijven van medicatie worden als opportuniteit beschouwd om hun functioneren van de patiënt na te gaan. (26) Een studie uit Nederland beschreef hoe patiënten met een psychotische stoornis, in verschillende leeftijdscategorieën, gemiddeld gezien meer zorgcontacten hadden met hun huisarts, in vergelijking met de algemene populatie. (30) Echter, in meerdere andere studies wordt beschreven dat binnen deze populatie een grote heterogeniteit van patiënten profielen heerst, waarbij sommige patiënten nauwelijks tot geen hulp zoeken.

Netwerk en familie kan betrokken worden in deze chronische zorg. Hoewel dit ervoor zorgt dat deze zorg meer tijdsintensief ervaren wordt, biedt dit tegelijk een mogelijkheid om via dit netwerk interventies te doen.

Het opvolgen van een patiënt na een acute decompensatie is, zoals hoger beschreven, een belangrijke taak van de huisarts. Een retrospectieve studie uit Canada beschrijft dat 40% van de patiënten die een eerste diagnose schizofrenie kregen geen contact hadden met hun huisarts in de eerste 30 dagen na diagnose. 60% kreeg geen follow-up bij de psychiater. Degene die al eerder bij elk van deze in opvolging waren voor psychische problemen hadden significant vaker correcte

follow-up binnen deze termijn. (28) Nochtans is het belang van tijdige opvolging primordiaal in de preventie van decompensatie in de toekomst.

Ervaringen van de huisartsen

In verschillende onderzoeken worden ervaringen van huisartsen met betrekking tot deze zorg beschreven. Huisartsen geven aan dat zij meer vertrouwd zijn met milde psychiatrische problematiek en zich minder comfortabel voelen bij complexe aandoeningen. (28) Factoren die bijdragen tot het subjectief ervaren van complexe psychiatrische zorg zijn bijvoorbeeld: type aandoening (acuut versus chronisch verloop), patiënt gerelateerde factoren (communicatie en gedragingen), emotionele impact op de arts, onzekerheid over eigen kennis en ervaring, professionele attitude, praktijkorganisatie, omgaan met familie van de patiënt… (31–33) Huisartsen die een persoonlijke interesse hebben in de psychiatrische problematiek, zouden deze patiënten eerder aantrekken. (34)

Er heersen ook frustraties ten opzichte van het gezondheidssysteem, bijvoorbeeld de fragmentatie van de zorg, beperkte toegankelijkheid of doorverwijsmogelijkheden, onvoldoende betrokken worden bij behandelplannen opgesteld in tweede lijn… (32,35) Nochtans wordt ook beschreven dat de kwaliteit van samenwerking met de tweede lijn een invloed heeft op de attitude van de huisarts ten opzichte van deze problematiek. (34) Dat huisartsen beschrijven in een onderzoek al eens symptomen van een patiënten uitvergroot te hebben om zo sneller doorverwijzing te krijgen naar de tweede lijn, wijst op een falen van het systeem. (26)

Kennis en bijscholing

Een belangrijke uitdaging binnen de eerstelijnszorg is het adequaat herkennen en diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. Een Nederlands onderzoek uit 2017 wees uit dat meer dan de helft van de patiënten die werden doorverwezen van de eerste naar de tweede lijn uiteindelijk geen psychiatrische stoornis bleek te hebben. Deze bevinding onderstreept de nood aan verbeterde diagnostische vaardigheden en betrouwbare screeningsinstrumenten in de huisartsenpraktijk, teneinde onnodige verwijzingen te beperken en de juiste patiënten tijdig toe te leiden naar gespecialiseerde zorg (36)

Internationale literatuur wijst op het belang van gerichte nascholing en bijscholing voor huisartsen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. In een Canadese studie uit 2012 doorliepen 1400 huisartsen een trainingsmodule rond de diagnostiek en behandeling van depressie in de eerste lijn. Na afloop rapporteerde het merendeel van de deelnemers zich goed tot zeer goed in staat te voelen om de geleerde tools toe te passen binnen hun dagelijkse praktijk. De training had bovendien een positief effect op hun benadering van patiënten, op hun voorschrijfgedrag (met een daling in het gebruik van antidepressiva), en op hun arbeidssatisfactie. De huisartsen merkten ook op dat hun patiënten sneller terugkeerden naar werk (21).

Tegelijkertijd komt uit andere studies naar voren dat huisartsen vaak ontevreden zijn over het beperkte aanbod aan gespecialiseerde training na hun initiële opleiding, vooral met betrekking tot

psychische problemen en middelenmisbruik bij jongeren. Zij signaleren een gebrek aan voorbereiding om met deze complexe problematiek adequaat om te gaan in hun praktijk. (37)

Tot slot blijkt uit een grootschalig onderzoek onder 2784 huisartsen uit zeven westerse landen dat er een significant verschil bestaat in herkenning van psychiatrische symptomen. Huisartsen zijn doorgaans beter vertrouwd met de positieve symptomen van een beginnende psychose (zoals wanen en hallucinaties), maar minder met de meer sluimerende of negatieve symptomen, die vaak minder opvallend zijn en daardoor moeilijker tijdig worden herkend. (38)

Aanleiding tot dit onderzoek

De cijfers uit bovenstaand onderdeel tonen aan dat een aanzienlijk deel van de bevolking kampt met deze problematieken en de huisarts in België in zijn praktijkvoeren zeker te maken krijgt met deze populatie. Er is volgens de Belgische statistieken een grote oversterfte in deze populatie en dat rijst de vraag of de uitgevoerde zorg door de huisarts wel voldoende is. In de internationale literatuur worden reeds verschillende drempels en barrières in deze zorg beschreven. Welke deze in de Belgische praktijkvoering zijn, werd nog niet beschreven. Vandaar dat met dit onderzoek een poging gedaan wordt in kaart te brengen hoe huisartsen in België, werkzaam in verschillende context (dorp, randstad en stad), de zorg ervaren voor deze kwetsbare populatie. Het hoofddoel van dit onderzoek is in kaart brengen wat goed loopt in het bieden van deze zorg, maar ook welke obstakels, barrières en uitdagingen de geïnterviewde huisartsen ervaren in het bieden van zorg, in de brede zin van het woord, aan patiënten met een EPA.

Methodologie masterproef

Studie design

Voor deze studie werd gebruik gemaakt van een kwalitatief onderzoek aan de hand van semi-gestructureerde interviews. De reden waarom gekozen werd voor deze methode is omdat dit onderzoek een eerste stap is in het uitdiepen van een brede onderzoeksvraag. Zoals later beschreven wordt in de discussie is het de bedoeling verschillende thema's met betrekking tot dit onderwerp te gaan definiëren en deze in een vervolgonderzoek met een andere methode dieper te gaan onderzoeken. Het open en verkennend karakter van het kwalitatief onderzoek zorgt ervoor dat er ruimte gecreëerd wordt om nieuwe inzichten te verwerven doorheen het onderzoek. De flexibiliteit in de semi-gestructureerde interviews geeft de mogelijkheid aan de huisartsen om dieper in te gaan op persoonlijke ervaringen. Zo kunnen zij de context en nuance van hun ervaringen beter toelichten. De interviews werden georganiseerd in een vertrouwelijke omgeving voor de geïnterviewden, waardoor zij zich makkelijker konden openstellen om eerlijke antwoorden te geven. Een afwisseling tussen gestructureerde en onverwachte vragen zorgt voor meer diepgang in het onderzoek.

Deze vorm van onderzoeken heeft ook zijn nadelen. Het uitvoeren, transcriberen en analyseren van de kwalitatieve data is arbeidsintensief. Dit effect is groter bij een grotere groep deelnemers. In dit onderzoek beperkten we ons hierdoor tot 10 deelnemers, waardoor de studiepopulatie relatief klein is. Dit zorgt ervoor dat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt is. Een bijkomend nadeel is dat de onderzoeker onbewust invloed kan uitoefenen op de antwoorden doorheen de interviews, door suggestieve vragen te stellen of dieper in te gaan op bepaalde antwoorden die zijn/haar eigen overtuiging bekrachtigen. Ook voor de analyse van de data is de interpretatie onderhevig aan de subjectiviteit van de onderzoeker, waardoor conclusies verkeerdelijk kunnen getrokken worden.

Alternatieve onderzoeksmethoden

In dit onderdeel worden kort enkele alternatieve onderzoeksmethoden toegelicht en waarom hier niet voor gekozen werd. In de discussie wordt uiteindelijk een voorstel gedaan voor een vervolgonderzoek.

1. **Enquête-interview (gesloten vragen en kwantitatieve benadering)**

Met dit soort onderzoeksmethode wordt aan de hand van een enquête-interview vragen gesteld over vooropgestelde thema's, waarop kwantitatieve (al dan niet vooropgestelde) antwoorden worden gegeven. Dit onderzoek heeft als voorwaarde dat de thema's op voorhand duidelijk geformuleerd zijn. Het voordeel dat dit soort onderzoek biedt is dat het een groter aantal deelnemers kan bereiken, zonder daarbij tijdsintensiever te worden. Door het groter aantal kwantitatieve gegevens dat verzameld wordt, is het mogelijk statistisch significante inzichten te verwerven binnen in de thema's. Bijvoorbeeld: huisartsen geven aan of zij al dan niet stoten of lange wachttijden bij doorverwijzing en kunnen aanduiden welke vooropgestelde factoren hier voor hen aan de oorzaak van liggen. Het nadeel van dit onderzoek is dat er weinig diepgang is in de antwoorden en deze ook moeilijk kunnen genuanceerd worden door de deelnemers. Bij dit soort onderzoek is het niet mogelijk persoonlijke ervaringen te delen.

2. **Focusgroepen**

Met deze onderzoeksmethode worden (semi-)gestructureerde interviews afgenomen met een groep deelnemers, waarbij deelnemers vrij zijn antwoorden te geven en zij onderling in discussie kunnen gaan met elkaar. Het voordeel van dit soort onderzoek is opnieuw dat er uitgebreide en genuanceerde antwoorden kunnen gegeven worden. Ook biedt het de kans om de deelnemers onderling te laten discussiëren, waardoor zij hun eigen perspectieven kunnen uitdelen en hierop inpikken. Dit zorgt ervoor dat er op een dynamische manier nieuwe ideeën kunnen ontstaan. Voor het organiseren van (meerdere) focusgroepen is er een grotere poule deelnemers nodig aan de studie, wat voor een nadeel kan zorgen. Ook is er het gevaar dat omwille van verminderde privacy en vertrouwelijkheid, er bepaalde deelnemers zich geremd voelen om vrijuit te spreken. Ook kunnen dominantere deelnemers de bovenhand van de discussie nemen.

3. **Case study (longitudinaal onderzoek)**

Een case study zou interessante inzichten kunnen geven in hoe in dit geval op langdurige termijn de zorg verloopt bij patiënten met een EPA. De effecten van hun zorg kunnen opgevolgd worden en vergeleken worden met het uitgangspunt in de studie. Door het veelvuldig opvolgen in de tijd, kan op deze manier van onderzoeken uitgefilterd worden voor 'recency bias'. Net zoals bij de gekozen onderzoeksmethode van deze studie, kan een case study een aanleiding zijn voor een breder vervolgonderzoek. Een nadeel van deze onderzoeksmethode is dat het ook zeer tijdsintensief kan zijn, afhankelijk van het aantal cases die opgevolgd worden. Ook zijn de resultaten sterk onderhevig aan de selectie van de cases, waardoor deze moeilijk generaliseerbaar zijn.

4. **Observationeel onderzoek**

Met dit onderzoek worden directe observaties uitgevoerd van huisartsen die hun patiënten in de praktijk behandelen. Hun houding, interacties, beslissingen en behandelingen… worden geobserveerd en beschreven. Op deze manier kan een objectieve waarneming gedaan worden van de deelnemers. Vanuit deze observaties worden conclusies getrokken met betrekking tot de onderzoeksvraag. Deze conclusies kunnen echter onderhevig zijn aan de subjectieve interpretatie van de onderzoeker. Deze manier van onderzoeken verlangt ook dat zowel deelnemer als patiënt geobserveerd worden, wat naar privacy moeilijk kan liggen.

Rekrutering van deelnemers

17 huisartsen uit 6 verschillende praktijken werden via email uitgenodigd deel te nemen aan een interview. In deze mail werd het thema en de onderzoeksvraag van deze studie toegelicht. Inclusiecriteria voor de deelnemers waren: afgestudeerd zijn in de huisartsgeneeskunde, het op heden uitoefenen van het beroep van huisarts en in het laatste jaar minstens 1 patiënt met een EPA (ernstig psychiatrische aandoeningen) in behandeling hebben gehad. Exclusiecriteria waren: momenteel nog in opleiding zijn als huisarts (HAIO), een hoofdwerkzaamheid hebben buiten het beroep als huisarts en momenteel (tijdelijke) totale arbeidsongeschiktheid van meer dan 6 maanden. Er stond geen leeftijdslimiet op de mogelijkheid voor deelname. Uiteindelijk hebben 10 huisartsen toegezegd om deel te nemen aan het onderzoek. De verschillende huisartsen werden gerekruteerd uit verschillende demografische contexten: 3 deelnemers uit dorpscontext, 4 deelnemers uit randstedelijke context en 3 deelnemers uit stedelijke context. Er werd geen rekening gehouden of gestandaardiseerd voor geslacht, maar er werd selectief gerekruteerd op basis van aantal jaar ervaring en soort praktijk, om op die manier een heterogene groep onder de deelnemers te bekomen.

Voor de uiteindelijke interviews werden afgenomen, werd éénmalig een proefinterview uitgevoerd, dat niet opgenomen werd in de studie.

Voorafgaand aan de interviews werd via email een vragenlijst bezorgd aan de huisarts waarop zijn/haar demografische gegevens werden bevraagd: geslacht, leeftijd, jaren actief als huisarts, context van de praktijk, praktijkorganisatie en aantal patiënten met een EPA onder begeleiding.

Interviews

Er werd een 'interview guide' opgemaakt, waarbij een handleiding voor het verloop van het interview werd neergeschreven. Deze 'interview guide' bevat de volgende elementen: materiaallijst, richtlijn voor locatie en tijdstip voor het interview, tekst om voorafgaand aan het interview het doel van de studie nogmaals toe te lichten en een vragenlijst met onderwerpen die gewenst aan bod komen tijdens de interviews. Deze vragenlijst werd gedetailleerd opgemaakt, waarbij verschillende domeinen van zorg voor patiënten met een EPA werden beschreven én enkele diepgaandere vragen werden geformuleerd. In samenwerking met de co-promotor werd de vragenlijst verschillende keer herwerkt. Tijdens de praktische uitvoering van de interviews gebeurden ook aanpassingen van de vragenlijst, omwille van nieuw verworven inzichten. De bedoeling was om op verscheidene domeinen een indruk te krijgen van de visie en mening van de verschillende deelnemende huisartsen. Doorheen de interviews werden ook bijvragen gesteld, die niet op voorhand werden opgemaakt, wanneer het opportuun leek op bepaalde uitspraken dieper in te gaan. De verschillende domeinen werden als volgt gedefinieerd: acute psychiatrische zorg, chronische psychiatrische zorg, preventieve en somatische zorg, samenwerking met tweede lijn, Eigen kennis en vaardigheden en kerntaken als huisarts. Om de start van het interview te faciliteren werd via email gevraagd aan de deelnemers om zich voor te bereiden aan de hand van een patiënten casus uit hun praktijk. Casussen uit de praktijk konden hun standpunten kracht bijzetten tijdens het interview.

De audio van de interviews werd in tweevoud opgenomen, zowel met microfoon van de GSM, als door middel van een video-opname via een laptop. De audiobestanden werden na het interview overgeplaatst op een met wachtwoord beveiligde server. De originele opnames werden daarna verwijderd van beide toestellen. De audiobestanden werden allemaal handmatig woordelijk getranscribeerd. Daarbij werden stopwoordjes, herhalingen, aarzelingen, intonatie en dergelijk weggelaten, waardoor het getranscribeerde materiaal vlotter te analyseren is. Een nadeel hiervan is dat de non-verbale communicatie die gepaard gaat met bovengenoemde communicatie verloren gaat.

Data-analyse

De inhoud van de getranscribeerde interviews werd aan de hand van de techniek van Nel Verhoeven (2020 - https://athenacheck.nl/kennisbank/onderzoek/onderzoeksmethoden /data-analyses/thematische-analyse) thematisch geanalyseerd. De bedoeling van deze methode is om in de interviewtranscripten op een kwalitatieve manier verschillende thema's, patronen, meningen, ideeën of normen en waarden te gaan herkennen en definiëren. Aan de hand van het voorafgaande literatuuronderzoek werden verschillende thema's gedefinieerd. Tijdens het uitvoeren van de analyse werd op een deductieve manier gescreend naar deze thema's in de transcripten. Eerst en vooral werden alle transcripten verkennend doorgelezen. Daarna werden

de uitspraken vanuit de interviews gecodeerd volgens de vooropgestelde thema's. Tijdens het coderen werden nieuwe thema's gedefinieerd, waaronder vooral subthema's van de vooropgestelde thema's. Na deze stap volgde een revisie van de voorlopige thematisatie en werden verfijningen van de codes toegepast. Tijdens deze stap werd gecontroleerd dat de uitspraken die onder bepaalde thema's gecodeerd werden wel degelijk op hen van toepassing waren en werd de themalijst gefinaliseerd. In de laatste stap werd meer structuur toegevoegd aan de themalijst en werd gezocht naar een correcte naam voor de thema's die de definitie goed omvat. Voor deze analyse werd gebruik gemaakt van NVivo software – een computersoftwarepakket gespecialiseerd in kwalitatieve data-analyse (Lumivero. (2025, 10 januari). *NVIVO: Leading Qualitative Data Analysis Software | Lumivero*. https://lumivero.com/products/nvivo/)

Resultaten

Demografische gegevens van de deelnemers

Met een kwantitatieve vragenlijst werd gepeild naar enkele demografische gegevens van de deelnemers. 5 van de 10 deelnemende huisartsen zijn van het mannelijke geslacht, 5 van het vrouwelijke. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen is 41,8 jaar, en zij zijn gemiddeld 16,2 jaar actief als afgestudeerd huisarts. 3 van de huisartsen waren zijn actief werkzaam in een dorpscontext, 4 in een randstedelijke context en 3 in een stadscontext. 9 van de 10 huisartsen zijn werkzaam in een groepspraktijk, de andere huisarts is werkzaam in een wijkgezondheidscentrum (WGC). Wanneer gepeild wordt naar hoeveel patiënten met een EPA de huisartsen naar eigen schatting in begeleiding hebben, antwoorden zij het volgende: 3 huisartsen 1-5 patiënten, 3 huisartsen 6-10 patiënten, 1 huisarts 11-15 patiënten, 1 huisarts 15-20 patiënten en 2 huisartsen >20 patiënten. Naargelang de huisartsen meer in een stedelijke context werkzaam zijn, lijken zij meer patiënten met een EPA in begeleiding te hebben.

Acute psychiatrische zorg

Wat door de meerderheid van de geïnterviewde artsen als taak van de huisarts wordt beschouwd is de opvang en inschatting van acute situaties. Door goed te luisteren naar de patiënten, zowel degene die in chronische opvolging zijn, als nieuwe patiënten, vangen ze bepaalde 'cues' op die aanwijzing geven op een decompensatie. Door bepaalde gedragingen of uitspraken op te pikken, herkennen huisartsen wanneer het niet goed gaat met een patiënt. 1 arts beschrijft dat het "pluis" "niet-pluis" gevoel ook hier van toepassing is.

> *Bij J. ook bijvoorbeeld, hij gaat zijn zegje doen... En je moet vooral luisteren eigenlijk he. In feite moet je niet veel inpikken op hetgeen ze vertellen... Ale, je moet vooral luisteren en af en toe eens een klein vraagje stellen. (H3)*

Hoe sterke arts-patiëntrelatie kan helpen bij deze vroegtijdige signalisatie. Hierbij is vertrouwen heel belangrijk. Zo blijkt uit voorbeelden uit de interviews. Een arts zegt dat ze bij patiënten die gekend zijn met een langdurige ernstige depressie, waarbij antidepressiva onvoldoende werken, het voelt aankomen wanneer deze patiënten decompenseren, omdat zij frequenter contact zoeken naar aanleiding hiervan. (H1) Iemand anders getuigt niet bij iedere psychiatrische patiënt even betrokken te zijn. Door een grote betrokkenheid in een welbepaalde casus en het wederzijds vertrouwen dat er heerste tussen huisarts en patiënt, kon zij vroegtijdig signaleren dat de situatie aan het escaleren was. Dit is niet bij iedere patiënt het geval.

In de zorg voor patiënten die voor de eerste keer bij een nieuwe huisarts met een psychiatrisch probleem komen, vinden huisartsen het belangrijk dat er informatie voorhanden is van een eventueel verleden. Zo gaan zij op zoek naar een opnamedocument uit het verleden, wordt chronische medicatie nagevraagd, informatie over eerdere behandelingen, contact met psychiater, suïcidaliteit… Op die manier wordt getracht de huidige situatie te gaan vergelijken met de voorgeschiedenis en op basis daarvan een inschatting te maken.

Het gebruik van medicatie in de acute situatie is een moeilijk gegeven voor de huisartsen. Zij stoten op enkele drempels, zoals ziekte-inzicht en therapietrouw bij de patiënt en sommige huisartsen op een gebrek aan kennis en ervaring bij zichzelf. Volgens de huisartsen heeft medicatie zeker een plaats in de acute fase, omdat het cruciaal kan zijn in de behandeling van het ziektebeeld van de patiënt, bijvoorbeeld het stabiliseren van een acute psychose. Maar het opstarten ervan vereist vertrouwen van de huisarts in de patiënt en in zijn eigen kennis over de medicatie. Sommige artsen hebben doorheen de jaren ervaring opgebouwd met bepaalde medicatie en durven dit zelfstandig opstarten, hoewel elk van deze artsen ook aangeeft hiervoor liever ondersteund te worden door een psychiater. Zes van de tien artsen zijn volledig terughoudend om dit op eigen initiatief op te starten. Via overleg met een specialist (psychiater) kan advies ingewonnen worden om te bepalen welke medicatie er best zou kunnen ondersteunen in die acute fase. Hiervoor wordt vooral ofwel telefonisch contact opgenomen met de psychiater, ofwel gebruik gemaakt van de service via het PAKT (Gent), waarbij via email vragen kunnen opgestuurd worden en binnen een afzienbare tijd een antwoord door een specialist wordt voorzien.

> *Plus Ik ben als huisarts uit de eerste lijn “een psychose, neem dan dat pilleke”. Ik voel mij daar niet vertrouwd mee. Dat vind ik niet mijn taak dan om dat ook te doen. (H5)*

Sommige artsen beschrijven dat er zich al situaties hebben voorgedaan waarbij er niet op korte termijn advies van een psychiater beschikbaar was, en waarbij er uit noodzaak dan zelfstandig medicatie werd opgestart.

> *En de kans dat de schade groter wordt van het hem/haar niet te laten nemen, dan de medicatie te geven en te kijken wat dat doen. Ik kan nu niet zeggen dat ik dat nog nooit gedaan hen, maar goed… (H9)*

In de acute situatie is de omgeving vaak sterk betrokken. In het geval van familieleden heerst het dilemma dat er geen persoonlijke informatie over de patiënt mag doorgespeeld worden naar deze familieleden – het beroepsgeheim, maar dit wel soms opportuun kan zijn in de acute zorg. 3 artsen gaven, na specifiek navragen, aan hun beroepsgeheim, in specifieke casussen, al eens gebroken te hebben.

Ja, vooral 1 familielid daar. Waarbij het mobiel team heel karig was met informatie naar die moeder toe. En dan heb ik daar misschien toch wat meer informatie doorgespeeld. Omdat het soms in het belang van de patiënt wel kon helpen. Omdat ik ze allebei al langer kende, heb ik mij dat in die casus gepermitteerd om dat toch te doen. (H6)

Het deel samenwerking met gespecialiseerde gezondheidszorg wordt later toegelicht in een toegewijd hoofdstuk hieraan.

Chronische psychiatrische zorg

Continuïteit van de zorg

In de verschillende interviews komt naar boven dat voor het bewaken van de continuïteit van zorg verschillende strategieën kunnen worden gehanteerd, afhankelijk van de behoeften en zelfredzaamheid van de patiënt, maar ook van de eigen manier van werken van de huisarts.

Sommige patiënten zijn in staat om zelfstandig hun vervolgafspraken te regelen, vooral wanneer hun gezondheidstoestand stabiel is. In dergelijke gevallen volstaat het dat de huisarts op basis van inschatting en ervaring bepaalt of en wanneer een nieuwe afspraak nodig is. Over een minimale opvolgtermijn wordt in de interviews geen expliciete vermelding gedaan.

Je hebt van die personen die met die rugzak overweg kunnen en ze zijn vertrokken en hebben vertrouwen. En de therapietrouw is goed. De balans is goed. Dan hoef ik die niet om de twee weken, om de twee maanden te zien. Dan is het een soort van aanvoelen. (H5)

Voor andere patiënten is regelmaat in de zorgorganisatie echter essentieel. Een huisarts benadrukt het belang van regelmatige consultaties om kwalitatieve zorg te garanderen. Sommige artsen nemen hierbij proactief het voortouw in het vastleggen van vervolgafspraken, vooral in (sub)acute situaties, om de patiënt te ontlasten en de therapietrouw te bevorderen. Een andere huisarts vermeld consequent voor psychiatrische zorg een vervolgafspraak in te boeken.

I: Zijn er dingen bij de chronische zorg die voor jou goed of minder goed lopen? Of wat zorgt ervoor dat de zorg goed of minder goed loopt?

A: Eerste vereiste is dat je uw patiënt op regelmatige basis ziet, denk ik. (H6)

...ik vond toch voor psychiatrische zorg bijna altijd, wel goed, om hen een vervolgafspraak te geven. Soms is dat maar om de 3 maand ofzo he, maar om hen toch die continuïteit te tonen. (H10)

Toch is het organiseren van deze regelmaat niet altijd eenvoudig. Een deel van de patiënten kampt met chaotische organisatie als gevolg van hun ziektebeeld, waardoor zij afspraken vergeten of niet nakomen. Dit kan artsen terughoudend maken om op voorhand afspraken vast te leggen, uit vrees dat deze niet worden nageleefd.

Ik heb niet het gevoel dat dat patiënten zijn die echt op een regelmatige tijdstip terugkomen. Ook al, ik heb het al aangehaald, heb ik de indruk, als je voor een maand later een afspraak zou vastleggen, dat dan de helft van de keer die afspraak niet zou nagekomen worden, waardoor je geremd bent om dat te doen. (H2)

Uit de interviews blijkt dat bij het navragen hoe de artsen hun vervolgafspraken organiseren, het merendeel van de artsen meteen de link legt met de contactmomenten die georganiseerd worden voor het voorschrijven, opvolgen en toedienen van medicatie (bv. bloedafnames in kader van bijwerkingen, depot-medicatie...). Zij zien dit als een waardevol contactmoment om ook de algemene toestand van de patiënt na te gaan. Een huisarts geeft aan in overleg met een psychiater te kiezen voor deze vorm van medicatie, omdat de patiënt hierdoor maandelijks wordt gezien.

Maar een voordeel is dat ze wel de spuiten moeten hebben. Op die manier zie je ze wel maandelijks terug. (H2)

Maar die komt op maandelijkse basis op aangeven van de psychiater bij mij voor bloedafnames. (H6)

Voor zorg vermijdende patiënten kan aanklampende zorg een oplossing bieden. Dit voorkomt dat zij uit het zorgsysteem verdwijnen en mogelijk decompenseren. Artsen benadrukken echter dat het niet haalbaar of noodzakelijk is om dit voor alle patiënten met een EPA te organiseren, omdat dit als tijdsintensief wordt ervaren, of omdat er patiëntenprofielen zijn die voldoende stabiel zijn. Vaak geven artsen aan deze patiënten sneller op te bellen wanneer deze patiënten niet op hun afspraak verschijnen. Sommige zouden het netwerk van de patiënt inlichten of bevragen over de toestand van de patiënt. Een arts geeft aan dat een vorm van ondersteuning in het organiseren van vervolgafspraken zeker nuttig zou zijn, vooral bij aanklampende zorg. Een andere arts geeft hiervan een voorbeeld hoe dit bij hem/haar in de praktijk georganiseerd wordt.

Maar op een bepaalde moment daagde hij niet meer op en de verpleegkundigen hebben de regel dat als zo iemand niet komt opdagen ze die moeten contacteren. (H10)

In sommige praktijken wordt gebruik gemaakt van een verpleegkundige die enkele taken op zich kunnen nemen (bv. toedienen van medicatie, bloedafnames, EKG…). Binnen de praktijk zelf worden afspraken gemaakt welke taken de verpleegkundige op zich neemt, en welke de arts zelf opneemt. Een geïnterviewde arts, werkzaam in een praktijk waar depot-medicatie vaak toegediend wordt door een verpleegkundige, vertelt dat dit volgens hem/haar een bijkomend voordeel oplevert. De verpleegkundige bouwt een vertrouwensrelatie op met de patiënt en kan signaleren wanneer de gezondheidstoestand verslechtert. Deze signalisatie-functie wordt ook beschreven voor andere hulpverleners in het zorglandschap, bijvoorbeeld het mobiel team, verpleegkundigen, sociale dienst…

Ik krijg vaak informatie via de thuisverpleging. Als huisarts sta je daar vaak nog wat buiten. Maar ik heb de indruk dat thuisverpleging of mensen die aan huis komen voor de verzorging goed op de hoogte zijn van de situatie, bijvoorbeeld met een schriftje. (H1)

Wanneer een mobiel team wordt ingeschakeld in het zorgtraject van patiënten, nemen zij een deel van de continuïteit van de psychiatrische zorg op zich. Hierdoor wordt een bredere ondersteuning geboden binnen het dagelijks functioneren van de patiënt.

Een andere belangrijke pijler in de bewaking van continuïteit, die wordt beschreven door meerdere huisartsen, is samenwerking tussen huisartsen binnen een praktijk. Door gebruik te maken van het GMD (gedeeld medisch dossier) kan een patiënt in afwezigheid van zijn of haar vertrouwde arts toch terecht bij een collega die op de hoogte is van de medische voorgeschiedenis. Door in te spelen op de vertrouwensrelatie met de vaste huisarts, kan vertrouwen gewonnen worden, zodat minder weerstand bestaat bij de patiënt ten opzichte van een nieuwe hulpverlener. Een voorwaarde voor het goed verlopen hiervoor is dat het GMD correct wordt aangevuld door de behandelend arts. Onder andere de actieve medicatie, zorgelementen en netwerk van de patiënt willen de artsen hierin genoteerd hebben.

Stel dat er iemand hier iemand in crisis weg gaat en dan moet je nog beginnen rondbellen met de vraag wie daar de verpleegkundige aan huis is… Je moet dat eigenlijk in je dossier hebben. (H10)

Barrières en moeilijkheden in de chronische zorg

De chronische zorg voor patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening kent diverse barrières en moeilijkheden. Huisartsen signaleren uitdagingen op drie niveaus: arts-gerelateerde, patiënt-gerelateerde en organisatorische factoren.

Arts-gerelateerde factoren

Een van de meest voorkomende uitdagingen voor huisartsen betreft medicatiebeheer. De complexe medicatieschema's, interacties met andere geneesmiddelen en de indicatiestelling vormen vaak struikelblokken. Zoals een huisarts verwoordt:

"Met E. heb je meer problemen, want ze heeft een hele waslijst aan medicatie. Je geraakt er zelf niet altijd aan uit, en zij ook niet." (H3)

Daarnaast blijkt het diagnostisch landschap van psychiatrische aandoeningen moeilijk te doorgronden. Er is sprake van overlappende of verkeerd geïnterpreteerde diagnoses, waardoor het niet altijd duidelijk is wat de precieze problematiek van een patiënt is.

"Er zijn veel diagnoses die dooreen gebruikt worden, of door de patiënt verkeerd geïnterpreteerd worden, waardoor het niet altijd duidelijk is wat nu echt de problematiek is." (H4)

Het omgaan met specifieke patiëntenpopulaties, zoals patiënten met een verslavingsproblematiek, vormt een extra uitdaging.

"Verslavingsproblematiek vind ik altijd moeilijker om mee om te gaan." (H6)

Een huisarts illustreert aan de hand van een casus met een Braziliaanse man hoe een taalbarrière tussen arts en patiënt een belangrijke drempel vormt voor de zorg. Dit geeft moeilijkheden op vlak van communicatie, bijvoorbeeld het overbrengen van zowel medische als mentale problemen, als in het uitbouwen van een sociaal netwerk in de buurt. Ook het maken van afspraken verloopt minder evident voor deze patiënten. Voor deze groep doet een huisarts meer moeite om hen daarin te ondersteunen.

Wat je doet, drempels wegnemen, wat je ook doen bij mensen die anderstalig zijn bijvoorbeeld, die zelf geen afspraak kunnen vastleggen. Dan ga je ook hun afspraak gaan maken voor hen. (H9)

Ook het stellen van grenzen als zorgverlener blijkt niet eenvoudig. Sommige artsen lijken milder te zijn ten opzichte van medicatie-misbruik of middelenmisbruik binnen deze populatie, om het contact met hen niet te verliezen. De vrees is er dat patiënten, indien zij strikter zouden worden aangepakt, uit de zorg verdwijnen en zo een essentiële hulpverlener kwijtraken.

Tenslotte erkennen enkele artsen bij zichzelf een stigmatiserende houding ten opzichte van deze patiënten. De aandoeningen worden door de artsen als chronisch omschreven, wat voor hen betekent dat er een levenslange kwetsbaarheid aanwezig is.

> Psychiatrische patiënten kan je ook niet echt genezen. Dus als arts moet je ervan bewust zijn dat je de problemen die ze hebben niet kunt oplossen. (H4)

Omwille van deze kwetsbaarheid geven alle artsen aan zich milder op te stellen ten opzichte van deze patiënten. Andere termen die aan bod kwamen tijdens de interviews zijn: inschikkelijk, zacht, ondersteunend, niet opdringerig, meer begripvol, tolerante, toegefelijk, drempelverlagend... Veel van de artsen geven aan een deel van de verantwoordelijkheden van de patiënt over te nemen, teneinde hen te ontlasten. Desalniettemin geeft het merendeel van de artsen aan toch de patiënt zoveel mogelijk te willen betrekken in hun zorg. Ze kiezen ervoor om het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt te bekrachtigen, door hen zoveel mogelijk zelf de regie over hun gezondheid te geven.

> *I: Ja, dus zoals je eerder zei die te gaan benaderen zoals je alle patiënten gaat benaderen en niet te gaan stigmatiseren op voorhand.*
>
> *G: Nee, het is niet aan ons om in te vullen wat we wel doen en bij wie niet. (H10)*

Slechts enkele artsen geven ook aan een paternalistische houding aan te nemen, waarbij zij de regie vooral zelf in handen nemen, vanuit het idee dat de patiënt hier zelf zijn/haar weg niet in kent.

> Paternalistisch. dat zorgt ook misschien wel mee voor dat paternalistische of betuttelende. Het idee “Och, ge zijt een beetje van een tjolder, een beetje marginaal...”. (H7)

Patiënt-gerelateerde factoren

Wat als belangrijke belemmering in de zorg voor deze patiëntengroep wordt beschreven, is het beperkte ziekte-inzicht en de soms lage therapietrouw, vooral bij patiënten met een bipolaire stoornis of schizofrenie. Verschillende huisartsen benadrukken dat patiënten eerst zelf moeten erkennen dat er een probleem is, voordat ze hulp kunnen aanvaarden.

"Dan gaan zij eerst, nog voor er hulpverlening aan te pas komt, zelf eerst moeten inzien dat er een probleem aan de hand is." (H4)

De therapietrouw blijkt wisselend: sommige huisartsen ervaren dat psychiatrische patiënten over het algemeen therapietrouw zijn, terwijl anderen aangeven dat dit vooral bij psychotische of schizofrene patiënten problematisch is.

"Ik heb de indruk dat over het algemeen psychiatrische patiënten therapietrouw zijn en dat het vooral bij een paar enkele, vooral bij psychotische, schizofrene patiënten moeilijker is." (H6)

Daarnaast komt het voor dat patiënten hun medicatie op eigen initiatief stopzetten, vooral op momenten dat ze zich goed voelen. Dit leidt tot argwaan bij zorgverleners en een zorgproces dat niet congruent verloopt. Een van de artsen vertelt dat hij/zij door middel van educatie en het biopsychosociaal model tracht de patiënten mee te nemen in hun zorgtraject en hen het belang van therapietrouw te laten inzien.

Ook het voorkomen van de patiënt wordt beschreven als mogelijke drempel voor goede zorg. Factoren hieromtrent beschreven zijn onder andere de lijfgeur (frieten, sigaretten, ethyl), “sufferig” in hun gedrag (in kader van bijwerking van medicatie), kledij, hygiëne… Een arts beschrijft een onverzorgd voorkomen als alarmsignaal bij deze patiënten.

Alhoewel dat een klinisch onderzoek misschien ook al anders heeft verlopen. Doordat de hygiëne minder is. Waardoor, dat is nu iets heel concreet. Maar waardoor dat je misschien die patiënt ook minder snel gaat zeggen van kleed je maar een keer uit. (H4)

Ook communicatie is niet altijd evident bij sommige van deze patiënten. Als voorbeelden daarvan worden gegeven: moeilijk antwoorden op open vragen, geen structuur in het brengen van hun verhaal, afwezig oogcontact, agressie…

Organisatorische factoren

Naast arts- en patiënt-gerelateerde factoren spelen ook organisatorische belemmeringen een rol. In de interviews komt aan bod dat vooral tijdsgebrek voor een belemmering zorgt dat bepaalde taken, zoals doorverwijzing of preventieve zorg, niet altijd grondig kunnen worden uitgevoerd. Ook de bereikbaarheid van specialisten en het navigeren binnen het veranderende zorglandschap vormen uitdagingen.

Preventieve zorg

Uit de interviews met de verschillende huisartsen blijkt dat preventieve zorg, zoals onder andere het aanpakken van cardiovasculaire risicofactoren, de opvolging bij verschillende specialisten en het toezicht op labowaarden bij diabetespatiënten... vaak ondergeschikt is aan de psychiatrische zorg. De focus van consultaties ligt doorgaans op het algemeen welzijn van de patiënt, waardoor preventieve zorg soms volledig over het hoofd wordt gezien. Huisartsen benoemen verschillende oorzaken voor dit fenomeen, die onderverdeeld kunnen worden in patiënt-, arts- en zorggerelateerde factoren.

Patiënt-gerelateerde factoren

Veel patiënten binnen deze populatie hechten zelf weinig belang aan preventieve zorg. Zoals een arts het verwoordde:

> *Nee, nee. Die hebben ook gewoon zoveel zorgen, hé, dat dat het laatste van hun zorgen is. Preventie ochgod. (H10)*

Daarnaast is er een groep binnen deze patiënten die actief zorg vermijdt, wat ertoe leidt dat de beperkte contactmomenten onvoldoende zijn om preventieve zorg aan te bieden.

Ook wordt aangegeven dat sommige patiënten door cognitieve beperkingen minder goed in staat zijn om leefstijladviezen op te volgen, waardoor preventieve zorg bij hen moeilijk uitvoerbaar is.

Arts-gerelateerde factoren

Sommige huisartsen ervaren therapeutisch nihilisme bij patiënten met chronische verslavingsproblematiek. Een arts verwoordt dit als volgt:

> *Omdat er bijvoorbeeld een aantal patiënten van mij chronisch alcoholverslaafd zijn en die eigenlijk niets aan willen veranderen. Die zijn levensmoe en willen daar niets aan doen. En dan is de vraag, wat zitten wij hier te doen met ons preventieve zorg? (H8)*

Daarnaast erkennen sommige artsen dat zij een paternalistische benadering hanteren, waarbij zij voor de patiënt invullen dat preventieve zorg niet de hoogste prioriteit heeft.

> Ja, nu je het zegt, als hij komt, waarom trekken we niet een keer bloed? Of verwijzen naar een cardioloog? Oei nee, we vermijden dat, want zie dat de patiënt stress krijgt. (H7)

Tegenover deze paternalistische benadering staat een meer patiëntgerichte aanpak, waarbij de arts bewust de keuze bij de patiënt laat. Enkele van de geïnterviewde artsen proberen vooral hier op in te zetten. Dit kan leiden tot verrassende inzichten en versterkt volgens sommige artsen de therapeutische relatie. Een huisarts benadrukt hierbij het belang van een niet-dwingende communicatie, om stress bij de patiënt te vermijden. Tegelijkertijd wordt het belang onderstreept van aanklampende zorg, waarbij patiënten herhaaldelijk herinnerd worden aan preventieve maatregelen zonder hen te overbelasten. Een treffend voorbeeld hiervan is een patiënte met een zwaar traumatische voorgeschiedenis die haar huisarts een e-mail stuurde met de mededeling dat ze al lange tijd geen uitstrijkje meer had laten maken, maar dat ze wist dat dit nodig was.

> *Dat speelt wel bij mensen. En dat is toch ook, en dat vind ik dan mooi, dat is een deel van hen die kiest voor gezondheid. (H8)*

Zorg-gerelateerde factoren

Meerdere artsen erkennen dat de invloed van antipsychotica op de gezondheid van de patiënten een belangrijke factor is die de noodzaak tot preventieve geneeskunde groter maakt. Ze lichten toe dat deze medicatie een aanzienlijke impact heeft op de metabole balans, wat het cardiovasculaire risico verhoogt. Ze onderstrepen dat hierdoor preventieve zorg bij deze patiëntenpopulatie een grotere prioriteit zou moeten zijn in de praktijk. Enkele huisartsen geven aan dat het interview hen in herinnering bracht hier in de toekomst meer aandacht aan te schenken.

De huisartsen hanteren verschillende strategieën in de omgang met preventieve geneeskunde binnen deze patiëntengroep. Sommigen benaderen dit zoals bij alle andere patiënten, vanuit het opzicht dat het een kerntaak is als huisarts. Maar hierdoor wordt verwacht dat de huisarts er zelf aandacht aan schenkt en de focus niet meteen op het psychosociaal welzijn wordt gelegd. Anderen proberen toch meer systematiek te steken hun aanpak, door bijvoorbeeld gebruik te maken van meldingen via het elektronisch patiëntendossier.

Om de somatische zorg voor deze patiënten te verbeteren, stellen artsen enkele oplossingen voor. Een belangrijke suggestie is de protocollaire aanpak van preventieve zorg. Op dit moment ontbreekt het aan duidelijke richtlijnen over wanneer patiënten op controle moeten komen voor bijvoorbeeld bloeddrukmetingen, bloedafnames en vaccinaties. Het gebruik van gestructureerde medische dossiers kan hierbij helpen door herinneringen te genereren bij het openen van een patiëntendossier. In sommige wijkgezondheidscentra wordt dit reeds toegepast met een zogenaamd "CAVE-scherm" dat als pop-up tevoorschijn komt wanneer je het dossier opent, waarop belangrijke aandachtspunten per patiënt worden weergegeven, zoals specifieke medicatiegebruik en bijkomende gezondheidsrisico's.

Een andere oplossing die wordt voorgesteld door een huisarts is het inzetten van verpleegkundigen in huisartsenpraktijken die instaan voor het protocolleren van systematische opvolging van risicofactoren bij deze patiënten. Zoals hoger beschreven kunnen zij tegelijkertijd een signaalfunctie vervullen door artsen attent te maken op mogelijke gezondheidsproblemen die anders over het hoofd worden gezien.

Somatische zorg

Een van de artsen getuigt dat voor hem/haar de somatische zorg voor patiënten met psychische aandoeningen vaak ondergeschikt gesteld aan hun psychische zorg. Dit gaat dikwijls gepaard met een paternalistische houding, waarbij lichamelijke klachten minder grondig worden onderzocht en behandeld. Hij/zij merkt daarbij op dat hierdoor een minder nauwgezette aanpak ontstaat, waarbij lichamelijke klachten soms worden gebagatelliseerd en patiënten minder uitleg krijgen over hun gezondheidstoestand. Dit leidt ertoe dat somatische zorg op de tweede plaats komt. Door aan zelfreflectie te doen tijdens het interview, werd deze aanpak door de arts zelf als choquerend ervaren.

> *Dat is choquerend he. Dat is veel minder nauwgezet. Dat merk ik wel. Je gaat meer zeggen "ooh ja, die rug, ooh dat zal wel beter…". Dat komt echt op de tweede plaats. Ook weer dat paternalisme, je moet daar toch niet ongerust in zijn. Minder uitleg… Ja, dat is ook weer choquerend. Nee, maar ik heb direct een paar mensen in mijn hoofd waarbij ik zelf betuttelend ga zijn. (H7)*

Naast deze houding ondervinden artsen ook praktische moeilijkheden bij het verlenen van somatische zorg aan deze patiëntengroep. Verschillende factoren werden vermeld in de interviews. Een van de grootste uitdagingen is dat patiënten vaak moeite hebben om hun symptomen op een gestructureerde manier te verwoorden. Hierdoor verloopt het diagnostisch proces minder vlot. Daarnaast hebben deze patiënten vaak een ander verwachtingspatroon van de zorg, wat kan leiden tot misverstanden en een minder efficiënte behandeling. Hun zorgvragen zijn doorgaans minder duidelijk geformuleerd en hun klachten hebben vaak een verspringend of chronisch karakter, wat een extra uitdaging vormt voor artsen. Bovendien ervaren volgens de artsen patiënten vaak een stigma binnen het somatische zorgcircuit, waarbij sommige patiënten zelfs aan hun huisarts vragen om hun psychische aandoening niet in hun medische antecedenten te vermelden bij doorverwijzing naar andere specialisten.

Samenwerking met specialistische zorg

Toegankelijkheid en doorverwijzing

De toegankelijkheid van specialistische zorg voor patiënten met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) wordt door alle huisartsen als een aanzienlijke uitdaging aanzien. Een veelvoorkomend probleem is de beperkte beschikbaarheid van psychiaters, waarbij meerdere psychiaters en centra kampen met een patiëntenstop. Zelfs wanneer een aanmelding mogelijk is, worden huisartsen geconfronteerd met wachttijden die oplopen tot meerdere maanden. Volgens een huisarts zou de aanbod aan psychiatrische zorg groter zijn in steden dan erbuiten. Huisartsen beschrijven het zoeken naar een beschikbare psychiater als een loterij, waarbij succes afhankelijk is van toevallige beschikbaarheid.

Nieuwe psychiaters zoeken is vaak een loterij van wie en waar beschikbaar is. (H4)

Enkele huisartsen ervaren echter positieve uitzonderingen. Zo meldt een huisarts dat recent een nieuwe psychiater is gestart in de regio, wat de doorverwijzing aanzienlijk vergemakkelijkt. Een andere huisarts werkt in een gebouw waar een psychiater gevestigd is, waardoor verwijzingen daar efficiënter verlopen. Dit wordt omschreven als een groot voordeel in de continuïteit van zorg.

Goed, dus een godsgeschenk dat we nu in huis een psychiater hebben naar wie doorverwijzen redelijk vlot gaat. (H5)

Huisartsen zien het als hun taak om in acute situaties gerichte doorverwijzing te doen. Ze geven voor zichzelf aan te weten in welke situatie naar welke zorgverlener of -instelling moet doorverwezen worden. Hun ervaringen hiermee zijn over het algemeen goed.

Je hebt in je hoofd een zekere flow-chart die je helpt te denken: wanneer psycholoog, wanneer eigen beheer, wanneer doorverwijzen naar tweede lijn, derde lijn, opname, mobiel team... (H6)

In acute situaties kunnen zij vlot rekenen op toegang tot de zorg, wanneer de indicatie sterk duidelijk is.

Ik heb dan gisteren wel contact opgenomen met haar psychiater en dat besproken. Nu houden ze plaats voor haar, moest ze bereid zijn in opname te gaan. (H1)

Mijn indruk is dat ze in crisis situaties heel vrij vlot binnen raken. (H2)

Echter, bij situaties zonder acuut levensgevaar ligt dit moeilijker, zoals volgens deze getuigenis:

“Pijn op de borst? Fietsproef. Hup, maakt niet uit welk centrum. Morgen fietsproef.”
“‘Hesitation cuts’? Oei, wij doen geen patiënten meer.” (H5)

Een schrijnend voorbeeld van de toegankelijkheidsproblematiek betreft een huisarts die een psychotische patiënt met dreigende signalen dringend wilde aanmelden. Omdat de patiënt op de zwarte lijst stond van meerdere centra vanwege eerdere agressie, kon hij nergens terecht, wat de huisarts veel zorgen baarde. Dit benadrukt hoe cruciaal het is om een goed functionerend doorverwijzingssysteem te hebben.

Wanneer een patiënt al gekend is bij een specialist, verloopt een doorverwijzing doorgaans vlotter. Telefonisch of per e-mail overleg met een psychiater kan helpen om sneller een afspraak te krijgen, maar biedt geen garantie, zeker niet bij patiëntenstops. Het telefonisch overleg met specialisten wordt door de meeste huisartsen als toegankelijk beschreven, maar leidt soms tot frustraties door lange wachttijden aan de telefoon, het ontbreken van een direct telefoonnummer van de psychiater en het uitblijven van een telefoon nadat de psychiater had beloofd terug te bellen.

Huisartsen benadrukken het belang van een persoonlijke band met psychiaters om sneller advies en afspraken te verkrijgen. Zonder bestaande samenwerking kan een doorverwijzing lager op de prioriteitenlijst belanden. Een huisarts verwoordt dit als volgt:

Als ze van toeten nog blazen van mij gehoord hebben, dan denken ze “wat voor huisarts is dat? Wat weet die erover? Ik ga die in mijn lijstje onderaan schrijven”. (H7)

Huisartsen hebben verschillende verwachtingen van een doorverwijzing. Een huisarts getuigt dat voor hem/haar de belangrijkste verwachting is dat de psychiater de verantwoordelijkheid van de huisarts overneemt, vooral in complexe situaties waarbij de huisarts een gevoel van onmacht ervaart. Daarnaast hopen huisartsen dat een tijdige interventie een gedwongen opname (collocatie) kan voorkomen, om een vertrouwensbreuk met de patiënt te vermijden. Zij hopen beroep te kunnen doen op de specialistische expertise van de psychiater, omdat zij vaker dergelijke casussen behandelen. Tot slot wensen zij ondersteuning te krijgen in het opstarten of aanpassen van psychofarmaca, zeker wanneer de ervaring hiermee bij de huisarts ontbreekt.

Je verwacht van de psychiater dat de professional de expertise en de ervaring van iemand die meer in contact komt met zulke situaties. Zoals wij een longontsteking kunnen genezen. Hij (de psychiater) zou beter in gesprek kunnen gaan met de psychoot. Hij zou beter weten hoe hij de patiënt moet overtuigen om zijn medicatie te nemen of zich te laten opnemen. (H7)

Tegelijkertijd tonen sommige huisartsen begrip voor de situatie van psychiaters. Ze erkennen dat psychiaters wellicht gefrustreerd raken door de hoge verwachtingen die huisartsen hebben bij een doorverwijzing. Specialisten geven mogelijk de voorkeur aan patiënten met ziekte-inzicht en

therapietrouw. Een mogelijke oplossing is volgens een huisarts dat huisartsen hun verwachtingen expliciet formuleren bij de verwijzing.

Ik denk dat veel psychiaters, en ik weet dat niet zeker, maar dat ze kunnen gefrustreerd zijn in wat wij van hen verwachten. Bijvoorbeeld een onhandelbare patiënt die agressief is, "mag die eens bij jou komen?" en daarmee zijn de problemen opgelost. (H7)

Enkele huisartsen leggen de oorzaak van de beperkte toegankelijkheid niet bij de psychiaters zelf, maar bij het bredere systeem. De toename van psychiatrische diagnostiek en een verhoogde vraag naar zorg maken het voor specialisten moeilijker om alle hulpvragen snel te beantwoorden.

De patiënt zelf speelt een cruciale rol in het doorverwijsproces. Huisartsen benadrukken dat motivatie essentieel is; een patiënt moet begrijpen waarom een verwijzing nodig is en bereid zijn om hulp te accepteren.

Als je merkt dat de patiënt zijn ogen al draait bij het vallen van het woord psycholoog weet je al dat moeilijk wordt om hem te overtuigen om daar naar toe te gaan. (H4)

Dat de omgeving soms een probleem heeft, maar de patiënt zelf niet echt ziet dat er een probleem is. In dat geval is het moeilijker om er iets mee te doen. Als de patiënt zelf het niet ziet, dan is er ook geen probleem. Dan kan je hem ook moeilijk overtuigen. (H4)

Moeilijk hè? Want je ziet in het rondetafelgesprek, iedereen babbelt, iedereen is erover eens en ze loopt zelf weg. Er is gewoon geen connectie. Er was een muur. (H5)

Wanneer een patiënt weigert in opname te gaan, wordt gezocht naar alternatieven zoals het Mobiel Crisis Team. Deze teams worden door huisartsen als goed toegankelijke en laagdrempelige zorgverleners beschouwd, die in acute situaties een oplossing kunnen bieden.

Psychiatrische afdelingen in ziekenhuizen (PAAZ-afdelingen) zijn relatief vlot toegankelijk via een verwijzing vanuit de spoeddienst, maar huisartsen beschouwen dit vaak als een laatste redmiddel. Ze uiten kritiek op de beperkte therapeutische interventies en het minimale contact met psychiaters op deze afdelingen. Wachttijden bij gespecialiseerde centra zijn doorgaans lang, waardoor de zorglast na opname terug bij de huisarts belandt.

Een huisarts getuigt dat hij/zij gedwongen opnames liever vermijdt, maar dat deze procedure als goed functionerend wordt ervaren. In dreigende situaties biedt het een snelle oplossing en voelt de huisarts zich serieus genomen door de specialist.

Naast psychiaters zijn ook psychologen moeilijk bereikbaar vanwege wachtlijsten. Huisartsen bouwen vaak een netwerk op van betrouwbare (eerstelijns)psychologen, maar merken dat hun

agenda's snel vol raken. De belofte dat eerstelijnspsychologen binnen 14 dagen een afspraak kunnen bieden, wordt als onrealistisch beschouwd.

> *Dan leer je een goede kennen in de buurt en verwijs je vaak naar daar door, maar die agenda blijkt dan ook snel vol te zitten... Zeker met die ELP's (eerstelijnspsychologen). Die moeten zogezegd binnen de 14 dagen een afspraak geven. Je kan daarmee lachen, he, maar dat is gewoon niet realistisch. Maar het zijn wel nobele doelstellingen. (H9)*

Een huisarts overpeinst dat de toegankelijkheid van de psychiatrische zorg vroeger beter was, toen het zorglandschap minder gefragmenteerd was. De versnippering van het aanbod en de verhoogde vraag maken het voor huisartsen moeilijker om patiënten tijdig naar geschikte zorgverleners te verwijzen. Hierdoor blijft veel van de zorglast bij de eerste lijn liggen, terwijl de tweede lijn beter beschermd en georganiseerd lijkt.

> *Er zal wel meer diagnostiek zijn omdat er meer aandacht voor is en de wereld nu eenmaal veranderd is. Ale, er is zeker een maatschappelijk probleem. Maar ik heb wel het gevoel dat wij, omdat wij in de eerste lijn zitten, daar veel meer moeten tegen vechten, dan zij die daar in de tweede linie zitten. En veel beter beschermd zitten en betere wapens hebben. (H9)*

Communicatie en overleg

Het overleg tussen huisartsen en psychiaters verloopt over het algemeen goed. Veel artsen geven aan hier tevreden over te zijn, vooral omdat de meeste psychiaters vlot bereikbaar zijn via telefoon of e-mail voor advies. Toch ervaren sommige huisartsen dat de toegankelijkheid afhankelijk is van de psychiater in kwestie. Het contact vindt niet altijd plaats op het moment dat de huisarts dit wenst, bijvoorbeeld tijdens een consultatie met de patiënt zelf, maar doorgaans binnen een redelijke termijn. De frustraties die dit kan veroorzaken, werden hierboven al benoemd.

In de praktijk wensen huisartsen vooral advies van psychiaters over therapievoorstellen. Met name bij de opstart van psychofarmaca zoals antipsychotica en lithium voelen veel huisartsen zich onvoldoende ervaren om dit zelfstandig te initiëren. De mate van ervaring in de praktijk met deze patiënten speelt mee in hoe comfortabel huisartsen zich hiermee doorgaans voelen. Ook in complexe situaties, zoals therapieresistente patiënten of patiënten die last hebben gehad van bijwerkingen, wordt liever advies ingewonnen. Dit geldt eveneens voor specifieke casussen, zoals jongeren, eetstoornissen, eerste presentaties van acute psychiatrische problematieken en situaties met een dreigend karakter.

Het PAKT heeft een initiatief opgezet waarbij huisartsen psychiaters kunnen raadplegen voor telefonisch of schriftelijk advies. Volgens de ervaring van een huisarts verloopt dit echter niet altijd even vlot en lijkt het initiatief aan effectiviteit te hebben ingeboet. Tegelijkertijd is een huisarts betrokken bij de werkgroep van het PAKT in Gent, die zich richt op het verbeteren van de

zorg voor patiënten met een psychische of psychiatrische kwetsbaarheid. Deze werkgroep streeft naar een kortere lijn tussen de eerste en tweede lijn en wil kennisdeling bevorderen, onder andere door informatie over de sociale kaart beter te verspreiden. Deze arts pleit voor meer psychiaters in de eerste lijn, die patiënten enkele keren persoonlijk zouden zien en vervolgens advies formuleren. Dit zou niet alleen de ondersteuning van de eerste lijn versterken, maar ook bijdragen aan het voorkomen van crisissen, waardoor de druk op de tweede lijn afneemt. Echter, een andere arts ervaart dit soort tijdelijke hulp als onvoldoende.

> *Nu bijvoorbeeld, das een jongen 32 jaar, depressie en invaliditeit gaat dus om stemmingsstoornis. Is in dagtherapie bij Karus, dokter V., dus ik mail hem, ik bel hem. "Ik heb niet veel tijd, maar kan hem snel even zien.". Dus dan na 2-3 consulten: "Ik heb u gezien, maar nu heb ik geen tijd meer". Zot he?? Dus medicatie beetje aangepast, geen consulten meer en die jongen zit hier bij mij nog altijd met het verhaal van "dat en dat heeft niet geholpen, het gaat niet...". (H5)*

Een andere belangrijke schakel in de geestelijke gezondheidszorg zijn de Mobiele (Crisis) Teams. Vrijwel alle artsen beschouwen deze teams als een waardevolle aanvulling binnen de eerste lijn. Ze fungeren niet alleen als doorverwijzingsoptie, maar zijn ook beschikbaar voor telefonisch overleg en advies. Eén van de artsen bemerkt wel dat ook hiervan de toegankelijkheid in het gedrang komt.

Tot slot, zoals hoger beschreven, wordt het belang van een goed bijgehouden medisch dossier benadrukt zodat snelle en efficiënte communicatie mogelijk is onder hulpverleners die hiertoe toegang hebben onderling, wat bijvoorbeeld cruciaal is in crisissituaties.

Terugkoppeling

De huisartsen ervaren een tekort aan terugkoppeling vanuit de psychiatrische zorg. Onder terugkoppeling wordt begrepen: verslagen uit opnamecentra, brieven na consultaties met de psychiater en terugkoppeling uit centra met gespecialiseerde zorg. Huisartsen geven aan dat zij niet op de hoogte worden gebracht van het verdere verloop van de zorg, nadat een psychiater een patiënt heeft doorverwezen. Dit gebrek aan informatie maakt de opvolging en coördinatie van zorg moeilijker. Sommigen merken op dat de mate van terugkoppeling sterk afhankelijk is van de psychiater in kwestie. Terwijl een klein percentage van de psychiaters zeer uitgebreide verslagen stuurt, bevatten andere verslagen nauwelijks meer dan een medicatielijst. In veel gevallen ontbreekt een verslag zelfs volledig.

> *1 op 20 stuurt een heel uitgebreide verslagbrief met alle verhalen enzo. Maar dan denk ik dat 1 op 10 wel een verslagbrief stuurt met echte medicatiewijzingen en zo. (H10)*

Vooral het ontbreken van medicatielijsten bemoeilijkt de continuïteit van de zorg en leidt tot onduidelijkheid in de verdere behandeling. Huisartsen benadrukken dat zij uitgebreide verslagen

of brieven sterk waarderen, omdat deze hen helpen om een goed overzicht van de situatie te krijgen en de patiënt beter te begeleiden.

Als mogelijke oorzaken voor het gebrek aan terugkoppeling noemen huisartsen zelf het tijdsgebrek bij psychiaters, het niet willen belasten van huisartsen en het beschermen van vertrouwelijke informatie die patiënten met hen delen. Psychiaters zouden kunnen vrezen dat een gedetailleerd verslag hun vertrouwensrelatie met de patiënt kan schaden. Toch stellen huisartsen dat zelfs een korte update, bijvoorbeeld via een telefoongesprek, al voldoende zou zijn om hen inzicht te geven in de voortgang van de behandeling.

Voor mij volstaat een telefoontje van 2 minuten. Het gaat zo gaan. We stellen die medicatie voor. We gaan het zo opvolgen met psycholoog daar en dagtherapie daar. Zo lang duurt dat niet, hè? (H5)

Anderzijds geeft een huisarts aan dat sommige psychologische verslagen die hij/zij ontvangt zeer uitgebreid zijn en dat hij/zij dan meestal enkel het besluit doorneemt. Dit illustreert dat beknopte, maar relevante en goed gestructureerde terugkoppeling wenselijk is.

Daarnaast geven enkele huisartsen aan dat zij vermoedelijk een verslag of terugkoppeling zouden ontvangen als zij hier expliciet om vragen. Dit benadrukt de rol van proactieve communicatie in het verbeteren van de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg.

De psychiater in Kortrijk bijvoorbeeld, moest ik zelf sturen voor een brief te ontvangen, zou ik wel een brief terugkrijgen. (H3)

Het contrast tussen de psychiatrische zorg en andere medische disciplines wordt ook benoemd: in andere specialismen verloopt de informatieoverdracht vaak meer gestructureerd en soepeler.

Indien een nieuwe patiënt zich zou presenteren in de praktijk, kunnen verslagen of brieven bijzonder waardevol zijn om snel een helder beeld van de psychiatrische zorgsituatie te krijgen.

Kennis, vaardigheden en bijscholing

Kennis en vaardigheden

Terwijl het voorschrijven van medicatie in de acute fase vaak als een uitdaging wordt ervaren, voelen veel huisartsen zich wel bekwaam in het opvolgen van chronische medicatie. Enkele artsen geven zelfs aan een eigen arsenaal aan psychofarmaca te hebben en deze in te zetten wanneer de situatie daarom vraagt. De beperkte toegankelijkheid van de tweedelijnszorg dwingt sommige huisartsen ertoe om zelf een behandeling op te starten. Met de jaren groeit het vertrouwen om medicatie op te starten in bepaalde acute situaties, zoals suïcidaliteit of

psychose. Huisartsen met meer ervaring geven aan een zekere basiskennis te hebben opgebouwd, waardoor ze zich comfortabeler voelen om in dergelijke situaties te handelen.

Ik denk dat met de jaren dat ik mij daar al veel comfortabeler in voel om daar toch al iets voor te doen en toch al iets van medicatie op te starten. Zowel bij acute suïcidaliteit als bij acute psychose denk ik wel dat ik voel, ik heb wat basiskennis om daarmee aan de slag te gaan. (H9)

Ondanks de algemene consensus dat acute crisissituaties uitdagingen met zich meebrengen, geeft een huisarts aan dat hij/zij zich door middel van een mentale flow-chart beter gewapend voelt om beslissingen te nemen. Deze flow-chart helpt bij het bepalen wanneer doorverwijzing noodzakelijk is en wanneer bepaalde zorg in eigen beheer kan worden gehouden.

In tegenstelling tot het bieden van zorg bij acute episodes, geven enkele huisartsen aan de zij zich in de chronische zorg doorgaans meer op hun gemak voelen.

I: We hebben het nu gehad over acute episode zorg bij deze patiënten. Als je denkt aan patiënten met een chronische aandoening, schizofrenie, bipolaire stoornis, ernstige depressies die maar niet over gaan... Hoe is die chronische zorg voor die patiënten?

A: Dat is helemaal anders he. Daar voel ik mij helemaal comfortabel in. (H2)

Naast medische zorg bieden huisartsen ook psychosociale ondersteuning. Een van hun grote sterktes is het bieden van een luisterend oor, wat mede mogelijk wordt gemaakt door de persoonlijke vertrouwensband die door langdurige opvolging wordt opgebouwd. Daarnaast helpt kennis van de sociale kaart huisartsen om patiënten adequaat te begeleiden bij psychosociale problemen en hen in contact te brengen met de juiste hulpverleningsinstanties.

Tot slot geven enkele huisartsen aan dat richtlijnen een belangrijke houvast bieden in de zorg voor patiënten met EPA. Deze richtlijnen fungeren als leidraad, waardoor huisartsen gestructureerd en doordacht te werk kunnen gaan in hun besluitvorming.

Er zijn ook eerstelijns richtlijnen, he. Als je echt merkt dat iemand volledig psychotisch is en hij/zij daar een grote lijdensdruk door ervaart, dan zou ik durven een neurolepticum voor te schrijven... ...Maar dan kijk je op het farmacotherapeutisch kompass, of dan kijk je naar de richtlijnen. (H8)

Gebreken in competentie

Verschillende huisartsen geven aan zich niet comfortabel te voelen bij de behandeling van patiënten met een acute psychose, acuut suïcidegevaar of acute intoxicaties. Deze

aandoeningen worden als behorend tot de tweedelijnszorg beschouwd, waarbij huisartsen aangeven hier niet voldoende voor geschoold te zijn. Hierdoor wordt de verantwoordelijkheid voor de behandeling van acute crisiszorg bij ernstige psychiatrische aandoeningen grotendeels doorgeschoven naar de tweede lijn. Een huisarts illustreert:

Zoals bij dat meisje, L., denk ik "schoenmaker blijf bij je leest he". Ik ben niet geschoold om een acute psychose, acuut suïcidegevaar, acute intox... Ik ben daarvoor niet geschoold. Dat is tweede lijn hé. (H5)

Op het gebied van diagnostiek voelen meerdere huisartsen zich onvoldoende onderricht om met zekerheid een diagnose te stellen bij ernstige psychiatrische aandoeningen. Het gebrek aan achtergrondkennis en ervaring met het toepassen van systematische diagnostiek leidt ertoe dat zij zich onzeker voelen bij het vaststellen van een psychiatrische problematiek.

En omdat ik helemaal ook geen psychiater ben. Ik kan wel symptomen beschrijven, en zeggen, OK, dat past misschien wel meest bij een manisch-depressieve episode, maar... Ik ga daar geen medicatie voor opstarten. Dus mag ik daar dan die diagnose voor stellen? Ja, nee, ik ga dat niet rap doen. (H9)

Een ander struikelblok dat wordt benoemd, is de beperkte frequentie waarmee EPA voorkomt in de huisartspraktijk. Een huisarts merkt op dat suïcidale patiënten bijvoorbeeld amper in de praktijk verschijnen, waardoor er weinig ervaring wordt opgedaan met de juiste aanpak. Een andere huisarts geeft aan gemiddeld slechts één à twee keer per week contact te hebben met een patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening.

Maar het aantal suicidale patiënten die je ziet is gelukkig heel gering. Dus ik heb daar niet genoeg routine in om dat gericht te gaan toepassen. Als huisarts doen we wat we denken dat het best is, maar we hebben daar natuurlijk niet zoveel achtergrond daarvoor. (H6)

Specifiek verslavingsproblematiek wordt door een huisarts als een moeilijk terrein ervaren.

Een huisarts getuigt dat hij niet vertrouwt is met het doorverwijzen naar recent ontstane gespecialiseerde hulpverlening, zoals het PAKT of het Mobiel (Crisis) Team. Het zorglandschap is niet voor alle artsen even duidelijk, waarbij kennis over de functies van gespecialiseerde teams ontbreekt bij de huisarts.

Naast diagnostiek en doorverwijzing blijkt ook de behandeling van patiënten met EPA, met name door middel van medicatie, een uitdaging te vormen. Meerdere huisartsen geven expliciet aan zich niet bekwaam te voelen in het voorschrijven en opstarten van psychofarmaca. Vooral bij jongeren wordt het opstarten van medicatie als een grote drempel ervaren en in sommige praktijken zelfs volledig vermeden.

Ik denk bij EPA dat wij daar als huisartsen niet voldoende voor bekwaam zijn om daar zorg voor te dragen. Bijvoorbeeld de opstart van antipsychotica… Antidepressiva OK nog, de SSRI's worden heel vaak opgestart, maar alles daarbuiten ligt volgens mij niet echt aan ons. (H1)

Bijscholing

De huisartsen geven aan bijscholingen te volgen, maar deze onvoldoende toe te passen in de praktijk. Voor een deel van de huisartsen (vooral deze uit dorps- of randstedelijke context) komt dit doordat deze patiënten slechts een klein deel van hun patiëntenpopulatie uitmaken, en zij daardoor deze verworven kennis niet vaak moeten toepassen in de praktijk.

Bepaalde onderwerpen binnen in deze bijscholingen, worden als te specialistisch ervaren, waardoor de kennis niet toepasbaar is. In de praktijk wordt voor sommige zaken meteen doorverwezen naar tweede lijn (bijvoorbeeld suïdegevaar, opstarten medicatie, opvangen acute psychose…). Artsen twijfelen eraan of diepgaande bijscholing hierover nuttig is voor in de huisartsenpraktijk.

Het zou nooit slecht zijn als je een keer een bijscholing daarover hebt, maar ik denk dat dat zodanig specialistisch is dat je als huisarts de moeite kunt sparen om je werk heel diep in bij te scholen of in te verdiepen. (H2)

Wat één arts benadrukt nuttig voor hem/haar te lijken is een duidelijke informatiesessie met daarin een overzicht van het zorglandschap binnen in de psychiatrie waarop beroep kan gedaan worden in bepaalde situaties. Hierin komen ook duidelijke richtlijnen aan bod voor een goede samenwerking tussen huisarts en gespecialiseerde psychiatrische zorg.

Het kader, het landschap, dat dat eens duidelijker zichtbaar wordt. Ik hoor je ook zeggen, het PAKT, het mobiel crisisteam, voor mij is dat onduidelijk. Laat ons daarover scholen, wat uitleg over geven. Laat iemand dat eens structureren. Dat we zicht krijgen. (H5)

Kerntaken van de huisarts

Huisartsen spelen een cruciale rol in de zorg voor patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening. Zowel expliciet als impliciet kwamen in de interviews aan bod wat volgens de huisartsen hun kerntaken zijn in de zorg voor patiënten met een ernstig psychiatrische aandoeningen. Volgende taken werden vernoemd:

Een eerste belangrijke taak van de huisarts is de signalisatiefunctie binnen de acute psychiatrische zorg. Dit houdt in dat de huisarts een acuut psychiatrisch probleem herkent en

beoordeelt of een doorverwijzing noodzakelijk is. Dankzij hun kennis van het zorglandschap kunnen huisartsen gerichte doorverwijzingen maken naar gespecialiseerde zorgverleners of centra in de tweede lijn, zoals psychiaters, mobiele (crisis)teams, spoeddiensten of andere relevante instanties zoals PAKT en UPSIE.

Basis, zoals veel dingen in de huisartsgeneeskunde. Vooral gericht en correct doorverwijzen. (H6)

Dan vind ik het als huisarts mijn taak om daar het een en ander voor in gang te zetten of om aan de alarmbel te trekken. Maar ik wil liefst zelf die alarmbel niet zijn. Ik wil er wel aan trekken, maar ik heb liever dat andere professionals dat verder invullen. (H9)

Naast deze acute zorg is het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt essentieel. Een goede vertrouwensband verlaagt de drempel voor de patiënt om medische hulp te zoeken en bevordert de continuïteit van de zorg. Huisartsen beschouwen dit als een fundamenteel aspect van hun taak, omdat het bijdraagt aan een stabiele en effectieve langetermijnzorg.

Ja! Dat is de kerntaak. Als je geen vertrouwen hebt, dan komt het niet goed. (H3)

Een andere belangrijke verantwoordelijkheid is de langdurige opvolging en opvang van patiënten. Afhankelijk van de situatie kan de huisarts hierin een meer proactieve rol opnemen, bijvoorbeeld door zelf vervolgafspraken vast te leggen, of kan de patiënt hier in overleg zelf verantwoordelijkheid voor nemen. Dit continuïteitsprincipe biedt de patiënt niet alleen een luisterend oor in moeilijke periodes, maar ook ondersteuning op bredere gezondheidsaspecten.

Ergens hoop ik toch ook ergens als huisarts hen wat stabiliteit te bieden en hen wat structuur te bieden. Of samen met hen op zoek te gaan naar stabiliteit en structuur. (H10)

Een echte, stabiele, ondersteunende factor voor die mensen in hun leven. En dat is eigenlijk superbelangrijk en dat is ook echt noodzakelijk, omdat je op die manier ook weer die noodzakelijke zorg kunt bieden. (H8)

Wat betreft medicatiebeheer, voelen huisartsen zich vertrouwd in het voorschrijven van medicatie bij stemmingsstoornissen, mits zij voldoende ervaring hebben met de betreffende geneesmiddelen. Voor gespecialiseerde medicatie, zoals antipsychotica, Lithium, anti-epileptica… verkiezen de meeste huisartsen overleg met een psychiater. In uitzonderlijke, urgente gevallen starten ze zelf met medicatie, maar hier voelt het grootste deel van de huisartsen zich niet comfortabel bij. Daarentegen nemen huisartsen wel de verantwoordelijkheid voor het opvolgen van chronische psychofarmaca (ook deze opgestart door de specialist), zoals Lithium,

anti-epileptica, antipsychotica... evenals medicatie gerelateerd aan somatische zorg. Ook het toedienen van depot-preparaten wordt vaak vernoemd als taak van de huisarts.

Hoewel slechts eenmaal expliciet benoemd, erkennen huisartsen dat somatische zorg een belangrijke pijler blijft binnen de behandeling van psychiatrische patiënten. Velen geven aan dat hier momenteel te weinig aandacht aan besteed wordt en dat dit verbeterd zou moeten worden.

Somatische opvolging, dat is onze core-business. (H5)

Binnen de psychosociale zorg lopen de meningen uiteen. Sommige huisartsen beschouwen het als hun taak om het overzicht te behouden en te coördineren tussen sociale instanties zoals OCMW, maatschappelijk werkers en thuishulp. Anderen vinden dit niet behoren tot hun kerntaak en geven de voorkeur aan het focussen op medische zorg.

Nee, ik zou dat jammer vinden, omdat wij zijn specifiek opgeleid voor medische. En andere mensen zijn meer opgeleid voor psychosociale... ik denk dat dat echt wel deel van de zorg moet zijn zo'n patiënt. Ik denk dat zelfs één persoon alleen sowieso niet de juiste zorg heeft. Dat moet echt een team zijn rond dat type patiënt. (H2)

De grenzen van huisartsenzorg worden eveneens duidelijk afgebakend. Voor courante, niet-ernstige psychiatrische aandoeningen kan de huisarts instaan voor de behandeling. Zodra de problematiek complex of specialistisch wordt, is een doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg vereist. Dit geldt zowel voor medicamenteuze behandelingen, zoals het voorschrijven van Lithium en antipsychotica, als voor niet-medicamenteuze behandelingen, zoals psychotherapie.

Manisch, lithium bijvoorbeeld. Dat is ook niet voor ons... Er zijn misschien artsen die dat doen, maar ikzelf heb er te weinig vertrouwen mee. Dat is ook doorverwijzen in tweede lijn. (H5)

Signalisatie **Continuïteit voorzien** **Preventieve zorg**

Doorverwijzing **Somatische zorg**

Opvolgen, voorschrijven en toedienen van medicatie **Psychosociale ondersteuning**

Emoties bij de huisartsen

Ook de emoties van de huisartsen in de zorg voor deze patiënten werd bevraagd. Zo beschrijven zij vooral hevige emoties te voelen tijdens acute episodes, zoals onmacht, bijvoorbeeld bij een situatie waarvan je nauwelijks de context kent, of wanneer je vastloopt bij een patiënt en er vanuit de patiënt zelf ook weerstand is. Angst voor vertrouwensbreuk, bijvoorbeeld wanneer er door een fout in communicatie een boodschap verkeerd overkomt, of wanneer bijvoorbeeld een collocatie nodig is geweest en de patiënt dit de arts kwalijk kan nemen. Twijfel en onzekerheid door gevoel van gebrek in kennis en functioneren als arts of wanneer gezocht wordt naar de juiste doorverwijzing. Angst in geval van acute situaties met patiënten die moeilijk in te schatten zijn of zelf gevaarlijk. Frustratie wanneer niet bereikt wordt wat je als arts wil bereiken of de patiënt weerstand biedt bij jouw inspanningen. Een huisarts vertelt ook dat hij/zij de zorg in acute situaties als emotioneel intensief ervaart. Het zijn verhalen die je meeneemt naar huis.

Ja kan haar dat moeilijk wijs brengen. Maar dat is water naar de zee dragen, hè? Dat is talloze keren: "Laat u helpen, laat u helpen". (H5) – Frustratie

Ik heb zelf met die mens gepraat in zijn heftige momenten, hij stond neus aan neus met mij. Het is een bodybuilder. Ik was doodsbenauwd. (H7) – Angst

En ook inschatten wie bij wie zal matchen. Dat is ook niet altijd makkelijk. Vaak gaan patiënten dan zelf een psycholoog gaan vinden, maar dan is het toch niet altijd de juiste persoon. En dan voel ik mij daar zelf wat verantwoordelijk in. Ik geef altijd wat namen mee, maar dat lukt niet altijd. En dan vinden ze via via iemand anders en daar heb ik het wat moeilijk mee. (H6) – Twijfel

De verpleging komt daar dagelijks 2x om de medicatie toe te dienen. En ze belden mij vorige week dat ze haar deur niet open deed en als ze dan belden was ze op stap, dus waarschijnlijk is ze terug in een manie. Maar eigenlijk kende ik die patiënt niet goed, dus wist ik niet zo goed wat ik moest doen. Maar de verpleging verwachtte op dat moment wel dat ik met een oplossing kom. (H1) – Onmacht

Vooral ook proberen weg te blijven van die collocatie. Want dat is het kapot het. De mensen vertrouwen je niet meer. Net voor de zomer heb ik ook iemand laten colloqueren, een dorpsbewoner die een suïcidepoging wou ondernemen, na een relatiebreuk. Ik heb die niet meer teruggezien. (H7) – Angst voor vertrouwensbreuk

---

Echter moet genuanceerd worden dat bij deze zorg ook positieve emoties horen. Veiligheid wanneer de situatie niet bedreigend is en de patiënt bereid is zich te laten helpen. Voldoening in casussen waar, na het verzetten van veel werk of door middel van onderhandelingen met de patiënt, er een constructieve oplossing is gekomen voor de situatie. Zelfzekerheid in situaties waar je vertrouwd mee bent. Geruststelling, wanneer er bij patiënten een goede omkadering wordt gecreëerd of er positief nieuws komt over de vooruitgang van de situatie. Enkele huisartsen

dragen deze zorg een warm hart toe en twijfelden eraan op het einde van hun opleiding in psychiatrie te specialiseren.

En eigenlijk moet ik nu ook nuanceren dat in die acute zorg, dat er ook wel vaak een gevoel van veiligheid is. Dat er niet altijd angst is. Een psychose, je hebt wel een heel spectrum. Het spectrum waarbij mensen niet bedreigend zijn, daar is het makkelijk om mensen te gaan overtuigen om zich te laten helpen en er samen iets aan te doen. (H7) – Veiligheid

Dat is ook iets dat je moet leren met ervaring, dat je bepaalde persoonlijkheden en bepaalde manieren waarop iemand overkomt naar u, je die op een duur begint te herkennen. Dat is als beginnend arts niet makkelijk. (H4) – Zelfzekerheid

Dus die aanmelding voor ons als huisarts is een enorme geruststelling. (H5) – Geruststelling

---

Deze zorg kan beklijvend zijn, waardoor de huisartsen voor zichzelf copingstrategieën ontwikkelen om hiermee om te gaan. Zo wordt meermaals vermeld dat het hebben van collega's in de praktijk mogelijkheden biedt om het hart te luchten en overleg te plegen in moeilijke situaties. Door middel van boeken, podcasts of oefeningen 'mindfulness' leren zij strategieën om deze emoties te kunnen plaatsen. Eén arts schetst dat hij/zij beseft dat ook externe factoren, zoals emoties bij gebeurtenissen in de privéwereld van de arts, meespelen in de beleving van deze zorg. Daarom is het voor hem/haar belangrijk te aanvaarden dat niet elk zorgcontact even goed verloopt.

Discussie

Inleiding

Aan de hand van dit onderzoek werd een poging gedaan om aan te tonen wat volgens huisartsen in België goed en minder goed loopt in hun zorg voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoeningen. Uit de literatuur blijkt dat huisartsen een belangrijke centrale rol kunnen hebben in deze zorg, waarbij zij vooral een signaalfunctie, coördinerende rol en ondersteunende functie hebben. De cijfers volgens de rapporten uit de inleiding tonen aan dat deze aandoeningen vrij frequent voorkomen in de algemene patiëntenpopulatie, wat betekent dat vrijwel elke huisarts in België met deze patiënten in contact komt. Volgens een onderzoek in Nederland, komen bepaalde artsen hier vaker mee in contact, afhankelijk van de ligging van de praktijk (in steden meer dan in gemeenten). (6) Deze stelling komt overeen met de bevindingen in dit onderzoek, omdat uit de demografische informatie van de geïnterviewde huisartsen blijkt dat er meer contact is met deze patiëntenpopulatie bij de artsen uit stedelijke context.

Bij het doornemen van de literatuur werd duidelijk dat deze zorg heel breed is en kan opgedeeld worden in verschillende categorieën. Verschillende thema's die daar aan bod kwamen waren: acute

psychiatrische zorg, continuïteit van zorg, preventieve en somatische zorg, kennis en bijscholing, samenwerking met tweede lijn, taken van de huisarts, emoties van de artsen en ervaringen van patiënten. Doordat de vragenlijst op een deductieve manier werden opgesteld, kwamen deze zelfde thema's, met uitzondering van ervaringen van patiënten, ook terug in de interviews. Over het algemeen kwam elk thema aan bod in ieder interview en herkenden alle artsen deze thema's in de praktijk.

Opvallend uit de interviews is hoe individueel deze subjectieve ervaringen van de huisartsen ook zijn, er toch enkele pijnpunten consequent benoemd worden doorheen bijna alle interviews: impact op de huisarts bij acute episodes, kennis over en opstarten van psychofarmaca, toegankelijkheid van en terugkoppeling vanuit de tweede lijn en aandacht voor preventieve en somatische zorg. Wat ook opvalt is dat in hun praktijkvoeren vandaag huisartsen nog steeds reactief werken op basis van zowel artsen- als patiëntenkenmerken, in plaats van proactief op basis van de aandoening van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld dat nog vaak 'ad hoc' gewerkt wordt in plaats van volgens een gestructureerde en geprotocolleerde, uniforme aanpak.

Interpretatie resultaten

Acute psychiatrische zorg

Volgens de interviews zien de huisartsen het als hun taak om deze patiënten op te vangen bij acute episodes, alsook in het signaleren van psychische decompensatie. Een goede vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt wordt aangehaald als belangrijke tool om aan vroegtijdige opsporing te doen. Dit is in overeenstemming met de literatuur, waarbij beschreven wordt dat patiënten frequenter contact zouden zoeken met een huisarts naar aanloop van een decompensatie (26,28) Ook door patiënten wordt in de literatuur gesuggereerd dat een vaste behandelingsrelatie met een arts voor hen wenselijk is, omdat er dan een belangrijke vertrouwensrelatie kan gecreëerd worden. (22) Het is mogelijk dat een goede vertrouwensrelatie drempelverlagend is voor deze patiënten om een hulpvraag te durven stellen.

De meeste artsen uit de interviews voelden zich niet comfortabel bij het opstarten van medicatie in de acute setting zonder ondersteuning vanuit de tweede lijn. De redenen die hiervoor aangegeven worden zijn vooral het gebrek aan ervaring met of kennis over deze medicatie. Een crisissituatie doet zich volgens een bevraging door domus medica bij 29% van de bevraagde huisartsen 1 keer per week voor, wat op het totaal aantal patiëntencontacten per arts niet veel is. (39) In dit onderzoek is volgens de demografische cijfers ook duidelijk dat enkele artsen meer patiënten met een EPA in begeleiding hebben dan andere. Hoe meer patiënten een arts in begeleiding heeft, des te groter de kans dat er zich een crisissituatie kan voordoen in de praktijk. Indien zich dringende situaties voordoen, waarbij geen psychiater bereikt kan worden, voelden artsen zich soms genoodzaakt toch op eigen houtje iets op te starten, maar vaak kwamen daar negatieve emoties mee gekoppeld, zoals angst en twijfel. Hoewel in de literatuur niet expliciet gepeild wordt naar ervaring met medicatie in de acute setting, wordt wel beschreven dat huisartsen zich minder comfortabel voelen bij complexe problematiek en over hun eigen kennis en ervaring bij acute episodes. (27,30–32) De vraag kan gesteld worden of het überhaupt ooit de taak is van de huisarts deze complexe zorg op zich te nemen, en of er niet een manier zou moeten ontwikkeld worden om voor dergelijke problematiek steeds een

overlegmogelijkheid te organiseren op korte termijn (binnen enkele uren) met een specialist uit de tweede lijn.

Chronische psychiatrische zorg

Uit de interviews blijkt dat huisartsen verschillende strategieën hanteren om continuïteit van zorg te waarborgen, afhankelijk van zowel patiëntfactoren als hun eigen praktijkvoering. Zo kunnen stabiele patiënten zelf instaan voor het maken van vervolgafspraken, terwijl bij kwetsbaardere patiënten eerder proactief afspraken ingepland worden. Een belangrijke uitdaging betreft echter zorgvermijdend gedrag. Huisartsen in het onderzoek signaleren dat aanklampende zorg slechts voor een beperkte groep haalbaar en nodig is. In de literatuur wordt ook gesproken over een grote heterogeniteit binnen deze patiëntenpopulatie, waarbij sommigen frequenter hulp zoeken, anderen nauwelijks. In de praktijk zou kunnen nagedacht worden om deze laatste groep patiënten te gaan identificeren en dit aspect bij hun zorgelementen te gaan toevoegen. Op deze manier zouden deze patiënten op een andere manier kunnen benaderd worden, met als doelstelling hen dichter bij hun gezondheid te betrekken. Opvallend is dat in de interviews geen enkele vermelding gedaan wordt van systematisch geregelde opvolgafspraken, georganiseerd volgens een protocol of gebaseerd op richtlijnen. Nochtans zou dit voor deze patiëntenpopulatie een meerwaarde kunnen bieden, omdat dit stabiliteit aanbiedt in hun zorgverhaal.

Zorgcontacten in kader van medicatietoediening of -opvolging (bv. depotmedicatie, bloedafnames) worden door de huisartsen gezien als waardevolle momenten om de toestand van de patiënt te bevragen. Dit laatste aspect werd ook in de literatuur reeds beschreven. (26)

De inzet van andere zorgverleners zoals verpleegkundigen of mobiele teams werd in het onderzoek eveneens benoemd als ondersteunend bij het bewaken van continuïteit. Dit sluit aan bij literatuur waarin psychiatrisch verpleegkundigen in een onderzoek uit 1995 als potentiële waardevolle partners worden beschreven om de huisarts te ontlasten. (27) Om deze samenwerking te optimaliseren zouden interdisciplinair goede afspraken kunnen gemaakt worden met duidelijke afspraken rond taakverdeling binnen deze zorg.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat samenwerking binnen de huisartsenpraktijk (via het GMD) essentieel is, vooral om bij afwezigheid van de vaste arts toch continuïteit te garanderen. De literatuur bevestigt dat onduidelijkheden in dossiers leiden tot minder kwalitatieve zorg. (9)

Barrières die in de weg staan om te komen tot optimale chronische zorg die uit het onderzoek naar voren komen zijn te verdelen in drie niveaus: arts-, patiënt- en organisatiegebonden factoren. Deze driedeling wordt ook in de literatuur onderschreven.

Arts-gerelateerde factoren

Huisartsen uiten in de interviews moeilijkheden bij medicatiebeheer en worstelen met het psychiatrisch diagnostisch landschap. Ze geven aan mildere of meer tolerante houdingen aan te nemen uit vrees het contact met patiënten te verliezen. Het blijkt dat artsen nog vatbaar kunnen zijn voor het stigmatiseren van deze patiëntengroep. Sommigen nemen een paternalistische houding aan, maar velen proberen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt te respecteren. De literatuur benoemt

soortgelijke barrières, zoals een stigmatiserende houding, met vormen als paternalisme, 'diagnostic overshadowing' en therapeutisch nihilisme. Onderzoek toont echter aan dat deze attitudes verminderd kunnen worden door gerichte training. (21)

Patiënt-gerelateerde factoren

Ziekte-inzicht, therapietrouw en communicatieproblemen komen in de interviews veelvuldig aan bod. Huisartsen signaleren dat patiënten soms hun medicatie stopzetten zodra ze zich beter voelen. Fysieke signalen zoals onverzorgdheid worden als alarmsignaal geïnterpreteerd. De literatuur bevestigt dat patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen vaak kampen met beperkte therapietrouw, cognitieve beperkingen en communicatieproblemen, wat een structurele en langdurige zorgrelatie bemoeilijkt. (9) Een arts beschreef dat een zorgvuldige uitleg aan de hand van het biopsychosociaal model hem/haar hielp om de therapietrouw bij de patiënten te bevorderen. Inzetten op een heldere en transparante communicatie kan een belangrijke rol spelen in het bevorderen van ziekte-inzicht en therapietrouw bij de patiënt.

Organisatorische factoren

Tijdsdruk en moeilijkheden met toegankelijkheid en navigeren binnen in het zorglandschap komen in de interviews naar voren als belangrijke knelpunten. Dit is congruent met enkele zaken die beschreven staan in de literatuur: een versnipperd zorglandschap, complexe doorverwijzingsprocedures en financiële drempels. In de literatuur wordt ook het 'pay-per-prestatie' systeem aangekaart als mogelijke oorzaak voor de tijdsdruk die op deze consulten drukt. (18) Een herwerking van het financieel vergoedingssysteem voor artsen zou hen een 'incentive' kunnen geven meer tijd te spenderen aan zowel de consultaties, als aan administratief werk buiten de consultaties. Ook geeft het een vergoeding voor de verantwoordelijkheid die de arts draagt over deze kwetsbare patiëntenpopulatie, die volgens de literatuur risico hebben op verhoogde gezondheidsrisico's. (18) Over de toegankelijkheid en complexiteit van het zorglandschap wordt later nog gesproken.

Preventieve en somatische zorg

Zeer opvallend is hoe dit domein van zorg, hoewel dit toch zeker tot de kerntaken van de huisarts mag worden gerekend, vaak ondergeschikt raakt in consultaties met deze patiënten. Zowel uit de literatuur, als uit de interviews blijkt dat artsen hier te weinig aandacht aan schenken en dit belangrijke gezondheidsrisico's voor deze patiënten met zich meebrengt. Het gebrek aan kwalitatieve preventieve en somatische zorg heeft verschillende oorzaken, zoals: therapeutisch nihilisme, 'diagnostic overshadowing', cognitieve beperkingen bij de patiënt, ongezonde levensstijl van de patiënt, invloed van medicatie op de gezondheid van de patiënt, gebrekkige therapietrouw, een betuttelende houding ten opzichte van deze patiënten en stigmatisatie bij tweedelijnszorg… Deze thema's kwamen aan bod in de interviews, maar in de literatuur wordt ook nog gesproken over gebrek aan training voor deze opvolging, problemen met overlevering van dossiers, financiële barrières bij de patiënt… (9)

Van de genoemde oorzaken voor minder kwalitatieve zorg, zijn er opnieuw 3 verschillende categorieën: patiënt-, arts- en zorg-gerelateerde factoren. Om evidente redenen kunnen de patiënt-gerelateerde factoren onmogelijk systematisch aangepakt worden, aangezien deze factoren vaak

eigen zijn aan het ziektebeeld en/of aan de bijwerkingen van de medicatie. Voor het aanpakken van arts- en zorg-gerelateerde factoren worden enkele suggesties gedaan:

Een interessante suggestie die als oplossing voor dit probleem naar voren geschoven wordt tijdens de interviews is het aanpakken van dit domein van zorg op een protocollaire manier. Deze protocollen zouden kunnen uitgeschreven worden als aanbeveling hoe deze zorg zou moeten verlopen, en op welke zaken moet gelet worden tijdens het bieden van deze zorg. Een voorbeeld van richtlijnen om dit aan te pakken zijn de NICE-guidelines 'Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management', uitgegeven in februari 2014. (40) Zoals in een interview naar voor geschoven wordt, kan het EMD ingezet worden om de huisarts attent te maken op bepaalde zorgelementen. Door integratie van deze protocollen in het EMD zou de huisarts op een vlotte manier kunnen raadplegen hoe hij deze zorg moet aanpakken.

Zoals in een interview ook aan bod kwam zou een praktijkassistent (bijvoorbeeld verpleegkundige) ondersteuning kunnen bieden in het uitwerken van deze protocollen binnen de praktijk. Ook zouden zij een taak op zich kunnen nemen om de continuïteit van afspraken te bewaken door ook hierin te gaan ondersteunen, door bijvoorbeeld een (elektronische) lijst bij te houden van deze patiënten en op basis van deze lijst te gaan kijken welke patiënten van onder de radar verdwenen zijn.

De huisarts zou ook een rol van 'health advocate' kunnen opnemen voor die patiënten die zelf niet in staat zijn hun eigen belangen te vertegenwoordigen. Zoals hoger aangegeven ervaren patiënten soms stigmatisatie in het somatische luik van de tweede lijn, waarbij hun kwaliteit van zorg ook daar gebrekkig is. Door als huisarts een goede verwijsbrief mee te geven, al dan niet met vermelding van de psychische aandoening (enkel toevoegen wanneer relevant voor de aandoening), verloopt de zorg in tweede lijn efficiënter. Ook wanneer de patiënt onvoldoende geïnformeerd wordt over de aard van zijn/haar aandoening en behandeling in de tweede lijn, kan de huisarts inspringen om deze zaken te gaan verduidelijken.

Tenslotte kan er nagedacht worden over het financieringssysteem van de huisarts inzake het bieden van zorg aan patiënten met een EPA. Een financiële compensatie voor het correct opvolgen van deze patiëntenpopulatie (zoals bij risicopatiënten met CNI en DM reeds wordt voorzien) kan ervoor zorgen dat huisartsen hier meer moeite in steken. Ook systemen waarbij huisartsen niet per prestatie worden vergoed, maar een vast forfait krijgen, kunnen huisartsen 'incentive' geven meer tijd te steken in hun administratieve taken en ook meer geprotocolleerd te werk te gaan.

Samenwerking met tweede lijn

In de literatuur wordt beschreven hoe huisartsen zich raad weten met het behandelen van milde psychiatrische problematiek, maar voor complexe psychiatrische zorg is samenwerking met de tweede lijn noodzakelijk. (28)

Volgens deze literatuur heersen er echter frustraties rond deze samenwerking, waarbij vooral gesproken wordt over problemen van fragmentatie van het gezondheidszorgsysteem, beperkte toegankelijkheid of doorverwijsmogelijkheden en te weinig samenwerking tussen de verschillende lijnen. (32,35) Deze zelfde drie thema's kwamen heel duidelijk aan bod in de interviews die afgenomen zijn. De twee thema's waar de huisartsen uit de interviews het unaniem over eens zijn, zijn de

toegankelijkheid van de zorg die ondermaats is, en de terugkoppeling die gebeurt vanuit de tweede lijn richting de huisarts die onvoldoende is. Wachttijden voor doorverwijzing kunnen oplopen tot enkele maanden, zeker naar gespecialiseerde centra. Voor duidelijke crisissituaties verloopt de doorverwijzing doorgaans vlotter. In de literatuur werd beschreven hoe huisartsen symptomen zouden durven uitvergroten om sneller een doorverwijzing te bekomen, maar in de interviews werd hier geen melding van gedaan. (26) Eén huisarts vermeldt hoe een psychiater zich recent vestigde in de buurt, en daardoor doorverwijzing zeer eenvoudig was, maar dit biedt geen mogelijkheid als structurele oplossing. Eénmaal een patiënt gekend is bij een psychiater/psychiatrisch centrum, zou het eenvoudiger zijn om terug een afspraak te verkrijgen aldaar. Wat door meerdere huisartsen beschreven werd, is dat het hebben van persoonlijke banden met een psychiater zorgt voor een betere toegankelijkheid voor zowel advies als doorverwijzing. Dit biedt voor sommige huisartsen een oplossing, maar niet iedere huisarts heeft deze persoonlijke contacten en kampen door deze voorrangsregel nog meer met wachttijden. Mogelijke oplossingen voor het probleem van toegankelijkheid zijn: structurele samenwerkingen met regionale netwerken, waarbij er samenwerkingsverbanden bestaan tussen huisartsen, psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen… en er op die manier een opportuniteit gecreëerd wordt voor iedere huisarts om deze persoonlijke band te leggen; transparantie creëren over wachttijden van psychiaters en instellingen, zodat huisartsen gericht kunnen doorverwijzen naar plekken met kortere wachttijden; het zorgsysteem gaan herstructureren, waarbij huisartsen betere ondersteuning krijgen om lichte en matige psychiatrie zelf op te vangen en de doorverwijzing naar tweede lijn enkel te behouden voor complexe psychiatrische problematiek. Organisaties zoals het Mobiel Crisis Team, of procedures zoals ‘Gedwongen Opname’, worden door de huisartsen over het algemeen als toegankelijk beschouwd, maar deze laatste wordt het liefst vermeden, aangezien zij traumatisch ervaren wordt door patiënten.

Om een goeie verstandhouding tussen huisarts en specialist te behouden wordt gesuggereerd in dialoog te gaan om elkaars verwachtingen van eventuele doorverwijzingen duidelijk te maken. Eén huisarts neemt het perspectief van de psychiater in rekening en bedenkt dat ook zij frustraties kunnen voelen bij hetgeen de huisarts van hen verwacht.

Overleg op afstand met de psychiaters wordt over het algemeen als toegankelijk ervaren door de huisartsen. Als er opmerkingen zijn, dan is het dat de psychiater niet altijd beschikbaar is op het eigenste moment en het antwoord later (of soms niet jammer genoeg) volgt. Dit overleg wordt vooral gebruikt om te luisteren naar therapievoorstellen vanuit de tweede lijn. Het initiatief van het PAKT in Gent zorgt voor verhoogde toegankelijkheid van psychiaters op afstand voor overleg, en hoewel de huisartsen dit in theorie toejuichen, merken zij helaas op dat het in de praktijk vaak stroef verloopt. Voor een goede communicatie wordt het correct bijhouden van een medisch dossier onderstreept, zodat dit te allen tijde kan geraadpleegd worden door de behandelend arts. Er zou in de toekomst meer kunnen geïnvesteerd worden in beschikbare teleconsultaties, waarbij huisartsen specialistisch advies kunnen inwinnen op afstand. Voorlopig lijkt dit initiatief ondergefinancierd, waardoor de beschikbaarheid van psychiaters die zich hiervoor willen openstellen beperkt is.

In de resultaten wordt beschreven hoe artsen de terugkoppeling vanuit de tweede lijn als gebrekkig ervaren. Het belang van een terugkoppeling wordt onderstreept, waarbij de huisartsen vooral op zoek zijn naar een (korte) samenvatting van de problematiek, behandeling en medicatievoorstel. Ook hier kan een structurele samenwerking in een lokale kring een oplossing bieden, waarbij duidelijke afspraken kunnen gemaakt worden over elk van de partijen hun verwachtingen ten opzichte van de

andere partij, en op welke manier deze informatieoverdracht kan gevoerd worden (verslag, email, telefonisch…). Enkele huisartsen getuigen dat een proactieve communicatie helpt om verslagen te krijgen, dus via deze weg kan dit georganiseerd worden.

Volgens een studie heeft de kwaliteit van samenwerking een belangrijke invloed op de attitude van de huisarts en opzichte van deze zorg. (34) Indien bovenstaande heikel punten kunnen aangepakt worden, kan dit een positief effect creëren op de benadering van de zorg geleverd door de huisartsen en dit effect zichzelf gaan versterken.

Kennis, ervaring en bijscholing

De huisartsen in het onderzoek geven aan zich meer op hun gemak te voel bij het bieden van chronische zorg, in vergelijking met het bieden van acute zorg (acute psychose, suïcidedreiging…). Vooral ervaring lijkt voor de huisartsen belangrijk om goede acute zorg te leveren, terwijl hun theoretische kennis uit hun opleiding hier weinig in ondersteunt. Eén huisarts getuigt wel dat het volgen van een mentale 'flow-chart' een kapstok biedt waaraan hij/zij zijn/haar zorg kan ophangen in deze situaties. Zoals al vaker beschreven is het opstarten van medicatie in acute situaties niet evident voor bijna alle huisartsen en vinden zij hun kennis daarvoor onvoldoende. Deze drempel wordt als groter beschreven in situaties met jongeren. Bij het bieden van chronische zorg erkennen huisartsen dat zij in staat zijn in het bieden van psychosociale ondersteuning en zij een belangrijke rol spelen in correcte doorverwijzing. Daarbij is kennis van de sociale kaart belangrijk, wat niet voor iedere huisarts evident is. Enkele huisartsen geven aan dat hun kennis van het zorglandschap niet voldoende is en dit voor hen in de praktijk voor moeilijkheden zorgt. Voor enkele huisartsen biedt het volgen van richtlijnen een houvast in de chronische zorg. Deze ondersteunen huisartsen in het niet-vergeten van belangrijke aandachtspunten.

Geen van de huisartsen voelt zich comfortabel om op eigen initiatief diagnoses te stellen, hoewel sommige van hen wel aangeven bij bepaalde patiënten sterke vermoedens te hebben van onderliggende pathologie. Uit de literatuur blijkt dat huisartsen in Nederland vaak onterechte doorverwijzingen deden naar de tweede lijn, wat zorgt voor een overbelasting van het systeem. (36) Het aanreiken van diagnostische tools voor de huisartsen in de eerste lijn zou kunnen helpen om deze doorverwijzing efficiënter te laten verlopen en zo het systeem in de tweede lijn minder onder druk te zetten.

Naar bijscholing toe blijkt uit de interviews dat huisartsen deze wel volgen, maar deze kennis soms te weinig kunnen toepassen in de praktijk, door gebrek aan patiëntencontacten met deze problematiek. Sommige onderwerpen worden ook door huisartsen vermeden omdat deze als te specialistisch ervaren worden. Eén huisarts geeft aan dat voor hem/haar een informatiesessie die duidelijkheid schept over het zorglandschap zeer nuttig zou zijn, in plaats van herhaling van theorie over EPA. Uit de literatuur blijkt nochtans dat het een grootschalig georganiseerde trainingsmodule voor een significante verbetering zorgde van het aanpakken van psychiatrische problematiek in de eerste lijn. (21) Uit een onderzoek bleek dat huisartsen ontevreden waren over het aanbod een gespecialiseerde psychiatrische training na de opleiding geneeskunde. (37) Uit de interviews van dit onderzoek blijkt echter dat sommige van de huisartsen deze bijscholingen als onnuttig zouden ervaren en liever praktische handvaten meekrijgen om gebruik van de maken in de praktijk. Het zou een goed idee

kunnen zijn om huisartsen in Vlaanderen specifiek te gaan bevragen wat hun opvatting is over zinvolle bijscholingen en deze op basis van hun mening te gaan organiseren. Eventueel zou kunnen rekening gehouden worden met de locatie waar deze georganiseerd worden, naargelang het voorkomen van deze pathologie, bijvoorbeeld: in dorpscontext eerder richten op herkenning en doorverwijzing, in stadscontext meer tools geven om ook acute situaties aan te pakken, aangezien de prevalentie hiervan daar hoger lijkt.

Kerntaken van de huisarts

In de inleiding werd reeds neergeschreven dat het een taak is van de huisarts om een coördinerende rol op zich te nemen en een overzicht te bewaren over de gezondheidssituatie van de patiënten. Daarbij wordt gesproken over verschillende aspecten van gezondheid, namelijk fysieke, mentale en sociale gezondheid. De huisarts vormt een eerste aanspreekpunt en verwijst gericht door door middel van zijn kennis en ervaring. (2) Een tijdige doorverwijzing is van groot belang in de preventie van ernstige decompensatie ten gevolge van psychisch lijden. (29) Ze staan in voor de chronische opvolging van de gezondheidssituatie van de patiënt. Zoals uit de literatuur blijkt is de somatische en preventieve zorg hier een belangrijk deel van, maar wordt deze vaak ondergeschikt gesteld aan het mentaal welzijn bij deze psychisch kwetsbare populatie. (8–17) Ook proberen zij ondersteuning te bieden aan naasten en familie van de patiënt met een EPA, omdat ook zij getroffen kunnen zijn door het ziektebeeld van de patiënt.

Uit de interviews werden enkele, door de huisartsen zelf gedefinieerde, kerntaken vermeld. Zo zien zij bij zichzelf een belangrijke signaleringsfunctie binnen de acute psychiatrische zorg. Daarbij is tijdige en gerichte doorverwijzing belangrijk, maar daar stoten zij snel op de barrière van toegankelijkheid. Daarnaast vinden zij het ook belangrijk continuïteit van zorg te voorzien en patiënten langdurig te ondersteunen in hun bredere gezondheid. Echter, over de ondersteuning binnen de psychosociale zorg lopen de meningen soms uiteen. Sommige artsen vinden dat zij daar een belangrijke taak in hebben, andere besteden het liever uit aan professionals binnen de sociale sector (sociaal werker, maatschappelijk werker). Ook voor het opvolgen, voorschrijven en toedienen van medicatie zien zij zichzelf een rol spelen. Enkel van het voorschrijven van nieuwe, gespecialiseerde medicatie, zien zij zich eerder geen rol weggelegd. Opvallend tijdens de interviews is dat slechts één keer vermeld is dat somatische opvolging een kerntaak van de huisarts is. Wanneer er tijdens de interviews uit de literatuur werd toegelicht dat deze zorg ondermaats is, konden de artsen zich hierin schikken. De voornaamste reden die zij hier zelf voor aanhalen is dat voor hen de aandacht eerder richting het mentaal welzijn drijft. Ook communicatie tussen arts-patiënt verloopt niet altijd efficiënt, waardoor het diagnostisch proces of behandeling minder goed verlopen. Een mogelijke oplossing voor dit probleem zou kunnen zijn dat de preventieve en somatische zorg eerder volgens een vooraf opgesteld protocol verloopt, waardoor huisartsen minder geneigd zijn om dit over het hoofd te zien. Tenslotte geven de huisartsen ook aan dat het opbouwen van een goede vertrouwensrelatie als belangrijke taak gezien kan worden, omdat ook dit voor deze kwetsbare patiëntengroep drempelverlagend kan werken. Bij het uitwerken van eventuele protocollen, richtlijnen of bijscholingen voor huisartsen in hun zorgen voor patiënten met EPA zou het als vertrekpunt kunnen dienen de kerntaken van de huisartsen in deze zorg te gaan definiëren en als rode draad gebruiken. Des te beter de kerntaken door huisartsen zelf erkend worden, des te beter zij hier aandacht aan kunnen schenken in hun consulten.

Emoties van de huisarts

In principe wordt nergens specifiek gepeild naar de emoties van de huisartsen bij het behandelen van deze patiënten. In kwalitatief onderzoek wordt echter toch aangekaart dat de emotionele impact op de arts een belangrijk aspect is op hun beleving van deze zorg. (31–33) In deze studie werden enkele van deze emoties die uit de interviews naar boven komen toegelicht. Voorbeelden hiervan zijn: frustratie, angst, twijfel, onmacht... Er werden gelukkig ook positieve emoties benoemd, zoals veiligheid, zelfzekerheid en geruststelling. Enkele van de artsen spraken over 'coping'-strategieën die ze toepassen om deze emoties een plaats te geven, waarvan de meest besprokene het kunnen overleggen van deze situaties met collega's is. Andere voorbeelden zijn mindfulness, boeken en podcasts. Dit onderzoek ondersteunt dat emoties een belangrijke rol spelen bij de ervaring van deze zorg en daarom lijkt het opportuun om strategieën of aanbevelingen te ontwikkelingen die huisartsen kunnen ondersteunen in hun 'coping' met deze zorg.

In de literatuur wordt ook beschreven dat huisartsen die een persoonlijke interesse hebben ten opzichte van psychiatrische problematiek positiever staan ten opzichte van deze zorg. (34) Zoals neergeschreven lijkt een van de artsen voorgaande stelling te bevestigen. Hij/zij beschrijft deze zorg een warm hart toe te dragen, omwille van de persoonlijke interesse die hij/zij al sinds het einde van zijn/haar opleiding meedraagt.

Reflectie

Tussen de interviews onderling waren enkele duidelijke tegenstrijdigheden aanwezig. De antwoorden die huisartsen formuleerden waren zeer subjectief en volledig vanuit hun eigen ervaring. Het viel op dat veel huisartsen in hun consultvoeren een eigen stijl hadden ontwikkeld en deze enorm kon verschillen met die van hun collega's. Bepaalde barrières en moeilijkheden kwamen nagenoeg alle huisartsen in hun zorg voor deze patiënten tegen, zoals hoger vermeld: impact op de huisarts bij acute episodes, kennis over en opstarten van psychofarmaca, toegankelijkheid van en terugkoppeling vanuit de tweede lijn en aandacht voor preventieve en somatische zorg. Hier worden enkele voorbeelden opgesomd ter illustratie: er lagen grote verschillen in de benadering van deze patiënten, waarbij een deel van de huisartsen zich meer paternalistisch ging opstellen, vanuit een medelevende, zorgende rol. Terwijl andere huisartsen dan weer probeerden deze patiënten te bewaken in hun autonomie en beslissingsrecht door hen zoveel mogelijk regie zelf te laten behouden. Over de taken van de huisarts liepen de meningen ook uiteen over het administratieve en sociaal ondersteunende luik van de zorg. De meeste huisartsen waren het er over eens liefst steeds overleg te hebben met een psychiater bij opstarten van bepaalde psychofarmaca uit de tweede lijn, behalve één huisarts. Eén huisarts gaf ook aan dat toegankelijkheid van tweede lijn voor hem/haar geen probleem was, in tegenstelling tot alle andere huisartsen.

Dit onderzoek kent echter enkele beperkingen. Zo werd met 10 interviews al een saturatie bereikt van antwoorden op alle thema's in de interviews. Toch is een steekproef van 10 huisartsen, hoewel ook goed gespreid qua leeftijd, geslacht en werkgebied, te beperkt om representatief te zijn voor de ganse

huisartsenpopulatie in Vlaanderen. Het onderzoek is ook onderhevig aan bias. Zo zijn er verschillende vormen van bias waarop moet gelet worden bij de onderzoeker. 'Confirmation bias' waarbij de onderzoeker geneigd is om vooral informatie op te merken en te interpreteren die zijn/haar hypothesen bevestigt. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in hoe vervolgvragen gesteld worden tijdens het interview, of in hoe uitspraken van deelnemers geïnterpreteerd worden. 'Interviewer bias' waarbij de manier waarop de onderzoeker vragen stelt, intonatie gebruikt of non-verbaal communiceert, de participant beïnvloed kan worden in zijn/haar antwoorden. Tenslotte is er ook 'interpretation bias' waarbij de analyse van de kwalitatieve data sterk onderhevig is aan de subjectieve interpretatie van de onderzoeker. De onderzoeker kan onbewust bepaalde uitspraken zwaarder laten wegen of in een bepaalde richting interpreteren, beïnvloed door persoonlijke overtuigingen of voorkennis. Deze voorkennis werd door middel van een literatuuronderzoek op voorhand opgebouwd. Veel stellingen die in de literatuur reeds naar voor werden gebracht als mogelijke 'moeilijkheden en barrières', kunnen daardoor ook sterker belicht zijn. Ook de participant kan onderhevig zijn aan bias, zoals 'sociale wenselijkheid', waarbij de participant antwoorden geeft waarvan hij/zij denkt dat die sociaal acceptabel of wenselijk zijn, in plaats van wat hij/zij echt denkt of voelt. Dit komt vaker voor in wanneer gevoelige onderwerpen besproken worden. Wat ook sterk opviel was 'recency bias', waarbij de participanten bij het antwoorden op bepaalde stellingen vaak grijpen naar een recente gebeurtenis om hun stelling kracht bij te zetten. Daardoor lijken hun meest recente ervaringen hun antwoorden vooral te kleuren. Hierop aansluitend ook 'recall bias', waarbij herinneringen uit het verleden vertekend kunnen zijn doordat het geheugen van de participant bepaalde aspecten van het verhaal sterken of anders doen lijken dan ze werkelijk waren.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

In verdere onderzoeken zouden de thema's die in dit verkennende onderzoek aan bod kwamen in de diepte kunnen onderzocht worden. Dit kan bijvoorbeeld opnieuw op basis van een kwalitatief onderzoek met diepte-interviews, maar ditmaal zich beperkt tot 1 thema (bijvoorbeeld: 'Hoe verloopt de samenwerking met de tweede lijn (psychiatrische zorg) volgens huisartsen in hun zorg voor patiënten met een EPA?'). Door hier opnieuw dieper op in te gaan en zich te beperken tot een nauwer onderwerp, kan zeer rijke en gedetailleerde informatie verkregen worden en waarbij de verschillen en nuances duidelijker kunnen beschreven worden. Ook hier staat vooral verkenning en diepgang centraal. Deze interviews kunnen georganiseerd worden opnieuw één-op-één of aan de hand van focusgroepen.

Vervolgens kunnen ook kwantitatieve vervolgonderzoeken uitgevoerd worden, met als doel, eenmaal een onderwerp volledig is uitgediept, te gaan onderzoeken of de stellingen die geponeerd werden in het kwalitatieve onderzoek generaliseerbaar zijn naar een bredere groep huisartsen. Een kwantitatieve vragenlijst met betrekking tot één of slechts enkele thema's kan op die manier uitgestuurd worden naar een grotere steekproef van huisartsen, die zo beter representatief is voor de bredere groep huisartsen. (Voorbeeld onderzoek: The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS) (38))

Conclusie

De zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is complex, maar gezien de prevalentie van EPA's op populatieniveau, vormt dit een niet te onderschatten onderdeel van de huisartsgeneeskunde. In dit onderzoek werd, aan de hand van kwalitatieve interviews met tien huisartsen, getracht om diverse thema's binnen deze zorg te exploreren en op basis van hun ervaringen zowel pijnpunten als goedlopende aspecten te definiëren. Er werden zeven thema's geïdentificeerd, namelijk: acute psychiatrische zorg; chronische psychiatrische zorg; preventieve en somatische zorg; samenwerking met de gespecialiseerde zorg; kennis, vaardigheden en bijscholing; kerntaken van de huisarts; en emoties bij huisartsen. Dit onderzoek heeft aangetoond dat er nog verschillende moeilijkheden en barrières bestaan voor huisartsen om goede en adequate zorg te kunnen verlenen aan patiënten met een EPA. Vooral aspecten zoals de impact op de huisarts tijdens acute episodes, kennis over en het opstarten van psychofarmaca, de toegankelijkheid van en terugkoppeling vanuit de tweede lijn, en aandacht voor preventieve en somatische zorg, worden consequent door huisartsen benoemd. Dit onderzoek hoopt een eerste stap te zijn in het verder uitdiepen van deze knelpunten, zodat in vervolgonderzoek mogelijke oplossingen kunnen worden aangereikt om de zorg voor deze patiëntenpopulatie te optimaliseren.

Bronnenlijst

1. Ph. Delespaul, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschr Psychiatr. 2013;55:427–38.
2. Houtman I, Oud M. Begeleiden van patiënten met een ernstige psychische aandoening.
3. Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek.
4. jaarverslag_upc_ku_leuven_2019_-_lr.
5. DGGS Gezondheidszorg - Dienst Data- en beleidsinformatie. Prevalentie van ziektebeelden in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. 2024.
6. Peen J, Dekker J. Admission rates for schizophrenia in The Netherlands: An urban/rural comparison. Acta Psychiatr Scand. 1997;96(4):301–5.
7. Jespers V, Christiaens W, Kohn L, Savoye I, Mistiaen P. Somatische zorg in een psychiatrische setting - Synthese [Internet]. Available from: www.kce.fgov.be
8. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC, McEvoy JP, Davis SM, Stroup TS, et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: Data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. Schizophr Res. 2006 Sep;86(1–3):15–22.

9. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. Front Psychiatry. 2022 Jan 26;12.

10. Druss BG, David Bradford ; W, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients With Mental Disorders.

11. Zolezzi M, Abdulrhim S, Isleem N, Zahrah F, Eltorki Y. Medical comorbidities in patients with serious mental illness: a retrospective study of mental health patients attending an outpatient clinic in Qatar. Neuropsychiatr Dis Treat. 2017 Sep;Volume 13:2411–8.

12. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. Psychiatric Services. 2004 Nov;55(11):1250–7.

13. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 14, World Psychiatry. 2015. p. 339–47.

14. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. Vol. 170, Am J Psychiatry. 2013.

15. Osborn DPJ, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam ; Amir, King MB. Relative Risk of Cardiovascular and Cancer Mortality in People With Severe Mental Illness From the United Kingdom's General Practice Research Database. Vol. 64, Arch Gen Psychiatry. 2007.

16. Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. British Journal of Psychiatry. 1996;169(6):733–9.

17. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. Schizophr Res. 2005 Dec 1;80(1):45–53.

18. Morden NE, Mistler LA, Weeks WB, Bartels SJ. Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role. Vol. 22, Journal of the American Board of Family Medicine. 2009. p. 187–95.

19. Van Hasselt FM, Oud MJ, Loonen AJ. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: A qualitative study assessing the view of patients and families. BMC Health Serv Res. 2013;13(1).

20. Mittal D, Owen RR, Ounpraseuth S, Chekuri L, Drummond KL, Jennings MB, et al. Targeting stigma of mental illness among primary care providers: Findings from a pilot feasibility study. Psychiatry Res. 2020 Feb 1;284.

21. MacCarthy D, Weinerman R, Kallstrom L, Kadlec H, Hollander MJ, Patten S. Mental health practice and attitudes of family physicians can be changed! Perm J. 2013;17(3):14–7.

22. Kai J, Crosland A, Kai J, Crosland A. Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study. 2001.

23. Lester HE, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: Focus group study. Br Med J. 2005 May 14;330(7500):1122–6.

24. Lester H, Tritter JQ, England E. Satisfaction with primary care: The perspectives of people with schizophrenia. Fam Pract. 2003 Oct;20(5):508–13.

25. Ruud T, Aarre TF, Boeskov B, Husevåg PS, Klepp R, Kristiansen SA, et al. Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: A seven-year follow-up study of a clinical cohort. Int J Ment Health Syst. 2016 Apr 12;10(1).

26. Wiener JC, Rodrigues R, Reid JNS, Archie S, Booth RG, Cheng C, et al. Patient and Physician Factors Associated with First Diagnosis of Non-affective Psychotic Disorder in Primary Care. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2023 Mar 1;50(2):212–24.

27. Nazareth I, King M, Davies S. Care of schizophrenia in general practice: the general practitioner and the patient. Vol. 45, C) British Journal of General Practice. 1995.

28. Anderson KK, Kurdyak P. Factors Associated with Timely Physician Follow-up after a First Diagnosis of Psychotic Disorder. Canadian Journal of Psychiatry. 2017 Apr 1;62(4):268–77.

29. Anderson KK, Fuhrer R, Wynant W, Abrahamowicz M, Buckeridge DL, Malla A. Patterns of health services use prior to a first diagnosis of psychosis: The importance of primary care. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Sep;48(9):1389–98.

30. Oud MJT, Schuling J, Groenier KH, Verhaak PFM, Slooff CJ, Dekker JH, et al. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: A cohort study. BMC Fam Pract. 2010;11.

31. Loeb DF, Bayliss EA, Binswanger IA, Candrian C, DeGruy F V. Primary care physician perceptions on caring for complex patients with medical and mental illness. J Gen Intern Med. 2012 Aug;27(8):945–52.

32. Jego M, Debaty E, Ouirini L, Carrier H, Beetlestone E. Caring for patients with mental disorders in primary care: A qualitative study on French GPs' views, atittudes and needs. Fam Pract. 2018 Sep 26;36(1):72–6.

33. Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Jong BM De. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? BMC Fam Pract. 2007;8.

34. Fleury Assistant Professor MJ, Bamvita JM, Farand Associate Professor L, Tremblay Researcher J, Professor A. Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders.

35. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-De Jong B. Care for patients with severe mental illness: The general practitioner's role perspective. BMC Fam Pract. 2009;10.

36. Magnée T, De Beurs DP, Boxem R, De Bakker DH, Verhaak PF. Potential for substitution of mental health care towards family practices: an observational study. BMC Fam Pract. 2017 Jan 31;18(1):1–8.

37. Leahy D, Schaffalitzky E, Saunders J, Armstrong C, Meagher D, Ryan P, et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. Early Interv Psychiatry. 2018 Apr 1;12(2):202–16.

38. Simon AE, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G, et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). Schizophr Res. 2009;108(1–3):182–90.

39. Geestelijke gezondheidszorg begint (ook) bij de huisarts - Artsenkrant op pc - Artsenkrant.com.

40. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management Clinical guideline [Internet]. 2014. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg178