

STIGMATISERING VAN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Een focusgroeponderzoek

K. ADRIAENSEN, K. HILLEMANS, J. DE LEPELEIRE

ACHTERGROND

In de klinische praktijk wordt stigmatisering van patiënten met psychiatrische problemen ervaren.

DOELSTELLING

In deze bijdrage wordt getracht deze stigmatisering in de Vlaamse huisartsenpraktijk te schetsen.

METHODE

Focusgroeponderzoek in de Huisartsenkring Regio Mortsel (HRM) tussen augustus 2010 en februari 2011.

RESULTATEN

Huisartsen definiëren het begrip stigma als: vooroordelen, stempel, label, extra kwetsbaarheid en vooringenomenheid. Door allerlei gepercipieerde moeilijkheden in de zorg voor psychiatrische patiënten, zowel op het niveau van de arts, de patiënt, de maatschappij en de praktijkorganisatie, zoeken huisartsen naar eigen oplossingen. Zo maken ze een onderscheid tussen de 'psychiatrische' en de 'niet-psychiatrische patiënt', stellen ze duidelijke grenzen naar de patiënt en verwijzen ze sneller door. Als mogelijke oorzaken voor stigma komen vooral een gebrek aan kennis en ervaring en de belangrijke tijdsinvestering zonder financiële compensatie naar voren. Een gevolg van stigma blijkt het anders nadenken over en aanvragen van technische onderzoeken. Als mogelijke oplossing stellen huisartsen onder andere extra opleiding en specifieke nomenclatuurnummers voor.

BESLUIT

In de zorg voor psychiatrische patiënten ondervinden huisartsen vele problemen. Mogelijk speelt stigmatisering hier ook een rol, gezien huisartsen een deel van de oorzaak van deze problemen bij de patiënt zelf leggen of bij de moeilijke samenwerking met de gespecialiseerde gezondheidszorg. Het aanpakken van deze stigmatisering zou een belangrijke kwaliteitsverbetering met zich kunnen meebrengen.

K. Adriaensen is huisarts in Lint en werkzaam in het psychiatrisch centrum Broeders Alexianen te Boechout;

K. Hillemans is huisarts in Lint en bestuurslid van Domus Medica;

J. De Lepeleire is huisarts in Lint en verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

Correspondentie: katrien.adriaensen@hotmail.com

Belangenconflict: niets vermeld

Dit artikel is een onderdeel van de masterthesis Huisartsgeneeskunde: 'Stigmatisering van psychiatrische patiënten door Huisartsen'.

Adriaensen K, Hillemans K, De Lepeleire J. Stigmatisering van psychiatrische patiënten. Een focusgroeponderzoek. *Huisarts Nu* 2012; 41:27-33.

INLEIDING

In de klinische praktijk worden belangrijke vooroordelen opgemerkt over geestelijke gezondheidszorg, psychofarmaca en psychiatrie, bij patiënten zowel als bij artsen. Verschillende auteurs definieerden het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en de gevolgen hiervan.¹⁻⁹ Hoewel de literatuur het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten herkent en beschrijft, blijft kennis vaak academisch en weinig concreet bruikbaar en werden vooral internationale gegevens teruggevonden. Deze bijdrage probeert een antwoord te geven op de vragen: wat betekent stigmatisering van psychiatrische patiënten voor de Vlaamse huisarts en hoe doet zich dit voor?

METHODE

Er werd gekozen om een kwalitatief onderzoek uit te voeren met behulp van focusgroepen.^{10,11}

Opzet van het onderzoek

In een lokale huisartsenkring, Huisartsen Regio Mortsel, werden huisartsen gerekruteerd via LOK-groepen (Lokaal kwaliteitsoverleg). Eén LOK-groep moest worden uitgesloten

omdat twee auteurs er deel van uitmaken. Via mail werden de overige vijf LOK-verantwoordelijken uitgenodigd voor een gesprek over de zorg voor psychiatrische patiënten. Vier groepen reageerden positief, één LOK-verantwoordelijke was niet geïnteresseerd.

Negenenvijftig kringleden kregen van hun LOK-verantwoordelijke een uitnodiging voor een bijeenkomst met als titel: 'De zorg voor psychiatrische patiënten'. Van die 59 participeerden er 39 (responsratio 73,6%). In de vier deelnemende LOK-groepen werd een participatiegraad gehaald van respectievelijk 100%, 58,8%, 92,9% en 53,8%. Elke groep bestond uit zeven tot dertien huisartsen. Drieëndertig procent van alle deelnemers was mannelijk. De leeftijd varieerde tussen 31 en 75 jaar met een gemiddelde leeftijd van 52,2 jaar.

Alle focusgroepen vonden plaats tussen augustus 2010 en februari 2011. Na het uitvoeren van vier focusgroepen werd saturatie bereikt.

Gegevensverzameling

Bij de start van elke LOK werd aan de deelnemers het principe van een focusgroeponderzoek uitgelegd, namelijk een open discussie onder leiding van een moderator die zorgt dat elke

deelnemer aan het woord komt. Tevens werd toestemming gevraagd een geluidsoptname te maken. Elke LOK verliep op gelijke wijze aan de hand van een vooraf opgesteld draaiboek. Deelnemers kregen allen dezelfde folder als leidraad. Elke focusgroep startte met het bespreken van vier casussen en twaalf uitspraken, al dan niet passend bij een casus (figuur). Dit werd gebaseerd op een casevignette studie.¹²

Vervolgens werd overgegaan tot een discussie over drie stellingen: (1) *Ik volg zowel de fysieke als psychische gezondheid van mijn psychiatrische patiënten goed op.* (2) *Ik doe evenveel fysieke en technische onderzoeken bij mijn psychiatrische patiënten als bij al mijn patiënten.* (3) *Ik kan me voorstellen dat ik me in mijn beslissing om een patiënt naar spoed te verwijzen, zou laten beïnvloeden door een psychiatrische voorgeschiedenis.*

Daarna werden de definitie, het voorkomen, de oorzaken en de oplossingen van stigma besproken. In alle groepen waren een moderator en een observator aanwezig die notities maakten. Alle sessies duurden tussen 85 en 95 minuten. De audio-opnames werden nadien uitgetypt.

Data-analyse

Twee onderzoekers lazen de teksten van de vier focusgroepen na om een algemeen idee over de gevoeligheden betreffende het thema te krijgen. Nadien werden in overleg op een deductieve manier conceptuele categorieën en subcategorieën opgesteld. Opnieuw werden de teksten nagelezen en werden alle betekenisvolle uitspraken onderverdeeld in de categorieën en subcategorieën met behulp van het softwareprogramma Q-weft. Zeer bewust werd getracht de uitspraken niet in bepaalde categorieën te forceren. Hierna zaten de onderzoekers en focusgroepen opnieuw samen en werden alle moeilijkheden doorgesproken en gecorrigeerd met onder andere een herindeling van categorieën. Op die manier werd een taxonomie opgesteld om het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen te begrijpen en te omschrijven.¹³

RESULTATEN

Definitie van 'stigma'

Bij het rechtstreeks peilen naar een definitie voor het begrip 'stigma', werden in alle focusgroepen volgende termen geïnventariseerd: stempel, negatief label, extra kwetsbaarheid, vooroordelen, vooringenomenheid en identificatie van de patiënt met een ziekte. Het handelen naar dit label noemt men 'stigmatiseren van de patiënt'. Ervaringen in het verleden blijken hierbij een belangrijke rol te spelen. Toch zien niet alle huisartsen een label als iets negatiefs.

'Het kan ook leiden tot een extra alertheid en daardoor tot het beter opvolgen en behandelen van de patiënt.'

Volgens sommigen krijgt bijna elke patiënt een label, bijvoorbeeld 'de diabeet', 'de hypochonder', 'de schizofreen', en heeft dit niet zozeer specifiek met psychiatrische patiënten te maken.

WAT IS GEKEND?

Huisartsen spelen een belangrijke rol in de gezondheidszorg voor patiënten met psychiatrische problemen.

Artsen stigmatiseren zoals de algemene bevolking, wat aanleiding geeft tot een slechtere fysieke gezondheidszorg via het proces van 'diagnostic overshadowing'.

Studenten stigmatiseren en worden gestigmatiseerd bij interesse voor psychiatrie.

WAT IS NIEUW?

Exploratie van 'stigmatisering van psychiatrische patiënten' door Vlaamse Huisartsen.

De specifieke praktijkvoering die huisartsen hanteren in de zorg voor hun psychiatrische patiënten in kaart brengen.

Aanwezigheid, oorzaken, gevolgen en oplossingen van deze 'stigmatisering' volgens huisartsen in kaart brengen.

Figuur: Vier casussen en twaalf uitspraken besproken door de focusgroepen.

Een dertigjarige getrouwde huisvrouw met een vijfjarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze verkeert in goede gezondheid; ze heeft een voorgeschiedenis van depressie sinds twee jaar onder goede controle met antidepressiva; ze heeft een voorgeschiedenis van diabetes sinds twee jaar onder goede controle met antidiabetica; ze heeft een voorgeschiedenis van schizofrenie sinds twee jaar onder goede controle met antipsychotica. Ze verhuisde twee maand geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slaperigheid, vermoeidheid en nausea.

- U zou blij zijn deze patiënt aan uw patiëntenbestand te kunnen toevoegen.
- Deze persoon zal waarschijnlijk veel tijd van u vragen.
- U zou deze patiënt doorverwijzen naar de specialist.
- Deze patiënt is waarschijnlijk gevaarlijker dan de meeste andere patiënten.
- De compliance wat betreft inname van medicatie en opvolging van therapie zal bij deze patiënt vermoedelijk minder zijn.
- U zou zich zorgen maken over de gezondheid van het kind.
- Het is waarschijnlijk dat deze patiënt te veel drinkt.
- Het is waarschijnlijk dat deze patiënt illegale drugs gebruikt.
- U zou deze patiënt adviseren gezonder te eten en meer te bewegen.
- Deze patiënt wekt uw sympathie op.
- U zou persoonlijk haar vorige huisarts contacteren.
- U zou overwegen haar te verwijzen voor counseling.

Specifieke praktijkvoering bij psychiatrische patiënten

Door de vele problemen die huisartsen ervaren in de zorg voor psychiatrische patiënten, wordt een specifieke praktijkvoering gehanteerd. Zo blijkt vooreerst dat verschillende huisartsen een onderscheid maken tussen de 'psychiatrische patiënt' en de 'niet-psychiatrische patiënt'. Dit onderscheid blijkt deels afhankelijk van de aanwezige pathologie: de huisarts is redelijk vertrouwd met depressie en psychosomatiek, maar voelt zich minder vertrouwd met psychose en schizofrenie.

Ondervonden moeilijkheden

Artsen ondervinden een belangrijk gebrek aan kennis en ervaring. Men geeft aan onvoldoende opgeleid te zijn om de begeleiding op te nemen van ‘zware psychiatrische patiënten’, bijvoorbeeld psychotici en patiënten met schizofrenie. Omdat de incidentie in de huisartsenpraktijk laag is, kan ervaring niet snel groeien. Bovendien bestaan er geen Nederlandstalige richtlijnen over de omgang met en de behandeling van deze ‘zware psychiatrie’. Vele artsen kampen dan ook met een therapeutische onzekerheid.

‘Somatische problemen zijn veel duidelijker. Tegen een patiënt met diabetes kan je bijvoorbeeld zeggen: Je verzorgt je niet goed want je HbA1C is 8%. Dat zit in regeltjes. Psychische problemen zijn minder afgelijnd.’

Andere artsen spreken dit dan weer tegen.

‘Ik frustrer me daardoor juist meer bij een patiënt met diabetes die zich niet aan het dieet houdt.’ ‘Bij iemand met psychiatrische problemen trek ik me dat minder aan.’

Daarnaast spelen de eigen emoties van de arts een belangrijke rol. Een beperkt aantal huisartsen geeft aan specifieke affiniteit en interesse te bezitten voor psychiatrische patiënten. Vele anderen voelen zich echter onwennig. Sommigen zeggen zelfs echt bang te zijn.

‘Je kunt toch best aan de deur blijven staan, zodat ze je niet kunnen aanvallen.’ ‘Misschien gaat die wel raar doen.’

Ook frustratie speelt een belangrijke rol.

‘Psychiatrie is vaak een bodemloos vat, je steekt er veel tijd in maar er komt niets van in huis.’

Daardoor ontstaat een machteloos gevoel.

‘Je kunt je therapeutisch arsenaal niet even efficiënt aanwenden als bij iemand met een evenwichtige persoonlijkheidsstructuur.’

Psychiatrische patiënten vragen vaak ook veel tijd.

‘Het vraagt meer tijd dan een patiënt met bijvoorbeeld diabetes.’ ‘Het is moeilijk deze patiënten in een gestructureerd dagritme ertussen te nemen, ze vormen een continue verstoring van een normaal ritme.’

Op het niveau van de patiënt geven de huisartsen een belangrijk gebrek aan compliance en ziekte-inzicht als belangrijkste problemen aan.

‘Buikpijn bij een psychiatrische patiënt heeft een andere betekenis dan bij een niet-psychiatrische patiënt.’

Ze ondervinden ook een belangrijk communicatieprobleem: de problemen zijn anamnestic vaak minder duidelijk dan bij andere patiënten.

‘Eerst komen ze met al hun psychische problemen en wanneer je dan al uitgelopen bent, willen ze het ook nog hebben over hun fysieke klachten.’

Ook de opbouw van een vertrouwensrelatie blijkt moeilijker te lopen dan bij andere patiënten.

‘Ze zijn wispelturiger.’

Soms voelt de huisarts zich geremd doordat hij denkt dat de patiënt een bepaald idee of een bepaalde diagnose niet wil horen.

‘Ze willen niet geholpen worden.’ ‘Sommige patiënten blijven zoeken naar die arts die zegt wat zij willen horen, bijvoorbeeld patiënten met Münchhausensyndroom.’

Op het niveau van praktijkorganisatie botsen huisartsen op de zeer moeilijke doorverwijzing naar en samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

‘Op een afspraak moet je vaak lang wachten.’

‘Van teamwork met psychiaters kan niet echt gesproken worden als je nooit een verslag krijgt.’

Tot slot ervaren artsen dat de kostprijs van de gespecialiseerde gezondheidszorg voor veel patiënten toch ook een struikelblok blijkt.

‘Ik vang ze dan maar op omdat er geen andere optie is.’

Omwille van de problemen die vele artsen lijken te ondervinden met psychiatrische patiënten, proberen ze met deze patiënten duidelijke afspraken te maken. Zo geven enkele artsen in elke focusgroep de boodschap:

‘U kunt steeds bij mij terecht voor uw fysieke problemen, maar voor uw psychische problemen gaat u bij de psychiater.’

Andere artsen willen wel meegaan in de psychiatrische problemen, maar stellen toch ook duidelijke grenzen.

‘U kunt morgen bij mij terecht, dan trek ik een half uurtje voor u uit.’ ‘Ik wil u zien onder die en die voorwaarden. Indien u zich daar niet aan houdt, kan ik niet in uw verhaal meegaan.’

Grenzen stellen, taakafbakening en temporiseren komen ter sprake als eigen oplossing in de zorg voor psychiatrische patiënten.

Sommige artsen geven ook aan de psychiatrische patiënt snel door te verwijzen naar de psycholoog of de psychiater.

‘Ik weet dat dit niet mijn beste terrein is. Ik zeg dat zo tegen de patiënt en verwijs hem door.’

Sommigen lijken dit te doen vanuit de notie dat de pathologie niet goed gekend of beheerst is.

‘Je kent je eigen beperkingen en grenzen.’

Anderen lijken dit eerder te doen vanuit een negatieve attitude of gebrek aan interesse. Vooral de ‘zware psychiatrie’ en het zelf opstarten van ‘zware psychofarmaca’ zien de meeste huisartsen niet zitten.

In een zeldzame groepspraktijk werken psychologen onder hetzelfde dak als de huisarts. Dit wordt door de huisarts ervaren als een zeer goede oplossing in de zorg voor de

psychiatrische patiënt. Eenvoudig overleg en samenwerking zijn hierdoor mogelijk. Bovendien zit de patiënt in dezelfde wachtzaal wat drempelverlagend werkt.

Voorkomen van stigma in de huisartsenpraktijk

Of stigma voorkomt binnen de huisartsenpraktijk, lijkt voor de huisarts een moeilijke vraag. Een enkele huisarts geeft spontaan aan het gevoel te hebben psychiatrische patiënten niet goed op te volgen:

'Ik zoek veel te snel een reden in hun psychiatrische voorgeschiedenis en zou eigenlijk alerter moeten zijn voor een somatische oorzaak.'

Veelal wordt eerder in vage bewoordingen gesproken:

'Ja, ik ben wel onwennig.'

'Het blijft een alarmsignaal.'

De eigen oplossingen vinden huisartsen vaak voldoende voor het probleem van stigmatisering.

'Ik probeer destigmatiserend te zijn en verwijst patiënten daarom naar de psychiater. Voor hun normaal stuk kunnen ze bij mij terecht. De specifieke problemen besteed ik uit.'

Soms legt men de locus of control buiten zichzelf.

'Stigma bevindt zich niet op ons niveau maar op macroniveau, op het niveau van de maatschappij.'

Mogelijk lijkt ook dit voor een stuk bepaald door het type pathologie. Depressie en angstproblemen lijken meer aanvaard te zijn dan bijvoorbeeld psychose, schizofrenie of borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Op het niveau van de patiënt erkennen huisartsen een duidelijke stigmatisering.

'Je beseft dat je als psychiatrische patiënt speciaal bent.'

'Wij stigmatiseren depressieve patiënten niet meer, maar een depressie kan voor een depressieve patiënt zeer stigmatiserend zijn. Zeker wanneer je hen wil verwijzen voor een opname. Dan komen ze tussen alle andere psychiatrische patiënten en dragen ze een stempel voor de rest van hun leven. Ook psychofarmaca zijn voor sommigen heel moeilijk.'

Ook op het niveau van de maatschappij wordt stigmatisering van psychiatrische patiënten herkend.

'Ik kreeg telefoon van de familie: Je gaat hem toch niet naar het zottenhuis sturen hé?'

Verder vertelde een arts dat een patiënt hem had gevraagd of hij op een medische vragenlijst voor een verzekering moest schrijven dat hij antidepressiva neemt.

'Dan word je meteen een ander, minder stabiel iemand.'

Of dit typisch is voor psychiatrische problemen lijkt echter minder duidelijk.

'Ik heb ook een patiënt met MS die het op zijn werk niet wil vertellen om geen kansen op promotie te mislopen.'

Oorzaken

Bij het rechtstreeks peilen bij de huisartsen naar oorzaken van stigma, komen bovengenoemde elementen opnieuw aan bod. Er lijkt geen affiniteit of interesse te zijn voor psychiatrische problemen en de huisarts voelt zich machteloos en gefrustreerd omdat hij geen duidelijk resultaat bekommt. Psychiatrische zorg vraagt een belangrijke tijdsinvestering, wat moeilijk is in de huisartsenpraktijk. Er is een gebrek aan opleiding en ervaring en er zijn geen duidelijke richtlijnen voorhanden.

Ook hier lijkt de locus of control voor een belangrijk stuk bij de patiënt te komen. Zo wordt het compliantieprobleem bij de psychiatrische patiënt als een belangrijke oorzaak ervaren.

'Borderlinepatiënten nemen hun pillen wanneer ze willen.'

'Jij wil de fysieke gezondheid wel goed opvolgen maar zij willen niet.'

Toch wordt dit door anderen genuanceerd.

'Psychoten zijn minder compliant, dus ze nemen hun medicatie waarschijnlijk minder goed in. Toch trekken we dit te veel door. Dat heb je bijvoorbeeld ook met alloctonen en arm zijn. Er zit een waarheid in maar je trekt deze te hard door hoewel het niet geldig is voor iedereen.'

Daarnaast ervaren artsen ook een belangrijke onbetrouwbaarheid van en moeilijke communicatie met de psychiatrische patiënt.

'Sommigen zijn gevaarlijk, ze geven je een onprettig en onveilig gevoel.'

'Ze komen vijf keer met pijn op de borst en de zesde keer is het echt een acuut myocard infarct.'

Volgens een enkele huisarts speelt de kostprijs van psychotherapie voor vele patiënten een belangrijke rol.

'De patiënt moet veel betalen en dat is altijd een abonnement voor een heel jaar.'

Maatschappelijke fenomenen spelen mogelijk ook een rol.

'Op politiek vlak wint niemand stemmen door met de gevangenis of met psychiatrie bezig te zijn. Men probeert het dan ook weg te houden.'

'De maatschappij wordt steeds moeilijker dus de psychiatrische pathologieën zullen enkel maar toenemen.'

Volgens huisartsen dragen ook praktijkorganisatorische factoren bij in het ontstaan van stigma. Zo bestaan er meningsverschillen over het vermelden van een psychiatrische voorgeschiedenis in het dossier of in een verwijsbrief.

'Ik schrijf nooit in een verwijsbrief dat een patiënt een psychiatrische voorgeschiedenis heeft. Anders kijken ze op spoed niet serieus naar hem.'

'Als iemand naar spoed moet voor een enkelfractuur en er staat in de verwijsbrief dat de patiënt een zelfmoordpoging ondernam, erger ik me daar dood aan. Dat kan niet, dat is totaal niet relevant.'

Daarnaast vinden huisartsen dat de opvangmogelijkheden voor psychiatrische patiënten absoluut tekort schieten. Acute psychiatrische problemen krijgen artsen zeer moeilijk verwezen, zeker wanneer ze de patiënt willen laten opnemen.

'Je krijgt ze niet verwezen, jongeren al helemaal niet. Je kan ze acuut naar het gekende regionale ziekenhuis met uitgebreide PAAZ-afdeling sturen, maar dan komen ze tussen al die andere problematieken. Dan begint stigma snel te werken.'
'Ik stuur ze gewoon naar de spoed van een ziekenhuis met een PAAZ. Als je belt, zeggen ze toch dat ze niets kunnen doen.'
'Het grote probleem is ook dat je er, als huisarts, alleen voor staat. 's Nachts komt er niemand helpen.'

Ook de chronisch psychiatrische hulpverlening verloopt zeer moeilijk.

'Voor een afspraak bij de psycholoog of psychiater ben je maanden ver.'

Gevolgen

Huisartsen erkennen toch enkele gevolgen van stigmatisering in hun dagelijkse praktijk. Verschillende huisartsen geven aan meer technische onderzoeken aan te vragen, om toch zeker niets te missen.

'Als ze komen met van die psychosomatische klachten, gaan ze vaak diepgaande investigaties uitlokken.'

Anderen geven dan weer aan hun psychiatrische patiënt bewust uit het somatische circuit te houden.

'Bij hypochondrische patiënten vraag je minder snel onderzoeken aan. Je kunt niet blijven scannen. Maar je beseft dan wel dat als er toch iets is, je het zal missen.'

Toch worden soms ook onderzoeken aangevraagd om niet strikt medische redenen.

'Als je je patiënt niet gerustgesteld krijgt, zet je toch de stap naar een technisch onderzoek om de therapeutische relatie te kunnen behouden.'

Het is dan ook niet duidelijk of er algemeen genomen meer of juist minder technische onderzoeken worden aangevraagd dan bij andere patiënten.

Oplossingen

Verschillende oplossingen worden aangehaald om het stigma dat rust op patiënten met een psychiatrische aandoening te reduceren. Allereerst lijkt opleiding een goede eerste stap. Toch geeft een enkele huisarts eerlijk aan:

'Ik ben 64 jaar. Ik ga die opleiding niet volgen en ik zal ook niets veranderen.'

Anderen vinden dat opleiding vooral anders en concreter moet worden opgevat.

'Een soort vaardigheidstraining, hoe ga je met zo iemand om?'

Toch lijkt opleiding geen ultieme oplossing te bieden.

'Het heeft meer te maken met opvoeding dan opleiding. Respect hebben voor iedereen die anders is dan jezelf.'

Verder wordt het nut van opleiding eerder pessimistisch ingeschat.

'Het is toch een stukje aangeboren. Je kunt er wel op oefenen, maar heb je de affiniteit met een psychiatrische patiënt niet, zal je nooit heel goed worden.'

'Opleiding is mooi in theorie, dat is ongrijpbaar. Voor acute gevallen kan je nooit voldoende opleiding krijgen.'

Daarnaast wordt een specifiek nomenclatuurnummer voor langdurige gesprekken aangehaald als een oplossing voor stigmatisering.

'Intake bij specialist voor psychiatrische patiënt wordt speciaal gehonoreerd. Dan zou dat bij ons toch ook moeten kunnen.'

Dit wordt ook weer genuanceerd.

'Dat is extra stigmatiserend. Je bent zwaar ziek dus moet meer betalen.'

Op het niveau van de patiënt kan een betere thuisbegeleiding en contact met de mantelzorgers een oplossing zijn voor stigmatisering. De financiële verplichtingen van een psychotherapeutische consultatie lijken voor vele patiënten ook onoverbrugbaar.

Op het niveau van de maatschappij zou een belangrijke sensibilisering kunnen plaatsvinden.

'Bijvoorbeeld psychiatrische gevallen in familie en thuis, met uitleg erbij.'

'In de Libelle kan je vaak psychiatrische problemen lezen. Mensen herkennen dat dan bij zichzelf en komen ermee naar de huisarts. Volgens mij werkt de media op dat vlak destigmatiserend.'

Mantelzorg voor psychiatrische patiënten uitbouwen zien de huisartsen vooral als een oplossing op het niveau van de praktijkorganisatie.

'Er is een belangrijke kloof tussen de geïnstitutionaliseerde zorg en de thuissituatie. Plots staan ze er terug alleen voor.'

Huisartsen willen ook dringend een betere samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Ze willen verslagen krijgen, snel kunnen overleggen en indien nodig snel iemand kunnen verwijzen voor acute opvang.

BESPREKING

Belangrijkste bevindingen

Stigmatisering van psychiatrische patiënten bij huisartsen blijkt een reëel en onderkend probleem dat bespreekbaar is. Toch bestaan binnen elke cluster (definitie, specifieke praktijkvoering, epidemiologie, oorzaken, gevolgen en oplossingen) tegenstrijdige opvattingen en grote individuele verschillen. De huisarts lijkt op zoek naar zijn concrete rol in en aanvulling op de gespecialiseerde geestelijke gezond-

heidszorg. Door deze opinieverschillen is het moeilijk concrete oplossingen voor stigmatisering bij de huisarts naar voren te schuiven.

Sterke punten van de studie

Een sterk punt van dit onderzoek is dat een representatief aantal huisartsen werd bereikt binnen een regio. Vermoedelijk zijn deze gegevens representatief voor andere geografisch en economisch gelijkaardige regio's. Het is ook een uniek onderzoek in België dat een sterke aanvulling biedt op de beperkt aanwezige literatuur, waarin enkel internationale gegevens werden teruggevonden.

Zwakke punten van de studie

Het onderzoek werd gedaan in de Huisartsenkring regio Mortsel. Deze kring bestaat uit zowel verstedelijkte als landelijke gemeentes in een economisch sterke regio. Vermoedelijk zullen andere knelpunten naar boven komen bij huisartsen die echt in stedelijke of armere regio's werken. Gezien België in drie anderstalige gewesten is onderverdeeld, bestaat geen duidelijkheid over de generaliseerbaarheid van deze gegevens voor deze verschillende gebieden. Omdat het onderzoek gebeurde in LOK-groepen onder naaste collega's, zou het kunnen dat de deelnemers eerder neigden naar sociale wenselijkheid van het gegeven antwoord. Misschien zouden individuele en anonieme interviews andere resultaten opleveren. Deze neiging naar conformiteit lijkt wel inherent aan focusgroeponderzoek.

Vergelijking met de literatuur

De definitie van stigma lijkt door de huisartsen gereduceerd te worden tot een vooroordeel of een stempel. De hedendaagse wetenschappelijke definities zien stigma toch als een breder concept, waarbij de stempel of het vooroordeel slechts het topje van de ijsberg is. Veel belangrijker zijn de uitgebreide gevolgen die hieraan gekoppeld worden.^{1-7,9}

Problemen

Huisartsen ondervinden een groot scala aan problemen bij de dagelijkse zorg voor psychiatrische patiënten. Hierdoor maken ze een onderscheid tussen 'de psychiatrische patiënt en de 'niet-psychiatrische patiënt'. Dit zou een belangrijk probleem kunnen vormen in de holistische, kwalitatieve zorgverlening voor psychiatrische patiënten.

Daarnaast ondervindt de huisarts een gebrek aan kennis en ervaring. Aan de universiteit met het grootste opleidingspakket beperkt zich dit tot 6 van de 240 studiepunten (2,5%) van de *truncus communis* van de masterjaren, inclusief stage. In vergelijking met een lifetime prevalentie van psychiatrische aandoeningen in België van 27,6% is dit zeer weinig.¹⁴

Ook persoonlijke affiniteit en interesse van de huisarts spelen een belangrijke rol. Hierin lijken toch grote individuele verschillen te bestaan. In hoeverre dit kan worden aangeleerd of veranderd door opleiding of stage is onvoldoende duidelijk in de literatuur.^{9,15,16}

Oorzaken

Artsen leggen een deel van de verantwoordelijkheid voor de problemen die ze ondervinden in de zorg, bij de patiënt zelf. Ze vinden hen minder compliant en moeilijk om mee te communiceren. Deze twee opvattingen worden beiden in de literatuur bevestigd.¹⁷⁻¹⁹

Ook zien zij als oorzaak voor de eigen stigmatiserende houding de moeilijke samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.^{20,21} Kan deze externe locus of control ook gezien worden als één van de eigen oplossingen van huisartsen voor de moeilijkheden die ze ondervinden in de zorg voor psychiatrische patiënten? Er heerst een grote frustratie bij artsen over de verwijzing van psychiatrische patiënten naar en samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Door structurele beperkingen in de acute opvang van psychiatrische patiënten moeten huisartsen soms irrationele beslissingen nemen, zoals de ambulance bellen om een psychiatrische patiënt toch maar snel in het ziekenhuis te krijgen. Een betere samenwerking lijkt obligeert in een betere opvang van psychiatrische patiënten door de huisarts.²²⁻²⁴

Meer of minder technische onderzoeken?

In de literatuur wordt als een van de belangrijkste gevolgen van stigma het fenomeen van 'diagnostic overshadowing' beschreven: te snel klachten toeschrijven aan de onderliggende psychiatrische aandoening en daardoor minder technische onderzoeken aanvragen.^{2,4,6,7,9} Of dit in de huisartsenpraktijk gebeurt, is onduidelijk. Het is niet duidelijk of er meer, dan wel minder technische onderzoeken worden aangevraagd. Enerzijds geeft men aan meer technische onderzoeken aan te vragen om zeker niets te missen, anderzijds trachten sommige artsen psychiatrische patiënten bewust uit het somatisch circuit te houden.

Voorgestelde oplossingen

Als mogelijke oplossing voor stigmatisering van psychiatrische patiënten wordt onder andere extra opleiding en een speciaal nomenclatuurnummer voor langdurige gesprekken naar voren geschoven. Het effect van opleiding is volgens de literatuur weinig duidelijk.^{15,16} Ervaringen met speciale nomenclatuurnummers in België zijn niet duidelijk positief. Het is daarom onduidelijk of dit soelaas zal brengen.

Verder onderzoek

Verder onderzoek naar het voorkomen van, de gevolgen van en de mogelijke oplossingen voor stigmatisering in de huisartsenpraktijk is nodig. Onderzoek naar het effect van opleiding zou op drie niveaus kunnen gebeuren. Allereerst zou men het effect van opleiding kunnen nagaan bij huisartsen die reeds een aantal jaar in de praktijk staan. Daarnaast zou het effect van antistigma-educatie, stage e.d. bij studenten geneeskunde kunnen worden nagegaan. Tot slot is meer onderzoek nodig naar het effect van grote antistigma-campagnes en reclames in de samenleving, zoals deze in

Nieuw Zeeland (www.likeminds.org.nz) en Groot-Brittannië (www.time-to-change.org.uk).

BESLUIT

In de zorg voor psychiatrische patiënten ondervinden huisartsen vele problemen. Het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten en de gevolgen ervan lijken wat onderschat te worden.

Omgaan met psychische klachten is onderworpen aan een aantal 'filters' zoals beschreven door Goldberg.²⁵ Deze analyse werd in detail gedaan voor ons gezondheidszorgsysteem.²⁶ Attitude van de huisarts, praktijkomstandigheden, terugbetalingsmodaliteiten, verwijskanalen, wachttijden en maatschappelijk stigma spelen op een complexe manier op elkaar in. Een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg zoals aangekondigd in de Eerstelijnsgezondheidsconferentie van Vlaams minister Vandeurzen en de zogenaamde projecten 107 (www.psy107.be) kunnen een oplossing bieden aan de gestelde problemen.

Literatuur

- 1 Corrigan P. Stigma reduction! What and where is the evidence? Stigma and discrimination reduction advisory committee: November 12 2008.
- 2 Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46:42-8.
- 3 Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1:16-20.
- 4 Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness: Oxford University Press. 2006.
- 5 Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008; 17:14-9.
- 6 Thornicroft G, Kassam A. Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. In: Morgan C, McKenzie K, Fearon P: Society and psychosis. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- 7 Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19:113-22.
- 8 Royal College of Psychiatrists, Mental Illness: Stigmatisation and Discrimination within the Medical Profession. London: RCP. 2001.
- 9 Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuurstudie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2011; 53(8):85-94.
- 10 Marková I, Linell P, Grossen M. Dialogue in Focus Groups. London, UK: Equinox Publishing Ltd. 2007.
- 11 Krueger RA, Casey MA. Focus Groups. Thousand oaks. CA: Sage Publications Inc ; 2000.
- 12 Dixon RP, et al. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Med Educ* 2008; 42:1080-7.
- 13 Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res* 2007; 42:1758-72.
- 14 Bruffaerts R, et al. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004; 60:75-85.
- 15 Bayar MR, et al. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46:226-30.
- 16 Ucoc A, et al. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60:439-43.
- 17 Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998; 49:196-201.
- 18 David AS. Treatment adherence in psychoses. *Br J Psychiatry* 2010; 197:431-2.
- 19 Crisp AH, et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177:4-7.
- 20 De Lepeleire J. Psychose in de huisartspraktijk. *Patient Care* 2009; 32:38-42.
- 21 De Lepeleire J, De Cort P, Pieters G. Early detection of psychosis in general practice. *Schizophrenia Research* 2010; 117:290.
- 22 De Lepeleire J, et al. Psychose: probleemschets vanuit de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2009; 65:929-934.
- 23 Oud MJ, et al. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract* 2007; 8:37.
- 24 Simon AE, et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). *Schizophr Res* 2009; 108:182-90.
- 25 Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the community; the pathway to psychiatric care. London: Tavistock; 1980.
- 26 De Lepeleire J. Zorggebruik voor psychische stoornissen in België: Reflecties vanuit de huisartsgeneeskunde. In: Kan geestelijke gezondheidszorg worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische Bevolking. Leuven: Acco; 2011.

GEZONDHEIDSGIDS

De Gezondheidsgids van Domus Medica is een praktijkinstrument om samen met uw patiënt een preventieplan 'op maat' uit te stippelen.

Door de Gezondheidsgids te gebruiken bij patiënten van 45 tot 75 jaar wordt voldaan aan de preventiemodule van het GMD+. Alle hoofdstukken van de Gezondheidsgids zijn op aanbevelingen en richtlijnen gebaseerd.

Om huisartsen te helpen deze gids vlot in de praktijk te brengen biedt Domus Medica vanaf 2012 ook gratis lespakketten aan voor LOK's.

Meer informatie te verkrijgen bij Gert Merckx op 03 425 76 76.



Voor alle bijkomende informatie en uitgebreidere dossiers over de verschillende preventiemodules van de Gezondheidsgids, de vragenlijst en het afsprakenkaartje kunt u terecht op:

www.domusmedica.be/gezondheidsgids

**domus
medica**

vereniging van huisartsen