



Stigmatisering van Psychiatrische Patiënten door Huisartsen en Studenten Geneeskunde

Katrien Adriaensen

Promotor: Prof. Dr. J. De Lepeleire

Praktijkopleider: Dr. K. Hillemans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Dankwoord | 5 |
| Hoofdstuk 1: Inleiding | 7 |
| Hoofdstuk 2: Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek | 9 |
| 2.0 Abstract | 9 |
| 2.1 Inleiding | 10 |
| 2.2 Methode | 10 |
| 2.3 Resultaten..... | 10 |
| a. Stigmatisering van psychiatrische patiënten..... | 10 |
| b. Rol van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg..... | 11 |
| c. Attitudes van artsen t.o.v. psychiatrische problemen | 12 |
| d. Attitudes van studenten geneeskunde ten opzichte van psychiatrische problemen | 14 |
| 2.4 Discussie | 15 |
| 2.5 Besluit | 16 |
| 2.6 Referenties | 16 |
| Hoofdstuk 3: Stigmatisering van patiënten met psychiatrische problemen door huisartsen: een focusgroep onderzoek..... | 21 |
| 3.0 Abstract | 21 |
| 3.1 Inleiding | 22 |
| 3.2 Methode | 22 |
| a. Studie Setting | 22 |
| b. Deelnemers | 22 |
| c. Focus groepen en data collectie..... | 23 |
| d. Data analyse | 24 |
| e. Demografie van het onderzoek..... | 24 |
| 3.3 Resultaten..... | 24 |
| a. Definitie | 25 |
| b. Specifieke praktijkvoering bij psychiatrische patiënten..... | 25 |
| c. Voorkomen van Stigma in de huisartsenpraktijk | 28 |
| d. Oorzaken van stigma in de huisartsenpraktijk | 29 |

| | | |
|--------------|---|----|
| e. | Gevolgen van Stigma in de huisartsenpraktijk | 30 |
| f. | Oplossingen voor stigma in de huisartsenpraktijk | 31 |
| 3.4 | Discussie | 32 |
| a. | Belangrijkste bevindingen | 32 |
| b. | Vergelijking met de literatuur | 32 |
| c. | Sterke punten van de studie | 33 |
| d. | Zwakke punten van de studie..... | 33 |
| e. | Verder onderzoek/hypotheses..... | 33 |
| 3.5 | Besluit | 34 |
| 3.6 | Referenties | 34 |
| Hoofdstuk 4: | Stigmatisering van psychiatrische patiënten binnen een breder kader | 37 |
| 4.1 | Literatuur..... | 37 |
| 4.2 | Referenties | 39 |
| Hoofdstuk 5: | Conclusie en Aanbevelingen..... | 41 |
| 5.1 | Conclusie | 41 |
| a. | Definitie | 41 |
| b. | Stand van zaken..... | 41 |
| c. | Parallellen met focusgroepen | 42 |
| d. | Maatschappij..... | 43 |
| 5.2 | Aanbevelingen..... | 43 |
| 5.3 | Referenties | 44 |
| Bijlage 1: | Abstract Domus Medica Wetenschapsdag 25/9/2010..... | 46 |
| Bijlage 2: | Powerpoint-presentatie Domus Medica Wetenschapsdag 25/9/2010..... | 47 |
| Bijlage 3: | Draaiboek focusgroeponderzoek..... | 53 |
| Bijlage 4: | Deelnemersfolder Focusgroeponderzoek | 57 |
| Bijlage 5: | Schizofrenie in de Vlaamse krant..... | 61 |
| Bijlage 6: | Psychiatrie op een negatieve manier in de media..... | 62 |
| Bijlage 7: | Promotiemateriaal 'Time To Change' | 63 |
| Bijlage 8: | Psychiatrie op een positieve manier in de media..... | 64 |

Dankwoord

Na 7 jaar geneeskunde studeren denk je toch al iets bereikt te hebben. Je merkt echter al snel dat je eigenlijk nog bijna helemaal nergens staat. Om te beginnen dien je al een zeer belangrijke keuze te maken: ga je het ziekenhuis in of beslis je huisarts te worden? Onafhankelijk van je keuze, wordt dan van je verwacht dat je een thesis schrijft. Het lijkt wel te blijven komen.

Mijn keuze is gemaakt. Na wat zoeken binnen de disciplines psychiatrie en kinderpsychiatrie, heb ik besloten over te stappen naar huisartsgeneeskunde. En dat was een schot in de roos, liefde op het eerste gezicht. Of misschien op het tweede.

Desalniettemin blijf ik een bijzondere interesse koesteren voor psychiatrie en dan vooral de problemen die psychiatrische patiënten ondervinden zich te manifesteren in deze maatschappij van ongelofelijke veeleisendheid naar elk individu. Iemand die perfect normaal is – en wat is dit normaal zijn dan wel? – gaat al gebukt onder de druk van het streven naar de perfectie: de goede werknemer, de uitmuntende student, de geweldige vader, moeder, zoon, dochter en de beste sporter. Hoe veel moeilijker wordt dit indien je ook nog lijdt onder de druk van een psychiatrische aandoening? En daarbovenop de vooroordelen van je omgeving, de maatschappij en jezelf. In de huisartsenpraktijk stoot je bijna dagelijks op mensen die met hun vingertoppen de hoge lat net niet meer kunnen raken.

In alles wat ik doe, tracht ik natuurlijk ook de beste of op zijn minst goed te zijn en iets te kunnen bijdragen. Gelukkig zijn er steeds anderen die mee hun schouders onder een project steken en het werk een stuk verlichten. Immers alleen zou ik dit niet verwezenlijkt kunnen hebben. Veel dank gaat dan ook uit naar Jan, die ik al langer kende als Prof. Dr. De Lepeleire. Hij reikte literatuur aan en herlas, en herlas, en herlas mijn manuscripten. Tevens ook bedankt aan Prof. Dr. Guido Pieters en Dokter Kristof Hillemans voor hun bijdrage aan mijn artikels. Ook dank aan het Tijdschrift voor Psychiatrie voor publicatie van mijn eerste artikel. Wederom dank aan Jan om me twee jaar lang als praktijkopleider te begeleiden.

En tenslotte ook nog veel dank voor de jarenlange steun aan die andere Jan, eigenlijk al van de eerste dag dat ik aan dit 9-jarige studieproject begon. En hopelijk nog lang daarna.

“Dokter, ik vind het zo zwak van mezelf dat ik die medicatie (psychofarmaca) moet nemen”

“Ik heb een patiënt naar u verwezen maar het is geen cadeautje”

(patiënt lijdt aan depressie, borderline ...)

“DOKTER, NIEMAND IN MIJN FAMILIE OF OMGEVING WEET HET”

Stigmatisering van psychiatrie en psychiatrische patiënten is in de dagelijkse praktijk alom tegenwoordig, zowel op het niveau van de arts, van de patiënt, als van de maatschappij. Dat dit de therapeutische mogelijkheden en eigen idealisme beperkt lijkt een feit. Men moet tijd maken naar de patiënt te luisteren. Men dient de patiënt te overtuigen toch psychofarmaca in te nemen. Men botst op de moeilijke verwijzing van patiënten naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, hetzij door afkeer van de patiënt, hetzij door lange wachttijden. Hoewel stigma in de dagelijkse praktijk dus een belangrijk probleem vormt, wordt er tijdens de opleiding tot basisarts geen aandacht aan besteed.

Vanuit de verwondering over het zo aanwezig zijn van dit stigma van psychiatrische patiënten in de eigen opleidingspraktijk, werd besloten er een masterthesis over te schrijven. Om mezelf wat in te werken in deze thematiek, ben ik gestart met een literatuurstudie, waarbij ik al gauw merkte dat literatuur eerder beperkt is, zeker wat betreft Belgische of Vlaamse gegevens. Na het afronden van de literatuurstudie, heb ik me de vraag gesteld: Hoe kan het proces van stigmatisering in de Vlaamse Huisartsenpraktijk verder in kaart gebracht worden? Gezien focusgroeponderzoek een goede manier is voor het exploreren van sociale fenomenen binnen een groeps-eigen omgeving, werd ervoor geopteerd deze methode te gebruiken voor een onderzoek bij de huisartsen uit de eigen kring.

In mijn eigen praktijkvoering heeft deze thesis tot een groter bewustzijn geleid in de aanpak van psychiatrische patiënten. Ook ik maak snel het onderscheid tussen ‘de psychiatrische’ en ‘de niet-psychiatrische’ patiënt, een onderscheid dat er voor een goede fysieke en psychische opvolging van de patiënt beter niet zou zijn. Voorzichtig droom ik van een sensibilisering bij andere huisartsen en algemene bevolking, zodat in de toekomst deze somatisch en fysiek zeer kwetsbare groep patiënten van een betere gezondheidszorg kan genieten.

Hoofdstuk 2: Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek ¹

Adriaensen K., Pieters G., MD, PhD, De Lepeleire J., MD, PhD

2.0 Abstract

Trefwoorden: huisarts, psychiatrie, psychiatrische aandoeningen, attitude, stigma

Achtergrond

In de klinische praktijk wordt stigmatisering door artsen en maatschappij van patiënten met psychiatrische problemen ervaren.

Doel

In deze bijdrage wordt getracht deze stigmatisering door huisartsen en studenten geneeskunde, vanuit de literatuur, in kaart te brengen.

Methode

Pubmed literatuursearch met Mesh-termen Family Practice, Physicians, Family, Mental Disorder, Attitude en Psychiatry en het woord stigma. Daarnaast werd literatuur aangereikt door experts en werden artikels gevonden via de sneeuwbal methode.

Resultaten

Stigmatisering vormt in de geestelijke en somatische hulpverlening door huisartsen voor patiënten met een psychiatrische aandoening een belangrijk obstakel. Hoewel deze patiënten een hogere somatische kwetsbaarheid hebben ten gevolge van hun psychiatrische aandoening, worden minder frequent technische onderzoeken aangewend ter exploratie.

Ook studenten geneeskunde hebben een negatieve attitude ten aanzien van psychiatrische patiënten. Meer opleiding zou kunnen leiden tot minder stigmatisering, doch het effect van opleiding blijkt voorbijgaand. Voornamelijk persoonlijke ervaring leidt tot een groter empathisch vermogen.

Besluit

Literatuur toont aan dat psychiatrische patiënten slachtoffer zijn van stigmatisering door zichzelf, maatschappij en artsen wat leidt tot sociale exclusie en een slechtere gezondheidszorg. Aanpak van deze stigmatisering, zou de levenskwaliteit van en de gezondheidszorg voor deze groep patiënten aanzienlijk kunnen verbeteren.

¹ Geaccepteerd voor Publicatie in het 'Tijdschrift voor Psychiatrie' op 21 maart 2011

2.1 Inleiding

In de klinische praktijk worden belangrijke vooroordelen opgemerkt over geestelijke gezondheidszorg, psychofarmaca en psychiatrie, bij patiënten zowel als bij artsen.

Deze vooroordelen en stigmatisering creëren vele problemen binnen de gezondheidszorg. Zo kan maatschappelijke stigmatisering verhinderen dat een patiënt met een psychisch probleem een arts raadpleegt. Tot 70% wereldwijd en tot 30% van de psychiatrische patiënten in Vlaanderen krijgen geen psychiatrische behandeling (Bruffaerts e.a. 2004; Thornicroft 2008). Daarnaast kan een arts die psychiatrische patiënten stigmatiseert, mogelijks bepaalde somatische en psychiatrische ziektebeelden niet herkennen, geen of te laat een behandeling instellen en niet of te laat doorverwijzen (Corrigan 2008). Als de patiënt dan een behandeling voorgeschreven krijgt of verwezen wordt, kan stigmatisering een effect hebben op de compliance in verband met het innemen van de medicatie of het consulteren van de gespecialiseerde zorgverlener (Helbling e.a. 2006).

Hoewel sommige artsen het probleem van stigmatisering lijken te erkennen, blijkt de kennis erover beperkt. Het doel van deze bijdrage is een overzicht te geven van de tot nu toe verschenen literatuur over de stigmatisering van psychiatrische patiënten door artsen met focus op huisartsen en studenten geneeskunde.

2.2 Methode

Er werd gestart vanuit een pubmed literatuursearch met mesh-termen “family practice”, “physicians, family”, “mental disorder”, “attitude” en “psychiatry” en het woord stigma. Artikels werden geselecteerd op basis van titel, abstract en taal. (Nederlands, Engels, Frans en Spaans).

Daarnaast werd literatuur aangereikt door experts en werden de referenties van de aangereikte artikels nagegaan (Dixon e.a. 2008). Dit leverde in totaal 40 artikels op. Tevens werd een boek van Thornicroft aan de literatuurlijst toegevoegd (Thornicroft 2006).

2.3 Resultaten

De themata in de geselecteerde artikels konden geclusterd worden in vier groepen: stigmatisering van psychiatrische patiënten, rol van huisartsen in de geestelijke gezondheidszorg, attitudes van artsen ten opzichte van psychiatrische patiënten en attitudes van studenten geneeskunde ten opzichte van psychiatrische patiënten.

a. Stigmatisering van psychiatrische patiënten

Verschillende modellen voor het vatten van ‘stigma’ worden in de literatuur naar voor geschoven. Goffman definieerde stigma reeds in 1963 als een proces van diskwalificatie waarbij een normaal persoon gereduceerd wordt tot iemand waarmee iets mis is (Goffman 1963).

Thornicroft (Milders 2009; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008) omschrijft de term ‘stigma’ aan de hand van vier aspecten: (1) het etiketteren van mensen waarbij men benadrukt dat bepaalde

karacteristieke persoonlijke eigenschappen afwijkend zijn; (2) het creëren van stereotypen die deze afwijkende eigenschappen als onwenselijk tonen (3) het maken van een categorisch onderscheid tussen normale mensen en de geëtiketteerde groep die in sommige aspecten als fundamenteel verschillend wordt gezien; (4) het devalueren, verwerpen en uitsluiten van de geëtiketteerde groep. Zo ontstaat discriminatie op verschillende levensgebieden, met als mogelijke gevolgen onder andere een beperkt effect van behandeling of hogere kans op herval (Corrigan & Watson 2002; Oud e.a. 2009; Sartorius 2007).

Corrigan (Corrigan 2008; Corrigan & Wassel 2008; Rusch e.a. 2010) spreekt in zijn definitie over drie soorten stigma: 1) het publiek-stigma; 2) het zelf-stigma; en 3) het vermijden van labels. Met publiek stigma duidt men het stigma dat rust op een patiënt met een psychiatrische aandoening vanuit de maatschappij. Dit leidt tot verlies van kansen die voor anderen vanzelfsprekend zijn, zoals bijvoorbeeld recht op werk, woonst en goede gezondheidszorg. Met zelf-stigma duidt men het stigma aan dat psychiatrische patiënten zichzelf opleggen. Ze zijn zich bewust van stereotypering –‘alle psychiatrische patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun aandoening’ – en passen dit op zichzelf toe– ‘ook ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen aandoening en heb daarom geen recht op hulpverlening’ (Thornicroft e.a. 2007). Ze formuleren zelfs geen hulpvraag meer (Thornicroft 2006). Tenslotte bedoelt men met vermijden van labels dat patiënten zich verzetten tegen een etiket, waardoor ze minder snel gepaste zorg vinden: ‘Ik wil niet gelabeld worden als psychisch ziek, dus ik ga niet naar een arts/psycholoog/psychiater’.

Hoewel deze definities zeker nuttig zijn, blijkt de functionaliteit ervan eerder beperkt. Thornicroft geeft daarom aan dat het veel nuttiger lijkt stigma op te vatten als de overkoepelende term voor 3 zeer belangrijke elementen: 1) problemen van kennis (ontkenning); 2) problemen van attitude (vooroordelen) 3) problemen van gedrag (discriminatie). In termen van de sociale psychologie zijn dit de cognitieve, affectieve en gedragsmatige domeinen (Thornicroft 2006). Deze drie domeinen kunnen belangrijke vertrekpunten vormen in de aanpak van stigmatisering van psychiatrische patiënten.

b. Rol van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg

Geestelijke gezondheidszorg is de beroepsmatige zorg die verleend wordt aan mensen met een psychische stoornis, met als doel het herstellen van het psychische evenwicht en het zo draaglijk mogelijk maken van de psychiatrische aandoening voor de patiënt en naastbetrokkenen (Oud 2009). De huisarts speelt hierin een belangrijke rol ten eerste omdat de lifetime prevalentie van psychiatrische aandoeningen hoog is: 27,6%, met als meest frequente stoornissen, de angststoornissen (6%), de stemmingsstoornissen (5%) en de alcoholafhankelijkheid (1,8%) (Bruffaerts e.a. 2004). Ten tweede consulteren 90 tot 95% van de patiënten met psychische problemen enkel hun huisarts (Buszewicz e.a. 2006; The MaGPIe Research Group 2005; Van Deurzen 2010; Wilmink e.a. 1989).

Huisartsen nemen in de zorg voor patiënten met psychische problemen vier kerntaken op zich: ze vormen een belangrijke toegangspoort tot de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, ze trachten initiële zorgverlening op zich te nemen onder andere vanwege lange wachttijden, ze verzekeren continuïteit van opvolging na afronding van de psychotherapie en ze blijven de belangrijkste bewaker van de fysieke gezondheid van de patiënt (Buszewicz e.a. 2006; Goldberg 2003; Kendrick e.a. 1994;

Kovess-Masfety e.a. 2007; Laenen e.a. 2006; Oud e.a. 2009; Van Deurzen 2010; Zweens-Wiersema 1968).

Naast bovenbeschreven kerntaken, blijkt de verdere concrete rol van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg minder duidelijk en verschilt deze naargelang de zich presenterende pathologie (Braams e.a. 1988; Burns & Kendrick 1997; Kendrick 2007; Kendrick e.a. 2005; Lawrie e.a. 1998; Oud e.a. 2007; Oud e.a. 2009; Reid & Cameron 2009).

Wat betreft opvang van depressie geven Vlaamse richtlijnen aan dat de huisarts de opvang van milde en matige depressies zelf kan doen, hoewel het resultaat eerder teleurstellend blijkt. Dit zou voornamelijk het gevolg zijn van het te kort behandelen met antidepressiva, het te laag doseren ervan en een onaangepaste follow-up. Daarnaast blijkt therapieontrouw een belangrijk probleem (Heyrman e.a. 2008; Seelig & Katon 2008; Vergouwen e.a. 2007).

Wanneer een psychotische patiënt alarmerende symptomen vertoont, zal de familie vaak eerst de huisarts consulteren (Oud e.a. 2007). Huisartsen beschouwen dan ook de opvang van acute psychose, monitoring van de fysieke gezondheid in de chronische fase van allerlei psychische aandoeningen en het verlenen van bijstand aan familie van patiënten met psychose als hun kerntaak (Burns & Kendrick 1997; Oud e.a. 2009).

c. Attitudes van artsen t.o.v. psychiatrische problemen

In 1998 lanceerde The Royal College of Psychiatrists een vijf jaar durende campagne om de algemene bevolking te sensibiliseren over de stigmatisering van psychiatrische patiënten. Na deze campagne werd een rapport geschreven over de stigmatisering van psychiatrische patiënten door artsen (Royal College of Psychiatrists 2001).

Medisch geschoolden stigmatiseren psychiatrische patiënten net zoals de algemene bevolking.

Psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen vormen hierin geen uitzondering (Corrigan & Wassel 2008; Corrigan & Watson 2002; Gray 2002; Nordt e.a. 2006; Oud e.a. 2009; Sartorius 2007; Thornicroft & Kassam 2008). Dat stigmatisering leidt tot een slechtere gezondheidszorg, lijkt aannemelijk. Patiënten worden zelf verantwoordelijk geacht voor hun aandoening en eventuele comorbiditeit en 'verdienen daarom geen zorgverlening'. Dit geldt het meest voor eetstoornissen en verslavingsproblemen en minder voor schizofrenie (Royal College of Psychiatrists 2001). Het stigma dat rust op een patiënt met schizofrenie is groter dan het stigma dat rust op een ernstig depressieve patiënt (Nordt e.a. 2006).

Omdat symptomen vaak te snel worden toegeschreven aan de psychiatrische pathologie, worden bij psychiatrische patiënten minder snel allerlei diagnostische middelen aangewend. Dit wordt 'diagnostic overshadowing' genoemd: het te snel toeschrijven van allerlei symptomen aan een psychiatrische aandoening wat leidt tot onderdiagnosticering en onder- of overbehandeling van fysieke aandoeningen (Corrigan & Wassel 2008; Jones e.a. 2008; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008; Thornicroft e.a. 2007). Daar staat tegenover dat psychiatrische patiënten behoren tot een somatisch zeer kwetsbare groep. Wegens frequentere nicotine afhankelijkheid en obesitas, lopen psychiatrische patiënten een groter risico dan de doorsnee bevolking op het ontwikkelen van chronische bronchitis, hypertensie en angina. Mortaliteit ten gevolge van cardiovasculaire en respiratoire aandoeningen bij patiënten met schizofrenie is dubbel zo hoog als bij de doorsnee bevolking, en dit hoewel het aantal consultaties vaak

veel hoger is dan bij de doorsnee patiënt. Ook de incidentie van diabetes is significant hoger (Burns & Kendrick 1997; Kendrick 2007). Toch blijkt dat net bij deze patiënten met belangrijke comorbiditeit, de normale opvolgingstesten zoals voetinspectie en HbA1C bepaling minder frequent gebruikt worden in vergelijking met diabetes patiënten zonder comorbide psychiatrische aandoeningen (Desai e.a. 2002). Toch stigmatiseren niet alle artsen psychiatrische patiënten en voornamelijk in de eerste lijn wordt grote toewijding ervaren (Royal College of Psychiatrists 2001; The MaGPIe Research Group 2005; Thompson e.a. 2010). Huisartsen besteden gemiddeld 30% van hun tijd aan psychische gezondheidsproblemen. Tweeënveertig procent van hen is hiermee tevreden. Vierendertig procent wil hier meer tijd voor uittrekken en 24% minder. Vijftien procent van de tijd gaat naar angststoornissen en depressie, 5% naar psychosomatiek en 3% naar de psychische gezondheidszorg voor ouderen. Drugs- en alcoholproblemen zijn frequenter in stedelijke praktijken, terwijl psychosomatiek en mentale gezondheid van ouderen belangrijker is in rurale gebieden (Lawrie e.a. 1998; The Mental Health Foundation 2000).

Voor een optimale opvolging van de fysieke gezondheid van psychiatrische patiënten moeten huisartsen zich bewust zijn van het feit dat deze patiënten consulteren voor herhaalvoorschriften voor hun psychotrope medicatie zonder dat ze hun fysieke klachten spontaan zullen bespreken (Burns & Kendrick 1997; Kendrick 2007). Via gestructureerde consultaties zouden huisartsen veel tijd moeten investeren in deze groep patiënten om zowel de fysieke als psychische gezondheid optimaal op te volgen en dit in samenwerking met psychiaters/psychologen (Kendrick 2007).

Toch blijkt dat 30 - 50% van de psychiatrische patiënten zich gediscrimineerd voelt door hun huisarts (Lawrie e.a. 1998; The Mental Health Foundation 2000). Patiënten zeggen het gevoel te krijgen dat de huisarts niet echt luistert en hen graag doorverwijst naar een collega. Lawrie toonde in haar onderzoek met casusvignetten aan dat artsen, patiënten met schizofrenie, minder graag aan hun patiëntenlijst toevoegen, dat ze hen sneller doorverwijzen naar een collega en dat ze denken dat deze patiënten agressief zijn (Lawrie e.a. 1996).

Mogelijks kan deze stigmatiserende houding van huisartsen verklaard worden door een tekort aan opleiding. Een Australische studie toonde aan dat 65% van de huisartsen graag meer training had gekregen over de behandeling en opvolging van patiënten met psychische problemen (Sahhar & O'Connor 2004).

Naast het feit dat huisartsen patiënten met psychiatrische aandoeningen stigmatiseren, lijken ze ook voor zichzelf niet open te staan voor geestelijke gezondheidszorg. Ze erkennen vaak hun eigen psychische problemen niet. Tevens wordt niet gesproken over de psychische problemen van collega's, vrienden of familieleden (Anonymous Writer 1997; Royal College of Psychiatrists 2001).

Slechts enkele studies bespreken antistigma educatie van artsen. Een eerste studie stuurde een informatieve email omtrent stigma naar een groep psychiaters en assistenten psychiatrie gevolgd door een internet-based interview. Een controlegroep kreeg enkel het internet-based interview. Resultaten toonden aan dat de experimentele groep een minder stigmatiserende houding aannam ten aanzien van psychiatrische patiënten dan de controlegroep (Bayar e.a. 2009).

Een tweede studie beoordeelde het verband tussen antistigma educatie van huisartsen en het effect op hun attitude ten aanzien van patiënten met schizofrenie (Ücök e.a. 2006). Deze studie toonde een positievere attitude na educatie van de artsen aan, voornamelijk met betrekking tot de behandelingsmogelijkheden en de bereidheidwilligheid tot therapie en medewerking van patiënten met

schizofrenie. Toch moet aangegeven worden dat het effect gemeten werd na een periode van drie maanden en dat niet duidelijk is in hoeverre dit effect blijvend is.

d. Attitudes van studenten geneeskunde ten opzichte van psychiatrische problemen

Een recente studie in de UK liet bachelorstudenten een casus beoordelen over een 35-jarige getrouwde vrouw met een kind van 5 jaar die klaagt over symptomen van moeheid, misselijkheid en slapeloosheid. Telkens verschilde de primaire diagnose: de vrouw was gezond, de vrouw had een voorgeschiedenis van depressie sinds 2 jaar goed onder controle met antidepressiva, de vrouw had een voorgeschiedenis van diabetes sinds 2 jaar goed onder controle met antidiabetica of de vrouw had een voorgeschiedenis van schizofrenie sinds 2 jaar goed onder controle met antipsychotica. (Dixon e.a. 2008). Resultaten toonden aan dat de attitude van de studenten ten aanzien van de casussen met een primaire psychiatrische diagnose minder positief was. Andere gelijkaardige studies bevestigden deze stigmatisering van psychiatrische patiënten door studenten geneeskunde (Chung 2005; Mukherjee e.a. 2002; Ogunsemi e.a. 2008). Een ongepubliceerde studie naar de attitude van studenten geneeskunde ten opzichte van psychische aandoeningen in Vlaanderen geeft gelijkaardige resultaten weer (Deglein e.a. 2010).

Roberts geeft aan dat studenten die een bijzondere interesse vertonen in psychiatrie het risico lopen door andere studenten te worden gezien als vreemd, excentriek of neurotisch. Het aanvatten van een opleiding psychiatrie blijkt ontmoedigd te worden door familie, vrienden en collega's van de studenten in kwestie. Zelfs de eigen faculteit geneeskunde zou deze keuze niet aanmoedigen. Assistenten psychiatrie worden gezien als academisch zwak. Zo zou men slechts, indien men niet voor een andere specialiteit werd aanvaard, uiteindelijk kiezen voor psychiatrie. Bovendien evalueerde men psychiaters zelden als helder en logisch denkend. Studenten stigmatiseren dus niet enkel psychiatrische patiënten, maar ook psychiatrie in het algemeen (Malhi e.a. 2003).

Zou deze negatieve houding kunnen verklaard worden door een gebrek aan kennis? Muga geeft aan dat er qua stigma geen verschil bestaat tussen studenten die nog geen opleiding en stage psychiatrie kregen en laatstejaars studenten geneeskunde (Muga & Hagali 2006). Zalar toonde aan dat studenten psychiatrische patiënten als minder gevaarlijk aanzien na een opleiding psychiatrie en dat hun gevoel van angst, aversie en vervreemding afnam (Zalar e.a. 2007). Ook Holm-Petersen toont in zijn studie een significante verbetering van de houding ten opzichte van psychiatrische patiënten aan na het doorlopen van een stage van 1 maand op een psychiatrische afdeling (Holm-Petersen e.a. 2007).

Hoewel resultaten elkaar tegenspreken, wordt steeds één constante teruggevonden, namelijk dat vooral persoonlijke ervaring, bijvoorbeeld contact met een psychiatrische patiënt in de eigen familie of door het lopen van stage op een psychiatrische afdeling, leidt tot meer empathisch vermogen (Aker e.a. 2007; Aslam e.a. 2009; Muga & Hagali 2006; Rosenstock 2003). Dit wordt tevens bevestigd door Walters die onderzoek deed naar educatie van studenten geneeskunde over psychiatrie vanuit een eerstelijns setting. Hij toonde een 'normalisatie' van psychiatrische aandoeningen en een verhoogde empathie aan. (Walters e.a. 2007)

Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat educatie, waarmee zowel hoorcolleges als stages bedoeld worden, een positieve verandering kan brengen wat betreft de attitude van studenten en artsen ten

aanzien van psychiatrie in het algemeen. (Holm-Petersen e.a. 2007; Mino e.a. 2000; Muga & Hagali 2006; Walters e.a. 2007; Zalar e.a. 2007) Het is echter weinig duidelijk of deze positieve verandering persisteert of afneemt in de loop der jaren. Baxter e.a. tonen in hun studie aan dat een positieve attitude niet persisteert en snel afneemt, waardoor zij frequente en langdurige educatie suggereren (Baxter e.a. 2001). Volgens Chung is het voornamelijk de stereotypering van psychiatrische patiënten als gevaarlijk die de houding van studenten geneeskunde bepaalt. (Chung 2005).

2.4 Discussie

Stigma van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde bestaat en heeft negatieve gevolgen.

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de geestelijke gezondheidszorg. (Van Deurzen 2010)

Naast stigma lijkt veel hen hierbij in de weg te staan. Allereerst is er een tekort aan opleiding (Sahhar & O'Connor 2004). Aan de Katholieke universiteit Leuven worden slechts 6 van de 240 studiepunten (2,5%) van de *truncus communis* van de masterjaren, inclusief stage, besteed aan psychiatrie. Dit is zeer weinig in vergelijking met de prevalentie van psychiatrische problemen in de huisartsenpraktijk.

Misschien voelen artsen zich onvoldoende opgeleid in de begeleiding van deze patiënten.

Daarnaast is het verstrekken van een optimale begeleiding aan chronisch, psychiatrische patiënten tijdrovend, waardoor het binnen de huisartsgeneeskunde organisatorisch moeilijk verloopt. Vooral de tijd van de consultatie vormt de grootste barrière (The MaGPIe Research Group 2005).

Verder concentreren huisartsen zich vaak op de psychiatrische problematiek, waardoor geen tijd overschiet om de zeer belangrijke fysieke kwetsbaarheid te evalueren. Gestructureerde consultaties zouden hier een oplossing kunnen bieden (Kendrick 2007).

Tenslotte verloopt contact met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg moeilijk. Er zijn slechts beperkte mogelijkheden tot snelle doorverwijzing of tot overleg of het snel inwinnen van informatie (Laenen e.a. 2006). De bijdrage van de huisarts wordt op deze manier gecompromitteerd.

Naast deze problemen in de huisartsenzorg voor psychiatrische patiënten ervaren huisartsen, net als de algemene bevolking, ook stigmatisering van deze patiënten. (Gray 2002; Nordt e.a. 2006). Hun eigen vooroordelen zijn mogelijk nog de meest belemmerende factor in een goede fysieke en psychische gezondheidszorg. Toch krijgen huisartsen van de patiënten zelf veel vertrouwen wat betreft de behandeling van hun psychische problemen. Onderzoek toont aan dat vooral een goede arts-patiënt relatie, het geven van een verklaring voor hun klachten en het samen opstellen van een therapeutisch plan als positief wordt ervaren (Buszewicz e.a. 2006). De huisarts geniet dus veel vertrouwen en krijgt daardoor de kans om patiënten met psychiatrische problemen op te vangen. Het grijpen van deze kans, in plaats van zich te laten hinderen door stigma, onervarenheid of organisatorische moeilijkheden, zou mogelijks een belangrijke kwaliteitsverbetering kunnen meebrengen (Buszewicz e.a. 2006; Lester e.a. 2005).

Ook de attitude van de studenten geneeskunde ten aanzien van patiënten met een psychiatrische diagnose blijkt eerder negatief. Meer kennis zou kunnen leiden tot minder stigmatisering (Goldberg 2003; Gray 2002; Sahhar & O'Connor 2004).

Extra opleiding lijkt een goede eerste stap te zijn in de richting van minder stigmatisering (Baxter e.a.

2001).

Als zelfs artsen, die een afspiegeling blijken te zijn van de algemene bevolking, een stigmatiserende houding aannemen, wordt maatschappelijke acceptatie moeilijk. Zonder deze stigmatiserende houding, zouden ze een rolmodel kunnen zijn voor collega's, studenten geneeskunde en de algemene bevolking. (Thompson e.a. 2010)

Hoewel er de laatste jaren een toenemende interesse in de stigmatisering van psychiatrische patiënten bestaat, blijven er in de literatuur veel tegenstrijdigheden bestaan. Allereerst blijkt het vinden van een duidelijke en algemeen gehanteerde definitie voor stigma niet eenvoudig. Verschillende auteurs gebruiken verschillende invalshoeken. (Corrigan 2008; Corrigan & Wassel 2008; Goffman 1963; Rusch e.a. 2010; Thornicroft 2006; Thornicroft & Kassam 2008)

Daarnaast lijkt zowel de fysieke als de psychische gezondheid van de psychiatrische patiënt niet goed te worden opgevolgd. Vaak verliest de patiënt na een tijdje het contact met de psychiater, waardoor de huisarts zowel de fysieke als de psychische gezondheid van de patiënt dient op te volgen. De fysieke gezondheid lijkt de huisarts niet goed op te volgen wegens het proces van 'diagnostic overshadowing' en mogelijk worstelt hij ook met de opvolging van de psychische gezondheid gezien een tekort aan opleiding en de eigen stigmatiserende houding. Tenslotte bestaan er vele tegenstrijdigheden omtrent antistigma educatie voor artsen als voor studenten geneeskunde. Door deze tegenstrijdigheden is een algemeen geldende conclusie over het nut van educatie moeilijk.

2.5 Besluit

Stigmatisering van psychiatrische patiënten door artsen en studenten geneeskunde bestaat. Omwille van de belangrijke consequenties voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor psychiatrische patiënten, is onderzoek nodig naar het erkennen van het probleem, kwaliteitsvolle opvolging van personen met een psychiatrisch probleem en de effecten van opleiding voor artsen zowel als voor studenten.

2.6 Referenties

Aker S, Aker AA, Boke O, Dundar C, Sahin AR, Peksen Y. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2007; 44: 204-12.

Anonymous Writer. 'Personal view'. *British medical journal* 1997; 314: 1559-1560.

Aslam M, Taj T, Ali A, Badar N, Saeed F, Abbas M, e.a. Psychiatry as a career: A survey of factors affecting students' interest in Psychiatry as a career. *Mcgill J Med* 2009; 12: 7-12.

Baxter H, Singh SP, Standen P, Duggan C. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. *Med Educ* 2001; 35: 381-3.

Bayar MR, Poyraz BC, Aksoy-Poyraz C, Arikan MK. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46: 226-30.

Braams FM, Duivenvoorden H, Dokter H, Trijsburg R, Verhage F. Relationship between general practitioners' attitudes and methods of dealing with psychosocial problems. *Fam Pract.* 1988; 5: 5-11.

- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004; 60: 75-85.
- Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 515-20.
- Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study. *British journal of general practice* 2006; 56: 496-503.
- Chung KF. Changing the attitudes of Hong Kong medical students towards people with mental illness. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193: 766-768.
- Corrigan PW. Stigma reduction! What and where is the evidence? Stigma and discrimination reduction advisory committee: November 12 2008.
- Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46: 42-48.
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1: 16-20.
- Deglein L, Scheerder G, Van Audenhove C. Attitudes van studenten geneeskunde ten aanzien van psychische aandoeningen: Verkenning van het gebruik van de Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) Schaal. Masterthesis voor het behalen van de graad Master in de Psychologie. 2010.
- Desai M, Rosenheck R, Druss B, Perlin J. Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1584-1590.
- Dixon RP, Roberts LM, Lawrie S, Jones LA, Humphreys MS. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Med Educ* 2008; 42: 1080-7.
- Goffman GE. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Prentice Hall: Englewood Cliffs, NY. 1963.
- Goldberg D. Psychiatry and primary care. *World Psychiatry* 2003; 2: 153-157.
- Gray AJ. Stigma in psychiatry. *Journal of the royal society of medicine* 2002; 95: 72-75.
- Helbling J, Ajdacic-Gross V, Lauber C, Weyermann R, Burns T, Rossler W. Attitudes to antipsychotic drugs and their side effects: a comparison between general practitioners and the general population. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 42-46.
- Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michels J, Goetinck M, e.a. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. *Domus Medica Richtlijnen* 2008.
- Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J, Gyrd-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 308-11.
- Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118: 169-71.
- Kendrick T. The role of the general practitioner in severe mental illness. *Psychiatrie* 2007; 6: 343-346.
- Kendrick T, Burns T, Freeling P. Provision of care to general practice patients with disabling long-term mental illnesses: a survey in 16 practices. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 301-305.
- Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PW. GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 280-6.

- Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, e.a. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health* 2007; 7: 188.
- Laenen A, Bruckers A, Coune L, Goossens Y, Houben M, Molenberghs L. Wachttijden in de centra geestelijke gezondheidszorg onderzocht. *Acta Hospitalia* 2006; 46: 25-32.
- Lawrie S, Parsons C, Masson S, Sussmann J, Cumming D, Lewin J, e.a. A controlled trial of general practitioners' attitudes to patients with schizophrenia. *Health Bull (Edinb)*. 1996; 54: 201-203.
- Lawrie SM, Martin K, McNeill G, Drife J, Chrystie P, Reid A, e.a. General practitioners' attitudes to psychiatric and medical illness. *Psychol Med* 1998; 28: 1463-7.
- Lester HE, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005; 330: 1122.
- Malhi GS, Parker GB, Parker K, Carr VJ, Kirkby KC, Yellowlees P, e.a. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 424-9.
- Milders CFA. Psychiatrische stoornis en stigma. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2009; 51: 135-137.
- Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. *Acta Med Okayama* 2000; 54: 127-32.
- Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry? *P N G Med J* 2006; 49: 126-36.
- Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin* 2002; 26: 178-181.
- Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 709-714.
- Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7: 15.
- Oud MJ. Zorg van de huisarts voor mensen met ernstige psychische stoornissen. Proefschrift aan de Rijksuniversiteit Groningen 2009.
- Oud MJ, Schuling J, Slooff C, Meyboom-de Jong B. How do general practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract* 2007; 8.
- 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: 29.
- Reid I, Cameron I. Depression: current approaches to management in primary care. *Prescriber* 2009; 20: 18-40.
- Rosenstock J. Beyond a beautiful mind: film choices for teaching schizophrenia. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 117-22.
- Royal College of Psychiatrists. *Mental Illness: Stigmatisation and Discrimination within the Medical Profession*. London: RCP 2001 2001.
- Rusch N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. Implicit self-stigma in people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198: 150-153.

- Sahhar D, O'Connor D. How well do Australian medical schools prepare general practitioners to care for patients with mental disorders? *Australas Psychiatry* 2004; 12: 26-30.
- Sartorius N. Stigma en Mental health. *The Lancet* 2007; 370: 810-811.
- Seelig MD, Katon W. Gaps in Depression Care: Why Primary Care Physicians Should Hone Their Depression Screening, Diagnosis and Management Skills. *J Occup Environ Med* 2008; 50: 451 - 458.
- The MaGPIe Research Group. General practitioners' perceptions of barriers to their provision of mental healthcare: a report on Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). *N Z Med J* 2005; 118: U1654.
- The Mental Health Foundation. Pull Yourself Together! A survey of the stigma and discrimination faced by people who experience mental distress. 2000.
- Thompson C, Dogra N, McKinley R. Survey of general practitioners' attitudes towards psychiatry. *The Psychiatrist* 2010; 2010: 525-528.
- Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*: Oxford University Press, 2006.
- Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008; 17: 14-9.
- Thornicroft G, Kassam A. Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. In C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, *Society and psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press 2008.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 113-22.
- Ücök A, Soygür H, Atakli C, Kemal K, Sartorius N, Duman Z, e.a. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60: 439-443.
- Van Deurzen J. *Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen Brussel*: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 2010.
- Vergouwen ACM, Burger H, Verheij TJM, Koerselman GF. Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2007; 49: 559 - 567.
- Walters K, Raven P, Rosenthal J, Russell J, Humphrey C, Buszewicz M. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. *Med Educ* 2007; 41: 100-8.
- Wilmink FW, Ormel J, Giel R, Krol B, Lindeboom EG, van der Meer K, e.a. General practitioners' characteristics and the assessment of psychiatric illness. *J Psychiatr Res* 1989; 23: 135-49.
- Zalar B, Strbad M, Svab V. Psychiatric education: does it affect stigma? *Acad Psychiatry* 2007; 31: 245-6.
- Zweens-Wiersema AC. Huisarts en Geestelijke gezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1968; 10: 144-151.

Hoofdstuk 3: Stigmatisering van patiënten met psychiatrische problemen door huisartsen: een focusgroep onderzoek

Adriaensen K., Hillemans K., De Lepeleire J., MD, PhD

3.0 Abstract

Trefwoorden: huisarts, stigma, psychiatrie, psychiatrische aandoeningen, attitude, focusgroeponderzoek

Achtergrond

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

Doel

In deze bijdrage wordt getracht deze stigmatisering in de 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, een extra kwetsbaarheid en een 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 voor. Een gevolg van stigma blijkt het anders nadenken over en aanvragen van technische onderzoeken. Als mogelijke oplossing stellen huisartsen extra opleiding en specifieke nomenclaturnummers voor.

Besluit

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

3.1 Inleiding

In de klinische praktijk worden belangrijke vooroordelen opgemerkt over geestelijke gezondheidszorg, psychofarmaca en psychiatrie, bij patiënten zowel als bij artsen.

Deze vooroordelen en stigmatisering kunnen problemen binnen de gezondheidszorg creëren.

Versillende auteurs definieerden het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten.

Tevens verschenen rapporten en artikels over de stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en de gevolgen hiervan. (Adriaensen e.a., 2011; Corrigan, 2008; Corrigan & Wassel, 2008; Corrigan & Watson, 2002; Royal College of Psychiatrists, 2001; Thornicroft, 2006; Thornicroft, 2008; Thornicroft & Kassam, 2008; Thornicroft e.a., 2007)

Hoewel de literatuur het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten herkent en beschrijft, blijft kennis vaak academisch en weinig concreet bruikbaar. Bovendien werd vooral internationale literatuur, voornamelijk uit de UK en USA, teruggevonden en ontstond de vraag naar de generaliseerbaarheid van deze gegevens voor België.

Deze bijdrage probeert dan ook een antwoord te geven op de vragen: wat betekent stigmatisering van psychiatrische patiënten voor de Vlaamse huisarts en hoe doet zich dit voor?

3.2 Methode

Er werd gekozen voor het uitvoeren van kwalitatief onderzoek met behulp van focusgroepen, gezien dit een goede manier blijkt voor de beschrijving en uitdieping van complexe fenomenen binnen de gezondheidszorg. (Marková e.a., 2007) (Krueger & Casey, 2000)

a. Studie Setting

In één lokale huisartsenkring, Huisartsen Regio Mortsels, 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 5 LOK-verantwoordelijken uitgenodigd voor "een gesprek over de zorg voor psychiatrische patiënten". Vier groepen reageerden positief, één LOK-verantwoordelijke was niet geïnteresseerd. Alle focusgroepen vonden plaats tussen eind augustus 2010 en begin februari 2011. Na het uitvoeren van 4 focusgroepen werd saturatie bereikt.

b. Deelnemers

Negenenvijftig kringleden kregen van hun LOK-verantwoordelijke een uitnodiging voor een bijeenkomst met als titel: 'De zorg voor psychiatrische patiënten'. Elke groep bestond uit 7 tot 13 huisartsen. Drieëndertig procent van alle deelnemers was mannelijk. De leeftijd varieerde tussen 31 en 75 jaar met een gemiddelde leeftijd van 52,2 jaar.

c. Focus groepen en data collectie

Bij de start van elke Lok werd aan de deelnemers het principe van een focusgroeponderzoek uitgelegd. Tevens werd toestemming gevraagd om een geluidsopname te maken. Elke LOK verliep op gelijke wijze aan de hand van een vooraf opgesteld draaiboek. (Zie Bijlage 3) Deelnemers kregen allen dezelfde folder als leidraad. (Zie bijlage 4) Elke focusgroep startte met het bespreken van vier casussen en 10 uitspraken, al dan niet passend bij deze casus. Dit werd gebaseerd op een casevignette studie. (Dixon e.a., 2008)

Een 30-jarige getrouwde huisvrouw met een 5-jarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze verkeert in goede gezondheid/ ze heeft een voorgeschiedenis van depressie sinds 2 jaar onder goede controle met antidepressiva/ ze heeft een voorgeschiedenis van diabetes sinds 2 jaar onder goede controle met antidiabetica/ze heeft een voorgeschiedenis van schizofrenie sinds 2 jaar onder goede controle met antipsychotica. Ze verhuisde 2 maand geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slapeloosheid, vermoeidheid en nausea.

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

Vervolgens werd overgegaan tot een discussie over drie stellingen.

Stellingen

1. Ik volg zowel de fysieke als de psychische gezondheid van mijn psychiatrische patiënten goed op.
2. Ik doe evenveel fysieke en technische onderzoeken bij mijn psychiatrische patiënten als bij al mijn andere 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 was een moderator (JDL), en een observator (KA) die notities maakte, aanwezig. Alle sessies duurden tussen 85 en 95 minuten. De audio opnames werden nadien uitgetypt (KA).

d. Data analyse

Twee onderzoekers (KA, KH) lazen de teksten van de vier focusgroepen na, om een algemeen idee over de gevoeligheden omtrent het thema te bekomen. Nadien zaten deze twee auteurs samen en werden op een deductieve manier conceptuele categorieën en subcategorieën opgesteld. (Bradley e.a., 2007)

Opnieuw werden de focusgroepen nagelezen en werd alle betekenisvolle uitspraken onderverdeeld in de categorieën en subcategorieën met behulp van Q-weft, een programma voor analyse van kwalitatief onderzoek. Zeer bewust werd getracht de uitspraken niet in bepaalde categorieën te forceren. Hierna werd opnieuw samen gezeten en werden alle moeilijkheden doorgesproken en gecorrigeerd met onder andere een herindeling van categorieën. Op die manier werd een taxonomie opgesteld voor het begrijpen en omschrijven van het probleem van stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen. (Bradley e.a., 2007)

e. Demografie van het onderzoek

Vier van de vijf uitgenodigde LOK-groepen namen deel aan de focusgroepen. Van de 59 uitgenodigde kringleden, 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%.

3.3 Resultaten

De resultaten worden besproken in volgende clusters:

| |
|---|
| Definitie |
| Specifieke praktijkvoering bij psychiatrische patiënten <ul style="list-style-type: none">Ondervonden moeilijkheden<ul style="list-style-type: none">Niveau van de artsNiveau van de patiëntNiveau van de praktijkorganisatieEigen oplossingen |
| Voorkomen van stigma |
| Oorzaken van stigma |
| Gevolgen van stigma |
| Oplossingen voor stigma |

a. Definitie

Bij het rechtstreeks peilen naar een definitie voor het begrip 'stigma', werden in alle focusgroepen volgende termen geïnventariseerd: een stempel, een negatief label, een 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. (GP2K)

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.

b. 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: men 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 om te gaan met 'zware psychiatrie' zoals psychose en schizofrenie. Daar 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. (GP3G)

Andere artsen spreken dit dan weer tegen.

Ik frustreer me daardoor juist meer bij een patiënt met diabetes die zich niet aan zijn dieet houdt. Bij iemand met psychiatrische problemen trek ik me dat minder aan. (GP3H)

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.

Hoe stabiel zijn die? (GP1F) Je kan toch best aan de deur blijven staan, zodat ze u niet kunnen aanvallen. (GP4B) Misschien gaat die wel raar doen (GP4B).

Ook frustratie speelt een belangrijke rol.

Ik heb drie keer meegemaakt dat een patiënt die ik jaren niet gezien had bij mij komt en drie dagen later suïcide pleegt. (GP4G) Psychiatrie is vaak een bodemloos vat, je steekt er veel tijd in maar er komt niets van in huis. (GP3D)

Men voelt zich daardoor machteloos.

Je kan je therapeutisch arsenaal niet even efficiënt aanwenden als bij iemand met een evenwichtige persoonlijkheidsstructuur. (GP1G)

Tenslotte geeft men aan dat psychiatrische patiënten vaak veel tijd vragen.

Het vraagt meer tijd dan een patiënt met bijvoorbeeld diabetes. (GP1A, GP2F, GP3J, GP4I) Het is moeilijk deze patiënten in een gestructureerd dagritme ertussen te nemen, ze vormen een continue verstoring van een normaal ritme. (GP2J)

Op het niveau van **de patiënt** geeft men een belangrijk gebrek aan compliance en ziekte-inzicht, als belangrijkste problemen aan.

Het vraagt een extra alertheid, gezien je minder op hun eigen beoordelingsvermogen kan afgaan. Je moet zelf de leiding nemen. (GP4F) Buikpijn bij een psychiatrische patiënt heeft een andere betekenis dan bij een niet-psychiatrische patiënt. (GP1G)

Tevens ondervindt men een belangrijk communicatieprobleem. Men geeft aan dat de problemen anamnestic vaak minder duidelijk zijn 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. (GP1C)

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

Ze zijn wispelturiger. (GP1G)

Soms voelt men zich geremd doordat men de idee heeft dat de patiënt een bepaald diagnose niet wil horen.

Ze willen niet horen dat het psychisch is. Zeg je het bovendien te brut, gaan ze naar een ander. (GP2B) Ze willen niet geholpen worden. (GP3G) Sommige patiënten blijven zoeken naar die arts die zegt wat zij willen horen, bijvoorbeeld patiënten met Munchausen syndroom. (GP2L)

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

Vaak verliest men het contact met de patiënt, daar deze enkel nog naar de psychiater gaat. (GP1B) Op een afspraak moet je vaak lang wachten. (GP2A) De zorg voor de psychiatrische patiënt is eigenlijk teamwork tussen de huisarts en de psychiater. Wil je zowel de fysieke als psychische gezondheid goed opvolgen, neem je te veel hooi op je vork. (GP3J) Toch kan van

teamwork met psychiaters niet echt gesproken kan worden als je nooit een verslag krijgt. (GP1C, GP3G)

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. (GP3E)

Eigen oplossingen

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

U kan steeds bij mij terecht voor uw fysieke problemen, maar voor uw psychische problemen gaat u bij de psychiater. (GP2K, GP1A, GP1C, GP3J)

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

U kan morgen bij mij terecht, dan trek ik een half uurtje voor u uit. (GP2E) Ik wil u zien onder die en die voorwaarden. Indien u zich daar niet aan houdt, kan ik niet in uw verhaal meegaan. (GP1G)

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

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

Ik weet dat dat niet mijn beste terrein is. Ik zeg dat zo tegen de patiënt en verwijs hem door. (GP4D)

Enerzijds lijkt men dit te doen vanuit de notie dat men de pathologie niet goed kent of beheerst.

Je kent je eigen beperkingen en grenzen. (GP2F)

Anderzijds heeft dit te maken met 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.

c. 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. (GP2A)

Veelal spreekt men eerder in vage bewoordingen:

Ja, ik ben wel onwennig. (GP1G, GP4C) Het blijft een alarmsignaal. (GP2E, GP3B).

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. (GP4F)

Soms legt men de locus of control buiten zichzelf.

Jongeren gaan sneller onderzoeken doen zonder er rekening mee te houden dat het om een psychiatrische patiënt gaat. (GP2B) Stigma bevindt zich niet op ons niveau maar op macro niveau, op het niveau van de maatschappij. (GP3F)

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

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

Je beseft dat je als psychiatrische patiënt speciaal bent. (GP4E) 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. (GP2G)

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. (GP2G)

Tevens 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. (GP1D)

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. (GP3C)

d. Oorzaken van stigma in de huisartsenpraktijk

Bij het rechtstreeks peilen bij de huisartsen naar oorzaken van stigma, komen bovengenoemde elementen opnieuw aan bod. Men lijkt geen affiniteit of interesse te hebben voor psychiatrische problemen en voelt zich machteloos en gefrustreerd omdat men 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 men de locus of control voor een belangrijk stuk bij de patiënt te leggen. Zo ervaart men een vermeend compliantieprobleem van psychiatrische patiënten als een belangrijk obstakel.

Borderline patiënten nemen hun pillen wanneer ze willen. Jij wil de fysieke gezondheid wel goed opvolgen maar zij willen niet. (GP1C)

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 allochtonen en arm zijn. Er zit een waarheid in maar je trekt deze te hard door hoewel het niet geldig is voor iedereen. (GP3K)

Daarnaast ervaart men ook een belangrijke onbetrouwbaarheid van en moeilijke communicatie met de psychiatrische patiënt.

Ze hebben geen ziekte-inzicht en ze verwoorden hun klachten anders. De reden van contact is vaak niet duidelijk. (GP3G) Sommigen zijn gevaarlijk, ze geven je een onprettig en onveilig gevoel. (GP3K, GP3I) Ze komen vijf keer met pijn op de borst en de zesde keer is het echt een acuut myocard infarct. (GP1D)

Ook speelt volgens een enkele huisarts 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. (GP2B)

Ook maatschappelijke fenomenen spelen mogelijks 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. (GP4H) De maatschappij wordt steeds moeilijker dus de psychiatrische pathologieën zullen enkel maar toenemen. (GP2E)

Tenslotte spelen ook praktijkorganisatorische factoren volgens huisartsen een rol in het ontstaan van stigma. Zo bestaan er meningsverschillen over het vermelden van een psychiatrische voorgeschiedenis in het dossier of in een verwijsbrief.

Als ik een verwijsbrief maak, zet ik er altijd bij dat de patiënt een psychiatrische voorgeschiedenis heeft, vaak zonder te specificeren. (GP2K) Ik schrijft nooit in een verwijsbrief dat een patiënt een psychiatrische voorgeschiedenis heeft. Anders kijken ze op spoed niet serieus naar hem. (GP3H) 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. (GP3H)

Daarnaast vinden huisartsen dat de opvangmogelijkheden voor psychiatrische patiënten absoluut tekort schieten. Acute psychiatrische problemen krijgen artsen zeer moeilijk verwezen, zeker voor een opname.

Je krijgt ze nergens binnen. (GP4G) Je krijgt de zware psychiatrie al niet snel verwezen, laat staan de lichtere. (GP1F) 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. (GP4A) Ik stuur ze gewoon naar de spoed van een ziekenhuis met een PAAZ. Als je belt, zeggen ze toch dat ze niets kunnen doen. (GP2K) Ik bel soms gewoon de ambulance. Zij zorgen maar dat hij in het ziekenhuis terecht komt. Dat ze er hun plan mee trekken. (GP3E) Het grote probleem is ook dat je er, als huisarts, alleen voor staat. 's Nachts komt er niemand helpen. (GP2D, GP3G)

Ook de chronisch psychiatrische hulpverlening verloopt zeer moeilijk.

Voor een afspraak bij de psycholoog of psychiater ben je maanden ver. (GP2A)

e. Gevolgen van Stigma in de huisartsenpraktijk

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. (GP4C)

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 kan niet blijven scannen. Maar je beseft dan wel dat als toch iets is, je het zal missen. (GP1C)

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

Als je je patiënt niet gerust gesteld krijgt, zet je toch de stap naar een technisch onderzoek om de therapeutische relatie te kunnen behouden. (GP1E)

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

f. Oplossingen voor stigma in de huisartsenpraktijk

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. (GP4D)

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

Een soort vaardigheidstraining, hoe ga je met zo iemand om? (GP2B)

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. (GP3J)

Tevens wordt het nut van opleiding eerder pessimistisch ingeschat.

Het is toch een stukje aangeboren. Je kan er wel op oefenen, maar heb je de affiniteit met een psychiatrische patiënt niet, zal je nooit heel goed worden. (GP3K) Opleiding is mooi in theorie. Voor acute gevallen kan je nooit voldoende opleiding krijgen. (GP3H)

Daarnaast wordt een specifieke 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. (GP2C)

Toch wordt dit ook genuanceerd.

Dat is extra stigmatiserend. Je bent zwaar ziek dus moet meer betalen. (GP4F)

Op het niveau van de patiënt ziet men een betere thuisbegeleiding en contact met de mantelzorgers als een oplossing voor stigmatisering. Tevens lijken de financiële verplichtingen van een psychotherapeutische consultatie voor vele patiënten onoverbrugbaar.

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

Bijvoorbeeld psychiatrische gevallen in familie en thuis, met uitleg erbij. (GP2L) 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. (GP1D)

Op het niveau van de praktijkorganisatie ziet men vooral een oplossing in het uitbouwen van mantelzorg voor psychiatrische patiënten.

Er is een belangrijke kloof tussen de geïnstitutionaliseerde zorg en de thuissituatie. Plots staan ze er terug alleen voor. (GP3J)

Tevens blijken huisartsen dringend een betere samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te willen. Men wil verslagen krijgen, snel kunnen overleggen en indien nodig snel iemand kunnen verwijzen voor acute opvang.

3.4 Discussie

a. Belangrijkste bevindingen

Stigmatisering van psychiatrische patiënten bij huisartsen blijkt een reëel en onderkend probleem dat bespreekbaar is. Doch 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 gezondheidszorg. Door deze opinieverschillen, is het moeilijk concrete oplossingen voor stigmatisering bij de huisarts naar voor te schuiven.

b. 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 stukje van de ijsberg is. Veel belangrijker zijn de uitgebreide gevolgen van deze stigmatisering, zoals onder andere discriminatie. (Adriaensen e.a., 2011; Corrigan, 2008; Corrigan & Wassel, 2008; Corrigan & Watson, 2002; Thornicroft, 2006; Thornicroft, 2008; Thornicroft & Kassam, 2008; Thornicroft e.a., 2007)

Huisartsen ondervinden een groot scala aan problemen bij de dagelijkse zorg voor psychiatrische patiënten. Hierdoor maakt men een onderscheid tussen 'de psychiatrische patiënt' en de 'niet-psychiatrische patiënt'. Dit verhoogt de kans op stigma en zou een belangrijk probleem kunnen vormen in de holistische, kwalitatieve zorgverlening voor psychiatrische patiënten. (Cathoor e.a., 2003)

Daarnaast ondervindt men een duidelijk 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. (Bruffaerts e.a., 2004) Ook persoonlijke affiniteit en interesse van de huisarts spelen een belangrijke rol. Doch lijken hierin grote individuele verschillen te bestaan. In hoeverre dit kan worden aangeleerd of veranderd door opleiding of stage is onvoldoende duidelijk in de literatuur. (Adriaensen e.a., 2011; Bayar e.a., 2009; Uçok e.a., 2006)

Artsen leggen een deel van de verantwoordelijkheid voor de problemen die ze ondervinden in de zorg, bij de patiënt zelf. Men vindt hen minder compliant en moeilijk om mee te communiceren. Deze twee opvattingen worden beiden in de literatuur bevestigd. (Cramer & Rosenheck, 1998; Crisp e.a., 2000; David, 2010) Ook zien zij als oorzaak voor de eigen stigmatiserende houding de moeilijke samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. (De Lepeleire, 2009; De Lepeleire e.a., 2010)

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 obligaat in een betere opvang van psychiatrische patiënten door de huisarts. (De Lepeleire e.a., 2009; Oud e.a., 2007; Simon e.a., 2009)

In de literatuur wordt als één van de belangrijkste gevolgen van stigma het fenomeen van 'Diagnostic overshadowing' beschreven: het te snel toeschrijven van klachten aan de onderliggende psychiatrische aandoening en daardoor minder technische onderzoeken aanvragen. (Adriaensen e.a., 2011; Corrigan & Wassel, 2008; Thornicroft, 2006; Thornicroft & Kassam, 2008; Thornicroft e.a., 2007) 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.

Als mogelijke oplossing voor stigmatisering van psychiatrische patiënten wordt extra opleiding en een speciaal nomenclatuurnummer voor langdurige gesprekken naar voor geschoven. Het effect van opleiding is volgens de literatuur weinig duidelijk. (Bayar e.a., 2009; Uçok e.a., 2006) Ervaringen met speciale nomenclatuurnummers in België zijn niet duidelijk positief. Het is daarom onduidelijk of dit soelaas zal brengen.

c. Sterke punten van de studie

De sterke punten van dit onderzoek zijn dat een representatief aantal huisartsen werd bereikt binnen één regio. Vermoedelijk zijn deze gegevens representatief voor andere geografisch en economisch gelijkaardige regio's. Tevens is het een uniek onderzoek in België dat een sterke aanvulling biedt op de beperkt aanwezige literatuur, waarin voornamelijk internationale gegevens werden terug gevonden.

d. Zwakke punten van de studie

Het onderzoek werd gedaan in de Huisartsenkring regio Mortsel. Deze kring bestaat uit zowel verstedelijkte gemeentes als landelijke gemeentes in een economisch sterke regio. Vermoedelijk zullen andere knelpunten naar boven komen bij huisartsen die echt in stedelijke of armere praktijken werken. Gezien België in 3 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 men eerder neigde naar een conformisatie van het gegeven antwoord. Misschien zouden individuele en anonieme interviews andere resultaten opleveren. Doch lijkt deze neiging naar conformiteit inherent aan focusgroeponderzoek.

e. Verder onderzoek/hypotheses

Verder onderzoek naar voorkomen, 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 (<http://www.likeminds.org.nz/>) en Groot-Brittannië (<http://www.time-to-change.org.uk/>).

3.5 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. Zou een eigen stigmatiserende houding hierin een rol spelen en zou aanpak van dit stigma de kwaliteit van zorgverlening voor psychiatrische patiënten kunnen doen toenemen?

3.6 Referenties

- Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuurstudie. Tijdschrift voor psychiatrie 2011: Accepted for publication.
- Bayar MR, Poyraz BC, Aksoy-Poyraz C, Arikan MK. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46: 226-30.
- 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.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004; 60: 75-85.
- Catthoor K, De Hert M, Peuskens J. Stigma bij schizofrenie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2003; 45: 87-96
- Corrigan P. Stigma reduction! What and where is the evidence? Stigma and discrimination reduction advisory committee: November 12 2008. 2008.
- Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2008; 46: 42-8.
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1: 16-20.
- Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 196-201.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.

- David AS. Treatment adherence in psychoses. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 431-2.
- De Lepeleire J. Psychose in de huisartspraktijk. *Patient Care* 2009; 32: 38-42.
- De Lepeleire J, De Cort P, Pieters G. Early detection of psychosis in general practice. *Schizophrenia Research* 2010; 117 290.
- De Lepeleire J, Gielen F, Meeschaert A, Nijs S, Prenen K. Psychose: probleemschets vanuit de huisartsenpraktijk. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2009; 65: 929-934.
- Dixon RP, Roberts LM, Lawrie S, Jones LA, Humphreys MS. Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. *Med Educ* 2008; 42: 1080-7.
- Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups*. Thousand oaks, CA: Sage Publications, Inc. 2000.
- Marková I, Linell P, Grossen M. *Dialogue in Focus Groups*. London, UK: Equinox Publishing Ltd, 2007.
- Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Meyboom-de Jong B. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients? *BMC Fam Pract* 2007; 8: 37.
- Royal College of Psychiatrists. *Mental Illness: Stigmatisation and Discrimination within the Medical Profession*. London: RCP. 2001.
- Simon AE, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G, e.a. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). *Schizophr Res* 2009; 108: 182-90.
- Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*: Oxford University Press. 2006.
- Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2008; 17: 14-9.
- Thornicroft G, Kassam A. Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. In C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon: *Society and psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press. 2008.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 113-22.
- Ucok A, Soygür H, Atakli C, Kemal K, Sartorius N, Duman Z. The impact of antistigma education on the attitudes of general practitioners regarding schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60: 439-43.

4.1 Literatuur

Zoals hoger beschreven, vormt stigmatisering van psychiatrische patiënten een belangrijk obstakel in een goede fysieke en psychische gezondheidszorg. In bovenstaande hoofdstukken werd getracht deze stigmatisering in kaart te brengen vanuit de literatuur en de eigen dagelijkse huisartsenpraktijk. Doch rest de vraag hoe stigma zich manifesteert in een bredere sociale context, de maatschappij.

Volgens Thornicroft (2006) ontstaat discriminatie en exclusie van psychiatrische patiënten in de maatschappij op verschillende vlakken: het thuis leven, het werk leven, het sociale leven, in de media en in de fysieke gezondheidszorg (Zie hoger).

Allereerst ondervinden psychiatrische patiënten belangrijke discriminatie in hun thuisleven. Wanneer zich een psychisch probleem manifesteert bij een persoon binnen een gezin, zal dit een reactie uitlokken bij de gezinsleden. In eerste instantie reageert men meestal met 'common sense' advies. Indien het psychische probleem persisteert, gaat men het gedrag van het familielid zien als 'raar' of 'fout' en wordt de schuld vaak bij deze persoon zelf gelegd. Dergelijk gedrag ontstaat omdat ook de familieleden worstelen met het begrijpen van de aandoening van hun naaste. Uit angst 'om het nog erger te maken' wordt niet tegen de psychiatrische patiënt over het psychisch probleem gesproken. Deze houding blijft veelal samen te gaan met de eigen opvattingen over psychiatrische aandoeningen, bijvoorbeeld controle over het gedrag of het geloof in herstel, en wordt beïnvloed door de kennis en beeldvorming in de media. Ook familieleden zelf ervaren een vorm van stigmatisering omwille van de psychiatrische aandoening van een naaste. Zo blijkt de eigen reputatie in de maatschappij te dalen. Dit wordt 'stigma door associatie' genoemd. Vele naaste familieleden kampen met slaapproblemen, angst en depressie en maken zich zorgen over 'wat later'. Hierdoor wordt een onderscheid gemaakt tussen diegene van wie men houdt en 'de zieke'. Zo wordt de naaste minder verantwoordelijk voor de eigen aandoening. Onderzoek toont aan dat patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen kleinere sociale netwerken hebben dan anderen en dat dit vaker familieleden zijn. Vele sociale contacten van patiënten die langdurig werden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, zijn zelf ook psychiatrisch patiënten. (Thornicroft, 2006)

Ten tweede ondervinden psychiatrische patiënten belangrijke discriminatie in het werkleven. Er bestaat evidentie dat het hebben van een job stabiliteit en betekenis brengt in het leven van mensen en dat werkloosheid de kans op of de duur van psychiatrische aandoeningen kan doen toenemen. (Grove, 1999) Een groot onderzoek in UK toont aan dat in de algemene populatie 75%, in de populatie met fysieke gezondheidsproblemen 65% en in de populatie met psychische gezondheidsproblemen slechts 20% een job heeft. (Social Exclusion Unit, 2004) Hoewel tot op heden weinig wetenschappelijk onderzoek gebeurde naar discriminatie van psychiatrische patiënten op het werk, gebeurde in de UK wel een groot onderzoek naar werkgerelateerde ervaring van patiënten met een psychiatrische aandoening. Hieruit blijkt o.a. dat patiënten met psychiatrische aandoeningen minder makkelijk werk vinden, sneller

promotie mislopen en dat een psychiatrische voorgeschiedenis slechts door 1/3^e wordt vermeld bij een sollicitatie. (The Mental Health Foundation, 2002)

Tenslotte blijkt discriminatie te bestaan met betrekking tot het maatschappelijk leven. Zo is het hebben van een rijbewijs voor veel volwassenen vanzelfsprekend. Toch lijkt dit voor patiënten met psychiatrische aandoeningen helemaal niet zo. Een tijdelijke, belangrijke of regelmatig depressieve patiënt is bijvoorbeeld niet rijgeschikt. Indien de patiënt onder regelmatig geneeskundig toezicht staat, een volledig inzicht heeft in zijn aandoening en minimum 6 maanden klachtenvrij is, kan hij terug rijgeschikt worden bevonden voor een periode van maximaal 3 jaar. (www.bivv.be) (De Wolf, 2010) Tevens geven psychiatrische patiënten ook aan discriminatie te ondervinden bij het zoeken naar huisvesting en verklaart een één op vier ooit dakloos te zijn geweest. (Catthoor e.a., 2003; Corrigan e.a., 2003)

Zou deze discriminatie een gevolg kunnen zijn van de portrettering van psychiatrische aandoeningen in de media? De meeste mensen lijken hun kennis over psychiatrische aandoeningen te halen uit persoonlijk contact met psychiatrische patiënten of uit de media. De media lijkt alsoo een belangrijke rol te spelen in de educatie van de algemene bevolking over psychiatrische aandoeningen. (Salter & Byrne, 2000) Onderzoek toonde aan dat Vlaamse kranten psychiatrie veelal op een negatieve manier belichten. Autisme komt eerder positief in de media en schizofrenie/psychose eerder negatief. (Callewaert e.a. 2004; Thys, 2011) (Zie bijlage 5 en 6) De literatuur toont aan dat psychiatrische patiënten op televisie vaak negatief worden geportretteerd, als zijnde gevaarlijk, gewelddadig, onvoorspelbaar en onaantrekkelijk. (Angelini e.a., 2006) Ook film speelt een belangrijke rol in de beeldvorming van psychiatrische aandoeningen voor de algemene bevolking. Een Duitse studie interviewde een filmpubliek over hun houding ten aanzien van schizofrenie voor en na de vertoning van de film 'The white noise'. De titel van de film verwijst naar een fenomeen gekend als EVP (Electronic Voice Phenomena). De film gaat over een man die via EVP over radio en televisie met zijn overleden vrouw tracht te communiceren. Zoals verwacht, werd negatieve stereotypering door de film versterkt en de sociale afstand vergroot. (Baumann e.a., 2003; Rosenstock, 2003)

De vraag naar efficiënte antistigma campagnes in de maatschappij dringt zich dan ook op. Begin 2009 ging in de UK een zeer grootschalige campagne tegen stigma en discriminering van psychiatrische patiënten van start, genaamd 'Time To Change'. (<http://www.time-to-change.org.uk/>) Na 1 jaar worden matig tot positieve trends met betrekking tot kennis, attitude en gedrag teruggevonden. De belangrijkste boodschappen in deze campagne zijn: 1. psychiatrische aandoeningen zijn frequent en patiënten die eraan lijden kunnen een betekenisvol leven leiden; 2. psychiatrische aandoeningen zijn een taboe en vele patiënten ervaren de bijhorende discriminatie en exclusie als erger dan de ziekte zelf; 3. iedereen kan iets doen om patiënten met psychiatrische aandoeningen te helpen. (Henderson & Thornicroft, 2009) Voor specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld studenten geneeskunde, wordt persoonlijk contact met psychiatrische patiënten gebruikt om de attitude te verbeteren en stigma te verminderen. Dit zou volgens de 'social contact theory' zeer effectief zijn. (Pinfold e.a., 2003a; Pinfold e.a., 2003b, Angermeyer & Matschinger, 1996; Wark & Galliher, 2007) Aan de 'Time to Change' campagne werken verschillende bekende Britten mee, die zelf te maken kregen met een psychiatrische aandoening. (Zie Bijlage 7 en 8) Ook in Nieuw Zeeland bestaat een grote nationale educatiecampagne van de bevolking over stigmatisering van psychiatrische patiënten: 'Like Minds, Like Mine'. (<http://www.likeminds.org.nz/>) Ook

hier fungeren bekende Nieuw-Zeelanders met psychiatrische problemen als meter of peter van de campagne. (<http://www.youtube.com/watch?v=VQk8a3-QYKU>) Ook in België bestaan verschillende sensibiliseringscampagnes. (www.sadbe.accounts.intracto.be/tegek, www.andersgewoon.be) met bekende Vlamingen als peter en meter. Deze campagnes verspreiden informatie via bijlagen bij de krant 'De Standaard'. Toch lijken deze campagnes van een kleinere omvang dan de campagnes in UK en Nieuw-Zeeland. Door de kleinere omvang, worden mogelijks vooral geïnteresseerde mensen bereikt die niet meer gesensibiliseerd moeten worden.

Er werd in dit hoofdstuk getracht stigmatisering van psychiatrische patiënten te schetsen binnen een breder kader. Zoals reeds eerder weergegeven, worden weinig Vlaamse gegevens over stigmatisering van psychiatrische patiënten teruggevonden. Verder onderzoek lijkt dan ook zinvol.

4.2 Referenties

- Angelini J, Nadorff P, Shin M, Gantz W, Lang A. Stigma! How American Television Portrays People with Mental Illness and Those Who Care for Them. Paper presented at the annual meeting of the international communication association, Dresden international congress centre, Dresden, Germany 2006.
- Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 321-6.
- Baumann A, Zaeske H, Gaebel W. [The image of people with mental illness in movies: effects on beliefs, attitudes and social distance, considering as example the movie "The white noise"]. *Psychiatr Prax* 2003; 30: 372-8.
- Callewaert T, Pieters G, De Gucht V. Vlaamse kranten over geneeskunde en psychiatrie. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004; 60: 94-96
- Catthoor K, De Hert M, Peuskens J. Stigma bij schizofrenie: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2003; 45: 87-96
- Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1105-10.
- De Wolf M. Rijgeschiktheid bij psychiatrische aandoeningen; literatuuroverzicht en consequenties voor de praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2010; 52: 555-564.
- Grove B. Mental health and employment: Shaping a new agenda. *Journal of Mental Health* 1999; 8: 131-140.
- Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change. *Lancet* 2009; 373: 1928-30.
- Pinfold V, Huxley P, Thornicroft G, Farmer P, Toulmin H, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination--evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003a; 38: 337-44.

- Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003b; 182: 342-6.
- Rosenstock J. Beyond a beautiful mind: film choices for teaching schizophrenia. *Acad Psychiatry* 2003; 27: 117-22.
- Salter M, Byrne P. The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin* 2000; 24: 281-283.
- Social Exclusion Unit. *Mental Health and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister. 2004.
- The Mental Health Foundation. *Out at work. A Survey of the Experiences of People with Mental Health Problems within the Workplace*. London: Mental Health Foundation 2002.
- Thornicroft G. *Shunned: discrimination against people with mental illness*: Oxford University Press, 2006.
- Thys E. Stigma in de Vlaamse Pers. Lezing op het avondsymposium rond stigma te Kortenberg op 24/3/2011 2011.
- Wark C, Galliher J. Emory Bogardus and the origins of the social distance scale. *The American Sociologist* 2007; 38: 383-395.

5.1 Conclusie

a. Definitie

In de literatuur worden verschillende definities naar voor geschoven voor het begrip 'stigma'. Goffman definieerde stigma reeds in 1963 als 'een proces van diskwalificatie waarbij een normaal persoon gereduceerd wordt tot iemand waarmee iets mis is'. Dit lijkt tot op heden nog steeds een duidelijke definitie. Toch houdt deze definitie geen rekening met de verregaande gevolgen van stigmatisering en biedt ze geen vertrekpunt voor aanpak van stigma. Thornicroft omschrijft stigma daarom als de overkoepelende term voor: 1) problemen van kennis (ontkenning); 2) problemen van attitude (vooroordelen); 3) problemen van gedrag (discriminatie). Deze definitie vormt een betere basis voor de aanpak van stigma. (Adriaensen e.a., 2011; Corrigan, 2008; Corrigan & Wassel, 2008; Goffman, 1963; Milders, 2009; Rusch e.a., 2010; Thornicroft, 2006; Thornicroft & Kassam, 2008)

b. Stand van zaken

Ondanks het feit dat de definitie van Goffman dateert uit 1963, lijkt onderzoek naar stigmatisering van psychiatrische patiënten in het algemeen en naar stigmatisering door huisartsen slechts het laatste decennium aan belang te winnen. Er werden, bij het schrijven van de literatuurstudie, dan ook maar een beperkt aantal artikels teruggevonden. Hierbij lijken twee professoren de literatuur te domineren. In de UK is professor Graham Thornicroft al sinds een tiental jaar actief op het vlak van stigmatisering van psychiatrische patiënten. Hij is 'professor of community psychiatry' aan het 'King's College' en is werkzaam als psychiater in Londen. Zijn Amerikaanse collega is Patrick Corrigan, die momenteel professor psychologie is aan het 'Illinois Institute of Technology'.

In België werden, met uitzondering van één niet gepubliceerd onderzoek, weinig gegevens over stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen teruggevonden. (Deglein e.a., 2010) Toch lijkt het gegeven 'stigmatisering' in België niet onbekend. Immers verschillende organisaties hebben in Vlaanderen destigmatiserende acties ondernomen. Zo zijn er de acties 'Te Gek' en 'anders gewoon'. Toch lijken deze acties, in vergelijking met 'Time to Change' in de UK, eerder locoregionaal plaats te vinden.

Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen bestaat en onder andere aanleiding geeft tot een slechtere opvolging van de fysieke gezondheidszorg van deze patiënten. Toch spelen huisartsen een belangrijke rol in de geestelijke gezondheidszorg. (Van Deurzen, 2010) Veel lijkt hen hierbij echter in de weg te staan. Vooreerst werd vastgesteld dat psychiatrische patiënten hun fysieke problemen niet spontaan aanklaarten bij een huisartsbezoek in verband met herhaalvoorschriften voor hun psychotrope medicatie. (Burns & Kendrick, 1997; Kendrick, 2007) De huisarts zou zich hiervan bewust moeten zijn en zou zelf op actieve wijze de fysieke gezondheid moeten opvolgen. (Kendrick, 2007) Bovendien zorgt het proces van 'diagnostic overshadowing' ervoor dat huisartsen klachten al te

snel toeschrijven aan de psychiatrische comorbiditeit. (Corrigan & Wassel, 2008; Jones e.a., 2008; Thornicroft, 2006; Thornicroft & Kassam, 2008; Thornicroft e.a., 2007) Daarnaast geven huisartsen een belangrijk tekort aan opleiding aan. (Sahhar & O'Connor, 2004) Mogelijks kan dit de stigmatiserende houding deels verklaren. Verder verloopt de samenwerking met en de doorverwijzing naar de gespecialiseerde gezondheidszorg moeilijk. (Laenen e.a., 2006) Tot slot blijken huisartsen de verantwoordelijkheid voor het moeilijk verlopen van de zorg voor psychiatrische patiënten voor een stuk bij de patiënt zelf te leggen. (Royal College of Psychiatrists, 2001) Literatuur bevestigt dat psychiatrische patiënten minder compliant zijn en moeilijker om mee te communiceren, doch deze externe locus of control vormt geen basis voor aanpak van de eigen stigmatisering. (Cramer & Rosenheck, 1998; Crisp e.a., 2000; David, 2010)

Ook de houding van studenten geneeskunde ten aanzien van psychiatrische patiënten werd in de literatuur nagegaan. Deze blijkt veelal weinig positief. Psychiatrie wordt gezien als een inferieure discipline en assistenten psychiatrie als vreemd, excentriek, neurotisch en academisch zwak. (Chung, 2005; Deglein e.a., 2010; Malhi e.a., 2003; Muga & Hagali, 2006; Mukherjee e.a., 2002; Ogunsemi e.a., 2008) Enkele studies werden teruggevonden over het effect van opleiding op de houding van studenten ten aanzien van psychiatrische patiënten. Gezien de vele tegenstrijdige resultaten, zijn éénduidige conclusies echter niet haalbaar. (Holm-Petersen e.a., 2007; Mino e.a., 2000; Muga & Hagali, 2006; Walters e.a., 2007; Zalar e.a., 2007)

c. Parallellen met focusgroepen

Vlaamse huisartsen in ons onderzoek omschrijven stigma als: een vooroordeel, een negatief label, een extra kwetsbaarheid, een vooringenomenheid en identificatie van een patiënt met een ziekte. In vergelijking met de in de literatuur teruggevonden definitie van Thornicroft, lijken deze omschrijvingen wat beperkt en weinig rekening houdend met de verregaande gevolgen van stigmatisering. Huisartsen blijken veel moeilijkheden te ondervinden in de zorg voor psychiatrische patiënten. De belangrijkste moeilijkheden zijn: 1) Problemen van kennis en ervaring; 2) eigen emoties van de arts, zoals bijvoorbeeld geen affiniteit of interesse, frustratie en machteloosheid; 3) de grotere tijdsinvestering die moeilijk inplanbaar is in de dagelijkse praktijk en zonder financiële vergoeding; 4) een compliantieprobleem en moeilijkere opbouw van een therapeutische relatie met deze patiënten; 5) de moeilijke doorverwijzing naar en samenwerking met de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Een aantal van de in de literatuur beschreven problemen die huisartsen ondervinden in de zorg voor psychiatrische patiënten, worden bevestigd in de focusgroepen. Huisartsen geven aan meer of juist minder technische onderzoeken te doen bij hun psychiatrische patiënten, omwille van een moeilijker verlopende anamnese of het te snel toeschrijven van de klachten aan de psychiatrische comorbiditeit. Ook wordt in de focusgroepen een algemeen tekort aan kennis aangegeven, waar opleiding mogelijks iets aan kan doen. Daarnaast spreken huisartsen over een moeilijke samenwerking met en doorverwijzing naar de gespecialiseerde gezondheidszorg aan. Tot slot leggen huisartsen een deel van de verantwoordelijkheid voor de moeilijk verlopende zorg bij de patiënt zelf.

Omwille van al deze ondervonden moeilijkheden, zoeken huisartsen naar eigen oplossingen. Men stelt duidelijke grenzen naar de patiënt toe en maakt een onderscheid tussen de 'psychiatrische' en de 'niet-psychiatrische' patiënt. Ontstaat dit onderscheid vanuit een eigen onzekerheid?

d. Maatschappij

Hoewel stigma in de maatschappij een rol speelt in het verhaal over stigmatisering van psychiatrische patiënten in de gezondheidszorg, viel dit thema voor een stuk buiten het bestek van deze thesis. Toch werd getracht dit kort te belichten.

Psychiatrische patiënten worstelen, naast hun zelf-stigma, ook met een publiek-stigma. (Corrigan, 2008; Corrigan & Wassel, 2008; Rusch e.a., 2010) Of zoals Thornicroft (2006) het beschrijft met discriminatie in het thuisleven, in het werkleven en in het maatschappelijk leven. Vermoedelijk speelt de media hierin een belangrijke rol. Deze zou een belangrijke sensibiliserende en destigmatiserende rol kunnen spelen, zodat psychiatrische patiënten bijvoorbeeld makkelijker werk vinden en minder sociaal geïsoleerd zijn. (Salter & Byrne, 2000) Tevens lijken grote nationale campagnes het stigma rond psychiatrie en zijn patiënten in het algemeen te kunnen aanpakken. Dit zou kunnen leiden tot een grotere maatschappelijke acceptatie zodat patiënten die kampen met psychische problemen gestimuleerd worden een arts te raadplegen. Heden lijkt men te moeten 'applaudiseren' voor mensen die wel voldoende zelfvertrouwen hebben om openlijk over hun psychische problemen te spreken. (Zie bijlage 8)

5.2 Aanbevelingen

Gezien stigmatisering van psychiatrische patiënten een belangrijk probleem vormt in een goede gezondheidszorg, zou aanpak hiervan mogelijks een kwaliteitsverbetering kunnen betekenen. Toch lijkt onderzoek in België onvoldoende ver te staan om bewezen werkzame strategieën naar voor te schuiven voor concrete aanpak van dit stigma en is verder onderzoek nodig.

Allereerst lijkt het noodzakelijk de mogelijkheden en het effect van educatie na te gaan. Dit kan gebeuren op het niveau van de 'huisarts in de dagelijkse praktijk', op het niveau van de 'huisarts in opleiding', op het niveau van de 'student geneeskunde' of op het niveau van de 'hele artsenpopulatie'. Waar is de meeste nood aan en hoe pak je educatie het efficiëntst aan?

Ten tweede werden in de focusgroepen door de huisartsen een aantal mogelijke oplossingen naar voor geschoven. Om te beginnen heeft men het over de zeer moeilijke samenwerking met de gespecialiseerde gezondheidszorg bij acute problemen, bijvoorbeeld het moeilijk kunnen bereiken van een psychiater in noodgevallen en het 'alleen-staan' in wachtsituaties. Welke ondersteuning kan aan huisartsen in een acute situatie geboden worden? Tevens blijkt er ook een moeilijke samenwerking bij chronische problemen, zoals de lange wachttijden bij doorverwijzing. Gezien huisartsen aangeven zelden een verslag te krijgen van de psychiater, lijkt een gebrek aan 'samenwerking' te bestaan. Hoe kan de samenwerking met de gespecialiseerde gezondheidszorg dus geoptimaliseerd worden?

Daarnaast vinden huisartsen de grotere tijdsinvestering die een psychiatrische patiënt vraagt, moeilijk inplanbaar in de dagelijkse praktijk. Tevens bestaat hier in het huidige nomenclatuursysteem geen

vergoeding voor. Zou een speciaal nomenclatuurnummer leiden tot een betere gezondheidszorg voor deze kwetsbare groep patiënten? Vormt deze tijdsinvestering in landen waar men niet aan prestatiegeneeskunde doet ook een probleem?

Ook op het niveau van de maatschappij zou verder onderzoek kunnen gebeuren. Hoe is de houding van de gemiddelde Belg ten aanzien van psychiatrische patiënten? Wat is de meest effectieve manier om aan stigma reductie te doen in de maatschappij en is er een positief effect?

5.3 Referenties

- Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuurstudie. Tijdschrift voor Psychiatrie 2011; Accepted for publication.
- Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. Br J Gen Pract 1997; 47: 515-20.
- Chung KF. Changing the attitudes of Hong Kong medical students towards people with mental illness. J Nerv Ment Dis. 2005; 193: 766-768.
- Corrigan PW. Stigma reduction! What and where is the evidence? Stigma and discrimination reduction advisory committee: November 12 2008.
- Corrigan PW, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2008; 46: 42-48.
- Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatr Serv 1998; 49: 196-201.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry 2000; 177: 4-7.
- David AS. Treatment adherence in psychoses. Br J Psychiatry 2010; 197: 431-2.
- Deglein L, Scheerder G, Van Audenhove C. Attitudes van studenten geneeskunde ten aanzien van psychische aandoeningen: Verkenning van het gebruik van de Mental Illness Clinicians' Attitudes (MICA) Schaal. Masterthesis voor het behalen van de graad Master in de Psychologie. 2010.
- Goffman GE. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NY. 1963.
- Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J, Gyrd-Hansen D. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 308-11.
- Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008; 118: 169-71.
- Kendrick T. The role of the general practitioner in severe mental illness. Psychiatrie 2007; 6: 343-346.
- Laenen A, Bruckers A, Coune L, Goossens Y, Houben M, Molenberghs L. Wachtlijden in de centra geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Acta Hospitalia 2006; 46: 25-32.
- Malhi GS, Parker GB, Parker K, Carr VJ, Kirkby KC, Yellowlees P, e.a. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. Acta Psychiatr Scand 2003; 107: 424-9.

- Milders CFA. Psychiatrische stoornis en stigma. Tijdschrift voor Psychiatrie 2009; 51: 135-137.
- Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes towards mental illness among medical students: a five-year follow-up study. Acta Med Okayama 2000; 54: 127-32.
- Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry? P N G Med J 2006; 49: 126-36.
- Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. Psychiatric Bulletin 2002; 26: 178-181.
- Ogunsemi OO, Odusan O, Olatawura MO. Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label. Ann Gen Psychiatry 2008; 7: 15.
- Royal College of Psychiatrists. Mental illness: Stigmatisation and Discrimination within the medical profession. Council Report CR91 2001.
- Rusch N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. Implicit self-stigma in people with mental illness. J Nerv Ment Dis. 2010; 198: 150-153.
- Sahhar D, O'Connor D. How well do Australian medical schools prepare general practitioners to care for patients with mental disorders? Australas Psychiatry 2004; 12: 26-30.
- Salter M, Byrne P. The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it. Psychiatric Bulletin 2000; 24: 281-283.
- Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness: Oxford University Press, 2006.
- Thornicroft G, Kassam A. Public attitudes, stigma and discrimination against people with mental illness. In C. Morgan, K. McKenzie, P. Fearon, Society and psychosis. Cambridge: Cambridge University Press 2008.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. Int Rev Psychiatry 2007; 19: 113-22.
- Van Deurzen J. Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen Brussel: Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 2010.
- Walters K, Raven P, Rosenthal J, Russell J, Humphrey C, Buszewicz M. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. Med Educ 2007; 41: 100-8.
- Zalar B, Strbad M, Svab V. Psychiatric education: does it affect stigma? Acad Psychiatry 2007; 31: 245-6.

Abstract 9:

Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuurstudie.

Auteurs: Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J

Probleemstelling/Onderzoeksvraag

In de klinische praktijk wordt stigmatisering van patiënten met psychische problemen ervaren, zowel door artsen als door de maatschappij. In deze bijdrage wordt getracht, vanuit de literatuur, deze stigmatisering in kaart te brengen.

Methode

Pubmed literatuursearch met Mesh-termen Family Practice, Mental Disorder, Attitude, Psychiatry en Physicians, Family en het woord stigma. Daarnaast werd literatuur aangereikt door experts en werden artikels gevonden via de sneeuwbal methode.

Resultaten

De gevonden artikels kunnen worden geclusterd binnen vier thema's: definiëring van het begrip stigma, rol van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg, attitude van artsen ten aanzien van psychiatrische patiënten en attitude van studenten geneeskunde ten aanzien van psychiatrische patiënten.

In de literatuur worden vanuit verschillende wetenschappelijke hoeken definities voor het begrip stigma naar voor geschoven.

Huisartsen spelen een belangrijke rol binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ze treden op als toegangspoort en als initiële zorgverlener bij lange wachttijden bij verwijzing. Ze verzekeren de continuïteit van de opvolging wanneer psychotherapie werd afgerond en blijven de belangrijkste bewaker van de fysieke gezondheid van de patiënt.

Stigmatisering door huisartsen vormt in de geestelijke en somatische hulpverlening voor patiënten met een psychiatrische aandoening een belangrijk obstakel. Hoewel deze patiënten een hogere somatische kwetsbaarheid hebben ten gevolge van hun comorbide psychiatrische aandoening, worden minder frequent technische onderzoeken aangewend ter exploratie.

Ook studenten geneeskunde hebben een negatieve attitude ten aanzien van psychiatrische patiënten. Meer opleiding zou kunnen leiden tot minder stigmatisering, doch het effect van opleiding blijkt voorbijgaand. Voornamelijk persoonlijke ervaring leidt tot een groter empathisch vermogen.

Besluit

Literatuur toont aan dat psychiatrische patiënten slachtoffer zijn van stigmatisering door zichzelf, door de maatschappij en door artsen wat leidt tot sociale exclusie en een slechtere gezondheidszorg. Aanpak van deze stigmatisering, zou de levenskwaliteit van en de gezondheidszorg voor deze groep patiënten aanzienlijk kunnen verbeteren.

Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek

Adriaensen K.
Pieters G.
De Lepeleire J.

2

Indeling

1. Inleiding
2. Methode
3. Resultaten
 1. Stigmatisering van psychiatrische patiënten
 2. Rol van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg
 3. Attitudes van artsen
 4. Attitudes van studenten geneeskunde
4. Discussie
5. Besluit

1. Inleiding

- **Verwondering**
- **Negatief effect op de zorg voor deze patiënten**
 - **Filtermodel van Goldberg (1963):**
 1. Patiënt bezoekt de huisarts.
 2. De huisarts erkent de aanwezige psychopathologie.
 3. De huisarts start een behandeling.
 4. De huisarts verwijst naar de gespecialiseerde zorgverlening.

2. Methode

- **Pubmed literatuursearch met Mesh-termen:**
 - Family practice
 - Physicians, family
 - Mental disorder
 - Attitude
 - Psychiatry
- In combinatie met het woord 'Stigma'**
 - **Selectie op basis van titel, abstract en taal**
- **Boek Thornicroft**

3. Resultaten

1. Stigmatisering van psychiatrische patiënten
2. Rol van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg
3. Attitudes van artsen
4. Attitudes van studenten geneeskunde

1. Stigmatisering van psychiatrische patiënten

- Goffman (1963)
- Thornicroft (2006, 2007, 2008)
 1. Ettikeren van mensen als afwijkend
 2. Creëren van stereotypen als onwenselijk
 3. Maken van onderscheid
 4. Devalueren, verwerpen en uitsluiten
- Corrigan (2008)
 1. Publiek-stigma
 2. Zelf-stigma
 3. Vermijden van labels

2. Rol van de huisarts binnen de geestelijke gezondheidszorg

- 4 kerntaken:
 1. Toegangspoort
 2. Initiële zorgverlening
 3. Verzekeren van de continuïteit
 4. Bewaker van de fysieke gezondheid
- Verschilt naargelang de pathologie
 - Depressie (heyman 2008): mild – matige vormen zelf
 - Psychose (Oud 2007):
 1. Opvang acute psychose
 2. Monitoring van de fysieke gezondheid in de chronische fase
 3. Bijstand verlenen aan familie en vrienden

3. Attitude van artsen

- Zoals de algemene bevolking
- Zelf verantwoordelijk → verdienen geen zorgverlening
- Somatisch zeer kwetsbare groep patiënten
- ‘Diagnostic overshadowing’

3. Attitude van artsen

- Grote toewijding binnen de eerste lijn
 - 30% van de tijd
 - 15% angststoornissen en depressie, 5% psychosomatiek en 3% gerontopsychiatrie
 - Drugs- en alcohol frequenter in stedelijk gebied, gerontopsychiatrie frequenter in ruraal gebied.
- 30 – 50% voelt zich gediscrimineerd door huisarts
 - Tekort aan opleiding?
- Huisartsen staan zelf niet open voor psychiatrie.

4. Attitude van studenten

- Dixon (2008): casusvignetten
 - Studenten die kiezen voor psychiatrie worden gezien als:
 - Excentriek en neurotisch
 - Academisch zwak
 - Niet helder of logisch denkend.
- en worden ontmoedigd door familie en faculteit.
- Tekort aan opleiding?
 - Positief effect maar persistent?

4. Discussie

- Zeer weinig opleiding in Psychiatrie
 - Max. 7 van de 240 studiepunten van de truncus communis tijdens de masterjaren
- Organisatorische problemen in de praktijk
- Vaak focus op psychische gezondheid
- Samenwerking met gespecialiseerde gezondheidszorg verloopt moeilijk.
- Eigen stigmatisering.

5. Besluit

- Beperkte literatuur werd teruggevonden.
- Enkel niet-gepubliceerde gegevens over Vlaamse studenten.
- Veel tegenstrijdigheden.

Masterthesis huisartsgeneeskunde

Augustus 2010

Draaiboek Focusgroepen 'Zorg voor psychiatrische patiënten door Huisartsen'

K. Adriaensen, J. De Lepeleire



0. Wat willen we weten?

Er bestaat nog geen onderzoek naar 'Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen' in Vlaanderen. Via Focusgroeponderzoek willen we een beeld krijgen van 'Stigmatisering van psychiatrische patiënten door de Vlaamse huisarts'.

Onze interesse:

1. Het al dan niet bestaan van stigma bij huisartsen in Vlaanderen
2. De mate waarin stigma bestaat bij huisartsen in Vlaanderen
3. Het kaderen van dit stigma binnen de Vlaamse huisartsenpraktijk
4. De mate waarin huisartsen zich bewust zijn van dit stigma
5. De mate waarin dit stigma een rol speelt in de gezondheidszorg voor psychiatrische patiënten in de Vlaamse huisartsenpraktijk.
6. De mogelijke beïnvloedende factoren door artsen en maatschappij.
7. De mogelijke oplossingen voor stigmatisering door huisartsen.

1. Casus uit de literatuur (Dixon)

Een 30-jarige getrouwde huisvrouw met een 5-jarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze verkeert in goede gezondheid/ ze heeft een voorgeschiedenis van depressie sinds 2 jaar onder goede controle met antidepressiva/ ze heeft een voorgeschiedenis van diabetes sinds 2 jaar onder goede controle met antidiabetica/ze heeft een voorgeschiedenis van schizofrenie sinds 2 jaar onder goede controle met antipsychotica. Ze verhuisde 2 maand geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slaperigheid, vermoeidheid en nausea.

2. Inleidende stellingen:

1. Ik volg zowel de fysieke als de psychische gezondheid van mijn psychiatrische patiënten goed op.
2. Ik doe evenveel fysieke en technische onderzoeken bij mijn psychiatrische patiënten als bij al mijn andere patiënten.
3. Ik kan me voorstellen dat ik me in mijn beslissing om een patiënt naar spoed te verwijzen zou laten beïnvloeden door zijn psychiatrische voorgeschiedenis.

Informatie te geven:

Hoewel psychiatrische patiënten een veel hogere somatische kwetsbaarheid hebben tgv de psychiatrische comorbiditeit, volgen we hun fysieke gezondheid minder goed op dan bij andere patiënten. Onderzoek toont aan dat bij een psychiatrische patiënt met DM2 de normale opvolgstesten zoals voetcontrole en HbA1C bepaling minder frequent gebeuren hoewel het aantal consultaties veel hoger ligt. Hiervoor bestaan 2 oorzaken:

1. Vaak focussen artsen zich op de psychiatrische problematiek waardoor tijdens een consult van 15 min geen tijd overblijft voor het bespreken van de fysieke problemen. Toch is het nodig dat huisartsen zelf naar fysieke problemen bij psychiatrische patiënten kijken, daar deze patiënten geen adequate hulpvragers zijn.
2. Diagnostic overshadowing: het te snel toeschrijven van allerlei symptomen aan een psychiatrische aandoening wat leidt tot onderdiagnosticering en het onder- of overbehandelen van fysieke aandoeningen.

3. Wat is stigma?

- neerschrijven van het eigen idee
- Discussie over de verschillende definities die naar voor gebracht worden

Informatie te geven

Goffman 1963: een proces van diskwalificatie waarbij een normaal persoon gereduceerd wordt tot iemand waarmee iets mis is.

Thornicroft vier aspecten: (1) het etiketteren van mensen waarbij men benadrukt dat bepaalde karakteristieke persoonlijke eigenschappen afwijkend zijn; (2) het creëren van stereotypen die deze afwijkende eigenschappen als onwenselijk tonen (3) het maken van een categorisch onderscheid tussen normale mensen en de geëtiketteerde groep die in sommige aspecten als fundamenteel verschillend wordt gezien; (4) het devalueren, verwerpen en uitsluiten van de geëtiketteerde groep. Alzo ontstaat discriminatie op verschillende levensgebieden, bijvoorbeeld: laag zelfbeeld, beperkt effect van behandeling of hogere kans op herval.

Corrigan drie soorten stigma: 1) het publiek-stigma; 2) het zelf-stigma; en 3) het vermijden van labels. Met publiek stigma duidt men het stigma dat rust op een patiënt met een psychiatrische aandoening vanuit de maatschappij. Dit leidt tot verlies van kansen die voor anderen vanzelfsprekend zijn, zoals bijvoorbeeld recht op werk, recht op woonst en recht op goede gezondheidszorg. Met zelf-stigma duidt men het stigma aan dat psychiatrische patiënten zichzelf opleggen. Ze zijn zich bewust van stereotypering – ‘alle psychiatrische patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun aandoening’ – en passen dit op zichzelf toe – ‘ook ik ben verantwoordelijk voor mijn eigen aandoening en heb daarom geen recht op hulpverlening’. Tenslotte bedoelt men met vermijden van labels dat patiënten zich verzetten tegen een etiket, waardoor ze minder snel gepaste zorg vinden. ‘Ik wil niet gelabeld worden als psychisch ziek, dus ik ga niet naar een psychiter.’

Toch is de functionaliteit van deze definities eerder beperkt. **Thornicroft** geeft daarom aan dat het veel nuttiger lijkt stigma op te vatten als de overkoepelende term voor 3 zeer belangrijke elementen: 1) problemen van kennis (ontkenning); 2) problemen van attitude (vooroordelen) 3) problemen van gedrag (discriminatie). In termen van de sociale psychologie zijn dit de cognitieve, affectieve en gedragsmatige domeinen. Deze drie domeinen kunnen belangrijke vertrekpunten vormen in de aanpak van stigmatisering van psychiatrische patiënten.

4. Stigmatiseren Vlaamse Huisartsen?

Nu we via de eerste stellingen een idee hebben over hoe deze groep huisartsen de omgang met psychiatrische patiënten ziet en we definities voor het begrip stigma hebben aangereikt, willen we weten of de Vlaamse huisarts psychiatrische patiënten stigmatiseert.

- bestaat het? Gebeurt het?
- In welke mate?
- Is men zich hiervan bewust?

Informatie te geven:

Weinig literatuurgegevens werden hierover teruggevonden. Huisartsen wat betreft stigmatisatie vermoedelijk een afspiegeling van de algemene bevolking. Toch geeft de literatuur aan dat er een grote toewijding van huisartsen ten aanzien van psychiatrische patiënten bestaat.

Opmkering: Cfr. filtermodel Goldberg:

1. Patiënt bezoekt de huisarts: Ten gevolge van maatschappelijke stigmatisatie kan het zijn dat een patiënt met een ernstig psychisch probleem zijn huisarts niet raadpleegt.
2. De huisarts herkent de aanwezige psychopathologie: Indien een huisarts een patiënt met psychologische problemen stigmatiseert, zal hij vermoedelijk niet of laat een diagnose stellen.
3. De huisarts stelt een behandeling in: Als de huisarts de pathologie niet herkent, zal hij ook geen behandeling instellen. Als hij ze te laat herkent, zal hij te laat een behandeling starten.
4. De huisarts verwijst door naar gespecialiseerde hulpverlening: Indien de huisarts de aanwezige psychopathologie niet herkent, kan hij ook niet doorverwijzen.

Stigmatisering plaatst op elk van deze filters een rem.

5. Mogelijke oorzaken voor stigma?

Wat zien de artsen in de focusgroep als mogelijke oorzaak voor stigmatisatie?

- maatschappelijk probleem?
- Tekort aan kennis en opleiding?
- Eigen ervaring?
- Eigen instelling?

Informatie te geven:

- Maatschappelijke stigmatisering speelt een belangrijke rol: De patiënt wil niet gelabeld worden en gaat daarom niet naar de huisarts. Cfr. De standaard: zoek naar psychiatrische patiënt. Van de 15 hits, gaan er 3 over 'de gevaardelijke psychiatrische patiënt' met als titels: 1. psychiatrie grimbergen ontsnapt aan grote brand 2. psychiatrische patiënt valt stagiaire aan met mes 3. psychiatrische patiënt verwondt kamergenoot. De media kan een belangrijke rol spelen wat betreft stigmatisering van psychiatrische patiënten.
- Verschillende auteurs geven een belangrijk tekort aan opleiding aan. Aan de KULEUVEN wordt slechts 2,9% van de studiepunten van de truncus communis tijdens de masterjaren besteedt aan opleiding binnen het vak psychiatrie. Als 30% van de consultaties bij de huisarts een psychologische component bevatten is dit bedroevend weinig.
- Eigen ervaring wordt in verschillende artikels terug gevonden als de belangrijkste factor voor een groter eigen empathisch vermogen.. Toch denk ik dat niemand in de focusgroep zal toegeven in het openbaar zelf of binnen de eigen familie geonfonteerd geweest te zijn met psychiatrische problemen terwijl dit zeer waarschijnlijk toch zo is. Artsen spreken niet over hun eigen psychiatrische problemen met collega's.
- Dit werd niet zozeer in de literatuur terug gevonden maar ik kan me indenken dat een grotere persoonlijke interesse of appreciatie voor het vak psychiatrie gepaard gaat met minder stigmatisatie?

6. Wat kan eraan gedaan worden?

Wat zien de artsen in de focusgroep als mogelijke oplossing voor stigmatisatie?

- Is er een oplossing mogelijk?
- Hangt dit te hard samen met persoonlijke ervaring?
- Kan opleiding iets veranderen?
- Als men weet dat slechts 2,9% van de studiepunten binnen de truncus comunis van de opleiding tot arts besteed wordt aan psychiatrie, moet dit dan uitbereid worden?

Informatie te geven

Zeer tegenstrijdig gegevens worden in de literatuur gevonden. Opleiding heeft volgens de ene een positief en volgens de andere geen effect. Mi misschien minder belangrijk. Het doel is een goede opvolging van de patiënt te verzekeren. Dit kan mi via sensibilisering en gestructureerde consultaties en hulp van praktijkverpleegkundigen.

7. Afronden: Zijn er opmerkingen?

Masterthesis huisartsgeneeskunde

Augustus 2010

**Focusgroep:
‘Zorg voor psychiatrische
patiënten door Huisartsen’**

K. Adriaensen, J. De Lepeleire



1. Casus uit de literatuur (Dixon 2008)

Een 30-jarige getrouwde huisvrouw met een 5 jarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze verkeert in goede gezondheid. Ze verhuisde 2 maanden geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slapeloosheid, vermoeidheid en nausea.

Stellingen:

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

Een 30-jarige getrouwde huisvrouw met een 5 jarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze heeft een voorgeschiedenis van depressie sinds 2 jaar, maar deze is goed onder controle met antidepressiva. Ze verhuisde 2 maanden geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slapeloosheid, vermoeidheid en nausea.

Stellingen:

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

ZORG VOOR PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN DOOR HUISARTSEN

Een 30-jarige getrouwde huisvrouw met een 5 jarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze heeft een voorgeschiedenis van diabetes sinds 2 jaar, maar deze is goed onder controle met antidiabetica. Ze verhuisde 2 maanden geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slapeloosheid, vermoeidheid en nausea.

Stellingen:

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

ZORG VOOR PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN DOOR HUISARTSEN

Een 30-jarige getrouwde huisvrouw met een 5 jarig kind, wenst bij u op consultatie te komen. Ze heeft een voorgeschiedenis van schizofrenie sinds 2 jaar, maar deze is goed onder controle met anti-psychoptica. Ze verhuisde 2 maanden geleden naar de regio waar uw praktijk zich bevindt. Sindsdien klaagt ze van slapeloosheid, vermoeidheid en nausea.

Stellingen:

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

2. Inleidende stellingen:

1. Ik volg zowel de fysieke als de psychische gezondheid van mijn psychiatrische patiënten goed op.
2. Ik doe evenveel fysieke en technische onderzoeken bij mijn psychiatrische patiënten als bij al mijn andere patiënten.
3. Ik kan me voorstellen dat ik me in mijn beslissing om een patiënt naar spoed te verwijzen zou laten beïnvloeden door zijn psychiatrische voorgeschiedenis.

3. Wat is het?

Plaats voor het neerschrijven van het eigen idee.

4. Doen Vlaamse huisartsen het?

Opmkering: Cfr. filtermodel Goldberg:

1. 1. Patiënt bezoekt de huisarts.
2. 2. De huisarts herkent de aanwezige psychopathologie.
3. 3. De huisarts stelt een behandeling in.
4. 4. De huisarts verwijst door naar gespecialiseerde hulpverlening.

5. Mogelijke oorzaken?

6. Wat kan eraan gedaan worden?

Bijlage 5: Schizofrenie in de Vlaamse krant

Schizofrenie wordt vaak negatief in de media gebracht en gelinkt aan geweld.

Op de site van 'De Morgen' verscheen op 12/4/2011 een bijna identiek bericht.



Vrouw die bejaarde neerstak in Mortsel blijft aangehouden

De 29-jarige vrouw die vorige donderdag een dame van 74 jaar neerstak in Mortsel, blijft nog minstens een maand in de cel op verdenking van een moordpoging. Ze zal ook opnieuw psychiatrisch onderzocht worden. Dat heeft de raadkamer in Antwerpen vandaag beslist.

De vrouw verbleef in het psychiatrische centrum Sint-Amadeus in Mortsel, omdat ze al sinds haar tienerjaren met schizofrenie kampt. De stoornis werd vastgesteld nadat ze in 2003 haar moeder had neergestoken.

"Het is de bedoeling dat dezelfde psychiater van destijds haar nu ook weer gaat onderzoeken. Hij zal ook alle medische dossiers ter beschikking krijgen", zegt haar advocaat, Vincent Andries.

De vrouw werd na de feiten van 2003 met tussenpozen geïnterneerd. Ze had haar ziekte onder controle gekregen en mocht de instelling overdag verlaten. "De laatste tijd had ze het weer iets moeilijker. Door kleine problemen in de instelling was ze in een stresssituatie beland, waardoor de waanbeelden die ze al jaren heeft - namelijk dat de maatschappij haar iets wil aandoen - weer sterker naar voren kwamen", aldus meester Andries.

Ze kocht vorige week donderdag een mes bij Blokker en stak een kwartier later een voor haar volslagen onbekende in de rug. "Ze zegt dat ze de maatschappij wilde straffen, maar ik denk dat uit het psychiatrische verslag naar voor zal komen dat ze ontoerekeningsvatbaar is", meent haar advocaat.

Het slachtoffer verkeert volgens het parket nog altijd in kritieke toestand. (belga/adha)

12/04/11 14u32

[Lees ook: 29-jarige geesteszieke vrouw verdacht van steekpartij Mortsel](#)
[Lees ook: Bejaarde vrouw in levensgevaar na messteken in Mortsel](#)

- KANAAL NIEUWS
- BELGIË
- BIZAR
- BUITENLAND
- WETENSCHAP
- GEZONDHEID
- KANAAL SPORT
- KANAAL YOU
- KANAAL SHOWBIZZ
- KANAAL GELD netto
- KANAAL AUTO
- KANAAL WONEN
- KANAAL REIZEN
- iHLN
- PLANET WATCH
- VIDEO
- WEER ism SUNJETS.be
- TV-GIDS



Bijlage 7: Promotiemateriaal 'Time To Change'

Marcus Trescothick is een Britse cricket speler in eerste klasse.



“Facing up to Australia’s fast bowlers was nothing compared to facing up to my depression.”

What you can do to help end discrimination.

- Stay in someone’s life - be there, make time to keep in touch. Your support will help their recovery.
- If someone talks to you about their problem, don’t brush it off.
- Ask the person how you can best support them.
- Don’t define people by their mental health problems.
- Think about your everyday language; “nutter,” “crazy,” “psycho” can hurt.
- There are many myths about mental illness, get the facts.

Pledge to help end mental health prejudice at time-to-change.org.uk

time to change

let's end mental health discrimination

▶ Our latest news

▶ Media Centre

▶ Time to Change in the media

▶ Become a media volunteer

▶ Engaging the Media

▶ Read our Update magazine

▶ Contact the press office

Catherine Zeta-Jones

Like 16 people like this page.

Submitted by Kate Stringer on Thu, 14/04/2011 - 10:57am



Time to Change applaud the actress Catherine Zeta-Jones for her decision to speak publicly about her diagnosis of bipolar disorder, and our thoughts are with her and her family. Time to Change Director Sue Baker said: "By being so frank about her diagnosis and treatment for bipolar Catherine will have helped to lift some of the burden of stigma which causes so much

damage to so many lives.

"Let's hope this is a further sign that the silence that surrounds mental illness is beginning to be broken, following on from the recent news of [England cricketer Michael Yardy](#)'s experiences of depression and his open and honest disclosure.

"Our latest campaign '[It's time to talk, it's Time to Change](#)' aims to encourage people to be more open about mental health issues – that, after all, affect one in four of us. Time to Change hopes to encourage more high profile figures from all walks of life with mental health problems to speak out about their experiences of mental health problems because it is such an effective way to overcome the stigma of this common health issue."

ENDS