

# Zorg voor psychotische patiënten: de taakopvatting van de huisarts

Marian Oud, Jan Schuling, Cees Slooff, Klaas Groenier, Janny Dekker, Betty Meyboom-de Jong

## Achtergrond

Patiënten met psychotische stoornissen, zoals schizofrenie en affectieve psychosen, presenteren zich met zeer uiteenlopende klinische symptomen en ziektebeelden. Een belangrijk gemeenschappelijk kenmerk van deze stoornissen is het teloorgaan van het contact met de realiteit en met belangrijke naasten. Daarom moet de hulpverlener bij deze patiënten extra aandacht besteden aan de psychosociale omstandigheden en aan verborgen gezondheidsproblemen, en daarbij rekening houden met de kans op verminderde cognitieve vaardigheden als gevolg van de aanpak.

## Samenvatting

Oud MJT, Schuling J, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong B. Zorg voor psychotische patiënten: de taakopvatting van de huisarts. *Huisarts Wet* 2010;53(3):128-34.

**Achtergrond** Patiënten die een psychose hebben doorgemaakt, hebben meer kans op lichamelijke ziekten maar zijn juist minder geneigd hulp te zoeken. Deze patiënten, maar ook hun familieleden, hebben daarom behoefte aan laagdrempelige steun van de huisarts. Wij wilden weten in hoeverre huisartsen bereid en in staat zijn de somatische, psychische en psychiatrische problemen van deze patiënten te monitoren en waar mogelijk te behandelen, en welke belemmeringen zij hierbij ervaren.

**Methode** Wij stuurden aan een representatieve steekproef, bestaande uit 700 Nederlandse huisartsen, een lijst toe met 66 vragen. De vragen betroffen 'Mening en taakopvattingen', 'Handelen en ervaringen' en 'Kenmerken van de huisarts en zijn praktijkorganisatie'.

**Resultaten** Wij ontvingen 186 vragenlijsten (27%) ingevuld retour. De respondenten vonden dat de huisarts het eerste aanspreekpunt is bij een acute verwardheid en achtten zich daar in meerderheid redelijk toe in staat. Ook vonden zij dat het opsporen en behandelen van somatische comorbiditeit bij patiënten in de chronische of residuale fase tot hun kerntaken behoort, naast het verstrekken van steun en informatie aan de familie. In meerderheid bleken zij bereid om de lichamelijke gezondheid van chronisch psychiatrische patiënten periodiek te controleren. Huisartsopleiders en huisartsen met kleinere praktijken maakten vaker dan gemiddeld vervolgspraken en waren ook vaker bereid de zelfzorg van deze patiënten te controleren. Wel vonden de respondenten dat de samenwerking met de tweedelijns ggz beter kan. Zij zouden graag meer erken-

ning krijgen voor hun rol als medebehandelaar. De behandeling van een psychose in de acute fase vraagt om andere prioriteiten dan de behandeling in de chronische fase. In de acute fase, als de positieve symptomen en de verstoorte realiteitszin op de voorgrond staan, is de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en diens familie. De huisarts heeft dan de taak om de signalen van een psychose te herkennen en de behandeling op gang te brengen.<sup>1,2</sup> Meestal betekent dat een verwijzing naar de tweede lijn of, minder vaak, het voorschrijven van antipsychotische medicatie.<sup>3</sup>

In de chronische fase is de patiënt gestabiliseerd, met meer of minder restverschijnselen. De huisarts heeft in deze fase geen

ning krijgen voor hun rol als medebehandelaar.

**Conclusie** Huisartsen zijn bereid en in staat hun aandeel te leveren in de zorg voor patiënten met psychotische stoornissen. Dat geldt niet alleen voor de eerste opvang bij een acute verwardheid, maar ook voor het opsporen en behandelen van bijwerkingen en lichamelijke klachten in de chronische fase. Wel is er behoefte aan gerichte nascholing en aan betere samenwerking met de tweede lijn.

UMC Groningen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen: dr. M.J.T. Oud, huisarts-onderzoeker en kaderhuisarts GGZ; dr. J. Schuling, huisarts en stafid; dr. K.H. Groenier, biostatisticus en stafid; dr. J.H. Dekker, huisarts en stafid; prof.dr. B. Meyboom-de Jong, em. hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMC Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie, en GGZ Noord-Drenthe, Assen: dr. C.J. Slooff, psychiater en universitair hoofddocent.

Correspondentie: m.j.t.oud@home.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: dit vragenlijstsonderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door het Rob Giel Onderzoekscentrum (RGOc). Het RGOc is een samenwerkingsverband tussen Lentis, de stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe, en het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, met als doel bestaand wetenschappelijk onderzoek in de drie noordelijke provincies te bundelen en te versterken, en nieuw onderzoek op het gebied van psychiatrische zorg te stimuleren en te ontwikkelen.

Dit artikel is een vertaling van: Oud MJT, 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. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

### Wat is bekend?

- ▶ Patiënten met psychische stoornissen hebben laagdrempelige huisartsenzorg nodig met extra aandacht voor somatische comorbiditeit.
- ▶ Familieleden van psychotische patiënten ervaren veel stress en komen vaker bij de huisarts.

### Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen achten zichzelf redelijk in staat te interveniëren bij een acute verwardheid, maar hebben wel behoefte aan enige nascholing op dit terrein.
- ▶ De taakopvatting van huisartsen in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten varieert.
- ▶ In langdurige zorgsituaties is van samenwerking met de ggz geen sprake. Huisartsen worden niet betrokken in het behandelplan en slecht op de hoogte gehouden van de voortgang van de behandeling.
- ▶ De continuïteit van zorg vereist dat de centrale positie van de huisarts in de somatische zorg voor patiënten met psychische stoornissen meer erkenning krijgt.
- ▶ De huisarts kan hieraan zelf bijdragen door meer aandacht te besteden aan het monitoren van de lichamelijke gezondheid (inclusief zelfzorg) en door gerichte nascholing over communicatieve en farmacologische aspecten van de behandeling.

welomschreven rol. De psychiatrische behandeling bestaat vaak uit laagfrequente medicatiecontrole door de psychiater en ambulante begeleiding door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) ter ondersteuning van de zelfzorg, de dagstructuur, activiteiten en de reïntegratie in de samenleving. Een chronisch psychiatrische aandoening, zoals schizofrenie, gaat vaak gepaard met een verlies van cognitieve vaardigheden: gestoorde waarneming, vertraagd denken en verminderd vermogen tot plannen, organiseren en initiatief nemen. De patiënten hebben soms moeite de lichamelijke signalen te herkennen die het symptoom kunnen zijn van een bijkomende ziekte.<sup>4</sup> Ook vinden zij het ingewikkeld om hun klacht of hulpvraag uit te leggen en een afspraak voor zichzelf te regelen.<sup>5-7</sup> Door dit alles trekken zij vaak pas laat aan de bel. Deze patiënten hebben daarom laagdrempelige zorg nodig met extra aandacht voor somatische comorbiditeit.<sup>8</sup>

Een psychose bezorgt ook de naasten van de patiënt veel stress. Bekend is dat familieleden van psychotische patiënten vaker dan gemiddeld de huisarts bezoeken.<sup>9,10</sup> Huisartsen zijn zich hiervan bewust en rekenen de zorg voor deze familieleden dan ook tot hun kerntaken.<sup>11</sup> Goede uitleg aan de familie over de symptomen van een psychose en hoe daarmee om te gaan is een effectieve interventie in de behandeling van een psychose.<sup>12,13</sup>

Patiënten met een chronisch verlopende psychose hebben vaker dan gemiddeld somatische comorbiditeit,<sup>14-16</sup> en een verhoogd sterfterisico.<sup>17</sup> Ziektegerelateerde factoren zoals chronische stress, roken, middelengebruik, slechte voedingsgewoonten en weinig lichaamsbeweging dragen hieraan bij,<sup>18,19</sup> evenals het gebruik van antipsychotische middelen, die kunnen leiden tot

overgewicht en diabetes mellitus.<sup>20-23</sup> Huisartsen lijken zich niet altijd bewust van dit toegenomen risico en besteden weinig aandacht aan de opsporing en behandeling van de risicofactoren.<sup>24</sup> In de psychiatrie groeit internationaal het besef dat de algemene gezondheidszorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen tekortschiet en dat de integratie tussen eerste- en tweedelijnsvoorzieningen beter zou kunnen.<sup>25,26</sup> Men is het er echter niet over eens wie de verantwoordelijkheid moet dragen voor de preventie en behandeling van somatische comorbiditeit bij chronisch psychiatrische patiënten.<sup>27</sup> Psychiaters vinden dat het monitoren van metabole stoornissen, als mogelijke bijwerking van de antipsychotische medicatie, tot hun taken behoort, maar niet per se de behandeling.<sup>27-29</sup> De onlangs herziene Engelse richtlijn voor schizofrenie stelt dat regelmatig lichamelijk onderzoek en gezondheidsvoorlichting in de eerste lijn een belangrijke bijdrage kan leveren aan de behandeling van schizofreniepatiënten.<sup>30</sup> In Nederland bestaan geen beleidsafspraken over de rol van de huisarts in dezen; de *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2005* bevat geen specifieke instructies voor de huisarts.<sup>31</sup>

Kwalitatief onderzoek naar de inzichten en ervaringen van huisartsen leerde ons dat factoren als een professionele taakopvatting, kennis van psychiatrie en vaardigheid in het omgaan met psychiatrische patiënten belangrijk zijn in de zorg voor deze patiënten. Betrokkenheid bij de familie is voor hen een stimulans om hun uiterste best te doen, maar agressief gedrag en drugsgebruik ervaren zij als onveilig en moeilijk te managen. Een goede samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) achten zij essentieel om crisissituaties te kunnen oplossen.<sup>11</sup>

Om meer inzicht te krijgen in de betekenis van de genoemde factoren, en om bouwstenen aan te dragen voor een door de beroepsgroep gedragen richtlijn, formuleerden we de volgende onderzoeksvragen:

- ▶ welke zorg willen huisartsen bieden aan patiënten met een psychotische stoornis, in de acute en in de chronische fase?
- ▶ vinden huisartsen zichzelf voldoende toegerust om deze zorg te bieden, en op welke gebieden hebben zij behoefte aan scholing?
- ▶ hoe handelen huisartsen in de eigen praktijk, en hoe ervaren zij de samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg?

## Methoden

### Vragenlijst

Op basis van de bestudeerde literatuur<sup>32-39</sup> stelden we een vragenlijst op waarmee we de bovengenoemde determinanten konden toetsen.<sup>11</sup> Het begrip 'psychotische ziekte', in de internationale wetenschappelijke literatuur vaak aangeduid als 'severe mental disorder', definieerden wij als een toestand waarin het contact met de werkelijkheid wordt verstoord door wanen, hallucinaties en verwardheid, soms gepaard met een manische ontremming of een diepe depressie. Huisartsen coderen de betreffende ziektebeelden met de ICPC-codes P72 (schizofrenie, alle vormen), P73 (affectieve psychosen) en P98 (niet gespecificeerde psychose).

De vragenlijst telde drie hoofdstukken. Het eerste, 'Mening en

taakopvatting', bevatte 20 vragen over de zorg in zowel de acute als de chronische fase. Het tweede hoofdstuk, 'Handelen en ervaringen', bevatte 19 vragen over het handelen in een recente concrete praktijksituatie en over de ervaringen in de samenwerking met de ggz. Het derde hoofdstuk, 'Kenmerken van de huisarts en de praktijkorganisatie', bevatte 27 vragen, onder andere over de arbeidssatisfactie.

Wij lieten de conceptvragenlijst beoordelen door een panel van experts en toetsten de lijst vervolgens in een proefsituatie. Vier ervaren huisartsen vulden de vragenlijst in en gaven hun oordeel over duidelijkheid, relevantie en ervaren problemen bij het invullen van de vragen. De definitieve versie bevatte 41 meerkeuzevragen en 22 stellingen waaraan de respondent een waardering kon geven op een ordinale vijfpuntsschaal (helemaal mee eens = 1, helemaal mee oneens = 5). De resterende drie vragen betroffen de leeftijd van de respondent, het aantal jaren werkervaring en het geschatte aantal ingeschreven patiënten met gebleken kwetsbaarheid voor psychotische ontregeling.

### Steekproef

Om de langdurige zorg voor chronische patiënten goed in kaart te kunnen brengen, hebben we de vragenlijsten uitgezet onder huisartsen die continue zorg verlenen, te weten gevestigde huisartsen en HIDHA's (huisartsen in dienst van een huisarts). Uit het bestand van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg NIVEL werd een aselechte steekproef getrokken van 700 huisartsen. In juni 2007 verstuurdde wij de vragenlijsten. Het invullen gebeurde vrijwillig en anoniem, en kostte per respondent twintig tot dertig minuten. Na vier weken ontvingen alle aangeschreven huisartsen een herinneringsbrief.

### Analyse

De statistische analyse werd uitgevoerd met SPSS 14.0. De antwoorden op de vijfpuntsschaal werden getransformeerd naar een driepuntsschaal (positief, neutraal of negatief). Wij onderwierpen de antwoorden die betrekking hadden op meningen, taakopvatting en ervaringen aan een multivariate factoranalyse en relateerden de gevonden vier factoren aan het derde hoofdstuk, de

kenmerken van huisarts en praktijkorganisatie en de vermelde handelwijze.

### Resultaten

We ontvingen 186 ingevulde vragenlijsten (27%) en 9 vragenlijsten kwamen onbestelbaar retour. Van de respondenten was 62% man, de gemiddelde werkervaring was 18 jaar (spreiding 2-35 jaar), en de gemiddelde leeftijd was 49 jaar. Van de respondenten werkte 22% als solist, 32% in een duopraktijk, 29% in een HOED en 17% in een gezondheidscentrum. Tweënvijftig procent werkte parttime. Van de praktijken was 49% was gevestigd in stedelijk gebied, 38% in verstedelijkt platteland en 15% in plattelandsgedebied. Deze gegevens komen overeen met de NIVEL-cijfers voor heel Nederland. Van de respondenten was 40% huisartsopleider, 31% had werkervaring in de psychiatrie en 61% beschikte over een SPV in de praktijk. Deze SPV's hielden zich vooral bezig met probleemoplossende gesprekken; een kleine minderheid (13%) begeleidde chronisch psychiatrische patiënten. Huisartsen schatten het aantal patiënten met een kwetsbaarheid voor psychose in hun praktijk gemiddeld op 20 (spreiding 0-100).

### Mening en taakopvatting (tabel 1)

In de acute fase van een psychose willen huisartsen het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt en diens familie. Van onze respondenten zei een meerderheid dat zij zich ook in de chronische fase verantwoordelijk voelen voor de zorgverlening. Taken die zij in deze fase vervullen zijn: diagnosticeren en behandelen van somatische comorbiditeit en zorgdragen voor de herhaalreceptuur. Tachtig procent van de respondenten vindt periodieke beoordeling van de lichamelijke gezondheid een taak van de huisarts. Zij zouden dan kiezen voor een frequentie van éénmaal per jaar (55%) of halfjaarlijks (34%). Periodieke beoordeling van het psychosociaal functioneren vinden de meeste respondenten een taak voor de SPV, en periodieke beoordeling van de psychiatrische symptomen vinden ze een taak voor de psychiater. Ondersteuning van de familie rekenen zij wel tot hun taak, evenals het verstrekken van informatie over de aandoening.

Niet alle respondenten voelen zich vaardig in het maken van con-

**Tabel 1** Mening en taakopvatting (n = 186)

	Eens	Neutraal	Oneens
<b>Taken in de acute en de chronische fase</b>			
Bij acute verwardheid is de huisarts eerste aanspreekpunt	74%	19%	7%
Ik voel me verantwoordelijk voor de zorg voor chronische psychiatrische patiënten in mijn praktijk	58%	23%	19%
Ik vind het mijn taak om bij psychotische patiënten na te gaan hoe de zelfzorg is	37%	30%	33%
Ik vind dat ik bij psychotische patiënten alert moet zijn op somatische comorbiditeit	81%	13%	6%
<b>Zorg voor de familie</b>			
Ik vind het mijn taak om de familie van een chronisch psychotische patiënt te ondersteunen	74%	17%	9%
Ik vind het mijn taak om de familie informatie te geven over het ziektebeeld	58%	26%	16%
<b>Zelfervaren vaardigheden</b>			
Bij een psychotische crisis voel ik me vaardig in contact maken met de patiënt	46%	35%	19%
Bij een psychotische crisis voel ik me vaardig in het communiceren met de familie	85%	11%	4%
Ik voel me bekwaam om bij een psychotische crisis te interveniëren	52%	33%	15%
Ik voel me machteloos bij een psychotische crisis	18%	28%	54%
Ik voel me onveilig bij een acuut psychotische patiënt	16%	35%	49%
<b>Behoeftte aan scholing</b>			
Ik heb behoefte aan scholing over interventies bij een psychotische crisis	63%	20%	17%
Ik heb behoefte aan scholing over communicatie met en begeleiding van psychotische patiënten	55%	27%	18%
Ik heb behoefte aan scholing over antipsychotische farmacotherapie	54%	24%	22%

tact met een patiënt in een psychotische crisis. Het contact met de familie daarentegen levert weinig problemen op. Toch vinden huisartsen van zichzelf dat zij redelijk in staat zijn om bij een crisissituatie te interveniëren; slechts sommigen voelen zich hierbij machteloos en onveilig. Wel geven de respondenten aan dat zij behoefte hebben aan nascholing op dit terrein.

#### Handelen en ervaringen

Een meerderheid (59%) van de respondenten had in de voorafgaande zes maanden contact met een patiënt gehad vanwege een psychose, en 78% in het voorafgaande jaar. In deze contacten waren de volgende diagnoses gesteld: eerste psychose (21%), psychotische depressie (23%), schizofrenie (29%), bipolaire stoornis (18%), drugspsychose (3%) en een restgroep bestaande uit tweede psychose, organische psychose en delier.

Van deze patiënten was 62% al bekend bij de ggz. Veruit de meeste patiënten (84%) verwees de huisarts naar de tweedelijns ggz. In 39% van de gevallen schreef de respondent een antipsychoticum voor, waarvan de helft een herstart betrof van eerder voorgeschreven farmacotherapie. De meeste huisartsen maakten een vervolgspraak (60%) en hielden regelmatig contact met de familieleden (68%). Een minderheid verrichtte

lichamelijk onderzoek (35%) of vroeg laboratoriumonderzoek aan (28%).

#### Samenwerking met de tweedelijns ggz (tabel 2)

Van de respondenten gaf 61% aan dat zij de ggz in acute situaties goed konden bereiken en dat zij zich als verwijzende partij serieus genomen voelden. Samenwerking met de gespecialiseerde ggz in de langdurige zorg bleek echter geheel afwezig. Huisartsen zegden dat zij niet betrokken worden in het behandelplan en slecht op de hoogte gehouden worden van de stand van zaken tijdens een behandeling.

#### Vier factoren in relatie tot de huisartskenmerken en het huisartsgeneeskundig handelen (tabel 3 en 4)

Uit de multivariate analyse van de antwoorden in de hoofdstukken 'Meningen en taakopvatting' en 'Handelen en ervaringen' kwamen vier factoren naar voren die de respondenten het belangrijkste achtten in de zorg aan psychotische patiënten:

- vaardigheden in de acute fase;
- taakopvatting met betrekking tot de chronische fase;
- ketenzorg (ervaringen met tweedelijns ggz);
- scholing.

**Tabel 2** Ervaringen met de ggz (n = 186)

	Eens	Neutraal	Oneens
Het kost veel moeite om met een psychiater te overleggen bij een acute psychotische crisis	30%	9%	61%
Mijn informatie wordt serieus genomen door de psychiater	60%	25%	15%
Ik word als huisarts betrokken in het behandelplan van de ggz	12%	20%	68%
Ik word regelmatig op de hoogte gehouden door de ggz	19%	29%	52%
Ik voel me gesteund door de samenwerking met de ggz	38%	39%	23%

**Tabel 3** De relatie tussen huisartskenmerken en de factoren vaardigheid, taakopvatting, ketenzorg en scholing

	Vaardigheid	Taakopvatting	Ketenzorg	Scholing
Geslacht huisarts	.082	.355	.573	.624
Praktijkvorm	.704	.999	.704	.124
Parttime of fulltime?	.397	.988	.247	.335
Jaren werkzaam als huisarts	.066	.724	.936	.790
Praktijkomvang	.091	.044	.777	.102
Urbanisatie	.109	.059	.406	.767
Huisartsopleider?	.493	.014	.488	.723
Werkervaring in de psychiatrie?	.002	.266	.945	.045
Psychiatrie tijdens huisartsopleiding?	.304	.324	.149	.742
Huisarts registreert psychose in probleemlijst	.345	.121	.548	.806
Schatting van aantal patiënten met psychotische kwetsbaarheid	.111	.003	.996	.890

Statistisch significante relaties ( $p \leq .050$ ) zijn vetgedrukt

**Tabel 4** De relatie tussen het huisartsgeneeskundig handelen en de factoren vaardigheid, taakopvatting, ketenzorg en scholing

	Vaardigheid	Taakopvatting	Ketenzorg	Scholing
Laatste contact met als reden psychotische stoornis	.021	.748	.625	.026
Welke diagnostische categorie	.380	.478	.852	.508
Patiënt had eerder een psychose doorgemaakt	.852	.325	.986	.505
Patiënt was bekend bij de ggz	.961	.672	.667	.915
Patiënt werd verwezen naar de ggz	.661	.206	.270	.658
Huisarts schreef antipsychoticum voor	.446	.243	.187	.771
Huisarts maakte vervolgspraak	.184	.013	.642	.758
Huisarts onderhield contact met de familie	.279	.093	.977	.341
Huisarts deed lichamenlijk onderzoek	.032	.319	.332	.050
Huisarts vroeg laboratoriumonderzoek aan	.093	.940	.466	.231
Huisarts draagt zorg voor de herhaalrecepten	.437	.076	.684	.604

Statistisch significante relaties ( $p \leq .050$ ) zijn vetgedrukt

### *Vaardigheden in de acute fase*

Respondenten die vertrouwd waren met acute psychiatrie ervoeren minder machteloosheid en angst dan degenen die zich minder competent voelden. Zij hadden vaak werkervaring opgedaan in de psychiatrie en hadden in de voorafgaande zes maanden vaker een acute psychose herkend. Deze respondenten verrichtten ook vaker lichamelijk onderzoek.

### *Taakopvatting met betrekking tot de chronische fase*

Huisartsen met een brede taakopvatting over de zorg voor psychotische patiënten maakten vaker vervolgsafspraken en rekenden ook het onderzoek naar de zelfzorg van de patiënt tot hun taak. Zij hadden gemiddeld kleinere praktijken en zijn vaker huisartsop-leider. Deze huisartsen schatten de prevalentie van psychotische kwetsbaarheid in hun praktijken hoger in en benaderen daarmee dichter de prevalentie in de algemene bevolking, die ongeveer 1% bedraagt. Uit de antwoorden blijkt dat deze huisartsen ook de SPV soms inzetten bij de begeleiding van chronisch psychiatrie patiënten. Een brede taakopvatting gaat samen met een grotere arbeidssatisfactie in de begeleiding van psychiatrie patiënten.

### *Ketenzorg*

Wij vonden geen significante relatie tussen de kenmerken van de huisarts of de praktijkorganisatie en hun ervaringen met de tweedelijns ggz.

### *Scholing*

Respondenten die vertrouwd waren met acute psychiatrie hadden minder behoefte aan scholing, en zij deden vaker lichamelijk onderzoek. Respondenten die langere tijd niet met een psychose waren geconfronteerd, bleken een grotere scholingsbehoefte te hebben.

## **Discussie**

De taak waarvoor de huisarts zich gesteld ziet in de acute fase van een psychose is duidelijk en staat niet ter discussie. Na het beoordelen van de toestand van de patiënt en het vaststellen van de psychose verwijst de huisarts naar de tweedelijns ggz en/of schrijft hij antipsychotische medicatie voor. Daarnaast biedt hij steun aan de familie. Huisartsen vinden dat de samenwerking met de crisisdienst goed verloopt. Zoals te verwachten is, hebben onervaren huisartsen behoefte aan scholing over de omgang en communicatie met een psychotische patiënt. Zij worden er zelden mee geconfronteerd en kunnen niet op hun routine vertrouwen. Hoe langer geleden men een acute psychose heeft meegemaakt, des te groter is de behoefte aan scholing.

Over de zorg voor psychosepatiënten in de chronische fase verschillen de opvattingen echter. Deze verschillen zijn te verklaren door verschillen in zelf ervaren competenties, ervaringen met de ggz en de behoefte aan nascholing. Veel huisartsen voelen zich betrokken bij deze langdurige zorg, maar vinden de bijkomende psychosociale problematiek lastig. Zij zijn verantwoordelijk voor

de diagnostiek en behandeling van de somatische (co)morbidi-teit, en een meerderheid van hen is bereid om in de toekomst ook de lichamelijke gezondheid te gaan monitoren. Ook de herhaalrecepten willen ze voor hun rekening nemen, maar ze hebben weinig zicht op het effect en de bijwerkingen daarvan. Huisartsen doen relatief weinig lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek bij chronische psychosepatiënten.

Huisartsen staan terughoudend tegenover de noodzaak patiënten op hun zelfzorg te beoordelen. Omdat het om patiënten gaat die grote kans hebben te verkommeren, is het echter belangrijk hieraan wel aandacht te besteden. Een betere lichamelijke toestand heeft bovendien een gunstige invloed op de psychiatrische symptomen.<sup>5</sup> De zelfverzorging ter sprake brengen vergt een actieve opstelling van de huisarts.

Huisartsen met een brede taakopvatting blijven de patiënt actief volgen en hebben de patiënten met een psychotische kwetsbaarheid beter in beeld. Deze huisartsen hebben vaak kleinere praktijken, en dat maakt het wellicht gemakkelijker de persoonlijke kenmerken en kwetsbaarheden van patiënten te kennen.

De samenwerking met de tweedelijns ggz in de langdurige zorg laat te wensen over. Er is geen structureel overleg en geen samenhangend zorgaanbod. Dit probleem lijkt universeel te zijn.<sup>4,40,41</sup> De huisarts wordt niet betrokken bij het opstellen van behandelplannen en ook niet op de hoogte gehouden tijdens het behandeltraject. Deze onderzoeksbevinding heeft geen relatie met persoonlijke kenmerken van de huisarts of met zijn praktijkorganisatie.

### **Sterke en zwakke punten**

Hoewel de respons relatief laag was (27%), zijn onze respondenten naar geslacht, leeftijd, praktijkvorm en praktijklocatie representatief voor de Nederlandse huisarts. De laagte van de respons kan verschillende oorzaken hebben. Ten eerste bevatte de vragenlijst verschillende vragen over het handelen bij een recente praktijkervaring. Dit soort vragen doet een appel op het geheugen, het kost tijd om de details weer boven water te halen. Ten tweede is het aannemelijk dat huisartsen die geen affiniteit hebben met psychiatrie de vragenlijst gewoon aan de kant hebben gelegd. Dit blijkt ook uit het feit dat een meerderheid van de respondenten beschikt over een SPV in de praktijk.

Daar staat tegenover dat de spreiding van de antwoorden de volle breedte bestrijkt. Dat de antwoorden mogelijk een te positief beeld geven van de taakopvatting van Nederlandse huisartsen neemt derhalve niet weg dat de bevindingen concrete aanknopingspunten bieden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

### **Conclusies**

De responderende huisartsen vinden zichzelf voldoende capabel om zorg te verlenen in de acute fase van een psychotische stoornis. In die fase zien de huisartsen zichzelf als het eerste aanspreekpunt: zij beoordelen de situatie en vormen de schakel naar de acute psychiatrie. Psychotische crisissituaties komen echter sporadisch voor en er is behoefte aan training.

Naast de zorg voor de patiënt zelf willen huisartsen ook zorg ver-

lenen aan de familieleden. Zij bieden hen steun en geven soms uitleg over het ziektebeeld. Huisartsen vinden het belangrijk om deel uit te maken van het zorgteam rond de patiënt met een psychotische stoornis. Zij beschouwen het monitoren van de lichamelijke toestand en het opsporen van somatische comorbiditeit als hun verantwoordelijkheid en deskundigheid. Dit vereist echter een actieve houding, en bovendien specifieke omgangsvaardigheden. Om goed te kunnen communiceren moet de huisarts rekening houden met de cognitieve en emotionele mogelijkheden en beperkingen van deze patiënten.<sup>42</sup> Op dit gebied, en op het gebied van de farmacotherapie, ervaren veel huisartsen behoefte aan bijscholing.

In de chronische fase schiet de samenwerking met de gespecialiseerde ggz tekort. Er is weinig overleg. Huisartsen zorgen voor de herhaalrecepten, maar zij kunnen het effect van de behandeling niet goed volgen en zijn niet alert op het risico van metabool syndroom en diabetes mellitus.

Vanuit de behoeften van de patiënt bezien<sup>43</sup> staat de continuïteit van de zorg centraal en moet de huisarts een steviger positie claimen in de multidisciplinaire zorgketen. De huisarts is daarin de centrale zorgverlener als het gaat om risicomanagement van de somatische comorbiditeit en geneesmiddeleninteracties. Maar psychiaters zien – zoals veel specialisten<sup>44</sup> – de huisarts vooral als verwijzer en niet als medebehandelaar binnen het zorgsysteem. Mogelijk kunnen huisartsen hierin zelf verbetering aanbrengen, door systematischer aandacht te besteden aan de gezondheidstoestand van patiënten met chronische stoornissen en door de verantwoordelijkheden met betrekking tot de somatische zorg vast te leggen in een multidisciplinaire richtlijn.<sup>45</sup> Onder de beroepsgroep bestaat voldoende draagvlak voor het ontwikkelen van een dergelijke richtlijn.

### Aanbevelingen

Het verdient aanbeveling om in multidisciplinaire richtlijnen voor de zorg aan patiënten met psychotische stoornissen de taken en verantwoordelijkheden van de huisarts vast te leggen. Deze taken dienen aan te sluiten bij de competenties van de huisarts: het herkennen van signalen, eerste opvang in de acute fase van een psychose, zorgdragen voor en bewaken van de herhaalreceptuur, opsporen en behandelen van de somatische comorbiditeit, steun en informatie geven aan de familie.

Het verdient ook aanbeveling om meer samenhang te brengen in het zorgsysteem rond psychotische patiënten en daarbij de rol van de huisarts helder te definiëren. Dit zal bijdragen aan de kwaliteit van deze zorg.

### Literatuur

- 1 Cole E, Leavey G, King M, Johnson-Sabine E, Hoar A. Pathways to care for patients with a first episode of psychosis: a comparison of ethnic groups. *Br J Psychiatry* 1995;167:770-6.
- 2 Shiers D, Lester H. Early intervention for first episode psychosis. *BMJ* 2004;328:1451-2.
- 3 Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and

- collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:892-8.
- 4 Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999;60:10-5.
- 5 Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003;178 Suppl:S67-70.
- 6 Lester H, 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.
- 7 Dickerson FB, McNary SW, Brown CH, Kreyenbuhl J, Goldberg RW, Dixon LB. Somatic healthcare utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Med Care* 2003;41:560-70.
- 8 Reeves R, Torres RA. Exacerbation of psychosis by misinterpretation of physical symptoms. *South Med J* 2003;96:702-4.
- 9 Tennakoon L, Fannon D, Doku V, O'Ceallaigh S, Soni W, Santamaria M, et al. Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *Br J Psychiatry* 2000;177:529-33.
- 10 Magliano L, Fiorillo A, Rosa C, Maj M. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scand Suppl* 2006;429:60-3.
- 11 Oud MJT, 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.
- 12 Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1784-91.
- 13 Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; Issue 4. Art. No.: CD000088.
- 14 Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.
- 15 Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2004;55:1250-7.
- 16 Mackin P, McAllister-Williams H. Schizophrenia and increased risk of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2006;151:e8.
- 17 Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;171:502-8.
- 18 Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Daumit G, Brown C, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2004;161:2317-9.
- 19 Dixon L, Weiden P, Delahanty J, Goldberg R, Postrado L, Lucksted A, Lehman A. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull* 2000;26:903-12.
- 20 Carlson C, Hornbuckle K, DeLisle F, Kryzhanovskaya L, Breier A, Cavazzoni P. Diabetes mellitus and antipsychotic treatment in the United Kingdom. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006;16:366-75.
- 21 Kornegay CJ, Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Incident diabetes associated with antipsychotic use in the United Kingdom general practice research database. *J Clin Psychiatry* 2002;63:758-62.
- 22 Sacchetti E, Turrina C, Parrinello G, Brignoli O, Stefanini G, Mazzaglia G. Incidence of diabetes in a general practice population: a database cohort study on the relationship with haloperidol, olanzapine, risperidone or quetiapine exposure. *Int Clin Psychopharmacol* 2005;20:33-7.
- 23 Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19 Suppl 1:1-93.
- 24 Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007;24:34-40.
- 25 Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
- 26 Druss BG. Improving medical care for persons with serious mental

- illness: challenges and solutions. *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 4:40-4.
- 27 Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:492-501.
  - 28 De Nayer A, De Hert M, Scheen A, Van Gaal L, Peuskens J. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Psych Clin Pract* 2005;9:130-7.
  - 29 De Hert M, Van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21 Suppl 2:S11-5.
  - 30 NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update). Last update: 25 March 2009. <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG/WaveR/26>. Geraadpleegd in februari 2010.
  - 31 Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie 2005. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Trimbos-instituut, 2005. <http://ggzrichtlijnen.nl>. Geraadpleegd in februari 2010.
  - 32 Carr VJ, Lewin TJ, Barnard RE, Walton JM, Allen JL, Constable PM, et al. Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:78-84.
  - 33 Phelan M, Mirza I. The needs of patients receiving depot antipsychotic medication within primary care. *Fam Pract* 2003;20:126-8.
  - 34 Burns T, Kendrick T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *Br J Gen Pract* 1997;47:515-20.
  - 35 Nazareth I, King M, Davies S. Care of schizophrenia in general practice: the general practitioner and the patient. *Br J Gen Pract* 1995;45:343-7.
  - 36 Lester H, Tritter JQ, England E. Satisfaction with primary care: the perspectives of people with schizophrenia. *Fam Pract* 2003;20:508-13.
  - 37 Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Fam Med* 2004;36:28-34.
  - 38 Tait L, Lester H, Birchwood M, Freemantle N, Wilson S. Design of the BiRmington Early Detection In untREated psyChosis Trial (REDIRECT): cluster randomised controlled trial of general practitioner education in detection of first episode psychosis [ISRCTN87898421]. *BMC Health Serv Res* 2005;5:19.
  - 39 Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS; Swiss Early Psychosis Project. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry* 2005;187:274-81.
  - 40 Dombrovski A, Rosenstock J. Bridging general medicine and psychiatry: providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:523-9.
  - 41 Wright CA, Osborn DPJ, Nazareth J, King M. Prevention of coronary heart disease in people with severe mental illnesses: a qualitative study of patient and professionals' preference for care. *BMC Psychiatry* 2006;6:16.
  - 42 Dagnan D. Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill-health. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:456-60.
  - 43 Auslander LA, Jeste DV. Perceptions of problems and needs for service among middle-aged and elderly outpatients with schizophrenia and related psychotic disorders. *Community Ment Health J* 2002;38:391-402.
  - 44 Berendsen AJ, Benneker WH, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JP, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2006;6:155.
  - 45 Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol* 2005;19:102-9.



Foto: Shutterstock/Cosmin Munteanu