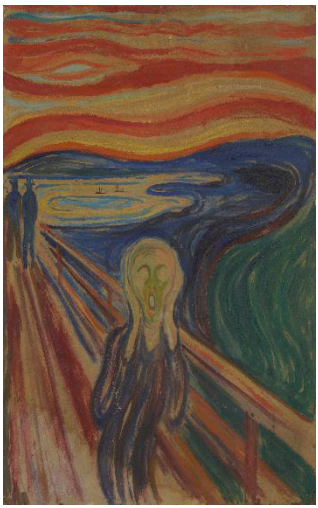
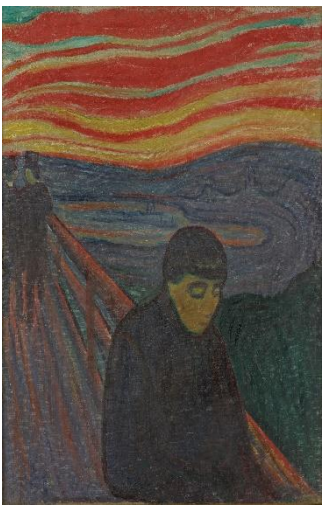
Zwartboek

van de **Geestelijke Gezondheidszorg** in **Brussel**

De ervaring van de huisartsen





fbhav

Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen

Maart 2018

Zwartboek van de Geestelijke Gezondheidszorg in Brussel

De ervaring van de huisartsen

© Deze publicatie is een realisatie van het Comité Geestelijke Gezondheid van de FBHAV

FBHAV
Pachecolaan, 34
1000 Brussel

Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen
Tel. : 02/379.03.33
Fax : 02/374.08.27

Email : famgb@famgb.be
Website: www.famgb.be

Colofon

Verantwoordelijk uitgever
Dr. Michel De Volder - Voorzitter
Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen
34 Pachecolaan, 1000 Brussel.

Redactie
Dr. Lawrence Cuvelier
Dr. Anne Gillet
Mw Johanne Mathy

De leden van het Comité Geestelijke Gezondheid van de FBHAV bijgedragen aan dit werk
Dr. Christophe Barbut
Dr. Naima Bouali
Dr. Lawrence Cuvelier
Dr. Alain Devaux
Dr. Michel De Volder
Dr. Anne Gillet
Mw Aline Godart (RML-B)
Dr. Thomas Orban
Dr. Didier Piquard
Dr. Claire Remy
Dr. Lou Richelle
Dr. Jerry Werenne

Coördinatie
Dr. Alain Devaux
Mw Cécile Avril (FBHAV)
Mw Caroline de Sauvage (FBHAV)

Illustratie op de cover
MUNCHMUSEET| THE MUNCH MUSEUM©

Illustratie van het boek
Jacques Sondron

Vertaling
Scripto-sensu

Unieke en veelzeggend kroniek van de gevolgen van de structurele onderfinanciering van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en van het welzijnsbeleid in Brussel, de hoofdstad van Europa, begin 21e eeuw

VOORWOORD

Dit boek is een kreet!

Een kreet van de huisartsen in Brussel die de politieke wereld en het maatschappelijk middenveld willen interpelleren over het schrijnende gebrek aan toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.

Vanuit getuigenissen willen wij tonen wat onze dagelijkse realiteit is, niet om ons te beklagen, maar om onze rol in de geestelijke gezondheidszorg te laten erkennen en onze eisen te laten horen.

Brussel concentreert alle factoren die de geestelijke gezondheid beïnvloeden: onzekerheid, stress op het werk, een hoge werkloosheidsgraad, vooral bij de jongeren, een oudere bevolking, sociale eenzaamheid, het uiteenvallen van familiebanden, het gebrek aan sociale huisvesting, een flagrant gebrek aan scholen, belangrijke migratiefenomenen, een groot aantal daklozen, verslavingsproblemen en ten slotte de ontoereikendheid van een echt welzijnsbeleid, factoren die allemaal psychisch leed veroorzaken.

Geestelijke gezondheid wordt de belangrijkste reden voor onze consultaties, de algemene geneeskunde wordt de trechter van al dat lijden.

Geconfronteerd met deze vloedgolf voelt de huisarts zich steeds meer alleen, steeds machtelozer, zonder erkenning van zijn rol en zonder de gespecialiseerde ondersteuning die noodzakelijk is in die complexe situaties.

De diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn immers verzadigd, met surrealistische wachttijden. Er is een tekort aan psychiaters en een patiënt laten opnemen in een psychiatrische dienst is een echte lijdensweg!

Wij verwachten dan ook veel van de hervorming Psy 107. Wij sluiten ons volledig aan bij de filosofie om onze patiënten zo dicht mogelijk bij hun thuisomgeving te behandelen en hen zo te voorzien van een betere zorg en een betere integratie in de samenleving. Minder psychiatrische bedden en meer ambulante diensten: wij zijn voorstander!

MAAR die hervorming zal alleen slagen als 3 voorwaarden vervuld zijn:

- ⇨ Een structurele en toereikende financiering van de ambulante sector;
- ⇨ Een effectieve erkenning van de rol van de huisarts door hem nauw te betrekken bij de sturing van deze hervorming;
- ⇨ Een echte samenwerking tussen de huisarts en de tweede lijn (geestelijk gezondheidszorg, psychiaters, ziekenhuizen).

Wij sluiten dit boek af met twaalf aanbevelingen voor de verantwoordelijken voor deze hervorming. Ze zijn bedoeld om tegemoet te komen aan de behoeften van de huisartsen: de behoefte aan ondersteuning, de behoefte aan contact met de tweede lijn en de behoefte aan opleiding.

Wij hopen gehoord te worden!

Het gaat om de zorgzaamheid, de aandacht en de menselijkheid waarmee wij voor de meest kwetsbaren onder ons moeten zorgen en hen moeten helpen om terug op te staan ...

Dr. Alain Devaux
Voorzitter van het Comité
Geestelijke Gezondheid van de FBHAV

Dr. Michel De Volder
Voorzitter van FBHAV

OVERZICHT

Inleiding 5
Hoofdstuk 1 – Uit het leven gegrepen 9
Hoofdstuk 2 – Depressie en Burn-Out 14
Hoofdstuk 3 – Psychotische stoornissen 19
Hoofdstuk 4 – Psychische stoornissen en lichamelijke aandoeningen 24
Hoofdstuk 5 – Crisissituaties 27
Hoofdstuk 6 – Sociopathie en grenstoestanden 33
Hoofdstuk 7 – Post-traumatische stresstoestanden 35
Hoofdstuk 8 – Patiënten met verslavingen 41
Hoofdstuk 9 – Structurering van de geestelijke gezondheidszorg in Brussel 46
Hoofdstuk 10 – De kracht van het buurtnetwerk 54
Onze eisen 57
Enquête FBHAV 61
Enquête RML-B 63
De FBHAV 64
Het Comité Geestelijke Gezondheid van de FBHAV 67

DE REALITEIT OP HET TERREIN

Algemene geneeskunde, trechter van alle lijden

Ramon, die uit Venezuela komt, is de schrik van de hulpverleners. Vanuit zijn paranoïde wereldje heeft hij geen vertrouwen in artsen om voor zijn gezondheid te zorgen. In plaats daarvan spant hij rechtszaken tegen hen aan.

Het leven van de knappe Fatoumata werd door elkaar geschud toen ze ontdekte dat ze homoseksueel was. In haar milieu is dat gewoon ondenkbaar. Ze bedrinkt zich regelmatig, bewust, totdat ze in coma raakt, met als toegegeven doel om op de spoeddienst te belanden.

Patachou heeft ook haar toevlucht gevonden in alcohol. Als tiener was ze het slachtoffer van herhaalde seksuele mishandeling door de broer van haar moeder om vervolgens als volwassene in een schuldige te veranderen die het al haar verwanten "betaald zet".

Na vrouw en kind te hebben gedood achter het stuur van een snelle wagen en zijn job te zijn kwijtgeraakt, lijkt Dorian er weer bovenop te komen. Maar alles zit verstrikt in leugens in het leven dat deze universitair die het 3e middelbaar niet heeft afgeraakt zichzelf wijsmaakt.

Jarouslav hangt vaak rond voor het OCMW in Brussel. Deze welwillende en verzwakte dakloze Pool zich vaak vangen door zijn kompanen die zijn geld en kleren stelen. Zelf is hij niet in staat om de geringste medische afspraak na te komen.

Een 40-jarige invalide, ex-drugsverslaafde, heeft zelfdestructieve neigingen. Onlangs hebben die geresulteerd in een poging tot zelfbesnijdenis. Een inobservatiestelling werd verkregen, niet zonder moeite, en vervolgens te worden opgeheven zonder enig contact met de huisarts ...

Die mensen en vele anderen, die allesbehalve fictief zijn, bevolken met hun tragische bestemming de dertig (controleer op basis van de lay-out) pagina's met aangrijpende getuigenissen verstrekt door de Brusselse huisartsen (zie kader).

Hoewel deze verhalen een oneindige verscheidenheid aan trajecten onthullen, die zeer individuele levenslopen weerspiegelen, bevatten ze niettemin terugkerende elementen.

Zoals een diepgeworteld lijden aan de zijde van de patiënten en meestal ook een enorme ontreddering bij hun geliefden.

Zoals de dimensie van nabijheid en toegankelijkheid van de algemene geneeskunde, letterlijk het 'eerste redmiddel', wat verklaart waarom de huisartsen zoveel geestelijke gezondheidsproblemen zien, die vaak gerelateerd zijn aan de kwellingen van grote onzekerheid en gepaard gaan met somatische problemen of verslavingen.

De huisarts is duidelijk de bevoorrechte gesprekspartner van patiënten op drift. Nochtans lijkt hij **verschrikkelijk ontwapend en alleen** wanneer hij, in complexe situaties, dringende hulp moet vinden voor hun zorg.

Hoeveel getuigenissen in dit Zwartboek geven niet de hardnekkige maar moeizame inspanningen weer van huisartsen die aan de telefoon hangen om gespecialiseerd advies te krijgen,een afspraak te pakken te krijgen binnen een nuttige termijn en/of tegen een sociaal tarief, een plaats te vinden in een aangepast centrum of een dringend verzoek tot inobservatiestelling te laten gelden?

Een gevoel van onmacht, van frustratie over de traagheid van de systemen of zelfs van de interveniënten komt in de door de FBHAV verzamelde verhalen naar boven drijven. Niet zelden leiden deze verhalen tot een tragische ontknoping die de huisarts soms bij toeval verneemt: de zelfmoord van de patiënt.

Het falen van de samenwerking tussen de zorglijnen en het gebrek aan verantwoordelijkheid van de actoren die tussenbeide komen, maar die zich ieder beperken tot hun eigen terrein afgebakend door prerogatieven, verklaren weliswaar niet alles, maar dragen zeker bij aan deze dramatische aflopen. Evenals de ontkenning (of althans de **niet-erkenning**) **van het werk dat de huisarts**, zij het alleen, in het geestelijke gezondheidszorgproces verzet. Die plaats, die deskundigheid die niet aan hem wordt toegeschreven, leidt vaak tot misverstanden die nadelig zijn voor de patiënten.

Op weg naar beter

Als dit boek over de geestelijke gezondheidszorg in Brussel "zwart" is, komt dat doordat de situatie die het beschrijft ontegenzeglijk somber is. Voor Dorian, Jarouslav, Fatoumata ... zal een positieve wending helaas te laat komen. Maar de wil van de huisartsen om de geestelijk kwetsbaren te helpen, blijft intact, zoals blijkt uit de aanbevelingen aan het einde van het document. Ze zijn een voorafschaduwing van een "witboek" doorweven met voorstellen voor acties die gedeeld zullen worden met de politieke wereld om vorm te geven aan een geoptimaliseerd en gezamenlijk beheer van de geestelijke gezondheidszorgproblemen in de hoofdstad.

METHODOLOGIE

De getuigenissen werden in de zomer van 2017 verzameld door de Commissie voor Geestelijke Gezondheidszorg van de FBHAV. Via een speciale nieuwsbrief werden de huisartsen van de hoofdstad uitgenodigd om een korte online vragenlijst te beantwoorden. Er werd hun meer bepaald gevraagd om te vertellen over een of meer gevallen in hun praktijk. In de enquête werd ook gekeken naar de frequentie waarmee de huisartsen bepaalde klinische vignetten in geestelijke gezondheidszorg tegenkwamen. Een vijftigtal artsen gingen in op het verzoek.

CENTRE
DE SANTÉ
MENTALE
COMPLET

VRIJ LEVEN

Ze was een prachtige vrouw geweest, ik kende haar al 35 jaar. Haar schoonheid zal haar ongetwijfeld op den duur fataal zijn geworden. Ze hoefde maar met haar ogen te knipperen om de wereld aan haar voeten te hebben. Helaas was haar rijpheid niet ter hoogte van haar schoonheid.

Als kindvrouwtje leefde ze lang met een zware alcoholist. Ze dronk zelf veel en voegde daar een cocktail van kalmerende middelen aan toe.

Ze was lang op drift en dat ging zelfs zover dat ze wc-papier uit toiletten stal. Op een gegeven moment was ze erin geslaagd om uit haar kunstmatige paradijs te komen, maar ze was nog slechts een haveloos wrak.

Op een leeftijd waarop anderen nog gezond zijn, kon zij niet meer goed overeind blijven, had zij moeite om te lopen en at willekeurig. Uit de geur van haar appartement bleek een urine-incontinentie waarover ze nooit sprak.

Na een val werd ze voor het eerst in het ziekenhuis opgenomen. Het geriatrische dossier was niet bepaald schitterend. De geriater en haar huisarts deden twee suggesties: degelijke thuiszorg of een plaatsing. Er moest een algemene follow-up worden ingesteld, anders zou de volgende val haar fataal kunnen worden. Ze weigerde alles.

De bezoeken aan haar huis volstonden niet voor een zorg ter hoogte van het probleem; de verpleegster die bij haar bed kwam, slaagde er niet in haar medicatie correct te doen volgen.

Die situatie van ontkenning en weigering van hulp, getint met een combinatie van cognitieve stoornissen en depressieve gevoelens, is gebruikelijk. Ze maakt zorgverleners verschrikkelijk machteloos.

De patiënte is inderdaad gestorven na haar tweede val, in alle vrijheid ...

« Mevrouw B. komt bij me langs voor een ziekteverlof zonder "medische reden". Wat er eigenlijk scheelt, is intimidatie door haar baas gecombineerd met een moeilijke gezinssituatie, een demente moeder die geplaatst moet worden ... Wat moet ik doen als huisarts? Meedoen met het spel van het medisch attest? De patiënte doorverwijzen naar een collega-specialist? Ja maar, het is 20 uur en ik heb geen spoedlijn ... Wat moet ik doen? »

« Internering. Toezicht door haar zoon van ... tien jaar. Stilte en onderwerping, of verzet en slagen? Onderwerping. Sinds kort ontsnapt ze twee keer per week aan het toezicht van haar geliefden. Slechts vijf minuten, wanneer ze naar de bakker gaat ... Ze komt dan bij me langs, vijf minuten, twee keer per week. Het verzet organiseert zich. »

WANNEER DE DUIZENDKUNSTENAAR INSTORT

Rudy was een geweldige man. Na briljante studies in Leuven bekleedde hij hoge functies in de administratie waar hij zich met hart en ziel aan wijdde. Als Vlaming was hij getrouwd met een Waalse. In het weekend was hij de redder in nood in zijn Haspengouws dorp, de steunpilaar van de parochie, de gastheer op lokale feesten ... Rudy was overal, de klokkenluider en processieganger tegelijk. Wanneer hij om 10 uur ‘s avonds thuiskwam, begon hij nog te poetsen en te koken.

Zijn vrouw was een schaduw. Dus kon hij het niet begrijpen toen zij tederheid vond in de armen van een ander. Hij kreeg een zware depressie, werd voor lange periodes opgenomen in de psychiatrie. Hij verloor ook terrein in wat voor hem een vitaal onderdeel van zijn leven was, zijn werk.

Zo'n belangrijke man moest verzorgd worden en genezen in een kliniek.

Helaas genas Rudy niet. Hij kwam heel vaak bij me langs. Ik probeerde, soms met succes, om hem weer aan het werk te zetten. Hij vertelde me over zijn familie, notabelen die een fout verhulden - op zijn sterfbed had zijn grootvader het gedrag van zijn vrouw tegenover de Duitsers (een Duitser) tijdens de oorlog niet vergeven. Dat zware geheim woog loodzwaar op de familie die opging in plichten en gebeden om te boeten voor "de fout".

Het is nooit mogelijk geweest om een therapeutisch werk te doen waardoor Rudy zich echt van zijn kwelgeesten kon bevrijden. Hij kwam bijna elke week langs. Op een dag stelde iets in mij hem teleur, putte zijn reserves uit. Hij kwam langs om me geld te vragen en ik weigerde. Kort daarna pleegde hij zelfmoord.

« Ze is 88 jaar oud en eindigt haar leven, invalide, in een rusthuis. Het raam van haar kamer kijkt uit op een hoge witte muur die haar elk uitzicht en elke zonnestraal beneemt. Ik vraag om een andere kamer. In haar eenzaamheid en afhankelijkheid zal het zien van de horizon even noodzakelijk voor haar zijn als een behandeling met antidepressiva. Ik denk verbijsterd aan de logica van de architect die zo'n constructie heeft kunnen tekenen... »

« Wonen in een garagebox, voor 125 euro per maand. Het licht gaat aan telkens als er iemand voorbijkomt. Armoede. »

« Illegalen. De kinderen zijn nu op school en officieel werk is binnen handbereik. Maar de regularisatie laat op zich wachten ... Ontmoediging. »

DE RUSTELOZE DAKLOZE

J.-F. woont al 10 jaar op straat. Als gevolg van een sociale zwendel die naar hem is genoemd, is hij een grote som verschuldigd aan de sociale zekerheid. Daarom durft hij niet in een huis te wonen. Ik heb hem begeleid in schuldbemiddeling, zonder succes.

Hij heeft dus meerdere opeenvolgende squats gehad. Momenteel slaapt hij in een tunnel waar de metro passeert. Het is vooral moeilijk in de winter en wanneer een medisch probleem de situatie bemoeilijkt, zoals een breuk of een zware verwonding.

J.-F. had een erg moeilijke jeugd, met een pedofiele vader en een epileptische moeder die het moeilijk had om voor hem te zorgen. Wanneer hij me over zijn geboorte vertelt, zegt hij: "Ik ben op straat geboren". Als ik hem corrigeer en het tehuis noem waar hij werd geplaatst, antwoordt hij: “Weet je, tehuizen, dat is zoals op straat. Niet beter.” Het doet hem pijn wanneer hij kinderen met hun ouders in de wachtkamer ziet.

Om op straat te overleven, moet je veel drinken. Dat is een van de grote problemen van J.-F., het maakt hem nerveus en niet in staat om vooruit te komen. Nochtans droomt hij van een woning om tot rust te komen.

Hij heeft verschillende malen enkele dagen kunnen doorbrengen bij de Samusocial, op de medische afdeling. Maar naast het feit dat het niet gemakkelijk is om daar binnen te komen, is het er vrij streng. Na een paar dagen houdt J.-F. het er niet meer uit. Hij gaat weg en wil niet meer terug - zelfs als de zorg niet afgelopen is.

Hij is een zeer moeilijk te begeleiden patiënt, ook al probeert hij alles zelf te regelen. Hij kan niet wachten, op een plaats blijven. Dat verklaart zijn stormachtige relatie met de opvangwerkers van het medisch huis.

« Een geslagen vrouw. Ontkenning van de echtgenoot, angst van het slachtoffer om de feiten aan te geven. »

« Een alleenstaande vrouw met drie kinderen. De oudste is een delinquent geworden; de 2e, van 10 jaar oud, treedt in zijn voetsporen. Zonder mogelijkheid om een psycholoog te vinden voor een regelmatige follow-up. »

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- De meeste situaties met geestelijke gezondheidszorgproblemen die de huisarts tegenkomt, zijn geen gevolgen van psychische stoornissen. Ze komen voort uit ongevallen in de privésfeer, aaneenschakelingen van omstandigheden waar ieder mens ooit mee geconfronteerd kan worden.

- Er bestaan veel niet-medische hefbomen om in te grijpen in die situaties. Ze zijn afhankelijk van het sociale netwerk rond de persoon die lijdt en van zijn culturele integratie.

- De huisarts wordt echter geconfronteerd met problemen van angst, depressie, drugsmisbruik en geweld.

- Het is niet altijd nodig om al die problemen te medicaliseren. Het is zelfs soms gevaarlijk, zoals blijkt uit het bovenstaande voorbeeld waarin uiteindelijk een langdurige arbeidsongeschiktheid met ziekenhuisopname nadelige gevolgen had (zie "Wanneer de duizendkunstenaar instort").

- Anderzijds worden de verzoeken om ondersteuning van huisartsen die getuige zijn van extreme situaties soms verkeerd begrepen. Het is niet omdat er geen geestesziekte is dat er geen actie moet worden ondernomen.

- De sociale gradiënt is bijzonder hoog in die noodsituaties. Een patiënt met een hoog inkomen zal niet aarzelen om coaches, psychologen of psychiaters te raadplegen, zonder bang te zijn om gestigmatiseerd te worden of het etiket van “zot” opgeplakt te krijgen.

AFWEZIGHEID, AANWEZIGHEDEN, UITPUTTING

Patricia is een patiënte die na overmatig gebruik van Dafalgan® codeïne, op Subutex® (een geneesmiddel dat gebruikt bij verslaving aan opioïden) is gezet. Ze heeft een obsessief-compulsieve stoornissen en een zware depressie.

Haar man heeft haar een paar jaar geleden verlaten. Het gewicht van haar ouders en haar zoon rust te zwaar op haar. Omdat ze soms niet weet hoe ze financiële hulp aan haar familie kan weigeren, heeft zij zichzelf immers in ernstige moeilijkheden gebracht. Hoewel ze een baan heeft, heeft ze het moeilijk om rond te komen.

Onlangs is haar zoon terug bij haar komen wonen, omdat hij ook gescheiden is van zijn vrouw. Patricia verkeert echt in een burn-out en moet nu ook voor haar kleinzoon zorgen wanneer hij onder de hoede van zijn vader is.

Patricia praat veel over zelfmoord, ze heeft voortdurend zwarte gedachten. Ik volg haar zeer nauw op in de consultatie om haar ondersteuning te bieden.

« Een 40-jarige patiënte die al jarenlang een zware depressie heeft. Ze dient zich aan op de praktijk in zelfmoordcrisis - erg verontrustend. Ik neem contact op met haar psychiater. Omdat ze haar laatste afspraak heeft gemist, zal de specialist haar pas binnen twee maanden zien. Als het dringend is, moet ik haar ... naar de spoed sturen. En op de spoed antwoorden ze dat er geen plaats is ...»

« Een verpleegster die doodmoe is en verschillende gezondheidsproblemen cumuleert, alleenstaand met twee dochters. Depressie, burn-out ...»

« Een jongere van 16 jaar. Al bijna zeven jaar in België, sinds twee jaar zonder papieren, zijn ouders zijn gescheiden en zijn moeder is daardoor haar verblijfsrecht op het Belgisch grondgebied kwijtgeraakt, de kinderen bijgevolg ook. Poging tot zelfmoord met medicatie, depressie met gevoel van afwijzing. Uit vrees voor repatriëring beperkt hij de aangeboden zorg. »

« Herhaalde zelfmoordpogingen. Afspraak bij een psychiater een week later pas. Geen plaats in het ziekenhuis.. »

KNAGENDE WERKLOOSHEID ...

J., 22 jaar. Hoger middelbaar en werkloos sindsdien. Cannabis daarna ecstasy daarna ... verleid door de gemakkelijke winst van de doorverkoop. Hij wordt aangegeven, gevangengezet, jammer genoeg tijdens de staking van de cipiers. Een zeer zware beproeving maar hij is verplicht om af te kicken tijdens zijn verblijf. Bij het verlaten van de gevangenis begint J. werk te zoeken. Vruchteloos. Ledigheid. Herval, met alcohol erbij. Hallucinaties, agitatie. Meerdere afkickpogingen. Telkens met herval. En altijd die knagende werkloosheid ...

« Burn-out bij een 35-jarige vrouw. Jeugdpsychose. Verslaving aan benzodiazepines. Ernstige psychose met zorgweigering. »

« Een patiënte die aan burn-out lijdt. Het duurt drie maanden om een afspraak te krijgen bij de psychiater. Nooit een rapport van hem ontvangen. »

« Moeilijkheden om een patiënt met een zware depressie te laten opnemen die eindelijk ermee had ingestemd om zich te laten helpen! »

ONMOGELIJK OM THUIS NUCHTER TE BLIJVEN

Mevrouw SL, rond de veertig, wordt sinds 2003 op onze dienst (°) gevolgd voor een substitutietherapie met opiaten en voor een zware alcoholverslaving.

Meerdere ziekenhuisopnamen in de afgelopen maanden - voor herhaald braken van bloed, verwardheid, traumatische fractuur van de lumbale wervelkolom - hebben haar autonomie en mobiliteit sterk verminderd.

Haar steeds meer problematische alcoholverslaving en onmogelijk geworden verplaatsingen hebben haar zorgverleners ertoe gebracht om, met het oog op het minimaliseren van het risico, haar voorschriften voor methadon te sturen met directe aflevering in de apotheek teneinde de continuïteit van de zorg te waarborgen. Er is geen medisch contact aan huis.

Na een duidelijke verslechtering van haar toestand gaat een team naar haar huis om een ziekenhuisopname te regelen. Eerst eist de patiënte om de spoedzaal te verlaten, maar uiteindelijk aanvaardt ze een verblijf van drie maanden voor somatische aanpassing en alcoholontwenning.

Ondanks een sliklongontsteking in het begin van haar ziekenhuisopname integreert de patiënte zich goed in de dienst. Ze slaagt erin om zich van alcohol te onthouden. Na dit verblijf wordt ze opgenomen in een andere instelling in afwachting van een plaats in de nazorg in een psychiatrisch ziekenhuis.

Op dat moment wordt echter beslist om de methadon af te bouwen, zonder dat zij dat heeft gevraagd en zonder haar toestemming. De patiënte eist dan om de instelling te verlaten.

Ze gaat naar huis en begint terug te drinken ...

Nu heeft ze een eerste gesprek gehad voor toelating tot het psychiatrisch ziekenhuis. Ze is nog steeds gemotiveerd om te worden opgenomen in afwachting van de nazorg. Maar ze zegt dat ze niet in staat is om thuis nuchter te blijven. We zijn samen met haar op zoek naar een oplossing voor plaatsing of ziekenhuisopname.

(°) deze getuigenis werd verstrekt door medewerkers van het Project Lama, een Brussels centrum dat, in de ambulante zorg, medisch-sociale consultaties en begeleiding voor druggebruikers aanbiedt.

« E., 35 jaar. Depressie. Veralgemeende pijn. Vier kinderen. Haar man werkt te onregelmatig. Activering door de werkloosheidsdienst. Poging om haar vrij te stellen van die activering door een erkenning van invaliditeit. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds: “België is al die vrouwen beu die weigeren te werken en zich ziek melden. »

« Pesterijen op het werk. Bedreigingen van gewelddadige represailles door "vrienden" van haar ploegbaas in geval van aangifte. Stilte.»

M.G.

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- De meeste depressies worden behandeld door huisartsen, min of meer bijgestaan door de tweedelijnszorg. Spoedgevallen worden vaak beoordeeld op basis van de beschikbaarheid van de zorg en niet op basis van de ernst van de situatie.

- Huisartsen worden er regelmatig van beschuldigd te veel antidepressiva voor te schrijven, die de maatschappij trouwens vaak verwart met kalmerende middelen.

- Psychotherapieën hebben hun nut getoond, maar zijn praktisch ontoegankelijk voor de meeste patiënten die er baat bij zouden kunnen hebben.

- De neiging tot het ophemelen van prestaties en de verstoring door de steeds frequentere oplegging van flexibiliteit in de organisatie van het werk is vaak een bron van burn-out bij mensen die zich te veel hebben ingezet voor hun beroep.

- Werkloosheid, vooral wanneer die onverwachts komt, veroorzaakt dan weer zware gevoelens van waardeverlies met zowel fysieke als psychische gevolgen. Het schuldgevoel dat die staat van gedwongen inactiviteit genereert, is ook schadelijk voor het gezin.

- De sociale desintegratie, het uiteenvallen van de sociale banden, hindert de mensen sterk in hun streven naar een gezond evenwicht.

PERMANENTE OVERWELDIGENDE ANGSTEN

De heer S., die al lang bekend is op onze dienst verslavingen, wordt er gevolgd voor een substitutietherapie met opiaten voor onderhoud. Als ongeschoolde leidt hij een kwijnend en sociaal eenzaam bestaan. Hij heeft nog steeds korte periodes van drugsgebruik en drinkt elke dag een paar biertjes. Maar het is iemand die vrij stabiel lijkt, regelmatig is in zijn afspraken. Hoewel hij van tijd tot tijd ruzie maakt met andere patiënten, is hij correct en respectvol tegenover onze teamleden.

De heer S. heeft nooit geesteszieke episodes tot de dag waarop hij bij ons komt aanwaaien, zonder afspraak, totaal in paniek, zodanig achtervolgd dat een spoedopname noodzakelijk is. Ik vertrouw hem toe aan de wachtdienst van onze maatschappelijk werkers die hij in principe redelijk goed kent en ik pak mijn telefoon om te proberen een plaats voor hem te vinden in een ziekenhuis van het IRIS-netwerk, verplicht omdat de patiënt afhankelijk is van het OCMW.

Ik moet stoppen met bellen om de paniekaanvallen onder controle te krijgen van de heer S. die de maatschappelijk werker, aan wiens zorgen hij is toevertrouwd, niet meer lijkt te herkennen. In de greep van angst is hij op het randje van dreigend, wil vluchten, maar ziet daar uiteindelijk van af: buiten lijkt hem immers nog angstaanjagender. We proberen hem te kalmeren met olanzapine OD (een antipsychoticum), met een zeker succes bij 20 mg.

Hij wordt uiteindelijk met een ziekenwagen naar het ziekenhuis gebracht, zonder enige garantie dat ze hem daar zullen houden.

Twee uur later word ik gebeld door een psychologe van de spoed, omdat ze geen plaats heeft gevonden voor de patiënt. Ze wil dat ik de verantwoordelijkheid op me neem voor een terugkeer naar huis in afwachting daarvan, wat ik categorisch weiger, ik blijf bij mijn indicatie van een onmiddellijke ziekenhuisopname. Ze zegt me dat ze het nog zal proberen in andere instellingen. Ze belt me later terug om me te melden dat haar inspanningen niets hebben opgeleverd. Bijgevolg wordt aan de patiënt voorgesteld om terug naar huis te gaan en hem de volgende dag en de dagen daarna terug te zien voor een nauwe follow-up, terwijl er verder wordt uitgekeken naar een plaats.

De patiënt blijft geestesziek en in de greep van permanente overweldigende angsten. Hij wordt uiteindelijk opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, vijf dagen later pas.

Een paar maanden later, kort na zijn ontslag, vertrouwt de heer S. me toe dat hij in die vijf dagen, hoewel zijn herinneringen vaag zijn, een zeer gewelddadige ruzie heeft gehad op straat. Hij herinnert zich dat hij uiteindelijk is weggelopen na slagen te hebben toegediend aan iemand die hij voor zeer bedreigend had aanzien, met de overtuiging hem voor dood te hebben achtergelaten op de stoep!

Dat verhaal dateert van enkele jaren geleden. Het dateert van vóór het begin van de hervorming van de psychiatrie - "Psych 107" - die moet leiden tot de bevriezing van het aantal psychiatrische bedden, ook in Brussel.

« Een patiënte, rond de vijftig, paranoïde. Ze durft haar huis niet te verlaten. Ze is in het ziekenhuis opgenomen, maar neemt haar behandeling niet meer en kan niet op consultatie voor haar psychologische follow-up. Ze wil geen ziekenhuisopname meer. »

« Een psychotische patiënt, verslaafd aan geneesmiddelen, heeft een intens depressief moment en zou graag in het ziekenhuis opgenomen willen worden. Helaas ... De termijn voor een consultatie bij een psychiater die hij kent, is drie weken; de wachttijd voor een ziekenhuisopname, drie maanden. »

IEMAND ANDERS GEWORDEN

Mevrouw V. oefent een paramedisch beroep uit in een ziekenhuis. In de loop van de jaren ontwikkelt ze paranoïde ideeën. Van een persoon die gewoon een beetje angstig was, wordt ze iemand die zonderling, onvoorspelbaar is. Haar familieleden maken zich geen zorgen; ze denken dat ze gewoon in de overgang is.

Ze slaagt er niet meer in om nog een voet op het werk te zetten. Haar collega's "hebben het slecht met haar voor, leveren haar slechte streken". Voor haar is dat te veel stress.

Op een avond om 19 uur krijg ik een oproep van de familie. Mevrouw V. verkeert in een extreme staat van opwinding, is agressief, uit onsamenhangende taal en dreigt zelfmoord te plegen. Ze weigert categorisch elke behandeling, laat staan om naar de spoed te worden gebracht. Rond middernacht, na een eindeloze discussie, stemt ze ermee in om een oraal anxiolyticum te nemen en kalmeert.

Andere crisissen volgen gedurende drie à vier jaar. De familie lijkt zich eraan aan te passen. Tot de dag waarop het geesteszieke en gewelddadige gedrag van de patiënte zodanige proporties aanneemt dat zij zichzelf in sociaal onaanvaardbare of zelfs gevaarlijke situaties brengt (beledigingen van politieagenten, buren die ze door het raam uitscheldt ...). Ikzelf kan geen woord meer plaatsen door haar vloedgolf van scheldwoorden.

Een niet-dringende inobservatiestelling volgt en mevr. V. krijgt een psychiatrische follow-up en een neuroleptische behandeling die haar geesteszieke symptomen al gauw geneest.

Na de inobservatiestelling zet mevrouw V. haar behandeling geleidelijk stop. Ze wordt een tweede maal in het ziekenhuis opgenomen, ditmaal niet onder dwang, en opgevolgd door een psychiater met wie ze een goede relatie heeft. Sindsdien houdt ze zich aan haar behandeling.

Ik was verrast haar onlangs op mijn consultatie te zien. Ik vond haar bijna “zoals vroeger” ...

« Een HIV-positieve patiënt met beginnende dementie (o.a. complicaties van zijn immunodeficiëntie), die zijn antivirale therapie niet naleeft, alleen woont in onwaardige omstandigheden. Hij is nog goed genoeg om alle hulp in een paranoïde proces te weigeren, en in de ogen van de magistraat niet genoeg in gevaar en/of een gevaar voor anderen (te beginnen met zijn buren in een flatgebouw van 12 verdiepingen met gas) om een inobservatiestelling te rechtvaardigen. De familie kan de situatie niet meer aan. Een verzoek tot inobservatiestelling wordt geweigerd, wat we a priori wisten, maar ingediend bij wijze van verdediging vanuit medisch-juridisch oogpunt. Ten slotte maakt de voorspelbare en verwachte verslechtering (moeilijk ...) het mogelijk een ziekenhuisopname te verkrijgen voor internistische herstabilisering. Op de koop toe wordt me de vraag gesteld: “waarom hebt u hem zo laat laten opnemen?” Eindelijk wordt er een structuur voor thuishulp opgezet. Eind goed al goed, maar mijn vrees was achteraf bezien wel terecht.. »

DE SCHRIK VAN DE ZORGVERLENERS

Ramon komt uit Venezuela. Hij begrijpt perfect Frans, maar spreekt en schrijft het erg slecht. Hij is de schrik van de zorgverleners en bij mij terechtgekomen nadat hij was weggestuurd uit een ander medisch huis. Hij lijdt aan een diabetes die op dat moment erg slecht onder controle was, en aan hypertensie.

Hij is zeer wantrouwig en op zijn hoede: hij heeft geen vertrouwen in artsen. Hij heeft trouwens meerdere rechtszaken tegen hen aangespannen, die hij allemaal verloren heeft. Hij heeft zijn endocrinoloog vervolgd voor de rechter, die hem toch is blijven behandelen.

Wanneer Ramon bij mij komt, moet ik elk woord zorgvuldig afwegen. Alles wat ik zeg, wordt geïnterpreteerd als een agressie of een oordeel. Hij wil niet weten dat een gewone huisarts een rol kan spelen in het beheer van zijn gezondheid; hij komt zelf met een lijstje met geneesmiddelen.

Deze patiënt leeft in een eigen paranoïde wereldje. Is hij gelukkig of ongelukkig? Het is onmogelijk dat te bepalen. Wat we wel kunnen zeggen, is dat zijn confrontatie met de ander, met het verschil, pijnlijk is en dat er geen troost van buitenaf kan komen. De enige uitdaging is om een therapeutische relatie te blijven onderhouden, hoe pover die ook is ...

De endocrinologen die hem behandelen, jaagt hij schrik aan, maar ze zijn erin geslaagd om zijn diabetes onder controle te krijgen. Bij complicaties, of immobilisatie, zal de zorg echter zeer slecht zijn. Misschien dat een institutionalisering noodzakelijk zal zijn, wat ongetwijfeld een drama zal betekenen voor Ramon.

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- Patiënten met psychotische stoornissen zijn zich over het algemeen niet erg bewust van hun geestesziekte. Ze verkeren echter vaak in een toestand van intens lijden.

- Het is meestal pas na de crisis dat ze hun toestand kunnen beschrijven.

- De kenmerkende symptomen van een psychose (wanen, hallucinaties) - positieve symptomen genoemd - zijn niet altijd aanwezig naast de onsamenhangende gedachten of sociale terugtrekking - die negatieve symptomen worden genoemd.

- Een aantal patiënten zal een pseudo-normale houding aannemen tegenover een onbekende interveniënt. Dat maakt het erg moeilijk om de verzoeken tot zorg of ziekenhuisopname van huisartsen te begrijpen. Het verschil tussen de visie van de ziekenhuispsychiater en die van de huisarts, die de levensomstandigheden van de patiënt kent, leidt tot een misverstand, ten koste van de kwaliteit van de zorg. Een betere erkenning van de deskundigheid in geestelijke gezondheidszorg van de huisarts door de specialisten en een systematische samenwerking tussen de zorglijnen zouden het mogelijk maken de misleidende schijnbare normaliteit van de psychotische zieke te doorprikken.

EEN ETIKET DAT NIET HELPT

De heer C. is duidelijk wat men een “precaire patiënt” noemt. Hij raadpleegt slechts uitzonderlijk, en altijd wanneer hij er echt slecht aan toe is.

Tot voor kort dronk hij te veel alcohol: speciale bieren, zoals Chimay, +/- 20 per week. Hij heeft overal op zijn onderarmen sporen van injecties. Hij zou 4 tot 5 keer per week intraveneuze cocaïne gebruiken. Eén pakje sigaretten per dag en 2-3 jointjes per week sluiten zijn profiel van verslavingen af.

Naast zijn verslavingen heeft hij geen gekende psychische aandoening.

De heer C. heeft duidelijk niet veel financiële middelen en ontvangt een uitkering van het OCMW. Zijn woning is onbewoonbaar. Hij heeft niet echt familie, maar een groep zeer hechte vrienden, die hem in de komende maanden goed zullen omringen.

In november raadpleegt de heer C. zijn huisarts, die vrij snel tot de sombere diagnose van een gedecompenseerde levercirrose komt. Tijdens de ziekenhuisopname worden meteen ook een actieve hepatitis C, slokdarmspataders van graad 3 en een matig gedifferentieerd hepatocellulair carcinoom gediagnosticeerd.

De therapeutische beslissing tot een levertransplantatie wordt door de hepatoloog aan de patiënt uitgelegd, met radio-embolisatie of radiotherapie in afwachting daarvan. Er wordt hem duidelijk gemaakt dat hij veroordeeld is zonder een transplantatie en dat deze afhangt van zijn cocaïne-ontwenning. Een contact met de maatschappelijk werker van Réseau Hépatite C wordt ook voorgesteld.
Wanneer de heer C het ziekenhuis verlaat, stelt de huisarts jammer genoeg vast dat hij niet op de hoogte is van zijn diagnose van leverkanker of van de ernst van zijn toestand. Blijkbaar is de boodschap niet overgekomen ... Zijn huisarts moet hem het slechte nieuws aankondigen. De patiënt geeft de indruk een zware klap te krijgen. Hij is razend op het ziekenhuis. Er heerst duidelijk een groot misverstand tussen hem en het personeel van de instelling.

De huisarts verduidelijkt dat de radio-embolisatie of radiotherapie slechts een palliatieve benadering zijn. Ofwel wil de heer C. de transplantatie en moet hij zich neerleggen bij de eisen van het ziekenhuis, ofwel beperkt hij zich tot comfortzorg - wat een even aanvaardbare optie is. De patiënt bevestigt dat hij voor de transplantatie kiest.

Maar al gauw blijkt een nieuwe opname noodzakelijk voor hepatische encefalopathie. Een terugkeer naar huis daarna mislukt door uitputting van de mantelzorgers. Vanuit strikt somatisch oogpunt gaat het slecht met de heer C. Hij is in de war en heeft veel ascites.

Een nieuwe ziekenhuisopname verloopt slecht als gevolg van een vermoedelijk gebruik van cocaïne en cannabis op de ziekenhuisafdeling. Ondanks de instelling van een contact met "Liaison Addictions"wordt zijn ontslag geëist door het verzorgend personeel van het ziekenhuis. De heer C. is echter zwaar ziek, zijn woning is onbewoonbaar en niet geschikt. Het is onmogelijk om voor een goede terugkeer naar huis te zorgen (verpleging, maaltijden ...), de tijd is veel te kort.

De volgende dag wordt de heer C. inderdaad opnieuw opgenomen voor cirrosedecompensatie, infectie van de ascites, hemorragische shock als gevolg van een vermoedelijke breuk van slokdarmspataders, multifactorieel nierfalen, ademhalingsinsufficiëntie door tracheobronchiale obstructie, hepatische encefalopathie. Hij sterft op de intensieve zorgafdeling.

Hij wordt begraven in het "armenhoekje" van de begraafplaats van Schaarbeek na een korte plechtigheid georganiseerd door zijn vrienden, die de rancune (op zijn zachtst gezegd) van hun overleden vriend tegenover het universitair ziekenhuis delen.

Onze lezing: bij zijn eerste consultatie diende de heer C. zich reeds aan met een ziekte in een vergevorderd stadium. Het is dus niet zeker dat de artsen van het ziekenhuis meer speelruimte hadden op somatisch vlak. De hierboven beschreven chronologie doet ons echter vermoeden dat het etiket van verslaafde meteen op hem werd gekleefd, vanaf zijn eerste ziekenhuisbezoek. Dat etiket heeft hem niet het leven gered.

Wij denken ook dat het ziekenhuis te laat een beroep heeft gedaan op "Liaison Addictions". Het plotselinge gedwongen ontslag uit het ziekenhuis wegens drugsgebruik roept bovendien echt vragen op. Een ontslag dat des te onzinniger is daar de patiënt de volgende dag al opnieuw moest worden opgenomen in dezelfde dienst. Tot slot kunnen we de communicatie van de artsen van het ziekenhuis met de eerste lijn zonder enige twijfel slecht noemen, ondanks de uitwisseling van informatie en standpunten met de maatschappelijk werker van het ziekenhuis en met die van Réseau Hépatite C.

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- De fragmentatie van de zorg in meerdere specialiteiten is vooral nefast voor de psychiatrische zorg. Dat onderstreept de onmisbare rol van een zorgverlener met een coördinatiefunctie.

- De huisarts is vaak de enige professional die gegevens over een patiënt kan samenvatten. Helaas volgen veel patiënten een zorgtraject waarvan de huisarts uitgesloten is.

- De levensverwachting van een schizofreen is gemiddeld 19 jaar korter.

- De somatische, internistische behandeling van psychotici lijdt onder dat gebrek aan samenwerking tussen de zorglijnen. De in dat kader voorgeschreven behandelingen zijn echter factoren die de kwaliteit van het leven verslechteren. De nieuwe antipsychotica, bijvoorbeeld, leiden vaak tot gewichtstoename en type II-diabetes. Naast die negatieve factoren komen angst en depressie.

- Bovendien hebben ernstige of chronische ziekten vaak significante psychische gevolgen, waarvoor moeilijk aanvaardbare oplossingen te vinden zijn in het ziekenhuisgerichte systeem van Brussel.

- Voorbeelden van welwillende benaderingen bestaan echter in het domein van de geriatrie en de palliatieve zorg.

- Mantelzorgers verdienen betere praktische en psychologische ondersteuning. Veel ouders hebben vanwege het gebrek aan adequate opvang hun beroeps- en/of sociaal leven opgeofferd om een familielid te helpen dat aan een psychische stoornis en een lichamelijke aandoening tegelijk lijdt.

DE ERGSTE BEPROEVINGEN

Fatoumata was mooi en intelligent. Ze kwam uit een bescheiden milieu. Door hard te werken, slaagde ze op de hogeschool en kreeg ze een baan in een zorginstelling voor personen in moeilijkheden. Ze had een vriend. Haar leven werd overhoop gegooid toen ze ontdekte dat ze homoseksueel was, in een milieu waar dat eenvoudigweg niet mogelijk was.

Ze beleefde een intense passie die niet wederzijds was. Het geweld en de persoonlijkheidsstoornis die ze diep in zichzelf had verborgen, hebben ongetwijfeld een relatie kapotgemaakt die niet met gelijke wapens werd gespeeld. Ze kwam bij me na die woelige relatie, op een moment waarop ze nog in staat was te functioneren maar aan een diep verdriet leed.

Geleidelijk aan gingen de dingen achteruit. Eén feit is zeker: ze heeft nooit om een echt therapeutisch gesprek gevraagd. Ze vroeg om arbeidsongeschiktheid, maar weigerde het idee van een psychisch probleem. Ze beweerde zelf specialist te zijn op dat gebied, omdat ze in een verwante sector werkte.

Fatoumata had een vrij specifiek alcoholprobleem omdat ze, naast een regelmatig gebruik, zich vaak bedronk om in coma te raken. Haar toegegeven doel: op de spoed terechtkomen. Die spectaculaire manier van zichzelf te ensceneren, werd verschillende keren herhaald, waarbij veel ziekenhuisopnames eindigden met een systematische terugkeer naar huis zodra ze buiten gevaar was.

Er werd nooit psychiatrische zorg ingesteld bij het verlaten van de spoed, waarschijnlijk om verschillende redenen: het snelle lichamelijke herstel van Fatoumata en haar weigering van een regelmatige psychiatrische follow-up, gecombineerd met de routine van de reanimatiediensten. Wat vragen oproept, is de metronomische herhaling van dat soort episodes zonder dat er iemand kan ingrijpen met een duidelijk en doeltreffend therapeutisch mandaat.

Een maand geleden werd Fatoumata opnieuw opgenomen in het ziekenhuis. Een week geleden belandde er een verzoek om valium op mijn bureau, waarop ik weigerde in te gaan zonder haar te zien. Gisteren verwittigde de politie me dat ze dood was gevonden, met valium naast haar.

« Een moeder brengt me haar zoon van 35 jaar, omdat hij ijlt en verward is. Naar de spoed bij de psycholoog, die hem terug naar huis stuurt omdat hij geen gevaar voor zichzelf vormt. Sindsdien zwerft hij tussen Charleroi en Brussel en weigert elke behandeling. »

« Laatste inobservatiestelling: twee verzoeken - één dringende - die ik als huisarts onderteken, een andere die door de psychiater wordt ingediend, eveneens dringend, en pas het 4e verzoek, ingediend door de buurt, leidt tot een resultaat. Wat voeren die psychiaters in het ziekenhuis uit die niet eens de moeite nemen om contact op te nemen met de ondertekenaar van het verzoek ...? »

« Crisissituatie bij een psychotisch-paranoïde patiënte die weigert om samen te werken met de maatschappelijk werkers; ze zou nochtans geregulariseerd moeten worden en financiële hulp moeten krijgen voor een behandeling in een aangepast centrum. Moeilijkheden om een crisisopname te verkrijgen, gezien de impasse van de administratieve procedures, die de psychiaters niet geruststelt. De patiënte komt elke dag bij me langs om te worden opgenomen uit vrees terug op straat te worden gezet. »

« Een jongeman van 18 jaar. Zijn ouders komen bij me langs omdat hij sinds twee dagen ijlt en een zeer 'religieus' discours afsteekt. Waarschijnlijk een eerste psychotische crisis. Een inobservatiestelling zou nodig zijn, maar zodra alle stappen zijn ondernomen, beslist de psychiater van de spoed om hem niet te houden. Hij stuurt de jongeman terug naar huis, zonder het geringste contact met mij, zijn huisarts. »

MISLUKTE SAMENWERKING, “GESLAAGDE” ZELFMOORD

Een 40-jarige invalide patiënt, een voormalige drugsverslaafde, alcoholist met tussenpozen tijdens zijn excessen, vertoont een schizoïde gedrag (een persoonlijkheidsstoornis waarbij men afstand neemt van sociale relaties). Onlangs heeft hij een poging tot zelfbesnijdenis gedaan. Zijn familie is totaal uitgeput.

Ik druk mijn bezorgdheid uit aan zijn psychiater: de patiënt uit steeds vaker zelfdestructieve neigingen (zijn zelfbesnijdenis is overigens veelzeggend). Ik uit ook mijn vrees voor ten aanzien van de uitgeputte familie en vraag om een inobservatiestelling, die wordt bevestigd door de raadgevend arts van het geraadpleegde ziekenhuis.

Drie dagen na zijn internering wordt beslist om de inobservatiestelling op te heffen, zonder het geringste contact, zonder de geringste samenwerking met de huisarts en zonder rekening te houden met het alarmistische rapport van de raadgevend psychiater.

Twee weken na zijn ontslag uit het ziekenhuis pleegt de patiënt zelfmoord.

Daarna kan er geen contact worden gelegd met zijn psychiater, de psychiater van de interneringsinstelling of de vrederechter. Nochtans werd er een brief naar hen gestuurd om hen te waarschuwen voor een fatale afloop.

« Een bejaarde in een rusthuis, zeer agressief en gewelddadig, gedurende meerdere weken. Onmogelijk om snel een meer aangepaste leefomgeving te vinden. »

« Een patiënte van 80 jaar met een zware melancholische depressie die weigert om zich te laten behandelen, om te eten. Bloeddruk continu boven 200 mmHg. Onmogelijk om een psychiater te vinden die aan huis komt. Verzoek om inobservatiestelling, dat wordt goedgekeurd door de rechter. De politie komt pas twee weken later. »

« Een gebruiker van harddrugs. Pleegt steeds meer daden van geweld tegen zijn gezin. Poging tot wurging van zijn broer en sekwestratie van zijn moeder, in een staat van pathologische agitatie. De politie wordt gebeld, die hem naar de spoed stuurt. Injectie van valium en kalmering. Gezien de kalmering wordt hij na enkele uren teruggestuurd naar zijn familie. Drie dagen later, herval. De politie wordt opnieuw gebeld en hij komt opnieuw bij de spoed terecht ... die zijn dossier niet terugvindt. Hij wordt ontvangen als een nieuwe patiënt. Het vervolg? Dezelfde snelle terugkeer naar huis ...»

« Mijn telefoon rinkelt om 5 uur 's morgens, een klein meisje vraagt me om hulp: "Dokter, kom snel, papa gaat mama vermoorden".»

DE MACHTELOZE HUISARTS

De heer E. woont met zijn vrouw en zijn vier kinderen in Etterbeek. Hij lijdt aan een ernstige psychose en drugsverslaving. Hoewel zijn toestand nu eerder stabiel is, is dat niet altijd het geval geweest. Een jaar geleden kon hij niets verdragen, brak alles in huis, gooide het eten dat zijn vrouw klaarmaakte in het toilet. De spanning was zodanig dat vrouw en kinderen het huis verlieten om toevlucht te zoeken bij de grootouders.

Een Nixon-procedure voor dringende inobservatiestelling werd gestart, met de hulp van de politie van Etterbeek, die zeer behulpzaam was, omdat ze op de hoogte was van de situatie. Jammer genoeg heeft die procedure nooit tot een resultaat geleid. Ondanks een herhaling van de feiten en het starten van een tweede procedure is de heer E. thuis gebleven. De procureur zei me dat ik contact moet opnemen met de mobiele diensten. Maar die diensten ... verplaatsten zich niet (...) of hadden het te druk! Kortom, van hen kon geen hulp worden gekregen.

Uiteindelijk kon er een ziekenhuisopname worden geregeld en kon het gezin weer naar huis. Zodra de heer E. stabiel was, kon hij terug naar zijn gezin. Hij wordt momenteel gevolgd in het medisch huis.

?
!
SANDKEN

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- Deze dramatische voorbeelden wijzen op een neiging van sommige zorgverleners om zich aan hun verantwoordelijkheid te onttrekken bij crisissituaties. Het besef van dringendheid lijkt flexibel te zijn. Het gebrek aan overleg tussen de professionals belemmert de bewustwording van de risico's die de patiënten lopen. Het maakt geen coherentie mogelijk in de stappen die noodzakelijk zijn om hun complexe problemen aan te pakken.

- Meer in het algemeen mobiliseert de geestelijke gezondheidszorg weinig, het is geen maatschappelijke uitdaging. De actoren kunnen, met een goed geweten, de verantwoordelijkheid naar elkaar doorschuiven.

- « Die patiënt lijdt niet aan een geestesziekte, dus hij moet niet in observatie worden gesteld. » Het risico is nochtans reëel ...

- « Die vrouw is al vaak op de intensieve afdeling geweest. Ik reanimeer, de rest gaat me niet aan. »

- « Ik ben assistent in de psychiatrie, ik houd me aan de bevelen. »

- « Ik ben rechter, ik hoef me niet te verantwoorden voor mijn beslissingen. »

HET LOT VAN DORIAN

Toen de kinesist me het verhaal van Dorian vertelde, voelde ik een grote golf van medelijden voor hem. Als hogere leidinggevende in een bedrijf had hij zijn vrouw en dochter gedood in een ongeval achter het stuur van een luxe sportwagen. Sinds die tragedie was hij werkloos en woonde hij bij zijn tante.

Dorian kwam jarenlang naar mijn consultatie, vertelde me dat hij er weer bovenop kwam, dat hij examens aflegde om zich te herscholen, dat zijn moeder op de Balearen woonde ... en dat hij “mijn steun nodig had”.

Ik begon te vermoeden dat er iets scheelde toen hij me vroeg hem te feliciteren omdat hij geslaagd was voor zijn examens fysica bij Actiris. Na inlichtingen te hebben ingewonnen, bleken die examens niet te bestaan in het kader van re-integratieplannen.

Vervolgens begon Dorian zich bij zijn moeder aan te dienen als president van de wereld. Geërgerd vroeg de familie me om "een papier te maken" om hem onder financieel beheer te plaatsen.

Ik hoorde niets meer van hem in het jaar dat volgde. Toen ontving ik een brief van de psychiatrische dienst waar hij 12 maanden had verbleven. Hij had de dienst verlaten, een wapen gekocht en zelfmoord gepleegd in een hotel.

Ik vernam toen dat die grote universitair, die zo een goede indruk maakte, nooit zijn derde jaar middelbaar had afgemaakt. Dorian werd slechts gedragen door steeds grotere, vaak zeer slimme leugens, die een prachtig beeld van hem gaven, terwijl de werkelijkheid er alleen maar op achteruitging.

« Moeilijkheid om de juiste diagnose te stellen bij een van mijn psychiatrische patiënten. De specialist blijft onbereikbaar. »

« Een patiënte op straat, zichtbaar dronken, vraagt alleen om benzodiazepines. Zonder geld om te raadplegen, haar gezicht bedekt met blauw plekken, geslagen door haar man. »

« Een patiënt met persoonlijkheidsstoornissen wordt wegens haar agressieve gedrag weggestuurd uit ziekenhuizen. Maar ze vormt een dagelijks gevaar voor haar eigen leven en het leven van haar dierbaren. Een behoorlijk ingewikkelde zaak ... »

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- Grenstoestanden en sociopathieën treffen een deel van de patiënten die in het algemeen uitgesloten zijn van de conventionele geestelijke gezondheidszorgcircuits.
- Het is jammer dat alleen psychische decompensatie in grenstoestanden de toegang tot zorgpaden voor hen kan openen.
- Die patiënten raadplegen dus voornamelijk huisartsen. Ze worden bijgevolg vaak met geneesmiddelen behandeld, hoewel de resultaten van die medicatie meestal maar matig zijn.
- Ook op dat gebied wordt de zorg bemoeilijkt door de moeizame samenwerking tussen de zorglijnen.
- Zelfs als zij hun omgeving laten lijden, hebben de patiënten in kwestie behoefte aan zorg en therapeutische welwillendheid. Toegang tot goed beheerde zorg is de eerste stap daarvan.

HONDEN ALS ENIGE AFFECTIEVE STEUN

De heer Tulipe komt al vele jaren bij mij. Hij heeft lang op straat geleefd, met zijn twee honden, die hij niet wil wegdoen. Pas onlangs heeft hij onderdak gevonden. Eerder had hij enkele jaren kunnen profiteren van de winterverblijven van de Prins Laurent Stichting.

Hij lijdt aan verschillende verslavingen, maar zijn zwaarste verslaving is die aan alcohol. Verschillende afkickpogingen waren succesvol, maar de patiënt stopte onmiddellijk met de behandeling op basis van baclofen.

Wanneer je probeert om een therapeutische band met hem op te bouwen, bekijkt hij je met een half geamuseerde, half verachtende blik. Hij lijkt te zeggen: “u kunt niets voor mij doen.” Een hulporganisatie voor daklozen heeft hem nochtans echt geholpen en uiteindelijk, bij een tweede poging, een stabiele woning voor hem gevonden.

Het verlies van zijn tweede hond maakte een beginnende dialoog mogelijk. Een paar weken is hij een beetje uit zijn schelp gekomen, uit zijn dodelijke onverschilligheid. In die periode vertelde hij me over de oorzaak van zijn zwerftocht, die begonnen is in zijn jeugd.

Zoals in veel gevallen van die aard, is het verhaal van de heer Tulipe dat van seksueel misbruik gepleegd door een verantwoordelijke van een groot domein. Het ergste, in zijn verhaal, is dat hij toen de politie hem ondervroeg, alles ontkende en zijn misbruiker beschermde, die andere slachtoffers had gemaakt.
De psychisch-sociale val bracht de heer Tulipe ertoe om zijn enige affectieve steun bij zijn honden te vinden, waar hij erg van hield. Die metgezellen waren zijn enige ruimte voor tederheid. Met de andere daklozen die hij zag, liep het vaak uit op een gevecht. Lotgenoten die hem probeerden te helpen, raakten op den duur ontmoedigd.

De vastberadenheid van de straatwerkster heeft hem uit zijn dakloze toestand gehaald. Hij komt terug bij mij, nog steeds even wars van elke therapeutische relatie. Soms eindigde ik de consultatie omdat hij me zonder reden uitschold. Hij was dan verbaasd omdat hij zijn gedrag niet kon beheersen onder invloed.
Momenteel is het vrijwel onmogelijk om revalidatietherapie te overwegen. Het is te pijnlijk voor hem om over zijn situatie te praten. Zijn enige remedie om te vergeten is alcohol. De heer Tulipe komt ook regelmatig voor zijn andere verslavingen. Ik voel me erg machteloos en hulpeloos.

« 1994, genocide, groepsverkrachting. Ze waren met meer dan 50 mannen, dagenlang ... Een soort van vertraagde moord. Een onuitsprekelijk gevoel.»

« Nathalie is haar huis kwijtgeraakt. Ze is samen met haar echtgenoot en haar drie kinderen bij de Samusocial beland. Ze stapelt familie- en gezondheidsproblemen op. Haar dochter werd verkracht door haar oom. De follow-up door SOS Kinderen verloopt moeilijk. Haar man is in de gevangenis terechtgekomen en de kinderen zijn geplaatst. Alleen en in de war begint Nathalie opnieuw heroïne en alcohol te gebruiken. Haar follow-up wordt bemoeilijkt door het gebrek aan een woning, het gebrek aan financiële middelen, ernstige medische problemen: astma, puisten op haar ledematen, een depressieve toestand enzovoort ... Uiteindelijk belandt ze bij haar moeder en gaat haar kinderen bezoeken in het centrum, want haar broer, die haar dochter heeft verkracht, woont ook in het appartement van haar moeder. Ondanks die moeilijke omgeving en zware problemen slaagt Nathalie erin om af te kicken van de drank en de heroïne. Ze staat onder methadon. Bij de geringste oplopende spanning zal de verleiding tot hervallen echter groot zijn. »

« T., 17 jaar. Flirt met de mooiste jongen van de klas. Vervolgens pesterijen door de leerlingen, jongens en meisjes, van haar jaar, precies onder leiding van haar geliefde. Klacht van de ouders van het meisje bij de directie van de school en de opvoeders. De ouders worden afgescheept. Verergering van de pesterijen, ook buiten de school, op de openbare weg, in de metro, met fysiek geweld. Klacht bij de politie en verzoek bij de directie van de MIVB om de video-opnames van de feiten te mogen bekijken. De ouders worden tweemaal afgescheept. Schoolfobie gedurende twee jaar ... Minimalisering van de feiten door alle betrokken autoriteiten. »

ANGSTEN, MISBRUIK VAN ALCOHOL EN KALMERENDE MIDDEL

Mevrouw D. komt voor het eerst in 2009 om een attest voor arbeidsongeschiktheid te vragen. Ze is kantoorbediende en vindt haar werk onmenselijk, vooral vanwege de houding van haar collega's. Ze is onrustig en lijdt aan een zeer grote angst. Ze gebruikt antidepressiva en neemt 's avonds 2 tot 3 tabletten zolpidem.

Ik geef haar een attest voor vijf dagen. Daarna zal ze haar functie nooit meer opnemen, ondanks haar - klaarblijkelijk oprechte - wens om terug te gaan werken. Op de dag van de werkhervatting is de angst te groot.

Er volgen enkele jaren waarin er een totale discrepantie is tussen de woorden en daden van mevrouw D. Ze leeft in een totale ontkenning van haar mentale toestand. Ze ontwikkelt geleidelijk aan een misbruik van alcohol en kalmerende middelen. Haar vele klachten zijn voornamelijk van lichamelijke aard. Ze weigert elke psychologische of psychiatrische follow-up. Haar partner verlaat haar. Haar familie verliest haar uit het oog.

In 2012 stemt ze er uiteindelijk mee in om een psychiater te zien (die ik niet ken). Hij stelt een zeer strikt en zeer snel afkickschema op. Na enkele weken hervalt mevrouw D. Ik zal nooit een rapport ontvangen van de specialist, ondanks mijn verzoek.

Er volgt een langzame achteruitgang gedurende drie tot vier jaar. De patiënt weigert elke andere behandeling dan slaappillen en anxiolytica, die worden afgeleverd in dagelijkse doses. De consultaties worden onderhandelingsspelletjes; ze beperken tot 30-40 minuten is een uitdaging.

In 2016 stopt mevrouw D. met drinken. Ze raadpleegt dan een eerste psychiater en daarna een tweede, die een therapeutisch werk met haar uitvoert. Dat zal een jeugdtrauma onthullen.

Maar de angsten van mevrouw D. worden steeds meer overweldigend. Tijdens mijn vakantie dient ze zich meermaals aan bij de spoed. Ze wordt behandeld door een andere psychiater, die een ambulante follow-up hervat. Ze wordt al gauw opgenomen. Wordt vervolgd dus ...

« Hij was vier jaar oud in 1994. Als Tutsi raakte hij bijna zijn hele familie kwijt. Hij slaagde erin om met zijn moeder in extremis te vluchten naar België. Hij wordt ingeschreven in het Nederlandstalig onderwijs en het slimme kind heeft er geen moeite mee om de lessen te volgen, ondanks het noodzakelijke leren van een derde taal. Maar zijn dagelijks gedrag is doordrenkt met die Afrikaanse nonchalance die zo ongebruikelijk is in ons land, waar we vanaf zeer jonge leeftijd snelheid en rentabiliteit eisen. De leerkrachten van het kind dringen bij de moeder erop aan om hem Rilatine® te geven. »

« Dit lijden getuigt van de geestelijke gezondheid van onze bevolking en maakt deel uit van onze dagelijkse consultaties. Hoeveel van die patiënten hebben toegang tot de raadpleging van een psychiater of psycholoog: geografische, financiële, culturele, intellectuele toegang? »

« Het is omdat hij me kent sinds zijn eerste oorontstekingen en zijn eerste vaccins dat deze 15-jarige tiener alleen naar de consultatie is durven komen om me over zijn moeder te vertellen, die hem zorgen baart. "Haar gezicht verstart, ze wordt zelfs niet meer kwaad."»

EEN TE BETALEN SCHULD

Patachou heeft altijd allerlei klachten. Ze lijdt aan alle kwaaltjes van de wereld. Hoewel ik haar elke week zie, heeft ze zoveel aandoeningen dat zelfs de medische Larousse ervan zou verschieten. Minimaliseren is nutteloos: ze zou uit eigen beweging naar een specialist gaan, die zichzelf zou uitputten om een onwaarschijnlijke pathologie uit te sluiten, om uiteindelijk te besluiten dat ze "niets" heeft. Dus de arts die voor "niets" zorgt, de huisarts, zal bij haar langsgaan.

Patachou heeft drie dochters en een zoon van drie verschillende vaders, de jongste uit een medisch begeleide voortplanting. Haar medicijnkastje is gevuld met medicijnen die ze willekeurig neemt. Bij elk van mijn bezoeken somt ze mij een hele resem ziekten op, zonder mij daarom om mijn mening te vragen - of althans, heel zelden.

Jarenlang heeft ze gevochten voor het hoederecht over haar zoon, wiens klasfoto's de woonkamer sierden. Ze was het hoederecht kwijtgeraakt door alcoholisme en jaren geleden zijn we erin geslaagd om onthouding te bereiken met Antabuse®, het enige geneesmiddel dat ze regelmatig neemt.

Patachou had zeer moeilijke relaties met haar moeder en aan haar verhaal te horen, werd ze altijd al als slecht beschouwd. Om het goed te maken, betaalde ze de leningen die haar moeder niet kon betalen. Het leek erop dat hoe meer ze deed, hoe meer ze werd misbruikt. We slaagden erin om een eind te maken aan die cyclus van lijden, wat haar heeft geholpen om zich van de alcohol te bevrijden.

Intussen is de relatie met haar volwassen zoon gestaag verslechterd. Na zijn studies te hebben afgerond in de hoop op werk heeft hij nooit werk gezocht, zelfs niet de moeite gedaan om zich als werkzoekende in te schrijven. Patachou ruïneert zichzelf om spelcomputers te kopen, zodat deze lummel ze kan verkopen om te gokken. Zijn moeder werd bijna buitengezet omdat ze vijf jaar de huur niet betaalde (het is waar dat ze in een krot woont).

Het is moeilijk om dergelijk gedrag te begrijpen als je niet weet dat zij in haar jeugd het slachtoffer was van herhaalde seksuele mishandeling door de broer van haar moeder, net als enkele van haar dochters. Het slachtoffer dat schuldig wordt en ieders schulden betaalt ...

Patachou heeft zeer weinig psychiatrische follow-up gehad: de specialisten, die ze uitput, sturen haar meestal door naar een andere collega.

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- In tegenstelling tot andere situaties bestaat er een goed gestructureerd aanbod voor acute posttraumatische stresstoestanden. In veel gevallen worden de betrokken patiënten onmiddellijk opgevangen.

- Oude posttraumatische stresstoestanden zijn over het algemeen onbekend; ze veroorzaken vaak zware psychiatrische stoornissen met een zeer grote psychologische weerstand, een beschermende ontkenning.

- De huisarts is vaak de eerste aan wie iets in vertrouwen wordt verteld dat jarenlang “verborgen” is gebleven. Hij heeft het moeilijk zijn gesprekspartner te overtuigen om een collega-specialist te raadplegen. Teamwerk op het terrein zou ongetwijfeld noodzakelijk zijn.

VAN POLEN TOT DE POORTEN VAN BRUSSEL

Jarouslav is van Poolse afkomst. Als dakloze hangt hij vaak rond voor het OCMW van Brussel Stad en slaapt hij op straat. Sinds enkele maanden wordt hij geholpen door de vzw Straatverplegers. Hij komt regelmatig op consultatie in een poging om zijn vele problemen op te lossen.

We bekijken met Transit (een gratis crisisopvang- en crisisverblijfscentrum voor druggebruikers) of het niet mogelijk is om hem bij Spullenhulp te integreren. Jarouslav werkt graag, hij is vooral dol op tuinieren. Hij heeft echter een zwaar alcoholprobleem. Ontwennen blijkt moeilijk; bij een te abrupte ontwenning krijgt hij epileptische aanvallen. Hij lijdt al aan de gevolgen van zijn misbruik - hepatitis, polyneuropathie -, en aan herhaalde schurftproblemen.

Hij zou graag willen terugkeren naar zijn land, maar heeft daar niet de middelen voor. Hij leeft van dag tot dag, door te bedelen. Als hij soms al in het zwart werkt, dan wordt dat steeds zeldzamer. Zijn alcoholisme verergert. Hij heeft wel een project dat hem nauw aan het hart ligt, waarover hij praat: zijn moeder in Polen terugzien. In België heeft hij niet echt emotionele banden aangeknoopt, behalve met zijn lotgenoten.

Jarouslav is niet gewelddadig; hij zou zich eerder laten vangen door anderen. Hij deelt alles wat hij heeft, dus houdt hij niet het geld dat hij verdient of de kleding die hij krijgt. Hij slaagt er ook niet in om een afspraak na te komen: de dienst van Bravvo (die sociale en burgerpreventie- en buurtprojecten leidt) of de Straatverplegers moeten hem altijd begeleiden voor consultaties.
De arts die hem behandelt, heeft altijd de indruk in een kringetje rond te draaien. Niets gaat vooruit, het aantal mogelijke oplossingen neemt af, de gemiste afspraken vertragen alles.

Uiteindelijk is Jarouslav op straat gestorven, zoals de meeste Polen op drift.

« Alcoholverslaafde patiënt, op methadon, ex-dakloze die onderdak heeft gekregen via de Straatverplegers. Terugval. Zeer ernstige zweren aan de benen. Moet volledig ten laste worden genomen voor de zorg (begeleiding naar de afspraken, ziekenhuisopname ...). We slagen daarin dankzij een ongebruikelijke samenwerking tussen het team van ons medisch huis, de Straatverplegers en de psychiater.»

Dit geval is uitzonderlijk. Ik meld het om te tonen wat we nodig hebben om dit soort patiënten optimaal te kunnen helpen. Het benadrukt alleen alles wat we gruwelijk missen in ons dagelijks werk.

OBSTAKELS DIE ALS DISCRIMINEREND WORDEN ERVAREN

Een patiënt van rond de veertig van Marokkaanse afkomst is zes jaar geleden in België aangekomen, na enkele jaren in Spanje te hebben doorgebracht. Omdat zijn "9 ter" werd geweigerd (een verblijfsvergunning om medische redenen), verblijft hij hier illegaal en leeft hij op straat. Het is een gebruiker van rookheroïne, die op benzodiazepines en methadon staat. Hij lijdt aan een paranoïde persoonlijkheidsstoornis. Ik ben de enige die deze, nu eens agressieve en bedreigende dan weer erg gedeprimeerde, man wil zien in ons begeleidingscentrum voor drugsverslaafden.

Hij weigert het psychiatrische aanbod dat hem wordt gedaan en heeft achtervolgingswanen met betrekking tot medische informatie en zijn dossier, die regelmatig terugkomen. Hij doet veel pogingen om buiten een psychiater te zien, want hij wil zich graag laten opnemen. Ondanks mijn hulp stoot hij op veel ondeskundigheid en situaties die hij als discriminerend ervaart en die zijn paranoia versterken.

Hij wordt uiteindelijk voor een eerste verblijf opgenomen in een ziekenhuis. Maar hij wordt buitengezet, omdat hij in de instelling heeft gebruikt. Hij voelde zich er gediscrimineerd. Een paar dagen later snijdt hij in zijn buik voor het betreffende ziekenhuis om zijn gevoel van onrecht te uiten. Hij wordt snel 'geniet' en overgebracht naar een ander ziekenhuis dat echter geen OCMW-patiënten aanvaardt.

Hoewel deze patiënt zichtbaar in een zeer kwetsbare situatie verkeert, wordt hij door de spoed terug naar de straat gestuurd met een afspraak - weken later! - bij een psychiater van een ziekenhuis dat wel erkend is voor het OCMW. Na vele omzwervingen wordt hij uiteindelijk in datzelfde ziekenhuis opgenomen, maar het verblijf wordt vroegtijdig onderbroken vanwege een gewelddadige episode, een ruzie met een andere patiënt.

Terug op straat kan hij pas zes maanden later terugkeren naar de instelling. Waar moet hij naartoe, wat kan hij doen? Uitgeput door zijn inspanningen weigert hij om het in een ander ziekenhuis opnieuw te proberen. Niet zonder moeite krijgen we een afspraak voor hem vast bij een psychiater die hij tijdens zijn verblijf had gezien.

Ondertussen wordt de patiënt steeds meer gedeprimeerd en gedesillusioneerd, en hij is niet onverschillig voor de herhaaldelijke benaderingen van de Islamitische Staat ...

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- Alcohol blijft een ondergediagnosticeerd en onderbehandeld probleem in termen van de impact ervan op een groot aantal gezondheidsproblemen. Om te behandelen, moet immers eerst een diagnose worden gesteld. Uit de studie van het KCE (het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) over de "treatment gap", in 2016, bleek dat slechts 15% van de alcoholverslavingen wordt gediagnosticeerd en 8% wordt behandeld. Dat is veel minder dan bij andere psychische ziekten. Paradoxaal genoeg wordt in de geestelijke gezondheidszorg de behandeling van het alcoholprobleem vaak over het hoofd gezien. Bovendien zijn weinig zorgverleners op hun gemak met de symptomen van de ziekte. De patiënten kunnen bijvoorbeeld worden gestigmatiseerd vanwege hun storende gedrag, terwijl dat de uiting kan zijn van een neurocognitieve stoornis.

- Voor de behandeling van verslavingen aan illegale drugs, in het bijzonder substitutietherapie met opiaten, hebben de huisartsen en speciale centra het al lange tijd overgenomen van de specialisten, met succes. Er heerst echter veel onwetendheid en wantrouwen in de gespecialiseerde kringen ten aanzien van de aanpak van deze doelgroepen.
    - Dat resulteert soms in ontijdige en ongepaste interventies, zoals een niet gevraagde verlaging van de dosis methadon;
    - het aantal artsen dat een substitutietherapie met opiaten voorschrijft, neemt af. Weinig jonge collega's doen het nog;
    - de behandeling van andere psychiatrische of somatische aandoeningen bij deze verslaafde patiënten verloopt vaak chaotisch, vanwege de moeilijkheid om hen als zieke mensen in plaats van louter als verslaafden te beschouwen;

- De ongeschikte aanpak door de zorgverleners van deze kwetsbare mensen die sociaal op drift zijn, heeft ook schadelijke gevolgen voor de gemeenschap;

- De ondersteuningsstructuren voor de huisartsen die voor zwaar verslaafde patiënten zorgen (RAT (Réseau d'aide aux toxicomanes), Réseau ALTO), zijn vaak slecht bekend bij de zorgverleners en er wordt bijgevolg te weinig beroep op gedaan.

WANHOPIG OP ZOEK NAAR EEN GECONVENTIONEERDE PSYCHIATER

Een jongere, die onlangs meerderjarig geworden is. Hij leeft al enkele jaren van de buitenwereld afgezonderd bij zijn thuis en heeft een sociale fobie en een veralgemeende angst met paniekstoornis ontwikkeld. Het is een RVV-patiënt. Er is geen afspraak beschikbaar bij een geconventioneerde psychiater. Ik ontvang hem regelmatig - om de twee weken - voor gesprekken, om te voorkomen dat de situatie verergert!

« Onmogelijk een psychiater te vinden voor volwassen autisten van wie ik de huisarts ben ...»

« Op mijn consultatie, de echtgenote van een patiënt die Alzheimer heeft. Ze lijdt onder een gebrek aan hulp. »

« Ik werk in het zuiden van Brussel en het lokale centrum voor geestelijke gezondheidszorg is al geruime tijd totaal disfunctioneel. Geen psychiater sinds vier maanden, interne ruzies in het team die de werking van de structuur ondermijnen ... De werkers in het centrum doen goed werk, maar de ene na de andere gaat weg ... Het dichtstbijzijnde openbare ziekenhuis heeft nog slechts één psychiater, die geen nieuwe patiënten neemt. »

« Jong meisje, 16, slachtoffer van een groepsverkrachting. Ze is weggezonken in een destructieve dynamiek, drugs en delinquentie, waardoor een plaatsing in een IPPJ noodzakelijk is. Ze wordt op een vrijdagavond ontslagen, zonder omstandig medisch advies om de follow-up te kunnen doen van haar behandeling die ze me beschrijft als erg zwaar: 3 tabletten antidepressiva, 3 tabletten neuroleptica. Er kan geen contact worden gelegd met de instelling vóór maandagochtend. »

EEN GRUWELIJK AFWEZIGE ENTOURAGE

Een jongere komt naar mijn praktijk, “officieel” voor een rugprobleem. Al gauw merk ik dat deze jongere zich in een identiteitscrisis bevindt en dat zijn entourage gruwelijk afwezig is bij deze crisis.
In de vertrouwelijkheid van de arts-patiëntrelatie vertelt hij me “meer dingen dan hij tegen een psychiater zou hebben gezegd”, om zijn eigen woorden te gebruiken: Een consultatie van bijna 50 minuten, gefactureerd tegen het normale tarief. Het zij zo. Maar wat doe ik daarna met deze jonge patiënt? Naar welke structuur kan ik hem doorverwijzen?

« *Een oproep voor een huisbezoek. Een bejaarde die zijn behoefte doet in de woonkamer. Een typisch geval van seniele dementie. Na een ziekenhuisopname (waarvoor ik trouwens nog steeds op feedback van het ziekenhuis wacht ...) zie ik haar terug, omdat de buren me opnieuw bellen. Ik wist zelfs niet eens dat ze terug thuis was. Naar welke structuur kan ik haar doorverwijzen? En, vooral, welke hulp is er voor ... mij? En ik zou zo lang kunnen doorgaan: in meer dan 30 jaar praktijk heb ik heel wat anekdotes te vertellen ...* »

« *Drugsverslaving, benzodiazepines, Contramal®, zolpidem, manisch-depressieve psychose, chronische psychose, sociale gedragsstoornissen, chronisch alcoholisme ... Naar wie moeten dergelijke profielen worden doorverwezen?* »

« *Een anorexiapatiënte met een BMI van 13,6 (onder 13,1 is er levensgevaar). Jammer genoeg staat ze op het OCMW. Het duurt twee maanden voordat we een requisitoir krijgen dat een ziekenhuisopname in het in anorexia gespecialiseerde centrum financieel goedkeurt. Wanneer we het krijgen, is er geen plaats in de instelling. Wanneer er een plaats vrijkomt, is het requisitoir vervallen. Het duurt nog eens twee maanden voordat we een ander krijgen ... enzovoort. De algemene ziekenhuizen weigeren de patiënte omdat ze een BMI boven 13,1 heeft ...* »

VAN DE ENE WEIGERING TOT DE ANDERE

Een 80-jarige man woont alleen na de dood van zijn vrouw. Hij heeft geen kinderen. Hij wordt van veraf geholpen door een nicht. Hij vertoont steeds vaker tekenen van mentale verwarring, van desoriëntatie. Maar hij weigert alle hulp, onder meer voor zijn huishouden.

Vervolgens weigert hij ook het bezoek van zijn huisarts. Die veel oproepen krijgt van bezorgde buren.

Een poging tot opname in de psychogeriatrie wordt door de patiënt geweigerd. Geen doeltreffend alternatief voorstel. Geen dwang mogelijk ... Familie, buren en zorgverleners staan machteloos om een ongeluk te voorkomen.

« Een jongere van 16 jaar. Overlijden van de vader. Hij spijbelt en zit 12 uur per dag op zijn kamer naar films te kijken die soms gewelddadig, pornografisch zijn. Zijn moeder belt de huisarts om hulp, nadat ze de school, de dienst voor jeugdbijstand en de politie heeft proberen te waarschuwen. Wegens zijn ongerechtvaardigde afwezigheden is de jongere een "vrije leerling" geworden - "vrij?"- en wordt hij niet meer begeleid door de opvoeders. De politie en de dienst voor jeugdbijstand hebben haar duidelijk gemaakt dat als er geen misdrijf was, zij niet konden of wilden ingrijpen, omdat ze niet de middelen hadden om dat te doen. »

GEVANGENISMILIEU

Wanneer vrijlating een plotselinge stopzetting van een behandeling inhoudt

Het komt zelden voor dat iemand die in de gevangenis niet aan psychische stoornissen lijdt, en het komt even weinig voor dat er geen bijbehorende psychiatrische stoornis is. In de overgrote meerderheid van de gevallen heeft de datum van de vrijlating niets te maken met de lopende behandeling. En meestal ontvangt de huisarts de medische gegevens niet: de patiënt verlaat de gevangenis, zijn dossier blijft daar opgesloten.

In veel psychiatrische gevallen is de vrijlating synoniem aan een plotselinge stopzetting van de behandeling, met dramatische gevolgen (abrupte ontwenning, onbezonnen inname van substanties ...). Bovendien heeft de ex-gedetineerde vaak geen sociale dekking, noch een afspraak met een arts, die hem over het algemeen gratis moet ontvangen. We zien regelmatig gevallen van ongeschikte ontwenning van substitutietherapie met opiaten, waardoor de patiënten zeer kwetsbaar zijn voor overdoses na hun vrijlating uit de gevangenis. Het feit dat sommige gevangenen benzodiazepines (kalmerende middelen) hebben gekregen, hoewel deze praktijk lijkt af te nemen, maakt hen ook moeilijker te beheren na hun vrijlating.

Kortom, de slechte coördinatie tussen de penitentiaire medische diensten en de huisartsen is een verzwarende factor voor de geestelijke gezondheid van de patiënten die de gevangenis verlaten en voor hun kansen op rehabilitatie. We moeten echter toegeven dat sommige verpleegkundigen in de gevangenis de moeite nemen om de huisarts bellen voor informatie over de gezondheid en de behandeling van een patiënt die in hun instelling aankomt.

RESIDENTIËLE OUDERENZORG

Moeilijkheid van harmonisatie van alle behandelingen

Therapeutische afstemming, dat wil zeggen de harmonisatie van alle geneesmiddelen die worden ingenomen, is bijzonder moeilijk bij psychische stoornissen in rusthuizen. De interacties van geneesmiddelen zijn soms erg moeilijk te beheren bij oudere patiënten met meerdere aandoeningen. Veel bewoners lijden aan depressie of onverschilligheid, die een dementie kunnen vertolken.

De huisarts is vaak de enige gesprekspartner die niet aan de instelling verbonden is bij wie de oudere zijn hart kan uitstorten. Het is heel moeilijk om een psychogeriater ter beschikking te hebben, en vooral om multidisciplinaire tijd vrij te maken die dient om het zorgteam rond een patiënt te motiveren.

Het gebruik van antidepressiva en neuroleptica, dat regelmatig wordt verweten aan de huisartsen, is vaak een noodzakelijk kwaad. De arts is geen tovenaar, hij komt bij de ouderen motieven van psychisch leed tegen, soms geassocieerd met cognitieve achteruitgang. Er is duidelijk een kloof tussen degenen die “weten” wat er gedaan zou moeten worden en degenen die dat doen.

DRING
DRING
TÛT TÛT
SONDREN

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- Er bestaan grote verschillen in de geestelijke gezondheidszorg, in termen van de toegankelijkheid. Er zijn twee barrières aan het werk, een financiële - de meest zichtbare - en een culturele. Het feit van zich tot een centrum te moeten richten in plaats van tot een individuele interveniënt, kan ook een rem vormen voor patiënten die al terughoudend zijn.

- Sociaal bevoorrechte mensen kunnen toegang krijgen tot een hele reeks geestelijke gezondheidszorgdiensten, van de coach tot de psychiater die privé wordt geraadpleegd, die gemakkelijk beschikbaar zijn, omdat zij de kosten van die begeleiding dragen.

- Bovendien is “niet naar het zottenhuis gaan” meestal een wens die op die manier wordt geuit in de meest achtergestelde lagen van de bevolking. Bij migranten wordt het begrip “geestesziekte” verklaard door culturele representaties en overtuigingen die verbonden zijn aan hun godsdienst.

- Bruggen tussen de eerste lijn van de huisartsen en de psychiatrische zorg zijn vaak onbestaande. We horen de specialisten - zoals vaak ook het geval is in disciplines zoals kindergeneeskunde, gynaecologie en geriatrie - zich voorstellen als de “eerste lijn” in hun vakgebied, als de eerstelijns gezondheidszorg. Maar juist die specialisten weigeren maar al te vaak om zorg met een “lage eisendrempel” te verlenen aan gedesorganiseerde, weinig gemotiveerde patiënten die de aan hen gegeven therapeutische en administratieve instructies niet naleven. De zorg voor deze patiënten vereist een erg energieverslindende inzet van de zorgverleners en juist in die gevallen moeten de huisartsen het meest worden ondersteund door interdisciplinaire medewerking.

- De geestelijk gezondheidszorgdiensten worden vaak overstelpt met werk en toegang met een "hoge eisendrempel" is eerder regel dan uitzondering. Beschikbare plaatsen zijn zeldzaam. Meestal moet men drie maanden wachten.

- Een andere barrière is het argument van “goede zorg”. De patiënt moet gemotiveerd zijn opdat de gespecialiseerde zorg relevant is, horen we. De huisartsen zullen dus zorgen voor de ... “niet-gemotiveerden”.

- We betreuren het gebrek aan basis- en permanente vorming van de huisartsen voor deze specifieke rollen die - tegen hun wil - aan hen te beurt vallen door de realiteit van de beleefde situaties. Het zou gaan om het "leren om patiënten te ontmoeten in een proces van openheid voor het psychische veld als een te verkennen terrein om beter te begrijpen wat ze doormaken."

EEN BEROEMDE FIGUUR... EN EEN NETWERK RONDOM HEM

Jean-Pierre is een 70-jarige patiënt die al lange tijd in het medisch huis wordt gevolgd. Hij werd thuis gezien; toen zijn vrouw stierf, ging hij naar een rusthuis. Hij is erg sociaal, een echte kunstenaar, die veel wandelt in de buurt waar het rusthuis zich bevindt. Door zijn vrij marginale gedrag is hij bekend bij verschillende vzw's en kunstgalerijen in de buurt.

Gedurende enkele maanden gaat alles goed in de instelling, omdat Jean-Pierre er wordt "beschermd" door een andere bewoonster, die zijn marginaliteit begrijpt en veel naar hem luistert. Maar bij haar overlijden gaat zijn relatie met het personeel van de instelling erop achteruit, vooral omdat hij graag provoceert - waar hij bij wijze van spreke een levenskunst van heeft gemaakt.

Na een paar weken gebeurt het onherstelbare. Tijdens een ruzie met een verzorgster raakt ze gewond aan haar hand. De bewoner wordt verzocht om de structuur te verlaten. Een zoektocht naar een oplossing begint, die resulteert in een overplaatsing naar een ander rusthuis.

De groep die Jean-Pierre steunt, komt verschillende keren bijeen en besluit om de betrokkene te helpen om zich ditmaal beter te integreren. Hij verhuist en zoals altijd gaat het goed in het begin.

Helaas doet zijn "Diogenes"-kant (het syndroom van Diogenes is een stoornis die vooral voorkomt bij ouderen en die bestaat uit het dwangmatig verzamelen van stapels voorwerpen of afval) zijn relatie met het personeel op zijn verdieping geleidelijk verslechteren: Jean-Pierre verzamelt zoveel meer en blijft maar wandelstokken maken waarmee hij rondsjouwt.

De leden van de steungroep sloven zich uit om de oude man te helpen zijn kamer op te ruimen, te sorteren en in orde te brengen om de impact op het personeel van het rusthuis te verminderen en om een vriendschappelijke relatie te behouden. Niets helpt. De spanning stijgt en daarmee ook de wederzijdse agressie.

Aangezien de dingen te ver gaan, besluit de huisarts van Jean-Pierre tot een ziekenhuisopname om afstand te scheppen tussen de "kampen". Tijdens die ziekenhuisopname volgen nieuwe gesprekken over een mogelijke overplaatsing naar de psychogeriatrie.

De relatie tussen de patiënt en het ziekenhuispersoneel is goed. De ergotherapeut stelt een tafel tot zijn beschikking waarop hij zijn wandelstokken kan bewerken, met inachtneming van enkele strikte hygiëneregels. Jean-Pierre lijkt er erg tevreden en op vergaderingen zegt hij dat het goed gaat. Nieuwe

gesprekken worden met hem gevoerd om een derde rusthuis te vinden dat hem zal onthalen.

Een paar dagen later krijgt Jean-Pierre echter een dubbele longontsteking en sterft snel. Al degenen die hem hebben gesteund, zien elkaar terug om zijn begrafenis voor te bereiden. Tijdens de ceremonie wordt een laatste eerbetoon aan hem gebracht, via de decoratie van zijn kist naar het voorbeeld van zijn wandelstokken en via liederen en getuigenissen.

Andere sterke momenten zullen volgen, zoals een tentoonstelling die door dezelfde steungroep wordt voorbereid.

WAT DE COMMISSIE VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ERVAN DENKT

- Dit geval illustreert dat het begeleidingswerk soms belangrijker is dan de eigenlijke medische follow-up.

- Als die begeleiding berust op een goede samenwerking met andere bewoners en andere vzw's in de buurt helpt deze om sterke banden te smeden en een netwerk rond een patiënt op te bouwen.

- In dit geval was die samenwerking een echt succes. De ervaring was erg verrijkend voor alle deelnemers.

- De primaire of reactieve sociale eenzaamheid van patiënten met psychisch lijden is een grote handicap voor hun zorg. En bij die desintegratie van de sociale band komen nog

    - de lage bereidheid van zorgverleners om aan huis te gaan
    - hun gebrek aan kennis van de vele lokale verenigingsactoren
    - en het gebrek aan coördinatie met elk daarvan.

NA DE VASTSTELLINGEN, DE ACTIE

Ondanks de obstakels waarmee ze geconfronteerd worden of het isolement dat ze voelen, blijven de huisartsen in Brussel vastberaden om de mentaal kwetsbaarste patiënten te helpen.

De onderstaande aanbevelingen en eisen, opgesteld door de Commissie voor Geestelijke Gezondheidszorg van de FBHAV, zijn een voorbode van een Witboek, gepland voor juni 2019. Daarin zullen mogelijke actiepunten worden ontwikkeld om vorm te geven aan een geoptimaliseerde en gezamenlijke aanpak van de geestelijke gezondheidszorgproblemen in de hoofdstad.

Het Witboek zal naar de Brusselse besluitvormers worden gestuurd en, meer in het algemeen, naar de politieke wereld.

Hier is een voorproefje van de krachtlijnen die de Commissie erin zal uitwerken.

De Commissie voor Geestelijke Gezondheidszorg van de FBHAV beveelt aan:

1. **om de huisartsen die geconfronteerd worden met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen te steunen door een HELPDESK tot hun beschikking te stellen die 24 uur per dag toegankelijk is.**

   Deze structuur zou als rol hebben om de bellers te oriënteren, te informeren en te steunen. De organisatie van deze permanentie zou verzorgd kunnen worden door het RML-B (Réseau multidisciplinaire local de Bruxelles).

2. **om de toegang van de huisartsen tot ziekenhuisspecialisten te vergemakkelijken via de ingebruikname, door de ziekenhuizen, van een UNIEK GROEN NUMMER.**

   De ziekenhuizen zouden ook, onder hun psychiaters of verpleegkundigen, de functie moeten creëren van specifieke referent voor de patiënt met geestelijke gezondheidsproblemen, om - met name - het ontslag van deze patiënt beter voor te bereiden.
   Bovendien is het in geval van zorg in een psychiatrisch milieu noodzakelijk dat de verstrekking van somatische zorg niet wordt verwaarloosd.

3. **om de FEEDBACK door specialisten aan de huisarts die een patiënt heeft doorverwezen, te systematiseren.**

   Deze rapportage kan verschillende vormen aannemen (een vergadering, een e-mail, een telefoontje ...) maar moet de regel worden.

4. **om een PLURALISTISCH COMITÉ op te zetten (waarin magistraten, politici, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers ... zetelen) dat de zorg voor patiënten met psychische stoornissen beoordeelt.**

   Dit comité zou meerdere rollen hebben::

   a. Een inventaris opmaken van probleemsituaties, incidenten en ongevallen.
   b. Het opstellen van een "scenario" van het kritieke incident (identificatie van de structurele elementen die aan een situatie ten grondslag liggen).
   c. Het geven van advies aan de bevoegde autoriteiten.
   d. Het aanmoedigen van veldstudies of onderzoeksacties betreffende het werk van de huisartsen op het gebied van geestelijke gezondheid.

   Het advies van dit comité zou in aanmerking moeten worden genomen bij de ontwikkeling van nieuwe maatregelen.

5. **om LOKALE ONTMOETINGEN te organiseren tussen de verschillende structuren en interveniënten betrokken bij psychische gezondheidsproblemen.**

   Daarnaast zouden er intervisiegroepen rond klinische situaties moeten worden aangeboden aan de actoren op het terrein.

6. **om IN DE HUISARTSPRAKTIJKEN GESPECIALISEERDE ZORGVERLENERS (zoals eerstelijns psychologen) te integreren,** met vergoeding van hun prestaties door de sociale zekerheid.

7. **om DE HUISARTS TE ERKENNEN ALS EEN ESSENTIËLE ACTOR op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.**

   Dat impliceert dat er een evenwichtige samenwerking bestaat, getint met wederzijds respect, gericht op het optimaliseren van de zorg, tussen huisartsen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en specialisten. Het gezamenlijke doel moet zijn om de patiënt de meest geschikte zorg te bieden, op de beste plek, door de meest aangewezen zorgverlener, op het meest geschikte moment.

   In de huisartspraktijk zou de financiële herwaardering van langere en meer complexe consultaties een concrete vorm moeten aannemen.

8. om de GESPECIALISEERDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (bij psychiaters, psychologen) MEER TOEGANKELIJK te maken.

In de afgelopen jaren werd de toegang tot huisartsen enorm begunstigd (via acties ter bevordering van de algemene geneeskunde of maatregelen zoals de verplichte derdebetalersregeling voor RVV-verzekerden). De patiënten hebben daarentegen nog steeds grote moeite om toegang te krijgen tot het tweede zorgniveau, om financiële, geografische of culturele aard of vanwege de onredelijke termijnen. Deze situatie, een bron van frustraties voor alle interveniënten, beïnvloedt de kwaliteit van de zorg.

In dezelfde lijn zou er een adequate financiering moeten worden ingevoerd voor psychosociale ondersteuningsstructuren met een lage eisendrempel (het ”niveau” of de “lijn” 0,5, dat wil zeggen een opvangniveau zoals dat van de begeleiding van drugsverslaafden of de planningscentra). Die financiering zou het mogelijk maken voldoende personeel aan te werven.

9. om te streven naar een MEER DOORGEDREVEN COÖRDINATIE van de verschillende structuren voor maatschappelijke en psychologische bijstand.

Met de groeiende onzekerheid van de bevolking zijn psychologische en maatschappelijke aspecten steeds meer met elkaar verstrengeld.

10. om ALLE INTERVENIËNTEN VAN HET MAATSCHAPPELIJK MIDDENVELD samen te brengen in een netwerk rondom de patiënt met psychische problemen, en met name justitie.

Bijvoorbeeld: de FBHAV vraagt om een groen nummer voor toegang tot justitie in geval van noodsituaties, naar het voorbeeld van de SAJ (dienst voor jeugdbijstand).

11. om een VERDELING VAN DE BUDGETTEN te waarborgen DIE LOSSTAAT VAN COMMUNAUTAIRE OVERWEGINGEN.

De huidige verdeling belemmert het werk op het terrein door een aanzienlijk verlies van een deel van de sommen voor de praktijk. Dat maakt de verdeling de facto inefficiënt.

12. om HET WELZIJNSBELEID FINANCIEEL te promoten en te STEUNEN met een focus op onderwijs, huisvesting, milieu en veiligheid

Zonder maatschappelijk welzijn kan er geen geestelijk welzijn zijn.

Enquête van de FBHAV, kwantitatief deel
Enkele ordes van grootte om het fenomeen te beoordelen

FREQUENTIERAMING

ALLESBEHALVE EEN SCHAAP MET VIJF POTEN

Deze zomer vroeg de FBHAV, parallel aan het verzamelen van verhalen die voor dit "Zwartboek" hebben gediend (zie het deel GETUIGENISSEN, pagina 9), aan de deelnemers om de frequentie te ramen waarmee ze in hun huisartspraktijk geconfronteerd worden met geestelijke gezondheidsproblemen.

Om deze problemen te rangschikken naar belangrijkheid, heeft de FBHAV ze opgedeeld in verschillende klinische vignetten - van jongeren die de maatschappij de rug toegekeerd hebben tot slachtoffers van een migratiegerelateerd trauma, patiënten met een burn-out, verslaafden, patiënten met psychisch lijden veroorzaakt door extreme deprivatie ...

Een goede 50 Brusselse huisartsen die inderdaad reeds geestelijke gezondheidsproblemen hebben behandeld, werkten daaraan mee.

Bijna de helft van deze huisartsen (46%) komt dagelijks een geval van **psychische stoornissen met somatische problemen tegen**, terwijl 38,5% een wekelijkse herhaling meldt. Al met al wordt dus bijna 85% van de artsen voortdurend geconfronteerd met de problematiek ...

De combinatie van **"mentaal leiden + armoede"**, het duo **"verslaving + psychisch probleem"** en **burn-out** zijn andere elementen die duidelijk aan bod komen in de dagelijkse praktijk. Voor verslavingen en burn-out vertegenwoordigen de maandelijkse, wekelijkse en dagelijkse frequentie 90 tot 95% van de antwoorden, met andere woorden, huisartsen die deze problemen slechts driemaandelijks of jaarlijks tegenkomen, vormen een uitzondering.

Bijna driekwart van de deelnemers (73%) komt driemaandelijks of jaarlijks een patiënt tegen voor **wie een inobservatiestelling vereist is**; een derde van de respondenten wordt maandelijks geconfronteerd met een **crisissituatie**.

Ten slotte heeft slechts een handje deelnemers zelden **moeite om een patiënt snel door te verwijzen naar een psycholoog of psychiater**. Voor 89% van de respondenten vindt deze te moeizame zoektocht naar hulp plaats op maandelijkse, wekelijkse en dagelijkse basis.

Dit probleem van toegang tot de tweede lijn (of ziekenhuisopname van de patiënt) binnen nuttige termijnen is een terugkerende opmerking in de commentaren geformuleerd door de deelnemers. Bij de te lange termijnen komt voor een deel van de betrokken doelgroepen nog de materiële onmogelijkheid om zich gespecialiseerde zorg te kunnen veroorloven.

Ten slotte hebben niet alleen de huisartsen het gevoel van er alleen voor te staan, ze getuigen ook van de eenzaamheid en het gebrek aan ondersteuning waaronder de mantelzorgers van de patiënt doorgaans lijden.

Enquête RML-B "Santé mentale : collaborations entre médecins généralistes et professionnels du secteur".
Vaststellingen en bevoorrechte wijzen van samenwerking.

WAT DE PROFESSIONALS REEDS AANBEVEELDEN IN 2015

In april 2015 voerde het RML-B, Réseau multidisciplinaire local de Bruxelles, een prospectief onderzoek uit in het Brusselse gewest over de samenwerking tussen huisartsen en professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek richtte zich meer in het bijzonder op de manier waarop deze samenwerking geoptimaliseerd kon worden, bijvoorbeeld door voorzieningen op te zetten of te versterken.

Ongeveer 200 deelnemers, uit beide beroepssferen, spraken zich uit over verbeterpunten die als prioritair beschouwd moesten worden. Een van de werkwijzen voor de samenwerking waar beide sectoren voorstander van waren, was **de invoering van een "verbindingspsycholoog"** en, in hetzelfde perspectief van steun bij de zorg en doorverwijzing van patiënten, **de oprichting van een telefonische helpdesk**. Ook het idee **van multidisciplinaire overlegvergaderingen en permanente vorming op het gebied van geestelijke gezondheid kwam terug**.

De studie "Santé mentale : collaborations entre médecins généralistes et professionnels du secteur" is verkrijgbaar bij het RML-B, info.rml@famgb.be.

Voorzitter: Dr. Michel De Volder.
Vicevoorzitters: Dr. Thomas de Cartier, dr. Li Tsien.
Penningmeester: Dr. Grégoire Van Brée.
Coördinatrice: Cécile Avril.

De Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen (FBHAV), erkende huisartsenkring (erkenning nr. 117), verenigt de 12 huisartsenverenigingen van de Brusselse agglomeratie. Ze vertegenwoordigt meer dan 1.400 bijdragende artsen-leden en richt haar actie op vier belangrijke pijlers:

1. **De FBHAV vormt de stem van de huisartsen in het Brussels Gewest.**
   De FBHAV is het aanspreekpunt voor wie wil communiceren met de Franstalige huisartsen van Brussel. Door **de stem van de Brusselse huisartsen** uit te dragen bevestigt de Federatie haar inzet om na te denken over, en deel te nemen aan, projecten die de volksgezondheid bevorderen.

   De Federatie stelt zich beschikbaar, open en proactief op. Dit door zijn ervaring en kennis op het gebied van eerstelijnszorg te delen met de politieke autoriteiten.

2. **De FBHAV is een actieve partner in de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid van Brussel.**
   De FBHAV houdt verschuivingen in de samenleving in het oog, poogt behoeftewijzigingen te meten en bij te dragen tot een kwalitatief gezondheidsbeleid. Hierbij tracht de federatie het kwaliteitsniveau van thuiszorg te verhogen, drempelverlagende maatregelen in te voeren –voornamelijk voor kwetsbare groepen-, en tegelijkertijd het beroep van huisarts te verdedigen.

   De Federatie promoot en ondersteunt **de ontwikkeling van een lokaal netwerk aan eerstelijnszorg**, met een multidisciplinaire en interdisciplinaire aanpak. Het werk van de FBHAV is meer dan een simpele som van technische vaardigheden uit verschillende disciplines. Het is een stuwende kracht die middelen optimaliseert en meer potentieel toekent. Dit door de nadruk te leggen op complementariteit, synergie en coördinatie.

3. **De FBHAV is het instrument bij uitstek voor de huisartsen van Brussel.**
   Vele huisartsen komen samen in lokale verenigingen. Dit om elkaar te ontmoeten, algemene geneeskundige problemen te bespreken en wetenschappelijke of ontspannende activiteiten te organiseren. De FAMBG is **de ontmoetingsplaats** voor deze verenigingen. Hier kunnen ze hun ervaringen, wensen en problemen i.v.m. het dagelijkse leven als huisarts in Brussel delen. De FBHAV analyseert vervolgens alle input, maakt een overzicht van mogelijke gezamenlijke acties en zorgt voor de coördinatie hiervan.

4. **De FBHAV organiseert de wachtdienst van de huisartsen in Brussel.**
   De FBHAV **creëerde de Brusselse Wachtdienst** en geeft zo invulling aan een van de missies die toevertrouwd werd aan Kringen door het koninklijk besluit van 8 juli 2002. De Brusselse Wachtdienst werd fundamenteel hervormd op 1 oktober 2014 en wordt beheerd door een koepel gecreëerd door de FBHAV: l'asbl Garde Bruxelloise – Brusselse Wachtdienst vzw (GBBW). Deze Brusselse Wachtdienst organiseert de mobiele en vaste wachtdiensten, namelijk Athena PMG in Brussel-Centrum, CMGU in St-Lambrechts-Woluwe, PMG 1030 in Schaarbeek en Médinuit in Molenbeek. Sinds 2016 is de Wachtdienst van de Brusselse Huisartsen Kring (BHAK), de Nederlandstalige kring van huisartsen in Brussel, toegetreden tot de Brusselse Wachtdienst. Hiermee werd de ambitie van de FBHAV om één telefoonnummer aan te bieden voor het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 24 uur per dag, 7 dagen per week, waargemaakt: 02/201.22.22.

Interventiezone:

12 huisartsenverenigingen in de hele Brusselse agglomeratie

FBHAV
www.famgb.be
Pachecolaan 34 - 1000 Brussel
Tel.: 02 379 03 33 - Fax: 02 374 08 27
famgb@famgb.be

Voorzitter: Dr. Alain Devaux

De huisarts verstrekt voortdurend algemene zorg. Hij is vaak de eerste toevlucht voor patiënten met psychische problemen en hij moet deze geestelijke dimensie integreren in de algemene follow-up van de patiënt. Als hij wordt overrompeld door een psychiatrische aandoening, moet hij de toestand van de patiënt kunnen aanpakken, in samenwerking met zorgnetwerken die hem in zijn praktijk ondersteunen.

In 2016 heeft de FBHAV besloten een volwaardig Comité Geestelijke gezondheid op te richten, op basis van de vaststelling dat bij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg de eerste lijn niet over het hoofd mag worden gezien, om de volgende redenen:

- Eén op vier personen heeft psychische problemen. Er zullen nooit genoeg psychiaters of psychotherapeuten zijn om ze allemaal te kunnen behandelen. We mogen niet vergeten dat psychische stoornissen die niet correct worden behandeld een grote economische en somatische impact hebben. Zo ligt de levensverwachting van psychotische mensen 20 jaar lager dan die van andere mensen.

- Slechts één op de drie patiënten met geestelijke problemen wordt correct behandeld.

- Na een opname in een psychiatrische instelling is er geen follow-up voor de patiënt, wat ernstige problemen creëert voor hem en zijn omgeving.
- De helft van de patiënten met een geestelijke stoornis heeft geen precieze diagnose gekregen.

- Als we een patiënt behandelen in zijn eigen omgeving, worden zijn mensenrechten beter beschermd, wat niet altijd het geval is in een ziekenhuis of een instelling.

- Ambulante patiënten kosten minder dan patiënten die worden opgenomen in een ziekenhuis.

- Alle studies over het onderwerp tonen aan dat de eerstelijnszorg minstens zo werkzaam is als de zorg in een ziekenhuisomgeving.

Het werk van de commissie draait om de volgende principes:

- Opleiding over de aanpak van psychische stoornissen voor de actoren van de eerste lijn.
- Echte samenwerkingscultuur tussen de HA's en de specialisten.
- Doeltreffende coördinatie tussen alle actoren van de eerste lijn in een netwerk rond de patiënt met verschillende functies (1e lijn, integratie op de arbeidsmarkt, huisvesting...) met de steun van de 2e lijn die dicht bij de 1e moet staan.
- Noodzaak aan een stevig engagement van de politiek om de 1e lijn te ondersteunen en te versterken.
- Terugbetaling van de psychotherapeutische prestaties.
- Bescherming van het beroepsgeheim.

De FBHAV heeft zich in 2014 kandidaat gesteld als lid van de Algemene Vergadering van het Overlegplatform voor de Geestelijke Gezondheid.

In 2016 heeft de FBHAV rondetafelgesprekken georganiseerd met het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad (OPGG), de projets 107 en het Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles (RMLB) om een overleg op gang te brengen tussen de 1e lijn en de geestelijke gezondheidssector.

In 2016 is de FBHAV een actief lid geworden van het nieuwe netwerk Bru-Stars, het Brusselse netwerk geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

In 2017 heeft de FBHAV vier huisartsen verkozen als vertegenwoordigers van de huisartsengeneeskunde om de vier lokale projecten van het OPGG te integreren: Hermesplus, 107 Bxl-Est, NorWest en RéZONe.

DANKWOORD

We willen alle huisartsen die ons hun vertrouwen hebben geschonken door deel te nemen aan dit project bedanken. Hun eerlijke en aangrijpende getuigenissen vormen de rijkdom van dit Zwartboek.

Wij willen ook iedereen die een beetje van zijn/haar kostbare tijd wilde stoppen in de deelname aan dit Zwartboek hartelijk bedanken, in het bijzonder dokter Anne Gillet en dokter Lawrence Cuvelier.