

Zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek vanuit de huisartspraktijk

Ervaringen van huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten

Désanne Noordam
Monique Heijmans
Sandra van Dulmen



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de cliënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Februari 2023

ISBN 9789461227515

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In het advies ‘Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú’ bundelen Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de krachten voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg. In het traject ‘Passende zorg voor mensen met psychische problemen’ brengt Zorginstituut Nederland belangrijke thema’s en uitdagingen in de zorg rondom psychische problemen in beeld. In dit kader heeft ZIN het Nivel gevraagd om de ervaringen van mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek in kaart te brengen met de zorg die zij krijgen. Dit wordt gedaan in een tweeledige studie, waarbij het ene deel kwantitatief van aard is en het andere deel kwalitatief. In het kwantitatieve deel wordt gekeken naar cijfers en kosten met betrekking tot de instroom, het doorlopen van en de uitstroom van cliënten in de zorgtrajecten voor depressie en persoonlijkheidsproblematiek in de huisartspraktijk. In het kwalitatieve deel worden de persoonlijke ervaringen van cliënten, naasten, huisartsen en POH-GGZ met diezelfde zorgtrajecten in kaart gebracht. Dit rapport doet verslag van het kwalitatieve deel van het onderzoek. Via een literatuurverkenning en interviews met cliënten en hun naasten, huisartsen en POH-GGZ hebben we zicht gekregen op de belangrijkste problemen en uitdagingen in de zorg voor beide aandoeningen. De resultaten vindt u terug in bijgaand rapport. Behalve dat we de ervaringen met de zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek in de huisartspraktijk in kaart brengen, besteden we specifiek aandacht aan voorlichting en samen beslissen.

We willen de deelnemende huisartsen en POH-GGZ, MIND en MIND Naasten Centraal, Depressie Vereniging en Stichting Borderline danken voor hun hulp bij het werven van deelnemers aan de interviews. Alle deelnemende cliënten, huisartsen en POH-GGZ danken we voor het delen van hun waardevolle ervaringen.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Aanleiding	9
1.1 Passende zorg binnen de GGZ	9
1.2 Doel onderzoek	10
1.3 Dit rapport	11
2 Methode	12
2.1 Afbakening begrippen	12
2.2 Literatuuronderzoek	13
2.3 Werving deelnemers interview	14
2.4 Interviews	15
2.5 Analyse en rapportage resultaten	16
3 Zorgtrajecten vanuit het perspectief van zorgverleners	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Overeenkomsten in de zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek	17
3.3 Ervaren verschillen in de zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek	19
3.4 Rollen en werkzaamheden van de huisarts en de POH-GGZ in het zorgtraject	21
3.5 Ervaren veranderingen in de zorg door de tijd heen	24
4 Zorgtrajecten vanuit het perspectief van cliënten en hun naasten	27
4.1 Ervaringen van cliënten	27
4.2 Ervaringen van naasten	29
4.3 Ervaren veranderingen door de tijd heen	30
5 Informatie	32
5.1 Ervaringen huisarts	32
5.2 Ervaringen POH-GGZ	35
5.3 Ervaringen cliënten en naasten	37
6 Keuzemomenten en samen beslissen	40
6.1 Ervaringen huisarts	40
6.2 Ervaringen POH-GGZ	41
6.3 Ervaringen cliënten en naasten	42
7 Beschouwing en conclusie	44
7.1 Wat bepaalt het zorgtraject?	44
7.2 Gesignaleerde knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen	47

7.3	Methodologische kanttekeningen	53
7.4	Conclusie	54
	Literatuur	55
	Bijlage A Zoekstrategie literatuuronderzoek	61
	Bijlage B Informatiebrief zorgverleners	62
	Bijlage C Informatiebrief cliënten	62
	Bijlage D Interviewschema zorgverleners	64
	Bijlage E Interviewschema cliënten	68

Samenvatting

Passende zorg is zorg die waarde gedreven is, inzet op gezondheid in plaats van ziekte, samen met de cliënt tot stand komt en waar mogelijk dicht bij de cliënt georganiseerd wordt (Zorginstituut, 2021). Voor passende zorg is het belangrijk dat de cliënt goed geïnformeerd is over alle behandelopties en de voor- en nadelen daarvan. Op basis daarvan kiest de cliënt samen met de behandelaar een behandeling die het beste past bij zijn of haar situatie.

In het traject 'Passende zorg voor mensen met psychische problemen' brengt Zorginstituut Nederland belangrijke thema's en uitdagingen in de zorg rondom psychische problemen in beeld. In Nederland hebben veel mensen te maken met psychische problemen met een grote impact op hun dagelijks functioneren. Veel van deze mensen komen voor zorg in de huisartspraktijk of in de GGZ terecht. Door te kijken welke kansen en belemmeringen er zijn om passende zorg te bieden aan mensen met psychische problemen, kan een bijdrage geleverd worden aan passende zorg voor deze cliëntengroepen. Dit onderzoek, uitgevoerd door Nivel, richt zich op de zorg voor mensen met depressie en persoonlijkheidsproblematiek (bijv. borderline, ontwijkende persoonlijkheidsproblematiek), aandoeningen met een hoge prevalentie in de huisartspraktijk. Het brengt in kaart hoe cliënten, naasten en zorgverleners in de huisartspraktijk (huisartsen en POH-GGZ) de zorg ervaren en dan in het bijzonder de voorlichting, informatievoorziening en samen beslissen daarbij.

De resultaten laten zien dat 'de zorg' voor mensen met een depressie of mensen met persoonlijkheidsproblematiek niet bestaat. De gang van een cliënt door de zorg is afhankelijk van tal van factoren die te maken hebben met de cliënt zelf, de kennis, vaardigheden en beschikbaarheid van de zorgverlener en de organisatie van de GGZ. Type en ernst van de problematiek, voorkeuren van de cliënt, verdere kwetsbaarheid, het beschikbare sociaal netwerk en behandelingen in het verleden bepalen grotendeels de zorgvraag. Zorg aan mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek vraagt om maatwerk. Het is afhankelijk van de kennis en vaardigheden van de zorgverlener en van de beschikbare capaciteit en behandelingen of passende zorg inderdaad geleverd kan worden.

Dit rapport laat zien dat het bieden van maatwerk binnen de huisartspraktijk aan mensen met depressie of persoonlijkheidsproblematiek voor huisartsen en POH-GGZ een uitdaging is. Problemen en uitdagingen doen zich voor op vier terreinen (weergegeven in de tabel): in het persoonlijk contact met de cliënt, in de inhoud van de zorg, in de organisatie van zorg en in de samenwerking met de basis- of gespecialiseerde GGZ.

Persoonlijk contact	Organisatie van zorg
<ul style="list-style-type: none"> • Wederzijdse 'klik' of vertrouwen ontbreekt • Ongemak zorgverlener bij persoonlijkheidsproblematiek/ stigma • Naaste voelt zich vaak buitenspel gezet in de zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverleners ervaren een gebrek aan tijd en capaciteit voor cliëntgroepen die zorg behoeven in het sociaal domein of de GGZ • Praktijkvariatie door verschil in kennis, ervaring en capaciteit • Onvoldoende controle op medicatie • Bekostiging beperkt keuzemogelijkheden GGZ • Onvoldoende kennis sociale kaart • Onvoldoende afstemming en samenwerking tussen huisartspraktijk gemeente/Wmo
Inhoud van zorg	Samenwerking met de GGZ
<ul style="list-style-type: none"> • Te weinig mogelijkheden voor zorg op maat voor cliënten die eigenlijk in de GGZ thuishoren maar door een gebrek aan verwijsmogelijkheden noodgedwongen in de huisartsenzorg worden opgevangen • Psychische klachten bemoeilijken het proces van samen beslissen • Gebrek aan informatiemateriaal op maat voor cliënt en zorgverlener • Huisarts moet laveren tussen fysieke en psychische kaders • (Te) groot beroep op eigen regie van toch al kwetsbare cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> • Lange wachttijden • Uitgestelde diagnostiek waardoor verwijzing nog langer duurt • Problemen bij verwijzing multidomein problematiek vanwege verzuiling • Moeizaam contact GGZ • Onvoldoende continuïteit in het zorgtraject door gebrekkige monitoring en nazorg na behandeling in GGZ

Deze problemen komen in bijna iedere huisartspraktijk voor waarbij de problemen meer aanwezig zijn bij mensen met de meer complexe persoonlijkheidsproblematiek dan bij depressie. De laatste jaren ervaren huisartsen en POH een enorme toename van het aantal cliënten met psychische problematiek. Ook doen cliënten met complexe psychische problematiek steeds vaker een beroep op de huisartspraktijk voor overbruggingszorg wanneer zij niet direct bij de GGZ terecht kunnen. De toename van het aantal (complexe) cliënten met psychische problemen, een ervaren tekort aan kennis en vaardigheden bij de zorgverleners zelf voor de behandeling van deze cliënten, te weinig tijd en te weinig mogelijkheden om cliënten die op de wachtlijst staan voor GGZ zorg zelf passende zorg te geven binnen de huisartsenpraktijk, geen passende doorverwijsmogelijkheden voor deze complexe cliënten, zorgen voor een hoge werkdruk bij de huisarts en de POH-GGZ. Ook komt het voor dat cliënten naar niet-passende GGZ worden doorverwezen omdat verwijsmogelijkheden en de sociale kaart onvoldoende in beeld zijn of de communicatie daarover met de GGZ moeizaam verloopt doordat huisartsen en POH beperkt zijn in doorverwijsmogelijkheden en hun zicht op bestaand aanbod. Oplossingsrichtingen liggen voornamelijk in het uitbreiden van verwijsmogelijkheden voor cliënten met complexe problematiek, de inzichtelijkheid van verwijsmogelijkheden en de sociale kaart vergroten, en een betere samenwerking en afstemming met de bGGZ/sGGZ, het sociaal domein en gemeenten. Nu valt een deel van de cliënten tussen wal en schip, en moet men soms onnodig

lang op zorg wachten. De cliënt zelf is vaak niet in staat verantwoordelijkheid te nemen voor het zorgproces. Naasten zouden een grotere rol kunnen spelen in de signalering en als vangnet maar worden thans weinig betrokken bij de zorg.

Ondanks dat rapport oplossingsrichtingen geeft voor gesignaleerde knelpunten roept dit onderzoek overall de vraag op hoe ver de kennis en vaardigheden van niet tot GGZ-specialist opgeleide zorgverleners moet reiken om aan de vraag van mensen met complexe psychische problematiek te kunnen voldoen en wat er wel en niet van hen verwacht mag worden. Duidelijke kaders en afbakening van verantwoordelijkheden zou een deel van de gesignaleerde knelpunten weg kunnen nemen. In het recente document 'Toekomstvisie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek' staan de benodigde stappen hiertoe al helder omschreven.

1 Aanleiding

‘Alleen die zorg bieden die bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven. Dat zou het vertrekpunt moeten zijn voor de gezondheidszorg. Zo blijft de zorg betaalbaar, van goede kwaliteit en toegankelijk voor iedereen’. Dit schrijven Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in het adviesrapport ‘Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú’.¹ In het advies richten beide organisaties hun pijlen op zorg die doelmatig, waarde gedreven en effectief is, inzet op gezondheid in plaats van ziekte, samen met de cliënt tot stand komt en dichtbij wordt georganiseerd.

Binnen dit kader wil ZIN binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (veranderingen in) geleverde zorg en mogelijke verbeterpunten verkennen. Voor dit onderzoek is gekozen voor een focus op depressie en persoonlijkheidsproblematiek. Beide aandoeningen hebben een aanzienlijke prevalentie in de Nederlandse huisartspraktijk van respectievelijk 30,2 en 13,2 per 1000 cliëntjaren in 2019, waarbij de prevalentie van depressie bijna twee keer zo hoog is onder vrouwen dan mannen². De zorgtrajecten van beide aandoeningen verlopen echter anders: waar depressie vooral binnen de huisartszorg behandeld wordt, vindt zorg voor persoonlijkheidsproblematiek vaak in de GGZ plaats.

De verkenning gebeurt via kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Doel van dit onderzoek is om zorgtrajecten, ervaringen van cliënten en zorgverleners en kosten in beeld te brengen voor depressie en persoonlijkheidsproblematiek. Zowel het kwantitatieve als kwalitatieve onderzoek wordt (gedeeltelijk) uitgevoerd door Nivel. De kwantitatieve analyses naar (veranderingen in) zorgtrajecten, geleverde vormen van zorg en daarmee gemoeide zorgkosten over de periode 2015-2019 worden momenteel met behulp van gekoppelde data afkomstig uit elektronische cliëntdossiers van huisartsen en declaratiedata in kaart gebracht binnen de onderzoekswerkplaats ‘Routine Zorgdata voor Passende Zorg’. Dit betreft een samenwerking tussen Nivel en ZIN. De resultaten zullen begin 2023 verschijnen. Het onderzoek beschreven in dit rapport richt zich op de kwalitatieve analyses. Het brengt de ervaringen van mensen met depressie of persoonlijkheidsproblematiek in kaart met de zorg die zij krijgen, alsmede de ervaringen van hun naasten, huisartsen en POH-GGZ.

1.1 Passende zorg binnen de GGZ

In de GGZ werden de afgelopen jaren veel initiatieven ontplooid om passende zorg in de eerste en tweede lijn te realiseren zoals de ontwikkeling van zorgstandaarden, het vormen van netwerken, de introductie van POH GGZ en basis GGZ en het Hoofdlijnakkoord GGZ. Op dit moment komen er ook steeds meer regionale domein overstijgende samenwerkingen tot stand (website Zorginstituut Nederland). In het behandeltraject van mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek moeten daarbij op meerdere momenten keuzen worden gemaakt: welke behandelingen zijn er mogelijk? Waar moeten ze plaats vinden? Hoelang gaan ze duren? Wat zijn de te verwachten (neven)effecten? Deze keuzen worden ingegeven door de zorgvraag van de cliënt, de voorkeur van cliënt, naasten en zorgverleners en de beschikbare kennis en capaciteit. Eerder onderzoek van het Nivel naar ervaringen van cliënten

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/overige-onderwerpen/passende-zorg>

² <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/jaarcijfers-aandoeningen-huisartsenregistraties>. Het betreft mensen met een ICD-Code P76.

betreffende de mate waarin zij het gevoel hebben bij te dragen aan een behandelkeuze, laat geen eenduidig beeld zien. Zo zouden cliënten in de huisartspraktijk in iets meer dan de helft van de consulten (enige) invloed uitoefenen op een verwijzing (Potappel, 2019). Dat betekent dat veel cliënten hierbij geen invloed ervaren. Ander onderzoek laat echter zien dat de agenda van cliënten met depressie in grote mate bepaalt welk zorgtraject binnen de huisartspraktijk wordt ingezet (Karasz, 2012).

Om behandelkeuzen samen met de zorgverlener te kunnen maken, hebben cliënt en naasten ondersteuning nodig in de vorm van begrijpelijke voorlichting en informatie. Deze kunnen zij zowel van de huisarts als van de POH-GGZ krijgen. Video-observatie onderzoek naar het verloop van consulten bij de POH-GGZ laat zien dat praktijkondersteuners verschillend omgaan met de zorgvraag van hun cliënten (Griep, 2016). Daarnaast laat historisch vergelijkend video-observatie onderzoek naar samen beslissen in de spreekkamer van de huisarts zien dat hierin nog verbetering te behalen is (Meijers, 2015). Meer inzicht in de ervaringen van betrokkenen (cliënt, naaste en zorgverleners) in (de keuzen rondom) het zorgtraject bij depressie en persoonlijkheidsproblematiek is dan ook gewenst. Daarnaast is het ook belangrijk om te kijken naar de ervaringen die cliënten met psychische problematiek en zorgverleners de laatste jaren ervaren hebben sinds de afspraken over ambulantisering in 2012 en de hervorming van de langdurige GGZ sinds 2015. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 spraken de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties af om de intramurale GGZ-capaciteit af te bouwen en tegelijkertijd de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren. Gemeenten kregen bij deze hervormingen in 2015, explicieter dan voorheen, de taak om mensen met psychische aandoeningen te ondersteunen bij hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Veel zorg is daardoor bij huisartsen en gemeenten komen te liggen.

1.2 Doel onderzoek

Het doel van het onderzoek in dit rapport is om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van zorgverleners, cliënten en naasten met het zorgtraject bij de diagnostiek en behandeling van depressie of persoonlijkheidsproblematiek, de beschikbare informatie daarbij, de afwegingen en keuzen die cliënt, naasten en verwijzer daarbij maken en de mate van samen beslissen daarin.

Graag willen we met dit kwalitatieve onderzoek antwoord krijgen op twee hoofdvragen:

- Hoe ervaren zorgverleners in de huisartspraktijk (huisartsen en POH-GGZ), cliënten en naasten het zorgtraject voor de aandoeningen depressie en persoonlijkheidsproblematiek en welke veranderingen hebben zij daarin de laatste jaren ervaren?
- Hoe ervaren zij in het bijzonder de voorlichting, informatievoorziening en samen beslissen daarover binnen de huisartspraktijk en GGZ?

De uitkomsten van dit onderzoek leveren samen met het kwantitatieve onderzoek input voor een verkenning die het Zorginstituut uitvoert naar passende zorg in de GGZ.

1.3 Dit rapport

In dit rapport wordt in hoofdstuk twee een korte beschrijving gegeven van de gevolgde methode. Vervolgens schetst hoofdstuk drie de zorgtrajecten voor depressie en persoonlijkheidsproblematiek vanuit het perspectief van huisartsen en POH-GGZ alsmede de door hen ervaren veranderingen in de afgelopen jaren. Hoofdstuk vier gaat in op de ervaringen van cliënten en hun naasten. Hoofdstuk 5 schetst de ervaringen van alle betrokkenen met het geven en ontvangen van informatie tijdens het zorgtraject. Hoofdstuk zes beschrijft de ervaringen met samen beslissen en het maken van keuzes in het zorgproces. Hoofdstuk zeven geeft een samenvatting van de resultaten alsmede een beschouwing daarop, waarbij we ingaan op gesignaleerde knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. Een samenvatting is voor in het rapport te vinden.

2 Methode

Het onderzoek bestond uit twee fasen: 1) een voorbereidingsfase/wervingsfase waarin een literatuuronderzoek werd uitgevoerd en respondenten voor interviews geworven werden en 2) een uitvoeringsfase waarin de daadwerkelijke interviews plaatsvonden en de resultaten ervan werden geanalyseerd en verwerkt. Alvorens in te gaan op de gevolgde methode tijdens beide fasen, worden eerst de belangrijkste begrippen uitgelegd die centraal staan in dit project.

2.1 Afbakening begrippen

Depressie

Voor dit onderzoek vormden volwassen (18+) cliënten met een medisch gediagnosticeerde depressie het uitgangspunt (ICPC-code P76). Echter, omdat tijdens het onderzoek duidelijk werd dat mensen met depressieve klachten in de huisartspraktijk niet altijd een officiële diagnose hebben, zijn in de interviews ook mensen met langdurige aan depressie gerelateerde klachten als somberheid of depressieve stemming (ICPC-code P03) meegenomen.

Persoonlijkheidsproblematiek

Vanwege het ontbreken van specifieke codes voor de diverse vormen van persoonlijkheidsproblematiek binnen de huisartsenregistraties is gekozen voor een werkdefinitie waarbij we drie clusters van persoonlijkheidsproblematiek onderscheiden. Dit onderzoek richt zich op volwassenen uit alle drie de clusters:

- Cluster 1: cliënten die vreemd, excentriek gedrag vertonen en die vaak een teruggetrokken bestaan leiden. Hieronder vallen bijvoorbeeld mensen die schizoïde of schizotypische klachten vertonen;
- Cluster 2: cliënten die sterk emotioneel zijn en onvoorspelbaar reageren. Mensen vertonen bijvoorbeeld antisociaal, narcistisch of theatraal gedrag. Ook het borderlinesyndroom valt hieronder;
- Cluster 3: cliënten die in het dagelijks leven zeer angstig en onzeker zijn. Deze personen vertonen bijvoorbeeld ontwijkend, afhankelijk of dwangmatig gedrag.

Basis GGZ (bGGZ)

In de bGGZ wordt eerstelijns psychologische zorg geboden bij lichte en matige psychische problemen. Verwijzing vindt plaats via de huisarts of bedrijfsarts. Hier vinden zowel korte, middellange, intensieve als chronische behandeltrajecten plaats. Er wordt veel gebruikgemaakt van e-health en psychologische hulp/consulten (Bron: www.Rijksoverheid.nl).

Gespecialiseerde GGZ (sGGZ)

Voor de sGGZ is altijd een verwijzing via de huisarts of bedrijfsarts nodig. Hier worden complexe en ernstige psychische aandoeningen behandeld; het gaat om tweedelijns psychologische zorg; behandeling en/of opname in een instelling behoort tot de mogelijkheden alsmede verpleegkundige (ambulante) zorg (Bron: www.Rijksoverheid.nl).

Zorgtraject

Bij zorgtrajecten gaat het in dit onderzoek om trajecten die lopen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), die starten bij de huisarts/POH-GGZ en (mogelijk) een vervolg krijgen in de generalistische basis GGZ, specialistische GGZ en/of langdurige GGZ. Ook de eventuele terugverwijzing na behandeling binnen de generalistische of gespecialiseerde GGZ naar de huisarts, POH-GGZ, de generalistische GGZ of het sociaal domein vallen hier onder.

Contactmomenten

Binnen de zorgtrajecten onderscheiden we een aantal contactmomenten tussen zorgverlener en cliënt. Ervaringen met deze contactmomenten worden bevraagd tijdens de interviews. De contactmomenten zijn:

- Presentatie eerste klachten voor diagnose
- Diagnostiek + behandeling acute fase
- Monitoring/ behandelfase
- Onderhoudsbehandeling binnen basis-GGZ (bGGZ) of doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ (sGGZ)
- Crisissituaties

Tijdens elk van deze contactmomenten zullen keuzes moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld keuzes ten aanzien van diagnostiek, verwijzing, medicatie en type behandeling. De ervaringen met deze keuzemomenten worden eveneens verkend in de interviews.

2.2 Literatuuronderzoek

Binnen de (inter)nationale literatuur is gezocht naar informatie over huisartsenzorg voor depressie en/of persoonlijkheidsproblematiek, vanuit het perspectief van cliënten, naasten, huisartsen en POH-GGZ. Behalve dat we geïnteresseerd waren in hun perspectief op de geboden zorg in het algemeen lag de focus ook op informatievoorziening en samen beslissen. Het literatuuronderzoek leverde input voor het opstellen van de interviewgide later in het onderzoek.

Voor de literatuurstudie is gezocht binnen de literatuur-database van Web of Science. Aanvullend is voor Nederlandse studies gekeken in de digitale archieven van (onderzoeks)instellingen als het Trimbos Instituut en het Ministerie van VWS. Het literatuuronderzoek had als doel een globaal beeld te schetsen van de ervaringen van cliënten, naasten, huisartsen en POH-GGZ met de geleverde zorg en pretendeert niet volledig te zijn.

De zoekstrategie bestond uit drie blokken zoektermen: 1) een blok waarin de doelgroep en hun perspectief centraal stond. Zoektermen voor dit blok waren onder andere clients/patients/family, social network/partners in combinatie met termen als perspective/experience/needs/satisfaction/journey/narrative/etc.; 2) een blok waarin de aandoeningen centraal stonden. Zoektermen waren depression/depressive symptoms/mood disorder/personality disorder/severe mental illness (SMI)/psychiatric disorder/borderline en zoektermen voor specifieke persoonlijkheidsproblematiek; 3) een blok gericht op de zorg en aspecten van de zorg. Zoektermen waren onder andere primary care/shared decision-making/information provision. Voor de exacte zoekstrategie zie bijlage A. De zoekstrategie leverde in totaal 68 studies vanuit de verschillende perspectieven op. De verdeling is als volgt:

- Vanuit cliëntperspectief werden 36 studies gevonden: 20 studies hadden betrekking op depressie waarvan 17 internationale en 3 Nederlandse studies; 12 studies hadden betrekking op persoonlijkheidsproblematiek, 10 internationale en 2 Nederlandse studies; 4 studies, allen

Nederlands, hadden betrekking op een range van psychische aandoeningen waaronder depressie en persoonlijkheidsproblematiek. De studies waren uitgevoerd tussen 2005-2021. De meeste internationale studies vonden plaats in de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk;

- Vanuit naastenperspectief werden tien studies gevonden, allen internationaal. Hierbij zijn ook studies geïnccludeerd waarin de ervaringen van naasten van cliënten met andere psychische problematiek dan depressie en persoonlijkheidsproblematiek centraal stonden omdat het aantal studies over deze laatste twee aandoeningen beperkt was. In totaal vonden we 1 studie op het gebied van depressie, 3 op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek en 6 over psychische klachten algemeen. De studies vonden plaats tussen 2009-2021; studies kwamen vooral uit Australië en de Verenigde Staten en minder uit Europa;
- 17 studies hadden betrekking op het huisarts perspectief, 10 internationale en 7 Nederlandse; 5 hadden betrekking op depressie, 4 op persoonlijkheidsproblematiek, 2 op zowel depressie als persoonlijkheidsproblematiek en 6 op een mix van psychische aandoeningen. De studies waren uitgevoerd tussen 2005-2020 en kwamen behalve uit verschillende Europese landen (o.a. Nederland, Denemarken, Frankrijk en Spanje) ook uit de Verenigde Staten en Canada;
- Er werden 7 studies met betrekking tot het perspectief van de POH(-GGZ) gevonden, 5 internationale en 2 Nederlandse studies; 3 studies over depressie, 1 over persoonlijkheidsproblematiek en 3 over een mix van psychische klachten. De studies zijn uitgevoerd tussen 2016-2020 en vonden veelal plaats in het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten, Canada en Australië en Nederland.

2.3 Werving deelnemers interview

Naast een literatuurreview bestond het onderzoek uit het afnemen van interviews bij zowel zorgverleners (huisartsen en POH-GGZ), als bij cliënten en hun naasten. De zorgverleners (huisartsen en POH-GGZ) zijn geworven via een bestaand netwerk van 350 huisartspraktijken, het Radboudumc Academisch Huisartsen Netwerk (AHN). Vanuit AHN hebben zeven huisartspraktijken deelgenomen: drie uit Gelderland, drie uit Noord-Brabant en één uit Noord-Holland. Drie praktijken waren stadspraktijken en vier waren dorpspraktijken. De cliëntenpopulaties van deze praktijken varieerden naar gelang sociaaleconomische status en etniciteit. Van de 7 praktijken gaven twee expliciet aan zich in een ‘achterstandswijk’ te bevinden met veel mensen met een lagere sociaaleconomische status, niet-westerse achtergrond, beperkte gezondheidsvaardigheden en multi-domeinproblematiek. In totaal werden er vanuit de deelnemende praktijken 9 huisartsen (zeven individuele en twee duo-interviews) en 8 POH-GGZ (zeven individueel en één duo-interview) geïnterviewd. Van de huisartsen waren er 6 vrouw en 3 man. Het aantal jaren waarin de huisartsen werkzaam waren varieerde sterk van 1,5 tot 35 jaar. De POH-GGZ was in alle gevallen een vrouw wat overeenkomt met landelijk onderzoek van het Nivel waaruit bleek dat 96% van alle POH in Nederland vrouw is (Van Hassel, 2016). Het aantal jaren waarin men werkzaam was als POH-GGZ varieerde van 1 tot 12 jaar. Bovendien verschilden de geïnterviewde POH-GGZ naar achtergrond: sommige waren opgeleid als doktersassistente, anderen als verpleegkundige of psycholoog. Ook het aantal jaren ervaring met GGZ wisselde sterk. De diversiteit in achtergrond en ervaring onder POH-GGZ komt ook naar voren in het onderzoek van Van Hassel (2016).

Cliënten en naasten zijn op twee manieren geworven: in eerste instantie via de deelnemende zorgverleners en later ook via relevante cliëntverenigingen. Om deel te kunnen nemen aan het

onderzoek moesten cliënten gediagnosticeerd zijn met een depressie (ICPC-code P76) of persoonlijkheidsproblematiek (cluster A/B/C). Omdat huisartsen en POH-GGZ van de deelnemende huisartspraktijken aangaven dat een officiële diagnose van depressie vaak ontbreekt wanneer een cliënt in behandeling is bij de huisartspraktijk met depressieve klachten, werd tijdens de werving besloten ook cliënten te includeren die (mildere) depressieve klachten ervaren. De cliënten die zijn geworven via de deelnemende zorgverleners zijn tijdens het spreekuur geattendeerd op het onderzoek en daarnaast zowel mondeling als via een brief geïnformeerd. Cliënten konden vervolgens bij interesse zelf contact zoeken met de onderzoekers om zich aan te melden.

Werving via de huisartspraktijken bleek minder snel te verlopen dan vooraf gepland; in overleg met Zorginstituut Nederland is daarom besloten, ook gezien de korte doorlooptijd van het project, om ook cliënten en naasten te werven via relevante cliëntenorganisaties. De volgende cliëntenorganisaties hebben een oproep verspreid onder hun achterban: MIND (depressie), MIND naasten (naasten), Depressie Vereniging (depressie) en Stichting Borderline (persoonlijkheidsproblematiek). In totaal zijn 18 cliënten geïnterviewd, waarvan 11 met een depressie/depressieve klachten en 7 met persoonlijkheidsproblematiek, met name borderline stoornissen. Daarnaast zijn 3 naasten geïnterviewd. Daarvan waren er 2 een naaste van een cliënt met een depressie en 1 een naaste van een cliënt met persoonlijkheidsproblematiek.

2.4 Interviews

De interviews waren semigestructureerd en vonden plaats gedurende de maanden februari tot en met april 2022. De interviews werden afgenomen door een junioronderzoeker en een senioronderzoeker, beide vrouw. Zowel de zorgverleners als de cliënten en hun naasten zijn vooraf aan het interview geïnformeerd over het onderzoek middels een informatiebrief (zie Bijlage B). Allen hebben een (digitale) toestemmingsverklaring getekend voordat zij werden geïnterviewd. De interviews vonden grotendeels online (via beeldbellen) plaats en voor elk interview werd een uur uitgetrokken. Een aantal cliënten gaf er voorkeur aan om op de locatie van hun huisartspraktijk geïnterviewd te worden. Zowel de fysieke als de online interviews zijn (met toestemming) opgenomen. Elke opname is na afloop van het gesprek uitgetypt tot een verslag en ter goedkeuring aan de geïnterviewde voorgelegd. Zodra de geïnterviewde akkoord was met de inhoud van het interviewverslag, is de opname van het interview vernietigd. Tijdens het interview kwamen vragen aan bod over het zorgtraject depressie/persoonlijkheidsproblematiek, informatievoorziening over (een van) beide aandoeningen, hoe (behandel)keuzes worden gemaakt (samen beslissen) en over succesfactoren en knelpunten daarbij.

De interviewschema's vormden een leidraad tijdens het gesprek. Alleen vragen die voor een specifieke respondent relevant waren werden daarbij gesteld. De interviewschema's waren gebaseerd op zowel bevindingen uit het literatuuronderzoek als op input en feedback vanuit de projectgroep. Het interview van de huisartsen en POH-GGZ ging over de verschillende fasen in het zorgtraject en hun rol daarbij; de informatie die zij zelf gebruiken als behandelaar en de informatie die zij geven aan hun cliënten; de keuzemomenten tijdens het zorgproces en het verloop van samen beslissen daarbij. Het interview van cliënten en naasten focuste zich op eigen ervaringen met de zorg voor hun depressieve klachten of persoonlijkheidsproblematiek, zowel in de huisartspraktijk als daarbuiten; hun behoefte aan informatie en in welke mate ze deze ook kregen en het proces van samen beslissen. Ook werd gevraagd of cliënten en naasten nog verbeterpunten hadden voor de zorg. Voor hun medewerking aan het interview ontvingen cliënten en naasten een cadeaubon, de zorgverleners werden financieel gecompenseerd voor hun inspanningen.

2.5 Analyse en rapportage resultaten

Bij de analyse van de resultaten staan de bevindingen uit de interviews centraal. Alle interviewtranscripten zijn door twee onderzoekers (DN en MH), die zelf ook de interviews hielden, apart doorgenomen. Daarbij is per onderwerp (informatievoorziening, samen beslissen, etc.) gekeken naar overeenkomsten in de antwoorden van de geïnterviewden en andere opvallende zaken. Naderhand hebben de onderzoekers hun bevindingen naast elkaar gelegd, om vervolgens te bepalen welke hoofdthema's uit de resultaten gedestilleerd konden worden. Bij twijfel over de thema's werd een derde onderzoeker geraadpleegd (SvD). Daar waar nodig en relevant zijn de bevindingen vanuit de interviews aangevuld met bevindingen uit de internationale en nationale literatuur. Om duidelijk te maken vanuit welke bron een bevinding afkomstig is, worden de volgende aanduidingen gebruikt: 'Bron: literatuur (L) of interviews (I)'. Bij de beschrijving van de resultaten hebben we de hoofdvragen van het onderzoek gevolgd. We beschrijven achtereenvolgens de ervaringen van de huisarts, de POH-GGZ, cliënten en naasten met de zorgtrajecten depressie of persoonlijkheidsproblematiek, de ervaringen met informatievoorziening daarbij en de keuzes en de momenten van samen beslissen. Gevonden verschillen en overeenkomsten in de zorg voor mensen met een depressie en mensen met persoonlijkheidsproblematiek worden daarbij steeds benoemd. Ook gaan we in op ervaren veranderingen sinds de ambulantisering in 2015.

3 Zorgtrajecten vanuit het perspectief van zorgverleners

3.1 Inleiding

Uit de interviews met huisartsen en POH-GGZ blijkt dat zij met grote regelmaat cliënten met depressie of depressieve klachten zien; het aantal contacten varieert van dagelijks tot 1 of twee per week. Ook cliënten met persoonlijkheidsproblemen worden met regelmaat gezien, maar wel minder vaak dan mensen met depressie of depressieve klachten. De aantallen variëren van 1 tot 6 per week. Met name in praktijken in zogenaamde ‘achterstandswijken’ zien zorgverleners geregeld cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, waarbij het gaat om persoonlijkheidsproblematiek uit alle drie de clusters (afhankelijk, antisociaal, excentriek). Zowel bij depressie als persoonlijkheidsproblematiek gaat het om cliënten die vaak al heel lang bekend zijn bij de praktijk.

De zorgtrajecten voor cliënten met depressie of persoonlijkheidsproblematiek zien er globaal hetzelfde uit, zowel qua contactmomenten als beslismomenten als het type keuzen dat gemaakt moet worden, zo blijkt uit de interviews met huisartsen en POH-GGZ. Toch zijn er ook duidelijke verschillen tussen de zorgtrajecten voor beide aandoeningen. In dit hoofdstuk worden de overeenkomsten en verschillen in de zorgtrajecten besproken (paragraaf 3.2 en 3.3). We combineren hierbij de bevindingen uit de interviews met huisartsen en POH-GGZ, aangezien er in hun beschrijvingen van het verloop van de zorgtrajecten veel overlap zit. Daarnaast worden ook de rol, taken en verantwoordelijkheden van de huisarts en POH-GGZ per fase in het zorgtraject geschetst (paragraaf 3.4). Dit hoofdstuk sluit af met een overzicht van de veranderingen die huisartsen, POH-GGZ hebben ervaren in de behandeling van psychische klachten in de afgelopen jaren. Ervaringen van cliënten en naasten met het zorgtraject worden besproken in hoofdstuk 4.

3.2 Overeenkomsten in de zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek

Uit de interviews met huisartsen en POH-GGZ blijkt dat zowel het zorgtraject depressie (D) als het zorgtraject persoonlijkheidsproblematiek (P) kan worden onderverdeeld in de volgende mogelijke stappen:

1. Eerste (en vaak tweede) consult bij de huisarts;
2. Doorverwijzing naar de POH-GGZ en/of een b/sGGZ-instelling;
3. Behandeling:
 - In de huisartspraktijk (ter overbrugging)
 - In een b/sGGZ-instelling
4. Uitbehandeld (bij de b/sGGZ) en weer terug naar de huisartspraktijk, voor nazorg/onderhoudsgesprekken/monitoren (medicatie)

Bij iedere nieuwe klacht van psychische aard worden in principe deze stappen opnieuw doorlopen. Dit maakt het zorgtraject tot een cyclisch proces. Daarnaast kunnen huisartsen mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek ook in crisissituaties zien. In principe worden dan dezelfde

stappen doorlopen. De crisissituatie zegt vooral iets over de wijze waarop het zorgtraject start of de cliënt instroomt en de snelheid waarmee stappen doorlopen worden.

Eerste (en vaak tweede) consult bij de huisarts

Cliënten (D/P) melden zich altijd eerst met (psychische) klachten bij de huisarts, dan wel op eigen initiatief, dan wel gestimuleerd door een naaste. In het eerste consult vraagt de huisarts de aard en ernst van de klachten van de cliënt uit en maakt een inschatting van mogelijke vervolgstappen. Veelal vragen huisartsen de cliënt terug voor een tweede gesprek, alvorens verder beleid wordt bepaald. Dit beleid kan zijn dat de cliënt wordt doorverwezen (naar de POH-GGZ of b/s-GGZ), er wordt gestart met medicatie, nog even gewacht wordt met verdere stappen of verwezen wordt naar complementaire zorg, zoals een bedrijfsarts of begeleiding vanuit een gemeentelijke instantie bij psychosociale problemen.

Doorverwijzing naar de POH-GGZ of een b/sGGZ-instelling

Na een eerste inschatting door de huisarts wordt gekeken waar de cliënt het best op zijn/haar plek is. Dan wordt ofwel een behandeling gestart binnen de huisartspraktijk zelf (bij de huisarts en/of POH-GGZ) of elders (bij een b/sGGZ-instelling, bedrijfsarts, begeleiding bij gemeentelijke instantie). Voor behandeling binnen de GGZ is een verwijzing van de huisarts nodig. Een verwijzing naar de GGZ kan worden gedaan wanneer de huisarts en/of POH-GGZ de psychische problematiek te complex vinden om in de eigen praktijk te behandelen, of wanneer een cliënt zelf vraagt om een doorverwijzing.

Behandeling binnen de huisartspraktijk of b/sGGZ-instelling

Wanneer een cliënt een behandeling start binnen de huisartspraktijk bestaat het traject uit gesprekken bij de huisarts en/of POH-GGZ en wordt de cliënt al dan niet ingesteld op medicatie (bv. antidepressiva). De huisarts legt zich in dat traject voornamelijk toe op het monitoren van (eventueel) medicatiegebruik en de POH-GGZ voert gesprekken en gaat aan de slag met de behandeling van de depressieve klachten of andere psychosociale problemen waarmee cliënten zich melden. Ze maakt hierbij gebruik van diverse behandelmodules zoals bijvoorbeeld counseling, cognitieve gedragstherapie of eHealth-programma's.

Wanneer een cliënt middels een verwijzing via de huisarts een traject start bij een b/sGGZ-instelling is de cliënt na verwijzing veelal (tijdelijk) niet meer in beeld bij de huisartspraktijk. Althans niet voor psychische problematiek; de zorg voor psychische klachten is volledig overgeheveld naar de b/sGGZ-instelling. Wel moeten cliënten door de lange wachttijden bij b/sGGZ-instellingen vaak een tijd wachten tot ze daar hun behandeling kunnen starten. Cliënten blijven dan ter overbrugging onder behandeling in de huisartspraktijk.

Wanneer een cliënt eenmaal terecht kan bij de b/sGGZ-instelling wordt daar, afhankelijk van de klachten, een gespecialiseerde(re) behandeling gestart. Zodra de cliënt de behandeling bij de GGZ-instelling afrondt, ontvangt de huisartspraktijk (mits de cliënt daar toestemming voor geeft) een brief met daarin vermeld welke behandeling de cliënt heeft gehad. Die informatie kan de huisarts en/of POH-GGZ gebruiken om op voort te bouwen wanneer de cliënt eventueel weer bij de huisartspraktijk in beeld komt. Ook wordt de huisarts ingelicht als de cliënt op medicatie is ingesteld door de psychiater; het monitoren van de medicatie wordt dan overgeheveld naar de huisarts. Het contact dat de cliënt vanaf dat moment met de huisarts heeft staat dan in het teken van de medicatie. Ook melden sommige cliënten zichzelf bij de huisartspraktijk voor terugkoppeling over het traject bij de b/sGGZ-instelling en/of nazorg bij de huisarts of POH-GGZ.

Terug in de huisartspraktijk na behandeling b/sGGZ

Cliënten die een behandeling hebben afgerond bij een b/sGGZ-instelling keren soms dus weer terug in de huisartspraktijk voor monitoring of nazorg. De tijd tussen het afronden van de behandeling bij de b/sGGZ-instelling en het melden bij de huisartspraktijk verschilt per cliënt: sommige cliënten komen pas weer in beeld als ze een terugval hebben, anderen schakelen eerder hulp van de huisarts of POH-GGZ in omdat zij behoefte hebben aan nazorg of begeleiding bij de overgang naar hun dagelijks leven zonder GGZ-behandeling. Ook kan het zijn dat cliënten zich na een tijd weer bij de huisartspraktijk melden voor een nieuwe verwijzing naar een (andere) b/sGGZ-instelling. Op die manier volgen cliënten telkens (een deel van) de cyclus van het zorgtraject. Uit de interviews kwam naar voren dat het initiatief tot nazorg veelal bij cliënten ligt en niet wordt georganiseerd vanuit de GGZ of de huisarts.

Crisissituaties

In sommige gevallen hebben cliënten acuut hulp nodig, bijvoorbeeld wanneer hun psychische klachten leiden tot een verhoogd suïciderisico. De huisarts schakelt in dergelijke gevallen na een eerste eigen inschatting vaak de crisisdienst in. Bij een crisisdienst werkt een team van psychiaters, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen. Mensen krijgen er direct hulp en behandeling indien nodig. Na stabilisatie gaan mensen weer naar huis of worden indien noodzakelijk doorverwezen naar een sGGZ instelling. Een crisisdienst is volgens de geïnterviewde huisartsen en POH-GGZ over het algemeen goed bereikbaar. In crisissituaties is vaak de partner of andere familie betrokken, ofwel omdat zij met de cliënt meekomen, ofwel omdat zij zelf hulp vragen voor de cliënt, of omdat de huisarts de situatie dermate ernstig vindt dat ook de familie geïnformeerd wordt.

3.3 Ervaren verschillen in de zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek

Ondanks dat de zorgtrajecten voor beide aandoeningen dus grotendeels met elkaar overeenkomen zijn er ook een aantal verschillen. Die verschillen werden benoemd in de interviews en worden hieronder besproken. Indien van toepassing, wordt ook bevindingen vanuit de geraadpleegde (inter)nationale literatuur besproken.

Presentatie klachten bij eerste contact met de huisarts en/of POH-GGZ

Uit de interviews met alle betrokkenen blijkt dat de aanleiding voor het zoeken van hulp binnen de huisartspraktijk anders is voor cliënten met een depressie of depressieve klachten dan voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Bij cliënten met depressie gaat het veelal om bij de huisarts bekende cliënten die zich met depressie-gerelateerde klachten zoals vermoeidheid, nergens meer aan toekomen of snel geëmotioneerd zijn, op het spreekuur melden. Vaak presenteren mensen ook (vage) lichamelijke klachten zoals geen eetlust en slecht slapen en blijkt het bij doorvragen om een depressie te gaan. Bij persoonlijkheidsproblematiek komen cliënten vaak met klachten die niet direct te herleiden zijn tot persoonlijkheidsproblematiek. Ook zijn lang niet alle cliënten met persoonlijkheidsproblematiek als zodanig bekend bij de huisarts. Dit maakt dat mensen met persoonlijkheidsproblematiek volgens de huisarts vaak niet direct of moeilijker te herkennen zijn tijdens een eerste gesprek; de persoonlijkheidsproblemen manifesteren zich als er wat vaker contact is met de cliënt. Vaak is er bij een eerste contact sprake van problemen met werk, financiën of sociale relaties die de aanleiding vormen voor het contact. En verder herkennen huisartsen vooral in

de frequentie waarmee cliënten terugkomen of in het gedrag in de spreekkamer dat er mogelijk sprake is van persoonlijkheidsproblematiek.

'Ze komen met iets anders maar je weet dan als huisarts dat ze een borderline persoonlijkheid hebben of een a-sociale persoonlijkheidsstoornis. Dus het is niet zozeer dat we ze behandelen vanwege die persoonlijkheidsstoornis maar er wel rekening mee houden in het contact.' - Huisarts

Bij huisartsen bestaat de indruk dat mensen met depressie echt komen met een hulpvraag gerelateerd aan de depressieklachten en open staan voor een behandeling, en dat dat bij mensen met (mogelijke) persoonlijkheidsproblematiek minder het geval is.

Delen vermoedens van diagnose

Wanneer de huisarts of POH-GGZ de cliënt heeft gesproken en diens klachten lijken te duiden op een depressie, dan wordt het vermoeden op die diagnose vaak met de cliënt besproken zo blijkt uit de interviews. In het delen van vermoedens van persoonlijkheidsproblematiek zijn zorgverleners over het algemeen een stuk terughoudender. Dit heeft meerdere redenen: persoonlijkheidsproblematiek is vaak vrij complex van aard en de klachten zijn gevarieerder dan wanneer sprake is van depressie. Dit maakt dat een huisarts de diagnose soms liever aan een psycholoog/psychiater overlaat. Cliënten bij wie het vermoeden op persoonlijkheidsproblematiek bestaat worden ook eerder doorverwezen dan mensen met een vermoeden op depressie. Een andere reden waarom zorgverleners minder snel vermoedens van persoonlijkheidsproblematiek uitspreken is vanwege het stigma dat op de aandoening ligt. Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste zorgverleners het lastig vinden om op een niet-stigmatiserende manier naar de cliënt uit te spreken dat er misschien persoonlijkheidsproblematiek speelt; zij zijn bang dat het de cliënt tegen de borst stuit. Wel vinden zij het delen van hun vermoedens gemakkelijker naarmate de band met de cliënt beter is of wanneer de cliënt met een hulpvraag op het spreekuur komt waaruit blijkt dat hij/zij specifiek aan de klachten wil werken gerelateerd aan de (mogelijke) persoonlijkheidsproblematiek.

'Bij persoonlijkheidsproblematiek bespreek ik het niet snel. Dat is een wat gevoeliger materie; je zegt niet zou gauw tegen iemand dat die een narcist is of een borderliner. Ook heeft dat in sommige gevallen te maken met een stukje acceptatie van de diagnose. Ze weten het vaak wel [dat ze borderline hebben], maar zij ervaren het niet als hun probleem, ze kunnen ermee leven.' - Huisarts

Ook uit de internationale literatuur kwam naar voren dat angst voor stigmatisering van invloed is op de zorg die zorgverleners in de eerste lijn leveren aan cliënten met persoonlijkheidsproblematiek (Ashcroft et al., 2020; Tanskanen et al., 2011; Keely et al., 2014; Mohr et al., 2018; Roberge et al., 2016).

Doorverwijzen

Cliënten met depressieklachten worden minder snel doorverwezen naar de b/sGGZ dan cliënten bij wie het vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek speelt, zo kwam uit de interviews met huisartsen en POH-GGZ naar voren. Dat heeft er mee te maken dat persoonlijkheidsproblematiek vaak complexer van aard is en om meer gespecialiseerde hulp vraagt dan in de huisartspraktijk geboden kan worden, aldus huisartsen en POH-GGZ. Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek lijken zelf ook vaker om een verwijzing naar de GGZ te vragen dan mensen met een depressie. Redenen hiervoor die in de interviews naar voren kwamen is dat mensen met

persoonlijkheidsproblematiek soms te weinig vertrouwen in de zorg van de huisarts of de POH-GGZ hebben of goede ervaringen binnen de GGZ in het verleden.

Niet alleen worden mensen met persoonlijkheidsproblematiek vaker doorverwezen, ze worden vaak ook doorverwezen naar een ander soort instellingen dan cliënten met depressieklachten: cliënten met persoonlijkheidsproblematiek worden eerder doorverwezen naar grotere sGGZ-instelling (i.p.v. een kleinere bGGZ-instelling). Huisartsen geven aan dat veel (kleinere) b/sGGZ-instellingen bijvoorbeeld wel een afdeling hebben voor depressiezorg, maar niet altijd voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek; de grotere GGZ-instelling zouden vaak wel een dergelijke afdeling hebben. Doorverwijzing naar grotere GGZ-instellingen heeft volgens de huisartsen en POH-GGZ nog een bijkomend voordeel: aangezien de huisarts zich vaak onvoldoende deskundig voelt om de diagnose te stellen bij persoonlijkheidsproblematiek of zich daar liever niet aan waagt, komt het regelmatig voor dat de GGZ-instelling oordeelt dat er sprake is van andere problematiek dan de huisarts vermoedt. Wanneer een instelling groter is en een breder behandelaanbod heeft, kan de cliënt ook met een andere diagnose dan oorspronkelijk gedacht vaak bij dezelfde GGZ-instelling terecht.

Na behandeling bij b/sGGZ terug bij de huisarts

Indien mensen in de GGZ uitbehandeld zijn, keren mensen met een depressie over het algemeen wat minder vaak en minder snel terug bij de huisarts dan mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Zeker wanneer mensen met een depressie ingesteld zijn op antidepressiva en hun nieuwe medicatie krijgen via een herhaalrecept, zijn cliënten met een depressie vaak lang uit beeld bij de praktijk. Gevolg hiervan is, volgens een aantal huisartsen, dat indien een huisarts hier niet proactief actie op onderneemt, cliënten vaak (veel te lang) ingesteld blijven op antidepressiva. Een aantal huisartsen bestempelde dit als problematisch en heeft jaarlijkse controleafspraken ingevoerd zodat deze cliënten ook na ontslag uit de GGZ in beeld blijven en medicatie afgebouwd kan worden. De mate waarin mensen met persoonlijkheidsproblematiek een beroep doen op de huisarts na ontslag uit de GGZ wisselt en hangt volgens de huisarts en POH-GGZ samen met het type persoonlijkheidsproblematiek. Mensen met borderline problematiek doen bijvoorbeeld vaak opnieuw een beroep op de huisarts, al dan niet voor een nieuwe doorverwijzing, terwijl mensen met ontwijkende persoonlijkheidsproblematiek weinig in de praktijk te vinden zijn. Bij deze groep is proactieve opvolging wenselijk aldus de huisarts en POH-GGZ.

3.4 Rollen en werkzaamheden van de huisarts en de POH-GGZ in het zorgtraject

Sinds 2010 is de standaard voor het behandelen van depressie in de huisartsenzorg de ‘Stepped care-aanpak’. De insteek van deze aanpak is dat de cliënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk (Hermens 2014); er wordt gestart met kortdurende interventies bij lichte depressies in de vorm van educatie door de huisarts en coaching via de huisarts en/of POH-GGZ; het aanbieden van psychologische en farmacotherapeutische behandeling gebeurt bij cliënten met een matige tot ernstige, of terugkerende depressie. Indien de behandeling niet aansluit of de problematiek te ernstig is kan doorverwijzing of terugverwijzing naar de GGZ plaatsvinden (Bron: L). Deze ‘Stepped care-aanpak’ zien we ook terug in de beschrijving van de rollen van de huisartsen en POH-GGZ tijdens de interviews waarbij de rol van huisartsen in het zorgtraject van mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek anders is dan die van de POH-GGZ. Niet alleen verloopt het contact dat beide zorgverleners met de cliënt hebben anders, ook nemen beide zorgverleners andere taken op

zich en zijn de verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorg van de cliënt verdeeld (zie ook Tabel 3.1 voor een overzicht). Daarbij komt dat de precieze invulling van de behandeling en de mate en snelheid van doorverwijzen varieert bij beide zorgverleners naargelang hun achtergrond en ervaring.

Kijkend naar de huisarts, is deze het eerste aanspreekpunt voor mensen met (psychische) klachten en maakt in de eerste gesprekken een inschatting van de aard en ernst van de klachten, alvorens samen met de cliënt te kijken naar de mogelijkheden (Bron: I & L (Oud et al., 2009)). Naast het exploreren van de klachten en het inschatten van de ernst ervan, bestaan de eerste gesprekken uit het uitsluiten van lichamelijke oorzaken, diagnostiek en eventueel het instellen op medicatie (antidepressiva); ook schat de huisarts tijdens de eerste gesprekken het suïciderisico in (Bron: I & L). Tijdens de eerste gesprekken vindt ook eenvoudige educatie plaats over de aard van de klachten en wordt gezocht naar aanknopingspunten voor het starten van een behandeling; de huisarts informeert bijvoorbeeld hoe het gaat met werk, wat men aan lichaamsbeweging doet, en of men zorgt voor dagritme en structuur. Op basis daarvan geeft de huisarts advies. Soms is dat voldoende. Mocht er meer tijd nodig zijn voor diagnostiek of meer en langdurigere begeleiding gewenst zijn, dan worden cliënten als ze daarvoor openstaan verwezen naar de praktijkondersteuner (POH-GGZ). De POH-GGZ kan de cliënt in principe meer gevarieerde therapievormen aanbieden dan de huisarts al is er ook onder POH-GGZ een grote mate van variatie. POH-GGZ hebben niet allemaal eenzelfde achtergrond en dus niet allemaal evenveel ervaring om en breed scala aan behandel mogelijkheden in te zetten zoals blijkt uit de interviews. Afhankelijk van de eigen ervaring of juist een gebrek daaraan zal een POH-GGZ zelf vaak ook verwijzen naar andere typen behandelingen, zoals bijvoorbeeld haptonomie. Ook voor het geven van Cognitieve Gedragstherapie, een aanpak die goed blijkt te werken bij depressie of psychosociale problematiek, is niet iedere POH-GGZ even goed toegerust.

'Ik ben van huis-uit psychiatrisch verpleegkundige, dus ik heb altijd in de GGZ gewerkt, en omdat de verwijzing naar de GGZ behoorlijk lang op zich kan laten wachten, maken wij gewoon gebruik van onze expertise binnen de GGZ. Dan starten we vaak al een behandeling, een stukje CGT, een stukje ACT. Medicatie, de ervaring die we daarmee hebben, pakken we wel eens op.' - POH-GGZ

Behalve dat de POH-GGZ een breder behandelaanbod heeft dan de huisarts, geeft zij ook meer uitgebreide informatie aan de cliënt; bijvoorbeeld informatie over behandelvormen en doorverwijzing naar een b/sGGZ-instelling, wordt veelal door de POH-GGZ gedaan (zie ook hoofdstuk 4).

'Dus eerlijk gezegd, vertel ik een paar dingen, zet ik soms gewoon op papier een paar kreten, en laat ik dat toch vaak veelal bij de POH-GGZ, om daar met de patiënt langer en beter naar te kunnen kijken ook, wat ze eraan hebben.' - Huisarts

Over het algemeen is een cliënt met depressie of persoonlijkheidsproblematiek die in de huisartspraktijk behandeld wordt dus maar kort bij de huisarts zelf en wordt dan al snel doorverwezen naar de POH-GGZ, waarna deze start met behandeling/ begeleiding. De POH-GGZ en huisarts overleggen regelmatig over de voortgang. Keuzes rond medicatie en doorverwijzing stemt de POH-GGZ af met de huisarts maar verder ziet de huisarts de cliënt meestal niet meer vanaf het moment dat hij/zij bij de POH-GGZ is. Bij cliënten met ernstige depressie of cliënten die net gestart zijn met medicatie komt de cliënt vaak zowel bij de huisarts als POH omdat de huisarts het verloop meer wil volgen; bij cliënten die doorverwezen moeten worden naar de sGGZ, begeleidt de POH deze cliënten ter overbrugging tot ze terecht kunnen. Soms neemt de huisarts zelf ook de overbruggingszorg op zich als POH-GGZ te druk is of de problematiek te complex. In dat geval plannen huisartsen vaak dubbele consulten in (20 minuten i.p.v. 10). Maar de geïnterviewde huisartsen

benadrukken dat dit niet de ideale situatie is omdat een POH-GGZ meer tijd en handvatten heeft om cliënten met psychische problematiek te begeleiden dan de huisarts zelf.

Hoewel de POH-GGZ cliënten over het algemeen dus langer en vaker ziet en intensiever behandelt, blijft de huisarts eindverantwoordelijk in het zorgtraject. Behandelbesluiten worden enkel met goedkeuring van de huisarts doorgezet. Wel benoemden de geïnterviewde huisartsen dat zij input van de POH-GGZ als belangrijk, dan wel als leidend zien voor het richting geven aan het zorgtraject van cliënten. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt wordt doorverwezen is het de huisarts die verantwoordelijk is voor het opstellen en versturen van de verwijsbrief, maar kan de verwijzing wel tot stand zijn gekomen op aanraden van de POH-GGZ. En in sommige gevallen is het ook op aanraden van de POH-GGZ dat de huisarts samen met een cliënt kijkt naar het starten van medicatie. Daarbij geldt eveneens dat het de huisarts is die eindverantwoordelijk is en ook als enige de medicatie kan voorschrijven. Over dergelijke en andere zaken hebben huisartsen en POH-GGZ wekelijks, dan wel dagelijks overleg met elkaar. De POH-GGZ ziet zowel cliënten die met eerste klachten bij de huisarts komen als cliënten die via de GGZ komen, bijvoorbeeld omdat ze daar uitbehandeld zijn. De POH-GGZ biedt diagnostiek, behandeling, begeleiding, overbruggingszorg bij wachttijden voor GGZ, nazorg en opvolging. De frequentie waarin POH-GGZ cliënten met deze aandoeningen ziet verschilt per POH en hangt af van de duur en ernst van de klachten, de fase in de behandeling, de praktijk, de huisarts en de ervaring van de POH-GGZ.

Tabel 3.1 Rollen en werkzaamheden van huisarts en POH-GGZ

Rol huisarts	Rol POH-GGZ
<ul style="list-style-type: none"> • Eindverantwoordelijke • Eerste aanspreekpunt • Eerste contact en inschatting problematiek • Globale informatie • Beperkte tijd • Medicatie voorschrijven • Monitoren complexe cliënten • Heeft voorkeur van cliënten met P • Officieel aanspreekpunt GGZ 	<ul style="list-style-type: none"> • Betrokken na verwijzing huisarts • Verdere diagnostiek en behandeling • Uitgebreidere en meer gevarieerde behandeling • Uitgebreidere informatie • Overbruggingszorg (noodgedwongen) • Meer tijd/ langer consult • Laagdrempelig bereikbaar • Belangrijke adviserende rol richting huisarts over behandeltraject/keuzes en doorverwijzing • Zorg sterk afhankelijk van ervaring

Betrokkenheid andere zorgverleners in de huisartspraktijk

Uit de interviews met zorgverleners bleek dat sommige huisartsen of POH-GGZ ook andere hulpverleners binnen de huisartspraktijk inschakelen of consulteren in de zorg die zij cliënten met psychische klachten bieden. Daarbij geldt wel dat het voornamelijk vooral de huisarts of de POH-GGZ zijn die de cliënt het meest intensief ziet voor de psychische klachten. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van zowel psychische als lichamelijke klachten, kan de POH-Somatiek worden betrokken. Of bij oudere cliënten (65+) een POH-ouderen. Ook benoemden de huisartsen en POH-GGZ in de interviews dat de assistenten een rol spelen: zij zijn degenen die cliënten als eerste spreken wanneer ze naar de huisartspraktijk komen of bellen. Tot slot hadden sommige huisartspraktijken de mogelijkheid om een psycholoog of psychiater te consulteren, die kwam dan naar de praktijk of waren online bereikbaar. Bij die psycholoog of psychiater kon advies worden ingewonnen over cliënten, bijvoorbeeld wanneer de huisarts of POH-GGZ twijfels had over de aard van de klachten en waar de cliënt het beste naar toe verwezen kan worden. Een POH-GGZ benoemde ook dat het in

sommige gevallen hielp in de verwijsbrief te zetten dat een psycholoog/psychiater zich over de klachten van de cliënt had gebogen; dit zou de verwijzing kracht bijzetten en de kansen (enigszins) vergroten dat de betreffende GGZ-instelling de cliënt sneller in behandeling zou nemen.

'Wat wel fijn is, we hebben tegenwoordig consultaties, dus je kan via de POH-GGZ advies van een psychiater vragen. Dus dat helpt wel vaak om wat dingen op een rijtje te zetten als je twijfelt wat er aan de hand is of wat handig is.' -POH-GGZ

De POH-GGZ gaf aan dat zij, afhankelijk van de problematiek, ook contact zoeken met het wijkteam of Wmo functionaris in de behandeling van een cliënt.

3.5 Ervaren veranderingen in de zorg door de tijd heen

Tijdens de interviews is aan huisartsen en POH-GGZ gevraagd of men de laatste jaren veranderingen heeft ervaren in de zorg aan mensen met psychische problemen in de huisartspraktijk. De mate waarin veranderingen worden ervaren verschilt voor de geïnterviewden maar onderstaande veranderingen worden wel door de meerderheid van de huisartsen en POH-GGZ genoemd. Tevens wordt een deel bevestigd in de literatuur:

- *Huisarts ervaart toegenomen werkdruk sinds komst POH (Bron: I + L)*
Huisartsen geven tijdens het interview aan dat hun werkdruk sinds de invoering van de POH-GGZ is toegenomen. Dit komt enerzijds door de enorme toename van mensen met psychische problematiek in de huisartspraktijk en anderzijds de noodgedwongen opvang van cliënten die eigenlijk in de GGZ thuis horen. Dit blijkt ook uit de literatuur (Magnée, 2018). Hoewel huisartsen de POH-GGZ als een welkome aanvulling op het team zien, neemt de POH-GGZ over het algemeen geen cliënten compleet over; eerder leveren zij aanvullende zorg. Ook hebben huisartsen de taak POH-GGZ te superviseren. In deze taak worden huisartsen gehinderd door de toename van cliënten met complexe problematiek in de huisartsenzorg die eigenlijk in de GGZ thuishoren. Deze groep valt buiten het expertisegebied van de huisarts en daarmee kunnen huisartsen POH-GGZ niet adequaat superviseren in de behandeling van complexe gevallen en zijn zij veel tijd kwijt met het regelen van passende zorg of verwijzing.
- *Toename cliënten met psychische problemen (Bron: I)*
De meerderheid van de huisartsen en POH-GGZ is van mening dat de laatste jaren het aantal mensen met depressieve klachten en persoonlijkheidsproblematiek in de huisartspraktijk is toegenomen. Dit heeft volgens hen verschillende oorzaken: meer terugverwijzingen vanuit de GGZ, minder mogelijkheden voor verwijzing naar de GGZ en de Covid-19-pandemie waardoor zich meer cliënten met psychische klachten in de praktijk melden, met name jongeren.

'Toename door corona: over het algemeen is de stress hoger en de lontjes korter. Heel veel dingen die mensen vroeger als coping konden gebruiken, kunnen ze nu namelijk niet meer gebruiken, omdat sporten niet kan, je nergens heen kan of wat dan ook.' – POH-GGZ

- *Verwijzingen vanuit sGGZ toegenomen (Bron: I)*
Bijna alle huisartsen noemen tijdens de interviews dat het aantal (terug)verwijzingen vanuit de sGGZ enorm is toegenomen. Afschaling van de GGZ wordt als belangrijkste reden genoemd voor

de toename. Medicatie wordt steeds vaker bij de huisarts ondergebracht en begeleiding vindt plaats door de POH-GGZ.

- *(Terug)verwijzing naar GGZ lastiger (Bron: I & L)*

Behalve dat huisartsen en POH-GGZ aangeven dat het aantal cliënten vanuit de GGZ is toegenomen, ervaren zij andersom dat verwijzingen naar de sGGZ moeizaam gaan vanwege wachttijden en te veel verzuiling; bij cliënten die in aanmerking komen voor verwijzing is vaak sprake van complexe problematiek op meerdere vlakken die niet goed lijkt te passen binnen een bepaalde afdeling van de sGGZ; hierdoor is er een grote groep complexe cliënten die bij de POH blijft ter overbrugging wat voor een hoge werkdruk zorgt binnen de praktijk. De overbruggingszorg door de POH duurt veel langer en de problematiek wordt steeds zwaarder aldus huisartsen en POH-GGZ, wat ook zorgt voor een toenemende druk op de praktijk.

‘Ik moet zeggen dat ik op dit moment vrij geïrriteerd bent over het feit dat blijkbaar psychologenpraktijken kunnen zeggen ‘mijn deur is dicht op dit moment voor nieuwe cliënten’. Huisartsen kunnen dat nooit zeggen. Dus dan denk ik wel, wie neemt er nu de verantwoordelijkheid voor dit soort dingen. Dus daarin vind ik de communicatie slecht, want het [de intake] wordt gewoon gesloten zonder dat er overlegd wordt van wat de mogelijkheden zijn. Dus daarin ben ik op dit moment wel teleurgesteld.’ – Huisarts

- *Minder beroep kunnen doen op de crisisdienst (Bron: I)*

De indruk bestaat bij huisartsen en POH-GGZ dat de crisisdienst steeds meer is voor eenmalige consulten. Vroeger werden cliënten door de crisisdienst zelf opgevolgd maar nu sturen ze cliënten na inschatten van het risico in sommige gevallen weer weg. Hierdoor hadden sommige huisartsen/POH-GGZ de neiging om de opvang tijdens crisissituaties ook zelf te doen, in het belang van de cliënt.

‘Ik merk ook wel als ik mensen doorstuur naar de crisisdienst, dat ik ze doorstuur en dat ze daar na het inschatten van het risico zeggen van nou, ga maar weer terug. Vroeger vervolgde ze nog meer, toen hadden ze meer tijd. En nu is het toch maar eenmalig contact, dus dan kan ik het net zo goed zelf.’ - POH-GGZ

- *Cliënten met depressie blijven langer in de praktijk (Bron: I)*

Door de komst van de POH-GGZ blijven cliënten met een depressie die voorheen doorverwezen werden maar een psycholoog langer in de praktijk en wordt ook minder snel met medicatie gestart (antidepressiva); er vinden vaker gesprekken plaats. In het algemeen hebben huisartsen de indruk dat meer dan vroeger mensen met een depressie het hele behandeltraject afmaken binnen de huisartspraktijk.

- *Cliënten willen ‘Quick-Fix’ (Bron: I)*

Een huisarts noemde dat cliënten mondiger zijn maar ook ongeduldiger en liefst een snelle oplossing willen. De verwachtingen ten aanzien van de zorg liggen hoger en daar kan door de huisarts en/of POH-GGZ niet altijd aan worden voldaan vanwege verschillende redenen zoals wachttijden, tijdgebrek of te weinig specifieke kennis in de praktijk. Dit zorgt wel eens voor frustratie (Bron: I).

‘Ik heb het idee dat bij mensen dat idee van een quick-fix wel steeds meer toeneemt. ‘Los het op’ of ‘ik moet nu naar een psycholoog want die gaat het voor mij oplossen’. Mensen

verdragen slecht dat het niet goed met ze gaat. En waar dat aan ligt weet ik niet zo goed, maar dat zie ik dus de afgelopen jaren erger worden' - Huisarts

4 Zorgtrajecten vanuit het perspectief van cliënten en hun naasten

4.1 Ervaringen van cliënten

De meeste cliënten die door ons geïnterviewd zijn hebben zowel een behandelverleden in de huisartspraktijk als in de GGZ. Sommige cliënten blijven dan alleen in beeld bij de huisarts/POH-GGZ, andere worden doorverwezen naar de bGGZ of sGGZ. Een deel van de cliënten werd ook verwezen en weer terugverwezen. Voor het merendeel van de cliënten met depressie die door ons geïnterviewd is geldt dat ze al jaren bekend zijn met depressieve klachten. Alle cliënten met persoonlijkheidsproblematiek die geïnterviewd zijn hebben tevens een langdurige geschiedenis binnen de GGZ. De persoonlijkheidsproblematiek van de geïnterviewde cliënten betreft vooral borderline.

4.1.1 Ervaringen met de zorg door de huisarts

Internationaal onderzoek toont aan dat zowel mensen met een depressie als met persoonlijkheidsproblematiek vaak hulp zoeken in de eerstelijnszorg voor hun psychische klachten (Lester et al., 2005; Beckers et al., 2018). Zij melden zich meestal zelf of via hun naasten. In geval van depressie wordt de huisarts door mensen als een belangrijk (eerste) aanspreekpunt gezien (Lester et al., 2005; Campbell et al., 2007). Dit wordt ook bevestigd in de interviews. Mensen met depressie geven aan dat zij zich in alle gevallen eerst bij de huisarts hebben gemeld met klachten, al dan niet op aanraden van familie. Van daaruit is de behandeling gestart in de vorm van medicatie, een verwijzing naar de POH-GGZ of beide. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek zien niet altijd de huisarts als belangrijkste aanspreekpunt. Zeker mensen met een GGZ-verleden zien de huisarts vaak als een noodzakelijke (tussen-)stap voor een nieuwe verwijzing naar de GGZ maar niet als potentiële hoofdbehandelaar (Bron: I).

‘Mijn zoon heeft me gestimuleerd om hulp bij de huisarts te zoeken: ‘ik kon niet meer, ik was op mijn werk alleen nog maar aan het huilen, door alle stress. En ik had zo’n hoofdpijn, de tranen liepen over mijn wangen. ... mijn zoon, zegt ‘mam, ik wil dat je nu meteen een kop thee neemt en naar bed gaat. Ga rusten, en ga morgen naar de huisarts’. En dat heb ik gedaan.’ – Cliënt depressie

De keuze voor het aangaan of blijven volgen van een behandeling binnen de huisartspraktijk door de cliënt wordt voor een groot deel bepaald door eerdere ervaringen met zorg in de huisartspraktijk, zo blijkt uit de interviews en de literatuur (Prins et al., 2009; Grambal et al., 2017; Gum et al., 2006; Jones et al., 2018). Dit geldt zowel voor mensen met een depressie als persoonlijkheidsproblematiek. Wanneer de ervaringen positief zijn, zijn cliënten eerder geneigd een beroep te doen op zorg door de huisarts of POH-GGZ. Factoren die bijdragen aan een positieve ervaring met eerstelijnszorg zijn een gevoel bij de cliënt dat zorg op maat wordt geboden en er dus niet sprake is van ‘one size fits all’ benadering; dat men altijd welkom is, ook bij niet-acute situaties (Campbell et al., 2007); het gevoel dat de huisarts of POH voldoende kennis heeft over de ervaren klachten (Grambal et al., 2017); een vertrouwensband met de huisarts (McCann et al., 2012; Grambal et al., 2017; Lester et al., 2005) en laagdrempelige toegang tot zorg (Ashcroft et al., 2020). Voor zowel cliënten met een depressie als persoonlijkheidsproblematiek zijn dit factoren die zorgen dat men eerder een beroep doet op de

huisarts of POH; daarnaast worden huisartsen die niet stigmatiseren bij psychische klachten als positief ervaren (Ashcroft et al., 2020; Tanskanen et al., 2011; Keely et al., 2014; Mohr et al., 2018; Roberge et al., 2016). Andersom, wanneer cliënten het gevoel hebben gestigmatiseerd te (zullen) worden, vertellen zij minder uitgebreid over hun klachten (Roberge et al., 2016) of vragen eerder om een verwijzing naar de bGGZ of sGGZ. Uit zowel de interviews als de literatuur (Ashcroft et al., 2020) blijkt dat cliënten van mening zijn dat de kans op stigma door de eigen sociale omgeving bij behandeling door de huisarts kleiner is dan wanneer zij hulp krijgen voor hun psychische klachten bij de sGGZ. Dit is voor sommige cliënten ook een reden om eerder bij de huisarts aan te kloppen, zo blijkt uit de interviews. Andersom, wanneer cliënten het gevoel hadden gestigmatiseerd te (zullen) worden, vertellen zij minder uitgebreid over hun klachten (Roberge et al., 2016) wat de zorg ook weer bemoeilijkt.

‘Maar dat heb ik nog steeds, dat vind ik wel een nadeel dat als ik bij de huisarts kom met wat voor reden dan ook dat ze dus wel zien dat ik borderline of angststoornissen heb. En soms ben ik dan bang dat ze me niet meer serieus nemen met een lichamelijke klacht omdat ze dat dus weten ja. Dus ben wel wat voorzichtig’ – Cliënt persoonlijkheidsproblematiek

4.1.2 Diagnostiek en behandeling

De meeste cliënten met depressie die door ons geïnterviewd werden gaven aan dat zij na de gesprekken met de huisarts verwezen zijn naar de POH-GGZ. De meeste mensen met een depressie gaven aan dat ook prima te vinden. Een deel van de mensen met persoonlijkheidsproblematiek wilde liever niet naar de POH-GGZ vanwege eerdere negatieve ervaringen of te weinig vertrouwen in de vaardigheden van de POH-GGZ. Zij gaven daarbij ook aan dat zij de rol van de POH-GGZ onduidelijk vinden en met name hoe die rol verschilt van bijvoorbeeld een psycholoog. Zij gaven aan een voorkeur te hebben voor de huisarts maar het wel belangrijk te vinden dat de huisarts begrip toont en bereid is om echt naar hen te luisteren en niet stigmatiseert. Uit de interviews kwam naar voren dat de meeste mensen met persoonlijkheidsproblematiek stigma hebben ervaren, zowel bij de POH-GGZ als de huisarts.

‘...dan probeerde ze (POH-GGZ) mij soort van handvaten of tips te geven en echt super goed bedoeld en lief, maar het heeft mij niet kunnen helpen nee. Ik had bijvoorbeeld heel erg last op dat moment van dwanggedachten en dwangklachten en zij zei bijvoorbeeld van: ja, als je zulke gedachten hebt dan moet je doen alsof je die gedachten weggooit in een rivier en je moet ze negeren, de gedachten moet je negeren en nou ja dat werkte averechts want daarna heb ik geleerd van de psycholoog dat je die dwanggedachten juist niet moet negeren maar je moet ze accepteren en accepteren dat je daar angst bij voelt en dat het oké is en dat een dwanggedachte niet betekent dat je dat ook gaat uitvoeren. Dus dat hielp me niet. Had er geen vertrouwen in’ – Cliënt persoonlijkheidsproblematiek

Behandeling door de POH-GGZ aan mensen met depressie en persoonlijkheidsproblematiek bestaat in eerste instantie uit verdere diagnostiek en klachtenverheldering. Vaak vullen cliënten in deze fase een screeningsinstrument in (bijvoorbeeld de 4DKL/BDI) dat vervolgens besproken wordt en herhaaldelijk wordt ingevuld ter monitoring van de klachten. Nadat de POH-GGZ en de cliënt overeenstemming hebben bereikt over een plan van aanpak, wordt veelal gestart met leefstijladviezen, adviezen ten aanzien van omgaan met klachten, begeleiding van medicatie en dagstructurering. Ook begeleidt de POH-GGZ de cliënt op het moment dat er sprake is van doorverwijzing. De zorg door de POH-GGZ wordt in het algemeen als laagdrempelig ervaren. De POH heeft meer tijd dan de huisarts en is gemakkelijker bereikbaar. De meeste cliënten die bij de POH-

GGZ komen geven aan een goede band met hen te hebben en tevreden te zijn over de geboden zorg. De frequentie waarmee men de POH-GGZ bezoekt varieert van wekelijks tot eens in de drie maanden en hangt af van de fase waarin men zit en de ernst van de behandeling. Voor mensen die uitbehandeld zijn bij de huisarts of GGZ houdt de POH vaak een vinger aan de pols en biedt een luisterend oor indien nodig; veel cliënten gaven in de interviews dan ook aan behoefte te hebben aan monitoring of nazorg bij de POH-GGZ.

4.1.3 Ervaringen met afstemming huisarts-GGZ

Cliënten die in aanmerking kwamen om doorverwezen te worden naar de bGGZ of sGGZ geven aan behandeling in hun eigen omgeving het prettigst te vinden (Bron: I). In verband daarmee vinden ze het belangrijk dat huisartsen en POH-GGZ goed op de hoogte zijn van het behandelaanbod in de regio om dicht bij huis passende zorg te kunnen bieden. De indruk bestaat op basis van de interviews dat de meeste mensen met een depressie of depressieve klachten binnen de huisartspraktijk blijven en alleen bij een verergering van klachten of ontevredenheid met de geboden zorg in de huisartspraktijk worden doorverwezen naar de bGGZ of sGGZ. Bij doorverwijzing vertrouwen cliënten vooral op de behandelend POH-GGZ of huisarts voor de keuze van psycholoog of GGZ-instelling. Op het moment dat men doorverwezen is heeft men geen contact meer met de huisarts of POH-GGZ voor depressieve klachten of andere psychische klachten. Andersom, wanneer men vanuit de GGZ terugverwezen wordt naar de huisartspraktijk is geen contact meer met de GGZ-instelling, het zijn over het algemeen gescheiden trajecten.

4.2 Ervaringen van naasten

We hebben drie naasten geïnterviewd: twee naasten van mensen met depressie en een van iemand met een persoonlijkheidsstoornis. Alle drie waren ze actief binnen MIND, een vereniging van naasten van mensen met psychische klachten en konden vanuit een bredere visie op naasten hun visie geven op de zorg.

4.2.1 Ervaringen met zorg in de huisartspraktijk

Naasten van cliënten met een depressieve of persoonlijkheidsproblematiek hebben, net zo goed als de cliënt zelf, te maken met de zorg die de cliënt wordt geboden. Internationaal onderzoek laat zien dat naasten soms zelfs eerder hulp zoeken voor hun partner of familielid, dan dat zij dat zelf doen (Skärsäter et al, 2018; Hsiao et al., 2019). Of naasten zich daarvoor ook altijd als eerste tot de huisarts wenden werd uit de literatuur niet duidelijk. Uit de interviews bleek dat naasten vooral een rol spelen op het moment van eerste klachten en in crisissituaties. Huisartsen geven aan dat naasten ook soms zelf op het spreekuur komen om zorgen over hun naasten te uiten. In de behandeling zelf en bij de besluitvorming rond behandelkeuzes spelen naasten een marginale rol. Wellicht dat de cliënt thuis wel met de naaste overlegt maar alle keuzes worden in principe door de cliënt zelf gemaakt in overleg met de huisarts of POH-GGZ. De cliënt bepaalt ook in hoeverre de naaste betrokken is of geïnformeerd wordt.

‘Naasten spelen soms een rol bij de eerste gesprekken. En in crisissituaties. Ik weet niet precies wat de rol is van naasten of wat er thuis gebeurt. Als de patiënt niet wil zien we ze niet. Als patiënt heel somber is laat ik in tweede gesprek vaak de partner meekomen en dan leg ik nog een keer uit wat de mogelijkheden zijn en wat er aan de hand is uiteraard. Maar thuis zal er vast over gepraat zijn’ - Huisarts

Naasten worden over het algemeen graag betrokken bij het maken van keuzen in het zorgproces (Kokanovic et al., 2018) maar of dit ook daadwerkelijk gebeurt hangt, zoals gezegd, af van de wens van de cliënt en de zorgverlener. Dit blijkt zowel uit de interviews als de literatuur. Wanneer een naaste zelf contact wil opnemen met een zorgverlener lopen ze tegen barrières aan (Bron: I) die verschillen naar ‘type’ naaste (Schaffer, 2021): bij ouders speelt bijvoorbeeld een rol dat zij door privacy-technische redenen geen toegang kunnen krijgen tot informatie over het volwassen kind (bijv. in geval van een ziekenhuisopname). Andersom, wanneer volwassen kinderen te maken krijgen met GGZ voor ouders, lopen kinderen er soms tegenaan dat zij weinig ruimte hebben om over hun (negatieve) ervaringen te praten. En naasten in de vorm van partners gaven aan dat zij vaak geen aandacht van zorgverleners krijgen. Omdat naasten weinig info krijgen over klachten en behandeling van hun familieleden en zich hierdoor vaak buitengesloten voelen van de zorg, beoordelen ze de zorg vaak lager dan cliënt, zo blijkt uit onderzoek (Skärsäter et al, 2018). Zorgverleners geven aan dat zij naasten soms opzettelijk niet betrekken op het moment dat zij van mening zijn dat naasten bijdragen aan de problematiek van een cliënt.

Twee van de drie naasten geven in de interviews aan dat zij ook hulp voor zichzelf zochten om te leren omgaan met de psychische problemen van hun familielid. Daarnaast zijn zij alle drie lid van MIND, een vereniging voor naasten van familieleden van mensen met psychische problemen, waar zij lotgenotensteun vinden. Alle drie de naasten spreken hun frustratie uit dat zij tijdens de behandeling van hun naasten het gevoel hadden buiten spel te staan en niet of nauwelijks betrokken worden, terwijl zij als geen ander de cliënt kennen en ook een rol zouden kunnen spelen in de begeleiding.

4.3 Ervaren veranderingen door de tijd heen

Door cliënten en naasten worden twee veranderingen genoemd in de zorg voor mensen met psychische problemen. Deze worden sterker benadrukt door naasten dan door de cliënten zelf.

- *Veranderingen in de zorg en wet- en regelgeving (Bron: I):*
Naasten noemen veranderingen in de zorg en een veranderende wet- en regelgeving die de zorg ingewikkelder maken, zowel voor de cliënt als voor hen naasten. Men heeft het gevoel minder gemakkelijk een beroep te kunnen doen op GGZ zorg dan voorheen omdat toegang tot de zorg via meer schijven moet en meer versnipperd is. Soms moet je naar de huisarts, soms naar de gemeente en soms naar de GGZ. En onderling wordt er slecht samengewerkt of afgestemd, aldus naasten. Daarnaast wordt er volgens naasten meer gelet op privacyaspecten wat het voor hen lastig maakt om betrokken te zijn bij de zorg voor de cliënt als de cliënt dat niet wil.

‘Waar wij ook mee te maken hebben gekregen, is de overheveling van de zorgwet en alles van 2015. En mijn conclusie is, je hebt heel veel plakken [lagen] voor zorg, veel door regels, procedures, veel veranderingen. [...] Soms werken dingen niet, iedereen heeft eigen protocollen, en dat botst soms in de uitvoering. Ook tussen sociaal domein en zorg botst het. Daarom ook dat wij in MIND Naasten proberen die twee bij elkaar te brengen, maar dat is ook een langetermijnplan.’ – Naaste

- *Groter beroep op eigen regie cliënt (Bron: I)*
Zowel naasten als cliënten geven aan dat er een groter beroep wordt gedaan op hun vermogen tot eigen regie. Naasten leggen de link met de ambulantisering. Zij zeggen dat cliënten minder gemakkelijk terecht kunnen binnen de GGZ en meer zelf hun boontjes moeten doppen. Bij

kwetsbare cliënten is dit beroep op eigen regie voeren niet altijd realistisch, volgens naasten. Cliënten geven aan dat er veel initiatief van hen zelf gevraagd wordt in het vinden van passende GGZ zorg. Huisartsen en POH-GGZ hebben weinig tijd en de wachttijden zijn lang. Dit vraagt om veel eigen zoekwerk om toch de zorg te vinden die men nodig heeft. Niet alle cliënten vinden dit even gemakkelijk.

5 Informatie

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten met het vinden, krijgen en gebruiken van informatie in de behandeling van een depressie of persoonlijkheidsproblematiek besproken.

5.1 Ervaringen huisarts

5.1.1 Welke informatie geeft de huisarts?

De huisarts geeft aan dat de informatie die aan de cliënt gegeven wordt afhankelijk is van de behandelfase en behoeften van de cliënt. De meeste informatie wordt gegeven tijdens de eerste explorerende gesprekken met de cliënt. Het betreft informatie over de aard, oorzaak en het verwachte verloop van psychische klachten. Ook worden eenvoudige aanpassingen in leefstijl voorgesteld (bijvoorbeeld ten aanzien van dagstructurering) om de ergste klachten te verminderen.

‘Bij depressie, dat is altijd het verhaal van stoffjes die missen in de hersenen, dat verhaal vertel ik ook wel eens. Maar ik vertel ook vooral dat wij niet precies weten hoe het werkt, er is nog heel weinig over bekend.’ - Huisarts

Soms wordt diagnostiek verricht en legt de huisarts de werkwijze uit en waarom diagnostiek noodzakelijk is. Bij het opstarten van medicatie wordt informatie gegeven over de werking en eventuele bijwerkingen van medicatie en wanneer en hoe het ingenomen moet worden. Bij doorverwijzing worden behandelopties besproken. Vaak zijn er tenminste twee eerste gesprekken bij de huisarts waarin in een eerste gesprek informatie en advies wordt gegeven en in het tweede gevraagd wordt hoe het is gegaan en of men nog aanvullende vragen heeft. Aan het eind van het tweede gesprek wordt dan ook een keuze gemaakt voor het te volgen beleid. Behalve tijdens de eerste gesprekken wordt informatie gegeven bij iedere wijziging ten aanzien van medicatie en wanneer een verwijzing overwogen wordt. Huisartsen geven aan dat mensen met een depressie vaak zelf niet zoveel vragen of duidelijke informatiebehoeften hebben.

‘Weet je, mensen met een depressie die zijn niet zo vragerig, over het algemeen. Die komen met hun stemmingsprobleem en die willen vooral dat ze weer beter worden, dat hun stemming verbetert. En die hebben, hier althans waar ik werk, niet zoveel behoefte aan uitgebreide informatievoorziening over hoe het nou precies werkt, en wat er verwacht gaat worden en wat medicijnen doen. Die komen vooral voor ‘doe wat aan mijn stemmingsprobleem, want ik loop vast’ - Huisarts

Daarom vinden zij het belangrijk om in ieder geval alle mogelijkheden ten aanzien van behandeling, medicatie en verwijzers op tafel te leggen zodat de cliënt in ieder geval vanuit hen geïnformeerd is en weet wat de keuzemogelijkheden zijn. Ook problemen en mogelijkheden ten aanzien van (blijven) werken worden besproken. Al eerder gaven we aan dat informatie rond diagnose bij depressie wel en bij persoonlijkheidsproblematiek nauwelijks besproken wordt. De huisarts beperkt zich bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek tot gerichte informatie voor de gepresenteerde klacht (vaak een lichamelijke klacht of psychosociale problemen), en bespreekt behandelopties of

doorverwijsmogelijkheden indien van toepassing. Huisartsen geven aan dat de meeste mensen met persoonlijkheidsproblemen een GGZ-verleden hebben waar ook de diagnose is gesteld. Daar heeft men veelal informatie gekregen over de persoonlijkheidsproblematiek en de huisarts ziet het niet als zijn taak om dat dan nog eens te doen. Bovendien geven sommige huisartsen aan dat kennis daarvoor bij hen ontbreekt (Bron: I). Indien een huisarts een vertrouwensband heeft met de cliënt wordt wel vaker expliciet gesproken over de persoonlijkheidsproblematiek en komen gedragspatronen of gedrag rond zorggebruik ter sprake. Ook bespreekt de huisarts dan met de cliënt of bij eventuele doorverwijzing de persoonlijkheidsproblematiek benoemd zal worden of niet. Huisartsen zelf zijn ook terughoudend met het verstrekken van informatie over een mogelijke diagnose bij verwijzing naar de GGZ omdat zij in geval van persoonlijkheidsproblematiek de beeldvorming van de GGZ-instelling niet willen kleuren.

‘Het geven van al te veel informatie, daar twijfel ik wel eens over, omdat ik de behandelaar naar wie ik verwijs niet al wil beïnvloeden of een ingekleurde visie geven op de cliënt. Ik vind het wel prettig als men met een frisse blik kijkt, in plaats van dat er al een label aan iemand hangt. Dus ik omschrijf wel de problematiek, maar ik ben vaak terughoudend met het geven van een diagnose.’ – Huisarts

Op de vraag welke informatie men als huisarts vooral belangrijk vindt om met mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek te bespreken geeft de huisarts aan dat men bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek vooral inzicht wil geven in gedragspatronen en afspraken wil maken ten aanzien van contact met de praktijk (Bron: I). Bij mensen met depressie wil men vooral inzicht geven in de aard en ernst van de klachten, het te verwachten verloop en de behandelopties. Zowel mensen met depressieve klachten als persoonlijkheidsproblematiek vragen regelmatig om een gerichte verwijzing. Huisartsen stellen zich dan wel vaak kritisch op en proberen te achterhalen wat mensen daar dan proberen te halen. Daarnaast informeren zij over leefstijlinterventies en wat cliënten zelf zouden kunnen doen of wat de praktijk aan ondersteuning te bieden heeft.

‘Ik houd ze dan vragen voor als ‘wat wil je daar dan gaan halen?’ En ook een stukje uitleg: ‘ik probeer ook wel uit te leggen dat een depressie regelmatig terug kan komen, in een zwaardere of minder zware mate. En dat ze daar zelf ook invloed op hebben, door middel van mindfulness en gezond leven, geen middelenmisbruik, contact zoeken op momenten dat je je niet zo goed voelt. En daar probeer ik ze dus ook advies over te geven.’ – Huisarts

5.1.2 Welke informatiebronnen gebruikt de huisarts?

De huisarts gebruikt bronnen van informatie om de eigen kennis te vergroten of het eigen medisch handelen te ondersteunen en bronnen om de cliënt te informeren. Een samenvatting van deze bronnen staat in Tabel 4.1.

Ter ondersteuning van hun eigen medisch handelen, maken de meeste huisartsen gebruik van de NHG-richtlijnen bij een cliënt met (een vermoeden op) depressie. Wel verschilt zowel de wijze waarop, als de mate waarin huisartsen gebruikmaken van de NHG-richtlijnen; sommige huisartsen gebruiken de richtlijn heel gericht, met name bij medicatiekeuzes, anderen gebruiken hem meer als naslagwerk indien nodig en vertrouwen meer op de eigen ervaring. Andere richtlijnen dan de NHG-richtlijn worden in geval van depressie eigenlijk niet gebruikt. Daarnaast wordt vakliteratuur gelezen, bij- en nascholing gevolgd en maakt men soms gebruik van consulten met een psycholoog of psychiater, met name rond diagnostiek of keuze van medicatie. Ook de site van het Trimbos instituut wordt regelmatig bekeken.

Voor het informeren van een cliënt over depressie of depressieve klachten gaven alle geïnterviewde huisartsen aan gebruik te maken van Thuisarts.nl. Deze informatie wordt zowel mondeling als schriftelijk gegeven, en ook wordt verwezen naar de website van Thuisarts.nl.

'Ik probeer altijd uit te leggen op het spreekuur wat er aan de hand is, en eventueel maak ik gebruik van websites zoals thuisarts.nl. En ik verwijs ook wel eens naar cliëntenverenigingen, maar dat doe ik lang niet altijd, alleen als een cliënt niet voldoende heeft aan Thuisarts.' -
Huisarts

Huisartsen geven aan dat cliënten zelf vaak al wat informatie hebben opgezocht, zeker als zij als huisarts het vermoeden uitspreken van 'ik denk aan een depressie', dan is het vaak 'dat dacht ik zelf ook wel en blij dat ik nu een bevestiging heb'. Cliënten vinden het dan prettig de informatie ook op papier te hebben of elders te kunnen nalezen. De informatie wordt over het algemeen goed begrepen en roept weinig vragen op. Alleen voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is de informatie via Thuisarts.nl soms toch nog te moeilijk of te veel tekst, zo geven huisartsen aan in wijken waar veel mensen met een lagere sociaaleconomische status, mensen met een migratieachtergrond of mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden wonen. Behandelhulp.nl of de zogenaamde Steffies (www.steffie.nl) is dan een alternatief. Dit zijn websites in eenvoudige taal met linkjes naar filmpjes die wat gemakkelijker te begrijpen zijn dan geschreven tekst en waar cliënten informatie en advies kunnen vinden. Voor mensen die de Nederlandse taal niet machtig zijn wordt soms een tolk ingezet of verloopt de communicatie via familieleden. Maar bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden laat de huisarts de (uitgebreidere) informatievoorziening ook over aan de POH omdat die de mogelijkheid heeft om uitgebreider op vragen in te gaan dan de huisarts dat zelf kan.

Voor persoonlijkheidsproblematiek bestaan geen NHG-richtlijnen en de huisarts geeft aan dat diagnostiek vaak in de GGZ plaatsvindt. Informatie vindt de huisarts in de verwijfsbrieven of via consultatie met de GGZ. Wat betreft de informatie richting cliënten, wordt de persoonlijkheidsproblematiek vaak niet expliciet besproken. Zoals reeds aangegeven presenteren cliënten zich ook niet met klachten gerelateerd aan de persoonlijkheidsproblematiek maar vaak met meer psychosociale problemen of lichamelijke klachten. Sommige huisartsen maken gebruik van een screeningsinstrument om psychische klachten in kaart te brengen zoals het 4DKL-formulier en maken aan de hand van de uitkomst van het screeningsinstrument deze psychische klachten dan meer bespreekbaar. Een enkele huisarts wijst op cliëntenorganisaties voor meer informatie over persoonlijkheidsproblematiek.

Informatie wordt vaak gedoseerd gegeven, dat wil zeggen in een eerste gesprek informeert de huisarts vooral en geeft informatie voor thuis mee of verwijst naar websites; in een vervolgesprek wordt gekeken of de cliënt de informatie begrepen heeft en nog vragen heeft.

Tabel 4.1 Gebruikte informatiebronnen zoals genoemd door huisartsen in de interviews

Voor eigen scholing	
Depressie	Persoonlijkheidsproblematiek
<ul style="list-style-type: none"> NHG-standaard depressie Vakliteratuur Na/bij scholing Website Trimbos E-consulten psychiater 	<ul style="list-style-type: none"> Verwijsbrieven GGZ E-consulten psychiater/psycholoog
Voor het informeren van cliënten	
Depressie	Persoonlijkheidsproblematiek
<ul style="list-style-type: none"> Thuisarts.nl (mondeling, schriftelijk, website) Screeningsinstrumenten (4DKL, BDI) Behandelhulp.nl voor informatie en advies Eigen expertise/materiaal ontwikkeld door de praktijk Sociale kaart 	<ul style="list-style-type: none"> Website cliëntenorganisaties als MIND en Stichting Borderline Screeningsinstrumenten voor psychische klachten (4DKL) Behandelhulp.nl Eigen expertise Sociale kaart

5.2 Ervaringen POH-GGZ

In deze paragraaf worden de ervaringen van de POH-GGZ met het geven van informatie aan mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek besproken.

5.2.1 Welke informatie geeft de POH-GGZ?

Ook de POH-GGZ geeft tijdens de eerste contacten informatie over de klachten en het eventuele verloop. Zij geeft ook informatie over hoe cliënten signalen kunnen herkennen van depressie of persoonlijkheidsproblematiek. Dit gebeurt met name in de fase van uitgebreidere diagnostiek en klachtenverheldering. Tijdens de behandeling geeft de POH-GGZ aanvullend informatie over de thema's die centraal staan zoals omgaan met stress op werk, slapen, of de noodzaak van medicatie. Indien verwijzingen ter sprake komen informeert de POH-GGZ over de verschillende behandelmogelijkheden en zorgverleners. De POH-GGZ merkt dat haar rol niet altijd duidelijk is voor de cliënt en sommige POHs besteden in de eerste consulten dan ook tijd om die rol uit te leggen en met name haar plaats ten opzichte van de huisarts en de GGZ. De geïnterviewde POH-GGZ gaven aan dat de huisarts veelal geen uitgebreide uitleg aan de cliënt geeft wanneer die wordt doorverwezen naar de POH-GGZ. Cliënten ervaren dat stukje ontbrekende uitleg niet als vervelend, maar sommige POH-GGZ gaven aan het prettiger te vinden als de huisarts cliënten vooraf duidelijker maakt wat ze van de POH-GGZ kunnen verwachten.

Bij het kiezen van een behandeling kijkt de POH welke vorm het beste bij de cliënt past en welke behandeling haarzelf het beste ligt. Veel gebruikte vormen van behandeling zijn psycho-educatie, mindfulness, cognitieve gedragstherapie, of Acceptance and Commitment Therapie (ACT) waarbij de acceptatie van bepaalde klachten centraal staat. De mate waarin een POH-GGZ informatie geeft hangt af van eigen expertise, de vragen van de cliënt, de zelfredzaamheid van de cliënt en in hoeverre de cliënt actief deelneemt aan het consult. Bij mensen die minder gemotiveerd zijn of minder zelfredzaam wordt minder informatie gegeven of wordt deze gedoseerd aangeboden.

Wat betreft de informatie over behandelopties buiten de praktijk geven POHs aan dat informatie hierover vaak wat globaal is omdat zij niet kunnen inschatten welke behandeling geïndiceerd is. Wel verwijzen ze cliënten regelmatig naar websites van GGZ-aanbieders en bespreken deze informatie met de cliënt indien er vragen zijn.

'Het is niet zo dat wij vanuit de huisartspraktijk bepalen welk soort behandeling iemand krijgt; dat bepaalt de instelling waar je ze naartoe verwijst. Je verwijst niet iemand rechtstreeks naar een EMDR-therapeut bijvoorbeeld of naar schematherapie. Soms heeft iemand dat wel in z'n hoofd en dan kun je kijken waar werkt een schematherapeut. Maar ik zeg altijd dat het niet door de huisarts of door mij wordt bepaald welke therapie de behandelaar moet gaan doen.'
- POH-GGZ

5.2.2 Welke informatiebronnen gebruikt de POH-GGZ?

De POH maakt bij het geven van informatie en de begeleiding van cliënten veel gebruik van programma's als Behandelhulp.nl, Therapieland.nl, en het eHealth-programma MindDistrict. Deze programma's worden zowel gebruikt voor eigen scholing als in het gesprek met de cliënt. Het zijn behandel/therapiemodules waarin naast heel veel informatie uit onderzoek en de praktijk, ook veel testen, screeningsinstrumenten (bijvoorbeeld de 4DKL, BDI) en opdrachten zitten. Er zitten specifieke modules in voor de behandeling en begeleiding van mensen met depressie (en soms ook voor naasten), maar minder voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De POH geeft aan dat het vaak lastiger en meer zoeken is om geschikte modules voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek te vinden en dat deze soms ook minder goed werken omdat de cliënt het gevoel heeft dat ze niet passen.

'In het werken met Therapieland kunnen cliënten daarop bijvoorbeeld een stukje CGT doen, of ook wordt er tegenwoordig veel met positieve psychologie gewerkt.' - POH-GGZ

Naast modules en oefeningen uit bovenstaande programma's, die zowel digitaal als op papier gegeven worden, maakt de POH ook wel gebruik van filmpjes (bv. Black Dog). En vaak wordt gebruikgemaakt van een portaal als Therapieland, waar de POH-GGZ laagdrempelige zorg aan de cliënt kan bieden en de cliënt vragen kan stellen en informatie kan vinden (zie ook Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Gebruikte informatiebronnen zoals genoemd door POH-GGZ in de interviews

Voor eigen scholing	
Depressie	Persoonlijkeidsproblematiek
<ul style="list-style-type: none"> • NHG-standaard depressie • Vakliteratuur • Na/bijbscholing • Therapieland • Behandelhulp.nl • MindDistrict • Eigen expertise • Intervisie/overleg 	<ul style="list-style-type: none"> • MindDistrict • Eigen expertise • Intervisie/overleg huisarts • Verwijsbrieven • Overleg GGZ (bij verwijzing of GGZ-verleden) • Overleg Wmo-functionaris
Voor het informeren van cliënten	
Depressie	Persoonlijkeidsproblematiek
<ul style="list-style-type: none"> • Behandelhulp.nl • E-health-modules met opdrachten, digitaal of op papier (vooral voor depressie) • Black Dog en andere films • Psycho-educatie, mindfulness, CGT, ACT • Websites van aanbieders GGZ • Flyers wachtkamer • Eigen expertise 	<ul style="list-style-type: none"> • E-health-modules met opdrachten, digitaal of op papier • Black Dog en andere films • Psycho-educatie, mindfulness, CGT, ACT • Websites van aanbieders GGZ • Flyers wachtkamer • Eigen expertise

5.3 Ervaringen cliënten en naasten

In deze paragraaf worden de ervaringen van cliënten en hun naasten beschreven met betrekking tot de informatie die zij ontvangen over depressie of persoonlijkheidsproblematiek, alsmede hun behoeften aan informatie.

5.3.1 Hoe worden cliënten en naasten geïnformeerd?

Zoals ook al duidelijk werd uit de gesprekken met de huisarts en de POH-GGZ worden cliënten vooral geïnformeerd tijdens de eerste contacten met de huisarts en de POH en bij verandering in medicatie of als verwijzing overwogen wordt. Cliënten met depressie geven aan vooral uitleg te krijgen over de aard van de klachten, hoe ze mogelijk zijn ontstaan, het verwachte verloop en hoe men ze kan herkennen. Vaak krijgt men informatie op papier mee of worden verwezen naar websites (o.a. van GGZ-instellingen). Informatie wordt gedoseerd gegeven en over meerder gesprekken uitgespreid en nabesproken met de huisarts of POH. Over het algemeen ervaart men voldoende ruimte om vragen te stellen.

Mensen met persoonlijkheidsproblematiek geven aan dat het zelden gaat over hun persoonlijkheidsprobleem maar dat de huisarts of POH-GGZ vaak wel refereert naar hoe zij met klachten omgaan of hoe dingen bij hen werken op het moment dat ze met psychosociale klachten op het spreekuur komen. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek ervaren daarbij regelmatig een stigma vanuit de huisarts of POH-GGZ en voelen zich niet altijd gehoord of serieus genomen. Uit de literatuur kwam naar voren dat naasten over het algemeen weinig informatie van de zorgverleners ontvangen over de klachten en behandeling van hun partner of familielid (Amsalem et

al., 2018; Nicholls et al., 2009). Ook bleek dat naasten zich, onder andere door de gebrekkige informatievoorziening vanuit zorgverleners, vaak buitengesloten voelden van de zorg voor hun partner of familielid (Amsalem et al., 2018). Factoren als gebrekkige communicatievaardigheden van de zorgverleners, het niet betrekken van de naaste in het opstellen van een zorgplan en discriminatie spelen daarin ook een rol (Sari et al., 2020; Ebrahimi et al., 2018).

5.3.2 Aan welke informatie hebben cliënten en hun naasten behoefte?

De behoefte aan informatie verschilt per cliënt en naar gelang de fase van behandeling en ernst van de klachten (zie ook hoofdstuk 7). Wanneer mensen met een depressie zich bij de huisarts melden met eerste klachten hebben ze vaak geen specifieke informatiebehoeften, zo kwam uit de interviews naar voren. Cliënten geven aan dat hun hoofd daar niet naar staat en ze vooral geholpen willen worden en (nog) weinig vragen hebben. De cliënten komen in eerste instantie veelal voor geruststelling en een luisterend oor. Dit beeld komt overeen met het beeld dat de huisartsen schetsen. Als cliënten zich beter voelen of verder zijn in de behandeling hebben ze wel meer behoefte aan bepaalde informatie, bijvoorbeeld over het ontstaan en verloop van hun klachten, over de voor- en nadelen van geneesmiddelen en over behandelmogelijkheden en vergoedingen daarvan. Hoe cliënten dan geïnformeerd willen worden varieert: soms is mondelinge informatie voldoende, anderen stellen schriftelijke informatie op prijs, weer anderen geven de voorkeur aan websites of contact met andere cliënten. Naarmate klachten verbeteren worden cliënten ook actiever in het zelf zoeken naar informatie, bijvoorbeeld via internet. Van de geïnterviewde cliënten gaven veel cliënten aan te overleggen met familieleden over klachten en behandelkeuzes. De meeste mensen met een depressie vertrouwen bijna blind op de informatie die de huisarts of POH geeft en vinden bejegening belangrijker dan de inhoud van de informatie. Dit blijkt ook uit de literatuur. Onderzoek van Paddison (2013) liet zien dat cliënttevredenheid over eerstelijnszorg vooral bepaald werd door de kwaliteit van de arts-cliëntcommunicatie. Deze kwaliteit werd als beter beoordeeld als de zorgverlener empathie toonde, steun bood en als de cliënt zich gehoord en begrepen voelde. Wat betreft de behoefte aan specifieke informatie liet de literatuur zien dat cliënten met psychische klachten behoefte hebben aan informatie over de kenmerken en het verloop van hun psychische klachten (Mohr et al., 2018; Prins et al., 2009; Stumbo et al., 2018), behoefte aan informatie over zelfmanagement (Beentjes et al., 2020; Jones et al. 2018) en aan hoe men verergering van klachten kan voorkomen (Stumbo et al., 2018).

Mensen met persoonlijkheidsproblematiek hebben zelf ook weinig behoefte om hun problematiek ter sprake te brengen en willen liever praktische, 'to the point' informatie over klachten, medicatie en verwijsmogelijkheden. Ze zijn vaak kritisch ten aanzien van de informatie die ze krijgen en hebben het gevoel dat de huisarts of de POH-GGZ te weinig moeite doet om echt naar hen te luisteren of informatie op maat te geven. Ook hebben mensen met persoonlijkheidsproblematiek regelmatig het gevoel dat de huisarts of POH-GGZ onvoldoende gebruik maken of openstaan voor hun ervaringskennis. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek gaan daarom vaak zelf op zoek naar behandelmogelijkheden. Soms wordt daarbij ook om niet-reguliere behandelingen gevraagd. De ervaringen van cliënten wisselen in hoeverre de huisarts in hun voorstel of wensen mee gaat. Een aantal huisartsen geeft wel uitleg over welke zorg wel en niet vergoed wordt. Maar als een cliënt vervolgens daadwerkelijk een bepaalde behandeling wil is het uitzoekwerk of contact leggen voor de cliënt zelf. Veel cliënten geven aan dit ingewikkeld te vinden.

Net als in sommige cliëntinterviews naar voren kwam, weten naasten op het moment dat zij hulp zochten/kregen niet altijd even goed aan welke informatie zij behoefte hebben. Een naaste gaf aan dat zij pas op latere leeftijd en terugkijkend duidelijker voor zichzelf had dat zij bepaalde informatie destijds graag had willen hebben. Zo had zij het prettig gevonden als er op school aandacht was

geweest voor gezinsdynamiek en psychische problematiek bij ouders. Of dat er vanuit de huisartspraktijk tijdens gesprekken wat meer tips werden gegeven waar te kijken voor informatie en hulp:

'Dat heb ik altijd wel gemist, met wie ik het daarover kon hebben. Want niet iedereen heeft meegemaakt wat ik meemaak. Dus daar zou ook wel wat meer aandacht aan besteed kunnen worden vanuit de huisarts, vanuit de praktijk. Desnoods wat foldertjes over waar je je als kind of als ouder eens in kunt verdiepen.' - Naaste

Ook in de literatuur komt naar voren dat een naaste in de rol van kind vaak moeite heeft om een plek te vinden waar ruimte is om negatieve ervaringen en emoties te delen (Schaffer et al., 2021). Een andere naaste gaf aan dat zij met betrekking tot informatie krijgen veel zelf heeft moeten uitzoeken, omdat zij daar vanuit haar huisarts weinig ondersteuning bij kreeg. Ook in de literatuur komt naar voren dat naasten ervaren dat ze vaak weinig informatie ontvangen van zorgverleners (Amsalem et al., 2018; Nicholls et al., 2009). De geïnterviewde naaste had vooral behoefte aan informatie over waar zij voor haar, haar (ex-)partner en hun kind passende hulp kon zoeken, omdat de hulp vanuit de huisartspraktijk niet toereikend was. Een andere naaste met een volwassen kind met persoonlijkheidsproblematiek liep in haar behoefte om informatie over de situatie van haar kind tegen de privacywetgeving aan: huisarts en andere zorgverleners mogen geen informatie verstrekken. Via sociale contacten van de dochter probeert deze naaste toch op de hoogte te blijven. Naasten gaven verder aan dat zij ook als naaste behoefte hebben aan aandacht en begeleiding die er vaak niet automatisch is.

6 Keuzemomenten en samen beslissen

In dit hoofdstuk komen de ervaringen van huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten met het maken van keuzen tijdens het zorgtraject en de wijze waarop daarover beslist wordt ter sprake.

6.1 Ervaringen huisarts

Bij keuzes over het starten van een behandeling, de behandeling zelf of eventuele doorverwijzing neemt de huisarts vaak het voortouw, zo blijkt uit de interviews met huisartsen. De huisarts legt op tafel wat de mogelijkheden zijn en soms doen huisartsen een voorzet voor een behandelrichting. Uiteindelijk streeft iedere geïnterviewde huisarts naar samen beslissen maar bij de ene cliënt is men daarin in de praktijk wat directiever dan bij de andere. Dit hangt onder meer samen met de mate waarin de huisarts een cliënt in staat acht om een weloverwogen en geïnformeerde keuze te maken, de ernst van de aandoening en het behandelverleden. Maar het kan ook zijn dat de situatie in de zorg (bv. wachttijden, kosten) de mogelijkheden voor samen beslissen beperkt.

‘Als ik het over mezelf heb, dan pas ik het shared decision model eigenlijk altijd toe. Tenzij ik denk dat het geen zin heeft, bijvoorbeeld als mensen laagbegaafd zijn, dan neem ik die beslissing. Maar als het even kan, dan probeer ik samen een beleid te maken.’ - Huisarts

‘En soms doe ik een voorzet: ‘ik denk dat u meer gebaat bent bij medicatie dan bij langdurige gesprekken.’ Dat is ook een beetje een gevoel wat ik dan heb maar ik licht het altijd toe. Wachttijd speelt ook een rol. Soms lijkt behandeling in de vorm van gesprekken beter maar mensen willen niet wachten en dan ga je soms toch starten met medicatie. Dat is overigens wel altijd na consultatie met een psychiater, bijna altijd. Dus als een psychiater zegt: je moet meer diagnostiek doen, maar ze moeten vervolgens vier maanden op de GGZ wachten, dan moeten ze alvast starten met antidepressiva en dan kijken we wat het doet. Dat leg ik dan ook uit.’ - Huisarts

Hoewel samen beslissen een recht is van cliënten en een plicht van zorgverleners gebeurt dit dus lang niet altijd. Veel cliënten lijken zelf ook minder waarde te hechten aan een proces van samen beslissen dat op basis van gelijkwaardigheid verloopt en laten de keuzes graag bij de huisarts. Mensen met een depressie geven dit wat vaker aan in de interviews dan mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Met name in een fase van ernstige depressie hebben cliënten weinig behoefte aan een gezamenlijke besluitvorming. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek geven explicieter aan dat zij het belangrijk vinden om goed geïnformeerd te worden en dat hun voorkeur meegenomen wordt in de uiteindelijke beslissing. Huisartsen geven aan dat zij het gevoel hebben dat mensen met persoonlijkheidsproblematiek soms minder ziekte-inzicht hebben en een sterke eigen mening, waardoor het proces van samen beslissen moeizamer verloopt. Het is dan belangrijk om het proces van samen beslissen te bespreken en duidelijke grenzen te stellen. Dat is niet altijd gemakkelijk en de ervaring van de huisarts speelt dan mee in hoe goed dat lukt.

‘Mensen met borderline kunnen een wat extremer gedrag vertonen: het bekende eisen, ‘als je mij nu niet helpt, dan lig ik vanavond op de spoorrails’... daar doen wij dus niet aan mee.’ - Huisarts

Soms stuurt de huisarts de cliënt door voor een aantal gesprekken met de POH-GGZ alvorens samen met de cliënt keuzes te maken. Bij een POH-GGZ is meer ruimte en tijd om de cliënt te informeren, informatie door te spreken en te toetsen of de cliënt het begrepen heeft.

Algemeen geldt dat het proces van samen beslissen in zekere mate beïnvloed wordt door de aard van de persoonlijkheidsproblematiek, de ernst van de depressie, de behoeften van de cliënt, de ‘klik’ die er is met een cliënt, de urgentie waarmee keuzes moeten worden gemaakt, wachttijden en het behandelverleden van de cliënt. Soms zijn de keuzemogelijkheden door wachttijden ook beperkt. De huisarts en de POH-GGZ leggen vaak behandelopties voor die zij kennen vanuit de directe samenwerking met de bGGZ of sGGZ in de omgeving. Zij komen niet snel met oplossingen die verder weg liggen of die niet binnen de gecontracteerde zorg vallen.

Keuzes voor niet reguliere zorg komen vaker tot stand op initiatief van de cliënt. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek komen vaker met eigen voorstellen voor behandeling dan mensen met een depressie. De mate waarin huisartsen met deze ‘eigen’ keuzen mee gaan varieert en hangt mede af van wat de cliënt in het verleden al allemaal geprobeerd heeft. Indien een cliënt komt met een voorstel voor zorg die niet vergoed wordt verwijst de huisarts vaak naar de zorgverzekeraar.

Huisartsen geven aan dat naasten van de cliënt in het beslissingsproces een marginale rol spelen. Tenzij mensen vanwege de ernst van de aandoening of vanwege beperkte verstandelijke vermogens of beperkte gezondheidsvaardigheden onvoldoende in staat zijn om zelf een geïnformeerde keuze te maken. In dat geval wordt er gekeken of er familie is of een begeleider. Die worden dan bij de zorg betrokken. Maar uiteindelijk beslist de cliënt in principe altijd zelf. Huisartsen denken dat cliënten over het algemeen voldoende geïnformeerd zijn om samen met hen tot een behandelbeslissing te komen, al verifiëren zij zelden of de informatievoorziening inderdaad voldoende is.

6.2 Ervaringen POH-GGZ

Ook bij de POH zijn er verschillende momenten waarop beslissingen moeten worden genomen: rond de keuze voor een behandeling of begeleiding, rond medicatie, doorverwijzen of niet, keuzes over de frequentie van het contact en de betrokkenheid van de huisarts. De besluiten hangen af van het feit of iemand vaker dergelijke klachten heeft gehad, het behandelverleden en hoe beperkend de klachten zijn voor iemand. Maar ook van de inschatting of mensen in beweging zullen komen, of ze iets doen met de handvatten en adviezen die worden aangeboden. En daarnaast stellen de kwetsbaarheid van een cliënt, de urgentie waarmee gehandeld moet worden, wachttijden, kosten en eerdere ervaringen met de GGZ grenzen aan de keuzemogelijkheden die er zijn en de snelheid waarmee beslist moet worden.

Ook bij de POH-GGZ komen naasten niet standaard mee of nemen deel aan het keuzeproces, alleen als de cliënt daar zelf om vraagt.

‘Je kan je ook voorstellen dat een naaste zegt van ‘ik trek het niet meer’, dat dat ook bepalend kan zijn. Ik denk wel dat de keuze bij de cliënt ligt, en de rol van de naaste is niet altijd te zien of te merken. Maar als er een naaste bij is en die legt bijvoorbeeld heel veel druk

op een cliënt dat er iets moet gebeuren, dan blijft het toch bij de cliënt; de cliënt die heeft de uiteindelijke stem.’ - POH-GGZ

De POH-GGZ geeft aan dat beslissingen vaak gaan over stapjes in de behandeling en dat de ‘grotere’ beslissingen over bijvoorbeeld verwijzing of medicatie in overleg met de huisarts tot stand komen. De meeste besluiten bij de POH-GGZ komen in goed overleg tot stand omdat zij samen met de cliënt zoeken naar een vorm van begeleiding of behandeling die het beste bij hen past. Net als de huisarts ervaart de POH-GGZ meer weerstand en een kritische houding bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek dan bij mensen met depressieklachten. POH-GGZ geven aan dat afhankelijk van de ernst van de depressie, de aard van de persoonlijkheidsproblematiek of de mate van gezondheidsvaardigheden van de cliënt het proces van samen beslissen wel meer tijd kost. Dan is er meer of soms een ander type informatie nodig en is er ook meer tijd nodig om er zeker van te zijn dat de cliënt de informatie begrepen heeft. Als een POH-GGZ te veel weerstand voelt dan overlegt zij met de huisarts of stuurt de cliënt direct naar de huisarts, of is zij zelf directiever in het nemen van beslissingen. Als blijkt dat een gekozen behandeling niet het gewenste effect heeft wordt dit ook besproken met de cliënt: waarom spreekt het niet aan? Werkt de aanpak niet? Wat zijn de andere opties? Misschien is het probleem toch anders dan gedacht, of is een doorverwijzing passend.

‘Wie het voortouw neemt bij het maken van besluiten wisselt. Soms komen mensen direct al met ‘ik wil een doorverwijzing’. De huisarts komt vaak naar mij [POH-GGZ] toe en vraagt kijk eens mee, wat zou dan misschien een goeie plek zijn of kan je er zelf iets mee. En het is wat de cliënt wil en wat er mogelijk is. En soms weet je door de ernst van de klachten dat het te uitgebreid is om in de huisartspraktijk te behandelen. Ik leg dan vaak uit dat het binnen een huisartspraktijk beperkt is wat we kunnen doen, ik zit bij wijze van spreken in mijn eentje hier als degene van de GGZ. Ik heb beperkte mogelijkheden qua tijd. Ik heb niet per se zo afgestemd dat iemand in zoveel gesprekken klaar moet zijn, maar ik zeg altijd wel ‘als je bij mij begint en we komen niet verder, laten we dat dan bespreken, want dat is dan een teken dat we moeten doorverwijzen bijvoorbeeld of iets ander moeten’.’ POH-GGZ

6.3 Ervaringen cliënten en naasten

Ook uit de interviews met cliënten komt naar voren dat veel behandelkeuzen tot stand op aanraden van de huisarts of de POH-GGZ. Meestal gaan de cliënten met het voorstel akkoord omdat zij de dokter vertrouwen of dat de cliënten inschatten dat de zorgverlener het beste weet wat goed voor ze is (‘de zorgverlener is de expert’). Het gaat dan om keuzes rond medicatie, doorverwijzing naar de POH-GGZ, of doorverwijzing naar de b/sGGZ. Afbouwen van medicatie gaat vaak wel op initiatief van cliënten. Mensen met een verleden van ernstige depressie geven aan dat ze zelf ook niet in staat waren om informatie goed te laten doordringen of op basis daarvan beslissingen te nemen. Ze wilden vooral het liefst zo snel mogelijk geholpen worden. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek zijn meer kritisch op de informatie die hen door de huisarts en POH-GGZ verstrekt wordt. Vaak vinden ze dat de huisarts en POH onvoldoende kennis heeft over verwijsmogelijkheden, en de behandelopties in de omgeving niet goed kennen en hun kennis en ervaring onvoldoende serieus nemen in behandelvoorstellen. Ze ervaren de bejegening door huisartsen en POH-GGZ soms als stigmatiserend. Ook staan zorgverleners volgens mensen met persoonlijkheidsproblematiek in wisselende mate open voor eigen behandel suggesties.

Voor zowel mensen met een depressie als persoonlijkheidsproblematiek zijn laagdrempelige zorg, zorg dicht bij huis en zorg door een vertrouwde zorgverlener belangrijke factoren om voor een bepaalde behandeling te kiezen. Een aantal cliënten gaf aan dat deze aspecten voor hen onvoldoende aanwezig waren. Zij waren ontevreden over de zorg en gaven aan het liefst te willen wisselen van huisarts maar dat dit in de praktijk lastig is.

‘Iets wat verder denk ik ook erg meespeelt is welke band je hebt met de huisarts of een praktijkondersteuner. Dat je daar in die zin niet altijd de vrije keus in hebt, dat maakt het ook wel complex. Alle huisartspraktijken zitten ook vol, dus het is ook niet dat je zo makkelijk kunt switchen in dat opzicht. En dat geldt ook voor de praktijkondersteuner. Dat is iets wat ik zelf ook ervaar.’ – Cliënt

In de literatuur wijzen meerdere studies uit dat cliënten graag (door hun huisarts) betrokken worden bij hun zorg en besluitvorming (Galon et al., 2012; Jones et al., 2018; Puschner et al., 2016; Perestelo-Perez et al., 2011) en het belangrijk vinden dat het proces van samen beslissen expliciet gemaakt wordt.

In de interviews reflecteerden de naasten voornamelijk op samen beslissen met betrekking tot de zorg voor de cliënt. Daarin liepen de drie naasten tegen vergelijkbare uitdagingen aan. Het recht op privacy en autonomie van de cliënt maken dat zij maar een beperkte rol hebben in behandelbesluiten.

‘Als partner [naaste] ben je eigenlijk geen gesprekspartner; het is heel erg van, de cliënt wil of de cliënt wil niet.’ – Naaste

Ook in de literatuur is te vinden dat naasten zich vaak niet gehoord voelen. Zo bleek uit de interviewstudie van Schaffer et al. (2021) dat naasten ervaren dat het lastig is om de aandacht van zorgverleners te trekken voor het krijgen van passende hulp voor hun partner. En ook kwesties op het gebied van privacy van de cliënt stonden naasten in de weg met betrekking tot het maken van keuzes over zorg.

7 Beschouwing en conclusie

Wat de resultaten van dit onderzoek in ieder geval laten zien is dat dé cliënt met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek niet bestaat en dat ook hét zorgtraject niet bestaat. Zowel de interviews als de literatuur maakten dit duidelijk. De precieze gang van de cliënt door de zorg en de ervaringen met die zorg zijn afhankelijk van tal van factoren. Dat geldt zowel voor mensen met een depressie als voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast laat dit onderzoek zien dan op weg naar passende zorg zowel zorgverleners als cliënten en hun naasten tegen tal van uitdagingen en soms ook knelpunten aanlopen. In dit afsluitende hoofdstuk gaan we zowel op de beïnvloedende factoren als knelpunten in waarbij we ook oplossingsrichtingen zullen benoemen, voor zover die naar voren kwamen in dit onderzoek.

7.1 Wat bepaalt het zorgtraject?

De gang van de cliënt door de zorg en de keuzen die gemaakt worden in het zorgtraject worden beïnvloed door factoren op het niveau van de cliënt, de zorgverlener en de organisatie van zorg. Bij het organiseren van passende zorg is het belangrijk om zich bewust te zijn van deze factoren. Ze zijn immers van invloed op zowel de zorgvraag als het zorgaanbod en kunnen voor knelpunten zorgen op weg naar passende zorg indien hier onvoldoende rekening mee wordt gehouden. De volgende factoren kwamen naar voren in de interviews en de literatuur:

Factoren op het niveau van de cliënt

- *Voorkeuren van de cliënt*
Keuzes in de behandeling komen in overleg met de cliënt tot stand en de cliënt heeft daarin in principe het laatste woord; soms komen cliënten met gerichte vragen op het spreekuur, bijvoorbeeld met een vraag om medicatie, doorverwijzing of een specifieke behandeling; soms ook heeft de cliënt meer moeite om keuzes te verwoorden en zal daarbij geholpen moeten worden door de juiste informatie en een proces van samen beslissen. Het is belangrijk om voorkeuren van cliënten expliciet te maken, ook als zij daar zelf niet mee komen.
- *Ernst klachten*
De ernst van de klachten, de duur en het suïciderisico bepalen waar de cliënt uiteindelijk behandeld wordt en de snelheid waarmee doorverwezen wordt of niet; cliënten met lichte of matige klachten blijven in principe binnen de huisartspraktijk of worden doorverwezen naar de bGGZ; cliënten met complexe en ernstige psychische aandoeningen worden veelal doorverwezen naar de sGGZ. Het Stepped Care model is hier van toepassing. Bij ernstigere klachten is de huisarts ook meer sturend in de behandelkeuzen, zo blijkt uit de interviews;
- *Niveau van gezondheidsvaardigheden*
De mate waarin cliënten in staat zijn informatie over gezondheid te vinden, te begrijpen en toe te passen bepaalt deels de behandelaar, de behandeling, het advies, de eisen die gesteld worden aan de begrijpelijkheid van informatie en behandelmodules en de intensiteit van het contact. Daarnaast vragen cliënten die beperkter gezondheidsvaardig zijn vaak ook meer tijd omdat er vaker sprake is van multi-domein problematiek; huisartsen geven aan hier dubbele consulten voor in te plannen; ook kost het meer tijd om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden te informeren of samen met hen keuzes te maken voor een

behandeling en is niet alle informatie even geschikt of toegankelijk; vanwege de multi-domein problematiek is vaak ook een medewerker vanuit de Wmo betrokken; mensen met beperktere gezondheidsvaardigheden vragen dus om meer zorg op maat;

- *Lichamelijke kwetsbaarheid*

Wanneer er bij een cliënt naast psychische klachten ook sprake is van lichamelijke problemen zal een cliënt vaker (ook) door de huisarts gezien worden. Bovendien blijkt uit de interviews dat huisartsen de neiging hebben om bij zowel psychische als lichamelijke klachten, eerst te focussen op lichamelijke klachten en bij psychische klachten vaker doorverwijzen;

- *Behandelverleden*

De duur van de klachten en de behandelingen in het verleden bepalen de keuze van het behandeltraject bij nieuwe klachten zo blijkt uit de interviews; cliënten met een GGZ-verleden worden eerder opnieuw en soms op eigen aanvraag doorverwezen naar de GGZ; bij cliënten die al een uitgebreider behandelverleden hebben zal ook eerder gekeken worden naar niet-reguliere behandelingen, al dan niet op verzoek van de cliënt zelf.

- *Sociaal netwerk*

De aanwezigheid van een sociaal netwerk en de mate waarin dit netwerk steunend kan zijn of juist niet bepalen deels de behandelkeuzes en de adviezen van de huisarts en de POH-GGZ. Het bepaalt ook in welke mate het sociaal netwerk betrokken wordt in de behandeling, al ligt de uiteindelijke keuze daarvan bij de cliënt zelf.

- *Vertrouwen en 'klik' met de zorgverlener*

Eerdere ervaringen met de huisarts en de POH-GGZ en het vertrouwen dat cliënten hebben in de kennis en kunde van beide zorgverleners zijn belangrijk voor de mate waarin cliënten tevreden zijn met de zorg; ook bepalen zij de therapietrouw, de wensen van de cliënt ten aanzien van doorverwijzing en andersom, de snelheid waarmee de zorgverlener zal doorverwijzen.

- *Financiële factoren*

De wijze waarop iemand verzekerd is, het eigen risico bij bepaalde behandelingen en de financiële situatie van een cliënt spelen in beperkte mate een rol bij de behandelvoorkeuren van een cliënt en de uiteindelijke doorverwijzing door de huisarts.

Factoren op het niveau van de zorgverlener

- *Kennis en ervaring*

De mate van kennis en ervaring ten aanzien van diagnostiek, klachten en verloop van de aandoening, behandeling en bejegening van mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek zorgen voor praktijkvariatie in de frequentie waarmee de huisarts of POH-GGZ doorverwijst of niet, een psychiater/psycholoog consulteert voor diagnostiek en ander advies, en of zij zich comfortabel voelen ten aanzien van de behandeling van cliënten.

- *Vertrouwensband/'klik'*

Net als cliënten geven huisartsen en POH-GGZ aan dat het belangrijk is dat zij een band hebben met de cliënt. Zorgverleners die de cliënt al lang kennen en goed op de hoogte zijn van het sociaal netwerk en het behandelverleden zullen eerder geneigd zijn om cliënten zelf te behandelen en besteden ook meer tijd en energie aan een zorgvuldig keuzeproces. Indien men het gevoel heeft dat het minder 'klikt', zal men eerder doorverwijzen.

- *Tijd/werkdruk*

Ervaren werkdruk en tijd zijn voor een deel bepalend voor de frequentie waarmee cliënten worden opgevolgd en de tijd die wordt uitgetrokken voor het informeren van cliënten en voor

samen beslissen. Bij een gevoel van minder tijd of een hogere werkdruk zal een huisarts of POH-GGZ eerder een beroep doen op het eigen regie vermogen van een cliënt, bijvoorbeeld in het zoeken naar behandelopties en het contact leggen met GGZ instellingen, zo blijkt uit de interviews.

- *Kennis van de sociale kaart en het GGZ-aanbod in de regio*
Huisartsen en POHs die de sociale kaart en het aanbod in de regio goed kennen zijn vaak beter in staat zorg op maat te leveren aan de cliënt wat zorgt voor meer tevredenheid bij de cliënt en een meer effectieve zorg.

Factoren op het niveau van de organisatie van zorg

- *Capaciteit binnen de praktijk*
De capaciteit binnen de praktijk hangt uiteraard samen met de mate waarin men aandacht kan besteden aan mensen met psychische problematiek. De meeste praktijken geven aan dat een kleinere praktijk en/of meer POH-GGZ kunnen bijdragen aan kwalitatief betere zorg. Indien een psychiater of psycholoog aan de praktijk verbonden is, vergemakkelijkt dit de diagnostiek en consultatie en hoeven cliënten soms minder snel doorverwezen te worden.
- *Ligging van de praktijk*
Praktijken in niet-stedelijke gebieden geven aan dat zij cliënten met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek beter kunnen opvangen dan praktijken in steden of achterstandswijken. Dit komt omdat men de cliënten en hun netwerk vaak beter en langer kent en ook de lijnen naar met name de bGGZ korter zijn.
- *Kennis en ervaring binnen de praktijk*
De kennis en ervaring die een huisarts of POH-GGZ heeft is van invloed op het eigen handelen, de behandelmogelijkheden binnen de praktijk, de tevredenheid van de cliënt en de mate waarop men een beroep doet op de bGGZ en sGGZ. Beschikbaarheid van tools en hulpmiddelen binnen de praktijk zoals Behandelhulp.nl, MIND en screeningsinstrumenten vergemakkelijken de zorg.
- *Korte lijnen tussen praktijk en bGGZ en sGGZ*
Huisartsen en POH-GGZ met korte lijnen naar de GGZ en vaste aanspreekpunten geven aan dat de samenwerking met de GGZ beter verloopt dan bij huisartsen die dat niet hebben en die meer afhankelijk zijn van de grotere GGZ-instellingen. Niet alleen loopt de verwijzing bij korte lijnen sneller, ook kan men de cliënt beter informeren en adviseren over behandelopties en blijft de cliënt meer in beeld na verwijzing. Ook de opvolging na ontslag verloopt beter. Kennis van de sociale kaart en de beschikbare behandelopties in de directe omgeving van de cliënt worden door cliënten ook benoemd als een belangrijk onderdeel van kwalitatief goede zorg.
- *Wachttijden en verzuiling binnen de GGZ*
Wachttijden en verzuiling binnen de GGZ beïnvloeden de gang van de cliënt door de zorg in hoge mate. Wachttijden zorgen ervoor dat cliënten vaak niet de zorg van eerste keus krijgen of dat zij langer dan gewenst overbruggingszorg krijgen door de POH-GGZ. Dit zorgt vervolgens weer voor extra druk bij de praktijken. De verzuiling binnen de GGZ maakt dat cliënten met multi-domein of complexere klachten soms van instelling naar instelling worden gestuurd om een passende behandeling te vinden; de gevarieerde klachten van de cliënt passen dan niet goed in 'het hokje' van een instelling.
- *Bekostiging*
Meerdere malen werd genoemd dat afschaling van de GGZ en bezuinigingen redenen zijn waardoor cliënten minder snel terecht kunnen binnen de GGZ en ook minder opgevolgd

worden door bijvoorbeeld een crisisdienst en daardoor vaker en langer binnen de huisartspraktijk blijven.

7.2 Gesignaleerde knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen

Tijdens de interviews maar ook in de literatuur kwamen een aantal knelpunten naar voren die huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten ervaren in de zorg voor mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek. De knelpunten hangen deels samen met bovengenoemde factoren. Ze staan beknopt weergegeven in onderstaande tabel en worden in deze paragraaf verder toegelicht, waarbij ook mogelijke oplossingsrichtingen die in de interviews naar voren kwamen worden besproken.

Knelpunten	Huisarts	POH-GGZ	Cliënt	Naaste
Bejegening				
Geen 'klik' in behandelrelatie	x	x	x	x
Ongemak zorgverlener bij persoonlijkheidsproblematiek/stigma	x	x	x	
Beperkte rol voor naasten in de zorg	x	x		x
Zorginhoudelijk				
Te weinig mogelijkheden voor zorg op maat door gebrek aan kennis, vaardigheden, tools	x	x	x	
Toename complexe patiënten	x	x		
Beperkte informatie op maat beschikbaar met name voor persoonlijkheidsproblematiek	x	x	x	x
Psychische klachten stellen grenzen aan samen beslissen				
Laveren tussen fysieke en psychische kaders	x	x		
Soms (te) groot beroep op eigen regie cliënt			x	x
Organisatie van zorg				
Tijd/capaciteit/ werkdruk	x	x	x	x
Onvoldoende continuïteit van zorg	x	x	x	x
Bekostiging	x	x	x	
Samenwerking GGZ				
Wachttijden en beschikbare zorg	x	x	x	x
Moeizame samenwerking GGZ/verzuijing	x	x		
Gebrekkige kennis bij huisarts en POH-GGZ over behandel mogelijkheden en sociale kaart	x	x	x	x
Onvoldoende samenwerking Wmo/sociale wijkteams		x		

Relatie cliënt zorgverlener: wanneer er geen 'klik' is

Een aantal cliënten (met name mensen met persoonlijkheidsproblematiek) en naasten gaf aan dat zij geen goede band of 'klik' met de huisarts en/of POH-GGZ ervaren. Andersom gaven ook zorgverleners tijdens de interviews aan dat de relatie soms moeizaam was. Meerdere oorzaken werden hiervoor genoemd door de cliënt zoals het ervaren van stigma, zich niet serieus genomen

voelen, zich onvoldoende betrokken voelen bij behandelbeslissingen, onvoldoende kennis bij de huisarts of POH-GGZ met betrekking tot de diagnose, behandel mogelijkheden of verwijsmogelijkheden, of onvoldoende zorg die aansluit bij hun wensen en behoeften.

Als een 'klik' uitblijft en men wil wisselen van zorgverlener, ervaren cliënten en naasten het als een knelpunt dat de vrije keuze voor een huisarts beperkt is. Net als veel GGZ-instellingen zitten ook huisartspraktijken veelal vol en is wisselen van praktijk geen optie. Cliënten wenden zich in dergelijke gevallen eerder tot een bGGZ-instelling om daar hulp te krijgen voor hun psychische klachten. Ook andersom, wanneer een huisarts en/of POH-GGZ geen 'klik' met een cliënt voelt, neigen zij er toe cliënten sneller te verwijzen naar een bGGZ-instelling, terwijl de cliënt qua hulpvraag ook geholpen zou kunnen worden binnen de huisartspraktijk. Hierdoor vindt er een onnodige instroom naar de GGZ plaats. Gezien het belang van een goede 'klik' verdient het aanbeveling om de kwaliteit van de behandelrelatie in alle openheid met enige regelmaat met de cliënt te evalueren.

De 'klik' tussen zorgverlener en cliënt is over het algemeen beter naarmate de behandelrelatie tussen de zorgverlener en cliënt langer duurt en/of de cliënt een vaste huisarts of POH-GGZ heeft die ook de familie kent. Dan hebben cliënten of naasten het gevoel dat de huisarts beter op de hoogte is van hun persoonlijke situatie en (behandel)verleden, en dus beter kan inschatten welke behandeling en aanpak passend is. Cliënten die een of meerdere keren gewisseld waren van huisarts hadden het gevoel dat zij hun band met de huisarts weer vanaf de grond moesten opbouwen. Een vaste zorgverlener en een goede overdracht van cliëntgegevens naar de nieuwe huisarts zullen dan ook bijdragen aan een betere 'klik'.

Ongemak huisarts en POH-GGZ bij persoonlijkheidsproblematiek

In de interviews kwam herhaaldelijk naar voren dat veel huisartsen zich niet wagen aan diagnostiek bij persoonlijkheidsproblematiek. Dergelijke diagnostiek valt dan ook buiten het expertisegebied van de huisartsenzorg en gebeurt/dient te gebeuren in de GGZ; bij complexe gevallen spreekt de huisarts veelal alleen een verdenking op een bepaalde diagnose uit. Ook kwam in de interviews naar voren dat wanneer de vermeende diagnose persoonlijkheidsproblematiek is, huisartsen en POH-GGZ dit veelal niet expliciet met de cliënt bespreken. De reden die werd genoemd is dat men bang is dat het uitspreken van de diagnose persoonlijkheidsproblematiek de behandelrelatie kan schaden en het benoemen van persoonlijkheidsproblematiek is vaak ongemakkelijk voor zowel cliënt als zorgverlener. Het niet benoemen of uitspreken van de diagnose bij persoonlijkheidsproblematiek kan echter een aantal ongewenste effecten hebben: als de cliënt niet weet wat er aan de hand is kan dit adequate zorg in de weg staan; ook een verwijzing naar de juiste plek wordt dan lastiger; het niet benoemen of uit de weg gaan van het gesprek door de zorgverlener kan er ook voor zorgen dat de cliënt zich minder begrepen of gestigmatiseerd voelt en eerder een beroep zal doen op de GGZ. Voor zorgverleners die het lastig vinden om naar de juiste plek te verwijzen zijn er 'verwijscoaches' die adviseren omtrent verwijzing. Een aantal huisartsen en POH-GGZ gaf aan behoefte te hebben aan meer kennis en vaardigheden in de omgang met mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Een specifieke communicatietraining zou hierbij behulpzaam kunnen zijn. De inhoud ervan zou idealiter bepaald moeten worden in samenspraak met zowel cliënt als zorgverlener.

Beperkte rol naasten

Ondanks dat naasten een belangrijke rol zouden kunnen spelen in het zorgtraject van cliënten, zijn de mogelijkheden van naasten om invloed uit te oefenen op de behandeling van de cliënt zeer beperkt. Bij volwassen cliënten is het de cliënt zelf die bepaalt of en in hoeverre een naaste betrokken is en meebeslist over behandelkeuzes. Veel naasten voelen zich hierdoor buiten spel staan en hebben het gevoel dat ze slechts vanaf de zijlijn kunnen toekijken hoe de cliënt afzakt en niet de hulp kan vinden die nodig is. Nu spelen naasten vooral een rol bij het signaleren van klachten en bij

het motiveren van de cliënt om hulp te zoeken. Soms komen naasten al dan niet op uitnodiging van een zorgverlener mee naar behandelgesprekken, zeker bij complexe problematiek of in crisissituaties, waar zij het verhaal van de cliënt kunnen aanvullen. Maar veel naasten voelen zich door de huisarts en/of POH-GGZ niet begrepen of gehoord wanneer zij met de cliënt meekomen op gesprek; er is te weinig aandacht voor hen en er wordt te weinig van hun expertise gebruik gemaakt. Veel naasten hebben ook zelf te lijden onder de problematiek van hun familielid maar daar is weinig systematische aandacht voor. Binnen de huisartsenzorg bestaan familievertrouwenspersonen die een naaste/mantelzorger mogen begeleiden zonder dat de cliënt dat wil waarbij de focus dan ligt op het verlagen van de ondersteuningslast. Hier lijkt echter weinig gebruik van te worden gemaakt en wellicht zijn ook weinig naasten bekend met deze optie. Huisartsen en POH-GGZ zouden daarom meer expliciet op de mogelijkheid van het inzetten van een familievertrouwenspersoon kunnen wijzen.

Weinig mogelijkheden voor zorg op maat bij cliënten met complexe problematiek doordat deze buiten het expertisegebied van de huisarts vallen

Huisartsen en POH-GGZ geven aan dat ze soms kennis en vaardigheden missen om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren aan mensen met psychische problemen, met name daar waar het om complexe problematiek gaat. Deze problematiek hoort ook niet binnen de huisartspraktijk plaats maar vindt daar wel noodgedwongen plaats omdat adequate verwijsmogelijkheden ontbreken. Daarbij doelen zij zowel op eigen kennis, vaardigheden als behandelmogelijkheden (tools, richtlijnen), als informatie over aanbieders in de regio (b/sGGZ-instellingen). Dit gebrek staat zowel de zorgverleners als de cliënten in de weg om passende zorg te verlenen respectievelijk te krijgen. Gebrek aan kennis en vaardigheden geldt sterker voor de zorg voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek (veelal complexe problematiek) dan voor de zorg aan mensen met depressieve klachten. Voor deze laatste groep zijn NHG-richtlijnen beschikbaar en zijn ook voor de POH-GGZ meer behandelmodules beschikbaar die ontwikkeld en geëvalueerd zijn bij mensen met een depressie. Voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek ontbreken huisartsenzorg behandelrichtlijnen en is onduidelijk hoe goed bepaalde generieke behandelingen of (e-health) tools werken bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Zowel huisartsen als POH-GGZ geven aan dat ze zich minder zeker voelen in de communicatie met en behandeling van mensen met persoonlijkheidsproblematiek en deze groep ook eerder doorverwijzen naar de GGZ. Het hangt erg van de individuele expertise van de huisarts of POH-GGZ af of en hoe een cliënt met persoonlijkheidsproblematiek in de praktijk behandeld wordt. Er is met andere woorden sprake van praktijkvariatie.

Over het algemeen wordt het behandelen van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek of ernstigere psychische klachten in de huisartspraktijk gezien als een uitdaging. De POH-GGZ geeft aan dat intervisie en inhoudelijke begeleiding van de huisarts bij deze groepen cliënten heel belangrijk is en dat dat er nu onvoldoende is. Enerzijds door tijdsdruk, anderzijds doordat de benodigde diagnostische en behandelkennis en -kunde buiten het bereik van de huisartsenzorg vallen. Deze bevindingen roepen dus de vraag op hoe ver de kennis en vaardigheden van niet tot GGZ-specialist opgeleide zorgverleners moet reiken. Indien de organisatie op orde is zijn deze eerder toereikend dan bij de huidige lange wachttijden en hoge werkdruk.

In sommige gevallen leiden de begrensde behandelmogelijkheden in de huisartsenzorg er bij cliënten en naasten toe dat zij zich niet begrepen voelden en/of het gevoel hebben dat er binnen hun huisartspraktijk weinig tot geen passende zorg te krijgen is. Over het knelpunt van beperkte GGZ-kennis en -vaardigheden in de huisartspraktijk werd in de interviews ook een aantal mogelijke oplossingsrichtingen genoemd. Een van die oplossingen werd gezocht in het creëren van een extra

laag tussen de huisartspraktijk en de b/sGGZ-instellingen, waar cliënten uitgebreid gescreend zouden kunnen worden om te kijken waar ze de beste hulp kunnen krijgen (bij de huisartspraktijk of b/sGGZ).

Samen beslissen en zorg op maat

Hoewel voor de meeste huisartsen en POH-GGZ samen beslissen de norm is, verloopt dit in de praktijk niet altijd optimaal. Ook onderzoek van Meijers (2018) liet zien dat samen beslissen in de huisartspraktijk nog lang niet altijd de norm is. Soms wordt dit als een knelpunt ervaren maar lang niet altijd. Cliënten verschillen namelijk in hoeverre zij waarde hechten aan samen beslissen; sommige cliënten geven de voorkeur aan een zorgverlener die directief is, onder het mom van 'u bent de dokter, dus u weet wat het beste voor mij is', terwijl anderen het belangrijk vinden om meer zelf richting te geven. Soms ook kan de ernst van de aandoening samen beslissen (tijdelijk) in de weg staan en wordt het door zowel cliënt als zorgverlener dan minder als problematisch ervaren dat de zorgverlener het voortouw neemt in het maken van behandelkeuzes. Wanneer klachten ernstig zijn willen cliënten vaak gewoon geholpen worden; aan samen beslissen hebben zij op dat moment minder behoefte. Hetzelfde geldt voor de informatiebehoeften bij cliënten; cliënten hebben niet altijd de behoefte aan informatie en zijn niet altijd in staat om informatie tot zich te nemen. Zowel naasten maar ook huisartsen en POH-GGZ vroegen zich in dit verband af in hoeverre het van cliënten die in psychische nood verkeren verwacht kan/mag worden dat zij in staat zijn om weloverwogen keuzes te maken ten aanzien van de behandeling. Hoewel dit een begrijpelijke vraag is moet voorkomen worden dat het niet betrekken van een cliënt in psychische nood bij een behandelkeuze de norm wordt; de cliënt blijft dit recht altijd behouden. Verwachtingen ten aanzien van samen beslissingen moeten expliciet gemaakt worden en met regelmaat onderwerp van gesprek zijn omdat deze kunnen variëren met de ernst van de problematiek en de fase in het zorgtraject. In de opleidingen van zorgverleners moet hier aandacht voor zijn (Bijman, 2021).

Een gebrek aan samen beslissen wordt door cliënten en naasten wel als een knelpunt ervaren als cliënten het gevoel hebben dat er geen ruimte is voor eigen wensen ten aanzien van samen beslissen, deze wensen niet expliciet gemaakt worden of wensen ten aanzien van samen beslissen niet gefaciliteerd worden door de zorgverlener. Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek gaven aan dat dat soms het geval is en dat er niet naar hen geluisterd wordt of dat zij zich niet serieus genomen voelen. Samen beslissen wordt echter complex wanneer informatie over een aandoening en behandelopties ontbreekt. Het is een plicht van zorgverleners om alle mogelijke opties op tafel te leggen zodat een cliënt in ieder geval voldoende geïnformeerd is. Met name informatie over verschillende behandelopties is echter vaak beperkt. Volgens cliënten omdat zorgverleners de sociale kaart en het aanbod in de buurt niet goed kennen. Soms ook wordt de verantwoordelijkheid voor het zoeken naar informatie bij cliënten gelegd en niet iedere cliënt is er even goed toe in staat om deze te vinden of te begrijpen. Daardoor wordt het voor cliënten moeilijker om een weloverwogen en geïnformeerde beslissing te nemen. Voor sommige cliënten is meer tijd en ruimte nodig om samen te kunnen beslissen en zal de zorgverlener meer moeite moeten doen om die tijd en ruimte te creëren, bijvoorbeeld door het inplannen van dubbele consulten, informatie gefaseerd aan te bieden en zich er echt van te vergewissen dat de cliënt de behandelopties begrepen heeft. Huisartsen en POH-GGZ geven echter aan onder behoorlijke tijdsdruk te staan waardoor deze oplossingen vaak niet realiseerbaar zijn.

Laveren tussen fysieke en psychische kaders

Huisartsen hebben het idee dat ze bij mensen met psychische klachten moeten laveren tussen generalistische basiszorg en meer specialistische zorg bij psychische problemen. Voor de behandeling van psychische klachten is de kennis vaak beperkter bij huisartsen dan bij lichamelijke klachten. Indien er dan een keuze gemaakt moet worden, kiest de huisarts, ook vanwege tijdsdruk, vaker voor

de lichamelijke klachten en verwijst voor psychische klachten door naar de POH-GGZ of bGGZ/sGGZ. Veel huisartsen maar ook POH-GGZ geven aan dat de psychische problematiek vaak te complex is voor de praktijk en dat vanwege het ontbreken van kennis en vaardigheden en gerichte behandelmogelijkheden het vaak ‘pappen en nathouden’ is, zeker in geval van overbruggingszorg bij mensen die eigenlijk in de GGZ thuishoren. Ook hierbij geldt dat het zaak is om grenzen aan te geven waarbinnen van huisarts en POH-GGZ psychische begeleiding bij ernstige psychische nood verwacht kan worden.

(Te) Groot beroep op eigen regie cliënt

Mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek vormen vaak een kwetsbare groep, niet alleen in psychisch opzicht maar vaak ook op andere levenssterreinen zoals werk, financiën en huisvesting. Bovendien komen beperkte gezondheidsvaardigheden onder mensen met persoonlijkheidsproblematiek veel voor. Door beperkte tijd van de huisarts of POH-GGZ, de lange wachttijden voor de GGZ en de gebrekkige nazorg na ontslag uit de GGZ wordt vaak een (te) groot beroep gedaan op het eigen regievermogen van de cliënt en te weinig tijd uitgetrokken om dit op maat te ondersteunen. Bijvoorbeeld in het vinden van passende GGZ zorg of in het juiste gebruik van medicatie. Ook resulteert een gebrek aan kennis of informatie bij de zorgverlener in een groter beroep op de zelfredzaamheid van de cliënt. Uit meerdere cliënt- en naasten-interviews kwam naar voren dat zij vonden zelf erg assertief te moeten zijn om via de huisartspraktijk passende zorg te krijgen. Bijvoorbeeld worden cliënten vaak geïnstrueerd om zelf (op internet) op zoek te gaan naar GGZ-aanbieders in de regio en contact met hen te leggen om te zien of er een ‘klik’ is. Voor het feit dat cliënten (ook) zelf op zoek moeten naar geschikte behandelaren hadden de geïnterviewde cliënten op zich begrip, maar wel was er behoefte aan wat meer begeleiding en handvatten in hun eigen zoektocht naar passende zorg. Dit geldt zeker voor de ‘nieuwe’ cliënten met psychische klachten, zij hebben veelal weinig tot geen idee wat de mogelijkheden zijn en waar zij behoefte aan hebben (tegenover cliënten met een langer GGZ-verleden die dat beter weten).

Voor de meest kwetsbare groep is meer op maat begeleiding gewenst. Een aantal praktijken heeft dit opgelost door cliënten die bijvoorbeeld antidepressiva gebruiken jaarlijks op te volgen, of cliënten na ontslag eens in de drie maanden uit te nodigen zodat ze in beeld blijven bij de praktijk. Een dergelijke opvolging kost natuurlijk extra tijd en komt bij de toch al hoge werkdruk van de huisarts. Recent onderzoek van Magnee (2022) liet echter zien dat ook POH-GGZ goed zouden kunnen helpen bij het monitoren of helpen afbouwen van medicatie. Veel POH-GGZ hebben al enige ervaring met afbouwbegeleiding. Bij cliënten met psychosociale problemen gaf een aantal POH-GGZ gaf aan dat ze cliënten hebben gekoppeld aan een sociaal wijkteam of Wmo functionaris en ze de begeleiding een gedeelde verantwoordelijkheid maken.

Tijd/ capaciteit

Door alle huisartsen en POH-GGZ wordt te weinig tijd, hoge werkdruk en te weinig POH-GGZ capaciteit als knelpunten in het verlenen van passende zorg genoemd. Door de lange wachttijden in de GGZ, steeds meer terugverwijzingen uit de GGZ en een algehele toename van mensen met psychische klachten is de druk op de huisartsenzorg enorm toegenomen. Vooral huisartsen in zogenaamde ‘achterstandswijken’ geven dit aan. Daarnaast kosten bij- en nascholing, overleg met gemeenten, GGZ en andere betrokkenen en het zoeken naar passende behandelingen als zorg niet in de eigen praktijk kan worden gegeven, veel tijd.

Continuïteit van zorg

De continuïteit van zorg met name na ontslag uit de GGZ is vaak onvoldoende. Dit is de mening van cliënten, naasten en zorgverleners. Uit de interviews met cliënten bleek dat de meeste van hen

behoefte hebben aan nazorg nadat zij hun behandeling bij de b/sGGZ hebben afgesloten. De stap naar het dagelijks leven zonder behandeling ervaren cliënten namelijk als groot.

In sommige gevallen biedt de oud-GGZ-behandelaar nazorg aan, maar vaak is dit aanbod er niet. Cliënten melden zich dan bij de huisartspraktijk voor nazorg, waarvoor binnen de praktijk veelal beperkte capaciteit is. Uit de interviews met huisartsen en POHs-GGZ bleek wel dat zij cliënten altijd aanbieden dat zij zich na hun GGZ-behandeling kunnen melden voor een consult. In dat consult wordt gekeken naar de behoeften van de cliënt op het gebied van nazorg en ook kan de cliënt terugkoppelen hoe de GGZ-behandeling is verlopen. Dat laatste is vooral nuttig wanneer een afsluitende brief vanuit de GGZ-instelling de huisartspraktijk niet heeft bereikt.

Nazorg is natuurlijk niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgverleners maar ook van de cliënt zelf. Een deel van de cliënten laat zich echter niet zien en meldt zich pas weer als het erg slecht gaat. Het beroep dat cliënten dan op de huisarts en/of POH-GGZ doen is vaak groter, dan wanneer de cliënt af en toe langskomt voor onderhoudsgesprekken. Een groep cliënten die zich vaak lange tijd niet bij de huisarts meldt zijn bijvoorbeeld mensen die (bij een GGZ-instelling) zijn ingesteld op medicatie; zolang zij hun medicatie krijgen via herhaalmedicatie, zoeken zij geen contact met de huisarts. Behalve dat cliënten op die manier uit beeld zijn worden vaak ook langer dan verantwoord, geneesmiddelen geslikt. Om het probleem van onnodig medicatiegebruik op te lossen en cliënten beter in beeld te krijgen is in sommige praktijken een programma opgezet om cliënten op te volgen over hun medicatiegebruik. Er wordt dan gekeken of het medicatiegebruik van de cliënt nog passend is, of überhaupt nog nodig. Hoewel dergelijke medicatiemonitoring in het belang is van de cliënten, stuiten huisartsen en POHs-GGZ bij sommige cliënten op weerstand; het slikken van medicatie voelt vertrouwd en veilig voor de cliënt, en dat opgeven wordt als een onaangename stap ervaren. Bij controle rondom heruitgifte van medicatie kan de apotheker natuurlijk ook een rol in spelen.

Afstemming tussen huisarts en apotheker is op dit punt dan ook gewenst.

Daarnaast is de vraag of huisartspraktijken de capaciteit hebben om de cliënten die zij van medicatie af willen krijgen een alternatief te bieden binnen de praktijk, zoals gesprekken bij de POH-GGZ. Een laatste punt waar sommige geïnterviewde huisartsen en POHs-GGZ mee worstelen in het leveren van onderhoudsbehandeling of nazorg aan de cliëntengroep die 'chronisch' (langdurige of terugkerende) last heeft van psychische klachten. Die cliëntengroep heeft vaak een uitgebreid behandelverleden, al dan niet binnen de b/sGGZ, en is ook allang in beeld bij de huisartspraktijk. De vraag waar huisartsen en POHs-GGZ mee lopen is daarom ook: wat kunnen wij die cliënten nog bieden? Wat is ervoor nodig zodat de cliënt zichzelf (voor langere tijd) staande weet te houden? Voor dergelijke kwesties hebben o.a. de LHV en NHG kaders opgesteld in de recent (dec. 2022) gepubliceerde 'Toekomstvisie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek'.

Bekostiging behandeling b/sGGZ

In een aantal cliëntinterviews kwam naar voren dat cliënten afzien van behandeling in de b/sGGZ vanwege de daaraan verbonden kosten; cliënten kiezen er dan bijvoorbeeld voor om hun behandeling in de huisartspraktijk voort te zetten. Dat maakt dat huisartsen en POHs-GGZ te maken kunnen krijgen met een groep cliënten die eigenlijk te complexe problematiek hebben om in de huisartspraktijk te behandelen.

Cliënten vinden het prettig als er vanuit de huisarts of POH-GGZ informatie wordt gegeven over bekostigingsmogelijkheden voor behandeling in de b/sGGZ, mits die er zijn. Een van de huisartsen benoemde bijvoorbeeld dat zij cliënten soms adviseert met hun zorgverzekeraar contact op te nemen om afspraken te maken over het gespreid betalen van een behandeling. Of in sommige gemeenten bestaan er potjes voor mensen die zelf een behandeling slechts deels of niet kunnen bekostigen. Informatie hierover zou door de POH-GGZ verstrekt kunnen worden.

Wachlijsten en intakestop GGZ-instellingen

In alle interviews kwam naar voren dat wachlijsten in de GGZ een groot probleem zijn: cliënten moeten lang wachten op passende zorg en voor huisartsen en POH-GGZ levert het extra werkdruk op doordat overbruggingszorg moet worden geboden. Bij sommige GGZ-instellingen is er zelfs sprake van een intakestop. Ook ontbreekt bij huisartsen en POHs-GGZ vaak een actueel overzicht van de wachlijsten bij GGZ-instanties in de regio, waardoor zij naar cliënten toe geen concrete uitspraken kunnen doen. Hierdoor wordt het ook lastiger om juiste keuzes te maken ten aanzien van de behandeling: gewoon wachten, overbruggingszorg leveren, starten met medicatie, een behandelaar buiten de regio zoeken of toch iets anders. De keuze wordt dan soms bij de cliënt gelegd terwijl die onvoldoende informatie heeft om een keuze te kunnen maken. Ook voor zorgverleners zorgt onduidelijkheid over wachttijden voor een ongemakkelijke situatie die door sommigen als ‘pappen en nathouden’ wordt omschreven. Zij ervaren de mogelijkheden binnen de huisartsenzorg als te beperkt om adequate zorg te kunnen leveren aan mensen die eigenlijk in aanmerking komen voor de GGZ. Een oplossing hiervoor is niet gemakkelijk te vinden. Voor een deel zit het ook in de schijnbaar afgenomen psychische draagkracht van mensen in het algemeen waardoor een groter beroep op psychische begeleiding wordt gedaan. Een cultuuromslag lijkt hiervoor nodig. Wellicht kan in (vervolg)onderwijs of publiekscampagnes hier aandacht aan besteed worden.

Verzuiling en doorwissel van personeel in GGZ-instellingen

Wanneer er bij een cliënt sprake is van complexe en/of multi-domeinproblematiek blijkt het vinden van een geschikte behandelaar een extra grote uitdaging. Vaak wordt een diagnose bij complexere psychische problematiek pas gesteld wanneer de cliënt op intake komt bij een sGGZ-instelling. Daar kan dan blijken dat de (vermoedens van een) diagnose waarmee de huisarts de cliënt heeft verwezen anders is, waarbij de kans bestaat dat de GGZ-instelling waarnaar is verwezen niet de problematiek behandelt voor de gestelde diagnose. De cliënt keert dan gedwongen weer terug naar de huisartspraktijk om daar opnieuw verwezen te worden naar een ditmaal wel passende GGZ-instelling. Daar komt de cliënt dan vaak wederom op een wachtlijst te staan, en zo kan het traject van diagnose naar behandeling lange tijd duren.

Uit de interviews met vooral de huisartsen bleek dat zij cliënten met complexe psychische problematiek bij wie twijfel bestaat over de diagnose vaker naar grote GGZ-instellingen doorverwijzen. Die instellingen hebben veelal meerdere afdelingen en kunnen gevarieerde behandelopties bieden. De kans dat een cliënt na te zijn gediagnosticeerd bij een grotere instelling behandeld kan worden is dus groter, vandaar dat huisartsen in hun verwijzing daarop inzetten. Wat verder uit de interviews met de huisartsen en POH-GGZ naar voren kwam is dat zij de lijntjes die zij met de GGZ hebben als minder kort dan vroeger ervaren. Korte lijntjes met de GGZ zijn belangrijk in het snel vinden van passende zorg voor cliënten. Voor het feit dat lijntjes minder kort zijn werden in de interviews meerdere redenen genoemd, onder andere dat er een grote doorwissel plaatsvindt in GGZ-personeel; huisartsen en POHs-GGZ kunnen vaak niet goed bijhouden en overzien met welke behandelaar zij contact op kunnen nemen voor advies en overleg. Dat zou vooral bij de grotere GGZ-instellingen het geval zijn.

7.3 Methodologische kanttekeningen

Graag willen we een viertal methodologische kanttekeningen plaatsen bij het onderzoek beschreven in dit rapport. De eerste betreft de keuze voor depressie en persoonlijkheidsproblematiek. Voor deze aandoeningen is gekozen omdat ze beide een hoge prevalentie hebben maar tegelijkertijd een ander zorgtraject doorlopen. Depressie wordt vooral binnen de huisartspraktijk behandeld terwijl mensen

met persoonlijkheidsproblematiek vaker een beroep doen op de GGZ voor passende zorg. Na de ambulantisering sinds 2015 is het interessant om te kijken in hoeverre beide cliëntengroepen passende zorg kunnen krijgen binnen de eerste lijn. Maar natuurlijk zijn er veel meer psychische aandoeningen waar huisartsen en POH-GGZ mee te maken krijgen. In toekomstig onderzoek zou gekeken kunnen worden of de ervaringen en gesignaleerde knelpunten ook voor deze aandoeningen opgaan. Ten tweede lag de focus tijdens dit onderzoek op zorg binnen de huisartspraktijk. Het onderzoek liet een aantal knelpunten zien die huisartsen en POH-GGZ ervaren in hun contact met de bGGZ en SGGZ. Interessant is ook andersom te kijken of mensen die binnen de GGZ werkzaam zijn deze ervaringen delen en hoe zij tegen de samenwerking met de huisartspraktijk aankijken. Een derde punt is dat in dit onderzoek weinig naasten geïnterviewd zijn. Het bleek lastig om deze groep binnen het korte tijdsbestek van dit onderzoek te betrekken. De drie naasten waren wel in staat om breder dan hun eigen situatie te reflecteren op de rol van naasten in de zorg maar een grotere groep was wenselijker geweest. Tenslotte betrof de geïnterviewde groep mensen met een persoonlijkheidsproblematiek vooral mensen met een borderlinestoornis. Het kan zijn dat hierdoor de ervaringen met de zorg van mensen met persoonlijkheidsproblematiek wat gekleurd zijn.

7.4 Conclusie

Samenvattend kunnen we stellen dat het bieden van passende zorg aan mensen met depressie of persoonlijkheidsproblematiek voor huisartsen en POH-GGZ een uitdaging is, vooral wanneer het complexere gevallen betreft. Want hoewel die groep in feite buiten het behandelbereik van de huisartsenzorg valt, nemen huisartsen en POH-GGZ tegenwoordig vaak een deel van de zorg op zich. Deze zorg wordt noodgedwongen geleverd omdat doorstroom naar de GGZ moeizaam verloopt. Zo hebben huisartsen en POH-GGZ beperkt zicht op het bestaande behandelaanbod in de GGZ en ervaren zij een gebrek aan verwijsmogelijkheden. Voor het leveren van overbruggingszorg in de wachttijd van cliënten is daarnaast weinig capaciteit in huisartspraktijken, waardoor de werkdruk nog hoger oploopt. Daarnaast zorgen het niet expliciet maken van diagnoses, een moeizame samenwerking tussen huisartsenzorg en GGZ, een moeizame samenwerking tussen huisartsenzorg en de gemeente en te weinig continuïteit van zorg ervoor dat de cliënt soms te laat of helemaal niet op de plek behandeld wordt waar hij eigenlijk zou moeten zijn. De problemen doen zich meer voor bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek dan bij mensen met een depressie. Andersom voelen cliënten zich niet altijd begrepen of wordt er een te groot beroep gedaan op de zelfredzaamheid van de cliënt. Ook de nazorg na ontslag uit de GGZ is niet altijd goed geregeld waardoor een deel van de cliënten tussen wal en schip valt en zorg onnodig lang of juist helemaal niet ontvangt. Voor deze groep zouden naasten een rol kunnen spelen in de signalering en als vangnet maar naasten worden weinig betrokken binnen de zorg.

De bevindingen in dit onderzoek roepen de vraag op hoe ver de kennis en vaardigheden van niet tot GGZ-specialist opgeleide zorgverleners zoals de huisarts of POH moet reiken en wat er wel en niet van hen verwacht kan en mag worden in de zorg voor mensen met complexe psychische problematiek. Duidelijke kaders zoals geformuleerd in de 'Toekomstvisie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek' kunnen niet alleen de ervaren werkdruk bij de huisarts en POH-GGZ verminderen maar ook richting geven aan de inhoud van bij- en nascholing om ervaren kennishiaten op te vullen.

Literatuur

- Aass, L.K., Moen, O.L., Skundberg-Kletthagen, H., Lundqvist, L., & Schröder, A. (2021). Family support and quality of community mental health care: Perspectives from families living with mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 1-14. doi: 10.1111/jocn.15948.
- Aguiano, C.C., Aragón, A.B., Fernández, D.A., & Küstner, B.M. (2019). Perceptions about mental illness among general practitioners. *Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 27-32. doi: 10.1186/s13033-019-0284-9.
- Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gotshelf, D., & Roe, D. (2018). Subtle ways of stigmatization among professionals: the subjective experience of consumers and their family members. *Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 41(3), 161-168. doi: 10.1037/prj0000310.
- Andersen, J.H., Tjørnhøj-Thomson, T., Reventlow, S., & Davidsen, A.F. (2019). Challenging care work: General practitioners' perspectives on caring for young adults with complex psychosocial problems. *Health*, 25(2), 1-17. doi:10.1177/1363459319874100.
- Ashcroft, R., Menear, M., Greenblatt, A., Silveira, J., Dahrouge, S., Sunderji, N., Emode, M., Booton, J., Muchenje, M., Cooper, R., Haughton, A., & McKenzie, K. (2020). Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. *Health Expect*, 24(4):1168-1177. doi: 10.1111/hex.13242.
- Becker, T., Koekkoek, B., Tiemens, B., Tienen, L.J. van, & Hutschenmaekers, G. (2019). Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study. *Psychiatric Mental Health Nursing*, 26, 1-10. Doi:10.1111/jpm.12499.
- Beentjes, T.A.A., Gaal, B.G.I. van, Achterberg T. van, & Goossens P.J.J. (2020). Self-management support needs from the perspective of persons with severe mental illness: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(5), 464-482. Doi:10.1177/1078390319877953.
- Biddle, L., Donovan, J.L., Gunnell, D., & Sharp, D. (2006). Young adults' perceptions of GPs as a help source for mental distress: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 56, 924-931.
- Bijman, D., Zoetelief, I., Braak, G. van den, Visee, H., Batenburg, R., Noordman, J., Noordam, D., Dulmen, S. van. *Scholing en opleiding in Samen Beslissen: een inventarisatie*. Amsterdam/Utrecht: Regioplan/Nivel, 2021.
- Campbell, S.M., Gately, C., & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: A qualitative study. *Chronic Illness*, 46-65. doi: 10.1177/1742395307079193.
- Clatney, L., McDonald, H., & Shah, S.M. (2008). Mental health care in the primary care setting. *Can Fam Physician*, 54(6), 884-889.
- Clever S.L., Ford, D.E.F., Rubenstein, L.V., et al. (2006). Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Medical Care*, 44(5), 398-405. doi: 10.1097/01.mlr.0000208117.15531.da.

- Cosh, S., Zenter, N., Ay, E., Loos, S., et al. (2017). Clinical decision making and mental health service use among persons with severe mental illness across Europe. *Psychiatr. Serv.*, 68(9), 970-974. doi: 10.1176/appi.ps.201600114.
- Dickens, G.L., Lamont, E., & Gray, S. (2016). Mental health nurses' attitudes, behavior, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1848-1875. doi: 10.1111/jocn.13202.
- Dwight-Johnson, M., Sherbourne, C.D., Liao, D., & Wells, K.B. (2000). Treatment preferences among depressed primary care patients. *Gen Intern Med.*, 15(8), 527-534. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.08035.x.
- Ebrahimi, H., Seyedfatemi, N., Areshtanab, H.B., et al. (2018). Barriers to family caregivers' coping with patients with severe mental illness in Iran. *Qual Health Res.*, 28(6), 987-1001. doi: 10.1177/1049732318758644.
- Galon, P., & Graor, C.H. (2012). Engagement in primary care treatment by persons with severe mental illness. *Archives of Psychiatry Nursing*, 26(4), 272-284. doi: 10.1016/j.apnu.2011.12.001.
- Grambal, A., Prasko, J., Ocikova, M., Slepecky, M., Kotianova, A., Sedlackova, Z., Zatkova, M., Kasalova, P., & Kamaradova, D. (2017). Borderline personality disorder and unmet needs. *Neuroendocrinol Lett*, 38(4), 275-289.
- Gum, A., Areán, P.A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P., Steffens, D., Dickens, J., & Unützer, J. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *The Gerontologist*, 46(1), 14-22. doi: 10.1093/geront/46.1.14.
- Griep E.C.M., Noordman J., Dulmen A.M. van. Practice nurses mental health provide space to patients to discuss unpleasant emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 23(2): 77-85.
- Hassel D. van, Batenburg R., Velden L. van. *Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Nivel 2016.
- Hermens, M.L.M., Muntingh, A., Franx, G., Splunteren, P.T. van, & Nuyen, J. (2014). Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: Results of an explorative study within primary care in the Netherlands. *BMC Family Practice*, 15(1), 5-17. doi: 0.1186/1471-2296-15-5.
- Hsiao, C., Lu, H., & Tsai, Y. (2019). Factors associated with primary family caregivers' perceptions on quality of family-centered care in mental health practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(6), 680-688. doi: 10.1111/jnu12526.
- Jego, M., Debaty, E., Ouirini, L., Carrier, H., & Beetlestone, E. (2018). Caring for patients with mental disorders in primary care: A qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs. *Family Practice*, 1-5. doi: 10.1093/fampra/cmz107.
- Jones, A.L., Mor, M.K., Haas, G.L., Gordon, A.J., Cashy, J.P., Schaefer, J.H., & Hausmann, L.R.M. (2018). The role of primary care experiences in obtaining treatment for depression. *J Gen Intern Med*, 33(8), 1366-1373. doi: 10.1007/s11606-018-4522-7.
- Karasz A, Dowrick C, Byng R, olde Hartman, TC, Buszewicz M, Ferri L, van Dulmen S, van Weel-Baumgarten E, Reeve J. What we talk about when we talk about depression: The role of conceptual models in shaping doctor patient consultations. *BJGP* 2012; 62: e55-e63

- Keely, R.D., West, D.R., Tutt, B., & Nutting, P.A. (2014). A qualitative comparison of primary care clinicians' and their patients' perspectives on achieving depression care, implications for improving outcomes. *BMC Fam Pract*, 15: 13. doi: 10.1186/1471-2296-15-13.
- Klingaman, E.A., Medoff, D.R., Park, S.G., et al. (2015). Consumer satisfaction with psychiatric services: The role of shared decision making and the therapeutic relationship. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), 242-248. doi: 10.1037/prj0000114.
- Kokanovic, R., Brophy, L., McSherry, B., Flore, J., Moeller-Saxone, K., & Herrman, H. (2018). Supported decision-making from the perspectives of mental service users, family members supporting them and mental health practitioners. *Aust N Z J Psychiatry*, 52(9), 826-833. doi: 10.1177/0004867418784177.
- Lester, H.E., Trittler, J.Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: Focus group study. *BMJ* 330(7500), 1122-1128. doi: 10.1136/bmj.38440.418426.8F.
- Lester, H., Tait, L., England, E., & Tritter, J. (2006). Patient involvement in primary care mental health: A focus group study. *British Journal of General Practice*, 56(527), 415-422.
- LHV, NHG, Ineen, PsyHAG. Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek [Vision primary care for patients with mental problems]. [Internet]. Available from: <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/11/Definitief-Visie-Huisartsenzorg-voor-patiënten-met-psychische-problematiek.pdf>. [Accessed December 21st 2022].
- Magnée, T., Beurs, D. de, Schellevis, F., & Verhaak, P. (2018). Ontwikkelingen ggz in de huisartsenzorg 2010-2015: steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. *Huisarts Wet*, 61, 1-4. doi: 10.1007/s-12445-018-0286-x.
- Magnée, T., Sinnema, H., Weelderen, G. Van, Nuijen, J., & Kenter, A. (2020). Hoe denken poh's-ggz over hun werk? *Huisarts Wet*, 63, 1-5. doi: 10.1007/s12445-020-0571-3.
- Magnée, T., Stroo, M., Kager, C., Hek, K. Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik. *Huisarts en Wetenschap*: 2022, 6 p.
- Matthews, E.B., Savoy, M., Paranjape, A., Washington, D., Hackney, T., Galis, D., & Zisman-Ilani (2021). Shared decision making in primary care based depression treatment: Communication and decision-making preferences among an underserved patient population. *Frontiers in Psychiatry*, 12. doi: 10.3389/fpsy.2021.681165.
- McCan, T.V., & Lubman, D.I. (2012). Young people with depression and their satisfaction with the quality of care they receive from a primary care youth mental health service: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2179-2187. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04086.x.
- Meijers MC, Noordman J, Olde Hartman TC, Dulmen S van. Shared decision-making in general practice; an observational study comparing 2007 and 2015. *Fam Pract* 2018; 36: 357-364
- Mendieta, C. de, Robles, R., González-Forteza, C., Arango, I., Pérez-Islas, C., Vázquez-Jaine-B.P., & Rasón, M.L. (2019). Needs assessment of informal primary caregivers of patients with borderline personality disorder, psychometrics, characterization, and intervention proposal. *Salud Mental* 42(2), 83-90. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.011.

- Mohr, P., Galderisi, S., Boyer, P., Wasserman, D., Arteel, P., Iken, A., Karkkainen, H., Pereira, E., Guldmond, N., Winkler, P., & Gaebel, W. (2018). Value of schizophrenia treatment I: The patient journey. *European Psychiatry*, 53, 107-115. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.007.
- Murphy, R., Ekers, D., & Webster, L. (2019). An update to depression case management by practice nurses in primary care: A service evaluation. *Journal of Psychiatric Health Nursing*, 21, 827-833. doi: 10.1111/jpm.12153.
- Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S.H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: An integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 171-182. doi: 10.1111/jpm.12202.
- Nicholls, E., & Pernice, R. (2009). Perceptions of the relationship between mental health professionals and family caregivers: Has there been any change? *Issues Ment Health Nurs.*, 30, 474-481. doi: 10.1080/01612840802601408.
- Nuijen, J., Kenter, A., Hollander, W. Den, & Ringoir, L. (2021). Wat vinden patiënten van de POH-GGZ? Patiëntervaringen, patiënttevredenheid, en beïnvloedende factoren. Trimbos instituut, Utrecht.
- Olasoji, M., Maude, P., & Cross, W. (2020). Experiences of mental health nurses working in general practice: A qualitative study. *Contemporary Nurse*, 56(3), 266-279. doi: 10.1080/10376178.2020.1841013.
- Olasoji, M., Maude, P., & McCauley, K. (2017). Not sick enough: Experiences of carers of people with mental illness negotiating care for their relatives with mental health services. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 24, 403-411. doi: 10.1111/jpm.12399.
- Olsen, C.G., Boltri, J.M., Amerine, J., & Clasen, M.E. (2017). Lacking a primary care physician is associated with increasing suffering in patients with severe mental illness. *J Primary Prevent*, 38, 583-596. doi: 10.1007/v10935-017-0490-7.
- Os, T.W.D.P. van, Brink, R.H.S., van den, & Meer, K. Van der (2005). Behandeling van depressie in de huisartsenpraktijk. *Huisarts & Wetenschap*, 48(3), 95-101.
- Oud, M.J.T., Schulling, J., Slooff, C.J., Groenier, K.H., Dekker, J.H., & Meyboom-de Jonge, B. (2009). Care for patients with severe mental illness: The general practitioner's role perspective. *BMC Family Practice*, 10, 29-37. doi: 10.1186/1471-2296/10/29.
- Paddison, C.A.M., Abel, G.A., Roland, M.O., Elliott, M.N., Lyrtzopoulos, G., & Campbell, J.L. (2013). Drivers of overall satisfaction with primary care: Evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expectations*, 18, 1081-1092. doi: 10.1111/hex/12081.
- Perestelo-Perez, L., Gonzalez-Lorenzo, M., Perez-Ramos, J., Rivero-Santana, A., & Serrano-Aguilar, P. (2011). Patient involvement and shared decision-making in mental health care. *Current Clinical Pharmacology*, 6(2), 83-90. doi: 10.2174/157488411796151192.
- Poghosyan, L., Norful, A.A., Ghaffari, A., George, M., Chhabra, S., & Olfson, M. (2019). Mental health delivery in primary care: The perspective of primary care providers. *Archives of Psychiatry Nursing*, 33, 63-67. doi: 10.1016/j.apnu.2019.08.001.
- Potappel JCA, Meijers M, Kloek C, Victoor A, Noordman J, olde Hartman T, Dulmen S van, De Jong JD. To what degree do patients actively choose their healthcare provider at the point of referral by their GP? A video observation study. *BMC Family Practice* 2019; 20: 166.

- Prins, M. A., Verhaak, P.F.M., Meer, K. Van der, Penninx, B.W.J.H., & Bensing, J.M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: Need for care from the patients' perspective. *Journal of Affective Disorders*, 199, 163-171. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.019.
- Puschner, B., Becker, T, Mayer, B., et al. (2016). Clinical decision making and outcome in the routine of people with severe mental illness across Europe (CEDAR). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 69-79. doi: 10.1017/S204579601400078X.
- Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., et al. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: The perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*, 17, 134-148. doi: 10.1186/s12875-016-0531-y.
- Rodenburg-Vanbussche, S., Carlier, I., Vliet, I. van, Hemert, A. van, & Stiggelbout, A. (2019). Patients' and clinicians' perspectives on shared decision-making regarding treatment decisions for depression, anxiety disorders, and obsessive-compulsive disorder in specialized psychiatric care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26, 645-658. doi: 10.1111/jep.13285.
- Samalin, L., Genty, J., Boyer, L., Lopez-Castroman, J., Abbar, M., & Llorca, P. (2018). Shared decision-making: A systematic review focusing on mood disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20, 23-34. doi: 10.1007/s11920-018-0892-0.
- Schaffer, M.A. (2021). Family perspectives of healthcare for relatives with mental illness. *Perspectives of Psychiatric Care*, 57, 1547-1557. doi: 10.1111/ppc.12718.
- Simon, D., Loh, A., Wills, C.E., & Härter, M. (2006). Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making. *Health Expectations*, 10, 62-74. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00424.x.
- Sinnema, H., Franx, G., Spijker, J., Ruiters, M., Haastrecht, H. Van, Verhaak, P., & Nuyen, J. (2012). Delivering stepped care for depression in general practice: Results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands. *European Journal of General Practice*, 19(4), 221-229. doi: 10.3109/13814788.2013.780018.
- Skärsäter I., Keogh, B., Doyle, L., et al. (2018). Advancing the knowledge, skills and attitudes of mental health nurses working with families and caregivers: A critical review of literature. *Nurse Education Practice*, 32, 138-146. doi: 10.1016/j.nepr.2018.07.002.
- Solberg, L.L., Crain, L., Rubenstein, L., Unützer, J., Whitebird, R., & Beck, A. (2014). How much shared decision making occurs in usual primary care of depression? *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(2), 199-208, doi: 10.3122/jabfm.2014.02.130164.
- Stumbo, S.P., Yarborough, B.J.H, Yarborough, M.T., & Green, C.A. Perspectives on providing and receiving preventive health care from primary care providers and their patients with mental illnesses. *American Journal of Health Promotion*, 32(8), 1730-1739. doi: 10.1177/0890117118763233.
- Trimbos instituut (2012). *Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg: resultaten van een verkennend onderzoek. Trendrapportage GGZ 2012, deel 3B: Kwaliteit en Effectiviteit.*
- Trimbos instituut (2020). *Functie POH-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten, factsheet onderzoek.*
- Triliva, S., Ntani, S., Giovazolias, T., et al. (2020). Healthcare professionals' perspectives on mental health service provision: A pilot focus group in six European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 14, 16-34. doi: 10.1186/s13033-020-00350-1.

- Venneman, T.G.R., Wijnen, B.F.M., Ringoir, L., Kenter, A., Bon-Martens, M.J.H. van, Alessie, R.J.M., & Nuyen, J. (2020). Factors influencing short-term effectiveness and efficiency of the care provided by Dutch general practice mental health professionals. *Global Regional Health Technol Assessment*, 7(1), 139-147. doi: 10.33393/grhta.2020.2028.
- Verhaak, P.F.M., Dijk, C.E. van, Nuijen, J., Verheij, R.A., & Schellevis, F.G. (2012). Mental health care delivered by Dutch general practitioners between 2004-2008. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(3), 156-162.
- Wlodarczyk, J., Lawn, S., Powell, K., Crawford, G.B., et al. (2018). Exploring General Practitioners' Views and Experiences of Providing Care to People with Borderline Personality Disorder in Primary Care: A Qualitative Study in Australia. *Int J Environ Res Public Health*, 15(12), 2763-2782. doi: 10.3390/ijerph15122763.
- Zantinge, E.M., Verhaak, P.F.M., Bakker, D. de, Meer, K. Van der, & Bensing, J.M. (2009). Does burnout among doctors affect their involvement in patients' mental health problems? A study of videotaped consultations. *BMC Family Practice*, 10(60). doi:10.1186/1471-2296-10-60.

Bijlage A Zoekstrategie literatuuronderzoek

'Partijen'

Patiënten:

- (patient* OR client* OR persons with)

Naasten:

- (family member* OR famil*) OR informal caregiver* OR caregiver* OR carer*)

Huisarts(praktijk)

- ((general practitioner* OR GP* OR primary care clinician*) OR ((doctor* OR physician* OR clinician* OR health care professional* OR provider*) AND (primary care OR general practice OR primary health care OR PHC))

POH(-GGZ)

- (practice nurse* OR practice nurse mental health OR mental health nurse*)

Focus op perspectief/ervaringen

(perspective* OR experience* OR narrative* OR attitude* OR expectat* OR prefere* OR satisfact* OR journey OR (unmet need* OR need*))

Aandoeningen

Depressie:

- (depress* OR depressive symptom* OR mood disorder*)

Persoonlijkheidsstoornissen:

- (personality disorder* OR (personality disorder* AND (borderline OR avoidant OR dependent OR histrionic OR narcissistic OR obsessive-compulsive OR paranoid OR schizoid OR schizotypal) OR SMI OR severe mental illness OR psychiatric disorder* OR mental disorder)

Informatievoorziening en samen beslissen

Info:

- (((info*OR information*) OR ((info*OR information*) AND (provision OR availab* OR receive* OR needs))

Samen beslissen:

- (shared decision making OR shared decision* OR SDM OR (decision* OR decid*))

Voorbeeld volledige zoekterm

((patient* OR client*) AND (perspective* OR experience* OR narrative* OR expectat* OR prefere* OR satisfact* OR journey OR need*) AND ((depress* OR depressive symptom* OR mood disorder*) OR (personality disorder* OR (personality disorder* AND (borderline OR avoidant OR dependent OR histrionic OR narcissistic OR obsessive-compulsive OR paranoid OR schizoid OR schizotypal) OR SMI OR severe mental illness OR psychiatric disorder* OR mental disorder) AND (primary care OR primary health care OR PHC OR general practice) AND (((info*OR information*) OR ((info*OR information*) AND (provision OR availab* OR receive* OR needs)) OR ((shared decision making OR shared decision* OR SDM OR (decision* OR decid* OR decision-making))))

Bijlage B Informatiebrief zorgverleners

Uitnodiging voor deelname aan het onderzoek: 'Ervaringen van cliënten, huisartsen en praktijkondersteuners-GGZ m.b.t. keuzen in de behandeling in de zorgtrajecten persoonlijkheidsproblematiek en depressie'

Geachte huisarts,

Hierbij ontvangt u informatie over een onderzoek gericht op de zorgtrajecten depressie en Persoonlijkheidsproblematiek dat wij vanuit het Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg - uitvoeren. Het onderzoek wordt gefinancierd door Zorginstituut Nederland. Via deze brief wordt u gevraagd om mee te doen aan dit onderzoek.

Binnen het onderzoek worden meerdere huisartspraktijken benaderd om deel te nemen aan een interview onder hun huisartsen en praktijkondersteuners-GGZ. Ook wordt hen gevraagd om cliënten met een depressie of persoonlijkheidsstoornis via de bijgesloten 'Uitnodigingsbrief voor cliënten' te vragen om aan een eenmalig interview deel te nemen. Met dit onderzoek willen we leren van de ervaringen van eerstelijnszorgverleners en cliënten met de zorg die zij geven dan wel ontvangen en met de keuzes die zij daarin maken. Met deze ervaringen kunnen we de zorg voor mensen met een depressie of persoonlijkheidsstoornis verder verbeteren.

Bijgevoegd treft u het projectvoorstel aan. Als u na het lezen daarvan besluit om mee te doen, kunt u dit via een mail aan onderzoeker Désanne Noordam van het Nivel kenbaar maken. Zij zal u dan rechtstreeks benaderen voor het plannen van een afspraak en het geven van instructie omtrent het uitnodigen van cliënten. Voor uw inspanning kunnen we per huisartspraktijk een vergoeding van €500,- verstrekken.

Als u nog vragen heeft, kunt u een van de onderzoekers bellen of een email sturen. Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Sandra van Dulmen, programmaleider Nivel, s.vandulmen@nivel.nl, 030-2729703

Mede namens:

Désanne Noordam, junior onderzoeker, d.noordam@nivel, 030-2729663

Monique Heijmans, senior onderzoeker, m.heijmans@nivel.nl, 030-2729792

Informatiebrief cliënten
Informatiebrief over de studie: 'Ervaringen van mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek met de voorlichting en keuzen in de behandeling door de huisarts of praktijkondersteuner'

Waarom is deze studie belangrijk

Mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek krijgen van hun huisarts of de praktijkondersteuner-GGZ allerlei informatie over de verschillende soorten behandelingen die voor hen mogelijk zijn. Met deze informatie kunnen ze samen met de huisarts een keuze maken voor een bepaalde behandeling. Het is belangrijk dat zij een behandeling kiezen die het beste bij hen past. Op die manier kunnen zij het beste geholpen worden.

Graag willen we van mensen met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek zoals u weten wat zij vinden van de informatie over de behandeling die ze van de huisarts en praktijkondersteuner-GGZ hebben gekregen. Ook willen we graag van u horen hoe de keuze voor de behandeling tot stand is gekomen. Kon u daarover bijvoorbeeld voldoende meebeslissen? De uitkomsten van deze studie laten ons zien waarop eventueel verbetering in de zorg voor mensen met een depressie of persoonlijkheidsstoornis nodig is.

Wat betekent meedoen?

Als u meedoet, maakt de onderzoeker met u een afspraak voor een interview van ongeveer 1 uur. Dat interview kan telefonisch, via de computer of persoonlijk plaats vinden. Wat u prettig vindt. Van dit interview maakt de onderzoeker een geluidsopname en een schriftelijk verslag. Dit verslag krijgt u toegestuurd. U kunt dan kijken of het verslag klopt. U kunt er ook nog iets aan veranderen als u het er niet helemaal mee eens bent. Wanneer u het verslag goed vindt kunt u dit ondertekend aan ons terug sturen.

Geheimhouding

Alles wat u vertelt blijft geheim: alleen de onderzoekers weten wat u heeft gezegd. Nadat u het schriftelijke verslag heeft goedgekeurd, verwijderen wij de geluidsopname. We zullen het verslag zonder uw toestemming nooit aan anderen laten lezen. Uw naam wordt niet op het verslag genoteerd en zal nooit openbaar worden gemaakt.

Wilt u meedoen?

Als u mee wilt doen, tekent u het bijgevoegde toestemmingsformulier. Dit kunt u opsturen met de bijgevoegde antwoordenvolp (postzegel is niet nodig). U kunt ook online toestemming geven via ons online portal. Als u niet meedoet verandert er niets in de zorg die u van uw behandelaar krijgt. Voor uw deelname aan het interview krijgt u een cadeaubon van €25,-.

Als u vragen heeft kunt u onderzoeker Désanne Noordam (d.noordam@nivel.nl tel: 030-272 96 63) bellen of een email sturen.

Wij hopen dat u mee wilt doen met deze studie.

Alvast hartelijk bedankt,

De onderzoekers:

Sandra van Dulmen, programmaleider
Désanne Noordam, junior onderzoeker
Monique Heijmans, senior onderzoeker

Wanneer u vragen heeft die u liever niet aan de onderzoeker stelt, kunt u ook bellen of mailen met een onafhankelijke arts. Deze arts is niet betrokken bij de studie. Ze kan hier wel vragen over beantwoorden:

Dr. Janneke Hendriksen
J.Hendriksen@nivel.nl
tel: 030-2729634

Bijlage C Interviewschema zorgverleners

Introtekst

Graag willen we met dit interview meer te weten komen over uw ervaringen met volwassen cliënten met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek in uw praktijk. U heeft van ons vooraf informatie ontvangen. Was die informatie duidelijk of heeft u nog vragen?

Zoals aangegeven in de informatiebrief willen we het interview graag opnemen zodat het gesprek achteraf uitgetypt kan worden tot een verslag. Naderhand ontvangt u het interviewverslag, en indien u akkoord bent met de inhoud, wordt de opname van het interview permanent verwijderd. Gaat u akkoord? Dan wordt de opname en het interview nu gestart.

Achtergrond en ervaring (met GGZ-cliënten)

1. Hoelang bent u al werkzaam als huisarts/ POH-GGZ?
2. Ziet u volwassen cliënten met een depressie in uw praktijk? En ziet u cliënten met persoonlijkheidsproblematiek? Welke persoonlijkheidsproblematiek komt het meest voor in uw praktijk?
3. Hoeveel cliënten met een depressie ziet u gemiddeld wekelijks op uw spreekuur? En met persoonlijkheidsproblematiek?
4. Betreffen het vaak nieuwe cliënten of cliënten die u al heel lang kent? Zijn het cliënten met een verleden in de sGGZ of cliënten die vooral binnen de bGGZ behandeld zijn en worden?
5. Met welke zorgvragen bezoeken cliënten met depressie u veelal? En cliënten met persoonlijkheidsproblematiek? Is de zorgvraag meestal direct gerelateerd aan de depressie/ persoonlijkheidsstoornis of juist niet?
6. Is er de laatste jaren (en zo ja, vanaf wanneer ongeveer) een verandering merkbaar in het type zorgvraag en/of appèl dat cliënten met een depressie op u doen? En hoe is dat bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis? (bv. frequentie van spreekuur- of andere contacten, vragen om verwijzing/voorschriften); waar denkt u dat de verandering door komt?

Zorgfasen/trajecten

*Graag wil ik het nu in de rest van het interview met u hebben over het contact dat u met de cliënt heeft **vanwege de depressie of de persoonlijkheidsproblematiek**. U kunt op verschillende momenten in het zorgtraject van een cliënt contact hebben. Graag krijgen we meer inzicht in de momenten waarop u cliënten ziet vanwege hun depressie en/of persoonlijkheidsstoornis, hoe de zorg op dat moment dan verloopt en voor welke keuzes u dan staat. We onderscheiden de volgende fasen:*

Voor de interviewer:

Contactmomenten en zorgtrajecten

- Presentatie eerste klachten voor diagnose
- Diagnostiek + behandeling acute fase
- Onderhoudsbehandeling binnen basis-GGZ (bGGZ) of doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ (sGGZ)
- Crisissituaties

Keuzemomenten

- Directe verwijzing sGGZ
- Diagnostiek bGGZ – gesprekken bGGZ (met HA of POH-GGZ) – afsluiting in bGGZ

- Diagnostiek bGGZ – gesprekken bGGZ (met HA of POH-GGZ) – doorverwijzing sGGZ – afsluiting sGGZ
- Diagnostiek bGGZ – gesprekken bGGZ (met HA of POH-GGZ) – doorverwijzing sGGZ – terugverwijzing bGGZ

7. In welke fasen van hun zorgtraject heeft u vooral contact met cliënten met een depressie? En in welke fase met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek? (*we onderscheiden vóór diagnose, tijdens diagnose, behandeling, crisissituaties*); In welke fase is het contact het meest intensief?
8. Hoe verloopt tijdens deze fasen meestal de zorg die u biedt aan cliënten met een depressie? En aan cliënten met persoonlijkheidsproblematiek? In te gaan op:
 - Hoe komt het contact met de cliënt tot stand? (*cliënt komt zelf, wordt doorverwezen, wordt proactief uitgenodigd*)
 - Wat wordt er besproken of wat is het doel van het contact? [*bv. informeren, diagnostiek, monitoren, voorkomen van crisissituaties, medicatie, counseling*]
 - Welke keuzen moeten door u als behandelaar gemaakt worden?
 - Wie zijn allemaal betrokken in bij deze keuzen?
 - Vindt samenwerking/ afstemming met sGGZ plaats? Wanneer wel/niet? Hoe ervaart u de afstemming en samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen? Hoe vindt die afstemming doorgaans plaats? (mondeling, schriftelijk); Wat vindt u van de bereikbaarheid van de andere partijen? En is er bijvoorbeeld ook mogelijkheid tot overleg zonder een verwijzing?
 - Bij depressie: in hoeverre past u in de praktijk de NHG-zorgstandaarden voor depressie toe?
 - Voor D en P: Werkt u aanvullend nog met andere relevante richtlijnen, documenten of keuzehulpen voor beide aandoeningen? (bv. keuzehulp persoonlijkheidsstoornissen)
9. Heeft u in de zorg voor een cliënt met depressie of persoonlijkheidsproblematiek ook contact met naasten van de cliënt, zoals partner of familie?
 - Wanneer en hoe komt het contact tot stand?
 - Wat is de rol van naasten?

Graag wil ik in de rest van het interview ingaan op twee specifieke thema's, namelijk informatie en voorlichting, en samen beslissen.

Informatie en voorlichting

10. Bespreekt u (een vermoeden van) depressie met uw cliënt? En wanneer het (een vermoeden van) persoonlijkheidsproblematiek betreft? Waarom wel/niet?
 - Loopt u tegen uitdagingen aan (bv. (zelf)stigma) in het contact met deze cliënten en hoe gaat u daarmee om?)
 - Als u besluit om een cliënt door te verwijzen naar de sGGz, spreekt u dan wel het vermoeden van een bepaalde diagnose uit richting de cliënt?
11. Welke informatie is er voor u als zorgverlener over depressie en persoonlijkheidsproblematiek beschikbaar? En voor cliënten en naasten? Gebruikt u deze informatie ook in de zorg aan deze cliënten?
 - Op welke punten komt de beschikbare informatie inhoudelijk overeen met of wijkt deze af van de medische richtlijnen (bijv. de NHG-richtlijn Depressie)?
12. Specifieker: **welke informatie** krijgen cliënten met een depressie/persoonlijkheidsproblematiek over...

- Hun aandoening
- De behandelopties (*al dan niet medicamenteus, al dan niet met verwijzing, individueel/groep, tijdsbelasting, etc.*);
- Aanbieders in de regio

Hoe ziet de informatie er uit?

- Vorm en hoeveelheid
- Inhoud
- Begrijpelijkheid (bijv. tekst met weinig/geen technische taal of jargon)
- Hoe houdt u bij dit punt rekening met beperkt gezondheidsvaardige cliënten ? (bv. begrip checken)

Wie geeft deze informatie? (*huisarts/POH-GGZ/verwijzing naar cliëntenorganisatie of website*)

Op welk moment in het zorgtraject (*diagnose, doorverwijzing, behandeling, crisis etc.*)

13. Aan welk type informatie hebben cliënten met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek vooral behoefte volgens u? En op welk moment in het zorgtraject?
 - Ligt er vaak een bepaalde focus in de informatiebehoefte van cliënten met een depressie? En bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek? Verschilt die focus ook nog per zorgfase/traject?
14. Welke informatie vindt u zelf het belangrijkste om mee te geven?
 - Maakt u daarbij gebruik van keuzehulpen? (bijv. 'keuzehulp persoonlijkheidsstoornissen')
15. Hoe ervaart u het geven van informatie aan cliënten met depressie en persoonlijkheidsproblematiek? In termen van...
 - Tijd en (eigen) kennis over depressie en persoonlijkheidsproblematiek?
 - Wat mist u en heeft u suggesties voor verbetering?

Samen beslissen

We hebben het net gehad over de momenten waarop u contact heeft met de cliënt toe. Nu wil ik het graag met u hebben over de keuzes die in het zorgtraject van cliënten met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek worden gemaakt.

16. Hoe komen keuzes over het starten van een behandeling, de behandeling zelf of eventuele doorverwijzing tot stand? Neemt u daarin vooral het voortouw, beslist u daar samen met de cliënt over, of legt u die verantwoordelijkheid vooral bij de cliënt zelf?
17. Welke rol spelen naasten van de cliënt daarin? En verschilt dat voor cliënten met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek?
18. Vindt u dat cliënten met een depressie voldoende in staat zijn om samen met u tot een behandelbeslissing te komen? En cliënten met persoonlijkheidsproblematiek? Zo nee, wat zijn hiervoor (mogelijke) oorzaken? [*informatie, motivatie, stemming*]
19. Welke rol spelen emoties of stemming van cliënten met een depressie of persoonlijkheidsproblematiek bij het nemen van beslissingen over de zorg? En hoe gaat u daar mee om?
20. Hoe belangrijk vindt u het om samen met de cliënt en zijn of haar naasten te beslissen over keuzes in de diagnosestelling en behandeling van een depressie of persoonlijkheidsproblematiek? [*kunt u dat toelichten?*]
21. Het is mogelijk dat bepaalde factoren de keuze voor een behandeling of het proces van samen beslissen beïnvloeden bij mensen met een depressie of persoonlijkheidsstoornis.
 1. Heeft het type klachten van een cliënt (psychisch i.p.v. fysiek) voor u invloed op de manier waarop u aan samen beslissen doet?

2. Welke invloed hebben de wachtlijsten in de GGZ op het noemen van een bepaalde behandeloptie van depressie? En voor persoonlijkheidsproblematiek? Hoe beïnvloedt dat uw proces van informatievoorziening aan en samen beslissen met de cliënten?
 3. Welke invloed heeft de bekostiging van de GGZ op de (keuzen in de) behandeling van depressie? En op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen? En beïnvloedt bekostiging (eigen risico) vooral uw overwegingen of die van de cliënten?
22. Wat doet u om de invloed van die factoren zoveel als mogelijk te beperken?

Overige punten

Zijn er nog andere aspecten rondom het zorgtraject voor mensen met een depressie of persoonlijkheidsstoornis die niet aan bod zijn gekomen en die u graag zou willen benoemen/bespreken?

Bijlage D Interviewschema cliënten

“In dit onderzoek zijn wij geïnteresseerd in uw ervaringen met de zorg en behandeling die u ontvangt voor uw depressie of persoonlijkheidsprobleem. Wij doen dit onderzoek in opdracht van Zorginstituut Nederland. We zijn vooral benieuwd hoe u betrokken wordt bij de keuzes die bij de diagnose en de behandeling gemaakt moeten worden. En wat uw ervaringen zijn met de communicatie met uw zorgverleners en de informatie die u heeft gekregen van uw zorgverleners in de verschillende fasen van de behandeling. Het kan zijn dat u te maken heeft met verschillende zorgverleners. We willen het tijdens dit gesprek vooral hebben over uw contacten met zorgverleners in de huisartspraktijk.

Informatiepakket

[Indien wij nog geen toestemmingsverklaring hebben ontvangen: “Graag zou ik met u eerst het toestemmingsformulier doornemen. Daarmee geeft u aan dat wij u goed geïnformeerd hebben over het onderzoek en dat u goed heeft begrepen waar dit onderzoek over gaat en dus akkoord bent met deelname”. Toestemmingformulier doorlopen, de opname dan stopzetten en daarna een nieuwe opname voor het interview beginnen]

Geschatte tijdsduur

“Het interview zal ongeveer een uur tot anderhalf uur duren. Als u wilt, kunnen we op de helft van het interview een pauze inlassen waarna ik u terugbel om het interview verder af te ronden.”

Privacy

“De gegevens die we van u verzamelen worden anoniem behandeld. Dat wil zeggen dat niemand zal weten dat u het bent die deze antwoorden geeft. Ook hoeft u vragen niet te beantwoorden als u dat niet wilt en kunt u altijd stoppen met het interview.”

Opnemen telefoongesprek

“Verder zou ik dit telefoongesprek ook graag willen opnemen. Dan kunnen wij goed naar u luisteren en later alles uitschrijven. Uw antwoorden op de geluidsopname worden opgeslagen in een veilige omgeving (waar alleen de direct betrokken onderzoekers bij kunnen) zolang als het onderzoek duurt. Na afloop van het onderzoek wordt de geluidsopname vernietigd. Mocht u dat willen, dan kunt u na afronding van dit onderzoek over een paar maanden het onderzoeksrapport ontvangen.”

Cadeaubon

“Om u te bedanken voor uw deelname, hebben wij een cadeaubon voor u van 25 euro. Deze sturen we direct na het interview naar u op via de post”.

“Heeft u tot zover vragen? Is alles duidelijk voor u?”

“Dan start ik nu de audio-opname en kan het interview beginnen.”

Inleiden

Zoals ik al aangaf willen we graag in gesprek met mensen die ervaring hebben met een depressie of een persoonlijkheidsprobleem.

- Is dit bij u het geval? Waarvan is bij u sprake?
- Is hiervoor ooit bij u een officiële diagnose gesteld? Zo ja door wie?
- Wie beschouwt u op dit moment als uw belangrijkste behandelaar? En ziet u op dit moment ook nog andere zorgverleners in het kader van uw depressie/ persoonlijkheidsprobleem?
- [indien men niet de huisarts noemt of POH-GGZ: Heeft u in verband met uw depressie/ persoonlijkheidsprobleem ook contact met de huisarts/ praktijkondersteuner-GGZ ?]
- Zo nee, komt uw depressie of persoonlijkheidsprobleem wel eens ter sprake als u voor andere klachten bij de huisarts of bij een medewerker van de huisartspraktijk bent?

Graag wil ik het kort met u hebben over het moment waarop bij u de diagnose werd gesteld

- Wanneer was dat?
- Had u daarvoor al lang klachten?
- Bent u met uw klachten bij de huisarts geweest?
- Hoe zag de zorg er toen uit (kreeg u gesprekken, vond diagnostiek plaats, werd u verwezen?)
- Indien verwezen: Heeft de huisarts met u besproken waarom hij/zij u heeft doorverwezen?
- Wie stelde uiteindelijk de diagnose?

Uw behandeling nu

- Waar bestaat uw behandeling op het moment uit? Hoe lang heeft u deze behandeling al?
- Met welke zorgverleners heeft u op dit moment contact in verband met uw depressie/ persoonlijkheidsprobleem? (huisarts, POH-GGZ, psycholoog, SPV, GZ-psycholoog, psychiater, coach, creatief therapeut etc.)
- Zijn mensen uit uw omgeving (partner/ familie) ook bij de behandeling betrokken of hebben zij ook contact met uw zorgverleners? Zo ja, op welke manier?
- Heeft u in het verleden andere of vergelijkbare behandelingen gehad? Had u toen met andere zorgverleners te maken?
- Vindt u dat er in de loop van de tijd wat veranderd is in de behandeling die u krijgt of in uw contacten met zorgverleners? Zo ja wat? En waar ligt dat aan denkt u?
- Kunt u kort aangeven hoe uw behandeling sinds uw eerste klachten is verlopen? [*Probeer met cliënt in kaart te brengen hoe zijn zorgtraject is gelopen. Te beginnen bij Eerste klachten Diagnose Behandeling Eventuele door of terugverwijzing en crisismomenten waarbij het het gemakkelijkste is om steeds de zorgverlener te noteren; vat samen om te kijken of het klopt.*]

Informatie

Graag willen we u nu een aantal vragen stellen over de informatie die u heeft gehad van uw zorgverleners in het kader van uw depressie/persoonlijkheidsprobleem en de behandeling daarvan

- Vindt u dat u over het algemeen goed geïnformeerd bent
 - over uw aandoening?
 - over de zorg die krijgt?
 - over behandelmogelijkheden die er zijn?

- over de keuzes die gemaakt worden in de behandeling?
- Informatievoorziening per zorgfase: zorgfasen langslopen en vragen of de cliënt bij elke fase informatie en voorlichting heeft ontvangen (ja/nee antwoorden) *We hebben het net gehad hoe u behandeling is verlopen sinds het begin van uw klachten. Graag wil ik stilstaan bij het moment van eerste klachten/ diagnose en bij de behandeling nu (en eventuele crisis situaties)*

Eerste klachten/ gesprek huisarts:

- Wat herinnert u zich nog van *het eerste klachten gesprek met de huisarts?*
- Had u behoefte aan bepaalde informatie in uw eerste klachtengesprek met de huisarts?
 - Welke informatie wilde u graag krijgen? En kreeg u die ook?
- Welke informatie heeft u ontvangen over...
 - de klachten die horen bij een depressie/persoonlijkheidsproblematiek?
 - de behandel mogelijkheden
 - aanbieders van behandelingen (in de regio)
- Hoe heeft u die informatie ontvangen? (mondeling, folder, internet) En van wie?
 - Wat vond u van de ontvangen informatie? (begrijpelijk, voldoende, etc.)
 - Had u de ontvangen informatie misschien eerder of later (opnieuw) willen ontvangen?
- Heeft u informatie gemist?

Diagnostisch onderzoek (indien van toepassing)

- Is er bij u ook diagnostiek uitgevoerd? Zo ja door wie en hoe?
- Hoe werd de diagnose gesteld? [diagnostisch onderzoek, gesprekken]; kreeg u informatie over het onderzoek?
- Is duidelijk uitgelegd wat de diagnose inhoudt en wat het betekent voor uw dagelijks leven? Kon u vragen stellen?
- Werd u duidelijk uitgelegd wat de vervolgstappen zijn voor behandeling en welke behandel mogelijkheden u had?

Behandeling nu

- Waar of bij wie bent u het meest tevreden over de informatie die u krijgt? [kort uitdiepen waardoor dat kwam]
- En andersom: waar of bij wie bent u niet zo tevreden over de informatie die u krijgt? [kort uitdiepen waardoor dat kwam]
- Heeft u zelf wel eens informatie opgezocht over depressie/persoonlijkheidsproblematiek?
 - Welke bronnen heeft u daarvoor gebruikt? (bv. thuisarts.nl)
 - Bent u geweest op een cliëntenvereniging? Waar (site)/door wie?
 - Heeft u weleens contact gezocht met andere mensen met een depressie/persoonlijkheidsproblematiek, of met een ervaringsdeskundige?
- Heeft u voldoende informatie om in het dagelijks leven met de klachten van uw depressie/persoonlijkheidsprobleem om te gaan? Weet u waar en wanneer u hulp kan krijgen als dat nodig is?
- Is er informatie die u mist en die u wel graag zou willen krijgen?

Communicatie en informatie in de huisartspraktijk

- Vindt u dat medewerkers in de praktijk begrijpelijk en duidelijk met u communiceren? Waarom wel/niet?
- Krijgt u voldoende mogelijkheden om vragen te stellen en worden die vragen ook voldoende beantwoord? Waarom wel/niet
- Is er in het algemeen voldoende tijd tijdens de consulten met uw huisarts om de dingen die u wilt bespreken te bespreken?

Samen beslissen

- Zijn er wel eens beslissingen genomen in uw behandeling? Welk besluit was dat? (wel of niet behandelen?/wel of niet verwijzen/ keuze voor bepaalde medicatie/ keuze voor betrekken familie etc)
- Werd u voldoende betrokken bij die keuzes, dat wil zeggen werd er gevraagd wat u er van vond of wilde?
- Werden uw naasten ook betrokken bij de keuzes? Indien Ja, op welke manier en wat vond u er van? Indien nee had u dat wel gewild?
- Had u het idee dat u voldoende informatie kreeg om een besluit te kunnen nemen?
- Kreeg u voldoende tijd om te beslissen?
- Vond u dat de huisarts uw mening en voorkeuren voldoende heeft meegenomen in het besluit?
- Heeft de huisarts aangegeven dat u nog terug kon komen op het besluit?
- Heeft de huisarts aangegeven dat geen behandeling volgen ook een optie was?
- [Over de keuze voor een bepaalde behandeling] In hoeverre speelden de volgende punten een rol in uw keuze voor een bepaalde behandeling.
 - De kosten en eventuele wachtlijsten
 - De bereikbaarheid en (goede/slechte) naam/reputatie van aanbieders
 - Andere factoren
- In hoeverre kreeg u door de huisarts/POH een keuze tussen de verschillende (soorten) aanbieders voorgelegd?

Bejegening

- Hoe tevreden bent u in het algemeen over de behandeling van uw huisarts of de POH-GGZ
- Zijn er dingen die volgens u beter kunnen?

Zijn er nog andere dingen die niet aan bod zijn gekomen met betrekking tot uw behandeling maar die u wel graag zou willen noemen?