

Richtlijn consultatieve psychiatrie

INITIATIEF

5 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

ORGANISATIE

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

10 FINANCIERING

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

COLOFON

RICHTLIJN CONSULTATIEVE PSYCHIATRIE

15

© 2008 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Email: info@nvvp.net

Alle rechten voorbehouden.

20 De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor
25 Psychiatrie aanvragen.

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en
30 projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Intentieverklaring

35 Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen beredeneerd afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

40 De richtlijn Consultatieve Psychiatrie is een binnen de psychiatrische beroepsgroep overeengekomen gedragslijn voor gepast medisch-psychiatrisch handelen, die gebaseerd is op wetenschappelijke literatuur en het inzicht van experts, en die gedragen wordt door de leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

45 De richtlijn is een leidraad voor het uitvoeren van psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings, zoals de huisartsenpraktijk, de somatische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, verpleeghuizen en categorale instellingen. Besproken worden de context, modellen en effectiviteit van psychiatrische consultgeving in deze settings, en de manier waarop een consult lege artis uitgevoerd dient te worden. In dit laatste opzicht is deze richtlijn een verbijzondering van de in 2004 verschenen 'Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen' (Richtlijncommissie psychiatrisch onderzoek bij volwassenen 2004).
50 Evenals bij deze richtlijn geldt ook voor de consultatieve psychiatrie dat de volgorde en uitgebreidheid van de gedurende het consult te verzamelen informatie bepaald wordt door de

situatie waarin het onderzoek plaatsvindt en de toestand van de patiënt. Ook hier speelt de vaardigheid van de psychiater op het gebied van anamnese en onderzoek een rol. Verder wordt ingegaan op contextspecifieke aspecten zoals de rol van de psychiater in een multidisciplinair werkveld en de specifieke organisatorische, administratieve, ethische en juridische aspecten.

De psychiaters uit de werkgroep zijn allen klinisch werkzaam en hebben praktijkervaring in het uitvoeren van psychiatrische consulten in de huisartsenpraktijk, algemene en academische ziekenhuizen, verpleeghuizen en categorale instellingen. Alle werkgroepleden hebben zonder belangenverstrengeling meegewerkt aan het totstandkoming van de richtlijn.

Verantwoording

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft in 2006 opdracht gegeven tot het maken van de *Richtlijn Consultatieve Psychiatrie* en heeft op voordracht van de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) de voorzitter en de leden van de richtlijncommissie benoemd. Uit het veld en uit de samenleving was om een dergelijke richtlijn gevraagd. De richtlijn is ontwikkeld volgens de 'evidence based richtlijn ontwikkeling' (EBRO)-systematiek en gefinancierd door het Ministerie van VWS op voordracht van de Begeleidingscommissie Richtlijnen van de Orde van Medisch Specialisten (OMS). De NVvP is verantwoordelijk voor de inhoud van de richtlijn en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is verantwoordelijk voor de methodiek van de richtlijnontwikkeling. De richtlijncommissie heeft vervolgens de *state of the art* vastgesteld en een conceptrichtlijn gemaakt op grond van wetenschappelijke en praktijkkennis. Deze conceptrichtlijn is procedureel getoetst door de CKZ, volgens het 'appraisal of guidelines and evaluation' (AGREE) - instrument. Na een positief advies van de CKZ is de richtlijn vastgesteld op 13 februari 2008 door het bestuur van de NVvP, en gepubliceerd in *{maand en jaar toevoegen}*. De richtlijn heeft een maximale geldigheidsduur van vijf jaar, tenzij op grond van de commentaren, de wetenschappelijke ontwikkelingen of andere opvattingen binnen de beroepsgroep een herziening eerder nodig wordt geacht.

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

INHOUDSOPGAVE

	1. Samenvatting	
5	2. Algemene inleiding	
	2.1. Probleemstelling en aanleiding	
	2.2. Begripsbepaling en definities	
	2.3. Afbakening onderwerp	
	2.4. Vraagstellingen	
10	2.5. Doelstelling	
	2.6. Richtlijngebruikers	
	2.7. Samenstelling werkgroep	
	2.8. Werkwijze werkgroep	
	2.9. Wetenschappelijke onderbouwing	
15	2.10. Implementatie en evaluatie	
	2.11. Juridische betekenis van richtlijnen	
	2.12. Autorisatie	
	2.13. Herziening	
20	2. Intercollegiale consulten aan de huisarts	
	3.1. De context van het consult	
	3.2. Modellen van consultgeving	
	3.3. Effectiviteit van consulten in de huisartsenpraktijk	
	- 3.3.1. Geraadpleegde literatuur	
25	- 3.3.1. Samenvatting literatuur	
	- 3.3.3. Conclusies	
	- 3.3.4. Overige overwegingen	
	- 3.3.5. Aanbevelingen	
30	4. Intercollegiale consulten in algemene en academische ziekenhuizen, verpleeghuizen en categorale instellingen	
	4.1. De context van het consult	
	4.2. Modellen van consultgeving	
	4.3. Effectiviteit van consulten in instellingen	
35	- 4.3.1. Geraadpleegde literatuur	
	- 4.3.1. Samenvatting literatuur	
	- 4.3.3. Conclusie	
	- 4.3.4. Overige overwegingen	
	- 4.3.5. Aanbevelingen	
40	5. Het psychiatrisch consult	
	5.1. Het proces van consultgeving	
	- 5.1.1. Inleiding	
	- 5.1.2. Geraadpleegde literatuur	
45	- 5.1.3. Het psychiatrisch consult	
	- 5.1.3.1. Samenwerkingsafspraken	
	- 5.1.3.2. De aanvraag van het consult	
	- 5.1.3.3. De vraagstelling van het consult	
	- 5.1.3.4. Verzamelen van voorkennis	
50	- 5.1.3.5 Contact met de patiënt	

	- 5.1.3.5.1. Tijdstip en plaats
	- 5.1.3.5.2. Communicatie met de patiënt
	- 5.1.3.5.3. Eerste kennismaking
	- 5.1.3.5.4. Psychiatrische beoordeling
5	- 5.1.3.6. Verslaglegging
	- 5.1.3.7. Behandeling en follow-up contacten
	- 5.1.3.8. Afsluiting van het consult
	- 5.1.3.9. Registratie van activiteiten en verrichtingen
	5.2. De opvolging van consultadviezen
10	- 5.2.1. Inleiding
	- 5.2.2. Geraadpleegde literatuur
	- 5.2.3. Samenvatting van de literatuur
	- 5.2.4. Conclusies
	- 5.2.5. Overige overwegingen
15	- 5.2.6. Aanbevelingen
	6. De rol van de consultatief psychiater in een multidisciplinair veld
	6.1. Samenwerking met andere consultgevende disciplines
	6.2. Indicaties voor psychiatrische consultatie
20	6.3. Conclusies
	6.4. Aanbeveling
	7. De rol van de psychiater bij medisch-ethische vraagstukken
	7.1. Inleiding
25	7.2. Conclusie
	7.3. Aanbeveling
	8. Juridische aspecten
	8.1. Advisering versus medebehandeling
30	8.1.1. Inleiding
	8.1.2. Conclusie
	8.1.3. Aanbeveling
	8.2. Telefonische supervisie versus eigen beoordeling
	8.2.1. Inleiding
35	8.2.2. Conclusie
	8.2.3. Aanbeveling
	8.3. WGBO versus wet BOPZ
	8.3.1. Inleiding
	8.3.2. Conclusie
40	8.3.3. Aanbeveling
	9. Organisatorische aspecten
	9.1. Inbedding van de consultatief psychiater in de organisatie
	9.1. Inleiding
45	9.2. Conclusie
	9.3. Aanbeveling
	9.2. Bestaffing
	9.1. Inleiding
	9.2. Conclusies
50	9.3. Aanbevelingen

9.3. Ruimtelijke faciliteiten

9.1. Inleiding

9.2. Conclusie

9.3. Aanbeveling

5

10. Beleid en implementatie

10.1. Wat is de beste manier om implementatie van deze richtlijn te bevorderen?

10.2. Conclusies

10.3. Overige overwegingen

10

10.4. Aanbevelingen

11. Mogelijke prestatie-indicatoren voor intern gebruik

11.1. Inleiding

11.2. Structuurindicatoren

15

11.3. Procesindicatoren

12. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Appendix 1: verklarende woordenlijst

SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, Academisch Ziekenhuis Maastricht (voorzitter werkgroep)
- 5 - Dr. A.D. Boenink, psychiater, VUMC, Amsterdam
- Mw. drs. J.J. van Croonenborg, senior adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO Utrecht (secretaris werkgroep tot september 2006)
- Dr. J.J.E. van Everdingen, secretaris Medische Wetenschappelijke Raad, CBO, Utrecht (secretaris werkgroep vanaf september 2006)
- 10 - Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater, Trimbos Instituut, Utrecht en VUMC, Amsterdam
- N.C. van der Laan, psychiater, Altrecht sectie ouderenpsychiatrie, Utrecht
- Dr. H. van Marwijk, huisarts, Almere
- Dr. T.W.D.P. van Os, psychiater, GGZ Friesland
- 15 - Dr. H.N. Sno, psychiater, Zaan Medisch Centrum, Zaandam
- Dr. R.J.M. Strack van Schijndel, internist-intensivist, VUMC, Amsterdam

HOOFDSTUK 1. SAMENVATTING

1.1. Inleiding

5

In dit hoofdstuk wordt in secties 1.2 t/m 1.4 een opsomming gegeven van de vraagstellingen, conclusies, overige overwegingen en aanbevelingen van die onderwerpen die op basis van een systematisch literatuuronderzoek werden bestudeerd. Met betrekking tot de vraag hoe een psychiatrisch consult 'lege artis' uitgevoerd wordt, werd gezien de aard van de vraagstelling geen samenvatting gemaakt en wordt verwezen naar sectie 5.1. In sectie 1.5 wordt een opsomming gegeven van de conclusies en aanbevelingen van die onderwerpen die niet op basis van een systematische literatuurstudie bestudeerd werden.

10

15 1.2. Is psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk effectief?

1.2.1. Conclusies

Niveau 1	Psychiatrische consulten in het kader van collaborative care in de huisartsenpraktijk zijn effectief bij patiënten met depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen. <i>A1: Bower et al 2006; Gilbody et al. 2006 A2: Unützer et al 2006, Katon et al 1992, Van der Feltz-Cornelis et al 2006 B: Smith et al 1986, Smith et al 1995</i>
----------	--

Niveau 1	De effectiviteit van psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk is hoger indien geregeld consulten worden gegeven op vaste tijden en aan professionals met goede psychiatrische expertise. <i>A1: Gilbody et al. 2006</i>
----------	---

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk effectiever is wanneer gebruik gemaakt wordt van een zgn. 'consultation letter'. <i>A2: Van der Feltz-Cornelis et al 2006 B: Smith et al 1986, Smith et al 1995</i>
----------	--

20

Niveau 3	Psychiatrische consulten in de huisartsenpraktijk verbeteren waarschijnlijk de diagnostiek en behandeling van depressies bij patiënten met een hoge medische consumptie. <i>B: Katon 1992</i>
----------	--

1.2.3. Overige overwegingen

Onderzoek naar de effectiviteit van psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk heeft vooral plaatsgevonden in de setting van 'collaborative care'. In de modellen van de hier besproken onderzoeken heeft de psychiater altijd de patiënt daadwerkelijk gezien en gesproken. Het concept collaborative care als complexe interventie in de eerste lijn met daarin ingebed psychiatrische consulten maakt het moeilijk de specifieke bijdrage van het psychiatrisch consult in de complexe interventie te meten. Wel kan gesteld worden dat collaborative care effectief is, terwijl voor psychiatrische consultgeving alléén in deze setting nauwelijks evidence voor handen is. Alleen in het onderzoek van Katon et al. (1992) betreft de enige interventie een psychiatrisch consult. In sommige onderzoeken wordt gebruik gemaakt van een 'consultation letter', waarbij er dus ook weer andere factoren meespelen dan alleen het advies van de psychiater (Smith et al 1986; Smith et al 1995).

25

30

Een poging om de effectieve ingrediënten van collaborative care bij depressieve stoornissen te identificeren werd gedaan in een ‘metaregressie’-analyse over 34 studies in de eerste lijn. Hierin werd als significante predictor van effect van de interventie de mate van adherentie aan consultadviezen gevonden. Indien onderzoeken uit de Verenigde Staten en die welke

5 daarbuiten plaatsvonden apart worden geanalyseerd, dan werd voor de onderzoeken buiten de VS gevonden dat een positieve uitkomst geassocieerd is met een systematische screening van patiënten op depressie, het gebruik van casemanagers met een psychiatrische achtergrond en het geven van regelmatige consulten en supervisie door psychiaters aan casemanagers (Unützer et al 2006).

10 Alle onderzoek in de eerste lijn beperkt zich tot patiënten met depressies en somatoforme stoornissen, zodat de bevindingen niet generaliseerbaar zijn tot psychiatrische consultgeving aan huisartsen bij andere psychische klachten of aandoeningen. Dit is echter ook conform de opzet van dergelijke consultgeving waarbij het doel is dat huisartsen patiënten met

15 depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen zelf blijven behandelen, en daar dan ondersteuning middels consultgeving voor nodig hebben. Voor andere stoornissen ligt een verwijzing vaak meer voor de hand en is een consult dus niet aan de orde. Bij onderzoek naar patiënten met somatoforme stoornissen wordt bovendien vaak als uitkomstparameter de vermindering van medische consumptie en gerelateerde kosten genomen, terwijl dit geen indicatie hoeft te zijn van een verbetering in de symptomatologie of kwaliteit van leven van

20 patiënten.

1.2.4. Aanbevelingen

De werkgroep adviseert om:

- Psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk zo mogelijk in te bedden in een bredere samenwerking van collaborative care
- Door middel van liaisoncontacten de basisexpertise van consultvragers op het terrein van psychiatrische diagnostiek en behandeling te trachten te verhogen.
- Indien psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk wordt geboden, deze structureel in te passen in de praktijkvoering en op vaste tijden te laten verrichten door vaste consultgevers.
- In geval van consultgeving in de huisartsenpraktijk gebruik te maken van een zogenoemde ‘consultation letter’, een geschreven consultadvies met daarin een behandelplan dat niet alleen aan de huisarts maar ook aan de patiënt wordt verstrekt en met hem besproken.

25 1.3. Zijn psychiatrische consulten in het ziekenhuis of categorale instellingen effectief?

1.3.1. Conclusies

Niveau 1	<p>Het is aannemelijk dat psychiatrische consulten in de ziekenhuis- en verpleeghuissetting effectief zijn; voor de effectiviteit van éénmalige beoordelingen op geleide van screening is evenwel geen bewijs voorhanden. Echter, de effectiviteit wordt vaak gemeten in termen van vermindering van ligduur en/of kostenbesparing, en niet of niet alleen in termen van symptoomreductie of verbeterde prognose</p> <p><i>A1 Herzog, Stein et al 2003; C Saravay 1996</i></p>
----------	--

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat in <i>geselecteerde populaties</i> protocollaire screening, gevolgd door consultatie en liaison activiteiten effectiever is dan uitsluitend</p>
----------	---

	consultgeving op verzoek. <i>A2 Saravay 1996; B Levitan en Kornfeld 1981; Strain, Lyons et al 1991</i>
--	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat consultgeving ten behoeve van een Spoedeisende Hulp afdeling vanuit een eigen psychiatrische consultatieve dienst effectiever is dan consultgeving door een externe instantie of door niet-psychiatrisch specialisten <i>B Brown 2005</i>
----------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het verrichten van liaisonactiviteiten een positief effect op consultvragers heeft en leidt tot meer en betere verwijzingen, een grotere adherentie met medicatieadviezen, en meer tevredenheid van de consultvrager. <i>C Schubert, Billowitz et al. 1989; Scott, Fairbairn et al. 1988; De Leo, Baiocchi et al. 1989; Swansinck, Lee et al. 1994</i>
----------	--

1.3.2. Overige overwegingen

5 Er is in deze literatuursearch gezocht naar de effectiviteit van psychiatrische consulten in het algemeen, vanuit een ziektebeeldoverstijgend perspectief. Het zoeken naar effectiviteit van specifieke psychiatrische interventies bij specifieke syndromen, zoals bijvoorbeeld bij het delier, werd niet geacht te behoren tot de doelstelling van de richtlijnwerkgroep. Er kunnen dientengevolge ook geen uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van specifieke
10 interventies bij gedefinieerde ziektebeelden of patiëntenpopulaties. Hiervoor wordt verwezen naar de betreffende ziektebeeldgebonden richtlijnen.

Opmerkelijk is dat onderzoek naar de effectiviteit van de consultatieve psychiatrie zich vooral gericht heeft op ligduurverkorting en/of kostenbesparing, en in mindere mate op klinische uitkomstmaten als symptoomreductie en verbetering van prognose. Enerzijds is dit
15 begrijpelijk, maar er kunnen ook kanttekeningen bij geplaatst worden. De combinatie van het gegeven dat veel psychopathologie in de somatische setting niet onderkend wordt met het gegeven dat somatische patiënten met psychiatrische comorbiditeit meer kosten en langer opgenomen zijn in de algemene gezondheidszorg, geeft aanleiding tot de hypothese dat psychiatrische consulten kunnen bijdragen aan ligduurverkorting en kostenreductie. Echter:
20 economische overwegingen horen niet de enige factor te zijn in afwegingen. Verbeterde prognose en betere kwaliteit van zorg horen afgewogen te worden tegen de kosten van zorg. Wanneer voor psychiatrische zorg geldt dat deze zichzelf moet terugbetalen, ongeacht de voordelen voor patiënten, terwijl dat voor somatische aandoeningen niet geldt, dan kan dat leiden tot discriminatie tussen ziektebeelden en bevolkingsgroepen (Sturm 2001). Ook het
25 feit dat er een robuuste associatie is van psychiatrische stoornissen en een hogere medische consumptie betekent niet automatisch dat betere psychiatrische zorg ook kostenbesparend werkt, of zou moeten werken (Sturm 2001).

1.3.3. Aanbevelingen

Om de effectiviteit van psychiatrische consulten te verhogen adviseert de werkgroep:

- het opzetten van screeningsactiviteiten in geselecteerde patiëntenpopulaties, gericht op detectie van de meest voorkomende psychiatrische problemen en het vroegtijdig opsporen van ‘complexe’ patiënten.
- vervolcontacten te verrichten indien na een eerste consult een advies tot verdere diagnostiek of behandeling gegeven wordt
- te investeren in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten op consultvragende

- afdelingen de consultatieve psychiatrie en liaisonactiviteiten zomogelijk te organiseren vanuit het algemeen of academisch ziekenhuis zelf, en niet vanuit een externe organisatie

1.4. Welke factoren zijn geassocieerd met een betere opvolging van adviezen?

5 1.4.1. Conclusies

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien deze adviezen eerder tijdens de opname of tijdens de periode van medebehandeling gegeven worden. <i>C Popkin et al 1981; Huijse et al 1992; Huijse et al 1993</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien er na een eenmalig consult follow-up contacten plaats vinden <i>C Popkin et al 1981</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien er behalve consulten ook liaisonactiviteiten verricht worden <i>C De Leo et al 1989</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien de consultgever zelf medicatieorders aan de verpleging van de consultvragende afdeling geeft <i>C Wise et al 1987</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien het professionele niveau van de consultgever hoger is. <i>C Lanting et al 1984</i>

10

1.4.2. Overige overwegingen

Op twee na alle onderzoeken vonden plaats in academische ziekenhuizen waar consultatieve psychiatrie een speciaal aandachtsgebied was. Slechts één onderzoek in de huisartsenpraktijk werd gevonden, terwijl er eveneens slechts één onderzoek in een verpleeghuis gesitueerd was. Voor veel van de genoemde associaties is slechts beperkt bewijs uit één onderzoek voorhanden. Bovendien zijn veel onderzoeken zuiver beschrijvend en is bij een vergelijking van de mate van opvolging van adviezen geen statistische toets gebruikt.

15

Bij het zelf uitschrijven van medicatieorders op consultvragende afdelingen in het ziekenhuis is de consultgever niet alleen verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie, en de eventuele interacties of complicaties, maar ook voor een goede communicatie hierover met de behandelend arts, die ten alle tijden het overzicht over de totale behandeling van de patiënt moet houden.

20

1.4.3. Aanbevelingen

De werkgroep adviseert in geval van consulten in het algemeen of academisch ziekenhuis om:

- door middel van liaisonactiviteiten te trachten te bevorderen dat de consultvrager voor patiënten waarbij een psychiatrisch consult wenselijk wordt geacht, dit zo vroeg mogelijk tijdens de opname aanvraagt.
- na een eerste beoordeling zo mogelijk vervolcontacten af te spreken ten einde na te gaan of de gegeven adviezen voor diagnostiek en behandeling ook daadwerkelijk zijn opgevolgd, en zo nodig hierop aan te dringen of hier zelf zorg voor te dragen
- waar mogelijk afspraken te maken over de mogelijkheid van de consultgever om zelf medicatieorders aan de verpleging van de consultvragende afdeling te laten geven
- in instellingen waar de consulten in hoofdzaak door assistenten psychiatrie worden gedaan, de zorg zodanig te organiseren dat de superviserend psychiater zoveel mogelijk directe betrokkenheid heeft met de consultatieve patiëntenzorg en idealiter elke patiënt ook zelf ziet

1.5. Overige conclusies en aanbevelingen

5

1.5.1. De rol van de psychiater in een multidisciplinair team.

Conclusie

Niveau 4	De consultatief psychiater is veelal werkzaam in een multidisciplinair team waarbij afgrenzing van taken en verantwoordelijkheden met andere disciplines niet altijd even duidelijk zijn.
----------	---

10 Aanbeveling

De werkgroep adviseert om daar waar er sprake is van multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten de onderlinge werkverdeling tussen de disciplines wordt vastgelegd in een document, waarbij er rekening moet worden gehouden met de specifieke expertise van de verschillende disciplines en zorg moet worden gedragen voor de toewijzing van specifiek medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater.

1.5.2. De rol van de psychiater bij complexe medisch-ethische problemen

15 Conclusie

Niveau 4	Er zijn verschillende opvattingen over de rol van de psychiater bij complexe medisch-ethische problemen.
----------	--

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat de psychiater in bepaalde gevallen een zinvolle bijdrage kan leveren aan de besluitvorming rondom complexe medisch-ethische vragen. In hoeverre de individuele psychiater deze rol wenst te vervullen hangt af van diens opvatting over zijn taken in het algemeen, en in de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis.

20 1.5.3. Onderscheid tussen advisering en medebehandeling

Conclusie

Niveau 4	De werkwijze en verantwoordelijkheden van de consultatief psychiater bij consulten en medebehandelingen zijn niet altijd duidelijk.
----------	---

Aanbeveling

De werkgroep adviseert om de werkwijze en verantwoordelijkheden van de consultatief psychiater in het geval van een 'consult' en 'medebehandeling' in schriftelijke vorm vast te leggen voor de betreffende instelling, zolang hierover geen juridische consensus bereikt is.

5

1.5.4. Telefonische versus bedside supervisie

Conclusie

Niveau 4	In het geval van multidisciplinaire samenwerking stelt de professionele norm dat de psychiater alleen behandelverantwoordelijkheid kan nemen voor patiënten die hij zelf gezien heeft. In het geval van arts-assistenten in opleiding tot psychiater zal de mate van ervaring de aard en intensiteit van de supervisie bepalen.
----------	---

10

Aanbeveling

De werkgroep adviseert dat de consultatief psychiater alle patiënten voor wie hij behandelverantwoordelijkheid neemt zelf ook ziet, met uitzondering van patiënten gezien door arts-assistenten in opleiding tot psychiater van wie gebleken is dat zij voldoende competent zijn om patiënten in de consultatieve setting zelfstandig te beoordelen.

1.5.5. De WGBO versus de BOPZ

15

Conclusie

Niveau 4	De regelgeving en jurisprudentie op het terrein van somatische dwangbehandeling bij ter zake wilsbekwame of wilsonbekwame patiënten met een psychiatrische stoornis is niet eenduidig.
----------	--

Aanbeveling

De werkgroep adviseert om in geval van onduidelijkheden omtrent het juridische kader bij een patiënt bij wie somatische dwangbehandeling wordt overwogen, een juridisch advies bij de instellingsjurist in te winnen, indien het uitstel van de behandeling, die gepaard gaat met het inwinnen van dit advies, geen additioneel gezondheidsrisico voor de patiënt oplevert.

20

1.5.6. De inbedding van de consultatieve psychiatrie in de organisatiestructuur

Conclusie

Niveau 3	Psychiatrische consulten zijn effectiever wanneer de consultatief psychiater in dienst is van het ziekenhuis waar hij consulten verricht.
----------	---

Aanbeveling

De werkgroep adviseert om consultatief psychiaters zodanig aan te stellen dat een zo goed mogelijke inbedding in de setting waarin hij zijn consulten verricht gegarandeerd is.

25

1.5.7. Ruimtelijke faciliteiten op de SEH

Conclusie

Niveau 4	De veiligheid op de Spoedeisende Hulp (SEH) kan worden bevorderd door de ruimte waar psychiatrische beoordelingen plaatsvinden zodanig te positioneren dat hier vanuit een centrale ruimte toezicht mogelijk is, het plaatsen van een tweede deur als vluchtweg, en het aanleggen van een alarmsysteem.
----------	---

5

Aanbeveling

De werkgroep adviseert om met name in spoedeisende settingen bij het plannen van de ruimtelijke faciliteiten de veiligheid van de consultatief psychiater mede een rol te laten spelen.

HOOFDSTUK 2. ALGEMENE INLEIDING

2.1 Probleemstelling en aanleiding

5 Zowel in de huisartsenpraktijk als in algemene en academische ziekenhuizen is de kwaliteit en effectiviteit van de consultatieve psychiatrie in de afgelopen jaren onderwerp van discussie geweest.

In de huisartsenpraktijk bestaan al lange tijd vormen van ondersteuning bij het herkennen, behandelen en begeleiden van patiënten met psychische problemen en psychiatrische stoornissen. In de vorige eeuw hielden Querido, Van Ravenszwaay en Gersons zich hier mee bezig (Querido 1955; Van Ravenszwaay 1972; Gersons 1977). De psychiater kwam langs in de huisartsenpraktijk en besprak patiënten met de huisarts. Ook reflecteerden huisartsen in Balint-groepen. Eind jaren tachtig werden deze vormen van consultatie niet langer ondersteund en stierven een zachte dood. In plaats daarvan kwamen 10 trainingsprogramma's voor huisartsen, die weliswaar goedkoper waren, maar geen afdoende antwoord waren op het toenemende aantal verwijzingen naar GGZ-voorzieningen door huisartsen. In 1999 werd daarom door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) opnieuw een 'consultatieregeling' in het leven geroepen. Doel van de regeling was dan ook om door middel van consultgeving in de eerste lijn huisartsen te adviseren en te 15 ondersteunen in de hoop dat zij patiënten met psychische problematiek en psychiatrische stoornissen weer zelf zouden gaan behandelen, samen met het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en eerstelijnspsychologen, om op die manier het 'dichtslibben' van de GGZ voorzieningen te voorkomen (Verhaak, Groenendijk et al. 2006). Onder deze regeling werden vele vormen van ondersteuning aan de huisarts vergoed, die alle 'consultatie' werden 20 genoemd. Een evaluatie van de consultatieregeling vond plaats in het kader van het project 'Tussen de lijnen' (Meijer, Zantinge et al. 2003). Hierbij bleek dat consultatievormen waarbij de psychiater de patiënt zelf niet zag, bijvoorbeeld bij consulten door niet-psychiaters, zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en), of bij groepsintervisie en casusbesprekingen, niet het beoogde effect hadden. Deze vormen van consultgeving leidden 25 zelfs tot een toename van het aantal verwijzingen naar de GGZ met 40% (Meijer, Zantinge et al. 2004). Patiëntgebonden consulten door de psychiater bleken wél het gewenste effect te hebben, maar ondanks deze constatering bleken veel GGZ-instellingen geen psychiaters in te zetten voor het verrichten van consulten in de eerste lijn. Daarnaast werden ook de grote variatie in vorm en effectiviteit van consultatie in de eerste lijn door de Nederlandse 30 Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) onwenselijk geacht (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) 2003). Deze beide factoren leidden er uiteindelijk toe dat de consultatieregeling in 2005 weer werd stopgezet.

Op het gebied van de ziekenhuispsychiatrie werd in 2004 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een 35 inventarisatie uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. Een dergelijke inventarisatie werd noodzakelijk geacht omdat de ziekenhuispsychiatrie in de laatste 10 jaar niet meer systematisch geëvalueerd was, terwijl juist in deze periode grote organisatorische 40 veranderingen hadden plaatsgevonden. Één van deze ontwikkelingen was de vorming van Regionale GGZ Centra (RGC's) waarbinnen in het kader van 'vermaatschappelijking' van de psychiatrie alle psychiatrische functies, inclusief de ziekenhuis – en consultatieve psychiatrie moesten worden ondergebracht. In 2004 concludeerde de minister van VWS dat RGC- vorming onbedoeld geleid had tot een slechtere positie van de ziekenhuispsychiatrie, hetgeen 45 ook zijn weerslag had gehad op de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrische patiëntenzorg 50

(Hoogervorst 2004; Robben and Tietema 2005). De belangrijkste bevinding van het oriënterende onderzoek van de inspectie was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Dezelfde constatering werd gedaan met betrekking tot de consultatieve psychiatrie. Deze variatie maakte het moeilijk om een oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings; anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben and Tietema 2005).

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft in deze ontwikkelingen reden gezien om een werkgroep in te stellen met als opdracht het opstellen van een richtlijn voor het verrichten van psychiatrische consulten, die tot meer uniformiteit en transparantie moet leiden. De commissie werd medio 2005 ingesteld en begon de facto medio 2006 haar werkzaamheden.

2.2. Begripsbepaling en definities

Voor consultatieve activiteiten binnen de psychiatrie zijn historisch een aantal nauw gerelateerde benamingen ontstaan die soms naast elkaar gebruikt worden. Om verwarring te voorkomen wordt in onderstaande uitleg gegeven over de meest gebruikte termen.

‘Consultatieve psychiatrie’ is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts in de eerste lijn. Deze psychiaters verrichten intercollegiale psychiatrische ‘consulten’ in niet-psychiatrische settings. Deze richtlijn heeft betrekking op de consultatieve psychiatrie.

Er bestaat vaak verwarring over de term ‘consult’ en ‘consultatie’. ‘Psychiatrische consultatie’ is een begrip dat sterk verbonden is met het Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-denken uit de zestiger jaren toen Caplan zijn modellen voor ‘mental health consultation’ introduceerde (Caplan 1963). Bij ‘consultatie’ gaat het hier primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie (zie verder), waarbij in algemene zin adviezen met betrekking tot patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term ‘consultatieve psychiatrie’ geprefereerd boven ‘psychiatrische consultatie’. In het Vlaams taalgebied heeft ‘consultatie’ weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

‘Liaisonpsychiatrie’ is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain 2002). Hoewel consultatieve psychiatrie naar mening van de werkgroep samen hoort te gaan met liaisonpsychiatrie, en liaisonpsychiatrie de effectiviteit van consultatieve psychiatrie kan vergroten, heeft deze richtlijn niet primair betrekking op de liaisonpsychiatrie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term ‘consultgeving’. Een verklarende woordenlijst is opgenomen in appendix 1.

2.3. Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische

patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen. De werkgroep heeft ervoor
5 gekozen om zich te beperken tot de consultatieve *setting*, d.w.z. het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de huisartsenpraktijk, somatische afdelingen van een ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen. Met nadruk werd ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten
10 behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen. Deze richtlijn is verder beperkt tot de volwassenen- en ouderenpsychiatrie. Vanwege de specifieke context en uitvoering van kinderpsychiatrische consulten heeft deze richtlijn niet primair betrekking op intercollegiale consulten kinderpsychiatrie. Daarnaast heeft deze richtlijn vanwege onduidelijkheden wat
15 betreft de juridische context geen betrekking op consulten op verzoek van niet-artsen, waaronder psychologen en psychotherapeuten, hoewel de wijze van consultvoering niet sterk zal verschillen. Tenslotte werd gezien de doelstelling van de richtlijn (zie 2.5) er niet voor gekozen om andere disciplines die binnen de consultatieve psychiatrie werkzaam zijn bij deze richtlijn te betrekken, zoals consultatief - of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, nurse
20 practitioners of physician assistants.

2.4. Vraagstellingen

Deze richtlijn wil antwoord geven op de volgende uitgangsvragen:

1. Wat is de effectiviteit van psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk?
25 (zie 3.3. Effectiviteit van consulten in de huisartsenpraktijk)
2. Wat is de effectiviteit van psychiatrische consultgeving in instellingen? (zie 4.3. Effectiviteit van consulten in instellingen)
3. Hoe moet een psychiatrisch consult lege artis worden uitgevoerd? (zie 5.1. Het proces van consultgeving)
- 30 4. Welke factoren zijn geassocieerd met een betere opvolging van adviezen gegeven door de consultatief psychiater? (zie 5.2. De opvolging van adviezen)

Naast deze uitgangsvragen worden in deze richtlijn de context en modellen van consultgeving toegelicht en worden de volgende juridische en organisatorische onderwerpen besproken: de rol van de consultatief psychiater in een multidisciplinair veld, de rol van de consultatief
35 psychiater bij medisch-ethische vraagstukken, juridische aspecten van advisering versus medebehandeling, van telefonische versus bedside supervisie, en de afgrenzing van WGBO versus BOPZ. Organisatorische aspecten die besproken worden betreffen de inbedding van de consultatief psychiater in de organisatie, bestaffing, en ruimtelijke faciliteiten.

2.5. Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat
45 een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen er aan gesteld mogen worden ('producttypering'). Tenslotte kan het gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar wil zij een standaard voor
50 een bepaald proces (het verrichten van een consult) vastleggen. In de beschrijving van de

uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2004 verschenen ‘Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen’ (NVvP 2004).

Zoals reeds in de intentieverklaring gesteld, is de richtlijn geen dwingend protocol dat voorschrijft hoe een consult verricht moet worden. Wel is de richtlijn een leidraad die de in een consult te verzamelen informatie en het te verstrekken advies expliciteert. De wijze waarop de informatie verzameld en gewogen moet worden is niet geëxpliciteerd. Hierbij spelen enerzijds de kennis en ervaring van de psychiater een rol, terwijl anderzijds de toestand van de patiënt vaak beperkingen oplegt.

2.6. Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en psychiaters in opleiding. Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om met name aan medici die psychiatrische consulten aanvragen duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen. Tenslotte kan de richtlijn gebruikt worden om te toetsen of een psychiatrisch consult lege artis heeft plaatsgevonden.

2.7. Samenstelling werkgroep

Voor een goed bruikbare richtlijn is een breed draagvlak van doorslaggevend belang. Omdat de richtlijn betrekking heeft op psychiatrisch handelen is aanvankelijk gekozen voor een monodisciplinaire werkgroepsamenstelling. Hierbij is gestreefd naar een diversiteit in primaire referentiekaders, werksettingen en geografische spreiding. Wat betreft de primaire referentiekaders hebben de verschillende werkgroepleden specifieke kennis en ervaring in het verrichten van intercollegiale consulten aan zowel huisartsen, als collega medisch specialisten in het ziekenhuis, het verpleeghuis, en/of andere categorale instellingen. Wat betreft de werksettingen zijn werkgroepleden werkzaam in algemene en academische ziekenhuizen, en GGZ instellingen. Omdat permanente feedback door de belangrijkste consultvragers onontbeerlijk werd geacht, werd reeds vroeg in het proces een huisarts en een internist, beide met ervaring in het samenwerken met consultatief psychiaters, als volwaardig lid toegevoegd aan de werkgroep, die daarmee multidisciplinair werd. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO verleende methodologische en secretariële ondersteuning.

2.8. Werkwijze werkgroep

De werkgroep heeft gedurende één jaar (7 vergaderingen) aan de totstandkoming van een conceptrichtlijntekst gewerkt. In eerste instantie werden de op te nemen onderdelen vastgesteld. Vervolgens werd daar waar er sprake was van concrete vraagstellingen die uit wetenschappelijke publicaties beantwoord konden worden literatuuronderzoek verricht. De getraceerde artikelen werden beoordeeld met behulp van de standaard beoordelingsformulieren van het CBO. Daar waar geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden was, werd afgegaan op consensusdocumenten en ‘expert-opinions’. Het betreft hier niet alleen meningen van de werkgroepleden, maar ook de in tijdschriftartikelen en handboeken gepubliceerde meningen van internationale experts. De concepttekst van elk afzonderlijk onderdeel werd door twee of drie werkgroepleden geschreven. Tijdens de vergaderingen werden de conceptteksten toegelicht en bediscussieerd. Bij divergente meningen werd binnen de werkgroep middels discussie consensus bereikt.

Door de NVvP werd het concept van deze richtlijn ter becommentariëring voorgelegd aan twee externe referenten. Daarnaast was de concept-richtlijn voor alle leden gedurende drie

maanden toegankelijk via website van de NVvP, en kon via deze weg ook commentaar op het concept worden gegeven. Op basis van de ontvangen reacties werd de conceptrichtlijn op enkele punten aangepast. Vervolgens werd het herziene concept voorgelegd aan de belangrijkste vertegenwoordigers van consultvragers: het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse vereniging voor Neurologie (NVN), de Nederlandse Vereniging voor Chirurgie (NVC), alsook aan de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP). De NIV en de NFZP onderschreven de richtlijn. Van de overige beroepsverenigingen heeft slechts één inhoudelijk commentaar geleverd, hetgeen niet tot verdere aanpassing van de richtlijn heeft geleid. Uiteindelijk werd de richtlijn getoetst door de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) van de NVvP en geaccordeerd door het hoofdbestuur van de NVvP.

2.9. Wetenschappelijke onderbouwing

Bij de ontwikkeling van de richtlijn is getracht waar mogelijk gebruik te maken van wetenschappelijke onderzoeksgegevens. Enkele concrete vraagstellingen werden met behulp van systematisch literatuuronderzoek beantwoord. Waar mogelijk werd hierbij de in 2003 verschenen uitgebreide richtlijn 'Konsiliar- und Liaisonpsychosomatiek und -psychiatrie' van enkele Duitse beroepsverenigingen onder auspiciën van de Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als uitgangspunt genomen (Herzog, Stein et al. 2003). Deze richtlijn heeft op vele punten een systematisch literatuuronderzoek gedaan over de periode tot en met 1999. Daar waar vraagstellingen overeenkwamen heeft de werkgroep zich beperkt tot het aanvullen van deze richtlijn met literatuuronderzoek vanaf 2000.

De wetenschappelijke evidentie beperkte zich evenwel tot een beperkt aantal vraagstellingen. Voor het merendeel van haar adviezen was de werkgroep aangewezen op 'expert-opinions'. Voor wat betreft de uitvoering van het psychiatrische consult werden deze 'expert-opinions' gevonden in een beperkt aantal artikelen in wetenschappelijke tijdschriften, en in de betreffende hoofdstukken van leer- en handboeken op het gebied van de consultatieve psychiatrie. Alleen daar waar geen evidentie of gepubliceerde 'expert opinion' voorhanden was werd consensus verkregen op basis van de persoonlijke ervaring en de mening van de werkgroepleden.

De betrouwbaarheid, validiteit en doelmatigheid van het verzamelen van onderdelen van de richtlijn dienen verder empirisch onderzocht te worden. Het initiëren van wetenschappelijk onderzoek wordt door de werkgroep sterk aanbevolen.

2.10. Implementatie en evaluatie

In de verschillende fasen van de ontwikkeling van het concept van de richtlijn is zoveel mogelijk rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen.

De richtlijn wordt verspreid naar alle relevante beroepsgroepen en ziekenhuizen. Ook wordt is een samenvatting van de richtlijn ter publicatie aangeboden in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, het Tijdschrift voor Psychiatrie, en er zal in verschillende specifieke vaktijdschriften aandacht worden besteed aan de richtlijn.

Om de implementatie en evaluatie van deze richtlijn te stimuleren, zijn enkele indicatoren benoemd aan de hand waarvan de implementatie kan worden gemeten. Indicatoren geven zorgverleners in het algemeen de mogelijkheid te evalueren of zij de gewenste zorg leveren. Zij kunnen daarmee ook onderwerpen voor verbeteringen van de zorgverlening identificeren.

2.11. Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar inzichten en aanbevelingen die zo veel mogelijk op 'de best beschikbare' wetenschappelijke evidentie gebaseerd zijn en die artsen en andere hulpverleners houvast bieden om kwalitatief goede zorg te verrichten. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt' kunnen psychiaters in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van de richtlijn is, als de situatie van de patiënt dit vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken dient dit echter beargumenteerd te kunnen worden en gedocumenteerd te worden.

2.12. Autorisatie

De richtlijn is geautoriseerd door Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, en becommentarieerd door de Nederlandsche Internisten Vereeniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap.

2.13. Herziening

Uiterlijk in 2012 wordt door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, na raadpleging van of op advies van andere aan de richtlijn participerende verenigingen, bepaald of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om eerder een herzieningstraject te starten.

Literatuur

1. Caplan G. Types of mental health consultation. *Amer J Orthopsych* 1963; 33: 470-81.
2. Gersons BPR. De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Academisch proefschrift. Alphen aan den Rijn: Samson, 1977
3. Herzog T, Stein B, et al., Eds. *Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, 2003.
4. Hoogervorst, H. (2004). *Wijziging RGC-beleid*. Den Haag, Ministry of Health, Well-being and Sport, 2003.
5. Meijer SA, Zantinge EM, et al. Evaluatie eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eindrapportage landelijk onderzoek. Utrecht: Nivel, 2004.
6. Meijer SA, Zantinge EM, et al. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ: een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Tweede interim rapportage. Utrecht: Nivel, 2003.
7. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Notitie eerste lijn*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2003.
8. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Herziene profielschets psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2005.
9. Querido A. Early diagnosis and treatment service. Elements of a community health program. Milbank Memorial Fund, 1955.
10. Ravenszwaaij JF van. *Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Meppel: Boom, 1972.
11. Richtlijncommissie psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen*. Amsterdam: Boom, 2004.
12. Robben PBM, Tietema W. "Ziekenhuispsychiatrie niet transparant." *Med Cont* 2005; 60: 1071-4.
13. Strain JJ. Liaison psychiatry. Consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill. MG Wise, JR Rundell. Washington, American Psychiatric Press, 2002: 33-48.

HOOFDSTUK 3. INTERCOLLEGIALE CONSULTEN AAN DE HUISARTS

3.1. De context van het consult

5 Psychiatische beoordelingen in de huisartsenpraktijk verschillen in een aantal opzichten van
beoordelingen in primair psychiatische settings. Wellicht het belangrijkste verschil is het
feit dat de huisarts poortwachter van de geestelijke gezondheidszorg is. Bij patiënten die zich
in de huisartsenpraktijk met psychische klachten presenteren is de huisarts de eerste die een
10 diagnose stelt en een behandeling of verwijzing voorstelt. Óf een patiënt inderdaad
doorverwezen wordt hangt af van de mate van herkenning van de psychische klachten door
de huisarts, en van zijn bereidheid deze klachten zelf te behandelen. In het filtermodel van
Goldberg en Huxley werkt de huisarts dus voor het eerste verwijsfilter (Goldberg and Huxley
1980). Dit is een belangrijk verschil met patiënten die in de tweede lijn gezien worden: zij
zijn immers al akkoord gegaan met een verwijzing en geven hier impliciet mee aan dat zij
15 niet negatief staan tegenover verdere diagnostiek of behandeling. Wanneer psychiatische
consulten plaatsvinden in de huisartsenpraktijk, dan is het belangrijk zich te realiseren dat
ook de consultgever op dat moment vóór het verwijsfilter opereert. Er zal meer aandacht
moeten zijn voor uitleg en motivering van de patiënt voor behandeling of verwijzing.

Een ander verschil is dat de huisarts als consultvrager, in tegenstelling tot de medisch
20 specialist die een consult aanvraagt, verantwoordelijk is voor de integrale zorg van de patiënt,
een langdurig behandelcontract met de patiënt heeft, en doorgaans ook de behandelaar is van
partner en kinderen, zodat hij een goed zicht heeft op het systeem rond de patiënt. Dit alles
leidt tot andere overwegingen bij het aanbieden van of aandringen op verdere diagnostiek en
behandeling. De huisarts kan niet zoveel druk op de patiënt uitoefenen dat deze zich aan zijn
25 zorg onttrekt, en bovendien kunnen loyaliteitsconflicten naar andere personen uit de
omgeving optreden, alsook gewetensconflicten. De consultgever dient oog te hebben voor
deze factoren, die een rol kunnen spelen bij het beleid van de huisarts.

Tenslotte is het goed te realiseren dat de contextuele organisatie van
huisartsenpraktijken sterk kan verschillen. Steeds meer huisartsen werken niet meer als solist,
30 maar vormen groepspraktijken en organiseren zich in gezondheidscentra, waar ook
paramedici beschikbaar zijn voor het verlenen van zorg. Soms is er een samenwerkingsrelatie
met psychologen of maatschappelijk werkenden, die vaak al betrokken zijn bij de patiënt
waarvoor een consult wordt aangevraagd.

3.2. Modellen van consultgeving

De modellen van consultgeving in de huisartsenpraktijk worden doorgaans beschreven in de
termen die door Caplan in de jaren zestig van de vorige eeuw geformuleerd zijn. Caplan
onderscheidde vanuit het 'community mental health' perspectief vier verschillende soorten
van consultgeving, door hem 'consultatie' genoemd (Caplan 1963). De eerste vorm is de
40 'patient-centered case consultation', waarbij de psychiater de patiënt zelf spreekt. De tweede
vorm is de 'consultee-centered case consultation' die meer het karakter van een intervisie
heeft, waarbij de psychiater de consultvrager adviezen geeft over hoe om te gaan met een
patiënt die hij zelf niet heeft beoordeeld. De derde vorm is de 'programme-centered
administrative consultation' waarbij de organisatie van de behandeling centraal staat. De
45 vierde vorm tenslotte is de 'consultee-centered administrative consultation', waarbij de rol
van de consultvrager in de organisatie van de behandeling aan de orde komt.

In deze richtlijn gaat het om de patiëntgecentreerde consultgeving. Ook hierin zijn er
verschillende mogelijkheden te onderscheiden. Het psychiatrisch consult in strikte zin kan
plaatsvinden op de lokatie van de psychiatrische praktijk: het 'diagnostisch adviescentrum'

(DAC) model, of op de lokatie van de huisartsenpraktijk: het ‘poortwachter-consulten’ (POCO) model (Buis 1990; Van der Feltz-Cornelis 2002). Bij deze laatste variant is de huisarts aanwezig bij het consult, hetgeen het gezamenlijk opstellen van een behandelplan vergemakkelijkt.

5 In de praktijk is psychiatrische consultgeving vaak ingebed in een groter samenwerkingsverband, waarbij ook andere disciplines, en met name psychiatrisch verpleegkundigen, een functie hebben. Dergelijke samenwerkingsmodellen kunnen in de praktijk op verschillende manieren vormgegeven worden, al naar gelang de psychiatrische voorzieningen en de doelgroep (Starfield 1973; Pincus 1987). Een model dat steeds meer in
10 zwang raakt is de zogenoemde ‘collaborative care’. De meest gangbare vorm van ‘collaborative care’ is die waarbij een case-manager, meestal een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de patiënt in de huisartsenpraktijk regelmatig spreekt en het beloop van de psychische stoornis volgt. De behandeling vindt plaats volgens een tevoren in overleg met de psychiater opgesteld behandelplan dat op regelmatige tijden geëvalueerd en zonodig
15 bijgesteld wordt. Beck onderscheidt vier doelen van ‘collaborative care’: het verbeteren van de toegankelijkheid tot de GGZ, het verbeteren van de kwaliteit van de psychiatrische behandeling en de uitkomst hiervan, en het verbeteren van communicatie tussen de huisarts en de specialist (Beck, 2004).). Bower, Gilbody en Katon geven de volgende, meest gehanteerde definitie van collaborative care: samenwerking tussen minstens twee van de drie
20 volgende professionals: een huisarts, een nurse-care manager en een consultant psychiater, bij de behandeling van psychiatrische stoornissen in de eerste lijn.

3.3. Effectiviteit van consulten in de huisartspraktijk

25 3.3.1. Geraadpleegde literatuur

Voor het beantwoorden van de vraagstelling hoe effectief psychiatrische consulten in de huisartspraktijk zijn werd een systematische review van de literatuur verricht.

Zoektermen: ‘consult’, ‘consultation’, ‘CL psychiatry’, ‘CL letter’, ‘primary care’, ‘general practice’, ‘collaborative care’, ‘psychiatry’, en ‘mental health’, alle gecombineerd met
30 ‘treatment’.

Limits: Als limits werden de talen Nederlands, Engels, Duits of Frans ingesteld.

Resultaat: Deze search leverde 11 hits op, waarvan 1 haalbaarheidsonderzoek, 7 gerandomiseerde en gecontroleerde trials (RCTs), 1 studieprotocol, 2 meta-analyses en 1 systematische review over collaborative care.

35 *Overige literatuur:* De Cochrane library gecontroleerd op lopende meta-analyses. Dit leverde onderzoeksprotocol op met de titel ‘CL letters’ voor patiënten met somatoforme stoornissen in de eerstelijnssetting (Hoedeman et al. 2007). Daarnaast werd in de Trimbos Bibliotheek gezocht op onderzoeken op het gebied van consultgeving. Dit leverde de evaluatiestudie op van ‘Tussen de lijnen’, het proefschrift van W. Buis, en een onderzoek van Bensing naar de
40 kwaliteit van communicatie bij consultgeving in de eerste lijn. Drie RCTs die de werkgroep bekend waren, maar niet in de search naar boven kwam werd ook beoordeeld (Unnutzer et al. 2006; Smit et al. 2006; Conradi et al. 2007).

Overige literatuur:

45 *Selectie van literatuur:* Alleen de meta-analyses en de gerandomiseerde onderzoeken werden in deze richtlijn beoordeeld. Hierbij werden de onderzoeken die reeds in de meta-analyse waren opgenomen niet nog eens separaat beschreven.

3.3.2. Samenvatting literatuur

Vanwege de vele mogelijke benamingen, benaderingen en organisatievormen van zorg is het niet goed mogelijk in te schatten hoe compleet de opbrengst van het literatuuronderzoek is geweest. Er is maar beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van psychiatrische consultatie in de huisartsenpraktijk. Bovendien vonden de meeste van deze onderzoeken plaats bij patiënten met een depressieve stoornis of somatoforme stoornis, zodat conclusies alleen voor deze patiëntengroepen gelden, en niet naar psychiatrische consultgeving aan de huisarts in het algemeen gegeneraliseerd kan worden.

De geïncludeerde meta-analyses zijn weergegeven in tabel 3.1, terwijl de geïncludeerde RCT's in tabel 3.2 zijn opgesomd. In de meta-analyse van Gilbody et al. (2006) werden 37 onderzoeken geïncludeerd, met in totaal 12355 patiënten, die de invloed van 'collaborative care' op de behandeling en prognose van depressies bestudeerden. Bij 'collaborative care' was er sprake van een 'care manager', een consultgevend psychiater, en een 'tracking system'. Na zes maanden bleken patiënten in de 'collaborative care' condition duidelijk minder depressieve klachten te hebben dan in de 'care as usual' conditie. Ook na vijf jaar was er nog een verschil ten gunste van de 'collaborative care' te zien. De auteurs vonden een associatie van deze betere uitkomst met een betere therapietrouw. Daarnaast bleek de wijze van consultatie aan de case-managers geassocieerd met een betere uitkomst: als de supervisie geregeld wordt gegeven, op vaste tijden, en aan professionals met goede psychiatrische expertise.

De tweede meta-analyse had als vraagstelling de identificatie van actieve ingrediënten van 'collaborative care' bij patiënten met een depressie, maar deed ook een uitspraak over het effect van 'collaborative care' (Bower et al. 2006). In deze meta-analyse werden 34 onderzoeken geïncludeerd met in totaal 11.606 patiënten. In de 'collaborative care' conditie was er sprake van meer gebruik van antidepressiva (OR 1.92) en een betere uitkomst wat betreft depressieve symptomen (gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD): 0.24). De grootste in deze meta-analyse geïncludeerde trial bericht verder dat patiënten in de 'collaborative care' conditie na twaalf maanden ook tevredener waren en bovendien minder functionele beperkingen hadden en een betere kwaliteit van leven (Unützer et al 2006).

De meeste RCT's die niet in een meta-analyse zijn opgenomen hebben betrekking op somatiserende patiënten. Katon et al (1992) onderzochten het effect van psychiatrische consultgeving aan 18 eerstelijnsartsen in twee eerstelijnsklinieken bij 'distressed high users'. In geval van psychiatrische consultgeving bleken huisartsen 38% vaker antidepressiva voor te schrijven en bleek tevens de therapietrouw van patiënten hoger. Smith et al. onderzochten in twee studies het effect van een psychiatrisch consult dat ook een zogenaamde 'consultation letter', een geschreven consultadvies met daarin een behandelplan aan huisarts en patiënt, gebruikte bij somatiserende patiënten. De eerste studie volgde een cross-over design en had een follow-up van 18 maanden. In beide groepen werd in de interventieconditie een afname van medische kosten gezien van 53 respectievelijk 49%. Deze kostenreductie was met name het gevolg van verminderde hospitalisatie (Smith 1986). De tweede studie had een follow-up van 24 maanden, en vond een afname van de kosten van medische consumptie van 33% gezien ten opzichte van 'care as usual' (Smith 1995). Van der Feltz Cornelis et al. vergeleken het effect van 'collaborative care' training en consultgeving versus training van huisartsen zonder psychiatrische consultgeving bij de behandeling van somatiserende patiënten in de huisartsenpraktijk. In de interventiegroep verminderde de ernst van de onverklaarde somatische klachten met 58%, terwijl ook het sociaal functioneren beter was dan dat van de controlegroep en de kosten van medische consumptie minder.

In twee recent gepubliceerde RCT's wordt het effect van een depressiepreventieprogramma bestaande uit gestructureerde psycho-educatie alléén of met toevoeging van psychiatrisch consult of cognitieve gedragstherapie vergeleken met 'care as usual' na respectievelijk 6

maanden en drie jaar. Bij beide follow-up duren was er geen toegevoegd effect van een psychiatrisch consult. In alle condities was er een grote reponse. De gevolgde randomisatieprocedure leidde bovendien tot ongelijke groeps grootten, waarbij de groep die een psychiatrisch consult onderging beduidend kleiner was dan de andere groepen (Smit et al., 2006; Conradi et al., 2007)

Buis onderzocht in een open en ongecontroleerd onderzoek het effect van een diagnostisch adviescentrum (DAC) op verwijfsstromen naar de GGZ. De mogelijkheid van een psychiatrisch consult in een DAC leidde tot meer verwijfsingen naar de GGZ voor diagnostiek en advies, en tot minder verwijfsingen voor behandeling (Buis 1990).

3.3.3. Conclusies

Niveau 1	Psychiatrische consulten in het kader van collaborative care in de huisartsenpraktijk zijn effectief bij patiënten met depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen. <i>A1: Bower et al 2006; Gilbody et al. 2006 A2: Unützer et al 2006, Katon et al 1992, Van der Feltz-Cornelis et al 2006 B: Smith et al 1986, Smith et al 1995</i>
----------	--

Niveau 1	De effectiviteit van psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk is hoger indien geregeld consulten worden gegeven op vaste tijden en aan professionals met goede psychiatrische expertise. <i>A1: Gilbody et al. 2006</i>
----------	---

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk effectiever is wanneer gebruik gemaakt wordt van een zgn. 'consultation letter'. <i>A2: Van der Feltz-Cornelis et al 2006 B: Smith et al 1986, Smith et al 1995</i>
----------	--

Niveau 3	Psychiatrische consulten in de huisartsenpraktijk verbeteren waarschijnlijk de diagnostiek en behandeling van depressies bij patiënten met een hoge medische consumptie. <i>B: Katon 1992</i>
----------	--

3.3.4. Overige overwegingen

Onderzoek naar de effectiviteit van psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk heeft vooral plaatsgevonden in de setting van 'collaborative care'. In de modellen van de hier besproken onderzoeken heeft de psychiater altijd de patiënt daadwerkelijk gezien en gesproken. Het concept collaborative care als complexe interventie in de eerste lijn met daarin ingebed psychiatrische consulten maakt het moeilijk de specifieke bijdrage van het psychiatrisch consult in de complexe interventie te meten. Wel kan gesteld worden dat collaborative care effectief is, terwijl voor psychiatrische consultgeving alléén in deze setting nauwelijks evidence voor handen is. Alleen in het onderzoek van Katon et al. (1992) betreft de enige interventie een psychiatrisch consult. In sommige onderzoeken wordt gebruik gemaakt van een 'consultation letter', waarbij er dus ook weer andere factoren meespelen dan alleen het advies van de psychiater (Smith et al 1986, Smith et al 1995).

Een poging om de effectieve ingrediënten van collaborative care bij depressieve stoornissen te identificeren werd gedaan in een 'metaregressie'-analyse over 34 studies in de eerste lijn. Hierin werd als significante predictor van effect van de interventie de mate van adherentie aan consultadviezen gevonden. Indien onderzoeken uit de Verenigde Staten en die welke daarbuiten plaatsvonden apart worden geanalyseerd, dan werd voor de onderzoeken buiten de VS gevonden dat een positieve uitkomst geassocieerd is met een systematische screening van patiënten op depressie, het gebruik van casemanagers met een psychiatrische achtergrond en

het geven van regelmatige consulten en supervisie door psychiaters aan casemanagers (Unützer et al 2006).

5 Alle onderzoek in de eerste lijn beperkt zich tot patiënten met depressies en somatoforme stoornissen, zodat de bevindingen niet generaliseerbaar zijn tot psychiatrische consultgeving aan huisartsen bij andere psychische klachten of aandoeningen. Dit is echter ook conform de opzet van dergelijke consultgeving waarbij het doel is dat huisartsen patiënten met depressieve stoornissen en somatoforme stoornissen zelf blijven behandelen, en daar dan ondersteuning middels consultgeving voor nodig hebben. Voor andere stoornissen ligt een verwijzing vaak meer voor de hand en is een consult dus niet aan de orde. Bij onderzoek naar 10 patiënten met somatoforme stoornissen wordt bovendien vaak als uitkomstparameter de vermindering van medische consumptie en gerelateerde kosten genomen, terwijl dit geen indicatie hoeft te zijn van een verbetering in de symptomatologie of kwaliteit van leven van patiënten.

15 3.3.5. Aanbevelingen

De werkgroep adviseert om:

- Psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk zo mogelijk in te bedden in een bredere samenwerking van collaborative care
- Door middel van liaisoncontacten de basisexpertise van consultvragers op het terrein van psychiatrische diagnostiek en behandeling te trachten te verhogen.
- Indien psychiatrische consultgeving in de huisartsenpraktijk wordt geboden, deze structureel in te passen in de praktijkvoering en op vaste tijden te laten verrichten door vaste consultgevers.
- In geval van consultgeving in de huisartsenpraktijk gebruik te maken van een zogenoemde 'consultation letter', een geschreven consultadvies met daarin een behandelplan dat niet alleen aan de huisarts maar ook aan de patiënt wordt verstrekt en met hem besproken.

Tabel 3.1 Overzicht van evidence van de effectiviteit van psychiatrische consulten uit meta-analyses

Studie	type	Setting	interventies	uitkomstmaat	bevindingen	niveau van bewijs
Bower 2006	meta-analyse	depressieve patiënten in de huisartsenpraktijk	collaborative care	1. ernst depressieve klachten 2. therapietrouw met antidepressiva	collaborative care was geassocieerd met: 1. minder depressieve klachten na behandeling 2. betere therapietrouw met antidepressiva	A1
Gilbody 2006	meta-analyse	depressieve patiënten in de huisartsenpraktijk	collaborative care	1. ernst depressieve klachten 2. therapietrouw met antidepressiva	collaborative care was geassocieerd met: 3. minder depressieve klachten na behandeling 4. betere therapietrouw met antidepressiva	A1

Tabel 3.2 Overzicht van studies naar de effectiviteit van psychiatrische consultatie in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en categorale instellingen. (RCT = randomized controlled trial).

Studie	Type	populatie	interventie	controleconditie	N	psychiatrische diagnose	uitkomst	niveau van bewijs	opmerkingen
Katon 1992	RCT	huisartsenpraktijk	eenmalig psychiatrisch consult gericht op verstrekken antidepressiva	'care as usual'	18 huisartspraktijken	depressie	Bij interventie: - antidepressivagebruik nam toe - therapietrouw beter	A2	
Smith 1986	RCT cross-over	huisartsenpraktijk	eenmalig psychiatrisch consult met CL letter	'care as usual'	38	somatoforme stoornis	Bij interventie - reductie van kosten van medische consumptie met 53%	B	
Smith 1995	RCT	huisartsenpraktijk	eenmalig psychiatrisch consult met CL letter	'care as usual'	56	somatoforme stoornis	Bij interventie - reductie van kosten van medische consumptie met 33% - betere lichamenlijk functioneren	B	
Van der Feltz Cornelis 1996	RCT	huisartsenpraktijk	collaborative care	'care as usual'	81	somatoforme stoornis	Bij interventie: - beter sociaal functioneren - vermindering ernst lichamenlijke klacht - reductie kosten medische	A2	

							consumptie		
Unützer 2006	RCT	60-plussers in een huisartsenpraktijk	collaborative care	'care as usual'	1801	depressieve stoornis	Bij interventie: - vaker antidepressiva - betere therapietrouw - minder depressieve klachten - betere kwaliteit van leven	A2	
Smit 2006	RCT	huisartsenpraktijk	depressiepreventie-programma alleen, of gecombineerd met cognitieve gedragstherapie of een psychiatrisch consult	'care as usual'	267	depressieve stoornis	geen verschil tussen interventies	A2	- hoge respons in 'care as usual' conditie - ongelijke groepsgrootten
Conradi 2007	RCT	huisartsenpraktijk	depressiepreventie-programma alleen, of gecombineerd met cognitieve gedragstherapie of een psychiatrisch consult	'care as usual'	265	depressieve stoornis	geen verschil tussen interventies	A2	- hoge respons in 'care as usual' conditie - ongelijke groepsgrootten

Literatuur

1. Beck, B.J. Collaborative care: psychiatry and primary care. In: Stern, TA, Fricchione, GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. Philadelphia, Mosby 2004.
- 5 2. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Brit J Psychiat* 2006; 189: 484-93.
3. Buis WMNJ. Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts. Academisch proefschrift. Amsterdam, 1990.
- 10 4. Caplan G. Types of mental health consultation. *Amer J Orthopsychiat* 1963; 33: 470-81.
5. Feltz van der-Cornelis CM. Psychiatric consultation for patients with somatoform disorder in general practice. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2002.
- 15 6. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2314-21.
7. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. London: Tavistock, 1980.
- 20 8. Hoedeman R, Blankenstein NAH, Feltz-Cornelis CM van der, Krol B, Groothoff JJW. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD006524. DOI: 10.1002/14651858.CD006524.
9. Katon W, Von Korff M, Bush T, Russo J, Lipscomb P, Wagner E. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high users. *General Hospital Psychiatry* 1992; 14: 86-98.
- 25 10. Pincus HA. Patient-oriented models for linking primary care and mental health care. *General Hospital Psychiatry* 1987; 9: 95-101.
11. Smith GR Jr., Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiat* 1995; 52: 238-43.
- 30 12. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. *New Engl J Med* 1986; 314: 1407-13.
13. Starfield B. "Health-services research: a working model." *New Engl J Med* 1973; 289: 132-6.
- 35 14. Unützer J, Katon W, Callahan et al.. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. A randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 2836-45.

HOOFDSTUK 4. INTERCOLLEGIALE CONSULTEN IN ALGEMENE EN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN, VERPLEEGHUIZEN EN CATEGORALE INSTELLINGEN

5 4.1. De context van het consult

Psychiatrische consulten in een algemeen of academisch ziekenhuis, verpleeghuis of categorale instelling verschillen op een aantal punten van psychiatrische beoordelingen in primair psychiatrische settingen. Verwijzingen vinden doorgaans plaats op verzoek van de somatisch specialist of verpleeghuisarts, en niet op verzoek van de patiënt zelf. Ook lijdt de patiënt aan een lichamelijk ziekte op het moment van de beoordeling. Deze factoren kunnen de diagnostiek compliceren. Daarnaast is de psychiater geen hoofdbehandelaar, maar geeft hij adviezen. De opvolging van deze adviezen door de hoofdbehandelaar kan wisselend zijn, waardoor de patiënt mogelijk niet optimaal behandeld wordt. Bovendien kan de psychiater bij de behandeling van de patiënt geen gebruik maken van een therapeutisch klimaat, zoals dat op afdelingen psychiatrie wel aanwezig is. Dat betekent dat relatief veel tijd moet worden besteed aan het bespreken van de psychiatrische bevindingen en adviezen met het behandel- en verpleegteam. Tenslotte vereist de consultatieve psychiatrie in het ziekenhuis een grote mate van flexibiliteit: in principe moet aan elke consultvraag gehoor gegeven worden, ongeacht het aantal consultaanvragen, en ook moeten spoedconsulten direct kunnen plaatsvinden.

Epidemiologisch onderzoek laat zien dat er bij 30 tot 60% van de opgenomen patiënten sprake is van psychiatrische comorbiditeit (Narrow and Rae 2002). Uitgaande van een gemiddelde consultratio van 1% in Europese ziekenhuizen betekent dit dat er evidente onderdiagnostiek van psychiatrische stoornissen is, met dientengevolge waarschijnlijk ook onderbehandeling (Huyse, Herzog et al. 2001). Dit heeft niet alleen prognostische gevolgen voor de patiënt, maar ook economische gevolgen: psychiatrische comorbiditeit gaat gepaard met een verhoogde zorgconsumptie, waaronder ook een langere opnameduur, en meer heropnames. (Fink 1990; Saravay and Lavin 1995; Saravay, Pollack et al. 1996). Hoewel niet bewezen is dat er hier sprake is van een causaal verband lijkt dit wel aannemelijk.

30 4.2. Modellen van consultgeving

In de algemene ziekenhuizen wordt doorgaans het traditionele consultmodel gevolgd. Een collega medisch specialist vraagt een consult psychiatrie aan, de psychiater beoordeelt de patiënt en deelt zijn bevindingen en adviezen aan de consultvrager mee. In dit model komt de psychiater pas in actie wanneer hij gevraagd wordt. Dit klassieke model kent twee grote nadelen. Allereerst worden veel psychiatrische klachten en aandoeningen door de hoofdbehandelaar niet herkend; ten tweede worden adviezen van de psychiater vaak niet goed opgevolgd. Het liaison-model probeert deze gebreken te ondervangen. In dit model besteedt de psychiater niet alleen aandacht aan de patiënt, maar ook aan het behandelteam. Het team leert om kwetsbare patiënten te identificeren en om te gaan met veel voorkomende psychiatrische problemen en stoornissen. De inzet van een consultatief psychiatrische verpleegkundige vormt vaak een onderdeel van dit liaison-model.

Om psychiatrische stoornissen meer gestructureerd op te sporen werden screeningsinstrumenten ontwikkeld, die in onderzoeksverband gekoppeld konden worden aan een psychiatrisch consult, een liaisoncontact, of aan gestructureerde interventies (Saravay 1996; Bower and Gask 2002). Daarnaast werden, vanuit de bevinding dat niet zozeer psychiatrische stoornissen in engere zin, als wel 'complexiteit' het probleem is voor adequate medische behandeling, methoden ontwikkeld om complexiteit vroegtijdig op te sporen en passende interventies in gang te zetten (Huyse, De Jonge et al. 2001; Huyse, Lyons et al.

2001). Het meest gebruikte en best gevalideerde screeningsinstrument is het 'complexity prediction instrument (COMPRI). (Huysse et al, 2001). Indien een patiënt eenmaal als 'complex' geïdentificeerd wordt, kan verdere inventarisatie van de aard van de complexiteit plaatsvinden door middel van een meer systematische inventarisatie van somatische, psychische en sociale factoren te maken, bijvoorbeeld met de INTERMED-methode (www.intermedfoundation.nl).

De consultatieve psychiatrie bedient zich van vele behandelmethoden. Een behandeladvies omvat vaak verschillende punten op zowel het somatische, psychische als het sociale vlak. Bovendien worden regelmatig adviezen gegeven over bejegening van en organisatie van de zorg rondom een patiënt. Bij het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van dergelijke behandeladviezen is de grote diversiteit hiervan een probleem. De mate waarin adviezen worden opgevolgd is vaak niet duidelijk. De laatste tijd zijn daarom ook de interventies gestandaardiseerd en geprotocolleerd teneinde beter onderzoek mogelijk te maken. Vooral nog betreft dit vooral onderzoek naar de consultatieve psychiatrie dat in een transmurale setting of huisartsenpraktijk plaats vindt (Bower and Gask 2002).

4.3. Effectiviteit van psychiatrische consulten in algemene en academische ziekenhuizen, verpleeghuizen en categorale instellingen.

4.3.1. Geraadpleegde literatuur

Uitgangspunt bij de literatuursearch is de in 2003 in Duitsland een richtlijn voor "Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie" (Herzog, Stein et al. 2003). Hierin is een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de effectiviteit van psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen verricht over de periode tot 1999.

Zoektermen: Voor ziekenhuizen werd de populatie (c.q. het onderwerp van de richtlijn) gedefinieerd met de woorden 'consultation liaison', 'psychiatric consultation', 'psychiatric diagnosis', 'psychiatric liaison', 'psychiatric service', 'liaison service' of 'psychosomatic consultation', '- liaison' of '- service' in de titel of het abstract. Daarna werd de term 'explode "Psychiatry" / all subheadings' toegevoegd. Vervolgens werd de set gecombineerd met 'psychiatric consultation' of 'diagnosis of mental disorders' via gecontroleerde trefwoorden, in de vrije tekst, en met een opsomming van alle relevante ziekenhuisafdelingen eveneens via gecontroleerde trefwoorden. Vervolgens werd als uitkomst gedefinieerd 'treatment-outcome', via gecontroleerde trefwoorden, of 'outcome' in titel of abstract, of 'length of stay' of 'mental disorders/rehabilitation'. Dit werd tenslotte weer gecombineerd met 'Referral-and-Consultation' via gecontroleerde trefwoorden of 'referral' in titel of abstract, en met de studietypen 'clinical trials' of 'evaluation studies'. De zoekstrategie voor de verpleeghuizen was iets breder: de definitie van de populatie is hetzelfde gebleven, gecombineerd met 'psychiatric consultation' of 'diagnosis of mental disorders' via gecontroleerde trefwoorden, in de vrije tekst. Daarna is gecombineerd met 'nursing-homes' via de gecontroleerde trefwoorden.

Dezelfde zoekstrategie werd herhaald in Psychinfo. Tot slot werd de search in Medline herhaald met als trefwoord 'satisfaction' of 'consumer-satisfaction, met als doel onderzoek naar de tevredenheid van consultvragers op te sporen.

Limits: Gezocht werden publicaties vanaf 1996 in één van de volgende talen: Nederlands, Duits, Frans en Engels.

Opbrengst: De zoekstrategie leverde uiteindelijk 113 artikelen op voor de ziekenhuissetting en 46 voor de verpleeghuissetting. De aanvullende zoekstrategie in Psychinfo leverde voor beide settings samen nog eens 33 artikelen op. De search naar 'tevredenheid van consultvragers leverde 35 artikelen op.

Overige literatuur: De Duitse richtlijn werd als systematische review voor de literatuur tot 199 beschouwd (Herzog, Stein et al. 2003). 3 artikelen die in de Duitse richtlijn niet als clinical trials geïdentificeerd werden (Levitan and Kornfeld 1981; Strain, Lyons et al. 1991; Levenson, Hamer et al. 1992), een studie van Hengeveld et al. die reeds in 1988 werd gepubliceerd, maar niet werd meegenomen in de Duitse richtlijn, en 4 artikelen die de het toegevoegde effect van liaisonactiviteiten op de consultatieve praktijk bestudeerden, welke de werkgroep bekend waren, maar niet uit de literatuur search naar boven kwamen (Scott, Fairbairn et al. 1988; De Leo, Baiocchi et al. 1989; Baheerathan en Shah, 1999; Swansinck, Lee et al. 1994).

Selectie van literatuur: In totaal werden 227 abstracts beoordeeld. Hiervan werden 29 artikelen full-text opgevraagd. De overige 198 werden verworpen vanwege diverse redenen: de setting betrof niet het algemeen ziekenhuis of verpleeghuis, maar b.v. de eerste lijn, GGZ-instellingen, gevangenissen, of kinder- en jeugdafdelingen, het onderzoek beschreef alleen de resultaten van screening, of de validatie van screeningslijsten of observatieschalen, er werd geen interventie beschreven, de interventie betrof de inzet van een C-L verpleegkundige, de vraagstelling betrof de concordantie tussen de reden voor het consult en de psychiatrische diagnose, de onderzochte populatie betrof zelfverwijzers of verwijzingen via de huisarts. Tenslotte waren er een aantal doublures tussen de verschillende searches.

Van de 29 gelezen artikelen werden er 18 alsnog geëxcludeerd, om de volgende redenen: de vraagstelling betrof de timing van consultaanvragen (3), het betrof een vergelijking van een interventie tussen verschillende subgroepen (3), het betrof validering van een screeningsinstrument (2) of andere redenen (10 maal, elke reden slechts één maal voorkomend). De resterende 11 artikelen werden geïnccludeerd.

4.3.2. Samenvatting van de literatuur

Tabel 4.1 geeft een overzicht van reviews naar de effectiviteit van psychiatrische consultatie, terwijl tabel 4.2 een overzicht van de geïdentificeerde onderzoeken geeft. De literatuur over de effectiviteit van consultatief-psychiatrische interventies is beperkt en divers. Vanwege de breedte van het terrein is het moeilijk in te schatten of de literatuursearch volledig is geweest. Een opmerkelijke bevinding is dat in alle gevonden gecontroleerde onderzoeken het verrichten van psychiatrische consulten niet de interventie is, maar de controleconditie ofwel de 'care as usual'. De interventie bestaat in deze onderzoeken doorgaans uit een vorm van screening, gevolgd door een omschreven activiteit wanneer de uitkomst van de screening positief is. De activiteit kan variëren van een eenmalig consult, tot liaison activiteiten en/of gestandaardiseerde en geprotocolleerde interventies, al dan niet transmuraal. Niet het absolute effect van een psychiatrische consult staat in deze onderzoeken dus centraal, maar de mogelijkheden om de effectiviteit van het consult te verhogen.

In de Duitse richtlijn uit 2003 en in een artikel van Saravay uit 1996 wordt de literatuur over uitkomsten en effectiviteit van psychiatrische consultatie en psychiatrische interventies voor de somatisch zieken samengevat (tabel 3.1) De auteurs van de Duitse richtlijn komen tot de conclusie dat psychiatrische consultgeving op drie terreinen effectief is. Allereerst zijn er positieve effecten op klinische uitkomstmaten. Daarnaast zijn er effecten op consultvragers: deze blijken meer tevreden te zijn over de psychiatrische dienstverlening wanneer er naast consulten ook liaisonactiviteiten plaatsvinden. Tenslotte vonden zij dat psychiatrische consultatie leidde tot een verkorte opnameduur. Er was evenwel te weinig zicht op de totale kosten van zorg om een eventueel economisch effect aan te tonen (Herzog, Stein et al. 2003). Saravay beschrijft in zijn review dat er wellicht om ethische redenen geen direct onderzoek naar de effecten van psychiatrische consulten is gedaan: het is ethisch niet verantwoord om een aangevraagd consult niet uit te voeren. Er is wel onderzoek gedaan naar het effect van psychiatrische consultatie op geleide van screening en naar het effect van

combinaties van screening en liaison-activiteiten. Saravay concludeert in zijn review dat er geen aanwijzingen zijn dat psychiatrische consultatie op geleide van screening effect heeft. Interventies die ondersteund werden door liaisonactiviteiten, of plaatsvonden binnen een gespecialiseerd team waren wel effectief (Saravay 1996).

5 Er zijn enkele onderzoeken waarin het effect van een consultatief -psychiatrische interventie wordt aangetoond. Levitan et al. en Strain et al. rapporteren positieve effecten van een consultatief psychiatrische interventie volgende op een screening op zowel gezondheids- als economische parameters bij oudere patiënten met een heupfractuur (Levitan and Kornfeld 10 1981; Strain, Lyons et al. 1991). Hengeveld et al. screenen patiënten op een afdeling interne geneeskunde op depressie met behulp van de Beck Depression Inventory, hetgeen gevolgd werd door een psychiatrisch consult wanneer de patiënt boven het afkappunt scoorde. Zij 15 beschreven een positief effect van deze interventie op aanwezige depressieve klachten, maar geen kostenbesparing (Hengeveld, Ancion et al. 1988). De Jonge beschrijft een verkorting van de opnameduur, met name bij patiënten ouder dan 65 jaar, wanneer bij opname op een 20 afdeling interne geneeskunde een screening op complexiteit plaats vindt (d.m.v. het Complexity Prediction Instrument, COMPRI), gevolgd door integrale screening met de INTERMED, die dan weer gevolgd door een psychiatrische en/of een multidisciplinaire interventie (De Jonge, Latour et al. 2003). Kominski et al. onderzochten een interventie die na ontslag uit het ziekenhuis werd uitgevoerd op basis van een screening tijdens opname. Er 25 was geen verschil in klinische uitkomstmaten tussen de interventie- en controleconditie, maar wel een kostenbesparing (Kominski, Andersen et al. 2001). Uit een ongecontroleerde studie bij patiënten met middelenmisbruik die om andere redenen werden opgenomen bleek dat een psychiatrisch consult tijdens opname leidde tot minder middelenmisbruik na ontslag (Alaja and Seppa 2003).

25 Twee gecontroleerde studies waarbij screening gevolgd werd door een éénmalig psychiatrisch consult lieten geen effect van consultatie zien (Levenson, Hamer et al. 1992; Gater, Goldberg et al. 1998).

Een aparte plaats neemt het onderzoek van Brown in. Hierin wordt vanuit een organisatieperspectief gekeken naar verschillen in effectiviteit van psychiatrische consultatie 30 op de spoedeisende hulp (SEH) tussen ziekenhuizen met een eigen consultatief-psychiatrische dienst en ziekenhuizen die een psychiater vanuit een andere organisatie moeten consulteren of hun psychiatrische zorg door het personeel van de SEH laten verrichten. Bij ziekenhuizen met een eigen consultatief psychiatrische dienst kwamen er 35 minder recidiefpresentaties op dezelfde SEH voor (Brown 2005).

Bij de een gerandomiseerde en gecontroleerde trial (randomized controlled trial, RCT) 40 in een verpleeghuis werd geen verschil gevonden tussen de effectiviteit van een consultatief-psychiatrische benadering van psychische en psychiatrische problemen, 'collaborative care' of 'care as usual'. Patiënten van alle drie de interventiegroepen verbeterden in gelijke mate (Brodaty, Draper et al. 2003). Ook in een tweede RCT, waarbij nieuw opgenomen patiënten 45 werden gescreend en zo nodig verwezen naar de regionale, dus eveneens externe, GGZ werd na 12 maanden geen verschil gevonden op diverse gezondheidsmaten (Kotynia-English, McGowan et al. 2005).

Op het gebied van de tevredenheid van consultvragers vond Meesters dat 50 verpleeghuisartsen doorgaans tevreden zijn over hun psychiatrisch consulent, maar dat dit mogelijk deels gebaseerd is op een beperkt verwachtingspatroon (Meesters 2002). Philips beschrijft in een eveneens ongecontroleerd onderzoek de hoge tevredenheid van verwijzers na de introductie van een psychiatrische consultatieve dienst in een ziekenhuis voor obstetrie en gynaecologie (Phillips, Dennerstein et al. 1996). De enige gecontroleerde studie op het gebied van tevredenheid bij consultvragers over de verrichte psychiatrische consultatie laat zien dat de consultvrager meer tevreden is indien er behalve consulten ook liaisonactiviteiten

naar de betreffende afdeling toe ondernomen worden, en dat dit tevens leidt tot een hogere consultratio (Schubert, Billowitz et al. 1989). Interessant is dat dit onderzoek ‘geblindeerd’ is uitgevoerd: de arts-assistenten op de betreffende afdelingen hadden geen besef gehad van het feit dat ze in een ‘liaison’-conditie van een onderzoek waren opgenomen, zoals bleek uit navraag achteraf. In het geval van consultatieve psychiatrie bij geriatrische patiënten bleek dat het verrichten van liaisonactiviteiten leidde tot een hogere verwijfsratio, verbeterde vraagstellingen bij consultvragers, en een betere adherentie met voorgeschreven psychofarmaca (Scott, Fairbairn et al. 1988; De Leo; Baiocchi et al. 1989; Swansinck, Lee et al. 1994)

4.3.3. Conclusies

Niveau 1	Het is aannemelijk dat psychiatrische consulten inde ziekehuis- en verpleeghuissetting effectief zijn; voor de effectiviteit van éénmalige beoordelingen op geleide van screening is evenwel geen bewijs voorhanden. Echter, de effectiviteit wordt vaak gemeten in termen van vermindering van ligduur en/of kostenbesparing, en niet of niet alleen in termen van symptoomreductie of verbeterde prognose <i>A1 Herzog, Stein et al 2003; C Saravay 1996</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat in <i>geselecteerde populaties</i> protocollaire screening, gevolgd door consultatie en liaison activiteiten effectiever is dan uitsluitend consultgeving op verzoek. <i>A2 Saravay 1996; B Levitan en Kornfeld 1981; Strain, Lyons et al 1991</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat consultgeving ten behoeve van een Spoedeisende Hulp afdeling vanuit een eigen psychiatrische consultatieve dienst effectiever is dan consultgeving door een externe instantie of door niet-psychiatrisch specialisten <i>B Brown 2005</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het verrichten van liaisonactiviteiten een positief effect op consultvragers heeft en leidt tot meer en betere verwijfsingen, een grotere adherentie met medicatieadviezen, en meer tevredenheid van de consultvrager. <i>C Schubert, Billowitz et al. 1989; Scott,, Fairbairn et al. 1988; De Leo, Baiocchi et al. 1989; Swansinck, Lee et al. 1994</i>

4.3.4. Overige overwegingen

Er is in deze literatuursearch gezocht naar de effectiviteit van psychiatrische consulten in het algemeen, vanuit een ziektebeeldoverstijgend perspectief. Het zoeken naar effectiviteit van specifieke psychiatrische interventies bij specifieke syndromen, zoals bijvoorbeeld bij het delier, werd niet geacht te behoren tot de doelstelling van de richtlijnwerkgroep. Er kunnen dientengevolge ook geen uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van specifieke interventies bij gedefinieerde ziektebeelden of patiëntenpopulaties. Hiervoor wordt verwezen naar de betreffende ziektebeeldgebonden richtlijnen.

Opmerkelijk is dat onderzoek naar de effectiviteit van de consultatieve psychiatrie zich vooral gericht heeft op ligduurverkorting en/of kostenbesparing, en in mindere mate op klinische uitkomstmaten als symptoomreductie en verbetering van prognose. Enerzijds is dit

begrijpelijk, maar er kunnen ook kanttekeningen bij geplaatst worden. De combinatie van het gegeven dat veel psychiatrische stoornissen in de somatische setting niet onderkend wordt met het gegeven dat somatische patiënten met psychiatrische comorbiditeit meer kosten en langer opgenomen zijn in de algemene gezondheidszorg, geeft aanleiding tot de hypothese dat psychiatrische consulten kunnen bijdragen aan ligduurverkorting en kostenreductie.

5

Echter: economische overwegingen horen niet de enige factor te zijn in afwegingen.

Verbeterde prognose en betere kwaliteit van zorg horen afgewogen te worden tegen de kosten van zorg. Sturm (2001) stelt dat 'Wanneer voor psychiatrische zorg geldt dat deze zichzelf moet terugbetalen, ongeacht de voordelen voor patiënten, terwijl dat voor somatische aandoeningen niet geldt, dan kan dat leiden tot discriminatie tussen ziektebeelden en bevolkingsgroepen'. Ook het feit dat er een robuuste associatie is van psychiatrische stoornissen en een hogere medische consumptie betekent niet automatisch dat betere psychiatrische zorg ook kostenbesparend werkt, of zou moeten werken (Sturm 2001).

10

15 **4.3.5. Aanbevelingen**

Om de effectiviteit van psychiatrische consulten te verhogen adviseert de werkgroep:

- het opzetten van screeningsactiviteiten in geselecteerde patiëntenpopulaties, gericht op detectie van de meest voorkomende psychiatrische problemen en het vroegtijdig opsporen van 'complexe' patiënten.
- vervolgcontacten te verrichten indien na een eerste consult een advies tot verdere diagnostiek of behandeling gegeven wordt
- te investeren in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten op consultvragende afdelingen
- de consultatieve psychiatrie en liaisonactiviteiten zomogelijk te organiseren vanuit het algemeen of academisch ziekenhuis zelf, en niet vanuit een externe organisatie

Tabel 4.1. Overzicht van evidence van de effectiviteit van psychiatrische consulten uit bestaande richtlijnen en reviews

Studie	Type	Setting	Interventies	uitkomstmaat	bevindingen
Saravay 1996	scholarly review	algemeen ziekenhuis en huisartsenpraktijk	1. consultgeving op verzoek 2. consultgeving op geleide van screening 3. geïntegreerd consultatief en liaison model 4. samenwerking binnen specialistische multidisciplinaire teams	alleen klinische uitkomstparameters	1. naar consultgeving op verzoek is geen onderzoek gedaan 2. consultgeving op geleide van screening is niet effectiever dan consultgeving zonder screening 3. consultgeving ingebed in een geïntegreerd consultatief en liaison model of multidisciplinair team is wel effectief op klinische parameters.
Herzog 2003	Systematische review in kader evidence-based richtlijn	algemeen ziekenhuis	alle psychosomatische en consultatief psychiatrische en liaison activiteiten	1. klinische uitkomstmaten 2. effecten op verwijzer 3. economische parameters	1. aanwijzingen voor positieve effecten op klinische uitkomstmaten 2. tevredenheid bij consultgevers hoger indien naast consulten ook liaisonactiviteiten 3. verkorting opnameduur aangetoond, maar te weinig zicht op totale kosten

Tabel 4.2. Overzicht van studies naar de effectiviteit van psychiatrische consultatie in algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en careinstellingen.

Studie	Type	populatie	Interventie	controleconditie	N	psychiatrische diagnose	uitkomst	niveau van bewijs	opmerkingen
Levitan 1981	prospectief, historische contolegroep	vrouwen ouder dan 65 jaar met femurfractuur	eenmalig psychiatrisch consult als screening	'care as usual'	I: 24 C: 26	alle	Bij interventie: - kortere ligduur - kostenbesparing - vaker ontslag naar huis	B	
Hengeveld 1988	RCT	Opgenomen patiënten op een afdeling interne geneeskunde	screening met BDI, en bij positieve screening psychiatrisch. Consult	'care as usual'	I: 33 C: 35	depressie	- In interventieconditie bij ontslag minder depressief en minder analgetica- en psychotropagebruik - geen verschil in opnameduur en kosten.	B	Randomisatie door alternerende toewijzing
Scott 1988	retrospectief vergelijkend	geriatrische opnames	consult in liaisonsetting	consult op verzoek	217	alle	liaisonactiviteiten leiden tot:	B	

							<ul style="list-style-type: none"> - 100% meer verwijzingen - betere vraagstelling - betere herkenning depressies 		
De Leo 1989	retrospectief vergelijkend	geriatische opnames	consult vanuit geïntegreerde CL dienst	consult op verzoek	607	alle	geïntegreerde consultatieve dienst leidt tot: <ul style="list-style-type: none"> - meer verwijzingen - betere adherentie met adviezen (mogelijk door betere follow-up) - medicatieverschuiving: minder benzodiazepinen, meer antidepressiva - 	B	
Schubert 1989	RCT	arts-assistenten op een afdeling interne geneeskunde	Psychiatrische consultatie met tevens liaisonactiviteiten	consultgeving op verzoek	I: 16 C: 13		In interventieconditie: <ul style="list-style-type: none"> - hogere consultratio -meer tevredenheid bij consultvragers 	B	
Strain 1991	prospectief, historische contolegroep	vrouwen ouder dan 65 jaar met femurfractuur	eenmalig psychiatrisch consult als screening	'care as usual'	452	alle	Bij protocollaire screening: <ul style="list-style-type: none"> - sneller ontslag en kostenbesparing - betere klinische uitkomstparameters 	B	
Levenson 1992	RCT	Opgenomen patiënten op een afdeling interne geneeskunde	eenmalig psychiatrisch consult als screening	'care as usual'	I: 256 C: 232 baseline C: 253 contemporaneus	depressie, angst, verwardheid en pijn	- geen verschil in kosten	A2	controleconditie beperkt tot eenmalig contact
Swanwick 1994	retrospectief, vergelijkend	opgenomen patiënten	consultgeving en liaisonactiviteiten	slechts consultgeving	149	alle	<ul style="list-style-type: none"> - geen verschil aantal consultaanvragen - betere vraagstellingen in liaisonmodel 	B	
Philips 1996	prospectief, niet vergelijkend	Consultvragers op afdeling obstetrie en gynaecologie	introductie consultatieve dienst		45 artsen		<ul style="list-style-type: none"> - hoge tevredenheid van consultvragers - consultratio niet hoger dan voor introductie van consultatieve dienst 	C	

Gater 1998	RCT	klinische patiënten op een afdeling interne geneeskunde	screening met de GHQ 28 en randomisatie over drie groepen: 1. psychiatrisch consult 2. screeningsuitslag bekend gemaakt aan hoofdbehandelaar	3. screeningsuitslag niet bekendgemaakt	I 1: 68 I 2: 70 C: 71	Hoofdzakelijk depressie en angst	na half jaar geen verschil in klinische uitkomsten of kosten.	B	- randomisatieprocedure niet duidelijk - slechts eenmalig consult in I 1 conditie
Baheerathan 1999	prospectief naturalistisch	Opgenomen patiënten op afdeling geriatrie	Toevoegen liaison activiteiten aan alleen consultgeving	alleen consultgeving	155	alle	Minder consultvragen	B	Gelijktijdig verandering opnamebeleid
Kominski 2001	randomized trial	Opgenomen patiënten op afdelingen interne geneeskunde en chirurgie van meer dan 60 VA ziekenhuizen	eenmalig psychiatrisch consult als screening Indien positieve screening: na ontslag de UPBEAT interventie (uitvoerige psychogeriatrische diagnostiek met multidisciplinaire behandeling en zorgcoördinatie)	'care as usual'	1687	Stemmingsstoornissen, angststoornissen en alcoholmisbruik	- geen verschil in klinische uitkomsten of kwaliteit van leven (beide verbeteren) - verschuiving van gebruik klinische en ambulante psychiatrische voorzieningen - per saldo kostenbesparend in de interventieconditie	B	
Meesters 2002	prospectief, niet vergelijkend	Verpleeghuis-artsen	'care as usual' op consultbasis		14 artsen uit 14 verpleeghuizen		- consultvragers zijn tevreden over psychiatrisch consult	C	tevredenheid lijkt deels gebaseerd op beperkt verwachtingspatroon
de Jonge 2003	prospectief, historische controlegroep	Patiënten opgenomen op een afdeling interne geneeskunde	screening met COMPRI en INTERMED, met bij positieve screening psychiatrische of multidisciplinaire interventie	'care as usual'	231	alle	verkorting opnameduur, met name bij patiënten ouder dan 65 jaar	B	
Brodaty 2003	RCT	patiënten uit 11 verpleeghuizen,	eenmalig psychiatrisch consult als screening en vervolgens: 1. psychogeriatrische case-management 2. schriftelijk behandeladvies met	3. 'care as usual'	102	dementie met depressie en/of psychose	ernst van depressieve of psychotische symptomen	B	

			mogelijkheid psychiatrische consultatie						
Alaja 2003	prospectief, niet vergelijkend	klinische patiënten	eenmalig psychiatrisch consult als screening en aanbod nazorg		218	Middelenmisbruik	minder middelenmisbruik na ontslag	C	Follow-up bij slechts 113 patiënten
Brown 2005	vergelijkend, retrospectief	SEH	psych. consult door 1. eigen consultatieve dienst	Psychiatrisch consult door: 2. externe psychiatrische dienst 3. niet-psychiatrisch SEH-personeel	71 ziekenhuizen en 4686 pt.	alle	indien eigen consultatieve dienst: minder herbeoordelingen op eigen SEH geen verschil in kosten	B	Controlecondities 2 en 3 werden bij de analyse samengenomen
Kotynia-English 2005	RCT	Nieuw opgenomen verpleeghuispatiënten ouder dan 65 jr.	screening HoNOS, MMSE, GDS, NPI en GDS. Bij GDS >5 verwijzing naar regionale GGZ instelling	'care as usual'	I: 53 C: 53		- na 12 maanden geen verschil in klinische uitkomstmaten	B	Geen eigen consultatieve dienst, maar consultgeving door externe instelling

Literatuur

1. Alaja R, Seppa K. Six-month outcomes of hospital-based psychiatric substance abuse consultations. *Gen Hosp Psychiat* 2003; 25: 103-7.
- 5 2. Bahareethan M, Shah A. The impact of two changes in service delivery on a geriatric psychiatry liaison service. *Internat J Geriat Psychiat* 1999; 14: 767-75.
3. Bower P, Gask L. The changing nature of consultation-liaison psychiatry: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiat* 2003; 24: 63-70.
- 10 4. Brodaty H, Draper B, et al. Randomized controlled trial of different models of care for nursing home residents with dementia complicated by depression or psychosis. *J Clin Psychiat* 2003; 64: 63-72.
- 5 5. Brown JF. Emergency Department psychiatric consultation arrangements. *Health Care Management Reviews* 2005; 30: 251-61.
- 15 6. Fink P. Mental illness and admissions to general hospital: a register investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1990; 82: 458-62.
7. Gater RA, Goldberg DP, et al. Detection and treatment of psychiatric illness in a general medical ward: a modified cost-benefit analysis. *J Psychosomatic Research* 1998; 45: 437-48.
- 20 8. Hengeveld MW, Ancion FA, et al. Psychiatric consultations with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. *Internat J Psychiat Med* 1988; 18: 33-43.
9. Herzog T, Stein B, et al., Eds.. *Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer, 2003.
- 25 10. Huyse FJ, Herzog T, et al. Consultation-liaison service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiat* 2001; 23: 124-32.
11. Huyse FJ, Jonge P de, et al.. COMPRI: an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European study. *Psychosomatics* 2001; 42: 222-8.
- 30 12. Huyse FJ, Lyons JS, et al.. Operationalising the biopsychosocial model: the INTERMED. *Psychosomatics* 2001; 42: 5-13.
13. Jonge P de, Latour C, et al. Implementing psychiatric interventions on a general medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 997-1002.
- 35 14. Kominski G, Andersen R, et al.. UPBEAT: the impact of a psychogeriatric intervention in VA medical centers. *Medical Care* 2001; 39: 500-12.
15. Kotynia-English R, McGowan H, et al.. A randomized controlled trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes. *Internat Psychogeriatrics* 2005; 17: 475-85.
- 40 16. Leo D de, Baiocchi A, Cippolone B, Pavan L, Beltrame P. Psychogeriatric consultation within a geriatric hospital. *Internat J Geriatric Psychiat* 1989; 4: 135-41.
17. Levenson JL, Hamer RM, et al. A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Amer J Psychiat* 1992; 149: 631-7.
- 45 18. Levitan SJ, Kornfeld DS. Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Amer J Psychiat* 1981; 138: 790-3.
19. Meesters PD. Psychiatrische consultatie in het verpleeghuis: een enquete onder Amsterdamse verpleeghuisartsen. *Tijdschr Geriatrie Gerontologie* 2002; 33: 107-11.

20. Narrow WE, Rae RD. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Archives Gener Psychiat* 2002; 59: 115-23.
- 5 21. Phillips N, Dennerstein L, et al. Progress and evaluation of a consultation-liaison psychiatry servixce to an obstric-gynecology hospital. *Austral New Zealand J Psychiat* 1996; 30: 82-9.
22. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital:a critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1995; 3: 233-52.
- 10 23. Saravay SM, Pollack S, et al. Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *Amer J Psychiat* 1996; 153: 397-403.
24. Saravay SM. Psychiatric interventions in the medically ill. Outcome and effectiveness research. *Psychiat Clinics North America* 1996; 19: 467-80.
- 15 25. Schubert DSP, Billowitz A, et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gener Hosp Psychiat* 1989; 11: 77-87.
26. Scot J, Fairbairn A, Woodhouse K. Referrals to a psychogeriatric consultation-liaison service: description and evaluation. *Internat J Geriat Psychiat* 1988; 7: 347-50.
- 20 27. Strain JJ, Lyons JS, et al. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1044-9.
28. Sturm R. The myth of medical cost offset. *Psychiatric Services* 2001; 52: 738-40.
- 25 29. Swansick GRJ, Lee H, Clare AW, Lawlor BA. Consultation-liaison psychiatry: a comparison of two serice models forgeriatric patients. *Internat J Geriat Psychiat* 1994; 9: 495-9.

HOOFDSTUK 5. HET PSYCHIATRISCH CONSULT

5.1 Het proces van consultgeving

5

5.1.1 Inleiding

In principe gelden voor een psychiatrische beoordeling in de huisartsenpraktijk en op een somatische afdeling van het ziekenhuis dezelfde uitgangspunten en vereisten als bij elke ‘reguliere’ psychiatrische beoordeling. Deze zijn vastgelegd in de ‘Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen’ van de NVvP. (NVvP richtlijncommissie Psychiatrisch Onderzoek bij volwassenen, NVvP 2004). Toch zijn er een aantal aspecten die het beoordelen van patiënten in een huisartsenpraktijk en op een ziekenhuisafdeling anders maken dan een beoordeling op een polikliniek psychiatrie of een klinisch-psychiatrische afdeling. In de huisartsenpraktijk heeft dit te maken met het feit dat men vóór het verwijfsfilter werkt (zie sectie 2.1), met dientengevolge vaak minder duidelijke klachtenpresentaties en een geringere motivatie van de patiënt. In de ziekenhuissetting is het vooral de aanwezige somatische comorbiditeit die de beoordelingen compliceert. Daarnaast is het in deze setting meestal niet de patiënt zelf die om een beoordeling vraagt, maar zijn behandelaar. In beide settingen is de psychiater als consultgever zelf meestal geen behandelaar, maar heeft hij een adviserende functie naar de huisarts of specialist. Het beleid rondom patiënten die in consult gezien worden moet afgesproken worden in een setting waar zowel bij artsen als verpleegkundigen vaak weinig psychiatrische expertise en ervaring aanwezig zijn, en helaas soms ook weinig affiniteit met psychiatrische stoornissen bestaat. Tenslotte zijn de lokatie en omstandigheden waarin het consult moet worden uitgevoerd, met name in een ziekenhuissetting, soms niet ideaal. Deze setting-specifieke aspecten werden besproken in hoofdstukken 3 en 4.

15

20

25

5.1.2 Geraadpleegde literatuur

Dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op ‘expert-opinions’ en consensus-statements. Wat betreft de meningen van experts werd zoveel mogelijk teruggerepen naar gepubliceerde meningen. Deze werden gevonden in hoofdstukken die het psychiatrisch consult beschrijven in de beschikbare Nederlandstalige en buitenlandse tekstboeken op het gebied van de consultatieve psychiatrie en psychosomatiek. Voor een overzicht van de gebruikte literatuur wordt verwezen naar tabel 5.1. Daar waar een constatering of bewering onderbouwd wordt door onderzoek of door aanvullende literatuur werd deze als referentie vermeld. Alleen daar waar geen relevante informatie voorhanden was werd teruggevallen op de meningen van de werkgroepleden. Sectie 5.5 werd wél door middel van een systematisch literatuuronderzoek gestalte gegeven.

30

35

40

5.1.3 Het psychiatrisch consult

In deze sectie worden stapsgewijs de verschillende fasen van het psychiatrisch consult besproken, en de bijzonderheden van beoordelingen in de huisartsenpraktijk en op somatische afdelingen in het algemeen of academisch ziekenhuis toegelicht, waarbij een chronologische volgorde wordt aangehouden. Belangrijk is dat er duidelijkheid is over de samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers. Aan het consult zelf kunnen we de volgende fasen onderscheiden: de aanvraag van het consult, de vraagstelling, het vergaren van voorkennis, het contact met de patiënt, inclusief de beoordeling in engere zin, eventueel supervisie van arts-assistent (zie hoofdstuk 8), de terugrapportage aan de behandelaar, de behandelfase, de afsluiting van het consult, en de eventuele eindrapportage en administratieve afwikkeling.

45

50

5.1.3.1 *Samenwerkingsafspraken*

Zowel in de huisartsenpraktijk als in de ziekenhuissetting is het belangrijk dat de afspraken waarbinnen gewerkt wordt voor beide partijen duidelijk zijn. In het ziekenhuis zijn deze afspraken vaak impliciet en gebaseerd op traditie. Deze afspraken verschillen in het geval van psychiatrische consulten niet veel van die rond consulten van andere medisch specialisten. In de huisartsenpraktijk ligt dit anders en moeten sommige afspraken expliciet gemaakt worden. Daar waar de ziekenhuispsychiater in principe 24 uur per dag verantwoordelijk is voor de hele psychiatrie in het ziekenhuis, en dus elke patiënt moet zien, kan de psychiater met de huisarts afspraken maken over welke patiëntencategorieën en patiëntenaantallen gezien worden. Ziet de consultatief psychiater in de huisartsenpraktijk bijvoorbeeld acuut suïcidale of psychotische patiënten, of dienen deze naar de crisisdienst verwezen te worden? Duidelijkheid moet er ook zijn over het feit dat de consultgever de behandeling niet overneemt, en over de verwijzsmogelijkheden naar de instelling waar de psychiater werkzaam is. Ook is het belangrijk om afspraken te maken over de vraag of de huisarts wel of niet aanwezig is bij het consult, zeker wanneer in het kader van de consult het educatief aspect van het consult meer op de voorgrond staat.

5.1.3.2 *De aanvraag van het consult*

Afhankelijk van de organisatie van de consultatieve dienst zullen consultaanvragen direct naar de consulent gaan, of op een centraal punt, bijvoorbeeld een secretariaat, binnenkomen. Een centraal aanvraagpunt is met name belangrijk wanneer er binnen een instelling meerdere consulenten werkzaam zijn, consulenten vaak wisselen, of slecht bereikbaar zijn. Een centraal telefoonnummer voor consulten verlaagt de drempel voor verwijzingen bij de consultvrager. Bij het eerste telefonische contact is het belangrijk dat behalve de personalia en de lokatie van de patiënt ook een korte toelichting van de vraagstelling verkregen wordt, teneinde een initiële triage uit te kunnen voeren. Hierbij gaat het met name om de mate van urgentie te kunnen inschatten. In de huisartsenpraktijk dienen er duidelijke afspraken te zijn over de mogelijkheden van spoedbeoordelingen van patiënten. Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden, maar ook consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Binnen het ziekenhuis zullen consulten waarbij er sprake is van onrust, verwardheid, psychose, en de mogelijkheid van delier zullen op dag van aanvraag worden verricht, gezien het onvoorspelbaar beloop van deze symptomen. Dit geldt ook voor consulten bij suïcidale patiënten. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden.

5.1.3.3 *De vraagstelling van het consult*

Vóórdat het contact met de patiënt plaatsvindt moet er duidelijkheid zijn over de vraagstelling. De beperkte psychiatrische expertise van de consultvrager maakt dat de vraagstelling soms onduidelijk of onjuist is, en ook kunnen er van kant van de consultvrager impliciet bepaalde niet-realistische verwachtingen ten aanzien van het consult meespelen. Expliciteren van de hulpvraag maakt deze wederzijdse verwachtingen helder. Op die manier kan een gerichte anamnese worden afgenomen om deze vraagstelling te beantwoorden, en een terzakedoende terugrapportage aan de behandelaar plaatsvinden. Het afstemmen van het consult op de vraagstelling van de behandelaar leidt tot een grotere tevredenheid bij de behandelaar en een verhoogde consultratio (Schubert, Billowitz et al. 1989). Ook heeft een adequate afstemming op termijn een gerichtere en betere vraagstelling tot gevolg, en een

afname van spoedconsulten (Vaz and Salcedo 1996). In het algemeen verwacht de consultvrager dat de psychiater een diagnose stelt en een behandeladvies geeft, waarbij een deel van de verantwoordelijkheid voor de patiënt wordt overgenomen. Het behandeladvies kan een medicamenteus advies zijn, een advies tot verwijzing, of een advies m.b.t. bejegening (Shakin Kunkel en Thompson II 1996). Daarnaast verwacht de consultvrager dat eventuele verwijzingen voor psychiatrische vervolgbehandeling na beoordeling of na ontslag door de consultgever geregeld wordt (Cohen-Cole en Friedman 1982).

Het tijdstip van de consultaanvraag kan ook waardevolle informatie opleveren, met name over oneigenlijk gebruik van het consult. In de ziekenhuissetting wordt een psychiatrisch consult soms pas aangevraagd wanneer een bepaald symptoom of probleem dreigt te escaleren. Een dergelijke consultaanvraag gaat dan vaak gepaard met het verzoek tot overname naar de psychiatrische afdeling, aangezien de internistische of chirurgische behandeling ‘afgerond’ is. Dergelijke overnameverzoeken zijn meestal onterecht en vaak te voorkomen door in een eerder stadium een consult aan te vragen (Schwab en Brown 1968). Andere situaties waarbij men bedacht moet zijn op ‘oneigenlijke’ vraagstellingen zijn bijvoorbeeld wanneer patiënten voor overlast zorgen, of indien er een zogenaamde ‘verkeerde bed’-situatie is ontstaan. Ook in deze gevallen wordt het psychiatrisch consult vaak misbruikt om overplaatsing naar de psychiatrische afdeling of naar het verpleeghuis te realiseren of te bespoedigen. Op basis van de vraagstelling alléén kan soms ook het vermoeden van communicatieproblemen met de patiënt of ‘stafproblemen’ rijzen. Een emotionele verwoording van de vraagstelling, een onduidelijke vraagstelling, een abnormaal tijdstip van consultvraag, onterecht aangegeven urgentie, en een verborgen agenda duiden vaak op dit soort problemen (Hengeveld, Rooymans et al. 1987). Bij naar schatting 13% van de psychiatrische consulten is er sprake van een oneigenlijke vraagstelling of een dubbele agenda (Bustamente en Ford, 1981). Wanneer dergelijke verwijzingen méér dan incidenteel voorkomen, is er een noodzaak voor nascholing van of andere liaison activiteiten naar de betreffende consultvrager of afdeling toe.

5.1.3.4 *Het verzamelen van voorkennis*

Het argument om de patiënt onbevooroordeeld tegemoet te treden en niet teveel door voorkennis beïnvloed te worden gaat in de consultatieve psychiatrie niet op. De psychiater dient vóórdat hij de patiënt ziet goed geïnformeerd te zijn over de context van de consultaanvraag, en dus over de somatische diagnose, resultaten van laboratorium- en ander aanvullend onderzoek, de aard en fase van de behandeling en de prognose van de patiënt. Deze contextuele oriëntatie is essentieel voor het winnen van het vertrouwen van de patiënt, en om de informatie die tijdens het gesprek verkregen wordt, alsook de eventuele emotionele reactie van de patiënt, op waarde te schatten (Yager 1989). Vóórinformatie kan verkregen worden door persoonlijk overleg met de consultvrager of verpleging, maar dit is niet altijd nodig. Wanneer de vraagstelling duidelijk is kan vaak volstaan worden met het bestuderen van de medische status. Uiteraard mag bestudering van het medisch dossier nooit een reden zijn om contact met de huisarts of specialist te mijden. Indien nodig kan ook met de huisarts (in geval van opname in het ziekenhuis) of met eerdere behandelaars overlegd worden.

5.1.3.5 *Contact met de patiënt*

5.1.3.5.1 *Tijdstip en plaats*

In de huisartsenpraktijk zullen consulten doorgaans op afspraak plaatsvinden. In het ziekenhuis moet bij het plannen van het tijdstip van het consult met een aantal factoren rekening gehouden worden. Bij beoordeling van opgenomen patiënten kan het handig zijn met de verpleging van de betreffende afdeling een tijdstip af te spreken waarop de patiënt gezien wordt, om te voorkomen dat de patiënt net voor diagnostisch onderzoek weg is of weg

moet. Bij behoefte aan een hetero-anamnese kan gevraagd worden naar bezoek van sleutelfiguren, en binnen of buiten het bezoekuur een afspraak gepland worden. Indien mogelijk moeten eventuele rusttijden van de patiënt gerespecteerd worden.

5 De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over
10 intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijk gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden
15 waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).

5.1.3.5.2. Communicatie met de patiënt

15 Meer nog dan bij 'gewone' poliklinische beoordelingen is goede communicatie van groot belang in de consultatieve setting. Zowel in de huisartsenpraktijk als in de ziekenhuissetting is een laagdrempelige motiverende houding belangrijk omdat de patiënt nog moet instemmen met een eventuele verwijzing of behandeling. Er worden grotere eisen gesteld aan de
20 empathische vermogens van de consultant. In het ziekenhuis opgenomen patiënten zijn uit hun normale leefomgeving weggerukt en lijden aan een lichamelijke ziekte. Dit gaat niet alleen gepaard met lichamelijke klachten, maar ook met emotionele symptomen, onzekerheid, en soms existentiële vragen, zeker wanneer er sprake is van levensgevaar. Voor deze aspecten zal in het contact voldoende aandacht moeten zijn (Royal College of Physicians and Royal
25 College of Psychiatrists 2003). Daarnaast worden er hogere eisen gesteld aan de medische kennis van de psychiater. Hij behoort goed geïnformeerd te zijn over de somatische diagnose, behandeling en prognose van zijn patiënt om zijn situatie beter te kunnen inschatten, en vragen van de patiënt beter te kunnen beantwoorden (uiteraard voor zover die betrekking hebben op zijn eigen vakgebied).

De interviewtechniek dient aangepast te worden aan de patiënt. Het merendeel van de
30 patiënten heeft geen ervaring met de psychiatrie. Psychoanalytische technieken met veel ruimte voor vrije associatie en stiltes zijn dan ook zelden geschikt in een consultatieve setting (Shakin Kunkel, Thompson II 1996). Psychodynamische interpretaties van waargenomen cognities en gedrag kunnen uiteraard wel een functie hebben (Viederman, Perry 1980). In het algemeen moet een meer gesloten interview in relatief korte tijd de informatie opleveren die
35 nodig is voor het beantwoorden van de vraagstelling. Daarbij moet er natuurlijk ook aandacht zijn voor de impact van de ziekte op de patiënt. Vragen naar hoe de opname door de patiënt beleefd wordt en ook of er vertrouwen in de behandeling is kan belangrijke informatie opleveren en eventuele conflicten met de behandelaar in een vroeg stadium duidelijk maken. Eveneens is het belangrijk om ingewonnen informatie gedurende het gesprek terug te geven
40 aan de patiënt. Hiermee kunnen misverstanden voorkomen worden en laat men de patiënt impliciet zien dat er naar hem geluisterd wordt. Steun, bewondering en medeleven zijn hierbij van belang. Aan het eind van het consult moeten de conclusie en het advies ook meegedeeld worden aan de patiënt.

Goede communicatie met de patiënt is belangrijk omdat deze de prognose op
45 verschillende manieren positief kan beïnvloeden. In het cognitieve domein kan het overdragen van informatie naar de patiënt toe leiden tot meer begrip en inzicht in de eigen situatie; op affectief terrein kan goede communicatie bijdragen tot het verminderen van 'distress' en een hogere tevredenheid bij de patiënt; op gedragsniveau kan een goede communicatie leiden tot een betere therapietrouw (Royal College of Physicians and Royal
50 College of Psychiatrists 2003).

5.1.3.5.3 Eerste kennismaking

In de huisartsenpraktijk is een consult van de psychiater doorgaans in overleg met de patiënt aangevraagd en afgesproken. Het is goed om er rekening mee te houden dat in de ziekenhuissetting in verreweg de meeste gevallen een psychiatrisch consult niet op verzoek van de patiënt is aangevraagd en soms is de patiënt niet op de hoogte gesteld van het feit dat de psychiater bij hem langs zal komen. Het is dan ook aan te bevelen hier bij het eerste contact rekening mee te houden door het kader waarbinnen het consult plaats vindt aan te reiken en de patiënt te vragen of hij op de hoogte was van het consult (Yager 1989). Uiteraard moet indien de patiënt niet geïnformeerd blijkt, dit worden teruggekoppeld met de behandelaar.

Ook als de patiënt wél geïnformeerd is, kan het zijn dat hij ten gevolge van vooroordelen of onvoldoende kennis weinig gecharmeerd is van een psychiatrisch consult. Dergelijke weerstanden moeten herkend en benoemd worden, alvorens verder te gaan met anamnese en onderzoek. Pas wanneer de kennismaking op een bevredigende manier verlopen is, er voldoende vertrouwen is, en de patiënt het kader van de beoordeling duidelijk is, kan tot de meer gestructureerde klachtenanamnese worden overgegaan.

5.1.3.5.4 Psychiatrische beoordeling

Hier geldt dezelfde systematiek als bij elk psychiatrisch onderzoek: er moet binnen relatief korte tijd een speciële anamnese afgenomen worden, zicht verkregen worden op de voorgeschiedenis en familie-anamnese, en een mentale status onderzoek worden verricht, eventueel aangevuld met een of enkele relevante psychometrische schalen. Hiervoor gelden in principe dezelfde richtlijnen als beschreven in de Richtlijn Psychiatrisch Onderzoek bij Volwassenen.

In verband met eventuele bejegeningadviezen is het zinvol om de anamnese en het psychiatrisch onderzoek niet te strict te beperken tot de directe vraagstelling, maar ook in het algemeen na te gaan hoe de patiënt tegenover zijn ziekte en de behandeling staat (Royal College of Physicians & the Royal College of Psychiatrists 2003). Andere factoren dienen juist niet te uitgebreid besproken te worden. Een eenmalige beoordeling, en zeker tijdens een ziekenhuisopname, is niet een geschikte context om emotioneel geladen onderwerpen bij patiënten in extenso te exploreren. Het gedetailleerd ingaan op bijvoorbeeld gereactualiseerde herinneringen aan seksueel misbruik kan tijdens een opname tot veel emotionele onrust leiden en herstel juist in de weg staan. Globale informatieverzameling is hier het uitgangspunt en niet het aangaan van een therapeutische relatie. Het is in dat geval beter de patiënt een signaal te geven dat zijn probleem begrepen is, en het perspectief van behandeling na herstel of ontslag te scheppen.

5.1.3.6 *Verslaglegging en advies*

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. Deze heeft meestal weinig kennis en ervaring met de psychiatrie. Om essentiële informatie over te dragen dient hiermee in verslaglegging rekening te worden gehouden. Zowel qua vorm als qua inhoud moet het oordeel en advies begrijpelijk zijn voor de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies verhoogd wordt.

Bij consultgeving in de huisartsenpraktijk zijn er aanwijzingen dat het schriftelijk aangaan van een behandelcontract (contractering) een positief effect heeft op de therapietrouw. Bij ‘contractering’ wordt het schriftelijk consultverslag (‘consultation letter’) van de consultgever met de patiënt besproken en committeert de patiënt zich expliciet met de

behandeling (voor een overzicht van onderzoeken die deze conclusie steunen wordt verwezen naar sectie 2.3.4). In het ziekenhuis is er geen ervaring met een dergelijk model.

In het algemeen dient voor verslaglegging het format gebruikt te worden zoals dat gangbaar is binnen het medisch model. Dit volgt een logische opbouw, die aansluit bij de praktijk van huisartsen en somatisch specialisten: redenen voor consult, anamnese, psychiatrisch onderzoek, evt. lichamenlijk of neurologisch onderzoek, conclusie en beleid. Bij consulten in de huisartsenpraktijk is het gebruik dat de consultgever zijn advies in een brief aan de consultvrager rapporteert. In het ziekenhuis wordt meestal gebruik gemaakt van intercollegiale consultformulieren. De verslaglegging moet in principe binnen de beschikbare ruimte van dit papier passen. Mocht méér van de anamnese gedocumenteerd willen worden, t.b.v. de follow-up contacten, dan kan daarvoor een eigen dossier aangelegd worden. In het algemeen wordt voor een eerste beoordeling het instellingsformulier voor intercollegiale consulten gebruikt, en worden eventuele follow-up contacten gewoon in de medische status van patiënt geschreven. Tenslotte moge het vanzelfsprekend zijn dat het verslag ook leesbaar moet zijn. Het systematisch benoemen of nummeren van adviezen geeft duidelijkheid en structuur aan de rapportage.

De inhoud dient zakelijk en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager. Dit betekent dat psychiatrisch vakjargon, waarvan verondersteld mag worden dat het niet door elke arts begrepen wordt, vermeden moet worden. Ook betekent het dat de informatie vooral uitgaat van geobserveerde symptomen en vermelde klachten. De conclusie dient helder te zijn en de behandeladviezen duidelijk.

5.1.3.7 *Behandeling en follow-up contacten*

Indien een eerste beoordeling leidt tot adviezen voor verdere diagnostiek of behandeling, dan moet de rol van de psychiater voor de consultvrager hierbij duidelijk zijn. Wanneer een consultgever zich beperkt tot adviezen, dan is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan; indien er sprake is van medebehandeling dan draagt de psychiater verantwoordelijkheid voor zijn aandeel in de behandeling. De consequenties van advisering of medebehandeling worden in sectie 7.1 verder besproken. Diagnostiek en behandeling dienen zoveel mogelijk plaats te vinden volgens evidence-based richtlijnen die door de beroepsvereniging onderschreven zijn. In het geval dat bij opgenomen patiënten psychiatrische follow-up aangewezen is, dan is de werkgroep van mening dat de psychiater hier zelf verantwoording voor moet dragen.

5.1.3.8 *Afsluiting van het consult*

Voor de hoofdbehandelaar moet duidelijk zijn wanneer de bemoeienis van de psychiater met de patiënt ophoudt. Dit dient duidelijk in de correspondentie of status weergegeven te worden. Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt is het vaak handiger om zelf de nazorgafspraken te maken. Afhankelijk van de instelling is het wel of geen gebruik om van elk consult een brief te schrijven. Bij consultgeving in de huisartsenpraktijk is dit aan te raden. In het ziekenhuis hoeft dit in principe niet, aangezien de hoofdbehandelaar relevante behandelinformatie in zijn ontslagbrief dient op te nemen. In ouder onderzoek blijkt evenwel dat slechts in 50% van de gevallen te gebeuren (Callies et al. 1980), zodat veel consultatieve diensten besloten hebben wel hun bevindingen in een brief weer te geven. Bij complexe patiënten, en met name wanneer voor nazorg naar een andere instelling verwezen wordt, kan de indicatie en het voorgestelde beleid echter vaak beter door de consulent verwoord worden, zodat in deze

gevallen wel geadviseerd wordt een brief te schrijven aan de somatisch behandelaar en de toekomstig psychiatrisch behandelaar, om misverstanden te voorkomen.

5.1.3.9. Registratie van activiteiten en verrichtingen

5 Het registreren van activiteiten en verrichtingen is noodzakelijk om managementinformatie te verkrijgen. Op basis van deze informatie kan de personele capaciteit ingeschat en tot op zekere hoogte kwaliteitsverbetering gestuurd worden. Soms kan het registreren van activiteiten nog andere doelen dienen, zoals het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Registratie van activiteiten en verrichten is derhalve noodzakelijk. Voor de meeste
10 instellingen zal de verplichte registratie in het kader van DBC Zorg en DBC GGZ voldoende zijn om deze doelen te bewerkstelligen. De DBC regelgeving is aan regelmatige verandering onderhevig. Actuele informatie over de DBC zorg en DBC GGZ kan gevonden worden op de respectievelijke websites: www.dbczorg.nl en www.dbcggz.nl.

15 **5.1.4. Het gebruik van meetinstrumenten.**

Meetinstrumenten worden in de klinische praktijk steeds vaker toegepast om beoordelingen te standaardiseren. Afhankelijk van het doel van het meetinstrument kan het hierbij gaan om screening, diagnostiek of ernstbepaling. Screening kan een globale screening op de aanwezigheid van niet nader gespecificeerde psychiatrische symptomen betreffen, of
20 screening op de aanwezigheid van een omschreven psychiatrische aandoening. Ook wat betreft diagnostiek kan het gaan om het breed diagnosticeren van niet nader gespecificeerde aandoeningen, of het diagnosticeren van een omschreven psychiatrische aandoening. Andere meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor het bepalen van de ernst van een enkel symptoom of syndroom.

25 Of er van een meetinstrument gebruik wordt gemaakt hangt onder andere af van de omstandigheden, de beschikbare tijden de ervaring van de beoordelaar. De keuze voor een bepaald instrument hangt, naast praktische overwegingen, af van het doel waarvoor dit gebruikt wordt, en de psychometrische eigenschappen. Belangrijk is om te weten of het instrument gevalideerd is voor screening, diagnostiek of ernstbepaling. Bij
30 screeningsinstrumenten is een hoge sensitiviteit en negatieve predictieve waarde belangrijk, bij diagnostische schalen is een hoge specificiteit en positieve predictieve waarde belangrijk. Daarnaast is het belangrijk dat het instrument gevalideerd is in dezelfde setting en populatie als die waarvoor hij gebruikt wordt. De hoeveelheid meetinstrumenten die beschikbaar is voor een grote hoeveelheid van aandoeningen maakt dat een systematische review hiervan
35 voor de consultatief-psychiatrische setting buiten het bestek en de mogelijkheden van de werkgroep valt.

Screening zal meestal plaatsvinden in risicopopulaties en gericht zijn op een omschreven ziektebeeld, bijvoorbeeld een depressieve of cognitieve stoornis. In sectie 4.3.3. werd beschreven dat er voor de effectiviteit van eenmalige consultgeving op basis van een
40 screeningsuitslag geen bewijs voorhanden is. Screening moet gevolgd worden door adequate diagnostiek en behandeling.

5.2. De opvolging van adviezen

5.2.1. Inleiding

45 Intercollegiale consulten kunnen alleen effectief zijn als de door de consulent gegeven adviezen ook daadwerkelijk opgevolgd worden. Belangrijk is daarom om te weten welke factoren geassocieerd zijn met een betere opvolging van het gegeven advies. Met name die factoren zijn interessant welke door de consulent zelf beïnvloedbaar zijn, omdat zij kunnen bijdragen aan een effectievere consultvoering.

50

5.2.2. Selectiecriteria literatuur

Zoektermen: Bij het zoeken is gebruik gemaakt van de PICO methodiek. Er is gestart met een ruime beginverzameling waaruit selecties zijn gemaakt door het toevoegen van specifieke termen per vraag. De beginverzameling is gevormd door te zoeken naar originele

5 onderzoekspublicaties op vrije termen zoals '(psychiatric consultation) or (psychiatric service)' en gecontroleerde trefwoorden, zoals 'explode psychiatry/all' voor Medline en 'Consultation-Liaison-Psychiatry' voor Psychinfo. Deze beginset is vervolgens gecombineerd met de toevoeging 'concordance', 'adherence' en 'compliance'.

Limits: Er werd geen tijdlimiet ingesteld. Alleen artikelen in het Engels, Nederlands, Duits of

10 Frans werden geselecteerd.

Opbrengst: De zoekstrategie leverde 67 resultaten op in Medline.. In Psychinfo werden 19 resultaten gevonden, waarvan er 13 reeds eerder in de Medline search geïdentificeerd werden.

Overige literatuur: Vier artikelen uit referentielijsten van gevonden artikelen, en drie artikelen die de werkgroep bekend waren en welke niet met de zoekstrategie gevonden

15 werden, werden toegevoegd

Selectie van literatuur: Van de in Medline gevonden artikelen werden er op basis van het abstract 20 geïnccludeerd en 47 geëxcludeerd. Exclusie van artikelen vond plaats om de volgende redenen: het betrof concordantie in de zin van correlatie tussen twee meetinstrumenten (25), het betrof geen consultatieve setting (14) het betrof concordantie in

20 de zin van inter-beoordelaars betrouwbaarheid (4), of andere redenen (4). Alle 6 de artikelen die wel in Psychinfo, maar niet in Medline gevonden waren werden geëxcludeerd: 3 omdat het de correlatie tussen twee meetinstrumenten betrof, 2 omdat het inter-beoordelaars betrouwbaarheid betrof, en 1 om een andere reden. De 27 resterende artikelen werden gelezen, waarna 7 artikelen alsnog geëxcludeerd werden om diverse redenen, zodat het totaal

25 op 20 beoordeelde artikelen kwam.

5.2.3. Samenvatting van de literatuur

Door de breedheid van het onderwerp en de veelheid van termen, settings en ziektebeelden is de het moeilijk in te schatten in hoeverre deze zoekstrategie een volledige weergave is van de

30 beschikbare literatuur.

Achttien van de twintig bestudeerde artikelen betreffen retrospectief uitgevoerde cohortonderzoeken, die zich ten doel stelden de klinische praktijk naturalistisch te beschrijven (type C onderzoek volgens de CBO indeling). Alle werden uitgevoerd in de periode 1979 tot 1998 en waren gesitueerd in academische ziekenhuizen waar de

35 consultatieve psychiatrie een aandachtsgebied was. Veertien onderzoeken zijn puur beschrijvend en vier vergelijkend. Slechts één van deze onderzoeken vond plaats in de huisartsenpraktijk, maar had geen betrekking op consultatie in de huisartsenpraktijk. In deze studie werd de mate van opvolging van adviezen die tijdens ziekenhuisopname gegeven werden na ontslag in de huisartsenpraktijk bestudeerd. Één prospectief cohortonderzoek vond

40 plaats in een verpleeghuis en had tot doel te bestuderen of de inzet van een consultatief psychiater binnen de reguliere organisatie van zorg de prevalentie van depressie in het verpleeghuis kon verminderen. Hiertoe werden een interventie-afdeling, waar de interventies door de psychiater of sociaal werker, voor zover mogelijk in een eenmalige beoordeling, zelf geïmplementeerd werden, vergeleken met 2 afdelingen waar slechts adviezen gegeven

45 werden. Van de 81 adviezen die op de interventie-afdeling gegeven werden bleken na drie maanden slechts 27 (33%) te zijn geëffectueerd. In 35% was dit te wijten aan het feit dat artsen, verpleegkundigen of anderen hun beleid niet gewijzigd hadden n.a.v. het advies, in 22% van de gevallen was er sprake van weigering van de patiënt om akkoord te gaan met de interventie, en in 33% was er een andere redenen. De mate waarin adviezen op de controle-

50 afdelingen werden uitgevoerd staat niet beschreven. Wel werd gerapporteerd dat er tussen de

afdelingen geen verschil was in de uitkomstmaat, de prevalentie van depressie. Één gerandomiseerd onderzoek vond plaats bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten in de huisartsenpraktijk. Doel van dit onderzoek was om de effectiviteit van een samenwerkingsmodel tussen consultatief psychiater en de huisarts te bestuderen. In deze

5

onderzoeksetting werd een adherentie van 91,2% gerapporteerd. In 15 van deze 20 artikelen werd de mate waarin het advies van de consultatief psychiater werd opgevolgd gerelateerd aan één of meerdere variabelen. In het overgrote deel van de beschrijvende onderzoeken wordt gemeld dat medicatie-adviezen beter opgevolgd worden dan diagnostische adviezen. Slechts twee onderzoeken rapporteerden dat de aard van

10

het advies niet uit maakt. Medicatie-adviezen werden in 68 tot 98% (mediaan 79%) opgevolgd, terwijl diagnostische adviezen in 29 tot 75% (mediaan 56%) werden opgevolgd. In één onderzoek werd een adherentie van 99% gerapporteerd wat betreft diagnostische adviezen, maar van deze adviezen werd 55% door de consultgever zelf uitgevoerd. Één onderzoek vergeleek de mate van adherentie wat betreft medicamenteuze en diagnostische

15

adviezen van de consultatief psychiater met die van de consultatief cardioloog. Adviezen van de cardioloog werden zowel op diagnostisch als op therapeutisch terrein beter opgevolgd dan die van de psychiater. Adviezen met betrekking tot verwijzing na ontslag werden in 85 tot 95% opgevolgd (mediaan 91%).

20

De mate van opvolging van adviezen bleek niet afhankelijk van het geslacht van de patiënt, de aard van de somatische ziekte, de aard van de psychiatrische diagnose, of de klasse van de geadviseerde medicatie in geval van een medicatieadvies. Tegenstrijdige resultaten werden gemeld voor het aanvragend specialisme, de leeftijd van de patiënt, en de aard van het medicatieadvies (stoppen, ongewijzigd continueren, dosisaanpassing, of starten). De adherentie was doorgaans beter indien de adviezen vroeger tijdens de opname of tijdens

25

de periode van medebehandeling werden gegeven. Verder was de adherentie beter indien er sprake was van follow-up contacten door de consulent (in tegenstelling tot eenmalige beoordelingen), en wanneer de consulent zelf de medicatie voorschrijft en dit niet over laat aan de consultvrager (de adherentie was in geval van zelf voorschrijven 100%).

30

Tegenstrijdige gegevens werden ook gevonden voor de relatie van adherentie met het professionele nivo van de consultgever. Twee onderzoeken van samen 721 consulten rapporteerden een betere adherentie wanneer de consultgever meer senior was en wanneer het consult eerder tijdens de opname werd aangevraagd, terwijl één onderzoek van 90 consulten geen relatie met deze beide variabelen vond. Één onderzoek in een geriatriesch ziekenhuis

35

vond een betere adherentie met medicatieadviezen wanneer naast consulten ook liaisonactiviteiten naar de afdeling toe ontplooid werden. Een overzicht van de beoordeelde onderzoeken staat weergegeven in tabel 5.2; een overzicht van de gevonden associaties staat weergegeven in tabel 5.3.

5.2.4. Conclusies

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien deze adviezen eerder tijdens de opname of tijdens de periode van medebehandeling gegeven worden. <i>C Popkin et al 1981; Huijse et al 1992; Huijse et al 1993</i>
----------	--

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien er na een eenmalig consult follow-up contacten plaats vinden <i>C Popkin et al 1981</i>
----------	--

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien er behalve consulten ook liaisonactiviteiten verricht worden <i>C De Leo et al 1989</i>
----------	--

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien de consultgever zelf medicatieorders aan de verpleging van de consultvragende afdeling geeft <i>C Wise et al 1987</i>
----------	--

5

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat door de consultatief psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien het professionele niveau van de consultgever hoger is. <i>C Lanting et al 1984</i>
----------	---

5.2.5. Overige overwegingen

10 Op twee na alle onderzoeken vonden plaats in academische ziekenhuizen waar consultatieve psychiatrie een speciaal aandachtsgebied was. Slechts één onderzoek in de huisartsenpraktijk werd gevonden, terwijl er eveneens slechts één onderzoek in een verpleeghuis gesitueerd was. Voor veel van de genoemde associaties is slechts beperkt bewijs uit één onderzoek voorhanden. Bovendien zijn veel onderzoeken zuiver beschrijvend en is bij een vergelijking van de mate van opvolging van adviezen geen statistische toets gebruikt.

15 Bij het zelf uitschrijven van medicatieorders op consultvragende afdelingen in het ziekenhuis is de consultgever niet alleen verantwoordelijk voor het voorschrijven van de medicatie, en de eventuele interacties of complicaties, maar ook voor een goede communicatie hierover met de behandelend arts, die ten alle tijden het overzicht over de totale behandeling van de patiënt moet houden.

20 5.2.6. Aanbevelingen

De werkgroep adviseert in geval van consulten in het algemeen of academisch ziekenhuis om: <ul style="list-style-type: none">- door middel van liaisonactiviteiten te trachten te bevorderen dat de consultvrager voor patiënten waarbij een psychiatrisch consult wenselijk wordt geacht, dit zo vroeg mogelijk tijdens de opname aanvraagt.- na een eerste beoordeling zo mogelijk vervolcontacten af te spreken ten einde na te gaan of de gegeven adviezen voor diagnostiek en behandeling ook

daadwerkelijk zijn opgevolgd, en zo nodig hierop aan te dringen of hier zelf zorg voor te dragen

- waar mogelijk afspraken te maken over de mogelijkheid van de consultgever om zelf medicatieorders aan de verpleging van de consultvragende afdeling te laten geven
- in instellingen waar de consulten in hoofdzaak door assistenten psychiatrie worden gedaan, de zorg zodanig te organiseren dat de superviserend psychiater zoveel mogelijk directe betrokkenheid heeft met de consultatieve patiëntenzorg

Literatuur

1. Billowitz A, Friedson W. Are psychiatric consultants' recommendations followed? *Internat J Psychiat Med* 1978; 9: 179-89.
- 5 2. Bustamente JP, Ford CV. Characteristics of general hospital patients referred for psychiatric consultation. *J Clin Psychiat* 1981; 42: 338-441.
3. Callies AL, Popkin MK, Mackenzie TB, Mitchell J. Consultees' representations of consultants' psychiatric diagnosis. *Am J Psychiat* 1980 ;137 :1250-1253.
- 10 4. Clarke DM, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in general medical units. *Austral New Zealand J Psychiat* 1995; 29: 424-32.
5. Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of non-psychiatric physicians toward psychiatric consultation. *Hosp Comm Psychiat* 1982; 33: 1002-5.
6. Hengeveld MW, Rooymans HG, et al. Assessment of patient-staff and intrastaff problems in psychiatric consultations. *Gen Hosp Psychiat* 1987; 9: 25-30.
- 15 7. Huyse FJ, Strain JJ et al. Interventions in Consultation/liaison Psychiatry part 2: Concordance. *Gener Hosp Psychiat* 1990; 12: 221-31.
8. Kissane DW, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. *Austral New Zealand J Psychiat* 1996; 30: 397-404.
- 20 9. Lanting RHH, Hengeveld MW. (1984). Outcome of psychiatric consultation in a Dutch university hospital. *Psychosomatics* 1984; 25: 619-25.
10. Mackenzie TB, Popkin MK, et al. Consultaion-Liaison Outcome evaluation System part 1. Teaching applications. *J Nervous Mental Dis* 1981; 169: 648-53.
11. Mackenzie TB, Popkin MK, et al. Consultation outcomes. The psychiatrist as consultee. *Archiv Gener Psychiat* 1983; 40: 1211-4.
- 25 12. Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Consultation-Liaison Outcome Evaluation System. 1. Consultant-consultee interaction. *Archiv Gener Psychiat* 1983; 40: 215-219.
13. Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Psychiatric consultation to geriatric medically ill patients in a university hospital. *Archiv Gener Psychiat* 1984; 41: 703-707.
- 30 14. Popkin MK, Mackenzie TB, et al. An interdisciplinary comparison of consultation outcomes. *Archiv Gener Psychiat* 1981; 38: 821-5.
15. Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Physicians' concordance with consultants' recommendations for psychotropic medication. *Archiv Gener Psychiat* 1979; 36: 386-9.
- 35 16. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. The psychological care of medical patients. A practical guide. London Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2003.
17. Schubert DS, Billowitz PA, et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry rate of consultation and psychosocial documentation. *Gener Hosp Psychiat* 1989; 11: 77-87.
- 40 18. Schwab JJ, Brown J. Uses and abuses of psychiatric consultation. *J Amer Med Ass* 1968; 205: 55-8.

19. Seward LN, Smith GC, et al. Concordance with recommendations in a consultation-liaison psychiatry service. *Austral New Zealand J Psych* 1991; 25: 243-54.
20. Shakin Kunkel EJ, Thompson TL. The process of consultation and organisation of a consultation-liaison psychiatry service. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. J. R. Rundell and M. G. Wise. Washington D.C. American Psychiatric Press Inc. 1996; 12-23.
21. Van Dyke C, Rice D, et al. Psychiatric consultation: compliance and level of satisfaction with recommendations. *Psychotherapy Psychosomatics* 1980; 33: 14-24.
22. Vaz FJ, Salcedo MS. A model for evaluating the impact of consultation-liaison psychiatry activities in referral patterns. *Psychosomatics* 1996; 37: 289-98.
23. Viederman M, Perry SW. Use of a psychodynamic life narrative in the treatment of depression in the physically ill. *Gener Hosp Psychiat* 1980; 2: 177-85.
24. Von Gunten A, Viloz F. Psychiatrie de consultation et de liaison dans un hospital de zone. *Revue Medicale de la Suisse Romande* 1998; 118: 569-75.
25. Wise TN, Mann LS, et al. Consultation-Liaison outcome Evaluation System (CLOES): resident or private attending physicians' concordance with consultants' recommendations. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 430-6.
26. Yager J. Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation: 12 concrete suggestions. *Psychosomatics* 1989; 30: 209-12.

Tabel 5.1. Overzicht literatuur die gebruikt werd om het consultproces te beschrijven (in volgorde van publicatie)

1. Herzog T, Stein B, Fröhlich L. Treatment of psychiatric disorders in medically ill patients including the management of emergencies. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreassen NC (eds) *new Oxford textbook of Psychiatry*; Oxford University Press, Oxford 2000; 1219 –24, 1237-42.
2. Draper B, Melding P. The assessment. In: *Geriatric consultation-liaison psychiatry*. Melding P, Draper B (eds). Oxford University Press, Oxford 2001; 109-39.
3. RCP & RCPsych. Communication and psychological assessment. In: *The psychological care of medical patients; a practical guide, second edition*. RCP & RCPsych London 2003; 6-17.
4. Leentjens AFG. Het psychiatrisch consult in het algemeen ziekenhuis. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink, Huijse FJ (red). *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Van Gorcum, Assen 2004; 36-51.
5. Diefenbacher A, Rothermundt M, Arolt V. Aufgaben der Konsiliarpsychiatrie und-psychotherapie. In: Arolt V & Diefenbacher A (Hrsg). *Psychiatrie in der klinischen medician*. Steinkopff, Darmstadt 2004; 1-18.
6. Querques J, Stern TA. Approach to Consultation Psychiatry; assessment strategies. In: Stern A, Fricchione GL, Cassem NH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds). *Mosby*, Philadelphia 2004; 9-19.
7. Smith FA, Querques J, Levenson JL, Stern TA. Psychiatric Assessment and Consultation. In: Levenson JL (ed). *Textbook of psychosomatic medicine*. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005; 3-14.

Tabel 5.2. Overzicht van onderzoeken naar factoren die de adherentie met adviezen, gegeven tijdens een psychiatrische consult, bepalen.

Studie	Type	populatie	interventie	controleconditie	N	psychiatrische diagnose	uitkomst	niveau van bewijs	opmerkingen
Billowitz 1978/79	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames		n.v.t.	273	alle	- chirurgen minder adherent dan internisten en gynaecologen. - nazorgadvies door psychologen minder opgevolgd dan door psychiater	C	
Popkin 1979	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			200	alle	- startadvies medicatie beter opgevolgd dan andere medicatieadviezen	C	
Van Dyke 1980	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			55	alle	adherentie niet gerelateerd aan aard advies	C	
Popkin 1981	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			394	alle	adherentie beter indien: - leeftijd patiënt > 60 - patiënt reeds medicatie gebruikt - advies in eerste helft medebehandelingsperiode - chirurgen meer compliant dan internisten - aard somatische aandoening - aard medicatieadvies - indien follow-up contacten	C	
MacKenzie 1981	retrospectief, beschrijvend	klinische opname			394	alle	-medicatieadvies beter opgevolgd dan diagnostisch advies	C	
Popkin 1983	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			394	alle	adherentie niet afhankelijk van: - aard advies - aard geadviseerde medicatie	C	

							- aard psychiatrische diagnose - aard aanvragend specialisme (m.u.v. slechtere compliance chirurgen)		
Popkin 1984	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			1072	alle	- adherentie medicatieadvies beter dan diagnostische advies - adherentie niet afhankelijk van leeftijd patiënt	C	
Lanting 1984	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			90	alle	adherentie niet afhankelijk van: - leeftijd patiënt - geslacht patiënt - verwijzende discipline - actueel medicatiegebruik - professioneel niveau consultgever tijdstip consultaanvraag	C	
Wise 1987	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			200	alle	adherentie beter indien consultgever zelf medicatie afspreekt	C	
De Leo 1989	retrospectief beschrijvend	geriatische opnames	consult vanuit geïntegreerde CL dienst	consult verzoek op	607	alle	adherentie beter bij geïntegreerde CL dienst en intensieve follow-up		
Ames 1990	prospectief vergelijkend cohortonderzoek	verpleeghuispatienten	consult	care as usual	90; 44 interventiegroep, 56 in controlegroep	depressie	medicatieadvies beter opgevolgd dan diagnostisch advies	B	
Seward 1991	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			405	alle	betere adherentie indien patiënt door specialist zelf gezien werd	C	
Huijse 1992	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			316	alle	adherentie niet afhankelijk van: - leeftijd en geslacht van patiënt	C	

							<ul style="list-style-type: none"> - somatische aandoening - psychiatrische diagnose adherentie beter indien: - advies eerder tijdens opname - consultgever meer senior - meer adviezen 		
Huijse 1993	retrospectief, beschrijvend	klinische opnames			317	alle	<ul style="list-style-type: none"> - adherentie met ontslagadviezen beter indien vroeg tijdens consultproces - adherentie met advies voor psychosociale diagnostiek beter indien later tijdens consultproces 	C	

Tabel 5.3. Overzicht van variabelen en hun associatie met de mate waarin adviezen van de consultatief psychiater worden opgevolgd.

Variabele	betere compliance	geen relatie met compliance
Hogere leeftijd patiënt	Popkin et al. 1981	Popkin et al. 1984 Lanting et al. 1984 Huijse et al. 1992
Geslacht patiënt		Lanting et al. 1984 Huijse et al. 1992
Aard somatische diagnose		Huijse et al. 1992
Aard psychiatrische diagnose		Popkin et al. 1983 Huijse et al. 1992
Aard advies: medicatie-advies beter opgevolgd dan diagnostische advies of psychosociale interventie.	Billowitz et al. 1978/79 Popkin et al. 1981 Mackenzie et al. 1981 Popkin et al. 1984 Ames 1990 Huijse et al. 1993 Von Gunthen et al. 1998	Van Dyke et al. 1980 Popkin et al. 1983
Actueel medicatiegebruik	Popkin et al. 1981	Lanting et al. 1984
Aard medicatie-advies	Popkin et al. 1979 (starten minder vaak opgevolgd dan wijzigen of stoppen)	Seward et al. 1991
Soort medicatie		Popkin et al. 1983 Lanting et al. 1984
Zelf voorschrijven medicatie	Wise et al. 1987	
Consult eerder in opname	Popkin et al. 1981 Huijse et al. 1992 Huijse et al. 1993 (w.b. ontslagadvies, maar diagnostisch advies beter gevolgd later in opname)	
Aard consultvragende discipline	Billowitz et al. 1978/79 (chirurgen minder compliant) Popkin et al. 1981 (chirurgen meer compliant) Popkin et al. 1984 (chirurgen alleen minder compliant voor diagnostische adviezen)	Lanting et al. 1984
Follow-up contacten	Popkin et al. 1981	
Liaisonactiviteiten	De Leo et al. 1989	
Nivo van professionele ontwikkeling	Lanting et al. 1981	Seward et al. 1991 Huijse et al. 1992

HOOFDSTUK 6. DE ROL VAN DE CONSULTATIEF PSYCHIATER IN EEN MULTIDISCIPLINAIR VELD

6.1. Samenwerking met andere consultgevende disciplines

5 Zowel in de huisartsenpraktijk als in de ziekenhuissetting maakt de consultatief psychiater vaak deel uit van een multidisciplinair team. Hiertoe kunnen onder anderen ook psychologen, sociaal - of consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden behoren. Een dergelijke samenwerking heeft duidelijke voordelen. De grens tussen psychiatrische, psychologische en psychosociale klachten en problemen is vaak niet duidelijk te trekken en multidisciplinaire samenwerking leidt doorgaans tot laagdrempelig overleg en korte verwijzlijnen tussen de disciplines. Dit kan leiden tot een betere afstemming en coördinatie van de behandeling. Binnen een multidisciplinaire samenwerking moet recht gedaan worden aan de specifieke kennis, ervaring, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines. Indien dat gebeurt, kan optimaal gebruik worden gemaakt van de differentiële expertises van de verschillende disciplines, hetgeen tot voordeel is voor de patiënt. Een gevaar van een multidisciplinaire samenwerking is evenwel dat verschuiving van werkzaamheden en verantwoordelijkheden kan plaatsvinden op andere gronden dan zorginhoudelijke, bijvoorbeeld om personele of bedrijfseconomische redenen. Verschillende inventariserende onderzoeken, zowel in de huisartsenpraktijk als in de ziekenhuissetting, laten zien dat dit inderdaad het geval is (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2002; Robben and Tietema 2005).

Het is de mening van de werkgroep dat de psychiater binnen het team zijn rol als medicus moet kunnen vervullen, en er tevens op moet toezien dat specifiek medische taken en verantwoordelijkheden ook aan een medicus toevertrouwd worden, en niet aan een andere discipline. De organisatie waarbinnen de psychiater werkt behoort een dergelijk uitgangspunt te onderschrijven en realisatie hiervan te faciliteren. Aangezien het stellen van een psychiatrische diagnose en het voorschrijven van medicatie voorbehouden medische handelingen zijn, dienen deze door een medicus, i.c. de psychiater, te worden verricht. Daarnaast stelt de ‘herziene profielschets psychiater’, hierin gesteund door jurisprudentie, dat een psychiater alleen diagnostische of therapeutische voorstellen kan doen bij patiënten die door hem zelf gezien zijn (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), 2005). Dit impliceert dat de psychiater geen verantwoording voor diagnostiek en beleid kan nemen voor patiënten die niet door hemzelf maar door andere disciplines gezien zijn. Ook in het geval van psychiatrische consulten verricht door arts-assistenten, al of niet in opleiding, dient adequate supervisie gegarandeerd te zijn.

6.2. Indicaties voor psychiatrische consultatie

Volgens de werkgroep is, uitgaande van de specifieke expertises van de verschillende disciplines, initiële diagnostiek door de psychiater aangewezen in de volgende gevallen:

- 40 - (verdenking op) ernstige psychiatrische stoornissen, waaronder depressieve stoornissen, angststoornissen, cognitieve stoornissen, delier en psychosen
- beoordeling van patiënten na een tentamen suïcidii
- beoordeling van patiënten met relevante somatische comorbiditeit, met name die patiënten waarbij een somatische, toxische of medicamenteuze etiologie van de
- 45 - psychische klachten overwogen moet worden
- beoordeling van onverklaarde somatische klachten
- alle overige pathologie waarbij medicamenteuze behandeling overwogen moet worden.
- middelenmisbruik

Het feit dat de psychiater in deze gevallen primair verantwoordelijk is voor de diagnostiek betekent overigens niet dat aanvullende diagnostiek en behandeling niet door, of in samenwerking met, andere disciplines kan gebeuren.

5 **6.3. Conclusie**

Niveau 4	De consultatief psychiater is veelal werkzaam in een multidisciplinair team waarbij afgrenzing van taken en verantwoordelijkheden met andere disciplines niet altijd even duidelijk zijn.
----------	---

6.4. Aanbeveling

De werkgroep adviseert om daar waar er sprake is van multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten de onderlinge werkverdeling tussen de disciplines wordt vastgelegd in een document, waarbij er rekening moet worden gehouden met de specifieke expertise van de verschillende disciplines en zorg moet worden gedragen voor de toewijzing van specifiek medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater.

Literatuur

- 10 1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Herziene profielschets psychiater. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2005.
2. Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005; 60: 1071-4.
- 15 3. Scholten M, Pols J, Drost Y, Voordouw I. Consultatie in de eerstelijns GGZ. De praktijk van consultatie op lokaal niveau. Utrecht: Trimbos Instituut, 2005.

HOOFDSTUK 7. DE ROL VAN DE PSYCHIATER BIJ MEDISCH-ETHISCHE VRAAGSTUKKEN

5

7.1. Inleiding

Bij bepaalde patiëntenpopulaties is er sprake van complexe medisch-ethische problemen. Hierbij spelen niet alleen somatische en medisch-technische factoren een rol, maar ook psychologische of psychiatrische, en ethische factoren. In de huisartsenpraktijk gaat het hierbij vaak om vragen rondom het levenseinde en om euthanasie. In de ziekenhuissetting betreft het meestal vragen omtrent medisch-technische ontwikkelingen en nieuwe behandel mogelijkheden, zoals transplantaties, diepe hersenstimulatie, in vitro fertilisatie (IVF), het (prenataal) kunnen vaststellen van genetisch bepaalde risico's en daarnaast eveneens beslissingen rond het levenseinde. In de huisartsenpraktijk kan besloten worden tot het voorleggen van het probleem aan de stichting Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland (SCEN). In het ziekenhuis is het gebruikelijk geworden om besluiten te nemen in overleg met de verschillende betrokken disciplines. De diverse invalshoeken kunnen dan worden belicht en de verantwoordelijkheid voor beslissingen kan worden gedeeld. Afhankelijk van de positie binnen het ziekenhuis wordt de consultatief psychiater door de collega-specialisten in meer of mindere mate gezien als degene die verstand heeft van dergelijke complexe medische vraagstukken. Betrokkenheid van de psychiater bij deze besluitvorming kan de vorm hebben van een patiëntgebonden intercollegiaal consult of van een meer liaison-achtige betrokkenheid, waarbij de psychiater alleen contact heeft met het multidisciplinaire team en niet met de betreffende patiënt.

De consultatief psychiater geldt als een specialist op biopsychosociaal gebied en kan de meer medisch-technisch gerichte collegae adviseren over het mogelijke belang en de invloed van psychosociale en psychiatrische factoren. Niet alle consultatief psychiaters vinden dat zij een rol hebben bij de besluitvorming rond medisch complexe zaken. Sommige psychiaters willen hun deskundigheid inzetten bij psychiatrische problematiek in de strikte zin van het woord en zullen vinden dat de psychiater geen specifieke deskundigheid heeft of meerwaarde biedt bij de meer beladen, ingewikkelde en ethische vraagstukken, die meespelen bij veel complexe medische vragen. Andere psychiaters beschouwen zich vanuit hun liaisonactiviteiten als vanzelfsprekende gesprekspartner in multidisciplinair overleg over complexe medische vragen, ook al is er a-priori geen sprake van psychiatrische problematiek. Waardeoordelen en het ontrafelen hiervan spelen hierbij meer een rol dan specifiek psychiatrische kennis. De consultatief psychiater kan een frisse blik werpen op eventuele vastgelopen stellingen binnen een multidisciplinair team, heeft verstand van interacties, zoals die binnen een team of in relatie met de patiënt spelen, en kan helpen de biopsychosociale gezichtspunten in de te maken afweging te integreren. Met name dit laatste kan binnen de taakopvatting van de consultatieve psychiater passen teneinde integrale zorg aan de patiënt te kunnen bieden (Bannink e.a. 2004)

7.2. Conclusie

Niveau 4	Er zijn verschillende opvattingen over de rol van de psychiater bij complexe medisch-ethische problemen.
----------	--

7.3. Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat de psychiater in bepaalde gevallen een zinvolle bijdrage kan leveren aan de besluitvorming rondom complexe medisch-ethische vragen. In hoeverre de

45

individuele psychiater deze rol wenst te vervullen hangt af van diens opvatting over zijn taken in het algemeen, en in de huisartsenpraktijk of het ziekenhuis.

Literatuur

1. Bannink M, Van Gool AR, Klijn FAM. De rol van de psychiater bij diverse complexe medische vraagstukken. In: Leentjes AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 2004.

HOOFDSTUK 8. JURIDISCHE ASPECTEN

5 8.1. Advisering versus medebehandeling

8.1.1. Inleiding

In het algemeen wordt in de praktijk van de consultatieve psychiatrie onderscheid gemaakt in 'consult' en 'medebehandeling' om de verantwoordelijkheid voor de behandeling en de relatie tot de patiënt te omschrijven. In het geval van 'consultatieve' betrokkenheid heeft de consultgever slechts een adviserende functie, terwijl in het geval van 'medebehandeling' hij de verantwoordelijkheid voor zijn eigen deel van de behandeling draagt. Deze indeling is onafhankelijk van het aantal vervolcontacten. In de DBC systematiek wordt evenwel een andere definitie aangehouden, die meer aansluit bij de klinische praktijk in GGZ instellingen, maar minder bij de consultatieve psychiatrie. Alleen een eenmalige beoordeling kan binnen DBC Zorg als 'consult' gedeclareerd worden, terwijl in het geval van herhalingscontacten deze altijd als 'reguliere zorg' binnen de DBC GGZ systematiek gedeclareerd moet worden. De aard van betrokkenheid wordt hierbij weliswaar in het midden gelaten, maar de term 'reguliere zorg' impliceert hoofdbehandelaarschap van de consultgever voor zover de diagnostiek en behandeling op zijn terrein ligt.

Wat betreft de juridische verantwoordelijkheidstoedeling is de wet niet duidelijk. De jurisprudentie hierover is schaars. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) geven hiervoor geen richtlijnen. Eerdere jurisprudentie geeft aan dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor het totale beleid, ook al maakt hij gebruik van diverse specialistische consulten en adviezen (bijv. Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's Gravenhage dd. 6 Juli 2004). Het feit dat de betrokken consulente een eigen verantwoordelijkheid voor hun adviezen hebben, doet niets af aan deze verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. Een dergelijke interpretatie zal tot problemen leiden wanneer er sprake is van een multidisciplinair behandelteam, waar het hoofdbehandelaarschap soms niet duidelijk gedefinieerd is. Als hoofdregel kan echter gelden dat iedere behandelaar verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen.

Ook in het geval van 'medebehandeling' is de verdeling van de verantwoordelijkheden daarmee niet duidelijk. Bij medebehandeling ligt de verantwoordelijkheid wat betreft de inhoud van het advies bij de consultgever, maar de verantwoordelijkheid van de uitvoering van deze adviezen ligt doorgaans bij de behandelend arts. Dit betekent dat de behandelend arts het geadviseerde beleid in moet zetten. De consultgever houdt de verantwoordelijkheid t.a.v. follow-up, waarbij zowel de consultgever als behandelend arts verantwoordelijk zijn om deze follow-up mogelijk te maken. Wanneer de consultgever zelf medicatieopdrachten of recepten uitschrijft op de afdeling waar hij in consult gevraagd is, is hij daarmee automatisch 'medebehandelaar' en ook verantwoordelijk voor dit deel van de behandeling.

8.1.2. Conclusie

Niveau 4	De werkwijze en verantwoordelijkheden van de consultatief psychiater bij consulten en medebehandelingen zijn niet altijd duidelijk.
----------	---

45

8.1.3. Aanbeveling

De werkgroep adviseert om de werkwijze en verantwoordelijkheden van de consultatief

psychiater in het geval van een ‘consult’ en ‘medebehandeling’ in schriftelijke vorm vast te leggen voor de betreffende instelling, zolang hierover geen juridische consensus bereikt is.

8.2. Telefonische supervisie versus eigen beoordeling

8.2.1. Inleiding

5 In de klinische praktijk worden veel consulten gedaan door niet psychiaters waaronder artsen in opleiding tot specialist (AIOS) of consultatief- of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, onder supervisie van een psychiater.

10 In het geval van multidisciplinaire samenwerking stelt de herziene Profielschets Psychiater dat de psychiater alleen onderzoek en behandeling kan indiceren voor patiënten die hij zelf gezien heeft. Dit houdt in dat in geval van een ‘verlengde hand constructie’ adequate supervisiemogelijkheden gerealiseerd moeten zijn die toelaten dat elke patiënt waarbij een psychiatrische diagnose wordt gesteld, verder onderzoek geïndiceerd is, of behandeling geadviseerd wordt, ook daadwerkelijk gezien kan worden.

15 Voor supervisie van AIOS is de situatie enigszins anders. In alle medische vervolgoopleidingen, waaronder dus ook de psychiatrie, zijn in het kader van de opleidingseisen eindtermen vastgesteld. Daarin staat wat de AIOS minimaal zelfstandig en/of onder supervisie moet hebben gedaan aan het eind van zijn opleiding. De nadruk ligt hierbij op zelfstandig werken, waarbij in het begin van de opleiding het meeste werk onder supervisie plaatsvindt en aan het eind van de opleiding werkzaamheden verricht moeten
20 kunnen worden zonder, of met marginale supervisie. Voor artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS), moet op basis van hun competentie een inschatting gemaakt worden van de noodzaak van supervisie.

8.2.2. Conclusie

Niveau 4	In het geval van multidisciplinaire samenwerking stelt de professionele norm dat de psychiater alleen behandelverantwoordelijkheid kan nemen voor patiënten die hij zelf gezien heeft. In het geval van arts-assistenten in opleiding tot psychiater zal de mate van ervaring de aard en intensiteit van de supervisie bepalen.
----------	---

25

8.2.3. Aanbeveling

De werkgroep adviseert dat de consultatief psychiater alle patiënten voor wie hij behandelverantwoordelijkheid neemt zelf ook ziet, met uitzondering van patiënten gezien door arts-assistenten in opleiding tot psychiater van wie gebleken is dat zij voldoende competent zijn om patiënten in de consultatieve setting zelfstandig te beoordelen.

8.3. WGBO versus wet BOPZ

8.3.1. Inleiding

30 De Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) legt de basale verhoudingen in de arts-patiënt relatie vast en is van toepassing op alle geneeskundige behandelrelaties, ook in psychiatrische settingen en in de consultatieve psychiatrie. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) is alleen toepasbaar indien er sprake is van
35 gedwongen opname in verband met een psychiatrische stoornis die gevaar oplevert voor de patiënt zelf, derden of de openbare orde. De Wet BOPZ geeft geen kader voor dwangbehandeling, behalve dan voor opheffing van het acute gevaar dat voortkomt uit de psychiatrische aandoening. Daar waar de reikwijdte van beide wetten in strikt somatische en

strikt psychiatrische settingen doorgaans duidelijk is, vormt de afgrenzing van beide wetten bij patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit vaak een punt van discussie.

Het in de klinische praktijk waarschijnlijk meest voorkomende probleem in dit opzicht is de patiënt die een somatische behandeling, nodig om ernstige gezondheidsschade te voorkomen, weigert (Koers, 1999; Kramers et al. 2006). Dit leidt vervolgens tot twijfels met betrekking tot de wilsbekwaamheid van de patiënt, waarop de somatische behandelaar aan de consultatief psychiater een inschatting vraagt met het oog op een inbewaringstelling (IBS). Behandelaren neigen in een dergelijke situatie de Wet BOPZ ten onrechte te gebruiken om een somatische dwangbehandeling te legitimeren. Dit is begrijpelijk vanuit de weerstand om een dwangbehandeling uit te voeren zonder duidelijk juridisch kader. Formeel juridisch gezien is dit echter onjuist: een IBS legitimeert geen dwangbehandeling voor een somatische aandoeningen, maar deze moet – ook bij gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten plaats te vinden binnen het kader van de WGBO (Klijn en Van den Berg, 2004). Toch leiden misverstanden hieromtrent vaak tot onnodig uitstel en ernstige complicaties. In geval van een wilsonbekwame patiënt die zich tegen noodzakelijke somatische behandeling verzet kan in het kader van de WGBO onder dwang behandeld worden. Wanneer hiervoor opname noodzakelijk is en de patiënt zich ook tegen deze opname verzet, dan ontstaat een probleem. Dwangopname in het kader van de WGBO is niet mogelijk, omdat dit zonder rechterlijke toetsing zou geschieden. Dwangopneming zonder rechterlijke toetsing is in strijd met artikel 15, tweede lid, van de Grondwet, en met artikel 5, vierde lid, van het Europees Verdrag van de Rechten van de mens. In deze artikelen wordt het recht op fysieke vrijheid van het individu gewaarborgd. In een dergelijk geval ontstaat er een ethisch dilemma: handelen in het belang van de gezondheid van de patiënt, of respecteren van de grondrechten van de patiënt? In dat geval biedt 'uitwijken' naar de Wet BOPZ soms een uitweg om een juridisch kader voor de opname te creëren, waarna de somatische dwangbehandeling in het kader van de WGBO kan plaatsvinden. Bij acuut gevaar voor de gezondheid van de patiënt is een alternatief omhem tegen zijn zin opgenomen te houden en te behandelen in het kader van 'goed hulpverlenerschap' zoals verwoord de WGBO artikel 466 lid 1. Indien er sprake is van niet-acuut gevaar bij een ter zake wilsbekwame patiënt bestaan er geen mogelijkheden tot dwangbehandeling. Een beslisboom ten aanzien van weigering van somatische behandeling en besluit tot dwangbehandeling wordt gegeven door Klijn en van den Berg (2004).

8.3.2. Conclusie

Niveau 4	De regelgeving en jurisprudentie op het terrein van somatische dwangbehandeling bij ter zake wilsbekwame of wilsonbekwame patiënten met een psychiatrische stoornis is niet eenduidig.
----------	--

8.3.3. Aanbeveling

De werkgroep adviseert om in geval van onduidelijkheden omtrent het juridische kader bij een patiënt bij wie somatische dwangbehandeling wordt overwogen, een juridisch advies bij de instellingsjurist in te winnen, indien het uitstel van de behandeling, dat gepaard gaat met het inwinnen van dit advies, geen additioneel gezondheidsrisico voor de patiënt oplevert.

Literatuur

1. Klijn FAM, Berg I van den. De WGBO en Wet BOPZ in relatie tot patiënten met lichamelijke aandoeningen. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Van Gorcum: Assen, 2004
2. Koers H. Wat te doen indien een patiënt na auto-intoxicatie behandeling weigert? Ned Tijdschr Geneeskd 199; 143: 2497-2500.

3. Kramers C, Jansman FGA, Droogleever Fortuyn H. Een patiënt die na een auto-intoxicatie met paracetamol behandeling weigert. Ned Tijdschr Geneeskd 2006; 150: 1601-4.

HOOFDSTUK 9. ORGANISATORISCHE ASPECTEN

9.1. Inbedding van de consultatieve psychiatrie in de ziekenhuisorganisatie

5

9.1.1. Inleiding

In het onderzoek naar de functie ziekenhuispsychiatrie van de geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) luidde één van de conclusies dat er een grote verscheidenheid is van de relatie van de ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie met de overige GGZ voorzieningen in de regio, hetgeen mogelijk ook kwalitatieve verschillen zou kunnen verklaren (Robben en Tietema, 2005). De invloed van de organisatorische inbedding op de kwaliteit van zorg is evenwel nog nauwelijks bestudeerd. In één groot retrospectief onderzoek zijn aanwijzingen gevonden dat psychiatrische consulten effectiever zijn wanneer de consultatief psychiater in dienst is van het ziekenhuis waar hij consulten verricht (Brown 2005). Wanneer een psychiater in dienst is van het algemeen of academisch ziekenhuis is hij beter 'ingebed' in de organisatie dan collega's die vanuit een externe instelling consulten in het ziekenhuis komen verrichten. Het gaat bij 'inbedding' niet alleen om persoonlijke bekendheid en laagdrempelige mogelijkheden tot overleg met consultvragende specialisten, maar ook om toegang tot overlegorganen van collega-specialisten, zoals het stafconvent, en om toegang tot de Raad van Bestuur van het ziekenhuis waar de consulten verricht worden. Op die manier zijn er meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de arbeidsvoorwaarden en omstandigheden.

10

15

20

9.1.2. Conclusie

Niveau 3	Psychiatrische consulten zijn effectiever wanneer de consultatief psychiater in dienst is van het ziekenhuis waar hij consulten verricht.
----------	---

25

9.1.3. Aanbeveling

De werkgroep adviseert om consultatief psychiaters zodanig aan te stellen dat een zo goed mogelijke inbedding in de setting waarin hij zijn consulten verricht gegarandeerd is.

9.2. Bestaffing

9.2.1. Inleiding

Het opstellen van een bestaffingsnorm voor het verlenen van adequate consultatief psychiatrische zorg in het ziekenhuis is moeilijk. In het algemeen zal de consultatief psychiater naast zijn consultatieve werkzaamheden ook liaisonactiviteiten verrichten en deelnemen aan multidisciplinaire teams. In de huisartsenpraktijk speelt dit aspect minder, omdat daar afspraken gemaakt kunnen worden over de aantallen patiënten die beoordeeld kunnen worden. Daarnaast zal de consultatief psychiater vaak ook niet-consultatieve taken, en doorgaans ook niet-patiëntgebonden taken hebben. Voor de ziekenhuissetting zijn in de loop der tijd een aantal adviezen uitgebracht. De Commissie Ziekenhuispsychiatrie, ingesteld door het Ministerie van VWS adviseerde als norm 1 fte psychiater per 300 nieuwe consulten per jaar (Commissie Ziekenhuispsychiatrie 1995). Deze norm werd twee jaar later overgenomen door de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP) (Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie 1997). Rooymans adviseerde afgaande op zijn eigen ervaring dat er 1 fte psychiater of arts-assistent psychiatrie wenselijk is voor het verrichten van 200 consulten per jaar (Rooymans 1984). Een dergelijke bestaffingsnorm zou als volgt onderbouwd kunnen worden. Per nieuw consult wordt voor een eerste beoordeling een tijd van 1 uur gerekend. Deze tijd is in lijn met de

35

40

45

richttijd voor het verrichten van een psychiatrisch onderzoek als vermeld in de ‘Richtlijn Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen’ (Richtlijncommissie psychiatrisch onderzoek bij volwassenen 2004). Bij een gemiddeld aantal follow-up contacten van 3, met een gemiddelde duur van 30 minuten is dit 2½ uur per nieuw consult. Hierbij dient nog 30 minuten berekend te worden voor interne patiëntbesprekingen, multidisciplinair overleg, administratie en overdracht, hetgeen de patiëntgebonden tijd per consult doet uitkomen op 3 uur. Uitgaande van een dienstverband van 1600 uur, en aannemende dat 10% van de tijd geïnvesteerd wordt in liaisonactiviteiten en 10% aan onderwijs- of managementtaken is er 1280 uur voor patiëntgebonden activiteiten. Aangezien er een grote variatie in consultaanvragen per dag is zal de efficiëntie niet uitkomen op 100%, maar schatting op 80%. Dit brengt het aantal patiëntgebonden uren op 1024 per jaar, hetgeen equivalent is aan 340 nieuwe consulten. Hierbij is geen rekening gehouden met het verrichten van bereikbaarheidsdiensten. Onafhankelijk van het aantal fte psychiater dat tijdens kantooruren zorg draagt voor de psychiatrische consulten, dient de voor acute beoordelingen ook een 24-uurs beschikbaarheid gegarandeerd te zijn. Naast psychiatrische bestaffing dient de consultatief psychiater de beschikking te hebben over adequate secretariële ondersteuning.

9.2.2. Conclusies

Niveau 4	Voor kwalitatief goed consultvoering is waarschijnlijk voor elke 340 consulten 1 FTE psychiater nodig.
----------	--

9.2.3. Aanbevelingen

De werkgroep adviseert om - in ziekenhuizen bij berekening van de benodigde fte psychiater de norm van 1 fte psychiater voor elke 340 nieuwe consulten per jaar aan te houden
--

9.3. Ruimtelijke faciliteiten

9.3.1. Inleiding

Adequate ruimtelijke faciliteiten zijn belangrijk om de privacy van de patiënt ten tijde van de beoordeling te garanderen en hem op zijn gemak te laten voelen. In de huisartsenpraktijk zal de spreekkamer als regel voldoende privacy bieden. In het ziekenhuis wordt elke patiënt idealiter gesproken op een daartoe ingerichte spreekkamer op de afdeling waar de patiënt zich op dat moment bevindt. Vaak is deze niet voorhanden en moet uitgeweken worden naar de patiëntenkamer of een niet voor het doel van patiëntenbeoordeling ingerichte ruimte. Met name wanneer er sprake is van meerpersoonskamers kan dit een probleem zijn. Indien de psychiater beschikt over poliklinische ruimten kan het een optie zijn de patiënt hier te beoordelen, indien patiënt zelf kan lopen of vervoerd kan worden. Indien dit niet kan, hangt het van de bejegening van de consultgevend psychiater af om toch een zo goed mogelijke vertrouwensband met de patiënt te creëren.

Op de Spoedeisende Hulp (SEH) moeten evenwel extra eisen aan de ruimte gesteld worden waar de patiënt beoordeeld wordt. Gezien de aard van de beoordelingen die hier verricht worden, met een groter aandeel van middelenmisbruik, gedragsstoornissen en chronisch psychotische patiënten dient de veiligheid van de consultatief psychiater mee te wegen in de inrichting van de ruimtelijke faciliteiten. De veiligheid kan worden bevorderd door de ruimte waar psychiatrische beoordelingen plaatsvinden zodanig te positioneren dat hier vanuit een centrale ruimte of de receptie toezicht mogelijk is, het plaatsen van een tweede deur als vluchtweg, en het aanleggen van een alarmsysteem.

9.3.2. Conclusie

Niveau 4	De veiligheid op de Spoedeisende Hulp (SEH) kan worden bevorderd door de
----------	--

ruimte waar psychiatrische beoordelingen plaatsvinden zodanig te positioneren dat hier vanuit een centrale ruimte toezicht mogelijk is, het plaatsen van een tweede deur als vluchtweg, en het aanleggen van een alarmsysteem

9.3.3. Aanbeveling

De werkgroep adviseert om met name in spoedeisende settingen bij het plannen van de ruimtelijke faciliteiten de veiligheid van de consultatief psychiater mede een rol te laten spelen.

Literatuur

- 5 1. Brown JF. Emergency department psychiatric consultation arrangements. *Health Care Management Reviews* 2005; 30; 251-61.
2. Commissie Ziekenhuispsychiatrie. *Ziekenhuispsychiatrie, Over de grenzen heen. Speerpunt voor integratie van somatiek en psychiatrie; schakel tussen algemeen ziekenhuis en geestelijke gezondheidszorg.* Rijswijk, Ministerie van WVC, 1995.
- 10 3. Herzog T, Stein B, et al. Eds. *Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie.* Stuttgart: Schattauer, 2003.
4. Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. Consultation-liaison service delivery: results from a European study. *Gener Hosp Psychiat* 2001; 23: 124-31.
- 15 5. Narrow WE, Rae RD. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Archiv General Psychiat* 2002; 59: 115-23.
6. Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie. *Psychiatrie in Uw ziekenhuis.* Utrecht, NFZP, 1997.
7. Richtlijncommissie psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen.* Amsterdam: Boom, 2004.
- 20 8. Rooymans HGM. *De psychiater in het algemeen ziekenhuis; een overzicht van de consultatieve psychiatrie.* Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.

HOOFDSTUK 10. BELEID EN IMPLEMENTATIE

10.1 Wat is de beste manier om de implementatie van deze richtlijn te bevorderen?

Het succes van verspreiding en implementatie van medisch specialistische richtlijnen is in Nederland niet intensief onderzocht. Onderzoek naar de implementatie van standaarden voor huisartsen is iets beter beschikbaar. In een recent rapport zijn, op basis van het gepubliceerd onderzoek, belemmerende en bevorderende factoren beschreven voor de implementatie van standaarden en richtlijnen (Hulscher 2000). In dit rapport en in een eerder rapport worden overzichtsartikelen met betrekking tot verschillende implementatiestrategieën becommentarieerd (Bero 1998). Richtlijnen die gemaakt en verspreid worden door erkende specialisten op dat gebied, die recht doen aan de gangbare praktijk en die ‘interactief’ verspreid worden blijken relatief succesvol. Uiteraard hebben ook vorm en inhoud van een richtlijn belangrijke invloed op de acceptatie van de richtlijn en na acceptatie op de implementatie (Hulscher 2000; Bero 1998; Grol 2003). Ideale richtlijnen zijn valide, betrouwbaar, reproduceerbaar, multidisciplinair, toepasbaar en flexibel, duidelijk, eenduidig en goed gedocumenteerd. Verder is bevorderlijk voor de kwaliteit van een richtlijn dat een testtraject voor implementatie is gevolgd, dat de uitvoering ervan evalueerbaar is en dat in de richtlijn, waar relevant, aandacht is geschonken aan patiënt en maatschappelijk perspectief (bv. kosten of zorgorganisatie), naast het zorgverleners perspectief. Een expert valide instrument ter controle van deze items is beschikbaar (AGREE instrument www.agreecollaboration.org).

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie is zoveel mogelijk opgesteld aan de hand van deze AGREE-criteria. De richtlijn is transparant in de argumentatie wat betreft de balans tussen wetenschappelijke overwegingen en overige overwegingen, zoals praktijkorganisatie, juridische aspecten, patiëntwensen en -voorkeuren en maatschappijbelang.

10.2. Conclusies

Niveau 3	Een richtlijn wordt een belangrijk instrument ter verbetering van de kwaliteit van zorg gevonden maar het effect ervan, gemeten op het niveau van implementatie (toepassing), is op dit moment nog niet optimaal. C: Hulscher, Bero, Grol
----------	--

Niveau 3	Ondersteuning van de implementatie van een richtlijn kan het beste gedaan worden door toepassing van een combinatie van strategieën. C: Hulscher, Bero, Grol
----------	---

10.3. Overige overwegingen

De werkgroep rekent het niet tot haar taak weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden, maar wil daar wel graag een bijdrage aan leveren. Een aantal activiteiten liggen direct in het verlengde van de werkzaamheden die reeds door de werkgroep zijn gestart:

- De richtlijn zal zo goed mogelijk worden verspreid onder de leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Informatie over de richtlijn zal worden verstrekt door middel van het aanbieden van publicaties in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Psychiatrie.
- De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zal jaarlijks de inhoud van de richtlijn toetsen en beoordelen of gehele of gedeeltelijke bijstelling noodzakelijk is.

- De richtlijn komt integraal op het internet op de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de KNMG, (artsennet) en het CBO (www.cbo.nl).

10.6. Aanbevelingen

De werkgroep stelt verder voor de volgende activiteiten te ontplooien ter bevordering van de implementatie van de richtlijn:

- presentatie van de aanbevelingen van de richtlijn op wetenschappelijke bijeenkomsten van de NVvP
- de werkgroep adviseert - waar relevant - delen van de richtlijn om te zetten in protocollen, rekening houdend met lokale omstandigheden;
- op instellingsniveau wordt regelmatige evaluatie van de voortgang in implementatie en navolging van de richtlijn aanbevolen;
- uitwerking van de in hoofdstuk 11 geformuleerde concept-prestatie-indicatoren tot toepasbare indicatoren, en een kader na te streven waardoor deze in instellingen te geïmplementeerd kunnen worden
- de implementatie van deze richtlijn deel uit te laten maken van instellingsvisities
- formuleren van resterende onderzoeksthema's en vragen die voor verder onderbouwing van de richtlijn noodzakelijk zijn en doorspelen daarvan aan de verschillende subsidiegevers en beleidsmakers.

5

Literatuur

1. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *Brit Med J* 1998; 317: 465-8.
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003; 362: 1225-30.
3. Hulscher M, Wensing M, Grol R. Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 2000.

10

HOOFDSTUK 11. MOGELIJKE PRESTATIE-INDICATOREN VOOR INTERN GEBRUIK

11.1. Inleiding

5 Binnen een kwaliteitssysteem in de gezondheidszorg is een indicator 'een meetbaar element van zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit van zorg'. Richtlijnen maken ook deel uit van het kwaliteitssysteem van de gezondheidszorg. Door aanbevelingen in een richtlijn te vertalen in meetbare elementen en indicatoren, wordt het mogelijk handelen uit te drukken in maat en getal (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2002). Om
10 deze reden is het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO ertoe overgegaan om kwaliteitsindicatoren in richtlijnen op te nemen. Indicatoren op basis van aanbevelingen voor handelen worden structuur- en procesindicatoren genoemd. Uitkomstindicatoren, zoals sterfteratio of complicatieratio, geven een algemener beeld van de kwaliteit van zorg. Uitkomstindicatoren hebben meestal betrekking op specifieke aandoeningen of ingrepen.
15 Ook deze richtlijn wil een aanzet geven tot de opzet van indicatoren die elementen uit deze richtlijn toetsbaar maken. De concept-indicatoren die in dit hoofdstuk genoemd worden zijn allen voorlopige indicatoren die verder onderzocht moeten worden op haalbaarheid en relevantie. De indicatoren hebben, evenals de richtlijn zelf, betrekking op ziektebeeldoverstijgende aspecten van de consultatieve psychiatrie. Voor
20 ziektebeeldgebonden indicatoren in de consultatieve psychiatrie, zoals voor diagnostiek en behandeling van het delier of voor beoordeling van zelfmoordpogers, wordt verwezen naar initiatieven omtrent deze aandoeningen of presentaties. In onderstaande worden enkele structuur- en procesindicatoren gegeven die het mogelijk maken om inzicht te krijgen in de beschikbaarheid en kwaliteit van consultgeving. De concept-indicatoren worden in deze
25 sectie kort toegelicht; uitgebreidere onderbouwing is elders in deze richtlijn te vinden.

11.2 Structuurindicatoren

Indicator I	Het aantal FTE beschikbaarheid van de consultatief psychiater in het ziekenhuis per 100 (somatische) bedden en per 1000 (somatische) opnames.
-------------	---

30 *Toelichting*

Het verlenen van adequate zorg veronderstelt de voldoende beschikbaarheid van een consultatief psychiater. Verwacht mag worden dat de verleende zorg zowel kwalitatief als kwantitatief beter wordt wanneer de beschikbaarheid van consultatief psychiaters verbeterd wordt. Deze indicator betreft alleen de ziekenhuissetting; in de huisartsenpraktijk is het beter
35 mogelijk om afspraken te maken over het maximale aantal te beoordelen patiënten. Voor verdere toelichting wordt verwezen naar sectie 9.2.

Indicator II	De beschikbaarheid van de consultatief psychiater ten behoeve van spoedconsulten gedurende 24 uur per dag.
--------------	--

Toelichting

40 Deze indicator geldt alleen voor ziekenhuizen. In geval van acute onrust, suïcidaliteit of andere situaties met gevaarscriteria voor de patiënt, de behandelaar of de openbare orde, moet spoedbeoordeling binnen een acceptabele tijdsspanne mogelijk zijn.

Indicator III	De consultatief psychiater is in dienst van het ziekenhuis waar hij consulten verricht.
---------------	---

Toelichting

Deze indicator geldt voor de ziekenhuissetting. Er zijn aanwijzingen dat een betere inbedding in de instelling waar consulten verricht worden leidt tot kwalitatief betere zorg (Brown 2005).

5 10.3. Procesindicatoren

Indicator I	Het percentage consulten waarbij zorg werd gedragen voor follow-up binnen de eigen organisatie of daarbuiten.
-------------	---

Toelichting

10 Deze indicator geldt voor de ziekenhuissetting. In de huisartsenpraktijk is consultatie vaak gericht op het adviseren van de huisarts die vervolgens zelf behandelt of verwijst. Klinische consulten blijken effectiever wanneer na een eerste contact vervolcontacten afgesproken worden. Voor zover het vervolgconsulten tijdens opname in het ziekenhuis betreft, of op de polikliniek van het algemeen of academisch ziekenhuis zijn deze gegevens uit de DBC GGZ registratie te halen. Aangezien er niet bij alle patiënten bij wie een consult wordt aangevraagd 15 een noodzaak tot follow-up is, zal de score op deze indicator nooit 100% bedragen.

Indicator II	Het percentage psychiatrische consulten verricht door arts-assistenten psychiatrie waarbij 'bedside' supervisie door de psychiater plaats vond.
--------------	---

Toelichting

20 Directe betrokkenheid van iemand met een hoger professioneel niveau, i.c. de specialist, bij de patiënt leidt tot effectievere consultatie (zie sectie 5.5). Daarnaast is 'bedside' supervisie een belangrijk instrument voor deskundigheidsbevordering van de arts-assistent.

Literatuur

- 25
1. Brown JF. Emergency Department psychiatric consultation arrangements. Health Care Management Reviews 2005; 30; 151-61.
 2. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden, 2002.

HOOFDSTUK 12. AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Het doel van deze richtlijn was om een standaard te stellen voor het verrichten van intercollegiale consulten psychiatrie in niet-psychiatrische settingen. Het was niet de bedoeling om psychiatrische diagnostiek en behandeling van patiënten met specifieke psychiatrische en somatische comorbiditeit te bespreken. De aanbevelingen voor verder onderzoek zijn dan ook vooral gericht op het proces en de effectiviteit van psychiatrische consultgeving. Voor algemene aanbevelingen m.b.t. onderzoek op het gebied van comorbiditeit wordt verwezen naar het rapport van het Trimbos Instituut ‘Zorg voor heel de mens’ (Van der Feltz-Cornelis et al. 2007).

In deze richtlijn werd eerste instantie gekeken naar de effectiviteit van psychiatrische consulten in de huisartsenpraktijk en in instellingen. In de onderzoeken die op dit terrein zijn uitgevoerd is het verrichten van psychiatrische consulten doorgaans niet de interventie is, maar de controleconditie ofwel de ‘care as usual’. Onderzocht worden dan vormen van psychiatrische consultgeving die ingebed zijn in een bredere multidisciplinaire samenwerking. De bijdrage van de verschillende disciplines, waaronder die van de psychiater, binnen dergelijke modellen is niet bekend. Daarnaast is effectiviteitsonderzoek, m.n. in de ziekenhuissetting, vaak gericht op kosteneffectiviteit, en hooguit op kortdurende symptoomreductie. Of er op langerer termijn sprake is van gezondheidswinst of een verbeterde kwaliteit van leven is niet bekend.

In tweede instantie werd getracht een standaard te zetten voor het verrichten van een psychiatrisch consult. Hierbij moest vaak worden teruggegrepen op expert opinions. Behalve op enkele kleine punten is nauwelijks onderzoek verricht op het proces van consultatie, terwijl dit op deelgebieden toch mogelijk moet zijn.

Tenslotte werd bestudeerd welke factoren samenhangen met een grotere adherentie van gegeven adviezen. Onderzoek hiernaar is grotendeels retrospectief en van oudere datum. Prospectief onderzoek is nauwelijks verricht.

Met betrekking tot het proces en de effectiviteit van psychiatrische consultgeving zouden de volgende aspecten onderwerp van verder onderzoek kunnen zijn:

- De effectiviteit van modellen van multidisciplinaire zorg, met name wat betreft de diagnostiek, behandeling en prognostische effecten op gezondheid en kwaliteit van leven, op middellange en langer termijn bij patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit. Dit advies sluit aan bij dat van het Trimbos Instituut.
- Validatiestudies om efficiënte en effectieve screeningsinstrumenten te ontwikkelen voor de belangrijkste vormen van comorbiditeit die bij een breed scala aan ziekten toepasbaar zijn. Ook dit advies sluit aan bij het rapport van het Trimbos Instituut.
- Het expliciteren van de effectiviteit van de specifieke bijdrage van de psychiater binnen deze multidisciplinaire behandelmodellen.
- Het algemene effect van psychiatrische consultgeving op gezondheid en kwaliteit van leven, niet alleen op korte termijn, maar ook op middellange en langere termijn.
- Onderzoek naar de bijdrage van specifieke onderdelen uit het psychiatrisch onderzoek aan de diagnostiek, adherentie met adviezen en behandeling, en prognose, alsook manieren om deze aspecten te verbeteren.

Literatuur

1. Van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Verdurmen JEE, Pot AM. Zorg voor heel de mens. Psychiatrische en somatische comorbiditeit. Programmeringsstudie. Trimbos Instituut, utrecht 2007.

APPENDIX 1. VERKLARENDE WOORDENLIJST

adherentie (adherence)

1. de mate waarin adviezen uit een richtlijn of protocol worden opgevolgd
5 2. de mate waarin een behandelend arts de adviezen die in een intercollegiaal consult gegeven worden opvolgt

compliantie (compliance)

1. de mate waarin de patiënt zich houdt aan de door de behandelend arts gegeven adviezen
10 (therapietrouw)
2. de mate waarin een behandelend arts de adviezen die in een intercollegiaal consult gegeven worden ook daadwerkelijk opvolgt

concordantie (concordance)

- 15 1. de mate van overeenstemming tussen twee beoordelaars, twee beoordelingen of twee beoordelingsinstrumenten
2. de mate waarin een behandelend arts de adviezen die in een intercollegiaal consult gegeven worden ook daadwerkelijk opvolgt

consult

zie: intercollegiaal consult

consultatie

- 25 werkwijze waarbij adviezen aan behandelaars gegeven worden over de manier waarop zij het best kunnen omgaan met psychiatrische klachten of complex gedrag van een patiënt, zonder deze patiënt zelf gezien te hebben

consultatieve psychiatrie

- 30 het aandachtsgebied binnen de psychiatrie dat zich toelegt op het verrichten van intercollegiale consulten. Vaak wordt deze term breder opgevat en geacht tevens 'liaisonpsychiatrie' te omvatten (zie aldaar)

consultgever

- 35 arts die op verzoek van een andere arts een intercollegiaal consult verricht

consultvrager

arts die een intercollegiaal consult vraagt aan een andere arts

eerstelijnspsychiatrie

- 40 1. Aandachtsgebied binnen de psychiatrie dat zich vooral richt op herkenning, diagnostiek en behandeling van psychiatrische morbiditeit in de eerste lijn, en op adequate ondersteuning van de huisarts daarin
2. Alle psychiatrische verrichtingen die in de eerste lijnssetting plaatsvinden

hoofdbehandelaar

- 45 de huisarts of medisch specialist die eindverantwoordelijk is voor de behandeling en begeleiding van de patiënt die aan zijn zorg is toevertrouwd. Behalve het leveren van zijn eigen aandeel in de zorg, is hij ook verantwoordelijk voor de coördinatie van zorg en ziet toe dat andere betrokken artsen er op kunnen vertrouwen dat zij het aan hen toebedeelde aandeel
50 in de zorg kunnen garanderen en daarvoor verantwoordelijkheid kunnen dragen. De instelling
-

waar de zorg wordt verleend, is er voor verantwoordelijk dat deze verantwoordelijkheidstoedelingen ook in organisatorische zin adequaat worden ondersteund.

intercollegiaal consult

5 de activiteit van beoordeling en advies over diagnose en behandeling van een patiënt verricht door een arts (de consultgever) op verzoek van de behandelend arts (consultvrager). Het consult strekt zich in tijd uit van de eerste beoordeling van de patiënt tot en met het laatste follow-up contact en verslaglegging.

10 **liaisonpsychiatrie**

werkwijze binnen de psychiatrie die zich richt op meer structurele samenwerking met huisartsen of andere medisch specialisten teneinde de herkenning en behandeling van frequent voorkomende comorbide psychiatrische stoornissen te optimaliseren.

15 **medebehandelaar**

de arts die verantwoordelijk is voor het eigen vakmatig handelen met betrekking tot de hem toebedeelde deel van de zorg voor de patiënt waarvan hij geen hoofdbehandelaar is

ziekenhuispsychiatrie

- 20
1. aandachtsgebied binnen de psychiatrie dat zich vooral richt op psychiatrische en somatische comorbiditeit.
 2. alle psychiatrische verrichtingen die binnen de setting van het algemene en academische ziekenhuis plaatsvinden.
-