

Consult(atie)verlening door een PAAZ

door P. J. M. van Alphen

Inleiding

Onder consultatieve psychiatrie, ook wel liaison psychiatrie genoemd, wordt verstaan dat deel van de klinische psychiatrie, omvattende alle diagnostische, therapeutische, onderwijs- en research-activiteiten, dat in de niet-psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen wordt beoefend.

In een voornamelijk organisatorische beschouwing heeft schrijver dezes de consultatieve psychiatrie als een van de specifieke taken van een PAAZ, reeds kort uiteengezet (Van Alphen, 1977). De bedoeling van dit artikel is deze thematiek verder uit te werken. In het eerste deel worden enkele globale cijfers en indrukken besproken. Het tweede deel geeft een analyse van honderd consulten, waarbij een aantal kwantitatieve gegevens wordt vergeleken met cijfers uit met name de Nederlandse literatuur. Voor een uitvoerige bespreking van de consultatiemethodiek kan verwezen worden naar Van Ravenzwaaij (1977).

Drie jaren consult(atie)verlening: enkele globale cijfers en indrukken

Leeftijds- en sexeverdeling (zie tabel 1) — Het getal tussen haakjes geeft het aantal consulten voor mannen aan, het getal ervoor het totaal.

In totaal werden 376 (175) patiënten gezien. Overeenkomstig de literatuurgegevens (Rooymans, 1972) zien we dat het aantal vrouwen (53,5%) het aantal mannen (46,5%) overtreft en dat de jongere leeftijdsklassen nogal sterk vertegenwoordigd zijn (59,6% onder de 50 jaar, 39,4% onder de 40 jaar). Hengeveld en Schalken (1979) vinden een soortgelijke trend, maar tekenen daarbij aan dat de leeftijds- en man/vrouw-verdeling van de onderzoeksgroep overeenkomt met die van de totale populatie van het ziekenhuis.

Schrijver is psychiater aan de PAAZ van het Ziekenhuis 'De Goddelijke Voorzienigheid', Walramstraat 23, 6131 BK Sittard.

Tabel 1: Leeftijds- en sexeverdeling

Leeftijd	1976		1977		1978	
	m + v	m	m + v	m	m + v	m
80-89 jaar	1	(1)	4	(4)	3	(2)
70-79 jaar	13	(7)	9	(6)	12	(5)
60-69 jaar	17	(9)	13	(7)	16	(6)
50-59 jaar	25	(15)	18	(10)	21	(10)
40-49 jaar	27	(10)	23	(12)	26	(12)
30-39 jaar	23	(10)	29	(12)	15	(6)
20-29 jaar	24	(9)	12	(5)	22	(9)
14-19 jaar	6	(1)	7	(2)	10	(5)
totaal	136	(62)	115	(58)	125	(55)

Tabel 2: De consultvrager (* med.-specialistische opleiding)

Consultvragers	1976	1977	1978
neurologie*	59	51	36
inwendige ziekten*	51	23	48
chirurgie*	6	11	17
longziekten	2	11	4
cardiologie	5	8	7
gynaecologie en obstetrie*	4	4	3
urologie	2	3	1
dermatologie	2	2	1
oogziekten	—	1	—
orthopaedie*	3	1	3
rheumatologie	—	—	2
plastische chirurgie	2	—	2
keel-, neus- en oorziekten	—	—	1
totaal	136	115	125
Percentage van het totaal			
aantal opgenomen patiënten	0,9%	0,8%	0,8%

De consultvragers (zie tabel 2) – Volgens Rooymans (1972) lopen de cijfers over de psychiatrische morbiditeit in algemene ziekenhuizen sterk uiteen (15-86%!), terwijl de consultpercentages veel lager liggen. De 'geneeskundige' afdelingen (neurologie, inwendige ziekten, enz.) vragen beduidend meer consulten aan dan de 'heelkundige' afdelingen (chirurgie enz.). De neurologische en interne afdelingen voeren de lijst aan met resp. 38,8% en 32,4% van het totale aantal van 376 consultaanvragen. Het aantal consultaanvragen als percentage van het totaal aantal opgenomen patiënten over een periode van drie jaar bedraagt 0,9%, 0,8% en 0,8% (Rooymans, 1972: 2,2%, Hengeveld en Schalken, 1979: 2,3%). Abraham en Gunning (1976) vonden, in een onderzoek waaraan 32 erkende PAAZ-en hebben meegewerkt, een gemiddelde van 52 consulten per 100 bedden in een jaar. Het gemiddeld aantal consulten voor het Sittardse ziekenhuis (698 bedden) zou dan 363 (2,4% van het totaal aantal opgenomen patiënten) moeten bedragen. Zoals uit het bovenstaande blijkt wordt dit getal lang niet gehaald. De consultvragers in het algemeen ziekenhuis kunnen hun

vragen echter ook richten aan de afdelingen psychologie en maatschappelijk werk, die meestal geheel zelfstandig functioneren. Overigens blijft dit nog vrij onduidelijk omdat gelijksoortige vragen dan eens hier, dan eens daar worden gedeponneerd. (In 1977, bijvoorbeeld, bereikten 115 aanvragen voor klinische consulten de PAAZ, 97 de afdeling psychologie en 210 de afdeling maatschappelijk werk. In genoemd jaar werden dus 422 'psychiatrische en psychosociale' consulten gevraagd wat voor ons ziekenhuis 2,9% van het totaal aantal opgenomen patiënten betekent). Als mogelijke oorzaken voor de afwijkende getallen kunnen worden genoemd enerzijds de organisatie en personele bezetting van de consultatieve dienst (wat dit betreft mag een niet onaanzienlijk verschil worden aangenomen tussen universitaire en perifere ziekenhuizen), anderzijds de nog altijd bestaande weerstanden tegen de psychiatrie en de wisselende onbekendheid en onervarenheid op het terrein van de consultatieve psychiatrie.

Met betrekking tot de verwijzende afdelingen kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt. De afdeling neurologie ligt aan de kop, waarbij wel aangetekend moet worden dat hier de meeste suïcidepogingen zijn inbegrepen (intensive care). De structuur van de intensive care maakt een langer verblijf van de patiënt vaak onmogelijk. Ook de accommodatie op deze afdeling is voor de psychiatrische patiënt ongeschikt. In zulke omstandigheden kan consultverlening moeilijk van de grond komen: er moet snel worden geoordeeld (vergelijk ook Lanssen, 1977). Voor consultatie geldt wellicht het tegendeel. Vooral m.b.t. hoger gespecialiseerde afdelingen zijn de meeste liaison-activiteiten beschreven, waarschijnlijk omdat de behandelaars hier zelf het vaakst geconfronteerd worden met psychosociale problematiek van de ingewikkelde medische ingrepen. Waage (in 'Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen', onder redactie van Wolters, 1976) beschrijft de bescheiden rol van een psychiatrisch consultant op een afdeling intensive care.

Hengeveld en Schalken (1979) hebben de indruk dat 'geneeskundigen' meer oog hebben voor psychosociale aspecten. Op deze afdelingen worden bovendien meer patiënten opgenomen voor diagnostiek, waardoor de kans op het aantreffen van psychiatrische problematiek waarschijnlijk groter is (chirurgische patiënten worden meestal voor behandeling opgenomen). Bij de 'heelkundige' specialismen tenslotte betreft het vaak voorbijgaande reacties op somatisch lijden (exogene reacties), veelal goed reagerend op gerichte medicamenteuze therapie.

Men zou zich natuurlijk de vraag kunnen stellen hoe het komt dat sommige afdelingen veel consulten aanvragen en andere in het geheel niet. Of de vraag 'Waarom hij en niet zijn buurman' (Rooymans, 1972); de vraag 'volgens welke criteria de arts zijn patiënten selecteert voor een psychiatrisch consult. Men krijgt de indruk: niet alleen op grond van aanwezige psychiatrische pathologie. Het zegt ook iets over de dokter'.

Het consultatiemodel: analyse van honderd consulten

Bovengenoemde cijfermatige gegevens maken wel trends zichtbaar, maar laten toch te weinig over de eigenlijke consult(atie)-verlening aan het licht komen. In dit deel wordt daarom het consultatiemodel centraal gesteld: bestudering van 100 opeenvolgende consultaanvragen met het hoofdaccent op de driehoeksverhouding: patiënt-consultvrager-consult(atie)gever. Hengeveld en Schalken (1979) beschrijven een exploratief onderzoek bij 100 consulten in een Academisch Ziekenhuis, hetgeen voor ons enige vergelijking mogelijk maakt.

Gegevens over de patiënt

— Een *psychiatrische voorgeschiedenis* wordt bij 60 patiënten gevonden. (Enkele malen wordt dit als enige aanleiding opgegeven). In het onderzoek van Hengeveld en Schalken (1979) speelt de psychiatrische voorgeschiedenis bij 26% van de consultaanvragen een rol. Het lijkt, zo voegen zij eraan toe, of daaraan door de behandelende artsen veel belang wordt gehecht.

— Somatische afwijkingen

geen	24
gering	30
gevariëerd	6
belangrijk	40

100

Rooymans (1972) vindt voor het aan- of afwezig zijn van somatische afwijkingen respectievelijk ruim 60% en haast 40%. In 26,4% zijn niet of onvoldoende verklaarde somatische klachten de reden van de consultaanvraag, bij Hengeveld en Schalken in 21%. Van der Meer (in 'Ontwikkeling van psychosociale zorg in ziekenhuizen', onder redactie van Wolters, 1976) maakt duidelijk waarom het aantal ziekten met een psychosociale genese relatief en absoluut toeneemt. Het belang van psychosociale factoren voor de genese van interne ziekten wordt herontdekt en dan niet alleen voor de psychosomatische aandoeningen. Ook de invloed van psychosociale factoren op de functie en regulatie van organen (primair) en de psychosociale complicaties bij somatische aandoeningen (secundair) krijgen steeds meer aandacht.

— *Gedragsproblemen* op de niet-psychiatrische afdeling treffen we aan bij 40 patiënten, terwijl deze bij 22 van hen al bij opname aanwezig waren. Men kan zich hier de vraag stellen of wordt meegegaan met de weerstand van de patiënt en/of van de huisarts, die liever het somatisch kanaal opzoeken en dus vanuit dit vertrekpunt een oneigenlijke opname regelen. In het onderzoek van Hengeveld en Schalken (1979) worden gedragsstoornissen 41 maal genoemd als aanleiding voor de consultaanvraag (gescoord door de consultvragers, niet door de consulent!).

Gegevens over de consultvrager

Volgens Rooymans (1972) zegt het feit dat de arts een psychiatrisch consult aanvraagt niet alleen iets over de patiënt, het zegt ook iets over de dokter. Het zegt iets over hun relatie. Hij vond aanwijzingen voor emotionele involvering (irritatie, meegevoel en gevoelens van machteloosheid, angsten, onzekerheid, etc.) van de behandelend arts met zijn patiënt in 34,5% van de gevallen.

— *De vraagstelling*

duidelijk en adequaat	67
onduidelijk, overigens wel adequaat	19
duidelijk, maar niet adequaat	7
onduidelijk en niet adequaat	7
	100

Duidelijke en adequate vraagstellingen dus in 2/3 van het aantal consulten. Rooymans krijgt uit onduidelijke of vreemde vragen de indruk dat het probleem soms meer moet worden gezocht bij de dokter dan bij de patiënt ('Achter de vragen gaan soms andere vragen schuil'). Enkele voorbeelden mogen hier volgen tot lering, niet tot vermaak.

De summiere, onduidelijke, overigens wel adequate vraagstelling: 'desoriëntatie'; 'oud infarct, nu tierelier'; 'anorexia nervosa (zie dossier)'. Er is iets met de patiënt aan de hand, maar een duidelijke vraagstelling en relevante gegevens ontbreken. (Misschien het idee dat na opsturen van een krabbel een automatisme in werking wordt gezet? Gebrek aan tijd en/of interesse?).

Een toename van de onduidelijkheid wordt gedemonstreerd door de volgende voorbeelden: 'gaarne controle'; 'met patiënt valt niet te praten, gaarne overname behandeling'; 'patiënte heeft nogal wat problemen, onder andere het feit dat de echtgenoot enkele buitenechtelijke relaties heeft, wordt slecht verwerkt'. Is dit alleen te wijten aan, zoals Van der Meer (1976) het noemt, belemmerende factoren als specifieke somatische gerichtheid, onvermogen om psychosociale factoren te erkennen en te ontdekken?

Tenslotte de combinatie onduidelijke vraagstelling en oneigenlijke opname: 'patiënte is door mij onder het mom van climacteriële klachten opgenomen, evenwel ligt de problematiek op jouw terrein; gegeven zij nog dat velen aandringen op therapie'; 'op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts opgenomen, overwegend psychiatrische problematiek; gaarne overname zodat wij hem snel kunnen ontslaan'.

— *Relevante achtergrondinformatie over patiënt*

goed	25
beperkt	15
onvoldoende	28
geen	32
	100

De 'geneeskundige' specialismen geven in het algemeen de beste inlichtingen. Slechts in 6 gevallen is de huisarts gekend in of betrokken bij de consultaanvraag. Hij is veelal voor de patiënt niet alleen de centrale, vertrouwde figuur, maar ook het best op de hoogte van het micromilieu. Bovendien is hij door de 'longitudinale kijk' vaak in staat iets te zeggen over reacties en gedrag van de patiënt in bepaalde situaties.

— Patiënt is *ingelicht* over consult(atie)

voldoende	52
onvoldoende	24
niet	13
niet mogelijk	11

100

Rooymans (1972) vindt dat rond 50% van de patiënten van tevoren is ingelicht. 'De vrees van de arts dat de patiënt het wel 'gek' zal vinden dat een psychiater in consult wordt gevraagd, is mede reden van het feit dat men nog al eens nalaat de patiënt van tevoren in te lichten, of, zó men inlicht, hierbij een versluierd woordgebruik hanteert in de zin van 'er komt straks nog een dokter met U praten'. Een positief effect van de consult(atie)verlening hangt niet alleen af van de signaleerde problematiek en de kwaliteiten van de consulent, maar volgens Lansens (1977) ook van de openheid in een kliniek of wat voor systeem dan ook, van het algemene psychohygiënische klimaat aldaar (o.a. het informeren van en bespreken met de patiënt), van de bereidwilligheid van de medewerkers om samen te werken en zich te laten vormen e.d.

— *Initiatiefnemer* consultaanvraag

behandelend specialist/assistent	91
patiënt	7
verpleging	1
anderen (huisarts, familie, etc.	1

100

Ook Hengeveld en Schalken (1979) vinden dat slechts 7% van de patiënten uit eigen beweging om een consult vraagt. Daarbij wordt aangetekend dat het typerende, soms ook wel frustrerende, van consultatief psychiatrisch werk in deze stijl is, dat het bijna altijd gericht is op patiënten die niet om de psychiater hebben gevraagd. In hun onderzoek is de grote mate van tevredenheid bij de consultvrager (74%) opvallend. 'Het lijkt erop dat de komst van de consulent alleen al voldoende is, vooral vanwege de geruststellende werking die ervan uitgaat. Psychiatrische symptomen bij een patiënt of emotionele problemen van behandelaars met een patiënt scheppen onzekerheid op een afdeling. De somaticus voelt zich wellicht tekort schieten in de behandeling van de psycho-

sociale aspecten van de ziekte en kan dit gevoel verlichten door het aanvragen van een psychiatrisch consult'. Eveneens opvallend is o.i. dat slechts in één geval de verpleegkundigen, continu betrokken bij 'cure' en 'care', het initiatief voor een consult hebben genomen.

Gegevens over de consult(atie)gever

Lansen (1977) somt uitvoerig de kwaliteiten op die naar zijn mening een goed psychiatrisch consulent dient te hebben. Rooymans (1972) wijst erop dat het van groot belang is een gesprek te hebben met de verwijzend arts én de verplegenden voordat men de patiënt ziet (in veel gevallen blijkt overleg met de huisarts ook erg zinvol). 'De 'patient-oriented approach' dient te worden aangevuld met een 'consultee-oriented approach'. In het verlengde van de consultee-oriented approach ligt de situation-oriented approach, waarin de aandacht wordt gericht op het totale netwerk van interacties op een afdeling'.

— 'Verrichtingen'

aantal contacten met patiënt	176
aantal contacten met anderen	114
telefonisch (voor)overleg met de huisarts	54
'eigen' maatschappelijk werk	8
'eigen' psychologie	12
correspondentie	87
	451

Onder 'verrichtingen' wordt verstaan diagnostiek, medicamenteuze behandeling, begeleiding van patiënt en omgeving, advies en schriftelijke informatie. Het gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt bedraagt 4.5. Het percentage systematische consultaties ligt echter laag (5-10%).

— Diagnostische rubricering

	H&S
organische psychosyndromen	15 (18%)
psychotische syndromen	17 (15%)
depressieve syndromen	13 (10%)
hysteriforme syndromen	19 (10%)
psychopathiforme syndromen	9 (12%)
geen psychiatrische diagnose	27 (35%)
	100 (100%)

Rooymans (1972) geeft een indeling naar psychiatrische syndromen (28,9% niet in te delen) en in hoofdgroepen van de I.C.D. (Mental Disorders). De classificatie-problemen zijn hier 'verstopt' in de groep neurosen, persoonlijkheidsstoornissen e.d. (44,6%) en in de groep situatieve reacties/reactieve stoornissen (17,0%). Met bovenstaande indeling volgen wij Hengeveld en Schalken (1979).

De door hen gevonden aantallen worden in percentages tussen haakjes vermeld. Opmerkelijk is in beide onderzoeken het vrij hoge percentage organische en psychotische syndromen, vergeleken met de Angelsaksische literatuur, waarin vooral depressieve syndromen een hoge notering krijgen. Aparte vermelding verdient het aantal suicidepogingen (25%), dat niet duidelijk zichtbaar wordt. Rooymans en Hengeveld vinden hiervoor respectievelijk 18,9% en 31%.

— *Verwijzingsbeleid*

overname PAAZ	23
polikliniek PAAZ	8
dagbehandeling PAAZ	1
huisarts	28
GGZ	13
AMW	8
Psychiatrisch Ziekenhuis	6
CAD	1
anderen	12
	100

De geraadpleegde literatuur levert wat dit item betreft nauwelijks vergelijkingsmateriaal, hoewel hiermee toch enig zicht op de 'patiëntenstromen' kan worden verkregen. Abraham en Gunning (1976) vinden in hun enquête dat gemiddeld circa 12% van het aantal consulten resulteerde in een overplaatsing naar de PAAZ, Hengeveld en Schalken (1979) noteren 15%. Het percentage overplaatsingen (29) naar PAAZ (23) of PZH (6) is vrij hoog, niet alleen in vergelijking met de Nederlandse literatuur, maar ook met de Angelsaksische (ongeveer 20%). Overname op de PAAZ berust niet alleen op de ernst van de psychiatrische pathologie, maar ook op de mogelijkheden van de consultatieve dienst enerzijds en de somatische afdelingen anderzijds. Overplaatsing naar een PZH houdt vrijwel steeds verband met het streven naar regionalisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Ruim 1/4 van de patiënten wordt terugverwezen naar de huisarts. In een aantal gevallen zou de consultvrager er beter aan doen met de huisarts te overleggen (continuïteit van psychosociale zorg). Een verwijzing kan dan zonodig worden geregeld naar de PAAZ (kliniek, polikliniek of dagbehandeling), GGZ, AMW, etc. in plaats van — bij gebrek aan kennis inzake hulpverlenende instanties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg — routinematig of als residu maar een tijdrovend psychiatrisch consult aan te vragen. Inadequate consultaanvragen verlengen de opnameduur, houden de patiënt vaker ten onrechte in het medisch kanaal en zetten de huisarts, als centrale figuur, buiten spel.

Wij hebben er een gewoonte van gemaakt de correspondentie over consult(atie) niet alleen te richten aan de consultvrager, maar ook aan de huisarts. Volgens Hengeveld en Schalken (1979) gebeurt

het nogal eens dat het consult niet of niet correct in de ontslagbrief van de consultvrager wordt vermeld ('meebehandelen' wordt relatief vaker incorrect of niet beschreven, terwijl 'regelen' bijna altijd wel correct wordt vermeld).

Conclusie

Het gevaar is niet denkbeeldig dat steeds verdergaande specialisering en technocratisering in ziekenhuizen leiden tot meer zakelijke transacties tussen medicus en patiënt met betrekking tot de ziekte, terwijl de psychosociale implicaties van het ziek-zijn minder aan bod komen.

Het percentage consultaanvragen is, gelet op de psychiatrische morbiditeit in algemene ziekenhuizen, opvallend laag. Aan de ene kant speelt het (h)erkennen van psychosociale factoren een belangrijke rol, aan de andere kant de organisatie en personele bezetting van de consultatieve dienst (hopenlijk zullen de nieuwe normeringsvoorstellen hier spoedig verbetering in brengen). De huisarts heeft in dit geheel een duidelijke sleutelpositie. Los van de aanwezige psychiatrische problematiek, zal consult(atie)verlening de meeste kans van slagen hebben als door het formuleren van een heldere vraagstelling een verbetering van de onderlinge communicatie (met oog voor algemene psychohygiënische aspecten) wordt uitgelokt.

Literatuur

- Abraham, R. E., en Gunning, W. B. (1976), De regionale psychiatrische kliniek en de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis. *Medisch Contact*, 31, 513-521.
- Alphen, P. J. M. van (1977), Drie jaren PAAZ-Stittard. *Medisch Contact*, 32, 1612.
- Hengeveld, M. W., en Schalken, H. F. A. (1979), De psychiater bij de ziekenhuispatiënt, *MGV*, 3, 200-221
- Lansen, J. (1977), Consultation-liaison psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1, 5-14.
- Ravenzwaaij, J. F. van (1977), Psychiatrisch consult of consultatie, *Medisch jaar*, 289-305.
- Rooymans, H. G. M. (1972), Consultatieve Psychiatrie, *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 14, 19-38.
- Wolters, W. H. G. (1976), *Ontwikkeling van psychosociale zorg in Ziekenhuizen*, Bosch & Keuning N.V., Baarn

Prof. Dr. H. G. M. Rooymans en collga M. W. Hengeveld (Leiden) ben ik dank verschuldigd voor hun adviezen en persoonlijke mededelingen.