

Consultatieve psychiatrie: verwachtingen van artsen en verpleegkundigen

door M.W. Hengeveld, M.E.J.M. Caubo, E.M. van Mil en M.T. de Witte

Inleiding

De consultatieve psychiatrie, de tak van de klinische psychiatrie die zich bezighoudt met patiënten op niet-psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis, krijgt ook in ons land de laatste jaren meer en meer belangstelling. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het toenemend aantal artikelen van Nederlandse auteurs (b.v. Hengeveld, 1980; Staal, 1982; Raes, 1982; Rooymans, 1983) en het recente verschijnen van een Nederlands boek (Rooymans, 1984).

Bij psychiatrische consulten kunnen emotionele problemen van de behandelend artsen en verpleegkundigen met de patiënt of met elkaar een rol spelen. Het proefschrift van de eerste auteur (Hengeveld, 1983) is geheel gewijd aan deze *stafproblemen*, zoals ze zijn genoemd. Volgens de consulenten psychiatrie in dit onderzoek is er bij ongeveer eenderde van de consulten mogelijk of zeker sprake van dergelijke stafproblemen. Nogal eens leidt dit ertoe dat de behandeling van de patiënt, naar het oordeel van de psychiatrische consulent, niet optimaal verloopt. Bij ongeveer de helft van de consulten met stafproblemen verricht de psychiatrische consulent een *staf-gerichte* consultatie, dat wil zeggen: de benadering is impliciet of expliciet gericht op het stafprobleem, met het doel de staf te leren een dergelijke patiënt emotioneel beter te hanteren.

Men kan zich afvragen wat de artsen en verpleegkundigen *zelf* van het psychiatrisch consult verwachten. In een klein onderzoek is ons gebleken dat ook volgens de artsen of verpleegkundigen bij eenderde van de consulten de patiënt meer emotionele reacties opriep dan nor-

De eerste schrijver is psychiater en hoofd consultatieve dienst van de afdeling Psychiatrie Academisch Ziekenhuis Leiden (hoofd: prof. dr. H.G.M. Rooymans). De overige schrijvers zijn studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden, die hun derdejaars keuze-practicum deden onder supervisie van de eerste schrijver.

maal, en dat hun houding door deze reacties werd beïnvloed (zie in Hengeveld, 1983). Hechten zij daarom waarde aan hulp bij het inzicht krijgen in en omgaan met deze reacties? Vinden zij hulp bij het oplossen van conflicten tussen artsen en verpleegkundigen belangrijk? Of rekenen zij toch veeleer op een patiënt-gerichte aanpak? In Amerika is enig onderzoek verricht naar de verwachtingen van artsen ten aanzien van de consultatieve psychiatrie (Karasu, Plutchik, Conte, Spiegel, Steinmuller en Rosenthal, 1977; Sasser en Kinzie, 1979; Fauman, 1981; Friedman en Cohen-Cole, 1981; Ochitill, 1983). Hieruit blijkt onder meer dat de artsen duidelijk meer belang hechten aan patiënt-gerichte activiteiten dan aan onderwijs en hulp aan artsen en verpleegkundigen. Het in dit artikel beschreven onderzoek is een replicatie van deze Amerikaanse studies, met de bedoeling om na te gaan wat de verwach-

Tabel I: Belang van activiteiten van consulent psychiatrie

nr. Activiteit van de consulent psychiatrie	gemiddelde score* (n = 146)
1. Het beoordelen van de psychische toestand van een patiënt	1,5
2. Het regelen van overplaatsing van een patiënt naar de psychiatrische observatieafdeling of naar een psychiatrisch ziekenhuis	1,5
3. Adviezen geven over de behandeling van een patiënt op uw afdeling	1,6
4. Het beoordelen of een psychische oorzaak is van een somatische klacht	1,2
5. De arts de psychische aspecten van de ziekte van een patiënt te helpen begrijpen	0,8
6. De verpleging de psychische aspecten van de ziekte van een patiënt te helpen begrijpen	0,9
7. Het psychotherapeutisch behandelen van een patiënt op uw afdeling	1,0
8. Het psychiatrisch begeleiden van een patiënt op uw afdeling	1,5
9. Het geven van advies aangaande het gebruik van psychofarmaca	1,7
10. Gesprekstechnieken leren aan personeel en medische studenten	0,6
11. Adviezen geven over nog uit te voeren diagnostisch onderzoek	0,7
12. Het begeleiden van de familie van de patiënt	0,9
13. Het helpen oplossen van conflicten onder artsen en verpleging die los staan van een bepaalde patiënt	0,2
14. Artsen en verpleging helpen inzicht te krijgen in, en om te gaan met hun eigen reacties op bepaalde patiënten	0,5
15. Artsen en verpleging helpen om te gaan met de spanningen veroorzaakt door het gedrag van een patiënt	0,7
16. Het meebeslissen over het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis	0,8
17. Het berichten van een spoedconsult bij een onrustige, verwarde, of agressieve patiënt	1,7
18. Het verwijzen naar de psychiatrische polikliniek van een patiënt	1,4
19. Het geven van klinische lessen over psychiatrische onderwerpen	0,8
Gemiddelde somscore	20,1

* 0 = onbelangrijk, 1 = matig belangrijk, 2 = zeer belangrijk

tingen zijn van de consultvragers in een Nederlands academisch ziekenhuis.

Methode

Voorjaar 1983 werd een vragenlijst voorgelegd aan alle hoogleraren, chefs de clinique, arts-assistenten en hoofdverpleegkundigen werkzaam op de klinische afdelingen van het Academisch Ziekenhuis Leiden (uitgezonderd de kinderkliniek en de pijnkliniek). In deze vragenlijst werden 19 soorten activiteiten genoemd die een consulent psychiatrie kan verrichten ten behoeve van de patiënt (zie tabel I). Deze lijst is grotendeels gebaseerd op Karasu e.a. (1977). De geënquêteerden werd verzocht een oordeel te geven over het belang van de verschillende activiteiten op een driepuntsschaal (0 = onbelangrijk, 1 = matig belangrijk, 2 = zeer belangrijk).

Voor statistische bewerking van de scores is gebruik gemaakt van het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; Afdeling Medische Statistiek, Leiden, mevr. ir. M.L. Bouwhuis-Hoogerwerf). De gemiddelde scores per antwoord en de somscores per geënquêteerde over de 19 antwoorden werden berekend. Getoetst werd met de Student-t-toets (p-tweezijdig < 0,05) of X²-toets (p-éénzijdig < 0,05).

Een groot aantal respondenten (31%) had één of meer vragen niet beantwoord en dreigde daardoor buiten het onderzoek te vallen. Voor die respondenten die slechts één of twee van de vragen oningevuld hadden gelaten vulden wij arbitrair een 1 in. Het totaal aantal uitvallers kon daarmee worden teruggebracht tot 5%.

Resultaten

Van de 181 rondgebrachte enquêteformulieren zijn er 146 (81%) ingevuld terug ontvangen. De respons verschilde niet significant tussen geneeskundige* en heelkundige** afdelingen, noch tussen hoogleraren, chefs de clinique, arts-assistenten en hoofdverpleegkundigen (X²-toetsen).

Tabel I toont de gemiddelde scores berekend uit de antwoorden op de 19 vragen in de vragenlijst. Het valt op dat alle activiteiten die primair gericht zijn op de patiënt (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 17 en 18) gemiddeld een waardering krijgen van 1,0 of hoger, terwijl alle handelingen die primair gericht zijn op de staf (5, 6, 10, 13, 14, 15, 19) gemiddeld 0,9 of lager scoren. Alleen vraag 16 vormt hierop een uitzondering: het meebeslissen over het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis ziet men niet als

* Algemene interne, interne subspecialismen, dermatologie en neurologie.

** Algemene chirurgie, chirurgische subspecialismen, neurochirurgie, keel-neus-oorheelkunde, oogheelkunde en gynaecologie/obstetrie.

een zeer belangrijke verantwoordelijkheid van de consulent psychiatrie (0,8).

De hoogst gewaardeerde patiënt-gerichte activiteiten zijn: adviezen aangaande psychofarmaca (1,7) en spoedconsulten bij een onrustige, verwarde of agressieve patiënt (1,7). Patiënt-gerichte handelingen die relatief laag scoren zijn: het beoordelen of er een psychische oorzaak is van de somatische klacht (1,2) en het psychotherapeutisch behandelen van een patiënt op een afdeling (1,0). Dit laatste in tegenstelling tot het psychiatrisch begeleiden van een patiënt, hetgeen een hoge gemiddelde beoordeling krijgt (1,5).

Bij de staf-gerichte activiteiten valt op dat men nauwelijks is gediend van hulp bij stafconflicten die los staan van een bepaalde patiënt (0,2). Ook openlijke staf-gerichte consultatie: artsen en verpleging helpen inzicht te krijgen in, en om te gaan met hun reacties op patiënten, wordt laag gewaardeerd (0,5). Bedekte staf-gerichte consultatie: artsen en verpleging helpen om te gaan met de spanningen veroorzaakt door het gedrag van een patiënt, krijgt een wat hogere score (0,7). Maar het hoogst gewaardeerd binnen deze groep zijn die activiteiten die erop gericht zijn de kennis van de staf te vergroten: de arts of de verpleging de psychische aspecten van de ziekte van een patiënt te helpen begrijpen (resp. 0,8 en 0,9) of het geven van klinische lessen (0,8).

Van de consulent psychiatrie verwacht men niet zozeer dat hij adviezen geeft over nog uit te voeren diagnostisch onderzoek (0,7), en het begeleiden van de familie van de patiënt krijgt een gemiddelde score (0,9).

We hebben de afdelingen onderverdeeld in geneeskundige afdelingen (algemene interne, interne subspecialismen, dermatologie en neurologie) en heelkundige afdelingen (algemene heilkunde, heelkundige subspecialismen, neurochirurgie, keel-neus-oorheelkunde, oogheelkunde en gynaecologie/obstetrie). De gemiddelde scores op de 19 vragen van de vragenlijst verschillen niet significant voor deze twee hoofdgroepen. Dat wil zeggen: de geënquêteerden op geneeskundige afdelingen en die op heelkundige afdelingen hebben ongeveer een gelijk oordeel over de verschillende diensten van de consultatieve psychiatrie. Bij vergelijking van de verschillende geënquêteerde disciplines (hoogleraren, chefs de clinique, arts-assistenten en verpleegkundigen) blijkt dat de hoofdverpleegkundigen gemiddeld significant hoger scoren dan de drie overige disciplines (t-toets). Met name de staf-gerichte activiteiten van de psychiatrisch consulent worden door de hoofdverpleegkundigen hoger gewaardeerd dan door de artsen. De enige staf-gerichte verrichting die de hoofdverpleegkundigen al evenmin waarderen als de artsen is het helpen oplossen van conflicten tussen artsen en verpleging.

In tabel II worden de vier verschillende disciplines vergeleken, verdeeld over de geneeskundige en heelkundige afdelingen. Het blijkt dan dat de chefs de clinique op de geneeskundige afdelingen gemiddeld een

Tabel II: Vergelijking gemiddelde somscores

discipline	geneeskundige afdelingen			heelkundige afdelingen			student-t-toets		
	gem.	sd	n	gem.	sd	n	t	df	p-tweezijdig
Hoogleraren	18,9	6,67	9	17,7	3,00	9	0,27	16	0,788
Chefs de Clinique	19,5	6,89	17	14,2	5,55	10	2,08	25	0,048
Arts-assistenten	18,9	6,85	43	20,2	6,24	28	-0,80	69	0,429
Hoofdverpleegkundigen	22,7	8,60	18	28,8	5,07	12	-2,19	28	0,037
Totaal	19,8		87	20,5		59	-0,64	144	0,526

significant hogere waardering hebben voor de diensten van de consultant psychiatrie dan hun collegae op de heelkundige afdelingen. Wat betreft de hoofdverpleegkundigen ligt de waardering juist andersom: op de heelkundige afdelingen scoren zij gemiddeld hoger dan op de geneeskundige afdelingen.

Discussie

De respons op de enquête was hoog (81%) en niet-respondenten verschillen niet significant van de respondenten wat betreft discipline en soort afdeling. Dit maakt het aannemelijk dat de respondenten representatief zijn voor de gehele groep klinische hoogleraren, chefs de clinique, arts-assistenten en verpleegkundigen.

Artsen en verpleegkundigen verwachten van de psychiatrisch consultant vooral beoordeling, behandeladviezen en meebehandeling van hun patiënten. Met name medicatieadviezen en spoedconsulten bij onrustige, verwarde of agressieve patiënten worden belangrijk gevonden. Dit is in overeenstemming met bevindingen van Amerikaanse auteurs (Fauman, 1981; Ochitill, 1983). Het klinisch of poliklinisch overnemen van de patiënt door de psychiater krijgt een minder hoge waardering. Dit komt overeen met de resultaten van een onderzoek van Noy, Kaplan De-Nour en Moses (1966) in Israël, waarbij bleek dat de behandelende artsen hun patiënten bij voorkeur zelf bleven behandelen. Psychiatrische diagnostiek van onverklaarde lichamelijke klachten en adviezen over nog uit te voeren diagnostisch onderzoek worden niet zo belangrijk gevonden. Van de diagnostische capaciteiten van de psychiater heeft men mogelijk niet zo'n hoge dunk. Misschien is dat ook wel begrijpelijk, gezien de weinig indrukwekkende diagnostische en therapeutische prestaties van de 'klassieke' psychosomatiek (Rooymans, 1983). Onderzoek naar de compliance van de behandelend artsen met de adviezen van psychiatrische consultants bevestigen deze bevindingen. Medicatieadviezen worden bijna altijd opgevolgd,

terwijl geadviseerd diagnostisch onderzoek slechts voor de helft wordt uitgevoerd. Ook conclusies van de consulent psychiatrie worden in niet meer dan de helft van de ontslagbrieven van de behandelend artsen correct vermeld (zie bijv. Lanting en Hengeveld, 1984).

Staf-gerichte activiteiten van de psychiater worden door de somatici duidelijk minder belangrijk gevonden dan patiënt-gerichte activiteiten. Dit is een bevinding die ook in de Amerikaanse publikaties zonder uitzondering wordt vermeld (Karasu e.a., 1977; Sasser en Kinzie, 1979; Friedman en Cohen-Colc, 1981; Ochitill, 1983).

Nogal wat auteurs hebben uitvoerig gewezen op angsten en weerstanden van de ziekenhuismedewerkers als verklaring voor deze geringe belangstelling voor de staf-gerichte werkzaamheden van de psychiatrisch consulent. Angsten die genoemd worden zijn: angst voor kritiek; angst dat eigen onkunde aan het licht komt; angst dat de psychiater te intiem en te persoonlijk zal worden; angst dat de eigen doodsangst zal worden blootgelegd; of angst om als psychiatrische patiënt te worden beschouwd. Ook meer structurele obstakels worden beschreven: elk sociaal systeem verzet zich tegen verandering; de verhoudingen in het ziekenhuis staan niet toe dat de consulent problemen van de consultvragers bespreekt; de overwerkte, overbelaste hulpverleners hebben geen tijd voor introspectie; medici willen concrete antwoorden en zijn vooral geïnteresseerd in 'objectieve' feiten; er bestaat geen didactische relatie tussen consulent en consulenvragers.

Ongetwijfeld spelen dergelijke weerstanden een rol bij het tot stand komen van het tamelijk negatieve oordeel van de stafleden over de staf-gerichte activiteiten van de psychiater. Toch is het de vraag of we met deze verklaring tevreden moeten zijn. Het risico bestaat immers dat we dan opnieuw de fout van de klassieke psychosomatici maken (Rooymans, 1983): het gebrek aan acceptatie door de medische wereld van onze inzichten psychiatrisch duiden in plaats van ons afvragen hoe het zit met de behoefte aan onze boodschap en het therapeutisch rendement van onze staf-gerichte interventies. Eigen onderzoek geeft bovendien aanwijzingen dat andere factoren eveneens een belangrijke rol kunnen spelen bij de meningsvorming van de artsen en verpleegkundigen (Hengeveld, 1983): naar het oordeel van de psychiatrische consulenten zelf vormt weerstand van de staf geen belangrijk argument tegen het verrichten van staf-gerichte consultaties. Veeleer wordt dit bepaald door de onzekerheid van de consulenten en de complexiteit van de emotionele problematiek rondom de patiënt. Verder is een belangrijk probleem dat er geen overeenstemming blijkt te bestaan tussen afdelingsstaf en psychiater over het optreden van stafproblemen. Weliswaar geven beide partijen een gelijke frequentie van optreden aan (bij ongeveer eenderde der consulten), maar zij zijn het er zelden over eens bij welke consulten dit het geval is. Tenslotte dient erop te worden gewezen dat er slechts een gering aantal studies is verricht naar de effecten van staf-gerichte werkzaamheden in de con-

sultatieve psychiatrie, zodat het rendement hiervan voor de patiënt zeker nog niet overtuigend is aangetoond. (Tussen haakjes zij erop gewezen dat dergelijk onderzoek bijzonder moeilijk uitvoerbaar is.)

Naar ons idee dient de consulent psychiatrie daarom een bescheiden en voorzichtige opstelling in te nemen ten aanzien van de door hem of haar gesignaleerde stafproblemen bij psychiatrische consulten. Dit is ook een tendens die waarneembaar is in de recentere Amerikaanse literatuur (in Hengeveld, 1983): psychiaters moeten niet te veel zedingsdrang hebben, zij bezitten geen deskundigheid op het gebied van 'social engineering', zij hebben geen hogere waarheid in pacht, zij moeten angsten en weerstanden van de staf eerbiedigen en collega's niet als patiënten willen behandelen. De benadering van stafproblemen dient af te hangen van de behoeften en vragen van de artsen en verpleegkundigen. En dezen rekenen er, net als hun Amerikaanse collega's, dikwijls niet op dat de psychiatrische consulent zich richt op problemen in de relaties tussen patiënt en staf of tussen stafleden onderling.

Van belang is de duidelijke hiërarchie die er bestaat in de waardering van de ziekenhuismedewerkers voor de verschillende soorten stafgerichte activiteiten. Bemoeienissen van de psychiater met conflicten onder stafleden, die los staan van een patiënt, worden niet op prijs gesteld. (Dit lijkt ons overigens terecht: het is niet aan de psychiater zich bezig te houden met personeelsproblematiek op de niet-psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis.) Het openlijk of bedekt behandelen van emotionele reacties of spanningen van de staf, veroorzaakt door het gedrag van een patiënt, wordt ook niet bijzonder hoog gewaardeerd. De hoogste waardering krijgen de meer cognitief gekleurde stafgerichte activiteiten. Met name het geven van een klinische les naar aanleiding van problemen van de staf met een patiënt is een waardevolle en gewaardeerde activiteit van de ziekenhuispsychiater.

Dat wij geen significant hogere waardering vonden voor de verschillende psychiatrische activiteiten op de geneeskundige dan op de heelkundige afdelingen heeft ons verrast. (Wij troffen slechts een dergelijk verschil aan tussen de chefs de clinique van de respectievelijke afdelingen.) Internisten vragen vaker psychiatrische consulten aan bij hun patiënten dan chirurgen (Hengeveld e.a., 1984). Men zou daarom verwachten dat zij meer belang hechten aan de diensten van de psychiater. Uit de onderzoeken van Fauman (1981) en Ochitill (1983) bleek dit inderdaad. Karasu e.a. (1979) konden echter evenmin een verschil vinden tussen het oordeel van de geneeskundige en dat van de heelkundige respondenten.

De hoofdverpleegkundigen hebben een hogere waardering voor de werkzaamheden van de psychiater dan de medische disciplines. Dit geldt met name voor de chirurgische hoofdverpleegkundigen. Vooral stafgerichte activiteiten krijgen van hen een hogere score. Wij denken

dat dit het gevolg is van het feit dat zij directer betrokken zijn bij de patiënten. Hierdoor zullen zij allicht eerder psychische problemen waarnemen en hebben ze ook meer te maken met spanningen veroorzaakt door het gedrag van een patiënt. Bij consulten op chirurgische afdelingen is er significant vaker sprake van stafproblemen (Hengeveld, 1983). Dit is mogelijk het gevolg van de geringere betrokkenheid van chirurgen bij de dagelijkse gang van zaken op de afdeling, waardoor de verpleging meer alleen staat in het hanteren van emotionele problemen met patiënten. Misschien dat de chirurgische verpleegkundigen daarom meer belang hechten aan het werk van de psychiater.

Emotionele problemen tussen patiënten en stafleden onderling spelen een belangrijke rol in de consultatieve psychiatrie. Dat staat buiten kijf. De psychiatrisch consulent dient deze problematiek echter op een bescheiden en voorzichtige wijze te benaderen, rekening houdend met de verwachtingen van de artsen en verpleegkundigen. Van een aanpak die meer gericht is op kennisvergroting dan op conflictbespreking valt het meeste succes te verwachten. Het opzetten van regelmatige liaison-psychiatrische besprekingen over problemen rondom bepaalde patiënten kan wellicht het best geschieden met verpleegkundigen op heelkundige afdelingen.

Literatuur

- Fauman, M.A. (1981), Psychiatric components of medical and surgical practice: a survey of general hospital physicians. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1298-1301.
- Friedman, C.P., en S.A. Cohen-Cole (1981), The structure of internists' attitudes toward psychological factors in patient care. *General Hospital Psychiatry*, 3, 205-212.
- Hengeveld, M.W. (1980), Situatiegericht of situatiebewust? De toepasbaarheid van de consultatiemethode in de consultatieve psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 578-589.
- Hengeveld, M.W. (1983), *Beyond the general hospital patient; investigations in consultation psychiatry*, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Hengeveld, M.W., H.G.M. Rooymans, R. Vecht-van den Bergh (1984), Psychiatric consultations in a Dutch university hospital; a report on 1814 referrals, compared with a literature review. *General Hospital Psychiatry*, 6, 271-279.
- Karasu, T.B., R. Plutchik, H. Conte, B. Spiegel, R. Steinmuller en M. Rosenbaum (1977), What do physicians want from a psychiatric consultation service? *Comprehensive Psychiatry*, 18, 73-81.
- Lanting, R.H.H., en M.W. Hengeveld (1984), Outcome of psychiatric consultation in de Dutch University hospital, *Psychosomatics*, 25, 619-625.
- Noy, P., A. Kaplan, N. De-Nour, R. Moses (1966), Discrepancy between expectations and service in psychiatric consultation. *Archives of General Psychiatry*, 14, 651-657.
- Ochitill, H.N. (1983), Psychiatric consultation: a survey and review of utilization. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 236-243.

- Raes, B.C.M. (1982), Inbreng van de psychiater als medebehandelaar bij ziekenhuispatiënten. *Modern Medicine*, 6, 732-734.
- Rooymans, H.G.M. (1983), Van psychosomatiek naar liaison-psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 599-610.
- Rooymans, H.G.M. (red.) (1984), *De psychiater in het algemeen ziekenhuis*, Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht.
- Sasser, M., en J.D. Kinzie (1978-79), Evaluation of medical psychiatric consultation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 9, 123-124.
- Staal, J.L. (1982), Het psychiatrisch consult in het algemeen ziekenhuis. *Medisch Contact*, 37, 69-74.