

Consultatie in de eerste lijn: betweterij of hemels geschenk?

WJ de Vries

Inleiding

Een kwart van de bevolking maakt eens per jaar een periode door waarin zich een psychische stoornis voordoet.¹ Van deze groep zoekt een kwart hulp, voor het overgrote deel binnen de eerste lijn. Spannings- en vermoeidheidsklachten, angsten, depressies en alcoholmisbruik komen het meest frequent voor. De laatste jaren stijgt het aantal mensen dat hulp zoekt voor psychische problemen flink. Dit leidt tot een hoge werkdruk bij de huisarts en lange wachttijden bij GGZ-instellingen, het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsychologen. Huisartsen raken geërgerd door de lange wachttijden omdat zij patiënten vrijwel niet meer kunnen verwijzen. GGZ-instellingen klagen op hun beurt over onnodige verwijzingen van de huisarts.² Ongewild ontstaat een communicatieve kloof waarbij behandelaren elkaar over en weer bestoken met vooroordelen en eigen waarheden. Daarmee betreden zij beiden een vruchteloze weg die een adequate behandeling van de patiënt frustreert. Het is de vraag hoe dit tijt te keren.

Sinds 1999 stelt de overheid jaarlijks 12 miljoen gulden beschikbaar voor het opzetten van zogenoemde consultatieprojecten voor geestelijke gezondheidszorg. Doel van deze projecten is de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn te versterken door

Samenvatting

De Vries WJ. Consultatie in de eerste lijn: betweterij of hemels geschenk? *Huisarts Wet* 2001;44(12):559-62.

In meer dan honderd consultatieprojecten verspreid over het hele land worden huisartsen, AMW-instellingen en eerstelijnspsychologen door GGZ-specialisten ondersteund met het doel hun kennis en kunde over te dragen naar de professionals in de eerste lijn. Op termijn is de doelstelling de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn te versterken. Er zijn verschillende consultatiemodellen, elk met eigen voor- en nadelen. Groepsconsultatie heeft mogelijk het grootste effect op de kennis en vaardigheden van de huisarts, maar is tijdrovender dan individuele consultatie of verwijzen. Onderzoek naar effectiviteit van consultatie is in ons land nog niet uitgevoerd. Consultatie is kansrijk als het in samenhang met deskundigheidsbevordering en passende eerstelijnsinterventies wordt gebruikt.

Trimbos-instituut: drs. W.J. de Vries, andragoloog en projectleider van het Steunpunt Tussen de Lijnen. Postbus 725, 3500 AS Utrecht.
Correspondentie: wvries@trimbos.nl

specialistische kennis uit de tweede lijn over te dragen aan hulpverleners in de eerste lijn. Inmiddels zijn er meer dan honderd consultatieprojecten. De huisarts is bij 94% van de projecten betrokken, het AMW bij de helft en de eerstelijnspsycholoog bij 38%. Naar schatting zijn in 2001 rond de 1200 huisartsen betrokken bij een of andere vorm van GGZ-consultatie. Behalve consultatieprojecten zijn er ook andere initiatieven om de GGZ in de eerste lijn te versterken: de samenwerkingsafspraken tussen huisartsen, AMW en eerstelijnspsychologen, de landelijke bijdrage aan de capaciteitsuitbreiding voor GGZ-taken voor het AMW, onderzoek naar de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog en het huisarts-GGZ-kwaliteitstraject van de LHV/NHG. In dit artikel beperk ik me tot de rol die consultatie speelt.

Niks nieuws

Al in de jaren zeventig werd in de VS – en later in Nederland – de *mental health consultation* gepropageerd als een effectieve manier om specialistische kennis en vaardigheden in te zetten.^{3,4} In 1980 schreef Receveur, huisarts van het gezondheidscentrum het Withuis in Venlo, na vier jaar ervaring met de consultatiemethode dat ruim de helft (59%) van de ingebrachte casussen een verandering van het hulpverleningsproces tot gevolg had.⁵ Tien jaar later schreef Buis in haar proefschrift over psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts dat de baten voor de huisartsen evident waren en de afstemming tussen polikliniek en huisartsen verbeterd bleek.⁶ De toepassing van de consultatiemethode voor GGZ-problemen is derhalve verre van nieuw, maar nu jaren later, nog geen praktijk van alledag. Een van de redenen daarvoor is dat het beleidsdenken in 'lijnen' zich sterk ontwikkelde waarbij een patiënt óf in de eerste lijn thuishoorde, óf in de tweede lijn. Deze domeindiscussie werkte remmend op het gezamenlijk zoeken naar een passend hulpaanbod. Bovendien bleef de consultatiemethode het karakter dragen van een tweedelijns aanbod dat weinig aansluiting zocht en kreeg bij vragen en wensen van huisartsen.

Ondanks de stevige financiële injectie in 1999 bleek de start van consultatieprojecten verre van eenvoudig. Er zijn grote regionale verschillen in tempo en aanpak. Terwijl in september 1999 in een viertal regio's de consultatieprojecten vrijwel direct van start gingen, ging het sein in de laatste twee regio's pas begin 2001 op groen. Voorwaarde voor het ontvangen van consultatiegelden is een breed gedragen projectplan dat de steun heeft van zowel de GGZ-specialisten als AMW, eerstelijnspsychologen en huis-

artsen. Het creëren van dat brede draagvlak bleek in een aantal regio's moeilijk te verwezenlijken. Dat lag vooral aan het ontbreken van structurele vormen van samenwerking van de regionale GGZ-instelling met de districtshuisartsenvereniging (DHV), maar ook in verschillen in souplesse tussen de DHV's om die samenwerking tot stand te brengen. Ook tussen eerstelijnspsychologen en RIAGG's was er veelal geen gestructureerd overleg. Het betrekken van het AMW bij de plannen verliep in de regel soepel doordat met veel van deze instellingen al samenwerkingsafspraken bestonden.

Consultatiemodellen

Grofweg onderscheiden we de volgende vier consultatiemodellen:

- ▶ De consultatiegever en de consultatievrager overleggen gezamenlijk over een patiënt.
- ▶ De consultatiegever voert overleg met meerdere consultatievragers over verschillende patiënten.
- ▶ De consultatievrager, consultatiegever en patiënt voeren gezamenlijk een gesprek.
- ▶ De consultatiegever voert één of twee gesprekken met de patiënt en geeft schriftelijk advies.

Voor alle modellen geldt dat de consultatievrager de vragen verwoordt waarop een antwoord van de consultatiegever wordt verwacht. De consultatievrager blijft behandelverantwoordelijke. De consultatiegever biedt dienstverlening aan, geeft raad en advies en vervult een voorbeeldfunctie.

Bij de afweging welk model waar en wanneer toepasbaar en werkzaam is, spelen tijdsinvestering, belasting voor de patiënt en de mogelijkheid voor het overdragen van kennis en kunde een rol.

Bilateraal overleg tussen consultatiegever en consultatievrager kost weinig tijd, is niet belastend voor de patiënt, maar biedt weinig mogelijkheden voor de overdracht van kennis en vaardigheden. Groepsconsultatie vergt meer tijd, maar biedt meer mogelijkheden voor het opdoen van kennis doordat men van elkaar kan leren. Een driehoeksgesprek kost veel tijd, is belastend voor de patiënt, maar biedt veel mogelijkheden voor leermomenten voor de huisarts. Het laatste model waarbij de huisarts de patiënt 'instuurt', kost het minste tijd, is belastend voor de patiënt, maar biedt de huisarts door de beperking van de schriftelijke rapportage weinig mogelijkheden kennis en vaardigheden op te doen.

Ook lokale en persoonlijke omstandigheden zullen van invloed zijn op de afweging die wordt gemaakt. In beginsel gaat mijn voorkeur uit naar het toepassen van groepsconsultatie waarbij meerdere patiënten van verschillende consultatievragers worden besproken. Dit model levert, zeker met een multidisciplinaire samenstelling, vele mogelijkheden tot het overdragen van kennis en vaardigheden en is relatief efficiënt. Meer tijd, durf en veiligheid zijn nodig om te kiezen voor het model van een driehoeksgesprek.

Consultatie in de praktijk

Uit de registraties van 51 consultatieprojecten blijkt dat in de praktijk bijna 90% van de uitgevoerde consultaties plaatsvond met de huisarts als consultatievrager.⁷ De consultatiegever was in ruim 60% van de gevallen een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Bij 57% van de consultaties voerde de consultatiegever een of soms meerdere gesprekken met de patiënt en werd schriftelijk of mondeling advies uitgebracht aan de huisarts. In een kwart van de gevallen vond direct overleg plaats tussen de consultatievrager en de consultatiegever zonder de aanwezigheid van de patiënt. De vorm van consultatie waarbij zowel patiënt, consultatievrager als consultatiegever betrokken zijn, maakt 4% uit van het totaal. Groepsconsultatie komt in de praktijk bijna niet voor.

Drie redenen om consultatie te vragen, springen in het oog: advies over eventuele verwijzing, onduidelijkheid over de te stellen diagnose en advies over hoe om te gaan met de patiënt. Kijken we naar het resultaat van de consultatie, dan valt op dat ruim een kwart van de consultaties leidt tot het voortzetten van de behandeling door de consultatievrager, een derde resulteert in een verwijzing binnen de eerste lijn en een derde leidt tot verdere contacten met de gespecialiseerde GGZ. De aard van dit specialistisch contact kan variëren van voortgezette consultatie tot kortdurende behandeling of verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ.

Maar leidt consultatie wel tot meer kennis en kunde bij de huisarts en vervolgens tot het tijdig herkennen en adequater behandelen van psychische aandoeningen bij patiënten? Een aantal evaluatieve onderzoeken bevatten aanwijzingen dat consultatie daadwerkelijk werkt. In een onlangs verschenen review werd werkzaamheid wel aangetoond, maar tevens bescheiden van omvang en duurzaamheid genoemd. Verandering van gedrag vergt een intensieve aanpak op meerdere fronten.⁸ In ons land zijn er geen en elders te weinig gecontroleerde onderzoeken uitgevoerd om de effectiviteit van consultatie vast te kunnen stellen. Een van de problemen bij het vergelijken van onderzoek is het hanteren van verschillende definities van consultatie.

Gemeenschappelijke doelen?

Het doel van consultatie is het overdragen van kennis en kunde, opgedaan in de specialistische geestelijke gezondheidszorg naar professionals in de eerste lijn. Dat veronderstelt dat deze professionals behoefte ervaren aan meer kennis en kunde. Een knelpunt in de huidige consultatiepraktijk is dat het niet altijd duidelijk is of de participanten wel dezelfde doelen voor ogen hebben. De hoge werkdruk die patiënten met psychische klachten geven en het ontbreken van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg aan deze patiënten worden zowel door de huisarts als GGZ-instellingen als problemen erkend. Consultatie in de eigen huisartspraktijk kan helpen de druk te verlichten en de kennis in de eerste lijn te vergroten. Maar bij niet duidelijk geformuleerde uitgangspunten kunnen huisartsen ertoe neigen het consultatieaanbod te gebruiken om patiënten, via de lage

drempel van de GGZ-specialist in eigen praktijk, door de GGZ-instelling te laten behandelen. Indien de consultatiegever daarin meegaat, doemen er twee problemen op. De werkdruk binnen de GGZ-instelling loopt op door een stijgend aantal verwijzingen en de huisarts als consultatievrager zal weinig kennis en vaardigheden opdoen die gebruikt kunnen worden in soortgelijke situaties. Sterker nog, de huisarts zal er in vergelijkbare gevallen opnieuw van uitgaan dat een verwijzing op zijn plaats is.

Anderzijds mag de huisarts terecht verwachten dat het consultatieaanbod taakverlichting met zich meebrengt en de verkregen adviezen van de consultatiegever over de besproken patiënten als bruikbaar en goed toepasbaar worden ervaren. Het opereren binnen dit spanningsveld vraagt van de huisarts dat hij een heldere consultatievraag verwoordt en openstaat voor nieuwe inzichten en deze wil toepassen. Van de consultatiegever vergt het inzicht in de werkwijze van de eerste lijn, een dienstverlenende instelling en het geven van goed gefundeerd en bondig advies dat past binnen de mogelijkheden van de consultatievrager. Wordt deze omslag niet gemaakt, dan blijft de consultatiegever de ultieme betweter. Al doende moet een samenwerkingsrelatie worden opgebouwd waarbij op basis van respect voor elkaars deskundigheden kennis en vaardigheden worden overgedragen.

Discussie

Met ruim honderd consultatieprojecten is een flinke start gemaakt met de introductie van consultatie als middel om specialistische kennis en vaardigheden over te dragen naar professionals in de eerste lijn. Deze eerste stappen leiden tot betere samenwerkingsrelaties. Vooral huisartsen worden bediend door bij hen een deel van de werkdruk weg te nemen. Maar wanneer kan er van een succes worden gesproken? Uiteindelijk is het doel om structureel meer patiënten tijdig passende geestelijke gezondheidszorg aan te bieden. Met 'passend' wordt bedoeld: het aanbieden van een effectieve interventie met een zo laag mogelijke belasting voor de patiënt tegen relatief geringe kosten. Dit klinkt wellicht eenvoudig en logisch. Echter, onderzoek waarbij papieren patiënten met een variatie aan depressieve symptomatologie werden voorgelegd aan behandelaren gaf aan dat psychiaters bij lichte depressies een te zware behandeling toepasten en huisartsen de ernst van de problematiek bij deze groep patiënten onderschatten en te vaak kozen voor afwachten in plaats van behandelen. Psychologen daarentegen kozen bij lichte en matige depressies de adequate behandeling.⁹ De voorzichtige les die hieruit getrokken kan worden is dat een eerste behandeling zich in beginsel goed binnen de eerste lijn kan voltrekken mits een goede samenwerking binnen de eerste lijn voorhanden is. Blijkt bij evaluatie de behandeling niet het gewenste resultaat op te leveren, dan is (groeps)consultatie op zijn plaats. Binnen de consultatieprojecten blijkt vooral het consultatiemodel van het 'insturen' in zwang. De aantrekkingskracht van dit model ligt vooral in de bekendheid ervan bij huisartsen en de beperkte tijdsinvestering die ermee gemoeid is. De winst

die wordt geboekt door de huisarts zit in de verwijzingen binnen de eerste lijn en een relatief groot deel naar de tweede lijn. Het positieve effect is taakverlichting voor de huisarts. Bezwaar van dit model is dat te snel specialistische hulp wordt ingezet waardoor 'overbehandeling' plaatsvindt. Indien bij voortduring dit model wordt gehanteerd, zal het doel van consultatie niet worden gehaald. De toepassing van de andere consultatiemodellen is noodzakelijk om daadwerkelijk ook aan huisartsen de nodige kennis en vaardigheden over te dragen.

De projecten moeten, op basis van regionale ervaringen, zoeken naar een werkzame en efficiënte wijze waarmee consultatie aan huisarts, AMW en eerstelijnspsycholoog gestalte kan krijgen. Voor het verankeren van het toepassen van consultatie op de lange duur moeten alle partijen structureel tijd inruimen. Lang geleden werd het ontbreken van een goede financiering van consultatie al als probleem gezien.^{5,6} Nog steeds bestaat er bij de uitvoering van de huidige projecten te weinig oog voor de extra tijd die het huisartsen, AMW'ers en eerstelijnspsychologen kost om die consultatiemodellen te kiezen die de meeste vruchten afwerpen.

Om consultatie inhoudelijk een stabiele basis te geven, is het noodzakelijk een zorgmodel te ontwikkelen waarin consultatie in relatie wordt gebracht met patiëntenoverleg binnen de eerste lijn, deskundigheidsbevordering en het toepassen van bijvoorbeeld minimale interventiestrategieën (MIS) voor problematisch alcoholgebruik, surmenage en depressies.¹⁰

Een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn vergt een hechte keten van consultatie, deskundigheidsbevordering, transmurale richtlijnen, bekendheid met toepasbare en effectieve interventies, voldoende capaciteit, goede financiering van patiëntgebonden overleg en een heldere lokale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Het vraagt om het ontwikkelen van een integraal zorgmodel waarin deze voorwaarden worden gerealiseerd. In Canada en de Verenigde Staten is dit bekend als *collaborative care* of *shared care*.^{11,12} De ideeën en ervaringen die daar zijn opgedaan worden op dit moment binnen de projecten toegepast en aangepast. Het klakkeloos overnemen is echter zinloos vanwege onze andere infrastructuur, cultuur en zorggeschiedenis.

Consultatie is geen hemels geschenk dat zomaar uit de lucht komt vallen, maar een kansrijk middel dat van professionals energie kost, structuur vergt en faciliteiten vraagt om het te organiseren en te onderhouden.

Literatuur

- 1 Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdsch Geneesk 1997;141:2453-60.
- 2 Kerssens JJ, De Vries WJ, Verhaak PFM. Samenwerking tussen huisarts en ambulante geestelijke gezondheidszorg; Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 1999.

- 3 Caplan G. The theory and practice of mental health consultation, New York/London: Basic Books, 1970.
- 4 Gersons BPR. De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie. Alphen aan den Rijn: Samson, 1977.
- 5 Receveur AFMH. Konsultatie in het gezondheidscentrum Withuis. MGV 1980;10:888-97.
- 6 Buis WMNJ. Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts. [Dissertatie] Amsterdam: Thesis, 1990.
- 7 Mesman J, De Vries W, Verhaak P, Tiemens B. Tussenrapportage monitoring consultatie-projecten. Steunpunt Tussen de Lijnen. Utrecht: NIVEL/Trimbos-instituut, 2000.
- 8 Bower P, Sibbald B. Do Consultation-Liaison Services Change the Behavior of Primary Care Providers? A Review. General Hospital Psychiatry 2000;22:84-96.
- 9 Tiemeier H, De Vries WJ, Rigter H, Grol R, Hodiament PPG. Passende ambulante zorg bij depressie, deelrapport B KNMG-project passende medische zorg. Utrecht: KNMG, 1999.
- 10 NHG-Deskundigheidsbevorderingspakket Problematisch Alcoholgebruik 56. Utrecht: NHG/LHV/Trimbos-instituut, 1999.
- 11 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. Ann Intern Med 1997;127:1097-1102.
- 12 Kates N, Craven M, Crustulo A, Nikolaou L, Allen C, Farrar S. Sharing Care: The Psychiatrist in the Family Physician's Office. Canadian J Psychiatry 1997;42:960-5.



Mad Kate, 1806-07 (oil on canvas) by Henry Fuseli (Fussli, Johann Heinrich) (1741-1825)
Goethe Museum, Frankfurt, Germany/Bridgeman Art Library