

Positieve ervaringen consultatieve psychiatrie in spreekkamer

Elise Visser, Beau Kregting, Tim Olde Hartman, Monica Pop-Purceleanu, Floris van de Laar

Consultatieve psychiatrie maakt het huisartsen mogelijk een psychiater een vraag te stellen over een patiënt met psychische problemen. De geconsulteerde psychiater kan de vraag beantwoorden en heeft de ruimte om naar eigen inzicht aanvullende adviezen te geven. Ook kan de psychiater in gesprek gaan met patiënten, die vaak met meervoudige psychiatrische problematiek kampen. De ervaringen van zowel patiënten als zorgverleners zijn positief vanwege de toegankelijkheid en korte wachttijden van het consult, de vertrouwde omgeving van de huisartsenpraktijk en de deskundigheid van de consulent psychiater.

In Nederland kampt 20% van de volwassenen met psychische problematiek.¹ De prevalentie van psychische aandoeningen in Nederland blijft relatief stabiel. We zien wel een stijgende trend van het aantal doorverwijzingen vanuit de huisartsenpraktijk naar de generalistische basis ggz (GB-ggz) en gespecialiseerde ggz (S-ggz).^{2,3} Dit resulteert in toegenomen wachttijden en een minder goed toegankelijke tweedelijns-ggz, waar de middelen afgestemd zijn op de prevalentie van de psychische aandoeningen. Consultatieve psychiatrie in de eerste lijn helpt mogelijk om de zorg voor psychische problematiek in de eerste lijn te versterken.

Er is nog weinig bekend over de manier waarop deze vorm van consultatie in de praktijk vorm krijgt en hoe patiënten en zorgverleners deze zorg ervaren. Volgens de Richtlijn Consultatieve psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en de ziekenhuissetting van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) kan zo'n consult huisartsen ondersteunen bij de diagnostisering, behandeling en/of doorverwijzing van patiënten met psychische problematiek.⁴ Zo wordt de specialistische kennis van de psychiater gecombineerd met de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. De huisarts en de patiënt krijgen een snel, toegankelijk en laagdrempelig specialistisch advies, waarmee het vervolgbeleid doelmatiger wordt. Onderzoek heeft al aangetoond dat psychiatrische consultatie bij somatisch-symptoomstoornissen en depressieve stoornissen leidt tot betere gezondheidsuitkomsten, een verminderd gebruik van de gezondheidszorg en een afname van de jaarlijkse gezondheidskosten met 33%.^{5,6} In Canada zorgt consultatieve psychiatrie voor 66% minder doorverwijzingen naar de specialistische ggz.⁷

In Nederland vindt psychiatrische consultatie in de huisartsenpraktijk meestal plaats op basis van lokale afspraken, conform de landelijk gestelde zorgfinanciering. Er zijn geen gegevens beschikbaar over hoe en bij wie huisartsen consultatie inzetten. Ook is er weinig onderzoek gedaan naar de ervaringen van patiënten en zorgverleners met consultatieve psychiatrie binnen de huisartsenpraktijk. Daarom wilden we de volgende vragen beantwoorden:

1. Bij welke patiënten zetten huisartsen consultatieve psychiatrie in?
2. Wat zijn de consultvragen uit de huisartsenpraktijk en welke adviezen geven psychiaters bij consultatieve psychiatrie?
3. Wat zijn de ervaringen van patiënten, psychiaters, huisartsen en praktijkondersteuners (POH-ggz) met consultatieve psychiatrie?

METHODE

Interventie

In de regio Nijmegen hebben 4 huisartsenpraktijken, verbonden aan het academisch huisartsennetwerk (UGC Heyendaal, WGC Lindenholt, Huisartsenpraktijk Therman Lent, Huisartsenpraktijk Oosterhout), de psychiatrische consultatie structureel ingevoerd. In elke huisartsenpraktijk is 1 dagdeel per 2 weken een psychiater aanwezig. Er zijn geen bindende afspraken over de inzet van de consulent: de huisarts selecteert naar eigen inzicht patiënten van wie hij/zij of de POH-ggz denkt dat een consult met de psychiater meerwaarde heeft. Anders dan bijvoorbeeld bij het digitale Prisma-consultatieplatform gaat dus de patiënt, en niet de huisarts, met de psychiater in gesprek.⁸ Drie

WAT IS BEKEND?

- Consultatieve psychiatrie in de huisartsenpraktijk bij somatisch symptoomstoornissen en depressieve stoornissen leidt tot betere gezondheidsuitkomsten, een verminderd gebruik van gezondheidszorg en een afname van de jaarlijkse gezondheidskosten.

WAT IS NIEUW?

- Consultatieve psychiatrie in de huisartsenpraktijk lijkt voornamelijk ingezet te worden bij meervoudige psychiatrische problematiek.
- De patiënt ervaart de consultatieve psychiatrie als positief vanwege de vertrouwdheid, toegankelijkheid, korte wachttijden en deskundigheid van de consulent.
- Zorgverleners ervaren consultatieve psychiatrie als laagdrempelig en leerzaam.

psychiaters voeren deze consulten op basis van een onderling afgestemde uniforme werkwijze uit. Elke psychiater heeft per patiënt een uur de tijd voor een consult en het opstellen van een adviesbrief voor de huisarts. Deze adviesbrief verwerkt de huisarts vervolgens in het dossier van de patiënt.

Kwantitatief onderzoek

Eerst voerden we een database- en dossieronderzoek uit om een beeld te krijgen van de patiëntenpopulatie die gebruikmaakt van consultatieve psychiatrie. Hiervoor includeerden we 3 van de 4 betreffende huisartsenpraktijken, omdat we van 1 van de 4 praktijken geen patiëntgegevens hadden. Het databaseonderzoek bestond uit gegevensverzameling vanuit FaMeNet. Dit is een registratienetwerk waarin zorg-episodes (een gezondheidsprobleem van een patiënt dat begint bij het eerste en eindigt bij het laatste contact voor ditzelfde probleem) worden gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).⁹ De onderzoekspopulatie omvatte alle patiënten ouder dan 18 jaar die tussen 2017 en 2020 contact hadden met een huisarts in verband met psychische klachten en/of aandoeningen. Daaronder verstaan we de P-codes (psychische/psychiatrische diagnoses), Z-codes (sociale problemen), vermoeidheid (niet-somatisch) en angst voor ziekten. Binnen deze groep maakten we onderscheid tussen patiënten die gedurende de periode 2017-2020 gebruikmaakten van consultatieve psychiatrie en patiënten die dat niet deden. Vervolgens analyseerden we de dossiers van de patiënten die een psychiater consulteerden. Op deze manier extraheerden we de consultvragen van de huisartsen en de adviezen van de psychiaters.

Kwalitatief onderzoek

De ervaringen van patiënten en verschillende zorgverleners (huisartsen, POH's-ggz, psychiaters) met consultatieve psychiatrie onderzochten we met semigestructureerde diepte-

interviews aan de hand van vooraf opgestelde interviewgidsen. In de 4 huisartsenpraktijken nodigde de huisarts of POH-ggz een aantal patiënten uit voor een interview wanneer ze recentelijk (in 2020 of 2021) 1 of meer consulten bij de psychiater hadden gehad. Wanneer dit interview had plaatsgevonden, interviewden we ook de betrokken huisarts, psychiater en POH-ggz, eenmalig en afzonderlijk van elkaar. Daarbij gebruikten we de betreffende patiëntcasus als startpunt. De interviews deden we wegens de COVID-pandemie via Zoom en duurden gemiddeld 30 minuten.

Analyse

Om de verschillende kenmerken van de groep met psychiatrische consultatie met die van de groep zonder psychiatrische consultatie te kunnen vergelijken voerden we voor het kwantitatieve onderzoek een onafhankelijke t-test uit voor de continue variabelen, en een chi-kwadraattoets of fisher-exact-test voor alle andere, categorische variabelen.

Dezelfde onderzoeker (EV) heeft alle interviews afgenomen, getranscribeerd en gecodeerd met ATLAS.ti 8. Omdat er nog weinig kennis is over consultatieve psychiatrie kozen we voor een inductieve, thematische analyse.¹⁰ De onderzoeker las de transcripten meerdere keren door om zo bekend te raken met de gegevens en deze van codes te voorzien. Om subjectiviteit te voorkomen werden deze codes tijdens verschillende onderzoekbijeenkomsten met een tweede en derde onderzoeker besproken, waarna de codes over verschillende thema's werden verdeeld. Om de interviewvragen steeds beter te focussen en te verdiepen werden de interviews en analyse afwisselend uitgevoerd.

RESULTATEN

Kwantitatief onderzoek

Tussen 2017 en 2020 bezochten 9987 patiënten de huisartsenpraktijken met psychische klachten en/of aandoeningen. Voor 379 van deze patiënten is een psychiatrisch consult aangevraagd (C-Psy-groep) en voor 9608 patiënten niet (Psy-groep). [Tabel 1] bevat de kenmerken van deze 2 patiëntengroepen. De patiënten van de C-Psy-groep zijn gemiddeld jonger dan die van de Psy-groep (40,6 jaar tegenover 46,3 jaar, $p < 0,001$). De patiënten uit de C-Psy-groep hadden ook vaker al een psychiatrische diagnose en gebruikten meer psychofarmaca. Zo maakte maar 15% van de Psy-groep gebruik van antidepressiva, tegenover 70% in de C-Psy-groep ($p < 0,005$). In de C-Psy-groep komen de categorieën stemming, persoonlijkheid, psychotische aandoening en ADHD aanzienlijk vaker voor dan in de Psy-groep. De categorie ADHD laat hierin het grootste verschil zien (22,9% tegenover 4,7%, $p < 0,001$). In beide groepen kwamen vermoeidheid/slaapstoornissen, ontwikkelingsstoornissen en verslavingsproblematiek ongeveer evenveel voor. [Tabel 2] toont de verschillende redenen waarom huisartsen een psychiatrisch consult aanvragen en het gegeven advies van de psychiater. Huisartsen vroegen het vaakst om medicatie- (39,2%) en behandeladvies (36,2%). Ze konden per patiënt meerdere consultvragen indienen en de psychiater

Tabel 1

Kenmerken van patiënten (19-99+) met een psychiatrisch, sociaal, vermoeidheids- of angstprobleem in de eerstelijnszorg in de periode van 2017-2020 in 3 huisartsenpraktijken (met een totaal van 19.083 patiënten) in Nijmegen

Kenmerken	C-Psy-groep [n = 379]		Psy-groep [n = 9608]		p-waarde	Totaal [n = 9987]	
	Gemiddelde	sd	Gemiddelde	sd		Gemiddelde	sd
Leeftijd*	40,6	15,0	46,3	16,8	p < 0,001	46,1	16,7
Aantal eerdere verwijzingen naar S-GGZ tussen 2014-2017	0,8	0,8	0,3	0,6	p < 0,001	0,3	0,6
Aantal psychiatrische diagnoses tussen 2014-2017	0,4	0,67	0,2	0,48	p < 0,001	0,2	0,5
	n	%	n	%		n	%
• <i>Leeftijdscategorie in jaren</i>							
19 - 29	128	33,8	1784	18,6		1912	19,1
30 - 39	66	17,4	2060	21,4		2126	21,3
40 - 49	73	19,3	1952	20,3		2025	20,3
50 - 59	65	17,2	1704	17,7		1769	17,7
60 - 69	34	9,0	1056	11,0		1090	10,9
70 +	13	3,4	1052	10,9		1065	10,7
• <i>Geslacht</i>							
vrouw	223	58,8	5698	59,3	0,86	5921	59,3
man	156	41,2	3910	40,7	0,86	4066	40,7
• <i>Psychosociale morbiditeit in de huisartsenpraktijk</i>							
stemming(affectieve)stoornis	196	52,8	2727	28,4	p < 0,001	2923	29,3
angststoornis	232	62,5	5141	53,5	0,03	5373	53,8
posttraumatische stress stoornis	20	5,4	448	4,7	0,58	468	4,7
persoonlijkheidsstoornis	44	11,9	424	4,4	p < 0,001	468	4,7
psychotische stoornis	22	5,9	243	2,5	p < 0,001	265	2,7
eetstoornis	2	0,5	13	0,1	0,11†	15	0,2
ADHD	85	22,9	447	4,7	p < 0,001	532	5,3
ontwikkelingsstoornis	28	7,5	510	5,3	0,08	538	5,4
parafiele stoornis	14	3,8	296	3,1	0,50	310	3,1
stoornis in gebruik van middelen	63	17,0	1439	15,0	0,38	1502	15,1
vermoeidheid of nonorganische slaapstoornis	183	49,3	4673	48,6	0,89	4856	48,7
geheugenstoornissen	16	4,3	430	4,5	0,81	446	4,5
• <i>Medicatiegebruik</i>							
antidepressiva	265	70,0	1502	15,7	p < 0,001	1767	17,7
SSRI	145	38,3	930	9,7	p < 0,001	1075	10,8
TCA	33	8,7	209	2,2	p < 0,001	242	2,4
andere antidepressiva	87	23,0	363	3,8	p < 0,001	450	4,5
antipsychotica	102	26,9	357	3,7	p < 0,001	459	4,6
benzodiazepines	154	40,6	1783	18,6	p < 0,001	1937	19,4

C-Psy-groep: patiënten waarbij een psychisch consult is aangevraagd. Psygroep: patiënten waarbij geen psychiatrisch consult is aangevraagd.

* De leeftijdscategorie is gebaseerd op de leeftijd op een vastgestelde datum (1 januari 2019)

† Fisher-exacttest

kon per consultvraag meer adviezen uitbrengen. Daardoor is het aantal consultvragen en uitgebrachte adviezen groter dan het aantal patiënten. De psychiater gaf vooral medicatieadvies (71,1%) en advies over doorverwijzing binnen de ggz (59,9%).

Kwalitatief onderzoek

In totaal voerden we 15 interviews uit: 5 patiënten, 3 volwas-

sen patiënten, een tiener en een moeder van een kindpatiënt; 3 betrokken psychiaters, van wie er 1 is gespecialiseerd in kinder- en adolescentenpsychiatrie; 5 huisartsen; en 2 POH's-ggz, allen werkzaam in 1 van de 4 praktijken.

We konden 3 hoofdthema's onderscheiden in de ervaringen van patiënten en zorgverleners rond consultatieve psychiatrie: 1) toegankelijkheid, 2) vertrouwen en 3) deskundigheid.

Tabel 2

Kenmerken van consultatieve psychiatrie van 379 patiënten

	n	%
Totaal aantal consultatieaanvragen	461	100,0
Reden voor verwijzing omschreven door de huisarts		
• diagnostisch advies	124	26,9
• medicatieadvies	182	39,5
• doorverwijzingsadvies	73	15,8
• behandeladvies	167	36,2
• verzoek van patiënt	30	6,5
Consultatietype		
• face-to-face consultatie	525	87,4
• telefonische consultatie	23	3,9
• intercollegiale consultatie	31	5,3
Resultaat van het consult		
• leefstijladvies	164	35,6
• advies voor doorverwijzing	353	59,9
– sociaal werker	28	4,8
– psycholoog	61	10,4
– psychiater/psychotherapeut	219	37,2
– ergotherapeut	30	5,1
– anders	15	2,5
• medicatieadvies	419	71,1
• diagnostisch advies	125	21,2
• therapeutische interventie	5	0,8
Totaal aantal adviezen	1066	100,0

Toegankelijkheid

Patiënten gaven aan dat de setting van de huisartsenpraktijk veel laagdrempeliger is vergeleken met die van een ggz-instelling. Ze vonden de sfeer in een ziekenhuis of instelling klinisch, onpersoonlijk en serieus, wat hun zorgen onnodig vergrootte.

De zorgverleners wezen erop dat het consult toegankelijker is voor patiënten met beperkte financiële middelen omdat de consultatieve psychiatrie niet betaald hoeft te worden van het eigen risico van de ziektekostenverzekering. Een patiënt die al langer bekend was binnen de ggz gaf aan het prettig te vinden dat er geen verwijsbrieven en zorgverzekeraars aan te pas kwamen.

‘Ik heb het daar ook wel eens over met anderen, met vrienden die niet bij deze praktijk zitten aangesloten, van hoe fijn dat eigenlijk is dat je even kunt praten met een psychiater in plaats van dat daar verwijsbrieven en zorgverzekeraars en allemaal dingen mee gemoeid zijn.’ (patiënt)

De patiënten gaven aan dat het praktischer is dat de huisartsenpraktijk dicht bij huis is en vonden het consult over het algemeen snel gepland en uitgevoerd. Ze hebben het gevoel dat de psychiater de tijd neemt om het complete probleem in kaart te brengen, hun vragen te beantwoorden en uitgebreid advies te geven.

‘Ja, ik denk dat het gewoon is dat als je een uur hebt, dan ben je toch wat sneller geneigd om als patiënt ook wat vragen te stellen waarbij je normaal denkt; ja, hoe belangrijk is het, is het nou van levensbelang of niet? (...) Ja, als je weet dat je 10 minuten een consult hebt, of 20 minuten, dan denk je van ach, daar kom ik wel achter of ik vraag het nog wel een keer.’ (patiënt)

Zowel de patiënten als de zorgverleners zagen consultatieve psychiatrie als een goed overbruggingsmiddel voor de lange wachttijden in de ggz.

‘De huisarts zegt dan bijvoorbeeld: “Ja, je moet 6 maanden wachten, wil je in de tussentijd dan een keer naar (consulent psychiater)? Dan kunnen we alvast iets gaan doen, en dan sta je daar alsnog op de wachtlijst en dan kunnen we altijd nog kijken of het nodig is.” (psychiater)

Vertrouwen

De patiënten vertelden dat het hen een veilig gevoel gaf wanneer ze een verwijzing kregen binnen de vertrouwde huisartsenpraktijk en niet naar een instelling elders. Ook de zorgverleners verklaarden dat een doorverwijzing elders vaak leidt tot een lijst van onbekende artsen, wat psychiatrische patiënten met vertrouwensproblemen als een drempel kunnen ervaren.

‘Het vertrouwen in jouw huisarts, in jouw ggz-ondersteuner en die mensen samen geven jou ook het gevoel van: hey, als je nu doorverwezen wordt naar de psychiater bij ons in de praktijk, dan geeft dat al een ander gevoel dan dat je lukraak ergens naartoe moet gaan, naar een psychiater.’ (patiënt)

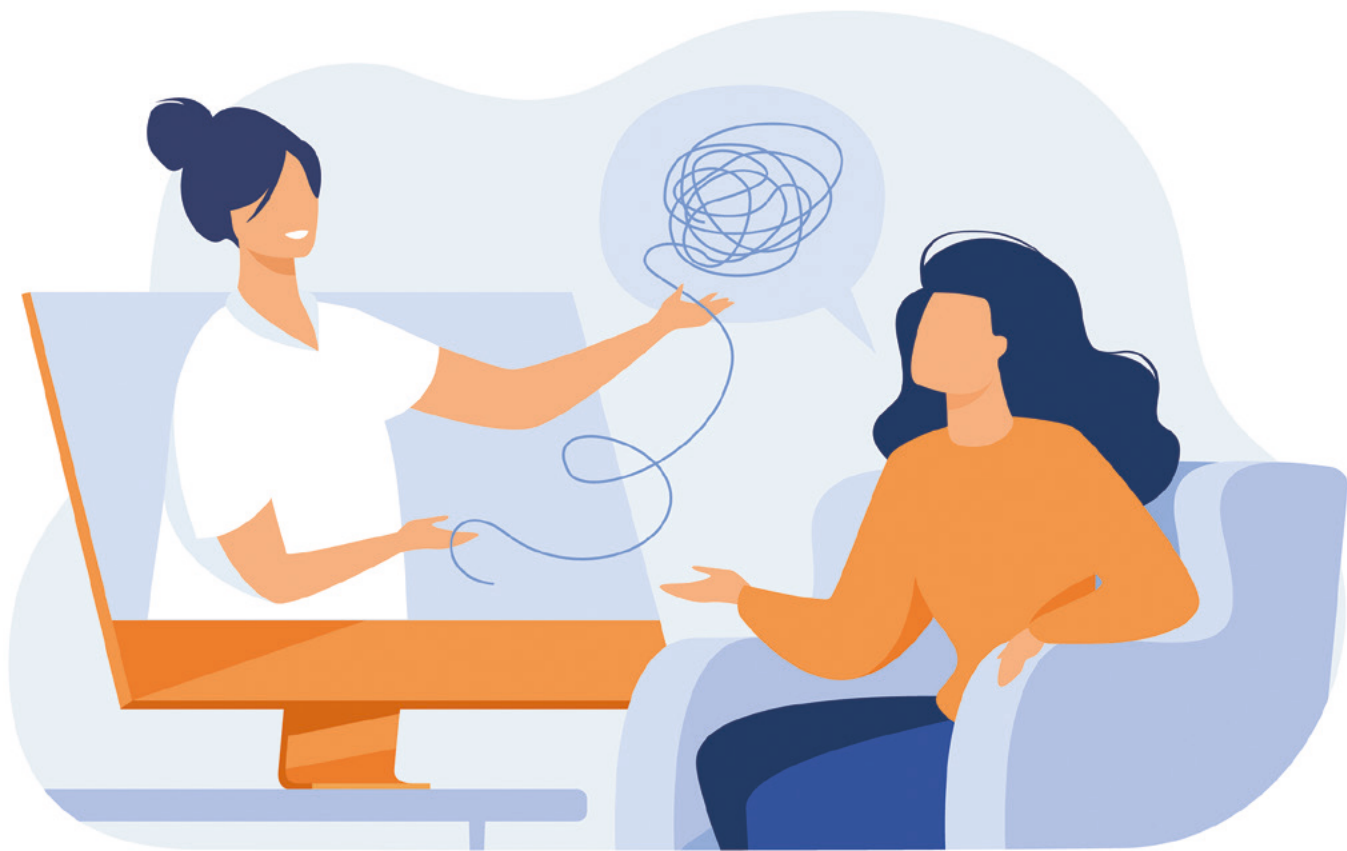
Zowel de huisartsen en POH's-ggz, als de psychiaters merkten op dat wanneer huisartsen of POH's-ggz een consult voor hen regelden, dit een positieve invloed had op de arts-patiëntrelatie en de therapietrouw.

‘De patiënt voelt zich gehoord en serieus genomen, want de huisarts heeft ervoor gezorgd dat-ie snel door een specialist gescreend is. Ten tweede zijn de patiënten dan ook meer geneigd om met die adviezen met de huisarts de volgende periode te overbruggen, tot ze verder ergens in zorg komen.’ (psychiater)

Wel vonden de zorgverleners dat er het risico bestaat dat patiënten vertrouwd raken met de psychiater en daardoor willen blijven terugkomen. Dat is echter niet de insteek van consultatieve psychiatrie. Ze benadrukken daarom ook dat het noodzakelijk is om een goede uitleg te geven en de verwachtingen van patiënten te managen.

Deskundigheid

Alle geïnterviewden gaven aan dat de kennis van de psychiater van grote waarde is binnen de huisartsenpraktijk, vooral bij



Consultatieve psychiatrie in de huisartsenpraktijk kan voornamelijk worden ingezet voor patiënten met meervoudige psychiatrische problematiek.

Foto: Shutterstock

de complexere gevallen met multimorbiditeit. De psychiater weet hoofd- van bijzaken te onderscheiden, heeft een goed beeld van het zeer ingewikkelde en gefragmenteerde ggz-landschap, en weet zo patiënten naar de passende instelling door te verwijzen.

‘De specialist moet in de voorlinie liggen voor de triage, want die heeft de meeste deskundigheid om te zeggen van “Nou, dit kan nog” en “Nee, dit kan helemaal niet” en “Dat moet heel erg snel”. En ik denk dat dat de meerwaarde is van deze constructie, dat het echt de huisarts met de specialist is die dat aanpakt.’ (psychiater)

Psychiaters en huisartsenpraktijkmedewerkers zagen consultatieve psychiatrie als een leerzame werkvorm.

‘Dat is een leereffect wat optreedt. Zeker als dat om een medicatieadvies gaat. Je ziet daar gewoon patronen in, dus je gaat dat steeds minder vaak nodig hebben in die zin. Er zullen altijd vragen overblijven hoor, daar gaat het niet om, maar er treedt wel degelijk een leereffect op.’ (huisarts)

BESCHOUWING

We hebben de 2 onderzoeken op dezelfde populatie, maar

geheel onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Samen geven ze een eerste beeld van de consultatieve psychiatrie in de huisartsenpraktijk.

Uit de resultaten van het kwantitatieve onderzoek blijkt dat de patiënten voor wie een psychiatrisch consult gevraagd wordt jonger zijn, vaak eerder gediagnostiseerd en naar de ggz doorverwezen zijn, en vaker psychofarmaca gebruiken. Huisartsen selecteren patiënten voor een consult bij de psychiater vooral wanneer er sprake is van meervoudige problematiek. De psychiater blijkt dikwijls een veel breder advies te geven dan waarop de aanvankelijke consultvraag zich richtte.

Vergeleken met de ggz dragen de toegankelijkheid van het consult, de vertrouwde omgeving van de huisartsenpraktijk en de deskundigheid van de psychiaters bij aan de positieve ervaringen van patiënten, psychiaters, huisartsen en POH's-ggz met consultatieve psychiatrie. De aanpak heeft een educatieve meerwaarde voor zowel de medewerkers van de huisartspraktijk als de psychiaters. Een mogelijk risico van consultatieve psychiatrie is dat patiënten vaker terug willen naar de consultant psychiater en daardoor de diagnostische en behandelvoorzieningen van de ggz niet benutten.

De verdeling van de verschillende psychiatrische aandoeningen in deze patiëntenpopulatie komt overeen met de nationale prevalentiecijfers volgens NEMISIS-2, met stemmings- en angststoornissen als meest voorkomende aandoeningen.² De

onderzoekspopulatie in ons onderzoek is daarmee representatief voor Nederlandse patiënten.

In een recent onderzoek naar de ervaringen met consultatieve psychiatrie in de eerste lijn kwamen ook positieve aspecten naar voren, zoals de toegankelijkheid, het wederzijdse leereffect, de toepasbaarheid op complexe problematiek en de positieve invloed op de arts-patiëntrelatie.¹¹ In dat onderzoek zijn echter alleen de ervaringen van huisartsen onderzocht. Voor het kwalitatieve onderzoek probeerden we eerst een doelgerichte steekproef te trekken van patiëntcasussen met verschillende ervaringen en uitkomsten van het psychiatrisch consult. Omdat de respons van patiënten binnen de gegeven tijd voor dit onderzoek beperkt is, besloten we vervolgens gebruik te maken van een gelegenheidssteekproef. Daardoor omvatten de resultaten waarschijnlijk niet alle ervaringen. De geïnterviewde patiënten verschilden echter in leeftijd, consultvraag en uitkomst van het consult, waardoor waarschijnlijk wel de meest voorkomende aspecten zijn meegenomen. De betrokken huisartsenpraktijken zijn onderdeel van een academisch netwerk, en daarom meer gericht op onderzoek en innovatie. Daarnaast bevinden de huisartsenpraktijken zich in de regio Nijmegen. Daarom is het de vraag of de resultaten representatief zijn voor de gemiddelde huisartsenpraktijk elders in het land.

Het kwantitatieve onderzoek laat zien dat consultatieve psychiatrie op verschillende psychiatrische consultvragen en adviezen kan worden toegepast. De voornamelijk positieve ervaringen die uit het kwalitatieve onderzoek naar voren komen, geven aanleiding om consultatieve psychiatrie ook in andere huisartsenpraktijken te implementeren, in overeenstemming met de Richtlijn Consultatieve psychiatrie van de NVvP.⁴ De huidige POH-ggz-module biedt financiële ruimte voor consultatie.

Er is kwantitatief vervolgonderzoek nodig naar de effectiviteit van consultatieve psychiatrie, met een cluster-RCT van verschillende groepen huisartsenpraktijken. Ook kunnen de effectiviteit van en/of ervaringen met deze vorm van psychiatrische consultatie vergeleken worden met die van 'meedenkconsulten' (overleg zonder contact tussen patiënt en psychiater) of het Prisma-platform.⁸

CONCLUSIE

Consultatieve psychiatrie in de huisartsenpraktijk kan voornamelijk worden ingezet voor patiënten met meervoudige psychiatrische problematiek. Patiënten en zorgverleners hebben positieve ervaringen met consultatieve psychiatrie. Prospectief onderzoek naar de effectiviteit van de consultatieve psychiatrie is aan te bevelen. ■

LITERATUUR

1. Oosterberg EH, Karsbergen E. GGZ in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016.
2. De Graaf R, Ten Have M, Van Gool C, Van Dorsselaer S. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:203-13.
3. Nivel. Cijfers zorgverlening huisartsen – Verwijzingen naar de tweede lijn. Beschikbaar via: nivel.nl. Geraadpleegd op 12 februari 2023.
4. Leentjens AFG, Van der Feltz-Cornelis CM, Boenink AD, Van Everdingen JJE. Richtlijnwerkgroep Consultatieve Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en in de ziekenhuissetting. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:1914-7.
5. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010;68:521-33.
6. Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:238-43.
7. Kates N, Crustolo AM, Farrar S, Nikolaou L, Ackerman S, Brown S. Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care. *Can Fam Physician* 2002;48:1898-903.
8. Bock NW, Wouters H, Lammers AJ, Blanker MH. Online consultations between general practitioners and psychiatrists in the Netherlands: a qualitative study. *Front Psychiatry* 2021;12:775738.
9. Luijckx H, Van Boven K, Olde Hartman T, Uijen A, Van Weel C, Schers H. Purposeful incorporation of patient narratives in the medical record in the Netherlands. *J Am Board Fam Med* 2021;34:709-23.
10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77-101.
11. Tzartzas K, Oberhauser PN, Marion-Veyron R, Saillant S. Psychiatric consultation in general practitioners' daily practice: a qualitative study on the experience of consultation-liaison psychiatry interventions in primary care settings in French-speaking Switzerland. *BMC Prim Care* 2022;23:316.

Visser EAH, Kregting BHCM, Olde Hartman TC, Pop-Purceleanu M, Van de Laar FA. Positieve ervaringen consultatieve psychiatrie in spreekkamer. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2274-z. Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen; E.A.H. Visser, masterstudent; B.H.C.M. Kregting, masterstudent; dr. T.C. Olde Hartman, huisarts-onderzoeker; dr. F.A. van de Laar, huisarts, floris.vandelaar@radboudumc.nl. Radboudumc, Consultatieve Dienst Psychiatrie, Nijmegen; dr. M. Pop-Purceleanu, psychiater. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ABSTRACT

Visser EAH, Kregting BHCM, Olde Hartman TC, Pop-Purcellanu M, Van de Laar FA. Positive experiences with liaison psychiatry in primary care.

Background: Psychological problems are common and put pressure on primary and specialist mental healthcare. Liaison psychiatry may help support primary mental healthcare, but little is known about how this is implemented in practice and the experiences of both patients and caregivers.

Method: Databases and medical files were used to investigate the characteristics of patients who had a psychiatric consultation, the reasons for the consultation given by the general practitioner, and the advice given. In addition, 15 semi-structured in-depth interviews were carried out with patients, general practitioners, mental healthcare practice assistants, and psychiatrists. The transcripts were coded and thematically analysed.

Results: The database investigation showed that liaison psychiatry was mainly used for patients with a history of psychiatric problems, multiple psychiatric diagnoses, and current use of psychoactive medications. The main reasons for a consultation concerned advice about medication and treatment. The psychiatrist answered these questions and often gave additional advice. Liaison psychiatry was appreciated by both caregivers and patients for its accessibility, the mutual trust generated, the shorter waiting times compared with second- or third-line psychiatric care, and the expertise of the psychiatrists.

Conclusion: Liaison psychiatry can be widely implemented in primary care but is especially applied to patients with multiple psychiatric diagnoses or who are currently using psychoactive medication. Both caregivers and patients are positive about this approach.

Interviewgids voor patiënten

Onderwerp	Vraag
Introductie	Voorstellen Doel van het interview Aanpak van het interview
Algemeen	U bent onlangs bij de psychiater op consult geweest. Kunt u eens vertellen hoe dat was? <input type="checkbox"/> Een keer of vaker?
Aanleiding/initiatief	Hoe is het eigenlijk gekomen dat u een gesprek had met de psychiater? <input type="checkbox"/> Wie kwam met het voorstel? <input type="checkbox"/> Wat was de reden?
Uitleg/informereren	Kunt u ons terugnemen naar het moment dat de huisarts/POH-ggz u voor het eerst vertelde over de mogelijkheid van een consult bij de psychiater? <input type="checkbox"/> Hoe ging dat? <input type="checkbox"/> Hoe vond u de uitleg hierover?
Verwachtingen	Wat verwachtte u van het gesprek met de psychiater?
Ervaringen	Hoe vond u het gesprek met de psychiater? <input type="checkbox"/> Wat vond u fijn aan het gesprek met de psychiater? <input type="checkbox"/> Wat vond u minder fijn aan het gesprek met de psychiater?
Communicatie/contact	Hoe vond u het contact met de psychiater tijdens het gesprek? Hoe vond u het contact met de huisarts/POH-ggz over het gesprek met de psychiater?
Uitkomst/advies van de psychiater	Wat is er uit het gesprek met de psychiater gekomen? <input type="checkbox"/> Wat vindt u hiervan? <input type="checkbox"/> Hebt u het gevoel dat u iets gehad hebt aan het gesprek met de psychiater?
Tot slot	Is er nog iets wat u zelf kwijt wilt?

Interviewgids voor huisartsen/POH's-ggz

Onderwerp	Vraag
Introductie	Voorstellen Doel van het interview Aanpak van het interview
Algemeen	Zou u eerst zelf eens kunnen vertellen hoe consultatieve psychiatrie er aan toe gaat bij u in de praktijk? Hoe is dat gegaan bij: (patiëntencasus)?
Aanleiding/initiatief	Met wat voor aanleiding verwijst u patiënten vaak door (in overleg) naar de consulent psychiater? <input type="checkbox"/> Hoe was dat bij deze casus?
Verwachtingen	Hebt u vaak al bepaalde verwachtingen voordat u een patiënt (in overleg) doorstuurt naar de consulent psychiater? <input type="checkbox"/> Hoe was dat bij deze casus? <input type="checkbox"/> Hebt u het idee dat patiënten goed begrijpen wat ze kunnen verwachten?
Ervaringen	Hoe hebt u consultatieve psychiatrie bij deze casus ervaren? <input type="checkbox"/> Hoe verloopt zo'n consult? <input type="checkbox"/> Hoe vindt u het dat u een uur de tijd hebt? Wat vond u fijn aan de consultatieve psychiatrie? <input type="checkbox"/> Gaat dat altijd/vaker zo? <input type="checkbox"/> Wat denkt u dat het voordeel is van consultatieve psychiatrie in het algemeen? Wat vond u minder fijn aan de consultatieve psychiatrie? <input type="checkbox"/> Gebeurt dat altijd/vaker? <input type="checkbox"/> Zijn er dingen die in het algemeen beter kunnen?
Communicatie/contact	Hoe vindt u het contact met de psychiater? <input type="checkbox"/> Vond u het advies van de psychiater duidelijk? <input type="checkbox"/> Wat vindt u van de manier waarop het advies in het dossier wordt verwerkt? <input type="checkbox"/> Zijn er verschillen tussen de praktijken?
Uitkomst/advies van de psychiater	Wat is er uit het consult gekomen? <input type="checkbox"/> Wat vindt u hiervan? Hebt u het gevoel dat het consult zinvol is voor de patiënten? <input type="checkbox"/> Hebt u ook wel eens gehad dat het consult niet zinvol was? <input type="checkbox"/> Wat had u gedaan als er geen mogelijkheid was tot consultatieve psychiatrie bij deze casus? Haalt u zelf ook wel eens iets uit het consult of het advies van de psychiater?
Tot slot	Is er nog iets wat u zelf kwijt wilt?

Interviewgids voor de psychiater

Onderwerp	Vraag
Introductie	Voorstellen Doel van het interview Aanpak van het interview
Algemeen	Zou u zelf eens kunnen vertellen hoe consultatieve psychiatrie eraan toe gaat? Hoe is dat gegaan bij: (patiëntencasus)?
Aanleiding/initiatief	Hoe is het gekomen dat deze patiënt bij u op consult kwam? <input type="checkbox"/> Wie kwam met het voorstel? <input type="checkbox"/> Wat was de reden?
Verwachtingen	Wat verwachtte u voorafgaand aan het consult van deze patiënt? <input type="checkbox"/> Was de hulpvraag duidelijk? <input type="checkbox"/> Had u het idee dat de patiënt goed begreep wat het doel was van het consult?
Ervaringen	Hoe hebt u consultatieve psychiatrie bij deze casus ervaren? <input type="checkbox"/> Hoe verloopt zo'n consult? <input type="checkbox"/> Hoe vindt u het dat u een uur de tijd hebt? Wat vond u fijn aan de consultatieve psychiatrie? <input type="checkbox"/> Gaat dat altijd/vaker zo? <input type="checkbox"/> Wat denkt u dat het voordeel is van consultatieve psychiatrie in het algemeen? Wat vond u minder fijn aan de consultatieve psychiatrie? <input type="checkbox"/> Gebeurt dat altijd/vaker? <input type="checkbox"/> Zijn er dingen die in het algemeen beter kunnen?
Communicatie/contact	Hoe vond u het contact met de patiënt tijdens het consult? <input type="checkbox"/> Denkt u dat zij zich op haar gemak voelde? <input type="checkbox"/> Hoe gaat dat als u zo'n patiënt voor de eerste keer spreekt? Hoe vond u het contact over het consult met de huisarts of POH-ggz? <input type="checkbox"/> Was de hulpvraag duidelijk? <input type="checkbox"/> Wat vindt u van de manier waarop het advies in het dossier wordt verwerkt? <input type="checkbox"/> Zijn er verschillen tussen de praktijken?
Uitkomst/advies van de psychiater	Wat is er uit het consult gekomen? <input type="checkbox"/> Wat vindt u hiervan? Hebt u het gevoel dat de patiënt iets aan het consult met u gehad heeft? <input type="checkbox"/> Hebt u ook wel eens het idee dat het niet zinvol was? <input type="checkbox"/> Wat denkt u dat de huisarts gedaan had als er geen mogelijkheid was geweest tot een consult met u? Hebt u het gevoel dat de huisarts iets aan uw advies gehad heeft? Hebt u zelf nog iets aan de consultatieve psychiatrie gehad?
Tot slot	Is er nog iets wat u zelf kwijt wilt?