

Psychiatrisch consult in de huisartspraktijk

Somatiserende patiënten

P.F.M. Verhaak, D. Collijn, D. Wijkel, C. Cornelis-van der Feltz en F. Huijse

Aan de moeizame omgang van huisartsen met hun 'somatiserende' patiënten, zou een in het ziekenhuis ontwikkeld model van consultatieve psychiatrie een positieve bijdrage kunnen leveren. Verslag van een haalbaarheidsstudie.

IN DE HUISARTSGENEESKUNDE is altijd al aandacht gevraagd voor het fenomeen 'somatiserende patiënt'.¹ Lipowski definieerde somatisatie als "de neiging om lichamelijke ongemakken en klachten te ervaren en te rapporteren die niet door pathologische bevindingen kunnen worden verklaard, ze aan een lichamelijke aandoening toe te schrijven en er medische hulp voor te zoeken".² Hoewel de huisarts bij dergelijke hulpvragen vaak geneigd is psychische problematiek als een van de oorzaken voor de onverklaarbare lichamelijke klachten te zien, wordt een dergelijk vermoeden meestal niet geëxpliciteerd wanneer de patiënt daar niet zelf over begint. Als gevolg daarvan is in het geval van onverklaarbaar lichamenlijk klaaggedrag slechts zelden sprake van psychosociale diagnostiek of eventuele behandeling. Veeleer is er sprake van een overmaat aan somatische

moeizame verhouding tussen eerstelijns-gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg.^{9,10}

Mogelijke oplossing

Een mogelijke vorm waarin specialistische deskundigheid zou kunnen worden ingebracht, is het consulteren van psychiaters door huisartsen.¹¹ In de consultatieve psychiatrie, een onderdeel van de ziekenhuispsychiatrie, is ervaring opgedaan met de afstemming van lichamelijke en psychische zorg bij patiënten bij wie het vermoeden van co-morbiditeit bestaat. Hiervoor is het integraal geneeskundig model uitgewerkt waarbinnen volgens een vaste systematiek relevante biologische en psychologische factoren en factoren in het zorgsysteem en de sociale omgeving worden betrokken.¹²⁻¹⁴

Het psychiatrisch consult volgens dit model houdt in, dat de behandelend arts (specialist of huisarts) en consultatief psychiater een voorgesprek hebben over de patiënt in kwestie, waarna er een gesprek met drie deelnemers plaatsvindt: de behandelend arts, de patiënt en de consultatief psychiater. De laatste laat in zijn anamnese de verschillende factoren uit het biopsychosociale model (biologisch, psychologisch, sociaal steunsysteem en gezondheidszorg systeem) systematisch de revue passeren, voor zover deze relevant zijn. Het is dus niet juist te veronderstellen, dat

Een dergelijke aanpak klinkt aantrekkelijk in het geval van somatiserende patiënten in de huisartspraktijk. Een van de aansprekende kenmerken is de overeenkomst die de geschetste aanpak vertoont met de werkwijze die een huisarts als zijnde ideaal heeft aangeleerd: denken in een aantal 'parallele sporen' (lichamelijk en psychisch) en niet eerst alle mogelijke lichamelijke verklaringen uitsluiten alvorens psychologische en sociale verklaringen als 'rest-categorieën' in beschouwing te nemen. Een ander voordeel is de nauwe betrokkenheid van de behandelend geneesheer bij het geheel, zodat de patiënt niet het gevaar loopt nodeloos in een specialistisch circuit te belanden. Van de andere kant wordt wel de nodig geachte specialistische deskundigheid ingebracht.

Een dergelijk psychiatrisch consult zou dientengevolge een bijdrage kunnen leveren aan de geschetste moeizame omgang van de huisarts met somatiserende patiënten en aan de verlangde versterking van de eerste lijn.

Haalbaarheidsstudie

Teneinde vast te stellen of dit in het ziekenhuis ontwikkelde model zich leent voor toepassing in de huisartspraktijk is het afgelopen jaar een haalbaarheidsstudie uitgevoerd. Deze haalbaarheidsstudie werd gefinancierd door het Onderzoekscentrum 1e-2e lijn van het VU-ziekenhuis, en uitgevoerd door het Nivel, de psychiatrisch consultatieve dienst van het VU-ziekenhuis en het onderzoekscentrum 1e-2e lijn. De psychiatrisch consultatieve dienst gaf psychiatrische consulten in een aantal huisartspraktijken, het Nivel onderzocht in hoeverre de beoogde doelgroep somatiserende patiënten hiermee werd bereikt en het onderzoekscentrum 1e-2e lijn voerde rond de gerealiseerde psychiatrische consulten een procesevaluatie uit.¹⁵

Methode

De studie zocht een antwoord op de vragen:

1. Is het mogelijk de binnen het VU-ziekenhuis ontwikkelde vorm van consul-

De psychiater heeft niet alleen aandacht voor de psychische kant van het probleem

(specialistische) diagnostiek en een hoge medische consumptie, zowel in de eerste als in de tweede lijn.³⁻⁷

Het is voor de huisarts vaak lastig om uit deze vicieuze cirkel te geraken. Daarom, en vanwege het feit dat deze categorie patiënten zich in de praktijk niet naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) laten verwijzen, wordt al jaren gepleit voor vergroting van de competentie van de huisarts op dit terrein.⁸ Dit verloopt echter niet probleemloos, onder andere vanwege de sterke scheiding tussen somatische en geestelijke gezondheidszorg en de soms

de psychiater alleen aandacht heeft voor de psychische kant van het probleem.

Deze gegevens leiden tot het formuleren van een voor de patiënt aanvaardbare hypothese over zijn klachten, gevolgd door een advies met betrekking tot een concrete integrale aanpak, inclusief de rol van de huisarts en de familie. De behandelend arts blijft nadrukkelijk de verantwoordelijke behandelaar, met dien verstande dat het advies natuurlijk het advies om te verwijzen kan inhouden. Na verloop van tijd vindt er een nagesprek plaats: de 'booster-sessie'.

tatieve psychiatrie toe te passen in de huisartspraktijk?

2. Hoe verlopen psychiatrische consulten in de praktijk?

3. Welke patiënten worden bereikt met deze consultaties?

Gedurende zeven maanden hadden zes huisartsen uit een waarneemgroep in een forensengemeente in de buurt van het VU-ziekenhuis de gelegenheid een consult aan te vragen bij twee psychiaters, werkzaam bij de psychiatrisch consultatieve dienst van het VU-ziekenhuis. Deze consulten werden nauwkeurig geboekstaafd.

aangevraagd; de gemiddelde behoefte kan hiermee gesteld worden op eenmaal per arts per maand. In dit opzicht waren er overigens ook verschillen tussen artsen: één arts heeft drie consulten gehad, een ander dertien.

Indien een consult wenselijk werd geacht bij een bepaalde patiënt, werd dit gewoonlijk ook gerealiseerd. De patiënten bleken weinig weerstand te bieden tegen een dergelijk voorstel door de huisarts, die dit tevoren ook wel in zijn beschouwingen zal hebben betrokken. Slechts twee van de aangezochte patiënten hebben geweigerd.

De voornaamste patiëntencategorie waarvoor consult werd gevraagd was die met somatisatie als hoofdprobleem

De psychiater bracht ieder consult schematisch in kaart, waarbij de relevante biologische, psychische en sociale factoren werden aangegeven. Volgens dit schema werden bevindingen, diagnoses en beleidsadviezen vastgelegd en teruggerapporteerd naar huisarts en patiënt.

De consultvragende huisarts werd gevraagd naar de sfeer van het psychiatrisch consult en het effect ervan. De patiënt werd gevraagd naar zijn verwachtingen, zijn kwalificatie van het consult, en, achteraf, in hoeverre men de gegeven adviezen had opgevolgd en de klachten verdwenen waren. Bovendien werd gedurende een week in alle deelnemende praktijken een screeningsonderzoek verricht, teneinde vast te stellen in hoeverre de doelgroep met deze consulten werd bereikt en welke kenmerken deze had. Hiertoe vulden alle patiënten tussen de 18 en 65 jaar die langer dan een jaar in de praktijk stonden ingeschreven op het spreekuur een aantal vragenlijsten in, waarin gezondheids-toestand (zowel psychisch als somatisch), functionele status, neiging tot somatiseren en gebruik van medische voorzieningen werden gemeten. Over iedere patiënt die een vragenlijst had ingevuld, vulde de huisarts ook een korte vragenlijst in, waarin hij onder andere aangaf in hoeverre er sprake was van somatiseren (volgens de hierboven gegeven definitie van Lipowski), en of hij voor de betreffende patiënt een psychiatrisch consult zou wensen. Ten slotte werden de deelnemende artsen achteraf geïnterviewd.

Resultaten

Haalbaarheid en praktijk

Aanvankelijk werd rekening gehouden met 1 consultaanvraag per huisarts per week. Uiteindelijk is er echter sprake geweest van 45 gerealiseerde consulten, door zes huisartsen in zeven maanden

De consulten, bijgewoond door de huisarts, verliepen in grote lijn zoals ze op basis van de ervaringen in het ziekenhuis waren gepland. Als aanvulling op het ziekenhuismodel was in het experiment een 'follow up'-sessie na vier weken gepland tussen huisarts en consultgevend psychiater. De ervaring leerde dat deze sessie beter kon worden uitgesteld tot een week

In de meeste gevallen dat de huisarts vond dat er sprake was van somatiseren werd een consult niet nodig gehad

of acht na het consult, omdat de kans dan groter was dat de huisarts de patiënt al weer had gezien.

De voornaamste patiëntencategorie waarvoor consult werd gevraagd was die met somatisatie als hoofdprobleem.

Daarnaast was er volgens de diagnose van de psychiater in een aantal gevallen sprake van verslaving, een depressieve stemmingsstoornis of een angststoornis. Wat betreft de patiënten met emotionele stoornissen was de interventie eenduidig en met name gericht op het aanpakken van de onderliggende stoornis met behulp van psychofarmaca en een gesprekscontact. Met betrekking tot de hoofddoelgroep, de somatiserende patiënten, bleek een psychiatrisch consult in de huisartspraktijk haalbaar en zinvol te zijn, zowel wat de potentieel voorbijgaande als de waarschijnlijk chronische somatiseerders betreft. In het eerste geval lag de nadruk op de oplossing van het onderliggend psychisch conflict, zo nodig door middel van doorverwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW) of de regionale GGZ voor een ambulante gesprekkencontact; in het tweede geval lag de nadruk op suggesties - aan zowel patiënt als huisarts - om zo adequaat mogelijk met het somatiseren om te gaan.

Het geven van een samenvatting in de ter-

men van het biopsychosociale model (BPSS-model) aan de patiënt na afloop van het consult, werd door de meeste deelnemende artsen zinvol geacht. De huisartsen bewaarden de samenvatting in de status om haar na te kunnen slaan. Voor de consulent-psychiater is het BPSS-model ook praktisch, omdat het in korte tijd een overzicht geeft van verbanden tussen lichamelijke en psychosociale problematiek, medisch consumptiegedrag en dergelijke.

In de vragenlijsten die huisartsen en patiënten achteraf invulden, werden in het algemeen positieve oordelen gegeven over de sfeer van de consulten. Huisartsen betitelden de consulten vrijwel unaniem als zinvol, verhelderend, relevant en leerzaam. Patiënten beoordeelden de consulten in grote meerderheid als veilig en zinvol, en met iets meer terughoudendheid als verhelderend en ontspannen. Een andere vraag is of de consulten het gewenste effect opleverden. Hierop was deze 'pilot-study' niet gericht, maar afgaand op uitspraken van artsen en patiënten met betrekking tot het opvolgen van de gegeven adviezen is enige scepsis over lange-termijnveranderingen gerecht-

vaardigd. Adviezen aangaande medicatie en het raadplegen van een somatisch specialist werden in meerderheid opgevolgd. De meeste gegeven adviezen waren echter andersoortig (praktische adviezen, gedragsaanpassingen raadplegen van psychische hulpverleners of paramedici) en hiervan werd maar een minderheid opgevolgd.

Bereik doelgroep

Gedurende een week werden door alle bezoekende patiënten tussen de 18 en 65 jaar vragenlijsten ingevuld. Ook de huisartsen vulden over iedere patiënt een formulier in, waarop onder andere werd aangegeven of er in de ogen van de arts sprake was van somatiseren en indien dat het geval was, of hij een psychiatrisch consult wenste.

Op deze wijze werden 421 patiënten gescreend, van wie 75 (18%) in de ogen van de huisarts somatiseerden. Voor 17 hiervan (23% van de somatiseerders) achtte de huisarts een consult wenselijk. In de meeste gevallen dat de huisarts vond dat er sprake was van somatiseren werd een consult dus niet nodig geacht. Gevraagd naar de reden waarom, was het meest voorkomende antwoord, dat huisarts en patiënt het somatiseren samen konden hanteren. De arts achtte zichzelf vaar-

dig genoeg om hiermee om te gaan en vaak vond hij dat de patiënt ook wel voldoende inzicht in de problematiek had. Een klein aantal patiënten werd niet voor consult voorgedragen omdat ze al onder behandeling waren bij bijvoorbeeld RIA-GG of AMW, of omdat de huisarts de patiënt niet geschikt achtte.

Alle patiënten vulden vragenlijsten in. Somatiserende patiënten scoorden hoger op de vragenlijsten die somatisatie, angst en depressie maten. Ze beoordeelden hun algemene gezondheid en functioneren slechter dan niet-somatiserende patiënten. Hun medische consumptie was hoger.

Somatiserende patiënten voor wie psy-

een objectiveerbare ziektecategorie, maar veeleer als een proces van betekenisgeving, waarbij de patiënt, de huisarts en de interactie tussen beiden in het geding is. In veel gevallen blijkt de arts in de praktijk van mening te zijn dit goed te kunnen hanteren, in een minderheid kan hij hierbij de hulp van de consultatieve psychiater gebruiken. De huisarts is daarbij onontbeerlijk voor de 'casefinding': een patiënt is een somatiseerder wanneer zijn huisarts dat vindt. Dit oordeel van de arts gaat vaak gepaard met het gevoel dat de moed hem in de schoenen zinkt op het moment dat die patiënt een voet in de spreekkamer zet. Op zich echter is dat oordeel niet van een zekere validiteit ge-

Somatisatie is geen objectiveerbare ziektecategorie

chiatrisch consult werd gewenst en patiënten voor wie dat niet het geval was, verschilden ook onderling en wel op dezelfde wijze als de somatiseerders als totaliteit verschilden van de niet-somatiseerders. De somatiseerders voor wie consult werd aangevraagd zijn te beschouwen als de 'slechtste' groep. Andere belangwekkende verschillen tussen somatiseerders voor wie wel en voor wie niet een consult werd aangevraagd, zijn de hogere frequentie waarmee de eersten een zogenaamd 'heartsink'-gevoel bij de huisarts opriepen en het verband dat dezen zelf aangeven tussen hun lichamelijke klachten en mogelijke psychische oorzaken. Concluderend zouden we mogen stellen, dat een psychiatrisch consult door de huisarts bij de meeste somatiseerders niet nodig werd geacht, maar dat hij wel diegenen eruit haalde die er wat betreft hun psychisch en lichamelijk functioneren het slechtst aan toe waren. Een andere conclusie, die in verband met toekomstig effectonderzoek niet van belang ontbloomt is, is dat ook met de meetinstrumenten die het best discrimineren tussen somatiseerders en niet-somatiseerders een relatief grote groep patiënten zal worden geselecteerd van wie de huisarts vindt dat er geen sprake is van somatisatie, laat staan dat hij er een psychiatrisch consult voor zou willen hebben.

Conclusie

Een psychiatrisch consult bij somatiserende patiënten zoals dat in het ziekenhuis door consultatief werkende psychiaters is ontwikkeld, is uitvoerbaar in de huisartspraktijk en wel tot tevredenheid van alle betrokken partijen. Bij doorsneepraktijken mag men verwachten dat er gemiddeld eens in de maand gebruik van zal worden gemaakt. Somatisatie moet niet worden opgevat als

speend. Patiënten die in de ogen van de huisarts somatiseren en voor wie hij consult aanvraagt, zijn er in allerlei opzichten ook slecht aan toe. Forceert men echter zo'n consult bij alle patiënten die volgens screeningslijsten somatiseerders zijn, dan blijkt de meerderheid uit fout-positieven te bestaan, een fenomeen dat wijd verbreid is in geval van screening in slecht omschreven populaties.

Kortom, een psychiatrisch consult houdt zekere beloftes in om de omgang van huisartsen met bepaalde groepen patiënten te vergemakkelijken. De resultaten van deze haalbaarheidsstudie rechtvaardigen in onze ogen groter opgezette en beter gecontroleerde experimenten met deze interventie. Men hoede zich echter voor de illusie dat daarmee het in de inleiding geschetste probleem van de onbehandelde lichamelijke manifestaties van psychische problematiek uit de wereld is. •

dr P.F.M. Verhaak,
psycholoog, Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns gezondheidszorg

dr D. Collijn,
psycholoog, ten tijde van het onderzoek werkzaam bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns gezondheidszorg; thans werkzaam bij Medische Psychologie aan de Rijksuniversiteit Limburg

dr D. Wijkel,
socioloog, onderzoekscentrum 1e-2e lijn, Vrije Universiteit Amsterdam

drs C.M. van der Feltz-Cornelis en dr F. Huijse,
psychiaters, vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam

Literatuur

1. Verhaak PFM. Functionele klachten, de nieuwe kleren van de keizer? Huisarts en Wetenschap 1988, supp.
2. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry 1988; 145: 1358-68.
3. Craig TKJ, Boardman AP. Somatization in primary care settings. In: CM Bass, ed. Somatization. Physical Symptoms and Psychological Illness. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1990.
4. Escobar JI, Burham MA, Karno M, Forsythe A, Golding J. Somatization in the community. Archives of General Psychiatry 1987; 44: 713-8.
5. Escobar JI, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burnam MA, Wells KB. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. American Journal of Public Health 1987; 77: 837-40.
6. Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentation of psychiatric illness in primary care setting. Journal of Psychosomatic Research 1988; 32: 137-44.
7. Rosen G, Kleinman A, Katon W. Somatization in Family Practice: a biopsychosocial approach. Journal of Family Practice 1982; 14: 493-502.
8. Nieuwe nota Geestelijke Volksgezondheid. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1984.
9. Bensing JM. Wat mankeert de RIAGG? Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1986; 12: 1211-24.
10. Ridder D de, Visser J. Tussen de lijnen. De relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg onderzocht. Utrecht: NoGv/Nivel, 1987.
11. Buis WJMN. Psychiatrische diagnostiek en advies ten dienste van de huisarts. Proefschrift. Amsterdam: Uitgeverij Thesis, 1990.
12. Huyse FJ. Systematic Interventions in Consultation/Liaison Psychiatry. Academisch proefschrift. Amsterdam: Free University Press, 1989.
13. Huyse FJ. Systeemdenken in consultatieve psychiatrie. In: Tilburg W van, Mulders F, red. Systeemdenken in de psychiatrie. Utrecht: Bunge, 1987.
14. Huyse FJ, Swain JJ, Hammer JS, Zwaan T, Hengeveld MW. Interventions in consultation-liaison psychiatry: the development of a schema and a checklist for operationalized interventions. General Hospital Psychiatry 1988; 10: 88-101.
15. Collijn D, Wijkel D, Feltz-Cornelis CM van der, Verhaak P, Huijse FJ. Psychiatrische consulten bij somatiserende patiënten in de huisartspraktijk. Een haalbaarheidsstudie. Utrecht: Nivel/VU, 1994.