

Hoogspecialistische consultatie in de sggz; de waarde voor patiënt en specialist

E. Wingbermühle, N. van Duijvenbode, M. van Bueren, E. van Ee, J. Spijker

Samenvatting De consultatiefunctie van de hoogspecialistische ggz (hsggz) wordt nog beperkt ingezet in de ggz-keten. In dit artikel lichten wij de mogelijkheden en de waarde van hsggz-consultatie ter ondersteuning van sggz-trajecten toe aan de hand van vignettes uit de consultatiepraktijk van vier TOPGGz-afdelingen. We concluderen dat intensiever gebruik van consultatiemogelijkheden door behandelaars uit de sggz de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van de zorg kan helpen verbeteren.

De zorg voor mensen met psychische problemen is in Nederland sinds 2014 ingedeeld in drie echelons: huisarts/POH-ggz, generalistische basis-ggz (gbggz) en gespecialiseerde ggz (sggz), waaronder ook de hoogspecialistische ggz (hsggz) valt. Uitgangspunt voor deze indeling is het streven om goede, samenhangende en doelmatige zorg rond de patiënt te organiseren (Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014; Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022).

De hsggz richt zich op patiënten met een (hoog) complexe zorgvraag, bij wie onzekerheid bestaat over diagnose of behandeling, of voor wie diagnostiek en/of behandeling in de sggz niet volstaat (Gezondheidsraad 2014). Hoogspecialistische interventies worden uitgevoerd in topreferente centra, waaronder TOPGGz-afdelingen, die worden gekenmerkt door hun focus op innovatie, onderzoek, kennisontwikkeling en -deling. Ook consultatieve samenwerking wordt als essentiële taak van topreferente centra aangemerkt, zowel vanuit kwaliteitsoogpunt (versterking van sggz) als ter voorkoming van (duurdere) zorg. De expertise van TOPGGz-afdelingen is beschikbaar voor consultatievragen van specialisten in de sggz. Met consultatie als een van hun kerntaken vervullen zij een belangrijke, maar wellicht nog onvoldoende bekende rol in de zorgketen. In dit artikel beschrijven wij daarom de consultatiefunctie van de hsggz ter ondersteuning van reguliere sggz-trajecten en we illustreren deze met vier gevalbeschrijvingen uit de dagelijkse praktijk van topreferente ggz-afdelingen.

Hoewel onderzoek naar de effectiviteit van consultatie nog altijd schaars is, wordt het belang van intercollegiale toetsing en samenwerking tussen zorgprofessionals algemeen erkend. Consultatie wordt dan ook in diverse richtlijnen en standaarden voor beroepsmatig handelen

in de ggz aanbevolen (zie bijvoorbeeld Leentjens e.a. 2008; NIP 2015). Consultatie is echter geen eenduidig begrip. Het wordt in meerdere beroepspraktijken en voor verschillende activiteiten gebruikt.

Caplan beschreef in de jaren zestig van de vorige eeuw patiëntgerichte consultatie in de ggz als een interactieproces tussen twee professionals: de consultgever, zijnde een specialist, en een consultvrager, die hulp vraagt bij een werkprobleem op een gebied dat tot de specifieke competentie van de betreffende specialist behoort. Het probleem heeft betrekking op de diagnostiek, indicatiestelling of behandeling van een patiënt van de consultvrager, waarbij de professionele verantwoordelijkheid voor die patiënt gedurende het consultatieproces belegd blijft bij de consultvrager. Naast de primaire doelstelling van verbetering van de zorg voor de patiënt draagt consultatie volgens Caplan bij aan het vergroten van de kennis van de consultvrager, die daardoor beter toegerust raakt om in de toekomst effectiever met vergelijkbare problematiek om te gaan (Caplan 1963).

De door Caplan beschreven uitgangspunten vormen nog altijd de basis voor consultatie in de psychiatrie, die in Nederland vooral binnen de academische ziekenhuizen en op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen systematisch wordt vormgegeven (zie bijv. Richtlijn consultatieve psychiatrie; NVvP 2008; update FMS 2017). Consultatie komt ook elders in de ggz op allerlei manieren voor en hoewel het belang ervan wordt onderschreven in diverse kwaliteitsstandaarden (bijv. LGA 2016; NVvP 2020), heeft deze als samenwerkingsvorm in dit domein nog nauwelijks gestructureerde uitwerking. Binnen de hsggz vormt consultatie al wel een duidelijker omschreven dienst. Bij vragen met het oog op vroegherkenning, diagnostiek en indicatiestelling, maar

AUTEURS

Ellen Wingbermühle, klinisch neuropsycholoog en senior onderzoeker, Topklinisch Centrum voor Neuropsychiatrie, Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheid, Venray.

Neomi van Duijvenbode, GZ-psycholoog i.o. specialist, Trajectum en onderzoeker, Topklinisch Centrum Verslaving & LVB, Tactus Verslavingszorg, Deventer.

Monique van Bueren, senior adviseur, Stichting Topklinische ggz, Amersfoort.

Elisa van Ee, klinisch psycholoog, psychotherapeut en senior onderzoeker, Topklinisch Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel, 's Hertogenbosch, en bijzonder hoogleraar Psychotraumatologie in ontwikkelingsperspectief, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Jan Spijker, psychiater, Expertisecentrum Depressie, Pro Persona, Nijmegen, en bijzonder hoogleraar Chronische depressie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Correspondentie

Dr. Ellen Wingbermühle (pwingbermuehle@vvgi.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-7-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(12):895-899

ook bij een vastlopende behandeling, kan een expert op de betreffende problematiek c.q. doelgroep worden ingeschakeld. Dat kan via het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), voornamelijk voor vragen van teams over hoe om te gaan met ernstig probleemgedrag, terwijl parallel hieraan TOPGGz-afdelingen een expliciete rol vervullen in consultatie bij complexe, meervoudige problematiek (zie voor een actueel overzicht van het aanbod <https://topggz.nl>).

TOPGGz is een in 2007 gestart *peer reviewed* initiatief om het hsggz-aanbod te identificeren en te stimuleren. Inmiddels zijn er 50 afdelingen, waarmee er voor patiënten van alle leeftijden en vrijwel alle aandoeningen gekwalificeerde hsggz-zorg beschikbaar is. Het TOPGGz-aanbod vervult niet alleen een *last-resort*functie voor verklarende (proces)diagnostiek, indicatiestelling en behandeling, maar is ook gericht op ontwikkeling van preventieve interventies om te voorkómen dat psychiatrische problemen verergeren of chronisch worden. Daarnaast richten de TOPGGz-afdelingen zich op zorginnovatie, gebaseerd op toegepast wetenschappelijk onderzoek.

In deze bijdrage brengen wij aan de hand van gevalbeschrijvingen de diversiteit van het consultatieaanbod van TOPGGz-afdelingen in kaart. Naast de waarde voor de patiënt in termen van kwaliteit van de zorg (tijdig de best passende interventie), illustreren de vignetten de baten voor professionals, die via consultatie laagdrempelig kunnen overleggen, hulp kunnen inroepen bij complexe vraagstukken en hun eigen kennis en netwerk kunnen uitbreiden.

VIGNETTEN

In de gepresenteerde vignetten beschrijven wij consultatie bij verschillende aandoeningen en omstandigheden bij jeugdigen en volwassenen, vanuit het perspectief van de consultgever. Omdat niet noodzakelijkerwijs bij iedere vorm van consultatie de patiënt door de consulterend specialist gezien wordt (waardoor ook geen *informed consent* verkregen kan worden), is sprake van gefingeerde persoonsgegevens bij overigens feitelijke consultatievraagstukken uit de praktijk van de auteurs.

Collegiaal psychiatrisch behandeladvies (anoniem)

Patiënte A, een 22-jarige vrouw, was sinds twee jaar in zorg bij een jeugdteam voor FACT (*flexible assertive community treatment*). Consultatie werd gevraagd bij een TOPGGz-afdeling voor therapieresistente depressie om een advies te krijgen over de behandelbaarheid van haar stemmingsklachten. Depressie speelde al een rol bij patiënte sinds haar 16de jaar. Haar schoolprestaties daalden indertijd, ze werd gepest en haar zelfwaardering was laag. Ook werden eetproblemen zichtbaar, die zich vooral uitten in bovenmatig lijnen en bewegen. Hulpverlening in de sggz werd voor beide probleemgebieden in gang gezet, waarbij de classificaties depressieve stoornis en anorexia nervosa werden gesteld bij een adolescente met vermijdende coping. Behandeling kwam slecht op gang omdat de depressie en eetproblemen elkaar versterkten.

Ten tijde van de consultatie, die telefonisch werd voorgelegd door haar eigen psychiater, was patiënte arbeidsongeschikt, somber en suïcidaal. Als medicatiebeleid

waren de afgelopen jaren een selectieve serotonineheropnameremmer en een tricyclisch antidepressivum plus lithium voorgeschreven, zonder veel effect. Cognitieve gedragstherapie was wel gestart, maar daarvoor kon zij weinig motivatie opbrengen. Haar psychiater vroeg consultatie aan om de mogelijkheden van volgende biologische stappen te onderzoeken.

De inzet van een monoamino-oxidaseremmer leek vanwege de noodzaak van een dieet, de toch al problematische omgang met voeding en actueel ondergewicht niet geïndiceerd. De consultgever adviseerde om ECT met patiënte te bespreken als een kansrijke behandeloptie. Zij bleek hiertoe bereid, ook omdat ze zelf sterk in een biologische oorzaak voor haar psychische klachten geloofde.

Na 12 sessies bilaterale elektroconvulsie therapie was haar stemming sterk verbeterd, met een klachtenreductie van bijna 50%. Haar activiteitsniveau en maatschappelijke participatie namen toe. Er bleven wel periodes met depressieve klachten en/of eetproblematiek bestaan, maar in lichtere vorm en beter hanteerbaar. Het lukte haar beter om samen met de FACT-medewerkers helpende strategieën in te zetten.

(Topklinisch Expertisecentrum Depressie, Pro Persona, Nijmegen)

Collegiaal psychotherapeutisch behandeladvies (anoniem)

Patiënte B was een 55-jarige vrouw. Nadat een klinisch psycholoog van het Topklinisch Psychotraumacentrum Zuid-Nederland een congresvoordracht over kinderen geboren uit seksueel geweld had gehouden, werd deze telefonisch benaderd door een psychiater die een vrouw behandelde die depressief was geworden na het overlijden van haar moeder. In dezelfde periode was haar dochter moeder geworden.

De gegeven combinatietherapie (psychotherapie en farmacotherapie) had enig, maar onvoldoende resultaat. Gedurende de voordracht herinnerde de psychiater zich dat patiënte had genoemd dat zij geboren werd uit een verkrachting. Dit was echter geen thema in de behandeling geweest.

In het consult werd doorgesproken over omstandigheden rondom de verkrachting waaruit zij geboren was, de relatie met haar getraumatiseerde moeder, de afwezige vader die ook dader was, en mogelijke gevolgen die dit had voor haar identiteitsontwikkeling en haar eigen moederschap. Dit perspectief verklaarde de depressieve episode in reactie op het overlijden van haar moeder en op het moederschap van haar dochter.

Na dit consult voelde de psychiater zich toegerust om met patiënte over dit thema in gesprek te gaan. Naderhand liet de psychiater per e-mail weten dat dit had geleid tot een doorbraak en verder herstel van somberheidsklachten.

(Topklinisch Psychotraumacentrum Zuid-Nederland, Reinier van Arkel, 's Hertogenbosch)

Enmalig contact, behandeladvies en supervisie

De orthopedagoog die betrokken was bij patiënt C, een 15-jarige scholier met het syndroom van Noonan, een lichte verstandelijke beperking en een PDD-NOS-classificatie, zocht contact met het Topklinisch Centrum voor Neuropsychiatrie (TCvN). Dit centrum richt zich op diagnostiek en behandeling van cognitieve en psychische problemen bij genetische aandoeningen.

De orthopedagoog was bij patiënt betrokken vanwege schoolverzuim en woede-uitbarstingen thuis. Ze had een autismebehandeling gestart, waarbij intensivering van externe structurering bevorderlijk werkte, maar nog niet tot voldoende afname van de emotionele onrust leidde. Zij miste kennis over de syndroomdiagnose en wilde komen tot meer inzicht in haar patiënt en aanscherping van het behandelplan.

Resultaten uit een op school verricht neuropsychologisch onderzoek wezen op specifieke problemen in de executieve vaardigheden, de sociale cognitie en de emotieregulatie. Deze bevindingen konden worden geduid als fenotypisch voor het noonansyndroom.

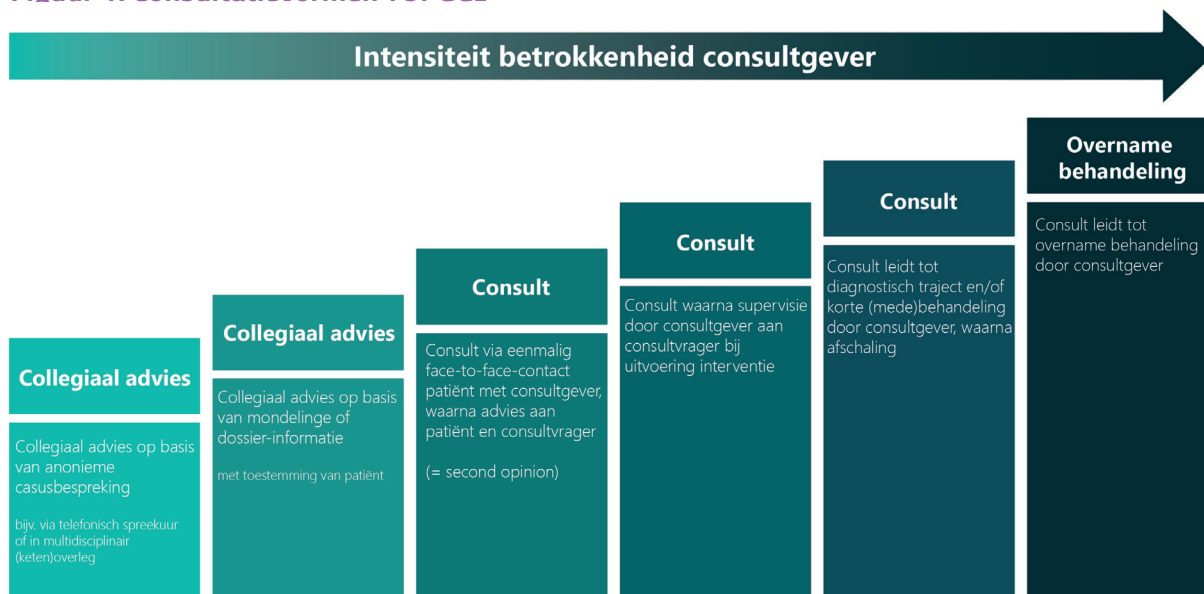
Geadviseerd werd de behandeling sterker te richten op het ondervangen van de problemen in de informatieverwerking. Nadat patiënt eenmalig werd gezien door de consulterend specialist, werd de behandeling in de eigen regio vervolgd, met laagfrequente telefonische supervisie door een klinisch neuropsycholoog van het TCvN. Er werden *goal-management* technieken ingezet om de zelfsturende vaardigheden van patiënt te versterken. Daarnaast werd gewerkt aan zijn emotieregulatie, waarbij elementen uit de binnen het centrum ontwikkelde sociaal-emotionele training voor mensen met het noonansyndroom werden aangereikt. Schoolverzuim en woede-uitbarstingen waren daarop verder afgenomen en patiënt en zijn ouders ervoeren meer grip op moeilijke situaties.

(Topklinisch Centrum voor Neuropsychiatrie, Vincent van Gogh, Venray)

Psychodiagnostisch onderzoek en kortdurend behandeltraject

Patiënte D, een 28-jarige vrouw, werd door haar GZ-psycholoog aangemeld bij het Topklinisch Centrum Verslaving & LVB. Zij was van jongs af aan bekend bij hulpverlening en had verschillende classificaties gehad (aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis, autismespectrumstoornis en borderlinepersoonlijkheidsstoornis). Zij ontving op dat moment ambulante woonbegeleiding, maar het lukte niet om haar functioneren te stabiliseren. Periodes waarin het relatief goed ging, werden afgewisseld met crises, overmatig middelengebruik en opnames. Problemen bleven zich opstapelen, patiënte raakte steeds minder gemotiveerd voor behandeling en de woonbegeleiding raakte uitgeput. Om deze reden werd advies gevraagd.

Figuur 1. Consultatievormen TOPGGz



In overleg werd besloten te starten met psychodiagnostisch onderzoek met als doel de klachten te verklaren en te komen tot een advies voor vervolgbehandeling. Uit dit onderzoek kwam een (niet eerder onderkende) lichte verstandelijke beperking naar voren, naast posttraumatische stressstoornis (PTSS) en verslavingsproblematiek. De uitkomst van het onderzoek was confronterend voor patiënte, maar gaf haar tegelijkertijd duidelijkheid en – met een gericht advies voor behandeling – hoop voor de toekomst.

Er volgde een behandeltraject binnen de hoogspecialistische zorg, aangepast op haar cognitieve, adaptieve en sociaal-emotionele vaardigheden. Woonbegeleiding werd hierin nauw betrokken.

Inmiddels werd de behandeling succesvol afgerond: patiënte was abtinent van middelen en had geen last meer van traumagerelateerde klachten. Zij kreeg nog wel ambulante woonbegeleiding vanuit de LVB-zorg, naar tevredenheid van beide partijen.

(Topklinisch Centrum Verslaving & LVB, Tactus Verslavingszorg, Deventer)

DISCUSSIE

De beschreven vignettes geven een indruk van de mogelijkheden en waarde van hoogspecialistische consultatie in de sggz voor patiënt en specialist. Vergelijkbare gevalbeschrijvingen zouden we kunnen geven voor adviesvragen bij andere dan de geschetste aandoeningen of leeftijdsgroepen. Overeenkomstig Caplans uitgangspunten is het bij TOPGGz-consultatie niet altijd nodig dat de patiënt zelf gezien wordt en kan deze bestaan uit collegiaal overleg waarbij de patiënt anoniem blijft, zoals in de casussen van patiëntes A en B. Soms is het wel wenselijk om een dossier te bestuderen, of om de patiënt zelf te kunnen onderzoeken. Dan kan

bijvoorbeeld via een *second opinion* een diagnostische herevaluatie of herbeoordeling van een behandelindicatie plaatsvinden (patiënt C en patiënte D).

Met het advies dat hieruit voortvloeit, kan verder worden gewerkt in de oorspronkelijke behandelcontext. Eventueel kan een kortdurende, hoogspecialistische (neven)behandeling worden ingezet, voortvloeiend uit de consultatievraag. We vatten de diverse consultatievormen samen in **figuur 1**. Daarbij wordt ook zichtbaar dat het niet gaat om strikt te onderscheiden ‘zorgproducten’, maar om op maat gesneden vormen van samenwerking, die in elkaar kunnen overlopen.

Hoogspecialistische consultatie biedt gelegenheid om diagnostiek, indicatiestelling of behandeling te herijken. Een algemeen advies aan consultvragers is niet te lang te wachten met het stellen van een adviesvraag. Ingegeven door de wens of opdracht om kort en snel te behandelen, kijkt men vaak wat een patiënt op een bepaald moment nodig heeft, met (hulp)vraaggestuurd werken als het uitgangspunt. Op die manier werkt men voornamelijk aan toestandsbeelden, terwijl er weinig ruimte is voor onderzoek naar de onderliggende verklaring voor de problematiek.

Te lang of dogmatisch toepassen van het *stepped care*-principe komt de effectiviteit niet ten goede en kan resulteren in een aaneenschakeling van (classificatiegebonden) behandelingen, zonder afdoende resultaat (Egger 2011). Echter, ook te lang met een behandelplan blijven doorgaan zonder verbetering kan een probleem vormen en gepaard gaan met demoralisatie.

In hun recente bijdrage in dit tijdschrift over het voorkomen van chroniciteit wezen Keet en Destoop (2021) op het belang van het ‘bij herhaling met een frisse blik kijken naar de diagnose’ bij stagnerende zorgprocessen (p. 148). In een eerder stadium gebruikmaken van de hoogspecialistische consultatiefunctie sluit hierbij aan en kan helpen tijdig tot integratieve diagnostische

inzichten en/of aanpassing van een behandelplan te komen.

We moeten opmerken dat herstel in de zin van genezing niet altijd haalbaar is en niet het enige uitgangspunt voor consultatie hoeft te zijn. Advisering kan bijvoorbeeld ook gericht zijn op vergroting van de maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven, zoals in de casus van patiënte D.

Naast het belang van de individuele patiënt over wie de consultvraag wordt gesteld, draagt consultatie ook bij aan het terugdringen van de wachtlijstproblematiek. Immers: met advies en eventueel supervisie op afstand kan de patiënt vaak in behandeling blijven bij de eigen behandelaar in de eigen regio en hoeft deze niet verwezen te worden naar een andere afdeling met (oplopende) wachtlijsten. Verder draagt consultatie bij aan de verspreiding van innovatieve kennis en kunde.

Consultatie in de hsggz is momenteel nog niet scherp gedefinieerd en georganiseerd. De kwaliteit van de zorg is gebaat bij samenwerkingsvormen met een hoge mate van flexibiliteit die maatwerk mogelijk maakt. Een al te stringente afbakening is daarom onwenselijk. Tegelijkertijd lijkt meer helderheid over de mogelijkheden en waarde van consultatie in de hsggz nodig om er optimaal gebruik van te kunnen maken. Met deze bijdrage willen we hier een aanzet voor bieden. Consultatie bij TOPGGz-afdelingen is laagdrempelig toegankelijk; voor collegiaal advies is geen aanmelding nodig en dit is vrijwel altijd op korte termijn mogelijk.

Hoewel het zorgsysteem (nog) niet voorziet in financiering voor consultatie waarbij men de patiënt niet zelf ziet, een knelpunt binnen de hsggz dat de Gezondheidsraad reeds in 2014 beschreef, wordt deze dienst door alle TOPGGz-afdelingen geboden en is dit nadrukkelijk een van de kernopdrachten, verankerd in de erkenningseisen voor het keurmerk.

We concluderen dat de gepresenteerde gevalsbeschrijvingen tonen hoe consultatie een voor de patiënt niet of nauwelijks belastende interventie kan zijn, waarmee veel winst te behalen valt. De patiënten en hun omgeving zijn gediend bij (nog) betere zorg. Door tijdige consultatie kan dit vaak binnen de lopende behandeling gerealiseerd worden. Daarbij kan consultatie in posi-

tieve zin bijdragen aan kennisontwikkeling en motivatie van hulpverleners.

Intensiever gebruik van de consultatiefunctie van de hsggz door andere onderdelen binnen de keten kan tegelijkertijd de interprofessionele samenwerking en de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van de zorg voor patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen helpen verbeteren.

 Drs. E.S.G. Mogendorff en prof. dr. J.I.M. Egger gaven kritisch commentaar op het manuscript.

LITERATUUR

- Caplan G. Types of mental health consultation. *Am J Orthopsychiatry* 1963; 33: 470-81.
- Egger JIM. Contextuele neuropsychologie in de geestelijke gezondheidszorg. *De Psycholoog* 2011; 12: 8-17.
- Federatie van Medisch Specialist. Richtlijn consultatieve psychiatrie. 2017. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/consultatieve_psychiatrie/organisatie_van_psychiatrische_consultgeving.html
- Gezondheidsraad. Advies Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad; 2014. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2014/07/07/hoogspecialistische-geestelijke-gezondheidszorg>
- Keet IPM, Destoop M. Voorkómen chroniciteit: er eerder bij zijn binnen het netwerk. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 142-9.
- Landelijk Platform GGz. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. 2012. https://www.eerstekamer.nl/overig/20120620/bestuurlijk_akkoord_toekomst_ggz/document
- Leentjens AFG, Boenink AD, van Croonenborg JJ, e.a. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/De Tijdstroom; 2008.
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Beroepscode voor Psychologen 2015. Amsterdam: NIP; 2015.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Leidraad Consultatie in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. 2020. <https://www.nvvp.net/website/nieuws/2020/leidraad-consultatie-in-de-kinder-en-jeugdpsychiatrie>
- Register Kwaliteitsstandaarden Zorginstituut Nederland. Generieke module landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA). 2016. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/afspraken/consultatie>
- Rijksoverheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022. 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>

SUMMARY

Consultation from centers of excellence in Dutch mental healthcare; the value for patient and specialist

E. Wingbermühle, N. van Duijvenbode, M. van Bueren, E. van Ee, J. Spijker

The consultation function of centers of excellence is still used to a limited extent. In this article we explain possibilities and contributions of highly specialized consultation to support standard mental healthcare by means of vignettes. Case descriptions from the consultation practice of four centers of excellence are presented. More intensive use of consultation options by mental health care providers can help improve the quality, efficiency and effectiveness of care.