

# Collegiale consultatie tussen huisarts en psychiater: sleutelelement in de aanpak van depressie

Iris De Coster<sup>1</sup>, Chantal Van Audenhove<sup>2</sup>, Michel Goetinck<sup>3</sup>, Hans van den Aemele<sup>4</sup>

## SAMENVATTING

Wanneer huisartsen geconfronteerd worden met patiënten van wie de gezondheidstoestand niet verbetert, dan hebben ze vaak de neiging door te verwijzen naar de tweede lijn. Voor sommige patiënten is dat een juiste beslissing, maar voor anderen is dat niet nodig. Voor hen kan een beroep worden gedaan op de 'collegiale consultatie'. Dit artikel beschrijft de resultaten van een onderzoek over deze samenwerkingsvorm tussen huisartsen en psychiaters in de regio Brugge. De auteurs koesteren de hoop dat de aangereikte inzichten in een bredere context worden toegepast.

## Inleiding

Depressie is een complexe problematiek met vele gezichten. De huisarts vervult in de aanpak ervan een belangrijke poortwachterfunctie. De meeste depressieve patiënten kan hij zelf behandelen. Nochtans verwijst hij beter door naar de tweede lijn wanneer de depressie gepaard gaat met psychotische symptomen, suïcidaliteit, eerdere manische episoden, alcoholmisbruik of wanneer de ingestelde behandeling faalt. Patiënten met atypische depressieve klachten of bij wie de behandeling door de huisarts spaak loopt, hoeven echter niet per se te worden doorverwezen. Voor hen kan de huisarts een beroep doen op de expertise van een psychiater. Deze vorm van samenwerking tussen huisarts en psychiater noemen we *collegiale consultatie*. Dit artikel wil de collegiale consultatie meer kenbaar maken bij huisartsen en psychiaters, zodat deze op termijn kan uitgroeien tot een aanbeveling.

**Keywords:** collaboration – depression – physician's, family – psychiatrist – referral and consultation

## Wat is collegiale consultatie?

Caplan beschrijft collegiale consultatie als "een proces van interactie tussen twee professionele werkers, de consultgever die de deskundige is en de consultvrager die hulp inroept bij een actueel probleem" (1). Andere auteurs kennen er een meer omlijnde betekenis aan toe. Zo stelt Deweerd dat collegiale consultatie te beschouwen is als "een vorm van overleg waarbij de consultvrager een actueel onopgelost werk probleem voorlegt aan de consultgever die bepaalde kennis en ervaring zodanig ter beschikking stelt dat de consultvrager weer verder kan" (2). Hendriksen voegt daar nog aan toe dat "de gespreksrelatie gelijkwaardig van aard en betrouwbaar van karakter dient te zijn" (3). Collegiale consultatie kadert volgens hem in het grotere discours over interdisciplinaire samenwerking met het oog op kwaliteitsbevordering. Kenmerkend voor collegiale consultatie is dat de beslissingsbevoegdheid bij de consultvrager blijft liggen. Hij krijgt ondersteuning om de eigen begeleiding al dan niet aangepast verder te zetten. Bij verwijzing daarentegen geeft de verwijzer de beslissingsbevoegdheid door aan de deskundige naar wie hij verwijst. Idealiter opteert hij om samen te werken en beider deskundigheid in te schakelen in het voordeel van de patiënt (4). Dankzij collegiale consultatie worden de werkproblemen op korte termijn opgelost en verwerft de huisarts op lange termijn meer deskundigheid (5).

Collegiale consultatie gebeurt in feite incidenteel of toevallig. De huisarts vraagt een consult aan wanneer hij op een specifiek probleem botst en vermoedt dat iemand anders over de deskundigheid beschikt om hierover advies te geven. Nochtans is het

1. Psycholoog, wetenschappelijk medewerker van LUCAS - KU Leuven
2. Psycholoog, coördinator van LUCAS - KU Leuven; Parttime hoofddocent aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
3. Huisarts, Brugge
4. Departementshoofd dienst Psychiatrie, AZ Sint-Jan, Brugge

belangrijk dat hij, bij het opduiken van een probleem, kan terugval- len op een eerder opgebouwd collegiaal netwerk (support system). In die zin is collegiale consultatie steeds ingebed in een ruimere samenwerkingscontext (6, 7).

Collegiale consultatie is ook een gefaseerd interactieproces. Elke fase heeft eigen doelen en acties om deze doelen te verwezenlijken (Tabel 1).

## Project 'Tussen de lijnen'

Dat de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters in de praktijk vaak nattevingerwerk is, ondervonden we naar aanleiding van een telefonische enquête bij 32 huisartsen en acht psychiaters van een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) uit de regio Brugge. Om deze samenwerking te bevorderen, gingen we in de literatuur op zoek naar bruikbare evidence-based modellen. Op basis van de telefo- nische interviews stelden we vervolgens een beslisboom op (zie blz. 243), die de huisarts moet helpen te beslissen hoe hij colle- giaal advies vraagt. De aangereikte inzichten en hulpmiddelen werden ten slotte door een groep geïnteresseerde huisartsen en psychiaters op hun bruikbaarheid getoetst.

Het hier voorgestelde actieonderzoek kadert in een breder project dat tot doel heeft de zorg voor depressieve patiënten (detectie, diagnose en behandeling) in de regio Brugge te verbeteren en efficiënter te laten verlopen. Dit project is gebaseerd op een model van stapsgewijze zorg, waarbij geldt: 'minimale zorg waar het kan, maximale zorg waar het nodig is' (8). De inhoud ervan werd uitgeschreven in een Transmuraal Protocol, waarvan het centrale aandachtspunt de optimalisering is van de samenwerking tussen huisarts (eerste lijn) en psychiater (tweede lijn). Het project werd Tussen de lijnen gedoopt.

### Transmuraal Protocol depressie regio Brugge

Het Transmuraal Protocol deressie beschrijft voorlopige richtlij- nen voor de aanpak van depressie, alsook afspraken in de samenwerking tussen huisarts en psychiater in de regio Brugge (Figuur 1) (9). Volgens dit protocol gebeurt de aanpak in principe

door de huisarts (stap 1 en 2). In bepaalde situaties is collegiale consultatie (stap 3) of verwijzing naar een psychiater (stap 4), al of niet met opname, aangewezen. Voor iedere stap van het protocol zijn aanbevelingen uitgewerkt, gebaseerd op literatuur- gegevens en aangepast aan de werking en noden van de

Brugse regio. Aanpassingen worden doorgevoerd naar aanleiding van de feedback van artsen die in het kader van het actieonderzoek de aangereikte aanbevelingen in hun praktijk toepassen en beoordelen.

Het protocol voorziet en omschrijft twee vormen van collegiale consulta- tie: het telefonische consult en het éénmalige consult, waarbij de psychi- ater de patiënt éénmaal ziet.

De huisarts vraagt en krijgt via colle- giale consultatie advies over diagnose, medicatiebeleid, therapeutische aanpak of verwijzingsmogelijkheden. Zijn verwijsbrief bevat bij voorkeur de volgende gegevens:

- reden en vraagstelling van de éénmalige verwijzing;
- vermoedelijke diagnose;
- medicatie en co-medicatie (dosis en duur);
- relevante gegevens uit de voorgeschiedenis.

Voor sommige patiënten kan een éénmalige consultatie een doorverwijzing voor behandeling naar de tweede lijn voorkomen.

In crisissituaties kan 24 uur op de 24 een beroep worden gedaan op een Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI). De huis arts krijgt na het consult altijd een schriftelijk of telefonisch advies. Naast de richtlijnen voor onderlinge communicatie en de criteria voor een éénmalig consult bij de psychiater, werden in het kader van het project

'Tussen de lijnen' ook aanbevelingen geformuleerd over diagnostischemiddelen, psychotherapeutische indicaties, keuze van farmacotherapie en alarmsignalen voor verwijzing.

### Actieonderzoek

#### Telefonische enquête

In de regio Brugge vonden we 34 huisartsen en negen psy- chiaters bereid om mee te werken aan het actieonderzoek. Vóór de telefonische enquête kregen ze allen een vragenlijst

---

***Kenmerkend voor collegiale consultatie is dat de beslissingsbevoegdheid bij de consultvrager blijft liggen. Hij krijgt ondersteuning om de eigen begeleiding al dan niet aangepast verder te zetten.***

---

***Het Transmuraal Protocol Depressie voorziet en omschrijft twee vormen van collegiale consultatie: het telefonische consult en het éénmalige consult, waarbij de psychiater de patiënt éénmaal ziet.***

**Tabel 1: Fasen in het interactief gebeuren tussen huisarts (consultvrager) en psychiater (consultgever) tijdens een collegiale consultatie.**

Fase	Consultvrager	Consultgever
1. Voorbereiding	Waarop wil ik een antwoord?	Openstaan voor consultvragen
2. Introductie	Formuleren van verwachtingen	Verwoorden van mogelijkheden en grenzen
3. Analyse	Consultvraag formuleren met eigen voorstel van aanpak (voor zover mogelijk)	Actief luisteren
4. Formulering van antwoord	Actief luisteren	Nieuwe perspectieven en/of concrete adviezen
5. Afspraken	Opnemen van beslissingsbevoegdheid en formuleren van actiepunten	Ondersteunende feedback
6. Afronding	Afspraken in verband met feedback	Afspraken in verband met feedback

toegestuurd (een versie voor huisartsen, een andere voor psychiaters) waarmee zij zich op het interview konden voorbereiden.

Elk telefonisch interview duurde gemiddeld vijftien minuten. Er werden in totaal 32 huisartsen en acht psychiaters ondervraagd. Twee huisartsen en één psychiater haakten af omwille van tijdsgebrek.

De telefonische bevraging had twee doelstellingen: 1. zicht krijgen op de huidige praktijk van collegiale consultatie tussen huisarts en psychiater en 2. huisartsen en psychiaters betrekken in het bedenken van strategieën om de collegiale consultatie te verbeteren.

Bijna alle respondenten vonden het waardevol om momenten te voorzien waarop ervaringen en kennis uitgewisseld en indrukken over patiënten getoetst kunnen worden. Volgens hen schuilt het nut van dit collegiaal overleg in de complementariteit van hun deskundigheid.

Collegiaal advies vragen in de aanpak van depressie kan in twee richtingen gebeuren. Zowel huisarts als psychiater kunnen er immers baat bij hebben. Beiden bekijken depressie vanuit een andere, complementaire invalshoek.

Collegiale consultatie leidt tot kruisbestuiving van de deskundigheid en bijgevolg tot een optimale begeleiding van de patiënt. Ons project belicht enkel de vraag naar collegiale consultatie van de huis arts aan de psychiater.

**Figuur 1: Transmuraal Protocol Depressie regio Brugge.**

**STAP 1: DIAGNOSTIEK HUISARTS**

- detectie
- diagnosestelling
- ernstbepaling

**STAP 2: THERAPIE HUISARTS**

- psycho-educatie, psychosociale begeleiding, zo mogelijk psychotherapie
- behandeling met antidepressiva: afhankelijk van ernst, al dan niet recidief en eerdere gunstige reacties op antidepressivum

Bij twijfel over diagnose of behandelbeleid: stap 3

**STAP 3: CONSULTATIE PSYCHIATER**

- telefonische adviesvraag van huis arts
- éénmalige consultatie van patiënt bij psychiater
- EPSI is 24 uur op de 24 bereikbaar voor crisissituaties

Bij suïcidaliteit, eerdere manische episodes, alcoholmisbruik, ernstig disfunctioneren, falen van de ingestelde behandeling, behoefte aan specifieke psychotherapeutische begeleiding: stap 4

**STAP 4: VERWIJZING NAAR TWEDE LIJN**

- ambulante afspraak of opname
- afspraken over informatiedoorstroming en samenwerking

**STAP 5: NAZORG**

**Hoe verloopt collegiale consultatie nu?**

Volgens de resultaten van de telefonische enquête gebeurt collegiale consultatie op verschillende manieren: in een face-to-face contact, per e-mail, telefonisch of via een consult.

- Advies vragen in een face-to-face contact komt meestal voor wanneer huisarts en psychiater elkaar toevallig ontmoeten. De mogelijkheden om dit te formaliseren zijn gering.
- Advies vragen en verstrekken per e-mail zal in de komende jaren vermoedelijk toenemen. Momenteel werken nog niet alle huisartsen met dit medium, omdat ze vaak 'op verplaatsing' zijn. Deze vorm van communiceren vereist wel beveiligde informatiekanaal die het beroepsgeheim garanderen.
- Huisartsen stellen hun consultvraag het meest telefonisch. Zij ervaren vooral de snelheid en het persoonlijk contact als grote voordelen. Dit neemt echter niet weg dat psychiaters tijdens het spreekuur vaak moeilijk te bereiken zijn. Soms vinden huisartsen het vervelend of zelfs gênant om psychiaters te storen in aanwezigheid van een patiënt.

In dergelijke gevallen kan dan best een afspraak worden gemaakt voor een nieuwe contactname.

Vermits voorlopig geen financiële vergoeding bestaat voor dit soort consult, moeten huisartsen rekenen op de goede wil van de psychiaters. Gefinancierde helpdesks zouden een mogelijke oplossing zijn.

- Ook het consult van de patiënt bij een psychiater op vraag van de huisarts is gebruikelijk. Meestal zijn er hierover op voorhand echter weinig afspraken, zodat het niet bij een eenmalig consult met adviesverstrekking blijft. Maar opmerkingen als *“ik red het als huisarts wel alleen”, “de psychiater neemt de begeleiding van de patiënt voor langere tijd over”* of *“een verwijfsbrief is soms een afscheidsbrief”* tonen aan dat bepaalde knelpunten deze vorm van collegiale consultatie in de weg staan. Bovendien bevestigen de geïnterviewde psychiaters dat ze weinig of geen éénmalige consultaanvragen te krijgen.

### **Bespreking van de resultaten**

De resultaten van de telefonische bevraging en de aangereikte inzichten werden door een werkgroep van huisartsen en psychiaters uitvoerig besproken. Zij waren het erover eens dat vooral het éénmalige consult kansrijk en vernieuwend is: *“in een duidelijk afgelijnde vorm zou dit de meeste aangrijpingspunten bieden tot systematisering en verbetering van de samenwerking tussen de huis arts en de psychiater; het zou tot de geplogenheden moeten behoren.”* Een aantal artsen en psychiaters merkte zelfs op dat ook het tweemaalige en driemaalige consult interessante opties bieden. Het is belangrijk dat beide partijen de afspraken kennen en samen overleggen wanneer deze aangepast dienen te worden. Ook de patiënt moet steeds op de hoogte zijn van deze afspraken.

## **Het éénmalige consult**

### **Voorbeeldcasus**

#### **Voorgeschiedenis**

Annick is 37 jaar, lerares van beroep en heeft twee kinderen (8 en 10 jaar). Ze komt begin juli op het spreekuur bij de huisarts. Na een tuiifeest is ze 's nachts onwel geworden en in paniek geraakt.

Maandenlang is ze al slepend moe. De huisarts wijt de ongesteldheid aan een hyperventilatieaanval als gevolg van oververmoeidheid. Hij stelt Annick gerust en zegt haar dat rust en vakantie het probleem wellicht zullen verhelpen.

Een maand later echter blijkt de vermoeidheid nog steeds niet opgeklaard. In- en doorslaapproblemen overheersen het klachtenpatroon. Annick vertoont interesseverlies, is meer emotioneel en prikkelbaar en blijft angstig. Op de Beck-depressievragenlijst scoort ze mild tot matig depressief. De huisarts adviseert haar 100mg

trazodon te nemen vóór het slapengaan.

Deslaapstoornissen blijven desondanks aanhouden. Tijdens een volgende consultatie voegt de huis arts 10mg zopiclone toe, hetgeen bij gebrek aan effect wordt vervangen door 1mg lormetazepam.

In oktober is het probleem nog steeds niet opgelost. Daarop beslist de huisarts lormetazepam te vervangen door 30mg mirtazapine. Zowel de slaapstoornissen als de algemene klachten klaren op.

Maar de vrees van Annick voor een volgende angstaanval blijft sterk aanwezig. De aanhoudende werkonbekwaamheid genereert bij haar bovendien schuldgevoelens.

### **Twijfels**

De huisarts wordt onzeker over zijn beleid. Hij formuleert voor zichzelf volgende vragen:

- Zit ik met mijn diagnose van 'matige depressie, reactief op surmenage (werk, gezin)' wel goed?
- Waarom persisteren de klachten en de angst, ondanks de rust en de herstelde slaap?
- Is de medicatiekeuze juist?

Hij stelt een éénmalig consult voor bij de psychiater. Annick aanvaardt dit zonder problemen. Het consult wordt voorbereid door een telefonisch gesprek in aanwezigheid van de patiënte. De huisarts formuleert de verschillende vragen waarmee hij zit en expliciteert voor zover mogelijk zijn denkpijstes. Hij maakt duidelijk dat hij na het éénmalige consult op basis van het advies de begeleiding zelf wil voortzetten. De psychiater aanvaardt dit en stelt de huisarts een schriftelijke feedback voor, die eventueel telefonisch kan worden toegelicht.

### **Consult**

Half november vindt het eenmalige consult plaats. De psychiater neemt de verschillende vragen in beschouwing en

geeft adviezen. Hij bevestigt de diagnose van matige depressie in het kader van stresserende werkomstandigheden en relationele spanningen en maakt duidelijk dat dit een eerder normale reactie is op belastende omstandigheden. Gezien de belangrijke verbetering van de depressieve symptomen kan de medicatie worden voortgezet. De patiënte krijgt uitleg over angstsymptomen, anticiperende negatieve gedachten en vermijdingsgedrag, met adviezen hoe ze hiermee moet omgaan. De psychiater raadt haar tevens relaxatietherapie aan bij een kinesitherapeut. Het advies wordt in een brief met haar meegegeven.

### **Feedback**

De huisarts overloopt de adviezen van de psychiater. Hij neemt zijn beslissingsbevoegdheid op, formuleert een aantal actiepunten en bespreekt die met Annick. Zo wordt beslist om kinesithérapie op te starten.

Annick uit haar opluchting en zegt dat het duidende gesprek haar echt heeft bevrijd en geholpen. De huisarts versterkt deze goed begrepen boodschap. Kort daarop beslist ze, in samenspraak met de huisarts, het werk te hervatten. Ze neemt bovendien zelf het initiatief om de dosis mitrazapine af te bouwen, hetgeen zonder probleem verloopt.

### **Knelpunten en suggesties**

Het nut en de wenselijkheid van een éénmalig consult bij de psychiater worden bepaald door patiëntgebonden, artsgebonden en organisatorische factoren. Een éénmalig consult heeft slechts zin als de (verwachte) voordelen meer doorwegen dan de nadelen. (verwachte) voordelen meer doorwegen dan de nadelen.

### **Patiëntgebonden knelpunten**

Uit angst voor het stigma van psychiatrische patiënt stemmen sommige patiënten niet (gemakkelijk) in met een éénmalig consult bij de psychiater. Bovendien weegt het verwachte resultaat van een éénmalig consult soms niet op tegen de inspanning van de huisarts om de patiënt te motiveren. En eens de patiënt de stap naar de psychiater wil zetten, lijkt het de huisarts misschien zinvoller de psychiater voor een langere periode in te schakelen.

### **Suggesties om deze knelpunten uit de weg te gaan**

- Stel collegiale consultatie aan de patiënt voor als een uiting van betrokkenheid en een gezamenlijk zoeken naar de beste aanpak.
- Bespreek de verwachte voor- en nadelen, want het kan zijn dat de perspectieven verschillen. Treed niet in discussie en ga bij patiënten de achterliggende reden na waarom ze een éénmalige consultatie bij de psychiater weigeren.
- Stel eventueel de mogelijkheid voor van een twee- of driemaalige consultatie (bijvoorbeeld om een vastgelopen therapie te deblokken). Het is belangrijk dat de verschillende partijen (huisarts, psychiater én patiënt) de afspraken kennen en met elkaar overleggen wanneer het wenselijk is deze aan te passen.

### **Artsgebonden knelpunten**

De visie van de huisarts op zijn rol in de begeleiding van patiënten met depressieve klachten en zijn inschatting van de eigen competentie, bepalen of hij al dan niet een collegiale consultatie aanvraagt bij een psychiater. Huisartsen die zichzelf niet bevoegd achten om depressieve patiënten te begeleiden en dit ook niet tot hun takenpakket rekenen, zullen eerder doorverwijzen dan een collegiale consultatie vragen.

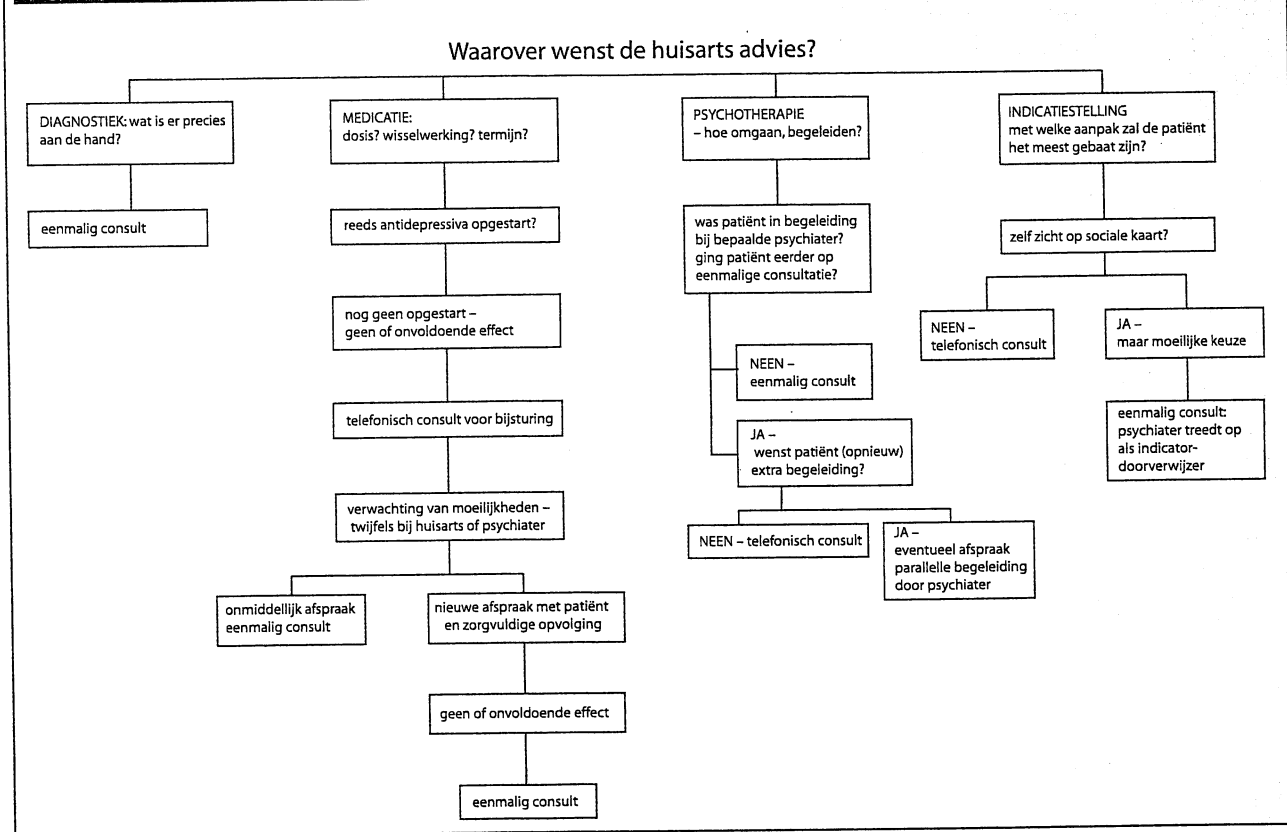
Huisartsen die dat wel doen, bouwen gaandeweg een ruime klinische kennis en kunde op. Hierbij stoten ze soms op een aantal grenzen. Op dat moment kan collegiale consultatie voor hen een belangrijke ondersteuning bieden.

Ook eerdere samenwerkingservaringen met psychiaters wijzen uit of de huisarts zich op een consult zal beroepen. Heeft hij de ervaring dat psychiaters patiënten niet spontaan terugverwijzen, dan zal hij minder geneigd zijn een éénmalig consult te plannen. Het kan ook zijn dat deze samenwerkingsvorm niet aan zijn verwachtingen beantwoordt of dat hij niet echt gelukkig is met de feedback na een éénmalig consult.

### **Suggesties om deze knelpunten uit de weg te gaan**

- Beschouw als huisarts collegiale consultatie niet als een uiting van incompetentie maar als een vorm van overleg tussen twee professionals die gelijkwaardig zijn en over

**Figuur 2: Beslisboom voor collegiale consultatie.**



complementaire kennis en kunde beschikken. Het doel van dit overleg is de optimalisatie van de zorg voor de patiënt.

- Stel een brief op waarin de vragen, waarop u als huisarts graag een antwoord wil, worden geëxpliciteerd.

### Organisatorische knelpunten

Een belangrijke organisatorische struikelblok voor een éénmalig consult is het gebrek aan transparantie over wat psychiaters kunnen en willen delen inzake kennis en competenties.

### **Suggesties om deze knelpunten uit de weg te gaan**

- Besteed aandacht aan de uitbouw van een collegiaal consultatienetwerk.
- Bespreek als huisarts op voorhand met een aantal psychiaters wat voor hen de mogelijkheden en beperkingen zijn van een éénmalig consult.
- Vraag hen ook vanuit welk denkkader en volgens welke methodologische principes ze de depressieve problematiek benaderen.

Het Transmuraal Protocol beveelt de huisarts aan om bij twijfel over diagnose of beleid advies te vragen aan een psychiater

via een collegiale consultatie. Maar hoe doet hij dat concreet? Opteert hij voor een telefonisch of een éénmalig consult? Om dit te bepalen werden tijdens het actieonderzoek twee hulpmiddelen ontwikkeld: een lijst met aandachtspunten en een beslisboom. Zij helpen de huisarts om te reflecteren over zijn huidige manier van werken en reiken hem handvatten aan ter verbetering van de praktijk.

### **Aandachtspunten**

De lijst met aandachtspunten biedt de huisarts een handig overzicht van communicatieve en relationele aandachtspunten, waarmee hij bij voorkeur rekening houdt als hij advies vraagt aan een psychiater.

- Neem als huisarts uw persoonlijke visie over samenwerking bij de aanpak van depressie in beschouwing.
- Sta stil bij de beweegredenen en knelpunten van samenwerken. Zo krijgt u een genuanceerd en realistisch beeld van de manier waarop u wil samenwerken met andere partners.
- Bouw een collegiaal consultatienetwerk op of onderhoud uw collegiaal consultatienetwerk. Voor beginnende huisartsen: contacteer gedurende een bepaalde periode meerdere psychiaters om kennis te maken en zicht te krijgen op hun specifieke hulpverleningsaanbod. Voor ervaren huisartsen: verruim uw horizon en stel uw vraag ook eens aan andere

psychiaters (dan de twee of drie vertrouwde) om interessante samenwerkingscontacten een kans te geven.

- Zowel jonge als ervaren huisartsen stellen bij voorkeur een sociale kaart op met, naast de naam en bereikbaarheid van psychiaters uit de omgeving, de therapeutische oriëntatie, het relationeel klimaat dat een bepaalde psychiater biedt en praktisch-organisatorische informatie. Collega-artsen kunnen elkaar hierbij helpen via een (zo objectief mogelijke) informatie-uitwisseling.
- Bereid de consultvraag goed voor: ga na hoe u het best een consult kunt vragen; raadpleeg hiervoor de beslisboom (Figuur 2).
- Formuleer een duidelijke en afgebakende vraag en luister actief naar het advies.
- Neem als huisarts je beslissingsbevoegdheid opnieuw op en geef aan wat de psychiater in de toekomst mag verwachten in verband met de samenwerking.
- Bepaal in overleg wanneer, hoe en hoe dikwijls de ander in de nabije toekomst zal geïnformeerd of opnieuw geraadpleegd worden. Dit gebeurt bij een telefonische consultvraag direct en bij een éénmalig consult schriftelijk.
- Neem als huisarts je beslissingsbevoegdheid opnieuw op en geef aan wat de psychiater in de toekomst mag verwachten in verband met de samenwerking.
- Bepaal in overleg wanneer, hoe en hoe dikwijls de ander in de nabije toekomst zal geïnformeerd of opnieuw geraadpleegd worden. Dit gebeurt bij een telefonische consultvraag direct en bij een éénmalig consult schriftelijk.

## Beslisboom

Zowel het éénmalige consult als het telefonische consult hebben voor- en nadelen. De beslisboom geeft de huisarts aan wanneer hij beter kiest voor één van beide.

De huisarts stemt de manier waarop hij advies vraagt liefst af op de vragen die hij heeft. Vragen over diagnostiek worden bij voorkeur beantwoord na een éénmalige consultatie. Voor vragen in verband met farmacologisch en psychotherapeutisch beleid en indicatiestelling, is een telefonisch consult de eerste keuze. Bestaan hierna toch nog twijfels, dan kan een éénmalig consult worden overwogen. Welke vorm van collegiale consultatie het meest aangewezen is, wordt ook nog door andere criteria bepaald. Het belangrijkste is de attitude van de patiënt. Heeft de patiënt, nadat de huisarts hem heeft ingelicht over doelstellingen en mogelijkheden, nog steeds

een overwegend negatieve houding, dan kan dit een contra-indicatie zijn voor een éénmalig consult. Éénmalige consultatie is evenmin aangewezen bij patiënten die weinig mobiel zijn of financiële moeilijkheden hebben. Voor hen gebeurt de consultvraag beter telefonisch.

Een gouden regel voor huisartsen die het gênant vinden om de psychiater met een telefonische adviesvraag te storen: bevraag

uzelf en beoordeel de dringendheid van de adviesvraag. Is onmiddellijk advies wenselijk, dan is een telefonisch consult de eerste optie. Kan de vraag daarentegen wachten, dan spreekt de huisarts met de psychiater een contactuur af.

**Welke vorm van collegiale consultatie het meest aangewezen is, wordt ook nog door andere criteria bepaald. Het belangrijkste is de attitude van de patiënt.**

## Conclusie

Huisartsen krijgen soms patiënten te zien met vage, moeilijk te identificeren en te behandelen depressies. De huisartsenopleiding bereidt hen slechts gedeeltelijk voor op het (h)erkennen en behandelen van patiënten met psychische problemen. Door middel van het contact met hun patiënten, het bijhouden van de literatuur of het volgen van bijkomende opleidingen maken huisartsen zich de specifiek vereiste vaardigheden gaandeweg eigen. Maar om hun deskundigheid te bevorderen en de zorg voor de patiënt met depressie te verbeteren is de collegiale consultatie van de psychiater een interessante opportuniteit. Hiervoor hebben we suggesties en aandachtspunten aangereikt. In het project 'Tussen de lijnen' staat de samenwerking tussen huisarts en psychiater centraal. Uiteraard kan de huisarts dergelijk collegiaal consult ook uitbouwen met andere hulpverleners.

### Referenties

1. Caplan G. The theory and practice of mental health consultation. New York: Basis Books, 1970.
2. Deweerd J, Van Eck K, Van Ravenzwaaij F. Consultatie: middelpuntzoekende hulpverlening. Achtergronden, werkwijze en organisatorische consequenties voor de consultatiemethode. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
3. Hendriksen J. Collegiale consultatie. Consult vragen, consult geven. Baarn: H. Nelissen, 2000.
4. Mulkers U. Consultatie in de geestelijke gezondheidszorg. Monografie van de school voor maatschappelijke gezondheidszorg, KU Leuven. Leuven: Acco, 1978.
5. Haan de E. Leren met collega's. Praktijkboek intercollegiaal consult. Assen: Van Gorcum, 2001.
6. Caplan G, Caplan R. Principles of community psychiatry. Community Ment Health 2000;36:4-24.
7. Kushner K, Diamond R, Beasley J, Mundt M, Plane M, Rabbits K. Primary care physicians' experience with mental health consultation. Psychiatr Serv 2001;52:838-40.
8. Von Korff M, Tiemens B. Individualized stepped-care of chronic illness. West J Med 2000;172:133-7.
9. De Coster I, Van Audenhove C, Van den Ameel H, Goetinck M. Tussen de lijnen: werkingsverslag 2001-2002. Leuven: Lucas, maart 2002.

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt dankzij financiering door Eurregio-Interreg, GlaxoSmithKline, Lundbeck, Pfizer en Wyeth-Lederle.