

## Tilburg University

### Onderzoek

Leentjens, A.F.G.; de Jonge, P.

*Published in:*  
Consultatieve psychiatrie in de praktijk

*Publication date:*  
2004

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*  
Leentjens, A. F. G., & de Jonge, P. (2004). Onderzoek: Mogelijkheden, problemen en valkuilen. In A. F. G. Leentjens, M. Bannink, A. D. Boenink, & F. J. Huyse (Eds.), *Consultatieve psychiatrie in de praktijk* (pp. 173-183). Koninklijke Van Gorcum BV.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# 14

## Onderzoek: mogelijkheden, problemen en valkuilen

*A.F.G. Leentjens en P. de Jonge*

### 14.1 Inleiding

De consultatieve psychiatrie is in zijn huidige vorm ontstaan in de Verenigde Staten in de jaren 60 van de vorige eeuw, waarna er in de jaren 70 en 80 een grote expansie van consultatieve diensten en ziekenhuispsychiatrie plaats vond. In Nederland is deze ontwikkeling iets later op gang gekomen. Omdat de consultatieve psychiatrie een nieuwe ontwikkeling was moest deze eerst zijn bestaansgrond rechtvaardigen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in de beginjaren van de consultatieve psychiatrie met name onderzoek plaats vond dat gericht was op epidemiologische en economische aspecten van het verrichten van consulten, en op de impact van het eigen handelen. Dergelijk 'health service' onderzoek heeft een belangrijke rol gespeeld om de consultatieve psychiatrie op de kaart te zetten en blijft ook in de toekomst belangrijk om vernieuwingen in de organisatie van de patiëntenzorg te evalueren en te blijven ontwikkelen. In Nederland heeft dit vooral vorm gekregen in de registratiesystemen voor consulten, zoals die door het Nederlands Consortium voor Consultatieve Psychiatrie (NCCP) zijn ontwikkeld (Hengeveld 1988).

Ondanks methodologische problemen, die lange tijd onvoldoende aandacht kregen zijn ook andere vormen van onderzoek, zoals ziektebeeldgebonden onderzoek, pas later op gang gekomen. Dit onderzoek heeft in het afgelopen decennium een grote vlucht genomen. Vanwege de werksetting in het algemeen ziekenhuis, met de daarbijbehorende eenvoudige toegang tot diagnostische methoden, zoals bijvoorbeeld de structurele en functionele neuro-imaging, en met laagdrempelige contacten met somatische collega's, verkeert de consultatief werkzame psychiater in ideale omstandigheden om onderzoek bij patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit uit te voeren. Onderzoek in de consultatief-psychiatrische sfeer kan leiden tot vernieuwende inzichten die het medisch handelen beïnvloeden. Dit blijkt onder andere uit een overzicht van Kornfeld, die de belangrijkste resultaten van Amerikaans onderzoek in de consultatieve sfeer beschrijft, en de invloed die zij gehad heeft op de klinische benadering van een groot aantal 'somatische' aandoeningen, zoals het delier op de intensive care unit, de psychologische behoeften van patiënten met een maligniteit, psychiatrische gevolgen van orgaantransplantaties, enzovoort (Kornfeld 2002).

### 14.1 'Health service' onderzoek

Meer dan een kwart van de patiënten die in het algemeen ziekenhuis worden opgenomen hebben psychiatrische symptomen die voldoen aan de criteria van een omschreven psychiatrische stoornis volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR) (American Psychiatric Association 2000; Silverstone 1996). Tegelijkertijd is er sprake van onderdetectie van psychiatrische stoornissen in somatische zieke patiënten (Herzog 2000). Dit gegeven doet zich zowel in de eerste als in de tweede lijn voor (Kessler 1999; Penn 1999). Over de redenen hiervan is veelvuldig in de literatuur gespeculeerd (Schwab 1982). Eén mogelijke verklaring voor deze onderdetectie is dat somatisch artsen onvoldoende kennis of aandacht hebben voor psychiatrische comorbiditeit. Een andere mogelijkheid is het feit dat de effecten van psychiatrische consultatie nog grotendeels onbekend zijn. Vanaf de jaren tachtig is hier wel in toenemende mate belangstelling voor gekomen, met name voor de kosten-effectiviteit van psychiatrische consultatie. Levitan en Kornfeld vonden bijvoorbeeld dat de opnameduur van patiënten met een heupfractuur korter werd na de toevoeging van een consultatief psychiater aan het behandelteam (Levitan 1981). In een andere studie werd steun gevonden voor een vermindering van kosten bij oudere patiënten met heupfracturen wanneer de consultatief psychiater actief bij de behandeling werd betrokken (Strain 1991). In hoeverre deze resultaten naar de huidige toestand kunnen worden geëxtrapoleerd is echter onduidelijk. Patiënten hadden ten tijde van deze onderzoeken een gemiddelde opnameduur van ongeveer een maand, terwijl tegenwoordig, vanwege de doorgaans korte opnameduur, nauwelijks nog een additionele verkorting van de opnameduur mogelijk is.

Recent zijn enkele studies gepubliceerd die de effecten van psychiatrische consultatie bij een algemene patiëntenpopulatie onderzocht hebben. In een onderzoek van Levenson et al. werden patiënten in de eerste dagen van hun opname gescreend op symptomen van verwardheid, angst, depressie, en pijn. Vervolgens werden ze op afdelingsniveau gerandomiseerd naar 'gebruikelijke zorg' dan wel naar actieve psychiatrische zorg, hetgeen in de praktijk een enkel consult psychiatrie inhield. Er werden geen verschillen gevonden in opnameduur en kosten tijdens de opname, alsook niet in de periode van 6 tot 12 maanden na ontslag (Levenson 1992). In een ander onderzoek werden patiënten eveneens gescreend op psychiatrische klachten en vervolgens gerandomiseerd naar een conditie waarin wel of niet automatisch een psychiatrisch consult plaats vond. Er werden geen aanwijzingen voor een vermindering van kosten, noch voor een verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënten, in vergelijking met de gebruikelijke zorg (Gater 1998). In een derde onderzoek is de screening van patiënten meer aangepast op de te meten uitkomsten: opnameduur en kwaliteit van leven. In dit onderzoek is de psychiatrische consultatie dan ook beperkt tot patiënten met psychiatrische klachten met een hoog risico op een lange opnameduur of een slechte kwaliteit van leven. Hiertoe zijn de COMPRI en INTERMED (zie ook hoofdstuk 6) ontwikkeld, die tot doel hebben om in de eerste dagen van

de opname patiënten te detecteren met een risico op slechte uitkomsten. Aan patiënten met een hoog risicoprofiel werd ofwel gebruikelijke zorg geboden, ofwel actieve verwijzing naar psychosociale zorg, waaronder psychiatrische consultatie (De Jonge 2003a). Een dergelijke verwijzing vond plaats in 64% van de gevallen. Vergeleken met de gebruikelijke zorg hadden patiënten in de actieve psychosociale zorg conditie een betere kwaliteit van leven bij ontslag. Bovendien werd gevonden bij patiënten van 65 jaar of ouder de opnameduur korter was (De Jonge 2003b).

Naast effecten voor de patiënt zijn er ook andere effecten van de aanwezigheid van een psychiatrisch consultatieve dienst in een ziekenhuis. Zo is er doorgaans een toename van het aantal psychiatrische consulten, terwijl ook de psychiatrische kennis bij collega somatisch specialisten toeneemt. Dit laatste is onder andere af te leiden uit meer gerichte consultaanvragen en duidelijkere vraagstellingen (Schubert 1989). Medisch-diagnostische en medicatie-adviezen blijken in het algemeen goed te worden opgevolgd, terwijl benaderingsadviezen minder consistent worden uitgevoerd. Daarnaast worden adviezen die zijn gegeven bij consulten in de tweede helft van de opnameperiode minder goed opgevolgd als adviezen gegeven in de eerste helft van de opnameperiode, alsook adviezen gegeven door minder ervaren consulenten (Huyse 1990).

In navolging van het veelal Amerikaans georiënteerde onderzoek is in de jaren 90 op Europees niveau is een poging gewaagd een overzicht te verschaffen van de eigenschappen van consultatieve diensten en de patiënten die worden gezien. In het kader van een internationaal samenwerkingsverband, 'The European Consultation and Liaison Workgroup (ECLW)', is een grootschalig onderzoek uitgevoerd hetgeen een veelheid aan gegevens over de organisatie en impact van consultatief psychiatrisch zorg opgeleverd, die beschreven staan in een aantal kernpublicaties op het gebied van de consultatieve psychiatrie (Huyse 1996a, Huyse 1996b). Al deze onderzoeksactiviteiten waren gericht op het legitimeren en consolideren van consultatieve psychiatrie in het algemeen ziekenhuis, met als doel het verbeteren van de organisatie en kwaliteit van de patiëntenzorg. In Nederland hadden deze inspanningen het gewenste effect. Uiteindelijk werd in het in 1995 uitgebrachte rapport 'Ziekenhuispsychiatrie, over de grenzen heen' van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) psychiatrie in het algemeen ziekenhuis als onmisbaar omschreven om de kwaliteit van zorg te garanderen (Commissie Ziekenhuispsychiatrie 1995). Psychiatrische dienstverlening op andere afdelingen van het ziekenhuis werd als een kernfunctie van de ziekenhuispsychiatrie gezien. In een speciaal uitgegeven folder van de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP) werden directies van algemene ziekenhuizen en zorgverzekeraars voorgelicht over hoe deze functie vormgegeven zou kunnen worden (zie ook hoofdstuk 2)(Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie 1995).

## 14.2 Ziektebeeldgebonden onderzoek

In de afgelopen jaren is het aantal publicaties over psychiatrische en somatische comorbiditeit sterk toegenomen. Toch vindt ziektebeeldgebonden onderzoek in een consultatieve *setting* nog maar mondjesmaat plaats. Hiervoor zijn meerdere redenen aan te geven. Een eerste reden is dat door bezuinigingen en reorganisaties, de positie van de consultatieve psychiatrie in het algemeen ziekenhuis nog steeds niet veilig gesteld is. Mede vanwege de weinig stimulerende financieringsstructuur voor psychiatrische behandelingen, en steeds weer terugkerende reorganisaties binnen de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, worden consultatief psychiaters uit het ziekenhuis wegbezuinigd, en consultatieve werkzaamheden vaak uitbesteed aan organisaties als Multifunctionele Eenheden (MFE's) en Regionale Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (RCG's) die organisatorisch los staan van het algemeen ziekenhuis. De consultatieve werkzaamheden worden dan verricht door psychiaters die geen vaste plaats in het ziekenhuis hebben, waardoor, naast problemen in de patiëntenzorg, ook een barrière voor multidisciplinair onderzoek wordt opgeworpen. De mankracht ontbreekt, er is te weinig binding met het algemeen ziekenhuis, en het is financieel minder aantrekkelijk dan andere mogelijke vormen van onderzoek. Ook ziet de consultatieve psychiatrie zich genoodzaakt om, na zijn bestaansrecht in *het algemeen ziekenhuis* bewezen te hebben, nu opnieuw zijn meerwaarde als activiteit van *het algemeen ziekenhuis* te bewijzen. In de Verenigde Staten leidde de invoer van een nieuwe financieringsstructuur, vergelijkbaar met onze diagnose-behandel-combinatie (DBC) structuur, ertoe dat de kosten-effectiviteit van psychiatrische interventies opnieuw aangetoond moest worden (Mitchell 1985). Door al deze ontwikkelingen wordt de aandacht afgeleid van inhoudelijk wetenschappelijk onderzoek. Een tweede reden is dat het laatste decennium een scala aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zijn ontstaan tussen verschillende medische specialismen. De consultatieve psychiatrie is niet meer het bruggenhoofd of het enige grensvlak van de somatiek en de psychiatrie. Een aantal multidisciplinaire faciliteiten, zoals bijvoorbeeld geheugenpoliklinieken, pijnpoliklinieken, en poliklinieken voor bewegingsstoornissen, zijn in het algemeen ziekenhuis geen uitzondering meer (Verhey 1999). Multidisciplinaire ziekenhuisafdelingen, zoals psych-med units, worden in steeds meer ziekenhuizen opgericht (Honig 1999). Tenslotte ontstaan er samenwerkingsverbanden rondom speciale patiëntenpopulaties of ingrepen, zoals bijvoorbeeld rondom stereotactische ingrepen bij parkinsonpatiënten, neurochirurgische operaties voor epilepsie, etc.. Bij de meeste van deze voorzieningen maakt een psychiater deel uit van het behandelteam. Onderzoek naar comorbiditeit vindt vooral in dit soort settings plaats, waar het beter ingebed is, en gedragen wordt door een breder team. Dit maakt dat onderzoek in de consultatieve setting 'in engere zin' nog steeds schaars is. Het gevolg is dat onderzoek naar een beperkt aantal ziektebeelden die vooral in een consultatieve setting voorkomen selectief verwaarloosd wordt. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de meest voorkomende psychiatrische aandoening: het delier.

Onderzoek naar diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een comorbide somatische aandoening, en onderzoek naar etiologisch en pathofysiologisch onderliggende mechanismen van comorbiditeit vormt echter een grote uitdaging voor de consultatief psychiater. De pathofysiologie van de somatische aandoening kan leiden tot een toegenomen risico of een afwijkende presentatie van psychiatrische stoornissen als bijvoorbeeld een depressie of angststoornis; tegelijkertijd leidt een depressie tot een grotere kans op bepaalde aandoeningen, zoals de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson, kanker en cardiovasculaire aandoeningen. Recent is de hypothese van 'allostatic load' geïntroduceerd die dit soort verbanden in een nieuw daglicht plaatst (Mc Ewen 1998). Verder maakt de pathofysiologie van een somatische aandoening dat vaak afgeweken moet worden van vigerende richtlijnen voor de behandeling van een psychiatrische stoornis, die doorgaans gebaseerd zijn op onderzoek bij somatisch gezonde mensen. Tenslotte kan de bekende pathofysiologie van een somatische aandoening een nieuw licht werpen op de onderliggende pathofysiologische mechanismen van de psychiatrische stoornis. Dit alles kan leiden tot nieuwe hypothesevorming. Zo heeft de observatie dat een groot deel van met Hepatitis-C besmette patiënten die met Interferon Alpha behandeld worden een geagiteerd depressief beeld krijgt, bijgedragen aan de ontwikkeling van de 'ontstekingshypothese' voor depressies (Leonard 2001). De observatie dat bij parkinsonpatiënten elektrische stimulatie van de substantia nigra tot acute depressieve symptomen leidt, terwijl elektrostimulatie van de nucleus subthalamus tot een hypomaan beeld leidt, wijst in de richting van een nog onbekende rol van de basale ganglia in de stemmingsregulatie (Bejjani 1999; Krack 2001). Het wordt steeds duidelijker dat lichaam en geest in een complexe interactie samenwerken, en de tweedeling in biologie en psychologie onwetenschappelijk, onproductief en dus onwenselijk (Andreassen 2001; Kandel 1998).

### 14.3 Methodologische, ethische en praktische aspecten

Onderzoek op het gebied van consultatieve psychiatrie maakt gebruik van dezelfde onderzoeksmethoden als die welke in ander psychiatrisch onderzoek, en andere medische disciplines gebruikt worden. Hiertoe behoren onder andere basaal-wetenschappelijk onderzoek, case-histories, cross-sectioneel en longitudinaal descriptief onderzoek, interventie-onderzoek en kosten-effectiviteits studies (Rundell 1996). Het verrichten van onderzoek op het grensgebied van psychiatrie en somatiek verschilt echter op een aantal manieren van onderzoek bij overigens gezonde psychiatrische patiënten. Er spelen een aantal additionele factoren mee waarbij bij de opzet en uitvoering van onderzoek rekening moet worden gehouden. Het betreft hier een aantal problemen van methodologische, ethische en praktische aard.

#### 14.3.1 Methodologische aspecten

Onderzoek in de consultatieve psychiatrie wordt bemoeilijkt door vele vormen

van vertekening, ofwel bias, die ook in ander medisch onderzoek spelen. Een goed overzicht van deze vormen van bias wordt gegeven door Rundell & Wise, en door Levenson et al. (Rundell 1996; Levenson 1990). Enkele vormen van bias spelen echter bij patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit een grotere rol als bij andere patiëntenpopulaties: referral bias, diagnostische bias en 'meetinstrument-bias'.

'Referral bias' kan verklaard worden met behulp van het filtermodel van Goldberg en Huxley (zie hoofdstuk 1). Consultatief-psychiatrisch onderzoek is afhankelijk van de setting, ofwel het systeem waarin het actief is, doorgaans een afdeling in het algemeen of academisch ziekenhuis. Voordat een patiënt door de psychiater wordt gezien, heeft er een verwijzing naar de tweede of derde lijn plaatsgevonden, en is het besluit genomen een psychiatrisch consult aan te vragen. Al deze filters hebben tot gevolg dat er relatief meer patiënten met complexe comorbiditeit en moeilijk behandelbare patiënten gezien worden. Hiermee moet bij de vraagstelling en interpretatie van resultaten van onderzoek rekening gehouden worden.

'Diagnostische bias' heeft te maken met de invloed van somatische symptomen op de validiteit van DSM classificatie. Als uitgangspunt voor het stellen van een psychiatrische diagnose wordt tegenwoordig vrijwel uitsluitend gebruik gemaakt van de diagnostische criteria van de DSM (American Psychiatric Association 2000). Deze zijn in principe ontwikkeld voor een populatie van gezonde volwassenen zonder somatische comorbiditeit, en niet zondermeer toepasbaar op patiënten met een somatische aandoening. Veel symptomen van psychiatrische stoornissen kunnen ook voorkomen in het kader van een somatische aandoening. Zo zijn bijvoorbeeld verminderde eetlust, slaapstoornissen, psychomotore vertraging, moeheid en energieverlies, en concentratiestoornissen symptomen van een depressie, maar kunnen zij bijvoorbeeld ook voorkomen bij de ziekte van Parkinson (Leentjens 2002). Hoe met deze overlap van symptomen omgegaan wordt heeft een grote invloed op de prevalentie van psychiatrische aandoeningen. Men onderscheidt een zogeheten 'exclusive approach', waarbij overlappende somatische symptomen niet 'meegeteld' worden voor de diagnose depressieve stoornis, en een 'inclusive approach', waarbij deze wel meegeteld worden. De mate waarin dit verschil in benadering invloed heeft op de diagnose blijkt bijvoorbeeld in het geval van depressies bij de ziekte van Parkinson. De prevalentie van depressie in dezelfde onderzoekspopulatie daalde met 43%, van 23% naar 13%, wanneer een 'exclusive' in plaats van een 'inclusive approach' gebruikt wordt (Hoogendijk 1998). De DSM IV TR geeft wel een advies over hoe met dergelijke 'overlappende' symptomen om te gaan: "Some of the criterion items of a Major Depressive Episode are identical to the signs and symptoms of general medical conditions... Such symptoms should count toward a Major Depressive Episode, except when they are *clearly and fully* accounted for by a general medical condition." (American Psychiatric Association 2000). Een dergelijke attributie is in de praktijk echter nauwelijks te maken.

De term 'meetinstrument-bias' wijst op het feit dat de psychometrische eigenschappen van veel-gebruikte beoordelingsschalen voor bepaalde symptoom-

gebieden beïnvloed worden door symptoomoverlap. Wanneer dergelijke meet-schalen, zoals bijvoorbeeld depressieschalen, bij somatisch zieke patiënten gebruikt worden, leidt dit veelal tot hogere scores dan bij somatisch gezonde personen. Zo is bijvoorbeeld de 'baseline' op de Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) bij een niet-depressieve parkinsonpatiënt 8,4 (Leentjens 2000). Dit impliceert dat bij het gebruik van beoordelingsschalen bij somatische patiënten cut-off scores en uitkomstmaten aangepast moeten worden. Bovendien verschillen de psychometrische eigenschappen van een schaal tussen verschillende ziekten onderling. In een vergelijkende studie van de HAMD bij patiënten met een CVA, de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson bleken voor parkinsonpatiënten hogere cut-off scores te gelden als voor alzheimerpatiënten, die op hun beurt weer hogere cut-off scores hadden dan CVA patiënten (Naarding 2002). Bij het opzetten van interventie-onderzoeken zal om deze reden ook de definitie van 'response' aangepast moeten worden. Wanneer bijvoorbeeld in een onderzoek naar de behandeling van depressies bij patiënten met de ziekte van Parkinson patiënten met een HAMD score van groter of gelijk aan 15 geïnccludeerd worden, terwijl een 50% reductie op de HAMD als 'response' gedefinieerd wordt, dan zal het responspercentage in negatieve zin beïnvloed worden, omdat een deel van de patiënten volgens deze formulering zelfs minder zou moeten gaan scoren dan de gemiddelde score van een niet-depressieve parkinsonpatiënt.

Bij het opzetten van onderzoek moet dus eerst bekeken moeten worden of bepaalde beoordelingsschalen in de beoogde patiëntenpopulatie gevalideerd zijn. Gelukkig worden de laatste jaren steeds meer beoordelingsschalen specifiek gevalideerd bij patiënten met bepaalde vormen van comorbiditeit, en komt er steeds meer aandacht voor een verantwoord gebruik van deze instrumenten bij somatische populaties.

#### 14.3.2 *Ethische aspecten*

Wanneer een patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen is er doorgaans sprake van een lichamelijke ziekte of lichamelijke klachten. Bij patiënten waarvoor een psychiatrisch consult wordt aangevraagd is er daarnaast ook nog sprake van psychiatrische symptomatologie. Deze lichamelijke en psychiatrische klachten kunnen een zware emotionele belasting voor de patiënt betekenen, en doen een sterk beroep op de coping vaardigheden van de patiënt. De vraag is of patiënten tijdens een dergelijke dubbele emotionele belasting, met name in het geval van een ernstige en acute somatische aandoening, wel in staat zijn om een zorgvuldige afweging te maken met betrekking tot een verzoek tot deelname aan een onderzoek. Nog onafhankelijk van de eventuele deelname van de patiënt kan men zich afvragen of het überhaupt ethisch is om de patiënt in een dergelijke toestand te belasten met het gewetensconflict als gevolg van een dergelijk verzoek. Moet hij met tegenzin toezeggen om de behandelrelatie veilig te stellen, of weigeren en daar een schuldgevoel aan over houden? Dit laatste conflict kan vaak voorkomen worden door de behandelaar niet ook tegelijkertijd de onder-



zoeker te laten zijn: de drempel om onderzoek te weigeren als men daar niet veel voor voelt wordt hiermee lager. Bij al dit soort vragen om deelname aan een onderzoek moet men rekening houden met de belastbaarheid van de patiënt. Ook moet de patiënt voldoende tijd krijgen om na te denken over een verzoek tot deelname aan een onderzoek. Er moet tijd zijn om een en ander te laten bezinken en met partner of familie te bespreken. Soms is acuut medisch ingrijpen vanwege de aard van de aandoening noodzakelijk. Wanneer in deze omstandigheden toestemming voor deelname aan een onderzoek gevraagd wordt, wordt de patiënt voor het blok gesteld.

Een ander ethisch aspect is het vermogen tot het geven van 'informed consent'. Bij sommige patiënten is er sprake van acute of chronische cognitieve problematiek die maakt dat zij moeilijk informed consent kunnen geven. Om toestemming te kunnen geven moeten patiënten de aangeboden informatie over het onderzoek kunnen begrijpen, kunnen onthouden en kunnen overzien wat deelname voor hen inhoudt. Zij moeten zich ervan bewust zijn wat de extra belasting is, en welke potentiële voordelen en risico's aan deelname verbonden zijn. Delirante of dementerende patiënten kunnen moeite hebben met het verwerken van deze informatie (Rundell 1996). Wanneer onderzoek naar het delier gedaan wordt, lijkt het weinig ethisch om patiënten tijdens dit toestandbeeld te vragen. Een mogelijke oplossing is om patiënten die een groot risico op een delier hebben, toestemming te vragen vóórdat zij een delier ontwikkelen. Hierbij kan gedacht worden aan patiënten die een open-hart operatie ondergaan, of oudere patiënten die geopereerd worden in verband met een heupfractuur. Deze patiënten kunnen reeds vóór hun operatie gevraagd worden in het geval zij na de operatie een delier zouden ontwikkelen. Wanneer de cognitieve verschijnselen van patiënten met een dementie zodanig zijn dat zij niet in staat zijn zelf toestemming te geven, kan toestemming gevraagd worden aan de wettelijk vertegenwoordiger. In elk geval moet bij het opzetten van onderzoek rekening gehouden worden met de soms beperkte mogelijkheden van patiënten om informed consent te geven.

### 14.3.3 *Praktische aspecten*

Bij onderzoek op het gebied van de consultatieve en ziekenhuispsychiatrie is de inbedding en organisatie van groot belang voor het welslagen. Wanneer een consultatieve dienst op een bepaalde afdeling vooral op afroep in actie komt, en niet op een meer structurele manier bij de patiëntenzorg betrokken is, blijft de psychiater een 'gast' op de afdeling en maakt hij geen deel uit van het vaste behandelteam. De psychiater blijft in een dergelijke setting voor zijn patiënten vaak afhankelijk van collega specialisten. Deze afhankelijkheid moet voorkomen worden, omdat het het onderzoek kwetsbaar maakt voor ziekte en uitval anderszins, alsook voor afnemende motivatie van de kant van de somatisch specialist. Ook bestaat het gevaar dat onderzoek gezien wordt als het onderzoek van 'de psychiatrie' en niet ook als eigen onderzoek. Er is in een dergelijke opzet doorgaans weinig (blijvend) commitment van de zijde van de somatisch specialist,

hooguit van min of meer welwillende medewerking aan een project. Alles komt neer op de schouders van de psychiater, met name de grote taak om de afdeling te blijven motiveren om mee te werken. Beter is het daarom om in onderzoeksprojecten te zoeken naar een gemeenschappelijke interesse en een gemeenschappelijk belang. Ook in de verdere organisatorische inbedding en administratieve en financiële afhandeling moet naar deze gezamenlijkheid gezocht worden.

Idealiter is onderzoek ingebed in een groter multidisciplinair samenwerkingsverband. Dit kan een multidisciplinaire polikliniek zijn, of een werkgroep rondom patiënten met een bepaalde aandoening, of rondom patiënten die een bepaalde ingreep zullen ondergaan. Ook psych-med units en somatische afdelingen waar de psychiater een meer structurele patiëntenzorg heeft, vormen een goede setting om onderzoek vorm te geven. Gedeelde interesse in bepaalde patiënten is een goed uitgangspunt voor gezamenlijke research, en tevens een vruchtbare bodem voor kruisbestuiving en spin-off. Ideeën en gezichtspunten van andere specialisten kunnen leiden tot een nieuwe en originele kijk op de psychiatrische stoornis. Daarnaast is het zo dat de psychiater in dergelijke settings meestal automatisch toegang heeft tot patiënten, die meestal in het kader van een screening of andere vaste afspraken gezien worden.

Wanneer een multidisciplinaire setting niet voorhanden is, is het evenzeer belangrijk om een gedeelde interesse en een gemeenschappelijk belang te creëren om somatisch specialisten bij onderzoek te betrekken. Het meest synergistisch is het om een hypothese te onderzoeken die raakvlakken heeft met zowel somatische als psychiatrische aspecten, of de pathofysiologie van beiden verbindt. Op deze manier wordt ook het referentiekader van de somatisch specialist en de psychiater gedeeld. Verder kan een grotere betrokkenheid gecreëerd worden door duidelijke afspraken te maken over de lasten en lusten. Wie doet welke werkzaamheden t.b.v. het onderzoek, wat zijn de afspraken over eventuele publicaties, (co-)promotorschap, etc.? Ook een gedeelde financiële verantwoordelijkheid kan een grotere betrokkenheid met zich mee brengen.

#### 14.4 Conclusie

Uiteraard is bovenstaande niet bedoeld om geïnteresseerden af te schrikken om onderzoek op te zetten; integendeel: het is juist bedoeld om de haalbaarheid van onderzoeksplannen te vergroten. Mocht ontmoediging toch het resultaat zijn, dan weerlegt Weisman de tien meest gehoorde argumenten van zijn arts-assistenten om *af te zien* van onderzoek in de consultatieve psychiatrie (Weisman 1993). Er ligt hier nog een groot onontgonnen terrein en het aantal potentiële onderzoeksvragen bij ziektebeeldgebonden onderzoek lijkt schier onbeperkt. Voor een adequate beantwoording van deze vragen zullen meetinstrumenten ontwikkeld en gevalideerd moeten bij vele vormen van comorbiditeit. Ook in het geval van 'health-service' onderzoek zijn nog vele vragen. Zo blijft de vraag wat als gewenste uitkomstmaat moet gelden bij dit soort onderzoek: kosteneffectiviteit, vermindering van psychopathologie of juist van somatische morbi-

diteit, kwaliteit van leven, of de waardering van de patiënt. Verder blijft de vraag hoe de consultatieve psychiatrie het best geïntegreerd kan worden met de medisch-somatische zorg op een medische afdeling. Nieuwe organisatievormen van multidisciplinaire zorg moeten op hun beurt weer geëvalueerd worden. Multidisciplinair onderzoek loont. Het leidt tot intensievere en betere samenwerking met andere collega's, niet alleen op onderzoeksgebied, maar ook in de dagelijkse klinische praktijk. Het leidt ook tot een toename van specifieke expertise, hetgeen weer meer verwijzingen tot gevolg heeft. De waardering voor goed onderzoek uit zich ook in uitnodigingen om lezingen en cursussen te geven op symposia, congressen, of voor patiëntenverenigingen. En dit alles leidt uiteindelijk weer tot meer bevrediging op de werkplek.

### Referenties

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). (fourth edition, text revision edn). Washington: American Psychiatric Association.
- Andreassen NC (2001) *Brave new brain*. New York: Oxford University Press.
- Bejjani BP, Arnulf I, Thivard L, Bonnet AM, Dormont D, Cornu P, Pidoux B, Samson, Agid Y (1999) Transient acute depression by high-frequency deep-brain stimulation. *New Engl J Med* 340:476-1480.
- Commissie Ziekenhuispsychiatrie (1995) *Ziekenhuispsychiatrie, over de grenzen heen*. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- De Jonge P, Bauer I, Huyse FJ, Latour C (2003a) Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. *Psychosomatic Med* 65:534-541.
- De Jonge P, Latour C, Huyse FJ (2003b) Implementing psychiatric interventions on a general medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosomatic Med* 65:997-1002
- Gater RA, Goldberg DP, Evanson JM, Lawson K, McGrath G, Tantam D, Million L (1998) Detection and treatment of psychiatric illness in a general medical ward: a modified cost-benefit analysis. *J Psychosom Res* 45:437-448.
- Herzog T, Stein B, Frohlich L (2000) Treatment of psychiatric disorders in medically ill patients, including the management of emergencies. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (eds. M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor & N. Andreassen), pp. 1219-1224. Oxford: Oxford University Press.
- Honig A, Troost J, Kuijpers PMJC, Van Vliet (1999) *Med Psych Units: proceedings and abstracts of the Triptych Workshop 9 december 1999 Maastricht*. *Acta Neuropsychiat* 11:141-145.
- Hoogendijk WJG, Sommer IEC, Tissingh G, Deeg DJH, Wolters EC (1998) Depression in Parkinson's disease; the impact of symptom overlap on prevalence. *Psychosomatics* 39:416-421.
- Huyse FJ, Strain JJ, Hammer JS (1990) Interventions in Consultation/Liaison Psychiatry. *Gen Hosp Psychiat* 12:221-231.
- Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A, and the ECLW (1996a) The ECLW collaborative study II: patient registration form (PRF) instrument, training and reliability. *J Psychosom Res* 40:143-156.
- Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Opmeer BC (1996b) The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. *Gen Hosp Psychiat* 18:44-55.
- Kandel ER (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiat* 155:457-470.

- Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP (1999) Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 318:436-439.
- Kornfeld DS (2002) Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiat* 159:1964-1972.
- Krack P, Kumar R, Ardouin C, Limousin Dowsey P, McVicker JM, Benabid AL, Pollak P (2001) Mirthful laughter induced by subthalamic nucleus stimulation. *Mov Disord* 16:867-875.
- Leentjens AFG, Verhey FRJ, Lousberg R, Spitsbergen H, Wilmink FW (2000) The validity of the Hamilton and Montgomery-Asberg Depression Rating Scales as screening and diagnostic tools for depression in Parkinson's Disease. *Int J Geriatr Psychiat* 15:644-649.
- Leentjens AFG, Verhey FRJ (2002) Depression and Parkinson's disease: a conceptual challenge. *Acta Neuropsychiat* 14:147-151.
- Leonard B (2001) Brain cytokines and the psychopathology of depression. In: *Antidepressants* (ed. B. Leonard). Basel: Birkhauser.
- Levenson JL, Colenda C, Larson DB, Bareta JC (1990) Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases. *Psychosomatics* 31:367-376.
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF (1992) A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiat* 149:631-637.
- Levitan SJ, Kornfeld DS (1981) Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiat* 138:790-793.
- Mc Ewen (1998) Stress, adaptation, and disease; allostatis and allostatic load. *Ann N Y Ac Sci* 840:33-44.
- Mitchell WD, Thompson II TL (1985) Research problems for consultation-liaison psychiatry in the DRG era. *Gen Hosp Psychiat* 7:349-352.
- Naarding P, Leentjens AFG, Van Kooten F, Verhey FRJ (2002) Disease-specific properties of the Hamilton rating scale for depression (HAMD) in patients with stroke, Alzheimer's dementia and Parkinson's disease. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* 14:329-334.
- Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (1995) *Psychiatrie in Uw ziekenhuis*. Utrecht: Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie.
- Penn JV, Boland R, McCartney JR, Kohn R, Mulvey T (1999) Recognition and treatment of depressive disorders by internal medicine attendings and house staff. *Gen Hosp Psychiat* 19:179-184.
- Rundell JR, Wise TN (1996) Consultation-liaison psychiatry research. In: *Textbook of consultation-liaison psychiatry*. (eds. J. R. Rundell & M. G. Wise), pp. 207-226. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Schubert DSP, Billowitz A, Gabinet L, Friedson W (1989) Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiat* 11:77-87.
- Schwab JJ (1982) Psychiatric illness in medical patients: why it goes undiagnosed. *Psychosomatics* 23:225-229.
- Silverstone PH (1996) The prevalence of psychiatric disorders in medical patients. *J Nerv Ment Disease* 184:43-51.
- Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL, Snyder S, Strauss E, Burton R, Nuber, G. *et al* (1991) Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiat* 148: 1044-1049.
- Verhey FRJ, Nods M, Ponds RWHM, Scheltens P (1999) Geheugenpoliklinieken in Nederland. *Ned Tijdschr Neurol* 2:169-174.
- Weisman AD (1993) Avoiding research in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics*, 34:469-77.