

Haalbare somatische screening in de ambulante psychiatrische praktijk

A. HONIG



Van den Berg e.a. (2014) beschrijven elders in dit nummer hun onderzoek naar de meerwaarde van een standaard lichamelijk onderzoek bij screening van een beperkte groep nieuw aangemelde ambulante psychiatrische patiënten. Aan dit onderzoek ging een pilotstudie vooraf naar de toegevoegde waarde van een somatische screening (zonder lichamelijk onderzoek) bij ambulante psychiatrische patiënten. De auteurs concluderen dat lichamelijk onderzoek van aanvullende waarde is bij een somatische screening in de ambulante psychiatrische praktijk.

Van den Berg e.a. gaan voorbij aan twee belangrijke punten: inbedding van somatische screening in ketenzorg en het scheiden van routinematige algemene oriënterende versus ziektebeeldspecifieke lichamelijke screening. Beide punten zijn belangrijk om lichamelijke screening in de dagelijkse ambulante psychiatrische praktijk kosteneffectief vorm te kunnen geven.

Ernstige consequenties

Niet onderkende en/of onderbehandelde somatische problemen en stoornissen bij patiënten in de tweede lijn hebben veelal ernstige consequenties. Vooral bij patiënten met ernstige en chronische psychiatrische ziektebeelden is in de 21ste eeuw nog steeds sprake van 15-20 jaar te vroeg overlijden in vergelijking met de gemiddelde bevolking (Wahlbeck e.a. 2011). Deze patiënten gebruiken over het algemeen langdurig psychofarmaca en, in vergelijking met de algemene bevolking, roken zij vaker, bewegen zij minder en eten ongezonder. Somatische screening is dus een klinisch relevant onderwerp en omdat de ggz daarin tekortschiet, wordt daar door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) toezicht op gehouden.

Reden genoeg om de somatische zorg voor deze kwetsbare patiënten met complexe problemen te onderzoeken en te optimaliseren. De vraag is hoe vorm te geven aan somatische screening in een tijd waarin we optimale zorg moeten leveren voor minder geld. Ketenzorg en differentiëring in lichamelijke screening kunnen de (kosten)effectiviteit verhogen.

Ketenzorg

Goed geïntegreerde ambulante psychiatrische en somatische zorg in de tweede lijn heeft meerdere invalshoeken en vergt een gezamenlijke inspanning. Een doeltreffende samenwerking tussen psychiater en zijn of haar team, huisarts en andere medisch specialisten is hierbij cruciaal. In ons huidige, helaas nog steeds verkokerde, medisch stelsel met tweedeling van soma en psyche zijn ketenzorg, denken en handelen over grenzen voorwaarden voor kosteneffectieve zorg.

Wat betekent dat nu voor somatische screening van onze patiëntenpopulatie? Samenwerking in het opsporen en zo nodig behandelen van lichamelijke aandoeningen in deze patiëntengroep met in eerste instantie de huisarts van de patiënt, maar ook met andere medisch specialisten is in het kader van screening eerder beschreven (Swolfs e.a. 2011) en ligt gezien de noodzaak van ketenzorg voor de hand als een belangrijk hulpmiddel.

Routinematig algemeen oriënterende versus ziektebeeldspecifieke lichamelijke screening

ROUTINEMATIG ALGEMEEN ORIËTEREND ONDERZOEK

Uit onderzoek naar de toegevoegde waarde van routinematig algemeen oriënterend onderzoek bij ambulante chronische psychiatrische patiënten blijkt dat de kans om een relevante somatische aandoening te missen bij deze patiëntengroep klein is wanneer de patiënt in het afgelopen jaar zijn of haar huisarts minimaal 1-2 keer heeft bezocht (Honig e.a. 1992; van Hasselt e.a. 2013).

Belangrijk is een eerste screenende vraag aan nieuw aangemelde ambulante patiënten: 'Bent u het afgelopen jaar bij uw huisarts geweest?' Wanneer het antwoord daarop bevestigend is, kan uitgebreide algemeen oriënterende screening achterwege blijven. De patiëntengroep van 13 tot 34% die daar nee op antwoordt (Honig e.a. 1992; van Hasselt e.a. 2013), moet men een vorm van algemeen oriënterend lichamelijke screening aanbieden, hetzij na overleg via hun huisarts dan wel door de behandelaar in de ggz.

ZIEKTEBEELDSPECIFIEKE LICHAAMELIJKE SCREENING

Voor terugkerende specifieke screening op bepaalde aandoeningen is dit anders. Het belangrijkste voorbeeld daarvan is het metabool syndroom bij antipsychoticagebruik (Cahn e.a. 2008). Bij de algemene screening in het onderzoek van Van den Berg e.a. (2014) werden afwijkingen in de body mass index (BMI) en cholesterolafwijkingen, beide parameters van het metabool syndroom, vaak gevonden. Zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013) al heeft aangegeven, is het monitoren van het metabool syndroom onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling van deze specifieke populatie.

De vraag is: wie moet dit onderzoek uitvoeren? In de toekomst zullen medisch specialisten meer of uitsluitend ingezet worden voor patiënten met complexe problemen en steeds minder inzetbaar zijn voor routineonderzoek en -behandeling. Dergelijke routinematige handelingen zullen door goedkopere hulpverleners zoals specialistisch verpleegkundige en *physician assistants* moeten worden ingevuld. Van den Berg e.a. ondersteunen dit en geven evenals anderen aan (Tietema e.a. 2012) dat dit goed uitvoerbaar is door een specialistisch verpleegkundige.

Besluit

Onderzoekers van somatische zorg in de ambulante psychiatrie moeten ketenzorg opnemen in hun onderzoeksvraag, met nadruk niet alleen naar effectiviteit, maar ook kosteneffectiviteit. Daarmee houden we onze gezondheidszorg toekomstbestendig.

We moeten zorg dragen voor hoogwaardige, maar tegelijk kosteneffectieve zorg. Routinematig algemeen oriënterend onderzoek en behandeling moeten bij voorkeur binnen de ketenzorg met de huisarts uitvoering krijgen. In geval van specifieke lichamelijke screening ligt er een directe verantwoordelijkheid bij de ggz, mogelijk in samenspraak met huisartsen.

LITERATUUR

- Berg KEM van den, Rijnders CATH, van Dam A, van de Ven ALM, van der Feltz-Cornelis CM, Graafsma SJ. Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamenlijk onderzoek tijdens de ambulante intake. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 299-306.
- Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, van Soest MM, e.a. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 579-91.
- Hasselt FM van, Schorr SG, Mookhoek EJ, Brouwers JRB, Loonen AJM, Taxis K. Gaps in health care for the somatic health of outpatients with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 249-55.
- Honig A, de Kemp E, Pop P, Romme MAJ, Philipsen H. Herkennen van en omgang met lichamelijke klachten en ziekten bij ambulante chronisch psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 1992; 34: 723-32.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico-indicatoren 2013 Basisset Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Utrecht; IGZ; 2013.
- Tietema W, Reulings P, Lavertu A. Leefstijlbegeleiding en somatische screening bij psychiatrische patiënten. *Tijdschr Verpleegk* 2012; 6: 12-7.
- Swolfs SN, Boerkoel RA, Rijnders CATH. De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 201-10.
- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcome of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 453-8.

AUTEUR

ADRIAAN HONIG, hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie, afd. Psychiatrie, VUmc, en psychiater, vakgroep Psychiatrie, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. A. Honig, Vakgroep Psychiatrie, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, J. Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam.
E-mail: a.honig@slaz.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-1-2014.

TITLE IN ENGLISH

Feasible somatic screening in the ambulatory psychiatric practice