

Criteria voor opname van volwassenen met anorexia nervosa op een interne afdeling van een algemeen ziekenhuis; enquête onder internisten

G.E. VAN SON, R. QUEK, A.J. FOGTELOO, E.F. VAN FURTH

ACHTERGROND Anorexia nervosa (AN) is geassocieerd met diverse levensbedreigende complicaties, die soms reden geven tot een opname in een algemeen ziekenhuis. Een goed functionerende ketenzorg tussen psychiatrie en algemene geneeskunde is daarom van belang.

DOEL Het verwerven van inzicht in de factoren die meespelen bij de beslissing van internisten om een patiënt met anorexia nervosa op somatische gronden op te nemen in een algemeen ziekenhuis.

METHODE Internisten en artsen in opleiding tot specialist (aiossen) interne geneeskunde vulden een vragenlijst in over mogelijke somatische opnamecriteria en de grenswaarden daarvan. Tevens beoordeelden zij twee fictieve casussen. Daarnaast werd gevraagd naar andere factoren die mogelijk van invloed zijn op de opname, de attitude en de kennis en behoefte aan een richtlijn. Dataverzameling vond plaats op het jaarlijkse congres voor internisten in Maastricht.

RESULTATEN In totaal vulden 78 respondenten de vragenlijst in van wie 47% internist en 53% aios. De respondenten hadden meeste overeenstemming over de volgende opnamecriteria (top 5): serumconcentratie kalium (grenswaarde < 2,5 mmol/l meest gekozen), ritmestoornis op het ecg, hypoglykemie, hartslag (met grenswaarde < 40 slagen per minuut) en verlengd QT-interval op het ecg. Bij een casus met lichtere klachten speelde attitude ten opzichte van de patiëntengroep een rol bij de beslissing tot opname. Slechts 10% van de respondenten was op de hoogte van het bestaan van de Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen.

CONCLUSIE Over een aantal criteria was consensus onder internisten en aiossen interne geneeskunde, maar er bleek veel variatie te bestaan in gehanteerde afkappunten. Bij een beslissing tot opname kan attitude een rol spelen. Er blijkt behoefte aan een goed geïmplementeerde richtlijn waarin ook aandacht zou moeten zijn voor de verwachte resultaten en coöperatie van de patiënt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 708-716

TREFWOORDEN anorexia nervosa, complicaties, enquête, internisten, opnamecriteria



ARTIKEL



Uit onderzoek blijkt dat er verschillende barrières zijn voor het ontvangen van somatische zorg door psychiatrische patiënten (Lawrence & Kisely 2010). Deze hebben te maken met belemmerende factoren van zowel de patiënt zelf, de zorgverleners als de inrichting van het zorgstelsel

(Druss e.a. 2007; Fleury e.a. 2010). Recentelijk deed de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek naar de ketenzorg voor psychiatrische patiënten met ernstige lichamelijke problemen en constateerde knelpunten wat betreft de taken en verantwoordelijkheden, informa-

tie-uitwisseling en afstemming over diagnostiek, behandeling en begeleiding van de psychiatrische patiënt (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013).

Eén van de kwetsbare groepen betreft patiënten met anorexia nervosa waarbij de patiënt als gevolg van intense angst om in gewicht aan te komen, sterk vermagert. Het merendeel van de patiënten met anorexia nervosa krijgt comorbide somatische complicaties als gevolg van de eetstoornis (Treasure e.a. 2010). Deze complicaties hangen veelal samen met een sterke vermagering en/of met compensatoir gedrag zoals zelfopgewekt braken, laxeermediengebruik en overmatig bewegen.

Potentieel levensbedreigend zijn onder andere cardiovasculaire problemen (aritmieën), ernstige elektrolytstoornissen en endocriene afwijkingen (hypoglykemie) (Mehler & Krantz 2003; Mitchell & Crow 2006; Patrick 2002). De mortaliteit van patiënten met anorexia nervosa is sterk verhoogd met een gestandaardiseerde mortaliteitsratio (SMR) van 5,86 (Arcelus e.a. 2011). In vergelijking met andere psychiatrische stoornissen behoort anorexia nervosa tot de stoornissen met de hoogste mortaliteit (Harris & Barraclough 1998). De comorbide complicaties geven soms reden tot een (levensreddende) somatische opname op een afdeling Interne Geneeskunde van een algemeen ziekenhuis, waarna na medische stabilisatie de patiënt wordt (terug)verwezen naar (gespecialiseerde) psychiatrische zorg.

Hoewel er geen evidence-based criteria bestaan voor een ziekenhuisopname van een patiënt met anorexia nervosa, zijn in verschillende landen richtlijnen en aanbevelingen gepubliceerd (American Psychiatric Association 2000; Beumont e.a. 2004; Fisher e.a. 1995; Golden e.a. 2003; Mehler & Krantz 2003; National Collaborating Centre for Mental Health 2004; Rosen 2010; Treasure e.a. 2010).

De Nederlandse criteria voor een somatische opname staan beschreven in de Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ 2006). Deze richtlijnen komen in grote lijnen overeen, bijvoorbeeld bijna alle richtlijnen maken melding van afwijkingen op het ecg, maar verschillen echter ook, bijvoorbeeld wat betreft specifieke grenswaarden. Als gevolg van het gebrek aan evidence-based criteria zijn medisch specialisten bij de opname van een patiënt met anorexia nervosa genoodzaakt te steunen op hun eigen kennis en klinische oordeel. Richtlijnen kunnen hierbij een hulpmiddel zijn.

Schwartz e.a. (2008) toonden al aan dat er een grote variatie bestaat in de opnamecriteria en de zorg die geleverd werd aan adolescenten met anorexia nervosa in de vs. In de praktijk kunnen deze verschillen verwarring teweeg brengen bij de diverse betrokken partijen en mogelijk leiden tot onnodig risico op ernstige complicaties of overlij-

AUTEURS

GABRIËLLE VAN SON, psycholoog en senior onderzoeker, Centrum Eetstoornissen Ursula, afd. Onderzoek, Leidschendam.

RULI QUEK, anios, Slotervaart Ziekenhuis, afd. Geriatrie, Amsterdam.

JAAP FOGTELOO, internist, Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Interne Geneeskunde, Leiden.

ERIC VAN FURTH, klinisch psycholoog en directeur Behandelzaken, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leidschendam; tevens bijzonder hoogleraar Eetstoornissen, Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Gabriëlle van Son, Centrum Eetstoornissen Ursula, Postbus 422, 2260 AK Leidschendam.

E-mail: g.vanson@centrummeetstoornissen.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-5-2014.

den. Om deze ongewenste situatie te verbeteren, en in aanvulling op de, onder aansporing van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemaakte samenwerkingsafspraken tussen ggz-instellingen en ziekenhuizen (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013), is het van belang meer inzicht te krijgen in de factoren die in de praktijk een rol spelen. Deze studie is een eerste aanzet daartoe voor patiënten met anorexia nervosa die somatische zorg nodig hebben. Het doel van onze studie was meer inzicht verwerven in de factoren die meespelen bij een beslissing van een internist om een volwassen patiënt met anorexia nervosa op een afdeling voor interne geneeskunde van een algemeen ziekenhuis op te nemen. Deze factoren betreffen de gehanteerde somatische criteria, maar ook factoren zoals attitude en ervaring.

METHODE

Het onderzoek betrof een enquête onder internisten en artsen in opleiding tot specialist (aiossen) interne geneeskunde.

De vragenlijst

Aan de hand van bestaande richtlijnen over de somatische zorg voor patiënten met een eetstoornis werd een vragenlijst ontwikkeld. Deze werd beoordeeld op interne consistentie en relevantie door drie onafhankelijke artsen (twee internisten en een arts werkzaam bij Centrum Eetstoornissen Ursula). Behalve naar demografische gegevens werd gevraagd naar de grenswaarden van de mogelijke somati-

sche opnamecriteria, zoals *body mass index* (BMI) en hartslag. De attitude tegenover patiënten met een eetstoornis werd bevraagd aan de hand van de stelling: 'Vergeleken met andere patiënten op de interne afdeling, werk ik in het algemeen graag met deze patiënten' met als antwoordmogelijkheid een 5-puntslikertschaal. Ten slotte werden nog enkele vragen gesteld over andere factoren die mogelijk van belang zijn bij een somatische opname en de richtlijn. Twee vignetten (zie **APPENDIX 1**) werden gebruikt om de respons op de combinatie van opnamecriteria te onderzoeken. Deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig en anoniem.

Dataverzameling

Dataverzameling vond plaats op het jaarlijkse congres voor internisten in Maastricht (De Nederlandse Internistendagen op 13-15 april 2011). Dit congres werd door circa

1500 internisten bezocht (Nederlandse Internisten Vereniging 2011). Respondenten konden op papier of digitaal (www.surveymonkey.com) de vragenlijst invullen. Tijdens het congres werden 106 vragenlijsten uitgedeeld, daarnaast noteerden wij 10 e-mailadressen van internisten/aio's waarnaar na afloop van het congres de digitale vragenlijst werd verstuurd. Na het congres werden 31 ziekenhuizen telefonisch benaderd uit de provincies waar de respons relatief laag was; dit leverde een extra respons op van 6 respondenten. In totaal werden 147 artsen benaderd en dit gaf een totale respons van 53%.

Statistische analyse

Pearsons χ^2 -test (en indien van toepassing de Fishers exact toets) werd gebruikt voor het vergelijken van de opnamecriteria en kennis van/behoefte aan een richtlijn tussen de groepen, gebaseerd op functie (internist of aio's), soort

TABEL 1 Demografische gegevens van de respondenten

	Internist n (%)	Aios n (%)	Totaal n (%)	teststatistiek en significantie
Totaal*	36 (47)	41 (53)	77 (100)	
Geslacht				$\chi^2(1) = 23,9; p < 0,001$
man	25 (69)	6 (15)	31 (40)	
vrouw	11 (31)	35 (85)	46 (60)	
Soort ziekenhuis				$\chi^2(1) = 2,1; p = 0,2; ns$
academisch	7 (19)	14 (34)	21 (27)	
perifeer	29 (81)	27 (66)	56 (73)	
Aantal werkzame jaren				
< 10 jaar	14 (39)			
10-20 jaar	12 (33)			
> 20 jaar	10 (28)			
Opleidingsjaar				
≤ 3 ^e jaar		28 (68)		
≥ 4 ^e jaar		13 (32)		
Subspecialisme				$\chi^2(1) = 10,9; p < 0,001$
wel	25 (69)	13 (32)	38 (49)	
niet	11 (31)	28 (68)	39 (51)	
Regio				$\chi^2(2) = 1,4; p = 0,5; ns$
noord	9 (27)	13 (32)	22 (29)	
midden	17 (50)	15 (37)	32 (43)	
zuid	8 (24)	13 (32)	21 (28)	
Ervaring behandelen patiënten met AN				$\chi^2(1) = 12,8; p < 0,001$
nooit-eenmalig	10 (29)	28 (70)	38 (51)	
meerdere malen-vaak	25 (71)	12 (30)	37 (49)	

*Van één respondent waren geen demografische gegevens bekend; percentages zijn gebaseerd op cijfers exclusief missende waarden.

AN = anorexia nervosa

ziekenhuis (academisch of perifeer), de regio (noord, midden, zuid), specifieke ervaring (eerder gewerkt met patiënten met anorexia nervosa), en attitude jegens patiënten met anorexia nervosa (gedichotomiseerd op basis van *median split*). Logistische regressieanalyse werd gebruikt om het verband tussen de attitude en de beslissing tot opname van de patiënten uit de twee casusbeschrijvingen te onderzoeken.

RESULTATEN

In totaal vulden 78 respondenten de vragenlijst in; zie **TABEL 1** voor demografische gegevens.

Vergeleken met aiossen hadden internisten vaker ervaring met het behandelen van een patiënt met anorexia nervosa ($\chi^2(1) = 12,8$; $p < 0,001$). Er was meer ervaring in perifere ziekenhuizen dan in academische ($\chi^2(1) = 7,6$; $p < 0,01$). Wat betreft regio werden er geen verschillen gevonden ($\chi^2(2) = 0,79$; $p = 0,68$).

Opnamecriteria

De respondenten werd gevraagd voor een aantal somatische criteria te beoordelen (met antwoordmogelijkheid ja/nee) of deze geschikt zouden zijn als criteria voor het opnemen van een patiënt met anorexia nervosa (en zo ja, bij welke grenswaarde), zie **TABEL 2**.

Er werden geen verschillen op basis van functie, eerdere ervaring met behandeling van deze patiëntengroep, regio, soort ziekenhuis en attitude gevonden in de criteria waarover de meeste overeenstemming bestond (top 6); bij de rest van de criteria speelde zowel functie als attitude een rol.

Zo beoordeelden internisten orthostatische hypotensie vaker ($\chi^2(1) = 6,22$; $p = 0,02$) en bloeddruk ($\chi^2(1) = 5,05$; $p = 0,03$) minder vaak als een opnamecriterium in vergelijking met de aiossen. Wat betreft attitude gold dat wanneer een respondent graag werkte met deze patiëntengroep de criteria acute voedselweigering ($\chi^2(1) = 5,31$; $p = 0,04$) en orthostatische hypotensie ($\chi^2(1) = 4,69$; $p = 0,055$; trend) vaker werden beoordeeld als opnamecriteria.

Overige factoren die een rol speelden bij de beslissing tot een opname waren het verwachte behandelresultaat (51%), de verwachte coöperatie van de patiënt (50%) en de ervaring van het team (45%). De verwachte opnameduur (1%) en de kosten van de opname (1%) waren het minst van invloed. De groep die ervaring had met behandeling van de patiëntengroep ('meerdere malen' en 'vaak') gaf aan dat het verwachte behandelresultaat minder vaak meewoog in de beslissing tot een opname ($\chi^2(1) = 5,28$; $p = 0,04$).

Vignettes

In totaal gaf 30% van de respondenten aan dat zij de patiënt in casus 1 zouden opnemen; dit was 61% voor de patiënt in casus 2 (zie **APPENDIX 1** voor beide casusbeschrijvingen). Ongeacht de beslissing gaven de respondenten aan de beoordelingen met name te baseren op de pols (96%), de bloeddruk (92%), bradyfrenie (68%) en temperatuur (68%). Opvallend was dat respondenten die de patiënt uit casus 2 op zouden nemen, aangaven dat orthostatische hypotensie het meest van belang was bij deze beslissing, terwijl dit criterium op zichzelf staand het minste werd genoemd als een opnamecriterium.

TABEL 2 Overeenstemming over somatische opnamecriteria en meest gekozen grenswaarde

Rangorde	Opnamecriterium	% Overeenstemming	Meest gekozen grenswaarde
1.	serumconcentratie kalium	99%	< 2,5 mmol/l*
2.	ritmestoornis op het ecg	97%	-
3.	hypoglykemie	86%	-
4.	hartslag	85%	< 40 slagen/min
5.	verlengd QT-interval op ecg	82%	-
6.	bloeddruk	78%	< 80/50 mmHg†
7.	BMI	69%	< 15 kg/m²
8.	gewichtsverlies bij ondergewicht	66%	> 1 kg/week
9.	bradyfrenie	59%	-
10.	acute voedselweigering	29%	-
11.	orthostatische hypotensie	24%	-

* Binnen de groep internisten koos 17% voor een serumconcentratie kalium van < 2 mmol/l. Binnen de groep aiossen was dit percentage 5%.

† Binnen de groep internisten koos een even groot percentage voor de afkapwaarde <80/50 als voor <70/40 mmHg.

TABEL 3 Logistischeregressieanalyse voorspellen wel/niet opnemen patiënt in casus 1

	OR	95%-BI	p
<i>model 1</i>			
graag werken met patiënten met anorexia nervosa (AN)	1,86	1,12-3,10	0,02
<i>model 2</i>			
graag werken met patiënten met AN	1,94	1,11-3,40	0,02
functie	0,72	0,23-2,28	0,57
soort ziekenhuis	0,88	0,25-3,09	0,84
ervaring met patiëntgroep	0,80	0,25-2,91	0,80
regio (1) midden vs noord	1,14	0,29-4,43	0,85
regio (2) zuid vs noord	0,84	0,19-3,82	0,82

Afhankelijke variabele: opnemen patiënt uit casus 1 (0 = niet opnemen; 1 = wel opnemen)

Model 1: graag werken met patiënten met anorexia nervosa

Model 2: model 1 met toevoeging functie (0 = internist; 1 = aios); soort ziekenhuis (0 = academisch; 1 = perifeer); ervaring met behandelen anorexia nervosa (0 = weinig/geen ervaring; 1 = meer ervaring); regio (noord is referentiecategorie).

Attitude en opname

In totaal gaf een meerderheid (56%) van de respondenten aan minder graag met patiënten met anorexia nervosa te werken dan met andere patiënten. Een minderheid van 12% werkte wel graag met deze groep. De beslissing om de patiënt uit casus 1 op te nemen werd beïnvloed door de attitude ten opzichte van patiënten met een eetstoornis (TABEL 3). Respondenten die aangaven graag met deze patiëntengroep te werken, namen de patiënt in casus 1 vaker op (oddsratio (OR): 1,94; 95%-BI: 1,11-3,40; $p = 0,02$). Attitude speelde geen rol bij de beslissing over het opnemen van de patiënt uit casus 2 (OR: 1,24; 95%-BI: 0,74-2,08; $p = 0,42$).

Richtlijnen

In totaal gaf 90% van de respondenten aan niet op de hoogte te zijn van de bestaande somatische opnamecriteria uit de Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen. Alleen als een respondent vaker met deze patiëntengroep had gewerkt, was de richtlijn beter bekend ($\chi^2(1) = 5,03$; $p = 0,056$; trend), verder werden er geen groepsverschillen gevonden. Ruim 73% van alle respondenten gaf aan behoefte te hebben aan een landelijke richtlijn (geen groepsverschillen gevonden).

DISCUSSIE

In deze enquête onder 78 artsen, werkzaam op een afdeling voor interne geneeskunde bij een algemeen ziekenhuis, werden factoren onderzocht die van belang zijn bij de

beslissing een patiënt met anorexia nervosa op een dergelijke afdeling van een algemeen ziekenhuis op te nemen.

Medische factoren

In de Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ 2006) worden als opnamecriteria genoemd:

- terminale ondervoeding met bradyfrenie en spierzwakte;
- hypokaliëmie (< 2 of $< 3,5$ mmol/l met ecg-afwijkingen);
- anamnese die doet denken aan hypoglykemie of aange-toonde hypoglykemie.

Onze onderzoeksresultaten waren in overeenstemming met de richtlijn wat betreft het belang van serumwaarde kalium, ritmestoornis op ecg en hypoglykemie die door de meerderheid beoordeeld werden als criteria voor opname (top 3). Bradyfrenie bleek met name van belang als een combinatie van factoren werd beoordeeld.

Wat betreft specifieke grenswaarden was er veel variatie tussen de respondenten. In de richtlijn staat de serumconcentratie kalium met grenswaarde van < 2 mmol/l, maar in dit onderzoek werd de grenswaarde $< 2,5$ mmol/l het meest gekozen. Kennelijk wordt een serumconcentratie kalium van < 2 mmol/l te laag bevonden.

Ook de operationalisatie van de in de richtlijn genoemde 'terminale ondervoeding' leidde tot variatie in grenswaarden van BMI. Dit reflecteert mogelijk het gebrek aan evidence-based informatie over wanneer ondervoeding precies terminaal is. De meeste respondenten kozen voor een BMI

van $< 15 \text{ kg/m}^2$ als een grenswaarde voor opname. Ter vergelijking: in de Engelse NICE-richtlijn (National Collaborating Centre for Mental Health 2004) wordt een BMI van $< 13 \text{ kg/m}^2$ genoemd als 'hoog risico'.

Attitude en andere factoren

De attitude ten opzichte van de patiënt speelt een rol bij de beslissing tot opname, als het gaat om een patiënt met lichte complicaties. Het graag werken met patiënten met anorexia nervosa bleek de enige voorspeller voor het opnemen van de patiënt uit de 'lichtere' casus, maar was geen voorspeller voor het opnemen van de patiënt uit de 'ernstiger' casus. Kennelijk speelt attitude vooral een rol als er ruimte is voor discussie over de ernst van de klachten en complicaties, wat het belang van een goed hanteerbare richtlijn onderstreept.

Andere factoren die van invloed waren: 'het verwachte behandelresultaat', 'de verwachte coöperatie van de patiënt' en 'de ervaring van het team'. Het is opvallend dat bij de helft van de respondenten de verwachte coöperatie van de patiënt een rol speelde bij de beslissing een patiënt met anorexia nervosa op te nemen.

Van patiënten met anorexia nervosa is bekend dat de behandelmotivatie doorgaans laag is. Patiënten zien de stoornis eerder als een antwoord op hun problemen en niet zozeer als de bron daarvan (Fairburn & Harrison 2003). Als coöperatie een belangrijke voorwaarde voor opname wordt gevonden, of andersom, dat het ontbreken van coöperatie een reden is om een patiënt niet op te nemen, kan dit problemen opleveren in de praktijk. Ernstige vermagering tast het cognitief vermogen aan waarbij het beoordelingsvermogen aantoonbaar vermindert (Turrell e.a. 2011). Dit verkleint de kans op coöperatie van de patiënt verder.

Eveneens is het opvallend dat uit ons onderzoek naar voren kwam dat respondenten die ervaring hadden met de behandeling van deze patiëntgroep, aangaven dat het verwachte behandelresultaat minder vaak mee woog in de beslissing tot een opname. Kennelijk worden de verwachtingen over de te behalen resultaten bijgesteld als een respondent ervaring heeft met patiënten met een eetstoornis. Dit kan erop wijzen dat de verwachtingen in eerste instantie te hoog zijn, maar dit is een hypothese die verder onderzocht zou moeten worden.

Richtlijn

Hoewel driekwart van de respondenten behoefte had aan een landelijke richtlijn, bleken de bestaande opnamecriteria, zoals vastgelegd in de Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ 2006) alleen vaker bekend bij artsen met ervaring in het behandelen van anorexia

nervosa. De overgrote meerderheid (90%) was onbekend met de richtlijn. In hoeverre de Nederlandse richtlijn voldoende handvatten geeft in de praktijk, zou verder onderzocht moeten worden. Indien wordt gekozen voor aanpassing van de richtlijn, zou een model voor risicotaxatie zoals is opgenomen in de Engelse NICE-richtlijn (National Collaborating Centre for Mental Health 2004) overwogen kunnen worden (zie: **APPENDIX 2**).

Beperkingen

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. De mogelijkheid bestaat dat artsen die niet meededen aan dit onderzoek andere antwoorden zouden hebben gegeven (*self-selection bias*). Een andere beperking is de hypothetische vorm van de vragen. In de praktijk beoordelen de artsen de criteria mogelijk anders. Onderzoek naar de overwegingen bij opname van bestaande patiënten kan hierover meer duidelijkheid geven. Een ander aspect van de vorm van de vragen betreft het beoordelen van losstaande criteria. Dit geeft mogelijk een andere beoordeling dan als een criterium in verband staat met andere criteria. Door ook fictieve casussen toe te voegen, werd dit aspect deels ondervangen. Een voorbeeld hiervan is orthostatische hypotensie. Als losstaand criterium werd dit door de meerderheid niet als een opnamecriterium beschouwd, maar bij casus 2 bleek het de belangrijkste reden voor een opname.

CONCLUSIE

Dit onderzoek toont enige consensus onder internisten en aiossen inwendige geneeskunde over de criteria voor opname van een patiënt met anorexia nervosa op een afdeling voor interne geneeskunde van een algemeen ziekenhuis, maar veel variatie in de hantering van de grenswaarden van die criteria. Er bleek een grote behoefte aan een richtlijn, terwijl de bestaande multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van eetstoornissen grotendeels onbekend was. De gevonden variatie kan mogelijk beperkt worden met een goed geïmplementeerde richtlijn, waarin bovendien aandacht zou moeten zijn voor de verwachte behandelresultaten en de verwachtingen aangaande de coöperatie van de patiënt.



Leonie van Kleef assisteerde ons bij de opzet van deze studie en zonder deelname van de respondenten was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Het onderzoek werd gefinancierd door GGZ Rivierduinen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1-39.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 724-31.
- Beumont P, Hay P, Beumont D, Birmingham L, Derham H, Jordan A, e.a. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 659-70.
- Druss BG, Wang PS, Sampson NA, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, e.a. Understanding mental health treatment in persons without mental diagnoses: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1196-203.
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361: 407-16.
- Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, e.a. Eating disorders in adolescents - a background paper. *J Adolesc Health* 1995; 16: 420-37.
- Fleury MJ, Grenier G, Bamvita JM, Caron J. Professional service utilisation among patients with severe mental disorders. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 141.
- Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, e.a. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003; 33: 496-503.
- Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. Utrecht: IGZ; 2013.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen. Diagnostiek en behandeling van eetstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Lawrence D, Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol* 2010; 24: 61-8.
- Mehler PS, Krantz M. Anorexia nervosa medical issues. *J Womens Health* 2003; 12: 331-40.
- Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 438-43.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
- Nederlandse Internisten Vereniging. NIV Internistendagen 2011. Interne Geneeskunde, Magazine voor de internist 2011; 2: 3-11.
- Patrick L. Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Altern Med Rev* 2002; 7: 184-202.
- Rosen DS. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics* 2010; 126: 1240-53.
- Schwartz BI, Mansbach JM, Marion JG, Katzman DK, Forman SF. Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *J Adolesc Health* 2008; 43: 425-431.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010; 375: 583-93.
- Turrell SL, Peterson-Badali M, Katzman DK. Consent to treatment in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2011; 44: 703-7.

SUMMARY

Criteria for admitting patients with anorexia nervosa as inpatients to a general hospital; survey among internists

G.E. VAN SON, R. QUEK, A.J. FOGTELOO, E.F. VAN FURTH

BACKGROUND Anorexia nervosa (AN) is associated with a number of life-threatening complications. Sometimes there are good reasons for admitting an anorexia nervosa patient to a general hospital for treatment as an inpatient. Therefore, there needs to be optimal collaboration between psychiatrists treating the patient and the medical staff at the general hospital.

AIM To obtain insight into the admission criteria and other possible factors that play a role in the physician's decision to admit a patient with anorexia nervosa for inpatient treatment in a general hospital.

METHOD Internists and residents-internal medicine completed a questionnaire about admission criteria and, where applicable, about threshold values for these criteria. The physicians were also asked to judge two case vignettes. In addition, they were questioned about other factors that influenced their views on the admission of patients with anorexia nervosa to a general hospital and about their attitude to this patient-group, their experience of treating patients with anorexia nervosa and their awareness of a need for a guideline. The data were collected at the annual Dutch congress for internists at Maastricht.

RESULTS In total 78 congress attendees responded to the questionnaire; 47% were internist and 53% were resident-in-training. Agreement was greatest with regard to the following admission criteria (top 5): 1. serum potassium (threshold value <2.5 mmol/l was the criterion selected most); 2. arrhythmia; 3. hypoglycemia; 4. heart rate (threshold value <40 bpm was chosen most); 5. prolonged QT interval on an ECG. According to the two fictitious cases, the reason for admitting a patient with anorexia nervosa with milder symptoms was influenced by 'attitude'. Half of the respondents pointed out that the patient's cooperation plays a role in the decision to admit a patient with an eating disorder.

CONCLUSION Respondents reached a consensus regarding several admission criteria but the threshold values they gave varied substantially. Attitude towards the patient-group can sometimes influence the decision to admit a patient with anorexia nervosa to a general hospital. Internists and residents-in-training indicated they require detailed, carefully compiled guidelines which take into consideration the expected results and which emphasise the importance of obtaining the patient's cooperation.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)11, 708-716

KEY WORDS admission criteria, anorexia nervosa, complications, internists, survey

APPENDIX 1 CASUSBESCHRIJVINGEN

Casus 1

Bij een 20-jarige vrouw was sedert 3 jaar anorexia nervosa van het restrictieve type gediagnosticeerd. Zij had altijd een redelijk stabiel gewicht gehad rond een BMI van 17 kg/m². De laatste 3 maanden was haar gewicht echter van een BMI van 17 kg/m² gedaald naar 14 kg/m², ondanks de poliklinische behandeling bij de ggz. Zij had een pols van 55 slagen per minuut, een bloeddruk van 95/65 mmHg, geen orthostatische hypotensie en haar temperatuur was 36,7°C. Er was geen sprake van spierzwakte of bradyfrenie. Aanvullend onderzoek toonde geen afwijkingen. Zij was verder gezond en gebruikte geen medicijnen.

Casus 2

Een 27-jarige vrouw had reeds lange tijd anorexia nervosa, het restrictieve type. Zij gaf aan zich de laatste tijd slechter te voelen. Zij was éénmaal flauwgevallen. Bij het lichamelijke onderzoek was haar gewicht stabiel op een BMI van 15 kg/m². Haar pols was 50 slagen per minuut, de bloeddruk 80/50 mmHg en de temperatuur was 36,1°C. Er werd orthostatische hypotensie vastgesteld. Tevens was er sprake van spierzwakte. Zij was niet bradyfreen. Aanvullend onderzoek toonde geen afwijkingen. Zij was verder gezond en gebruikte geen medicijnen.

APPENDIX 2 NICE-RICHTLIJN VOOR BEOORDELING LICHAMELIJK RISICO VAN ANOREXIA NERVOSA

Systeem	Onderzoek	Enig risico	Hoog risico
Voeding	BMI	< 15	< 13
	BMI percentiel	< 3	< 2
	Gewichtsverlies	> 0,5 kg/week	> 1,0 kg/week
	Purpura		+
Circulatie	Systolische bloeddruk	< 90 mmHg	< 80 mmHg
	Diastolische bloeddruk	< 60 mmHg	< 50 mmHg
	Orthostatische hypotensie	> 10 mmHg	> 20 mmHg
	Hartslag	< 50 slagen/min	< 40 slagen/min
Spier/skelet	Extremiteiten		Donkerblauw/koud
	Hurktest:	+	
	Patiënt kan niet omhoog komen zonder de armen te gebruiken voor balans		
	Hurktest:		+
	Patiënt kan niet omhoog komen zonder de armen als hefboom te gebruiken		
	Sit-uptest:	+	
temperatuur	Patiënt kan niet in zithouding komen zonder de armen als hefboom te gebruiken		
	Sit-uptest:		+
	Patiënt kan niet in zithouding komen		
overige onderzoeken	Bloedonderzoek, ureum, elektrolyten (ook fosfaat), leverfunctie, albumineconcentratie, creatininekinase, glucose	< 35°C oplekken bij waarden buiten normale gebied	< 34,5°C Kalium < 2,5 mmol/l Natrium < 130 mmol/l Fosfaat < 0,5 mmol/l
	Ecg	hartslag < 50/min	hartslag < 40/min Verlengd QT-interval

De hurktest (*squat test*): de patiënt staat rechtop en wordt gevraagd in hurkhouding te gaan zitten en vanuit deze houding weer omhoog te komen, indien mogelijk zonder de handen te gebruiken. De sit-uptest: de patiënt ligt plat (in rugligging) en wordt gevraagd in zithouding te komen, indien mogelijk zonder de handen te gebruiken. Beide tests worden als volgt gescoord: Graad 0: patiënt kan niet in gevraagde houding komen; Graad 1: patiënt kan alleen in gevraagde houding komen met gebruik van handen; Graad 2: patiënt komt in gevraagde houding, maar dit kost zichtbaar moeite; Graad 3: patiënt komt zonder moeite in de gevraagde houding.