

Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake

K.E.M. VAN DEN BERG, C.A.TH. RIJNDERS, A. VAN DAM, A.L.M. VAN DE VEN, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, S.J. GRAAFSMA

- ACHTERGROND** Bij psychiatrische patiënten wordt frequent ernstige somatische problematiek gevonden, zoals diabetes mellitus en cardiovasculaire ziekten. Onderzoek beperkt zich hoofdzakelijk tot de klinische populatie, maar ook in de ambulante populatie is deze samenhang aangetoond. Voor deze laatste groep bestaat in Nederland nog geen richtlijn voor een standaard somatische screening. De conclusie van een pilotstudie onder ambulante patiënten binnen GGZ Breburg was dat een somatische screening (zonder lichamelijk onderzoek) een belangrijke toegevoegde waarde heeft voor het op te stellen behandelplan.
- DOEL** De eventuele meerwaarde onderzoeken van een standaard lichamelijk onderzoek bij een screening van nieuw aangemelde ambulante psychiatrische patiënten.
- METHODE** Nieuw aangemelde psychiatrische patiënten (n = 70) werden somatisch gescreend door middel van een vragenlijst, een aanvullende anamnese, laboratoriumonderzoek en een standaard lichamelijk onderzoek. Wanneer een somatisch probleem gevonden werd dat eerder niet bekend was, werd de patiënt verwezen naar de huisarts.
- RESULTATEN** Minstens één 'aspect of somatic concern' (Asc) werd gevonden bij 81,4% van alle patiënten. Bij 45,7% van de patiënten was dit probleem tot dan toe onbekend. Van alle nieuw gevonden problemen werd 12% uitsluitend gevonden bij lichamelijk onderzoek.
- CONCLUSIE** Lichamelijk onderzoek is van aanvullende waarde bij een somatische screening van ambulante psychiatrische patiënten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)5, 299-306

TREFWOORDEN ambulante psychiatrie, lichamelijk onderzoek, somatiek, somatische screening



Volgens de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) van het Trimbos-instituut, gaan psychiatrische aandoeningen – in het bijzonder depressie, schizofrenie en angststoornissen – vaak gepaard met lichamelijke klachten en verschijnselen (Planije & Smits 2006). Recent is ook een rapport verschenen van het Depressie Initiatief waarin aandacht wordt gevraagd voor hetzelfde thema (van der

Feltz-Cornelis e.a. 2012). Ook internationaal wordt veel aandacht gevraagd voor het bestaan van vaak ernstige somatische problemen bij mensen met psychiatrische stoornissen, zoals diabetes of hart- en vaatziekten (Golden e.a. 2007; Goodwin e.a. 2003; Katon e.a. 2007; Tihihonen e.a. 2011). Deze somatische problematiek hangt samen met een verhoogd voorkomen van allerlei risicofactoren, zoals

overgewicht, weinig bewegen, veel roken, bovenmatig gebruik van alcohol en drugs en het hebben van onveilige seks (Planije & Smits 2006).

Daarnaast heeft ook de psychofarmacologische behandeling vaak invloed op de lichamelijke gezondheid; zo kunnen antipsychotica een metabool syndroom en bewegingsstoornissen veroorzaken (Tiihonen e.a. 2009; van Gool 2006). Uit onderzoek blijkt dat mensen met de combinatie van psychiatrische stoornissen en lichamelijke klachten gemiddeld een beduidend lagere levensverwachting hebben. Dit kan oplopen tot 25-40 jaar verschil, na correctie voor suïcides (Miller e.a. 2006). Omdat het probleem van de somatische comorbiditeit in de literatuur vooral speelt bij ernstige en chronische psychiatrische problematiek, speelt de vraag wat er in de ggz wordt gedaan om deze problematiek op te sporen.

Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg blijkt dat in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg weinig structurele aandacht bestaat voor somatische zorg. Wanneer een patiënt binnen een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, bestaat in Nederland de aanbeveling deze patiënt binnen een week somatisch te screenen. Hieronder wordt verstaan een lichamelijk onderzoek uitgevoerd door een bevoegd arts, waarbij deze let op somatische aandoeningen die regelmatig voorkomen in combinatie met de psychiatrische diagnose van de patiënt (Inspectie gezondheidszorg en GGz Nederland 2008).

Een dergelijke aanbeveling bestaat momenteel nog niet voor patiënten binnen de ambulante psychiatrie. Onderzoek bij ambulante chronische psychiatrische patiënten heeft laten zien dat lichamelijke screening zinvol is voor die patiënten die niet met enige regelmaat hun huisarts bezoeken (Honig e.a. 1992). Hoe die screening dan vorm zou kunnen krijgen, is echter nog weinig onderzocht. Uit recent onderzoek van Theunissen e.a. (2013) blijkt dat somatische aandoeningen bij psychiatrisch patiënten tot op heden vaak nog onvoldoende lijken te worden onderkend en daarmee onvoldoende behandeld.

Bij eerder onderzoek binnen GGz Breburg onder nieuw aangemelde patiënten binnen de ambulante psychiatrie met gebruik van de verwijsbrief, een vragenlijst en laboratoriumonderzoek bleek bij 79% van de geïncludeerde patiënten minstens 1 relevant somatisch symptoom (*aspect of somatic concern, ASC*) aanwezig te zijn (Swolfs e.a. 2011). In 63% van de gevallen was sprake van nieuw gevonden afwijkingen. De conclusie van het onderzoek is dan ook dat het zinvol is om een somatische screening met een vragenlijst te doen bij nieuwe ambulante patiënten. Onze onderzoeksvraag is of een gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek van toegevoegde waarde is bij het vaststellen van de somatische aandoeningen aan de poort van de ambulante ggz.

AUTEURS

KARIN VAN DEN BERG, arts in opleiding tot psychiater, GGz Breburg, Tilburg.

CEES RIJNDERS, psychiater en A-opleider GGz Breburg, Tilburg.

ANNIEK VAN DAM, arts in opleiding tot psychiater, GGz Breburg, Tilburg.

AUKJE VAN DE VEN, arts in opleiding tot internist, Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg.

CHRISTINA VAN DER FELTZ-CORNELIS, hoogleraar Sociale psychiatrie, Universiteit Tilburg, psychiater GGz Breburg, Tilburg.

SIETZE GRAAFSMA, internist, Tweesteden ziekenhuis, Tilburg.

CORRESPONDENTIEADRES

Karin van den Berg, GGz Breburg, Postbus 770, 5000 AT Tilburg.

E-mail: k.vandenberg@ggzbreburg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-9-2013.

METHODE

Deelnemers

In aanmerking voor inclusie kwamen volwassenen (leeftijdsgrens 18-65 jaar) die werden aangemeld voor een intake bij de ambulante psychiatrie van GGz Breburg te Tilburg. De aard van de psychische klachten was divers. Van alle nieuw aangemelde patiënten includeerden wij de wilsbekwame volwassenen die in staat waren zelf te besluiten of ze wilden participeren en in staat waren de vragenlijst schriftelijk dan wel mondeling te beantwoorden.

Onderzoeksopzet

Het voorgaande onderzoek naar de somatische screening van nieuw aangemelde ambulante patiënten (Swolfs e.a. 2011) werd gerepliceerd, waarbij wij een lichamelijk onderzoek toevoegden aan deze screening om te toetsen of de uitvoering hiervan een toevoegende waarde heeft. Het gebruik van de vragenlijst, anamnese en laboratoriumonderzoek namen wij over. De verwijsbrief werd niet opnieuw gebruikt aangezien deze in het vorige onderzoek geen meerwaarde bleek te hebben.

Patiënten die werden aangemeld voor een intake en die voldeden aan de inclusiecriteria, werden telefonisch benaderd met de vraag of zij wilden deelnemen aan de

studie. De patiënten van wie geen telefoonnummer bekend was, werden per brief uitgenodigd om deel te nemen. Indien patiënten geïnteresseerd waren in deelname, kregen zij de informatiefolder, het informed consentformulier en de vragenlijst toegestuurd. Hun werd gevraagd om het informed consentformulier te tekenen en met de ingevulde vragenlijst mee te nemen naar het onderzoeksgesprek. Tevens werd informed consent gevraagd voor bloedafname in het TweeSteden ziekenhuis te Tilburg, waarvoor zij vooraf een laboratoriumformulier ontvingen.

Tijdens het onderzoeksgesprek werd aan de hand van de vragenlijst de anamnese afgenomen en verrichtte een tweede onderzoeker een lichamelijk onderzoek. Deze twee activiteiten vonden plaats in een counterbalanced volgorde, om zo een invloed van de volgorde van de onderzoeken op de resultaten te neutraliseren. Beide onderzoekers waren blind voor elkaars onderzoeksresultaten.

Instrumenten

VRAGENLIJST EN ANAMNESE

Voor het anamnestic gesprek werd de patiënt gevraagd de toegezonden vragenlijst thuis in te vullen en mee te nemen. Deze werd door de onderzoeker mondeling met de patiënt doorgenomen en zo nodig werden hierbij aanvullende vragen gesteld. In de vragenlijst werden naast algemene gegevens, zoals de leeftijd, het geslacht en herkomst van de patiënt, de psychiatrische en de somatische voorgeschiedenis uitgevraagd, evenals het gebruik van medicatie en middelen. In een aparte categorie 'Cardiovasculair risicomanagement' werden de verschillende risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten nagegaan. In de vragenlijst was tevens een lijst opgenomen met ziekten en klachten van het zenuwstelsel, hart en vaten, ademhaling, endocriene systeem, spijsverteringskanaal, urinewegen en bewegingsstelsel waarbij de patiënt met een kruisje kon aangeven of er problemen aanwezig waren. Ook werd gevraagd naar infectieziekten en allergieën.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Het gestandaardiseerde lichamelijk onderzoek werd binnen GGz Breburg verricht door een arts in opleiding tot internist van het TweeSteden ziekenhuis (AvdV). Voor deze samenwerking werd gekozen om ervoor te zorgen dat we binnen dit onderzoek een goed gestandaardiseerd onderzoek zouden uitvoeren en om maximale resultaten te vinden. Het lichamelijk onderzoek omvatte het meten van de bloeddruk, pols, gewicht en buikomvang, auscultatie van het hart, beide carotiden en de longen. Het abdomen werd geausculteerd, gepercuteerd en gepalpeerd. Daarnaast werd algemeen neurologisch onderzoek verricht

(observatie looppatroon, lichtreflexen en de aanwezigheid van een evt. nystagmus, de top-neusproef en de proef van Romberg).

LABORATORIUMONDERZOEK

Het standaardlaboratoriumonderzoek bestond uit bepaling vanuit veneus bloed (nuchter) van natrium, kalium, creatinine, ureum, aspartaataminotransferase (ASAT), alanineaminotransferase (ALAT), gammaglutamyltransferase (GGT), alkalische fosfatase (AF), bilirubine, bloedbezinkingssnelheid (BSE), Hb, Ht, MCV, leukocyten- en trombocytenaantal, nuchter glucose, thyroïdstimulerend hormoon (TSH; indien afwijkend vrij T_4), calcium, albumine, vitamine B_{12} , foliumzuur en nuchter lipiden spectrum (totaal cholesterol, hdl-cholesterol, ldl-cholesterol, totaal cholesterol-hdl-ratio en triglyceriden).

Als de anamnese hiertoe aanleiding gaf, kon de onderzoeker naast het standaardpakket nog aanvullend bloedonderzoek aanvragen. Hiervoor werd een buisje spijserserum bewaard.

De uitslagen van het bloedonderzoek werden beoordeeld door een internist van het TweeSteden ziekenhuis (sg), verbonden aan GGz Breburg in het kader van de opleiding.

Analyse van de resultaten

De uitslagen van zowel de vragenlijst, het lichamelijk onderzoek als de bloedanalyse werden bij afwijkingen teruggekoppeld aan de verwijzende huisarts en de betreffende patiënt door de onderzoekers van GGz Breburg (kb en ad). Met de huisarts werd direct afgestemd of, en welk vervolgbeleid naar aanleiding van de uitslagen gewenst was en wie hiertoe welke actie zou ondernemen. Op het moment van het onderzoek stonden de deelnemende patiënten nog op de wachtlijst voor behandeling bij GGz Breburg, zodat de uitslagen niet konden worden teruggekoppeld aan een behandelaar binnen de ggz.

Zoals in het voorgaande (pilot)onderzoek werden de lichamelijke klachten en afwijkingen geclassificeerd volgens de ICD-10. Nadat de deelnemende patiënt het bezoek voor anamnese en lichamelijk onderzoek had afgerond en de resultaten van het bloedonderzoek bekend waren, werden aan de hand van de gevonden afwijkingen aspects of somatic concern (asc's) geformuleerd. Een afwijking werd een asc genoemd, indien het een klinisch relevante afwijking betrof die aanleiding vormde voor behandeling, verder onderzoek of verwijzing naar een specialist.

Voor verwerken van de alle gegevens en analyse van de resultaten gebruikten wij SPSS.

Het onderzoek werd beoordeeld en goedgekeurd door de medisch-ethische commissie (METrig).

RESULTATEN

Participanten

Er werden 92 patiënten geïnccludeerd, van wie er uiteindelijk 70 deelnamen aan het onderzoek. De overige 22 deelnemers konden niet meegenomen worden in het onderzoek om verschillende redenen, waaronder het niet verschijnen op de gemaakte afspraak of omdat zij geen bloed wilden laten prikken.

De onderzoeksgroep bestond uit 30 mannen (42,9%) en 40 vrouwen (57,1%). De jongste deelnemer was 20 jaar oud en de oudste 60. De gemiddelde leeftijd was 39,2 jaar (SD 11,22). 60 van de deelnemers waren van Nederlandse afkomst (85,7%). De grote meerderheid van de deelnemers (58; 82,7%) had eerdere psychiatrische behandeling ondergaan en werd nu na een behandelvrije periode weer aangemeld. De klachten waarmee zij werden aangemeld bij GGZ Breburg waren divers: 22 (31,4%) wegens stemmingsklachten, 14 (20,0%) wegens angstklachten, 8 (11,4%) wegens persoonlijkheidsproblematiek, 10 (14,3%) wegens klachten van surmenage, 5 (7,1%) wegens onverklaarde lichamelijke klachten en 5 (7,1%) wegens psychosociale problematiek. De overige 8,6% had diverse klachten, zoals contactstoornissen of ADHD, of bij hen was de aanmeldklacht onbekend. Hun algemene gezondheid beschreven zij als matig tot goed.

Vragenlijst en anamnese

Van de deelnemende patiënten gaven 66 (94,3%) in de vragenlijst aan lichamelijke klachten te ervaren. Meest voorkomend hierbij waren de klachten van het bewegingsstelsel, cardiovasculaire problemen, klachten van het abdomen en/of spijsvertering en neurologische klachten. Ook werden vaak specifieke klachten als vermoeidheid gerapporteerd.

Tijdens de tractusanamnese werden de gerapporteerde klachten nader besproken. Slechts 2 patiënten (2,9%) rapporteerden hierbij geen enkele lichamelijke klacht. 43 patiënten (61,4%) rapporteerden klinisch relevante somatische afwijkingen. De meest voorkomende relevante somatische problemen betroffen endocriene of metabole problemen (obesitas en diabetes mellitus waren hierbij het meest voorkomend), maar ook neurologische klachten, buikklachten en gewrichtsklachten werden hierbij vaak genoemd. Zoals gezegd, beschouwden wij klachten als relevant wanneer de gevonden afwijkingen aanleiding waren voor behandeling, verder onderzoek of verwijzing. Er werd een onderscheid gemaakt tussen al bekende klachten en nieuwe afwijkingen, waar nog geen behandeling voor bestond. Tijdens de anamnese werd bij 17 patiënten een klinisch relevante, nieuwe afwijking gevonden die door ons werd geduid als een ASC. De nieuw gevonden afwijkingen aan de hand van vragenlijst en anamnese zijn weer gegeven in **TABEL 1**.

Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek werden bij 46 patiënten (65,7%) afwijkingen gevonden. Bij 6 van hen (13%) waren dit nieuwe, klinisch relevante afwijkingen die consequenties hadden voor het te volgen beleid. Verreweg de meeste afwijkingen betrof de body mass index (BMI). Bij 19 patiënten (27,1%) was er overgewicht (BMI 25-30) en bij 11 patiënten (15,7%) was er obesitas (BMI > 30). Bij 7 patiënten (10%) was er ondergewicht (BMI < 20). Verdere afwijkingen bij het lichamelijk onderzoek betroffen vooral afwijkingen bij het onderzoek van de buik, zoals pijn bij palpatie, en de longen, zoals bijgeluiden of een verlengd expirium. Klinisch relevante neurologische afwijkingen werden bij lichamelijk onderzoek niet gevonden.

De nieuw gevonden significante afwijkingen zijn weergegeven in **TABEL 2**.

TABEL 1 Nieuw gevonden afwijkingen met vragenlijst en anamnese

Aspect of somatic concern	Frequentie
Middelenmisbruik	22,2%
Abdominale klachten	27,8%
Cardiovasculaire klachten	11,1%
Neurologische klachten	16,7%
Gewichtsverlies	11,1%
Kortademigheid	5,6%
Eczeem	5,6%

TABEL 2 Nieuwe afwijkingen gevonden bij lichamelijk onderzoek

Aspect of somatic concern	Frequentie
Hypertensie	66,7%
Afwijkingen longonderzoek	16,7%
Afwijkingen abdominaal onderzoek	16,7%

TABEL 3 Nieuw gevonden afwijkingen bij standaardbloedonderzoek

Aspect of somatic concern	Frequentie
Hypercholesterolemie	23,1%
Schildklierfunctieafwijkingen	23,1%
Leverfunctiestoornissen	15,4%
Verhoogd glucose	15,4%
Vitamine B ₁₂ -deficiëntie	7,7%
Verhoogde bezinking	7,7%
Anemie	7,7%

Laboratoriumonderzoek

Bij 57 patiënten (81,4%) werden afwijkingen in het laboratoriumonderzoek gevonden. Van deze afwijkingen werd 31,4% door de internist als klinisch relevant beoordeeld, wat inhield dat deze nadere analyse of follow-up behoeften. De meest voorkomende afwijkingen waren afwijkingen van het cholesterol, TSH, Hb en de leverfunctie. De nieuw gevonden klinisch relevante afwijkingen, die door ons geïdentificeerd werden als ASC, staan weergegeven in **TABEL 3**.

Aspects of somatic concern

Zoals beschreven staat in tabel 4 werd bij 81,4% van alle patiënten minimaal één ASC geformuleerd. Bij 45,7% van de patiënten betrof dit een nieuwe afwijking die consequenties had voor het te volgen beleid. Aan de hand van de vragenlijst en de anamnese werd 36% van de nieuwe ASC's gevonden en met het bloedonderzoek kwam hier nog 52% bij. De laatste 12% werd uitsluitend gevonden door het lichamelijk onderzoek (**TABEL 4**).

Uiteindelijk werd bij 30 patiënten (42,9%) contact opgenomen met de huisarts vanwege de gevonden afwijkingen en de consequenties die deze afwijkingen hadden voor het te

voeren beleid. De patiënten kregen daarnaast het advies zelf ook contact met de huisarts op te nemen voor verdere follow-up.

DISCUSSIE

In dit onderzoek wilden we specifiek nagaan of een gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek van toegevoegde waarde is voor het ontdekken van somatische afwijkingen bij (op)nieuw aangemelde ambulante psychiatrische patiënten. Dit is een tweede stap in de ontwikkeling van een praktische screeningswerkwijze voor het herkennen van de meest voorkomende somatische aandoeningen binnen een ambulante psychiatrische setting. In ons onderzoek vonden wij bij 57 (81,4%) van de 70 patiënten die werden verwezen voor ambulante psychiatrische behandeling, minimaal één somatische afwijking die consequenties had voor het te volgen (somatische) beleid. Bij 45,7% van de patiënten betrof dit een nieuw gevonden afwijking. Verschillende informatiebronnen werden gebruikt om de somatische afwijkingen te vinden, maar 12% van de nieuw gevonden ASC's werd uitsluitend gevonden bij het lichamelijk onderzoek.

Vergelijking met andere bevindingen

Uit de literatuur blijkt dat slechts zelden een lichamelijk onderzoek wordt verricht bij ambulante psychiatrische patiënten. Krummel en Kathol (1987) vonden dat 37% van alle psychiaters een lichamelijk onderzoek verrichtte bij 60-100% van de opgenomen patiënten. Slechts 5% deed dit bij hun ambulante patiënten. Patterson (1978) toonde aan dat geen van de psychiaters in een psychiatrische instelling in Californië routinematig een lichamelijk onderzoek verrichtte bij klinisch opgenomen patiënten. Redenen voor het niet verrichten van het lichamelijk onderzoek waren vermindering van problemen in de overdracht (28%), gevoel van incompetentie (24%), tijdsgebrek (22%) en het niet graag verrichten van een lichamelijk onderzoek (12%).

TABEL 4 Patiënten bij wie minimaal één ASC gevonden werd

	Frequentie	Bron nieuwe ASC	Frequentie
Geen ASC gevonden	18,6%	Anamnese en vragenlijst	36%
Bekend ASC gevonden	35,7%	Bloedonderzoek	52%
Nieuw ASC gevonden	45,7%	Lichamelijk onderzoek	12%

Als reactie hierop beschreven Summers e.a. (1981a; 1981b) een methode voor een tijdsefficiënt beknopt lichamelijk onderzoek, specifiek ontworpen voor de psychiatrische patiënt. Daarmee vonden zij 8,2 lichamelijke afwijkingen per patiënt, waarvan 5,3 als nieuw gevonden afwijkingen werden aangemerkt.

In al deze bronnen wordt benadrukt dat het lichamelijk onderzoek een belangrijk onderdeel is van het onderzoek van de psychiatrische patiënt, zowel klinisch als ambulant, terwijl dit nog te weinig structureel wordt uitgevoerd. In dit onderzoek werd 12% van de nieuw gevonden afwijkingen uitsluitend opgespoord bij het lichamelijk onderzoek, waardoor de toegevoegde waarde hiervan bij de screening nog extra wordt benadrukt.

Huisarts of psychiater?

Een belangrijke vraag blijft nog waar een dergelijke somatische screening thuishoort. De organisatie van het gezondheidszorgsysteem in Nederland zorgt voor een scheiding tussen de somatische en geestelijke gezondheidszorg (van Gool 2006). De huisarts heeft een poortwachtersfunctie en is hiermee de belangrijkste verwijzer naar de tweedelijns ambulante psychiatrie. Binnen de psychiatrie is de somatische zorg bij psychiatrische patiënten deel van de verantwoordelijkheid van de psychiater. Dit blijkt ook uit een recente uitspraak van het medisch tuchtcollege (Rijksen & Crul 2009). Een psychiater werd berispt voor het niet uitvoeren van een somatische evaluatie. Met het oog op de hier benadrukte integrale behandelverantwoordelijkheid van de psychiater kan daarom gesteld worden dat een somatische screening ook thuishoort bij het binnenkomen in de tweede lijn. De psychiater moet zich immers altijd ervan vergewissen of er somatische comorbiditeit is, ook al is de huisarts de poortwachter. Het door ons gevonden hoge percentage somatische comorbiditeit kan dit alleen maar onderstrepen.

Het lichamelijk onderzoek werd in ons onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de afdeling Interne Geneeskunde van het TweeSteden ziekenhuis. Hiervoor kozen wij om dit onderzoek te kunnen uitvoeren met een goed en gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek. Zoals eerder genoemd, bestaat bij psychiaters vaak een gevoel van incompetentie en voor hen is het lichamelijk onderzoek vaak geen routine meer (Garden 2005). Het is daarom erg belangrijk om hieraan aandacht te besteden bij het verplichte internistisch onderwijs tijdens de opleiding en hiervoor eventueel opfrustrainingen aan te bieden aan reeds geregistreerde psychiaters.

Beperkingen en sterke punten

De onderzoekspopulatie in deze studie bestond uit 70 nieuw aangemelde patiënten binnen de ambulante psychiatrie, wat een vrij kleine onderzoekspopulatie is. Het ging hierbij om ruim 80% heraanmeldingen bij chronische psychiatrische problematiek. Van deze populatie was niet bekend in hoeverre er voorafgaand aan dit onderzoek sprake was van tekortschietende somatische zorg en wat de zorgconsumptie was. Omdat deze patiënten nog op een wachtlijst voor intake stonden, was er ook geen mogelijkheid om onze bevindingen te relateren aan een psychiatrische diagnose.

Doordat wij geen vergelijkbare controlegroep hadden waarbij de screening niet plaatsvond, is de doelmatigheid van de uitgevoerde screening voor de klinische praktijk op basis van dit onderzoek niet te beoordelen. Dit onderzoek geeft ook niet de mogelijkheid om te bepalen wat de betekenis van onze bevindingen kan zijn op het gebied van potentiële gezondheidswinst op populatieniveau. Voor een dergelijke vraagstelling zou een andere opzet nodig zijn en dat is dan ook een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat een uitgebreide somatische screening werd ingezet waarbij het lichamelijk onderzoek werd uitgevoerd door een arts in opleiding tot internist, om maximale resultaten te verkrijgen en zo veel mogelijk ASC's te objectiveren. Dit geeft een goed onderbouwd beeld van de maximaal te behalen diagnostische winst bij een adequate screening. Tevens is een sterk punt dat de meerwaarde van lichamelijk onderzoek bij screening duidelijk wordt in vergelijking tot eerder onderzoek waarin screening zonder lichamelijk onderzoek werd verricht.

Consequenties voor onderzoek en praktijk

Op dit moment is er onvoldoende evidentie om te stellen dat een dergelijk uitgebreid lichamelijk onderzoek nodig is voor alle patiënten. Een routinematige meting van lengte, gewicht en bloeddruk zou bijvoorbeeld door de recentelijk geïntroduceerde verpleegkundig specialisten verricht kunnen worden; maar daarmee blijft de vraag of en hoe het uitgebreidere lichamelijk onderzoek het beste structureel ondergebracht kan worden in de ambulante ggz. Hierbij zouden basisartsen een rol kunnen spelen, maar ook psychiaters. Dit zou kunnen leiden tot een extra investering zowel in termen van tijd als ruimte. Er loopt hiervoor op dit moment een pilot binnen GGZ Breburg. Om te bepalen welke onderdelen van het lichamelijk onderzoek doelmatig kunnen worden uitgevoerd bij een standaard somatische screening, is verder onderzoek noodzakelijk, om te komen tot een gedegen protocol dat te implementeren is in de dagelijkse praktijk.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Dit onderzoek laat zien dat somatische problematiek ook bij ambulante psychiatrische patiënten substantiële comorbiditeit oplevert en goed kan worden onderkend in een screening aan de voordeur. Van de door ons gevonden nieuwe afwijkingen werd 12% uitsluitend bij lichamelijk onderzoek aangetoond, hetgeen duidelijk aangeeft dat dit onderdeel van het onderzoek bij een somatische screening niet zou moeten ontbreken. In onze onderzoeksopzet kozen wij voor een zeer uitgebreid lichamelijk onderzoek om zo veel mogelijk asc's te objectiveren. Hierbij werden vooral afwijkingen van de BMI en de bloeddruk gevonden

bij lichamelijk onderzoek, wat laat zien dat het meerwaarde heeft om in elk geval lengte, gewicht en de bloeddruk te meten. Aangezien in ons onderzoek bij bijna de helft van alle aangemelde ambulante psychiatrische patiënten een nog niet eerder ontdekte, klinisch relevante somatische afwijking werd gevonden, lijkt somatische screening aan de voordeur van de ambulante ggz zinvol.

De vraag of routinematige somatische screening noodzakelijk en doelmatig is voor alle ambulante psychiatrische patiënten is met dit onderzoek niet beantwoord; dit zal met een gerandomiseerde trial moeten worden geëvalueerd.

LITERATUUR

- Feltz-Cornelis CM van der, Vlasveld MC, Adèr HJ, van Marwijk HW, Hakkaart-van Roijen L, Huijbregts KML, e.a. Collaborative Care in Nederland; Eindrapport van het Depressie Initiatief. Utrecht: Trimbos-instituut; 2012.
- Garden G. Physical examination in psychiatric practice. *Adv Psychiatr Treatm* 2005; 11: 142-9.
- Golden SH, Lee HB, Schreiner PJ, Diez Roux A, Fitzpatrick AL, Szklo M, e.a. Depression and type 2 diabetes mellitus: the multiethnic study of atherosclerosis. *Psychosom Med* 2007; 69: 529-36.
- Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2003; 65: 501-5.
- Gool R van. Lichaam en geest dubbel bedreigd. Risicotaxatie en vroegsignalering van somatische co-morbiditeit bij mensen met schizofrenie. Utrecht: Academie Gezondheidszorg; 2006.
- Honig A, Kemp Ed, Pop P, Romme MAJ, Phillipsen H. Herkennen van en omgang met lichamelijke klachten en ziekten bij ambulante chronisch psychiatrische patiënten; een follow up-studie. *Tijdschr Psychiatrie* 1992; 34: 723-731.
- Inspectie gezondheidszorg, GGZ Nederland. Somatische screening. Prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg basisset 2007-2008 Den Haag: Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ; 2008. pp. 46-51.
- Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 147-55.
- Krummel S, Kathol RG. What you should know about physical evaluations in psychiatric patients. Results of a survey. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 275-9.
- Miller BJ, Paschall CB, III, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1482-7.
- Patterson CW. Psychiatrists and physical examinations: a survey. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 967-8.
- Planije M, Smits C. Inventarisatie van 'best practices' voor GGZ cliënten met co-morbide somatische diagnose. Utrecht: Trimbos-instituut, Programma Reïntegratie, 2006.
- Rijksen WP, Crul BVM. Psychiater is dokter: uitspraak tuchtcollege, zaak 2008/226. *Med Contact* 2009; 2050-3.
- Summers WK, Munoz RA, Read MR. The psychiatric physical examination - Part I: methodology. *J Clin Psychiatry* 1981a; 42: 95-8.
- Summers WK, Munoz RA, Read MR, Marsh GM. The psychiatric physical examination - Part II: findings in 75 unselected psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 1981b; 42: 99-102.
- Swolfs SN, Boerkoel RA, Rijnders CA. De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschr Psychiatrie* 2011; 53: 201-10.
- Theunissen JR, Duurkoop P, Kikkert M, Peen J, Dekker J. Na de extramuralisering. II. Een crosssectionele studie naar psychisch en sociaal functioneren en kwaliteit van leven van een steekproef van chronische psychiatrische patiënten in de Amsterdamse ggz. *Tijdschr Psychiatrie* 2013; 55: 153-63.
- Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, e.a. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 374: 620-7.
- Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, e.a. No mental health without physical health. *Lancet* 2011; 377: 611.

SUMMARY

Somatic disorders in outpatient psychiatry: the added value of a standard physical examination during the intake of outpatients

K.E.M. VAN DEN BERG, C.A.TH. RIJNDERS, A. VAN DAM, A.L.M. VAN DE VEN, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, S.J. GRAAFSMA

BACKGROUND It is well-known that psychiatric patients often suffer from severe somatic problems, such as diabetes mellitus and cardiovascular disease. Up till now, research has concentrated almost exclusively on the inpatient setting, but there is strong evidence that the correlation also exists in psychiatric patients who are outpatients. In the Netherlands there are, as yet, no clear recommendations regarding a standard form of somatic screening for the outpatient population. A pilot study performed by GGz Breburg has shown that somatic screening (without a physical examination) gave substantial additional value to treatment planning.

AIM To investigate the added value that a physical examination can provide when new psychiatric patients are screened for aspects of somatic concern (Asc).

METHOD Newly referred outpatients (n = 70) were screened somatically by means of a questionnaire and supplementary medical interview, and by laboratory tests and physical examination. If a somatic problem was found which had not been detected previously, the patient was referred back to the general practitioner.

RESULTS At least one Asc was found in 81,4% of all patients. In 45,7% of all patients the Asc had not been detected. 12% of all the newly discovered somatic problems were found exclusively via the physical examination.

CONCLUSION A physical examination provides substantial information and adds value to the somatic screening of psychiatric outpatients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)5, 299-306

KEY WORDS physical examination, psychiatric outpatients, somatic disorder, somatic screening