

Somatisch onderzoek bij nieuw opgenomen psychiatrische patiënten in Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen

G. NEIRINCK, M. ENEMAN, P. DE CORT

ACHTERGROND In Vlaanderen bestaat weinig consensus over de omvang en inhoud van het somatisch onderzoek bij nieuw opgenomen psychiatrische patiënten.

DOEL Het in kaart brengen van de aanwezige medisch-somatische staf, de beschikbare apparatuur en de aangevraagde somatische routineonderzoeken in de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen.

METHODE Bij twintig Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen werd een door de auteurs opgestelde vragenlijst voorgelegd over het beleid inzake de opsporing van lichamelijke ziekten bij opname en de beschikbare mogelijkheden daarbij.

RESULTATEN De medische apparatuur die het meest frequent aanwezig is in de benaderde psychiatrische ziekenhuizen bestaat uit een ECG-apparaat, een röntgenapparaat een echograaf. De meest voorkomende routinematig aangevraagde onderzoeken zijn: bloed- en urineonderzoek, ECG, klinisch onderzoek en een röntgenfoto van de thorax. De bezetting met somatische artsen in deze ziekenhuizen is vrij uiteenlopend; soms is er zelfs geen enkele somatische arts.

CONCLUSIE In de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen ontbreekt een uniform beleid voor het somatisch onderzoek bij nieuw opgenomen patiënten. Ook de beschikbare apparatuur en de aanwezige medisch-somatische staf verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het lijkt aangewezen om pas naar aanleiding van de bevindingen bij anamnese en klinisch onderzoek, aanvullende onderzoeken te overwegen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)3, 175-183]

TREFWOORDEN lichamelijk onderzoek, opname, psychiatrie, routineonderzoek

Bij opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis ondergaat de patiënt meestal routinematig een reeks somatische onderzoeken. Het doel hiervan is een totaalbeeld te krijgen van zijn gezondheidstoestand en het opsporen van eventuele onbekende lichamelijke comorbiditeit. (Anfinson & Kathol 1992; Fochtman 2002; White & Barraclough 1989).

Heel wat onderzoeken hebben aangetoond dat lichamelijke ziektes frequent voorkomen bij

patiënten met psychiatrische stoornissen. Afhankelijk van de onderzochte populatie worden er bij 13-75% van de nieuw opgenomen psychiatrische patiënten voorheen onbekende somatische ziekten gevonden (Anfinson & Kathol 1992; Hoebert e.a. 2003; Koranyi 1979; Koranyi & Potoczny 1992; Mookhoek & Sterrenburg-v.d.Nieuwegiessen 1998; Sternberg 1986). Het is bekend dat de anamnese bij deze patiënten minder betrouwbaar is en dit moedigt misschien een uitgebreide technische

screening aan (Anfinson & Kathol 1992; Dolan & Mushlin 1985). Echter, in deze tijden van rationeel gebruik van het beschikbare budget in de gezondheidszorg is het belangrijk om kritisch te zijn bij het aanwenden van de beschikbare middelen (Berber & McFeely 1991; Ferguson & Dudleston 1986; Sheline & Kehr 1990).

In Vlaanderen bestaat weinig of geen consensus over de omvang en inhoud van het somatisch onderzoek bij psychiatrische patiënten. De situatie in Nederland op dit vlak is vergelijkbaar (Zitman 1997). We hebben getracht om de huidige praktijk op dit vlak binnen de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen in kaart te brengen en zijn ook nagegaan wat over dit onderwerp in de literatuur bekend is.

METHODE

Het betreft een beschrijvend onderzoek, met een afgebakend onderzoeksterrein. Ten eerste gaat het om het somatisch onderzoek bij recent opgenomen psychiatrische patiënten: zo wordt het de jaarlijkse somatische controle van langdurig gehospitaliseerden buiten beschouwing gelaten. Verder beperken we ons tot algemeen somatische onderzoeken en is neurologisch en neurofysiologisch onderzoek uitgesloten, evenals SPECT, CT en MRI.

Om onze onderzoekspopulatie samen te stellen hebben we ons gebaseerd op de officiële lijst van de veertig Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen. De gespecialiseerde instellingen die zich richten op slechts één bepaalde doelgroep van patiënten, evenals de psychiatrische ziekenhuizen die uitsluitend partiële hospitalisatie aanbieden, zijn uitgesloten. Van de resterende dertig ziekenhuizen zijn er vervolgens twintig gerandomiseerd geselecteerd.

Door ons is een vragenlijst opgesteld, die ter beoordeling voorgelegd werd aan diverse in psychiatrische ziekenhuizen werkzame artsen (psychiaters en artsen-somatici). Daarna is deze vragenlijst opgestuurd aan de hoofdgeneesheren van de geselecteerde ziekenhuizen en nadien tijds

een persoonlijk onderhoud uitgebreid besproken met de desbetreffende hoofdgeneesheer of de voor de somatische dienst verantwoordelijke arts.

De gestelde vragen kunnen teruggebracht worden tot de volgende vier onderzoeksvragen: (1) Wat is de samenstelling van de medische staf voor de somatische zorg in de algemene psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen?; (2) Welke apparatuur is in deze ziekenhuizen aanwezig om medisch-technische onderzoeken uit te voeren?; (3) Welke somatische onderzoeken worden er routinematig aangevraagd bij een nieuw opgenomen psychiatrische patiënt?; (4) Of, en op welke wijze wordt de toestemming van de patiënt gevraagd om microbiologische bepalingen te doen?

Om een vergelijking van de aanwezigheid van somatici tussen de verschillende ziekenhuizen mogelijk te maken, is hun aanwezigheid uitgedrukt in aantal minuten per patiënt per week. Hiervoor is het totaal aantal minuten aanwezigheid per week van de somatici door het aantal plaatsen van het desbetreffende ziekenhuis gedeeld. Het aantal gehospitaliseerden per ziekenhuis (volledig en partieel) is gebaseerd op de Hospindex 2004, het jaarboek van de ziekenhuizen in België (Tenacs 2004).

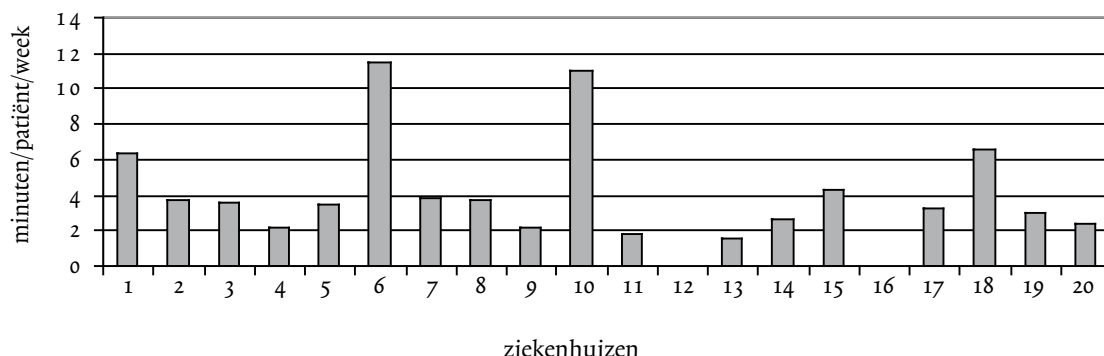
RESULTATEN

Het totaal aantal plaatsen (volledig en partieel gehospitaliseerden) van de benaderde ziekenhuizen samen betrof 5128 met een gemiddelde van 256,4 per ziekenhuis. Het responspercentage was 100%: elk ziekenhuis was bereid om aan het onderzoek mee te werken.

Aanwezigheid medisch-somatische staf Van de 20 ondervraagde ziekenhuizen beschikken er 4 alleen over een huisarts, 6 alleen over een internist en 8 over zowel een huisarts als een internist. In 2 ziekenhuizen is er geen enkele arts-somaticus werkzaam.

Er is een gemiddelde aanwezigheid van somatici van 18,13 uur per week per ziekenhuis. Per patiënt is er gemiddeld 4,26 minuten per week een

FIGUUR 1 Aanwezigheid van arts-somatici in twintig Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen, in minuten beschikbaarheid per patiënt per week



arts-somaticus beschikbaar. In de ziekenhuizen waar alleen een huisarts beschikbaar is bedraagt dit gemiddelde 5,14 minuten, waar alleen een internist aanwezig is 2,79 minuten en in die ziekenhuizen waar de beide arts-somatici werkzaam zijn is dit gemiddelde 3,15 minuten voor de huisarts en 2,41 minuten voor de internist per week en per patiënt.

Beschikbare apparatuur Van de 20 ziekenhuizen beschikken er 18 over een ECG-apparaat. Verder zijn er ziekenhuizen die beschikken over een röntgenapparaat (5) en/of een echograaf (4) (zie tabel 1). Soms is er een rectosigmoidoscoop (2), spirometer (2), mammografietoestel (1), gastroscop (1), otoscoop (1), oftalmoscoop (1) of een microscoop (1). Één van de ziekenhuizen beschikt over een eigen laboratorium.

Aangevraagde routineonderzoeken bij nieuw opgenomen patiënten De meest voorkomende routinematig aangevraagde somatische onderzoeken zijn (zie tabel 2): bloedonderzoek (18),

ECG (17), klinisch onderzoek (14), urineonderzoek (13) en thoraxfoto (6). Drie van de 6 ziekenhuizen die bij opname niet routinematig een klinisch onderzoek uitvoeren vermelden dat dit toch gebeurt op de afdeling gerontopsychiatrie. Een aantal ziekenhuizen geven aan dat de somatische onderzoeken alleen maar routinematig aangevraagd worden als deze niet recent elders zijn uitgevoerd.

Laboratoriumonderzoek In 18 van de 20 onderzochte psychiatrische ziekenhuizen wordt er routinematig een bloedonderzoek aangevraagd met gemiddeld 19,6 testen per patiënt. In 13 van

TABEL 1 Beschikbare medische apparatuur in twintig Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen

Beschikbare apparatuur	Aantal ziekenhuizen (N = 20)
Niets	1
Alleen een ECG-apparaat	9
Röntgenapparaat en echograaf	1
ECG- en röntgenapparaat	3
ECG-apparaat en echograaf	3
Meer dan 2 toestellen	3

TABEL 2 Aangevraagde routineonderzoeken bij nieuw opgenomen patiënten in twintig Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen

Routineonderzoeken	Aantal ziekenhuizen (N = 20)
Geen	1
Uitsluitend klinisch onderzoek	1
Uitsluitend laboratoriumonderzoek	1
Laboratoriumonderzoek en ECG	3
Laboratoriumonderzoek, ECG en X-thorax	1
Klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek en ECG	7
Klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek, ECG en X-thorax	5
Klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek, ECG en spirometrie	1

TABEL 3 Aangevraagde bloedtesten in Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen

Test	Aantal ziekenhuizen (N = 18)	Test	Aantal ziekenhuizen (N = 18)	Test	Aantal ziekenhuizen (N = 18)
CoFo	18	Totaal eiwit	10	Foliumzuur	4
GGT	18	HDL-cholesterol	9	CK	4
Glucose	17	Fosfor	9	Sedimentatie	4
Creatinine	16	Urinezuur	9	PT	4
Totaal cholesterol	16	CRP	8	Vitamine B ₁₂	3
TSH	15	Bicarbonaat	8	Mg	3
Na	15	Totaal bilirubine	8	Eiwitelektroforese	2
K	15	LDH	7	Ferritine	2
ASAT	15	LDL-cholesterol	6	Transferrine	2
ALAT	15	Amylase	6	Bloedgroep	2
Ureum	14	Vrij T ₄	5	Vrij T ₃	1
Triglyceriden	13	Bilirubinefracties	5	IJzerbinding	1
Cl	11	Lipase	5	IJzerbindingscapaciteit	1
AF	11	IJzer	4	CK-MB	1
Ca	10				

CoFo = complete formula; GGT = gamma-glutamyltransferase; TSH = thyroid-stimulating hormone; ASAT = aspartaat-aminotransferase; ALAT = alanine-aminotransferase; AF = alkalische fosfatase; HDL = high-density lipoprotein; CRP = C-reactive protein; LDH = lactaatdehydrogenase; LDL = low-density lipoprotein; T₄ = thyroxine; CK = creatinekinase; PT = protrombinetijd; T₃ = tri-jodothyronine; CK-MB = creatinekinase-iso-enzymen muscle en brain

de 20 onderzochte psychiatrische ziekenhuizen wordt er routinematig een urineonderzoek aangevraagd met gemiddeld 2,3 testen per patiënt. Tabel 3 geeft een overzicht van de aangevraagde bloedtesten. Tabel 4 doet hetzelfde voor het urineonderzoek.

Microbiologische bepalingen In 10 ziekenhuizen worden routinematig microbiologische bepalingen aangevraagd: in 5 bij elke nieuw opgenomen patiënt (2 ziekenhuizen hepatitis, HIV en syfilis; 2 ziekenhuizen hepatitis en HIV; 1 ziekenhuis alleen HIV) en in 5 andere ziekenhuizen routinematig bij specifieke doelgroepen,

zoals druggebruikers en mensen met promiscue gedrag (1 ziekenhuis hepatitis, HIV en syfilis; 3 ziekenhuizen hepatitis en HIV; 1 ziekenhuis alleen hepatitis).

Met de toestemming van de patiënt voor het uitvoeren van HIV-serologie wordt in de betreffende 9 ziekenhuizen op diverse manieren omgegaan: in 3 ziekenhuizen wordt altijd uitdrukkelijk de test meegedeeld dan wel toestemming gevraagd; in 2 ziekenhuizen wordt dit indien mogelijk gedaan; in 3 ziekenhuizen wordt de toestemming niet expliciet gevraagd, maar wordt het uitvoeren van microbiologische bepalingen in de opnamefolder vermeld. In 1 ziekenhuis wordt de toestemming van de patiënt op geen enkele manier gevraagd.

Onderscheid tussen bepaalde categorieën patiënten De ruime meerderheid – 16 van de 20 ondervraagde psychiatrische ziekenhuizen – meldde bij bepaalde categorieën van patiënten routinematig nog extra onderzoeken uit te voeren. Dit is meestal het geval bij alcoholproblematiek en in de gerontopsychiatrie. Opmerkelijk is dat in 1 ziekenhuis waar het klinisch onderzoek

TABEL 4 Aangevraagde urinetesten in Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen

Test	Aantal ziekenhuizen (N=13)
Urinesediment	11
Eiwitten	6
Glucose	5
Cultuur	3
Aceton	2
Urobilinogeen	1
Hematurie	1
pH	1

niet routinematig gebeurt er wel heel wat technische onderzoeken routinematig plaatsvinden bij de gerontopsychiatrische patiënten, en wel een SPECT-onderzoek, CT- of MRI-onderzoek van de hersenen, een duplexechografie van de halsarteriën, een thoraxfoto en een uitgebreider bloedonderzoek. In 1 ziekenhuis meldt men een routinematig aangevraagd consult van de tandarts bij patiënten met een mentale handicap.

DISCUSSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat er in de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen geen uniform beleid is betreffende de opsporing van somatische aandoeningen bij nieuw opgenomen psychiatrische patiënten. Dit is in overeenstemming met een onderzoek dat in VS plaatsvond, daar blijkt eveneens geen consensus tussen de verschillende instellingen over de screeningsprocedure bij patiënten met psychiatrische problematiek (Broderick e.a. 2002).

Gezien de hoge prevalentie van (ongediagnosticeerde) somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten is het belangrijk om een somatische anamnese af te nemen en een lichamelijk onderzoek te verrichten. Wat betreft het nut van technische onderzoeken is het een stuk moeilijker om tot een eenduidig antwoord te komen.

In deze tijden van rationeel gebruik van het beschikbare budget is het belangrijk na te gaan welk beleid bij opname het meest verantwoord is om relevante somatische aandoeningen op te sporen. Het lijkt aangewezen om zich hierbij te baseren op *evidence-based* onderzoek. Na literatuuronderzoek kunnen we concluderen dat uitgebreider wetenschappelijk onderzoek nodig is om tot een eenduidige richtlijn te komen. Toch zijn er reeds een aantal richtinggevend onderzoek bekend over dit onderwerp.

Laboratoriumonderzoek Mookhoek & Sterenburg-v.d.Nieuwegiessen (1998) onderzochten de relevantie van verschillende routinetesten bij 194 nieuw opgenomen oudere psychiatrische pa-

tiënten. Rekening houdend met de therapeutische consequenties beschouwden zij de volgende testen als waardevol: lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek (hematologie, glucose, sommige leverenzymen, creatinine of ureum, elektrolyten, TSH (thyroid-stimulating hormone), foliumzuur, vitamine B₁₂) en urineonderzoek bij vrouwen, en aanvullend onderzoek op geleide van de bevindingen bij lichamelijk onderzoek.

Terwijl men in de wat oudere literatuur uitgebreide routineonderzoeken aanraade (Hall e.a. 1980) is men nu terughoudender geworden. Het lichamelijk onderzoek zou richtinggevend dienen te zijn voor het aanvragen van aanvullend onderzoek (Sanders & Keshavan 2002).

Uit ons onderzoek blijkt dat er in 90% van de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen routinematig bloedonderzoek wordt aangevraagd en in 65% urineonderzoek. Bij het bloedonderzoek worden gemiddeld 19,6 subtesten aangevraagd, bij het urineonderzoek 2,3.

Over de klinische bruikbaarheid van laboratoriumonderzoek bij het opsporen van somatische ziekten vinden wij in de literatuur enige aanwijzingen. Dolan & Mushlin (1985) onderzochten dit bij 250 nieuw opgenomen patiënten in een New Yorks psychiatrisch ziekenhuis (gemiddelde leeftijd 42,2 jaar, 60% vrouwen). Slechts 4% van de patiënten had belangrijke somatische problemen die ontdekt werden door de routinelaboratoriumtesten. Het gemiddeld aantal aangevraagde testen per patiënt bedroeg 27,7. Minder dan 1 van de 50 testen (1,8 van de 100) had een betekenisvol klinisch gevolg en fout-positieve testen kwamen 8 keer meer voor dan goed-positieve. De onderzoekers berekenden dat een testbatterij van 9 testen bij de vrouwen en 13 bij de mannen voldoende is om alle ontdekte pathologieën op te sporen. Omdat het een beperkte en zeer specifieke onderzoeksgroep betrof (2 van de 9 gevonden ziekten zijn syfilis!), kunnen deze resultaten niet geëxtrapoleerd worden naar onze situatie. De vraag welke testbatterij dan wel ideaal is blijft onbeantwoord.

Wat betreft het routinematig aanvragen van bloedonderzoek in het kader van preventieve

screening, zijn huisartsgeneeskundige modellen waarschijnlijk inspirerend. Zo vinden De Sutter & De Maeseneer (1995) dat voor leverfunctieonderzoek het bepalen van ALAT (alanine-aminotransferase) en GGT (gamma-glutamyltransferase) volstaat, gezien de goede specificiteit van deze testen in geval van respectievelijk leverbeschadiging en leverstuwung.

En de *Standaard Schildklierlijden* van het Nederlands Huisartsgenootschap (NHG) leert dat de bepaling van het TSH volstaat, omdat dit de meest accurate en de goedkoopste detectietest is; tenminste, nadat de arts op basis van klinische symptomatologie en onderzoek de mogelijkheid van een schildklieraandoening overweegt (Pop e.a. 1993). Dit sluit aan bij het onderzoek in de psychiatrie van Ryan e.a. (1994), die het nut van het routinematig aanvragen van 3 schildkliertesten (T_4 (thyroxine), T_3 (tri-jodothyronine) en de vrij-thyroxine-index) bij 269 nieuw opgenomen psychiatrische patiënten onderzochten. Schildklierpathologie werd gedetecteerd bij 3% en euthyreotische abnormaliteiten bij 9,3% zodat de auteurs concludeerden dat willekeurige screening voor schildklierpathologie niet nodig is bij een algemene psychiatrische populatie.

Aanvullend onderzoek In dit onderzoek behoorde een ECG bij 85% van de ziekenhuizen tot de routineonderzoeken bij opname. Heiselman e.a. (1997) onderzochten de relevantie van een ECG als routineonderzoek bij 4045 nieuw opgenomen patiënten in 7 psychiatrische ziekenhuizen. Bij 71% van de patiënten werd een ECG afgenomen, waarvan 78% geen afwijking vertoonde en 18% 'relevante' afwijkingen. Het betreffen dan vooral afwijkingen die zouden interfereren met het voorschrijven van tricyclische antidepressiva, lithium of fenothiazinen: geleidingsstoornissen (61% eerstegraads atrioventriculair (AV) blok) en tekenen van ischemie (6% infarct). Maar er is niet vermeld of het reeds bekende of nieuw ontdekte afwijkingen betrof. Wij merken hierbij ook op dat een eerstegraads AV-blok geen strikte contra-indicatie is voor het voorschrijven

van tricyclische antidepressiva. Bij de patiënten zonder duidelijk cardiaal risico had toch 10% een 'relevant' afwijkend ECG en bij patiënten jonger dan 40 jaar slechts 8%. Toch resulteerden deze bevindingen bij minder dan één derde van deze patiënten tot een controle-ECG of een cardiologisch consult. De auteurs besloten terecht dat drastisch bespaard kan worden door meer selectief ECG's te verrichten. Vooral patiënten met een anamnestic of klinisch verhoogd risico, en diegenen die een bepaalde psychofarmacologische behandeling krijgen, zouden in aanmerking moeten komen. Volgens Reilly e.a. (2000) en Zoeteman e.a. (2001) is het aan te bevelen om, vanwege een verhoogd risico op QT-verlenging (en dus plotse dood) bij het voorschrijven van hoge doseringen antipsychotica, vóór het starten van deze medicatie een ECG te maken.

In 30% van de door ons benaderde ziekenhuizen wordt er routinematig een thoraxfoto gemaakt bij opname. Gómez-Gil e.a. (2002) vonden slechts bij 5,5% van de 200 nieuw opgenomen psychiatrische patiënten een afwijkend resultaat bij dit onderzoek. Deze afwijkingen waren alle reeds eerder bekend en hadden dus ook geen therapeutische consequenties. Deze bevindingen suggereren dat het aantal aangevraagde thoraxfoto's en de hiermee gepaard gaande kosten gereduceerd zouden kunnen worden door een efficiënter gebruik van de medische voorgeschiedenis en het klinisch onderzoek, zonder de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verminderen.

Microbiologische bepalingen Uit ons onderzoek blijkt tevens dat in de helft van de ziekenhuizen microbiologische bepalingen aangevraagd worden. De helft van deze ziekenhuizen doet dit bij elke nieuw opgenomen patiënt. In de andere helft gebeurt het routinematig bij specifieke doelgroepen zoals druggebruikers en mensen met promiscue gedrag. In één op de drie ziekenhuizen vraagt men steeds uitdrukkelijk de toestemming van de patiënt voor het uitvoeren van microbiologische bepalingen (in het bijzonder wat betreft de HIV-serologie). Er is één ziekenhuis dat de toe-

stemming hiervoor helemaal niet vraagt. De andere ziekenhuizen vragen de toestemming indien dit mogelijk lijkt of het onderzoek wordt in de opnamefolder vermeld.

Van Casteren e.a. (2004) wijzen erop dat België niet beschikt over een wettelijk vastgelegde procedure voor het uitvoeren van HIV-testen. Wel schrijven de Belgische medische deontologie en de Wet op de patiëntenrechten (uit 2002) voor dat de patiënt geïnformeerd moet worden over het al of niet uitvoeren van een HIV-test en over de gevolgen van een positief resultaat. Een *informed consent* betekent bovendien een correcte counseling vóór en na de test. De Belgische Orde van geneesheren van haar kant oordeelt dat artsen de wens van de patiënt bij het al of niet uitvoeren van een HIV-test moeten respecteren. Van Casteren e.a. menen dat: 'De instemming van een patiënt met een bloedproef betekent geen vrijgeleide voor een HIV-test. De toestemming voor een HIV-test moet uitgesproken en specifiek zijn'. Het louter vermelden in de opnamefolder is onvoldoende. Ze besluiten dat de Belgische Orde van geneesheren en de overheid de artsen erop moeten wijzen dat het uitvoeren van een HIV-test zonder toestemming van de patiënt onaanvaardbaar is.

Op basis van de hierboven weergegeven bevindingen en het literatuuronderzoek menen we te mogen stellen dat het opnemen van een somatische anamnese en het verrichten van een goed klinisch onderzoek onontbeerlijk zijn bij elke nieuw opgenomen psychiatrische patiënt. Dit beklemtoont de noodzaak van aanwezigheid van somatische artsen in de medische staf van een psychiatrisch ziekenhuis. Ook Hoogduin e.a. (1985) hebben hier vroeger reeds op gewezen. Momenteel is dit dus in de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen nog steeds niet het geval: in 10% (2 van de 20) van de door ons benaderde ziekenhuizen bleek geen somatische arts werkzaam te zijn. In 1 specifiek geval hebben we zelfs de indruk dat de afwezigheid van een somatische arts de aanleiding zou kunnen zijn van overconsumptie van technische onderzoeken.

We menen te kunnen stellen dat het routine-

matig uitvoeren van een beperkt bloedonderzoek en zeker van een ECG en een thoraxfoto, steeds het eventuele gevolg moeten zijn van een initieel klinisch en anamnestic onderzoek van de patiënt. Bijgevolg lijkt het niet noodzakelijk dat de psychiatrische ziekenhuizen beschikken over uitgebreide medische apparatuur.

Er zijn in de literatuur geen richtlijnen te vinden over hoe groot de medische staf moet zijn in de psychiatrische ziekenhuizen. Wij vinden in ons onderzoek voor wat betreft de Vlaamse situatie een gemiddelde van 4,26 minuten aanwezigheid per patiënt per week. Sommige ziekenhuizen beschikken alleen over een internist en niet over een huisarts. De vraag kan worden gesteld of ook in psychiatrische ziekenhuizen goede medisch-somatische dienstverlening niet het beste gerealiseerd wordt via een echelonnering van de medische zorg.

Beperkingen van het onderzoek De door ons toegepaste methode van louter bevraging vertoont waarschijnlijk enkele beperkingen. Het antwoord van de benaderde (verantwoordelijke) artsen strookt niet per definitie met de realiteit. Dit zou geleid kunnen hebben tot een verkeerde inschatting van de uitgevoerde onderzoeken. Een cross-sectionele analyse van alle dossiers zou wellicht een ander en juist beeld kunnen geven.

CONCLUSIE

In de Vlaamse algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn er onderling belangrijke verschillen wat betreft de aanwezige medisch-somatische staf, de beschikbare apparatuur en de aangevraagde routineonderzoeken ter opsporing van lichamelijke aandoeningen bij nieuw opgenomen patiënten.

De medische apparatuur die het meest frequent aanwezig is in de benaderde psychiatrische ziekenhuizen bestaat uit een ECG-apparaat, een röntgenapparaat en een echograaf. De meest voorkomende routinematig aangevraagde onderzoeken zijn: bloed- en urineonderzoek, ECG, klinisch

onderzoek en thoraxfoto.

Er is geen uniform beleid en er zijn ook geen richtlijnen voor somatisch onderzoek bij nieuw opgenomen patiënten in de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Het beschikbare budget in de gezondheidszorg dient op een verantwoorde manier gebruikt te worden, berustend op evidence-based argumenten. Opsporing van relevante somatische pathologie is zeker nuttig bij nieuw opgenomen patiënten, maar tegelijkertijd moet overconsumptie vermeden worden. In de literatuur zijn er enkele aanwijzingen over een mogelijk te volgen beleid.

De anamnese en het algemeen klinisch onderzoek blijven de hoekstenen van het opsporen van somatische aandoeningen; het uitvoeren van beperkt laboratoriumonderzoek en een ECG zijn hierbij vaak verdedigbaar. Op geleide van de bevindingen hierbij kan aanvullend onderzoek overwogen worden.

Om algemene richtlijnen te kunnen formuleren is eerst nog aanvullend wetenschappelijk onderzoek nodig.

LITERATUUR

- Anfinson, T.J., & Kathol, R.G. (1992). Screening laboratory evaluation in psychiatric patients: a review. *General Hospital Psychiatry*, 14, 248-257.
- Berber, M.J., & McFeely, N. (1991). Efficacy of routine admission urinalyses in psychiatric hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 190-193.
- Broderick, K.B., Lerner, E.B., McCourt, J.D., e.a. (2002). Emergency physician practices and requirements regarding the medical screening examination of psychiatric patients. *Academic Emergency Medicine*, 9, 88-92.
- Casteren, V. van, Devroey, D., Sasse, A., e.a. (2004). HIV-tests zonder medeweten van de patiënten in België. *Huisarts Nu*, 8, 457-462.
- Dolan, J.G., & Mushlin, A.I. (1985). Routine laboratory testing for medical disorders in psychiatric inpatients. *Archives of Internal Medicine*, 145, 2085-2088.
- Ferguson, B., & Dudleston, K. (1986). Detection of physical disorder in newly admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 485-489.
- Fochtmann, L.J. (2002). Psychiatric perspectives on medical screening of psychiatric patients. *Academic Emergency Medicine*, 9, 963-964.
- Gómez-Gil, E., Trilla, A., Corbella, B., e.a. (2002). Lack of clinical relevance of routine chest radiography in acute psychiatric admissions. *General Hospital Psychiatry*, 24, 110-113.
- Hall, R.C., Gardner, E.R., Stickney, S.K., e.a. (1980). Physical illness manifesting as psychiatric disease. II. Analysis of a state hospital inpatient population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 989-995.
- Heiselman, D.E., Bredle, D.L., Kessler, E., e.a. (1997). Relevance of routine admission electrocardiograms for psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 48, 1323-1327.
- Hoebert, M., Staal, W.G., & Koers, H. (2003). Een somatische aandoening bij een somatiserende patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 167-171.
- Hoogduin, C.A.L., de Haan, E., & Terluin, B. (1985). Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 105-114.
- Koranyi, E.K. (1979). Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Archives of General Psychiatry*, 36, 414-419.
- Koranyi, E.K., & Potoczny, W.M. (1992). Physical illnesses underlying psychiatric symptoms. *Psychotherapeutic Psychosomatics*, 58, 155-160.
- Mookhoek, E.J., & Sterrenburg-v.d.Nieuwegiessen, I.M. (1998). Screening for somatic disease in elderly psychiatric patients. *General Hospital Psychiatry*, 20, 102-107.
- Pop, V., Boer, A.M., Winants, Y., e.a. (1993). NHG-standaard functiestoornissen van de schildklier. *Huisarts en Wetenschap*, 36, 143-149.
- Reilly, J.G., Ayis, S.A., Ferrier, I.N., e.a. (2000). QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *The Lancet*, 355, 1048-1052.
- Ryan, W.G., Roddam, R.F., & Grizzle, W.E. (1994). Thyroid function screening in newly admitted psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 7-12.
- Sanders, R.D., & Keshavan, M.S. (2002). Physical and neurologic examinations in neuropsychiatry. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 7, 18-29.
- Sheline, Y., & Kehr, C. (1990). Cost and utility of routine admission laboratory testing for psychiatric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 12, 329-334.
- Sternberg, D.E. (1986). Testing for physical illness in psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(Suppl. 1), 3-9.
- Sutter, A. de, & de Maeseneer, J. (1995). Laboratoriumtesten: een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier. *Huisarts Nu*, 24, 339-345.

- Tenacs, O.H.P. (2004). Hospindex 2004. Gent.
- White, A.J., & Barraclough, B. (1989). Benefits and problems of routine laboratory investigations in adult psychiatric admissions. *British Journal of Psychiatry*, 155, 65-72.
- Zitman, F.G. (1997). In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp, *Handboek psychopathologie*. Deel 2 (pp. 15-26). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zoeteman, J.B., Meesters, P.D., & Wilde, A.A.M. (2001). Antipsychotica, QT-verlenging en het risico van hartritmestoornissen: consequenties voor de klinische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 787-791.

AUTEURS

G. NEIRINCK is psychiater op de PAAZ van het Sint-Franciscus ziekenhuis te Heusden-Zolder en was ten tijde van het onderzoek als arts in opleiding tot psychiater werkzaam in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek

M. ENEMAN is psychiater en hoofdgeneesheer van het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek

P. DE CORT is huisarts te Tienen en docent huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven.

Correspondentieadres: M. Eneman, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus, Krijkelberg 1, B-3360 Bierbeek.

E-mail: marc.eneman@fracarita.org.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-7-2005.

SUMMARY

Somatic investigation of psychiatric patients newly admitted to Flemish general psychiatric hospitals – G. Neirinck, M. Eneman, P. de Cort –

BACKGROUND In Flanders there is as yet very little consensus concerning the extent and content of somatic investigations available to and conducted on patients newly admitted to psychiatric hospitals.

AIM To obtain an overview of the numbers and specialisms of medical-somatic staff at Flemish general psychiatric hospitals, the equipment available and the somatic routine examinations regularly requested.

METHOD We compiled a questionnaire about current hospital policy concerning the diagnosis of physical illnesses in newly admitted patients and the availability of diagnostic facilities. We submitted the questionnaires to 20 Flemish psychiatrist hospitals.

RESULTS The commonest type of medical equipment available at these psychiatric hospitals consisted of ECG, X-ray and ultrasonic devices. The routine examinations that were requested most frequently were blood and urine tests, ECG's, clinical examinations, and X-rays of the thorax. The numbers and specialisms of somatic doctors at these hospitals vary from one hospital to the next. Sometimes a hospital does not have any somatic doctors at all.

CONCLUSION The general psychiatric hospitals in Flanders do not have a uniform policy concerning somatic examinations on newly admitted patients. The equipment and the numbers and specialisms of the medical-somatic staff vary from one hospital to another. It seems reasonable that extra investigations such as blood tests, ECG's and thorax X-rays should be conducted when case histories and clinical examinations indicate that such testing may be useful.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)3, 175-183]

KEY WORDS patient admission, preadmission physical examination, psychiatry, routine diagnostic tests