

De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie

S.N. SWOLFS¹, R.A. BOERKOEL¹, C.A.TH. RIJNDERS

ACHTERGROND Bij patiënten met psychiatrische symptomen bestaat vaker dan in de algemene populatie somatische problematiek, deels onbekend bij verwijzing. Patiënten opgenomen in een psychiatrische kliniek moeten conform gangbare richtlijnen somatisch worden gescreend. Een aanbeveling over de invulling hiervan bestaat niet voor poliklinische patiënten.

DOEL Bepalen van de toegevoegde waarde van somatische screening in het onderkennen van somatische problematiek bij nieuw verwezen patiënten binnen een algemene polikliniek psychiatrie in Nederland.

METHODE In een pilotstudie werden nieuw verwezen patiënten tussen 18 en 65 jaar binnen een polikliniek psychiatrie somatisch gescreend middels beoordeling van verwijsbrief, vragenlijst, interview, standaardbloedonderzoek en indien geïndiceerd aanvullend bloedonderzoek. De screening had meerwaarde wanneer de uitkomst het vervolgbeleid op somatisch en/of psychiatrisch gebied beïnvloedde.

RESULTATEN Bij 62% van de onderzochte patiënten werden één of meer nieuwe ‘aspecten van somatische zorg’ gevonden. Van de in totaal 162 gevonden aspecten was 64% bij verwijzing onbekend. Bij 34% van de patiënten werd met de huisarts overlegd over vervolgbeleid, bij 2% met een medisch specialist en 10% werd verwezen naar een medisch specialist.

CONCLUSIE Een gestandaardiseerde somatische screening op een polikliniek psychiatrie heeft duidelijk meerwaarde. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om de screeningsinstrumenten en praktische toepasbaarheid te optimaliseren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)4, 201-210]

TREFWOORDEN polikliniek psychiatrie, somatische problematiek, somatische screening

Bij patiënten met psychiatrische symptomen bestaat vaker somatische problematiek dan bij mensen in de algemene populatie (Felker e.a. 1996; Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en GGZ Nederland 2010). Ten tijde van de verwijzing naar een psychiater is een deel van deze somatische aandoeningen nog niet onderkend (Hall e.a. 1978; 1980; Hoogduin e.a. 1985; Koranyi 1979). Dat deze somatische problemen van belang zijn, blijkt o.a. uit het feit dat de mortaliteit ten gevolge van natuurlijke

doodsoorzaken hoger is bij psychiatrische patiënten dan bij de algemene populatie (Felker e.a. 1996).

Achtergrond

De relatie tussen psychiatrische symptomen en somatische aandoeningen is divers (Penninx & Van Dyck 2010). Ze kunnen onafhankelijk van elkaar voorkomen. Daarnaast kunnen somatische aandoeningen psychiatrische klachten verergeren

of zelfs veroorzaken (Hall e.a. 1982; Hoebert e.a. 2003; Hoogduin e.a. 1985; Krummel & Kathol 1987; Sternberg 1986). Soms presenteert een somatisch ziektebeeld zich met enkel psychiatrische symptomen (La Bruzza 1981; Sternberg 1986). Ook kan een psychiatrisch beeld gepaard gaan met somatische klachten (Hoogduin e.a. 1985) of de lichaamsperceptie en/of het ziekte-inzicht beïnvloeden, en daarmee de *patient delay* vergroten (Bunce e.a. 1982; Hall e.a. 1980; Koranyi & Potoczny 1992). Bij het voorschrijven van medicatie moet men rekening houden met het ontstaan van lichamelijke dan wel psychiatrische bijwerkingen (Hall e.a. 1980; La Bruzza 1981) en op de hoogte zijn van de relevante somatische voorgeschiedenis (Mookhoek & Sterrenburg-van de Nieuwegiessen 1998; Neirinck e.a. 2006).

Kortom, het is noodzakelijk alert te zijn op somatische aandoeningen die comorbide met psychiatrische stoornissen kunnen voorkomen, eraan kunnen bijdragen of causaal kunnen zijn (IGZ en GGZ Nederland 2010; Koranyi 1972). Dit kan invloed hebben op het diagnostisch proces, het vervolgbeleid en het effect van de behandeling (Iosifescu e.a. 2003; Yates e.a. 2004).

Screening?

In de literatuur wordt geadviseerd klinisch opgenomen psychiatrische patiënten een beperkte somatische standaardscreening aan te bieden, met uitbreiding op indicatie of voor bepaalde risicogroepen. Hierbij werden de volgende indicaties teruggevonden: gewichtsverlies, (genees)middelegebruik, suboptimaal dieet, belaste familie-anamnese voor bepaalde somatische aandoeningen, cognitieve problemen, veranderd bewustzijn en desoriëntatie, beperkt ziekte-inzicht en hogere leeftijd (Anfinson & Kathol 1992; Ferguson & Duddleston 1986; Hall e.a. 1978; La Bruzza 1981; Mookhoek & Sterrenburg-van de Nieuwegiessen 1998; Sno e.a. 2004; Sternberg 1986). Ook het nieuw ontstaan van psychiatrische symptomen is een indicatie om uitgebreider somatisch te screenen (Gregory e.a. 2004; Reeves e.a. 2000).

Onderdiagnostiek

Diverse onderzoekers benadrukken dat relevante somatiek vaak wordt gemist bij psychiatrische patiënten (Koran e.a. 1989). Koranyi (1979) vond bij 2090 klinisch opgenomen psychiatrische patiënten bij 43% minstens één somatische aandoening, waarvan de helft tot dan toe onbekend was. Koran e.a. (2002) vonden bij 29% van 289 klinisch opgenomen psychiatrische patiënten relevante somatiek, bij 10% betrof dit nieuw ontdekte relevante somatiek. Hall e.a. (1978) vonden bij 658 poliklinische psychiatrische patiënten in 46% een somatische aandoening die eerder niet bekend was. Bij 9% veroorzaakte de somatische aandoening de psychiatrische symptomen.

Sternberg (1986) maakte onderscheid tussen ziekte-, patiënt- en artsgerelateerde factoren die een rol spelen bij onderdiagnostiek van somatiek bij psychiatrische patiënten. Diverse onderzoekers benadrukten de wisselwerking tussen arts en patiënt; zo kan negatieve tegenoverdracht het diagnostisch proces vertroebelen (Bunce e.a. 1982; Koranyi & Potoczny 1992; Mulder & De Reus 2001). Diverse onderzoekers stelden dat ook contact met een (huis)arts kort vóór verwijzing, geen garantie is voor een gedegen somatische screening (Felker e.a. 1996; Hall e.a. 1978).

Psychiaters zouden bij klinisch opgenomen patiënten vaker dan andere artsen somatiek niet herkennen (Koranyi 1979); andere hulpverleners zoals maatschappelijk werkers en psychologen herkennen somatiek nog minder vaak (Koranyi 1979; Krummel & Kathol 1987). Dit laatste is zeker in het Nederlandse zorgsysteem relevant, omdat de ervaring leert dat huisartsen op uiteenlopende wijze somatisch screenen alvorens naar een ggz-instelling te verwijzen. Vervolgens wordt de intake vaak uitgevoerd door een intaker zonder somatische achtergrond, waarbij de alertheid op somatiek wisselend is.

Er blijken landelijk veel verschillen te zijn in de manier waarop de somatische screening wordt uitgevoerd (IGZ en GGZ Nederland 2010). Sommige onderzoekers stelden dat juist een psychiater

is opgeleid om alle informatie in het diagnostisch proces te integreren en somatische etiologie uit te sluiten (Sanders & Keshavan 2002). Mulder en De Reus (2001) beschouwden het als de gezamenlijke verantwoordelijkheid van psychiater en huisarts om gedegen somatisch te screenen.

Onderdelen diagnostiek

Artsen maken gebruik van verschillende informatiebronnen in het diagnostisch proces. De anamnese wordt door sommigen beschouwd als de belangrijkste (Anfinson & Kathol 1992; Hampton e.a. 1975; Hoogduin e.a. 1985; La Bruzza 1981), hoewel deze soms minder betrouwbaar of incompleet is bij patiënten met psychiatrische klachten (Dolan & Mushlin 1985; Kampmeier 1977).

In de richtlijn 'Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen' (Sno e.a. 2004) wordt gesteld dat een somatische anamnese altijd afgenomen dient te worden. De uitgebreidheid van algemeen lichamelijk onderzoek zou o.a. afhangen van de klinische presentatie, de somatische anamnese en de setting. Hoe het item 'setting' de somatische diagnostiek beïnvloedt, wordt niet omschreven.

Psychiaters voeren niet vaak een lichamelijk onderzoek uit, bij poliklinische patiënten nog minder vaak dan bij opgenomen patiënten (Krummel & Kathol 1987; McIntyre & Romano 1977). In een overzichtsstudie beschrijven McIntyre en Romano (1977) een positieve invloed op de therapeutische relatie bij 42% en een negatieve invloed bij slechts 6%. In ander onderzoek lijkt lichamelijk onderzoek de therapeutische relatie niet te beïnvloeden (Feller e.a. 1996). Bij 7,5% van de patiënten leidde lichamelijk onderzoek tot essentiële somatische bevindingen (Iosifescu e.a. 2003).

Zeker wanneer een betrouwbare anamnese ontbreekt, kan bloedonderzoek aanvullende informatie bieden. Over de meerwaarde van bloedonderzoek heerst geen eenduidige mening. Sommige onderzoekers vonden de toegevoegde waarde beperkt, o.a. vanwege het aantal fout-positieve uitslagen, die kunnen leiden tot overdiagnostiek (Dolan & Mushlin 1985; Sheline & Kehr 1990). Veel-

vuldig wordt een beperkt routinematig, met op indicatie uitgebreider bloedonderzoek geadviseerd (Anfinson & Kathol 1992; Dolan & Mushlin 1985; Ferguson & Dudleston 1986; Hampton e.a. 1975; Hoogduin e.a. 1985; Sheline & Kehr 1990; De Sutter & De Maeseneer 1995; Van der Weide & Hünteler 1998).

Eerder bestond er een aanbeveling om enkel patiënten opgenomen binnen een psychiatrische kliniek conform de gangbare prestatie-indicatoren somatisch te screenen (IGZ en GGZ Nederland 2008). De recentste basisset prestatie-indicatoren (IGZ 2010) vermeldt dat 'een ggz-instelling bij iedere cliënt een adequate standaardprocedure toe moet passen'; de invulling van deze 'somatische screening' ligt echter niet precies vast.

Doel en vraagstelling

Eerdere studies naar somatische problematiek bij patiënten die werden verwezen naar een poliklinische psychiatrische setting vonden plaats in landen met een van Nederland afwijkende organisatie van de gezondheidszorg, gekarakteriseerd door een minder centrale rol voor de huisarts. Ook verwijzen eerdere studies circulair en is er nauwelijks onderzoek naar de poliklinische patiëntenpopulatie. In tegenstelling tot de vele gevalbeschrijvingen die de relatie tussen een specifiek somatisch beeld en psychiatrische symptomen belichten, of literatuur over metabole bijwerkingen van bepaalde medicatie (Cahn e.a. 2008), is er nauwelijks literatuur betreffende algemene somatische screeningsvormen.

Bevindingen uit de literatuur komen overeen met eigen ervaringen dat een somatische screening niet altijd systematisch plaatsvindt.

Wij verrichtten een onderzoek met als centrale vraag of een gestandaardiseerde somatische screening van nieuw verwezen patiënten op een polikliniek psychiatrie in Nederland meerwaarde heeft. Wij spreken van meerwaarde wanneer de screening van invloed is op het vervolgbeleid (diagnostiek en/of behandelbeleid) op psychiatrisch en/of somatisch gebied.

METHODE

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten tussen de 18 en 65 jaar oud, verwezen naar een polikliniek psychiatrie (GGz Breburg, Tilburg). Zij konden zich voldoende uitdrukken in het Nederlands (eventueel met behulp van een tolk). Van de 225 patiënten die in aanmerking kwamen, waren er 146 bereikbaar en zij werden geïnformeerd over het onderzoek (zie figuur 1). Nadat zij het formulier voor *informed consent* getekend retournerden, vulden deelnemende patiënten de vragenlijst naar somatische klachten in. Aansluitend op de reguliere intake werden zij gezien door een onderzoeker, waarbij aan de hand van de door hen ingevulde vragenlijst het interview plaatsvond, met aansluitend bloedafname middels venapunctie.

Instrumenten

De volgende informatiebronnen werden gebruikt: de verwijsbrief, een gestandaardiseerde vragenlijst, een aanvullend interview, standaardbloedonderzoek en op indicatie aanvullend bloedonderzoek.

De verwijsbrief gaf informatie over bekende somatiek en (genees)middelengebruik. De vragenlijst betrof informatie over o.a. leeftijd, geslacht, land van herkomst, psychische klachten, medicatiegebruik, body-mass index (BMI), gewichtsveranderingen, allergieën, intoxicaties, somatische voorgeschiedenis, actuele klachten en familieanamnese. In het interview werden deze gegevens nader uitgevraagd en ingeschat op klinische relevantie.

Het standaardbloedonderzoek bestond uit bepaling van kalium, natrium, creatinine, ureum, aspartaataminotransferase (ASAT), alanineaminotransferase (ALAT), gammaglutamyltransferase (GGT), alkalisch fosfatase (AF), bilirubine, BSE, Hb, Ht, MCV, leukocyten, trombocyten, HbA_{1c}, thyreostimulerend hormoon (TSH; wanneer dit afwijkend was, bepaalden we vrij T₄), calcium, albu-

mine, vitamine B₁₂ en foliumzuur. Wanneer geïndiceerd, vond aanvullend bloedonderzoek plaats, zoals een uitgebreidere bepaling van de vitamine-status (vitamine D, B₁, B₆), cholesterol of soa-screening.

De informatie vanuit de verwijsbrief, vragenlijst en interview werd gecategoriseerd met behulp van de ICD-10-codering van de WHO. Bij de verwijsbrief en de vragenlijst werd gescoord op welke categorieën informatie was vermeld. De informatie uit het interview en het bloedonderzoek werd beoordeeld op relevantie.

Vervolgens werden ‘aspecten van somatische zorg’ geformuleerd op basis van het vermoeden dat er sprake was van relevante somatiek. Deze aspecten van somatische zorg werden onderverdeeld in ‘reeds bekende somatiek’ en ‘nieuwe somatiek’. Wij beschouwden de screening van meerwaarde, wanneer de uitkomsten invloed hadden op vervolgdagnostiek of op het somatische dan wel psychiatrische beleid (bijvoorbeeld aanvraag extra diagnostiek, actief overleg met de huisarts en/of medisch specialist).

Tot slot beoordeelden we achteraf de oorspronkelijke intakes op de informatie die ze bevatten over somatiek en vergeleken deze met de gegevens die tijdens de somatische screening waren verkregen.

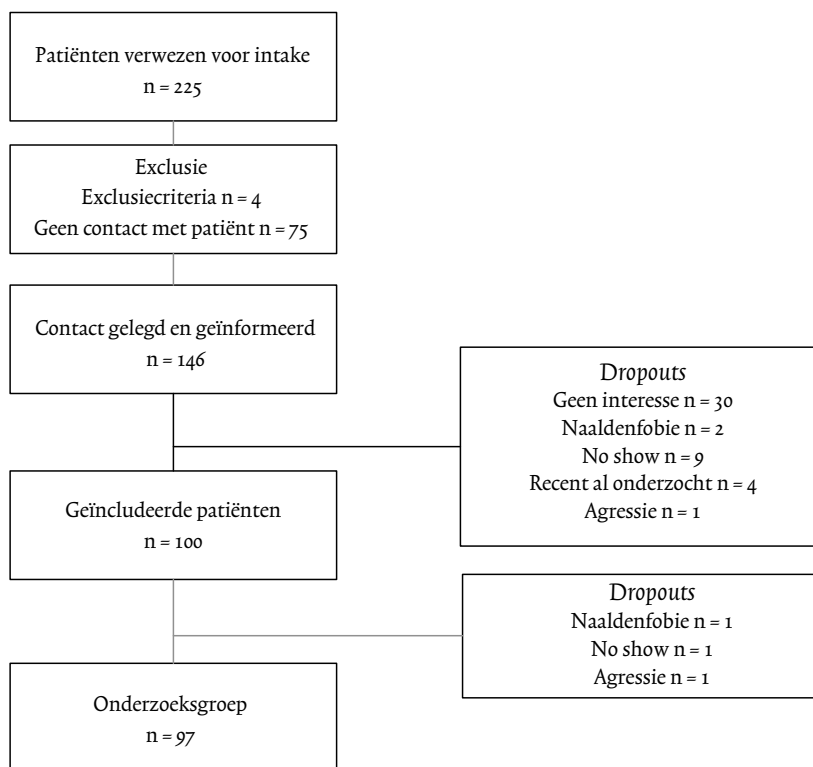
Voor de statistische analyses werd gebruikgemaakt van SPSS 16. Het onderzoek werd beoordeeld en goedgekeurd door de medisch-ethische commissie (METTIG-Zuid).

RESULTATEN

Beschrijving onderzoeksgroep

Van de 146 patiënten die werden benaderd, namen er 100 deel (68%, zie figuur 1). Drie patiënten beëindigden het onderzoek voortijdig. De onderzoeksgroep was gemiddeld 38 jaar en daarmee significant ouder ($p = 0,007$) dan de groep patiënten die na benadering niet participeerde (gemiddeld 33 jaar); er was geen verschil in geslacht ($p = 0,673$). In de onderzoeksgroep was 76% van Nederlandse her-

FIGUUR 1 Inclusie onderzoek naar screening op somatiek bij psychiatrische patiënten



komst. De huisarts was bij 86% de verwijzer. De meest voorkomende diagnoses gesteld na intake waren aanpassings-, angst-, unipolaire stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen.

Verkregen gegevens

Verwijsbrieven In 43% van de verwijsbrieven stond medicatiegebruik vermeld, maar vaak minder compleet en actueel dan het gebruik dat de patiënt later zelf rapporteerde in andere informatiebronnen. Waar in de verwijsbrief melding werd gemaakt van aanwezige somatische problematiek, was deze informatie erg summier ten opzichte van wat de patiënt zelf rapporteerde (figuur 2).

Vragenlijsten Van de 97 vragenlijsten werden er 13 niet (volledig) ingevuld, dit gebeurde vaker bij patiënten van buitenlandse komaf ($p = 0,012$). Deze werden in de vervolganalyse van de

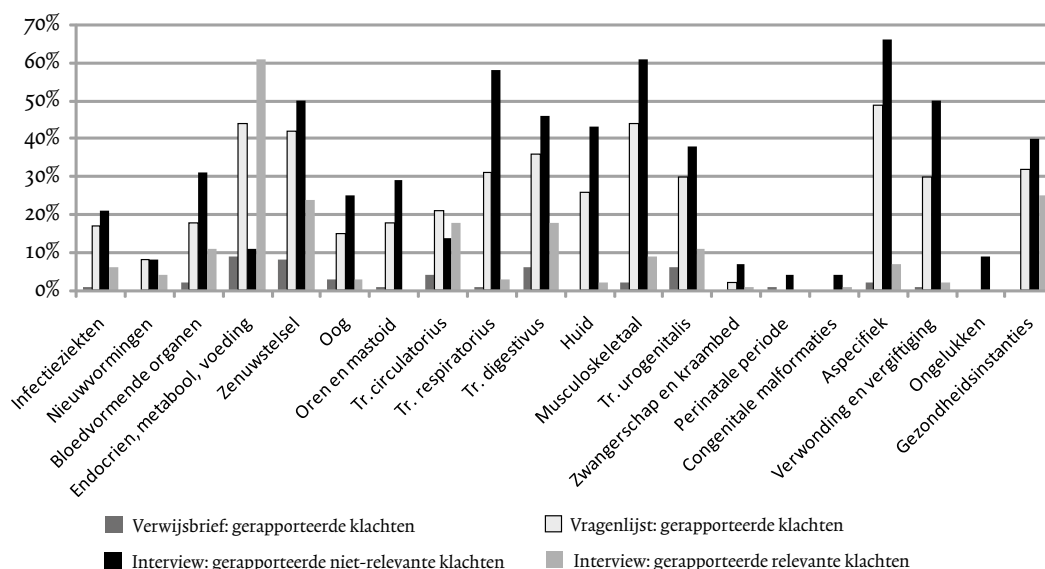
vragenlijst buiten beschouwing gelaten. In 58% van de vragenlijsten werd medicatiegebruik gerapporteerd. In de vragenlijst werden opvallend veel somatische klachten gerapporteerd, waarbij deze nog niet op relevantie werden geschat (zie figuur 2).

Interview Tijdens het interview bleek bij expliciet navragen 63% van de onderzoeksgroep medicatie te gebruiken. Bij 14% vonden we misbruik of afhankelijkheid van één middel (cafeïne, alcohol en diverse drugs; roken niet geïncludeerd), bij 8% twee of meer verschillende middelen.

Bij 23% vormde een belaste familieanamnese een indicatie voor aanvullend bloedonderzoek.

De in de vragenlijst ingevulde items werden nader uitgevraagd en geschat op klinische relevantie, waarbij de verhouding tussen relevante en minder relevante gerapporteerde somatische aandoeningen inzichtelijk is gemaakt in figuur 2.

FIGUUR 2 Percentage gerapporteerde klachten in de verschillende informatiebronnen



Bloedonderzoek Van de in totaal 2037 verrichte standaardbloedbepalingen werd 3,7% als klinisch relevant afwijkend beoordeeld en 4,9% als foutpositief (zie figuur 3). Bij 39 van de 97 patiënten (40%) toonde het standaardbloedonderzoek relevante bijzonderheden aan.

Bij 60 van de 97 patiënten (62%) vond aanvullend bloedonderzoek plaats, waarbij 14% van de in totaal 213 bloedbepalingen klinisch relevant afwijkend was. Dit betrof 27 van de 60 patiënten (45%). Er werden vooral verlaagde waarden gevonden van de vitamines B₁, B₆ en D. Een verhoogde vitaminewaarde werd als klinisch relevant beschouwd als dit tot het advies leidde om suppletie te minderen of te staken. Bij de 17 patiënten bij wie de cholesterolwaarde werd bepaald, was deze in 59% klinisch relevant afwijkend. In het aanvullend bloedonderzoek werd eenmaal een doorgeemaakte hepatitis B-infectie gevonden; met name werd geen hiv, lues of hepatitis C gevonden.

Gevonden aspecten van somatische zorg Bij 79% van de patiënten uit de onderzoeksgroep werd minimaal één aspect van somatische zorg geformuleerd. Bij 21% waren er geen relevante aspecten van somatische zorg, bij 17% ging het om

bekende relevante aspecten, bij 36% om nieuwe relevante aspecten en bij 26% om nieuwe en bekende relevante aspecten. Bij 62% van de patiënten betrof dit één of meerdere aspecten van somatische zorg die bij de verwijzing nog niet bekend waren. In totaal werden 162 aspecten gevonden, waarvan 103 (64%) nieuwe somatiek betroffen; 59 (36%) waren reeds bekend bij verwijzing.

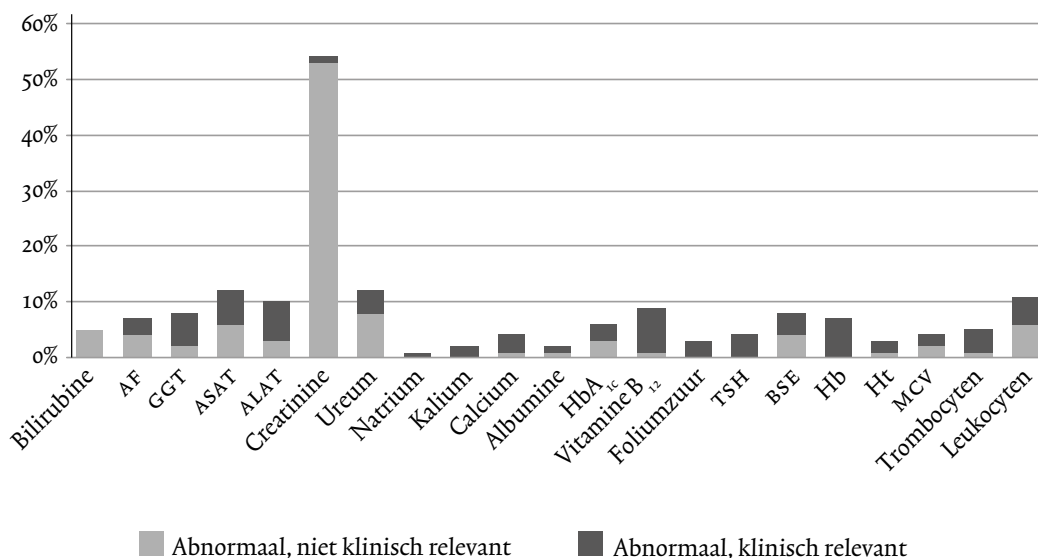
De somatische screening leverde duidelijk meer informatie op dan de reguliere intakeprocedure; en in de reguliere intakeprocedure werd geen aanvraag voor vervolgdagnostiek of verwijzing naar een medisch specialist teruggevonden.

Consequenties

Op grond van de verkregen informatie werd 34% van de onderzoeksgroep geadviseerd om follow-upbloedonderzoek te laten doen; bij de patiënten van wie de uitslagen werden ontvangen, ondersteunde ruim de helft van de uitslagen de in de somatische screening geformuleerde hypothesen.

Bij 34% van de patiënten werd overlegd met de huisarts over de gevonden aspecten van somatische zorg, eventuele vervolgdagnostiek en fol-

FIGUUR 3 Percentage afwijkende uitslagen bij standaardbloedonderzoek



low-up. Bij 2% werd telefonisch een medisch specialist geconsulteerd en bij 10% werd verwezen naar een medisch specialist (neuroloog of internist). In de overige gevallen werden de resultaten schriftelijk aan de huisarts teruggekoppeld.

Daarnaast werd bij 22% van de onderzoeksgroep de huisarts (veelal schriftelijk) geïnformeerd over interacties en bijwerkingen van de actuele medicatiecombinatie. Dit betrof bijvoorbeeld de combinatie van een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) met een niet-steroïdaal anti-inflammatoir geneesmiddel (NSAID) waarbij maagklachten werden gerapporteerd. In andere gevallen werd geadviseerd vitaminesuppletie te staken of te starten.

DISCUSSIE

De hypothese was dat een gestandaardiseerde somatische screening van nieuw verwezen patiënten naar een polikliniek psychiatrie meerwaarde heeft. Deze pilotstudie laat zien dat dit inderdaad het geval blijkt.

De verwijfsbrief vermeldt onvoldoende informatie over zowel somatische problematiek als (genees)middelengebruik. De door de patiënt

ingevulde vragenlijst kan als leidraad worden gebruikt in het interview, waarin de aangegeven somatische problematiek op klinische relevantie geschat moet worden. Hoewel het totale aantal klinisch relevante afwijkende bloedsuitslagen klein is (3,7% van de standaardbloedbepalingen, 14% van de aanvullende bloedbepalingen), leverde het standaardbloedonderzoek bij 40% van de patiënten in de onderzoeksgroep klinisch belangrijke informatie op. Bij het aanvullend bloedonderzoek was dit zelfs 45%.

Bij 60 van de 97 (62%) patiënten werden één of meer nieuwe aspecten van somatische zorg gevonden. Dit leidde ertoe dat we bij 34% actief met de huisarts overlegden over vervolgbeleid, tweemaal consulteerden we telefonisch een medisch specialist en bij 10% besloten we de patiënt te verwijzen naar een neuroloog of internist.

Casussen

Patiënte A, een 36-jarige Marokkaanse vrouw, meldde zich met een vlindervormige uitslag op het gelaat, depressieve klachten en gewrichtsklachten. Laboratoriumonderzoek toonde een lichte leukopenie, lichte anemie en verhoogde BSE.

Bij het follow-upbloedonderzoek werden een hypocalciëmie (vermoedelijk gerelateerd aan een vitamine D-deficiëntie) en een vitamine B-deficiëntie gevonden. Met de huisarts werd overlegd over verwijzing naar de internist om o.a. de hypothese van systemische lupus erythematoses (SLE) nader te onderzoeken en de deficiënties te suppleren.

Patiënte B, een 27-jarige vrouw die 7 maanden zwanger was, werd verwezen wegens 'compulsief handen wassen'. Zij vertelde over paresthesieën in de handen. Er werden een vitamine D- en vitamine B₁₂-deficiëntie gevonden, alsmede een hypocalciëmie en lichte anemie. De huisarts stelde na overleg een behandeling in.

Patiënte C, een 21-jarige vrouw met een positieve cardiovasculaire familiehistorie, bleek een sterk verschoven lipidspectrum te hebben, waarna zij werd verwezen naar de internist met als hypothese 'familiaire hypercholesterolemie'.

Beperkingen

Het onderzoek kende een aantal beperkingen. Allereerst is het niet uitgesloten dat patiënten van buitenlandse komaf vaker niet participeerden, en was de onderzoeksgroep ouder dan de groep die niet participeerde. Ten tweede is er in de literatuur discussie over de meerwaarde van lichamelijk onderzoek (Anfinson & Kathol 1992; Hall e.a. 1978; 1982; Hampton e.a. 1975). In ons onderzoek lieten wij het lichamelijk onderzoek buiten beschouwing, vanwege deze ambivalentie én omdat het zich moeilijk laat standaardiseren. Ten derde kunnen we onderzoeker- en artsgerelateerde factoren niet geheel uitsluiten; het diagnostisch proces blijft ruimte bieden voor enige subjectiviteit in de beoordeling. Ten slotte kan een selectiebias niet worden uitgesloten, omdat tijdens intake, o.a. geen bipolaire, psychotische of neurodegeneratieve problematiek werd vastgesteld. Deze laatste beperking heeft naar onze inschatting echter eerder tot gevolg dat er in het huidige onderzoek

sprake is van een onder- dan overwaardering van klinisch relevante somatiek.

Ondanks deze beperkingen werden bij het merendeel van de patiënten verwezen naar een polikliniek psychiatrie nieuwe aspecten van somatische zorg gevonden; de bevindingen van onze pilotstudie tonen aan dat een somatische screening ook bij poliklinische patiënten van meerwaarde is.

BESLUIT

Vervolgonderzoek kan helpen de somatische screening te optimaliseren, met als doel het ontwikkelen van een somatische screeningsmethode waarbij enerzijds relevante somatiek aan het licht komt en anderzijds overdiagnostiek, met de daarbij horende kosten en fout-positieve bevindingen, zoveel mogelijk beperkt blijft. Bij vervolgonderzoek kan men zich ook richten op evaluatie van vragenlijst en interviewmethode en op aanpassing van het standaardbloedonderzoek. Denk bijvoorbeeld aan vervangen van de HbA_{1c}-bepaling door bepaling van een nuchtere glucosewaarde, het vaker nuchter bepalen van het lipidspectrum en het uitbreiden van de bepaling van de vitamine-status met de vitamine D-waarde. Ook de rol van lichamelijk onderzoek verdient nadere aandacht.

De wijze waarop huisartsen somatisch screenen, alsmede de manier waarop psychiatrische poliklinieken de intakefase vormgeven (waarbij niet-medici een groot deel van de intakes doen) varieert sterk. Daarom zal men per setting moeten zoeken naar een toepasbare werkvorm om de alertheid op somatiek bij patiënten verwezen naar de polikliniek psychiatrie te waarborgen. Daarbij blijft afstemming met de huisarts van groot belang. Ten slotte zou het goed zijn als er consensus komt over de vragen hoe somatische screening eruit moet zien en wie daarin welke rol heeft. Hierbij is de afstemming tussen o.a. de huisarts, psychiater, intaker en nurse-practitioner van belang.



S.J. Graafsma, internist in het Twee Steden Ziekenhuis te Tilburg, J.J. de Jong, psychiater bij GGZ Breburg, en dr. G.B. van den Berg, klinisch biochemisch geneticus in het Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, leverden een bijdrage aan dit onderzoek.

NOOT

1 S.N. Swolfs en R.A. Boerkoel hebben in gelijke mate bijgedragen aan de totstandkoming van dit artikel.

LITERATUUR

- Anfinson TJ, Kathol RG. Screening laboratory evaluation in psychiatric patients: a review. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 248-57.
- Bunce DF, Jones LR, Badger LW, Jones SE. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment. *South Med J* 1982; 75: 941-4.
- Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, e.a. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica-gebruik. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 579-91.
- Dolan JG, Mushlin AI. Routine laboratory testing for medical disorders in psychiatric inpatients. *Arch Intern Med* 1985; 145: 2085-8.
- Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 1356-63.
- Ferguson B, Dudgeon K. Detection of physical disorder in newly admitted psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74: 485-9.
- Gregory RJ, Nihalani ND, Rodriguez E. Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 405-10.
- Hall RC, Beresford TP, Gardner ER, Popkin MK. The medical care of psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1982; 33: 25-34.
- Hall RC, Gardner ER, Stickney SK, Lecann AF, Popkin MK. Physical illness manifesting as psychiatric disease. II. Analysis of a state hospital inpatient population. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 989-95.
- Hall RC, Popkin MK, Devaul RA, Faillace LA, Stickney SK. Physical illness presenting as psychiatric disease. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1315-20.
- Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ* 1975; 2: 486-9.
- Hoebert M, Staal WG, Koers H. Een somatische aandoening bij een somatiserende patiënt. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45: 167-71.
- Hoogduin CAL, de Haan E, Terluin B. Somatische aandoeningen bij opgenomen psychiatrische patiënten. *Tijdschr Psychiatr* 1985; 27: 105-14.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, GGZ Nederland. Somatische screening. Prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg basisset 2007-2008. Utrecht: GGZ Nederland, 2008; 46-51.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, GGZ Nederland. Somatische screening. Prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg basisset 2009-2010. Utrecht: GGZ Nederland, 2010; 38-9.
- Iosifescu DV, Nierenberg AA, Alpert JE, e.a. The impact of medical comorbidity on acute treatment in major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2122-7.
- Kampmeier RH. Diagnosis and treatment of physical disease in the mentally ill. *Ann Intern Med* 1977; 86: 637-45.
- Koran LM, Sheline Y, Imai K, e.a. Medical disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1623-5.
- Koran LM, Sox HC Jr, Marton KI, e.a. Medical evaluation of psychiatric patients. I. Results in a state mental health system. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 733-40.
- Koranyi EK. Physical health and illness in a psychiatric outpatient department population. *Can Psychiatr Assoc J* 1972; 17: Suppl.
- Koranyi EK. Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 414-9.
- Koranyi EK, Potoczny WM. Physical illnesses underlying psychiatric symptoms. *Psychother Psychosom* 1992; 58: 155-60.
- 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.
- La Bruzza AL. Physical illness presenting as psychiatric disorder: guidelines for differential diagnosis. *Journal of Operational Psychiatry* 1981; 12: 24-31.
- McIntyre JS, Romano J. Is there a stethoscope in the house (and is it used)? *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 1147-51.
- Mookhoek EJ, Sterrenburg-van de Nieuwegiesse IM. Screening for somatic disease in elderly psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20: 102-7.
- Mulder T, de Reus R. Psychiatrische ziekten beschermen niet tegen een somatische aandoening. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1333-6.
- Neirincx G, Eneman M, De Cort P. Somatisch onderzoek bij nieuw opgenomen psychiatrische patiënten in Vlaamse algemene psy-

- chiatrische ziekenhuizen. Tijdschr Psychiatr 2006; 48: 175-83.
- Penninx BW, van Dyck R. Depressie en somatische comorbiditeit. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154: A1784.
- Reeves RR, Pendarvis EJ, Kimble R. Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatric units. Am J Emerg Med 2000; 18: 390-3.
- Sanders RD, Keshavan MS. Physical and neurologic examinations in neuropsychiatry. Seminars in Clinical Neuropsychiatry 2002; 7: 18-29.
- Sheline Y, Kehr C. Cost and utility of routine admission laboratory testing for psychiatric inpatients. Gen Hosp Psychiatry 1990; 12: 329-34.
- Sno HN, Beekman ATF, Hengeveld MW, Kuipers T, Kupka RW, Naarding P, e.a. Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Amsterdam; Boom; 2004; 31-3.
- Sternberg DE. Testing for physical illness in psychiatric patients. J Clin Psychiatry 1986; 47: 3-9.
- Sutter A de, de Maeseneer J. Een probleemgeoriënteerd aanvraagformulier. Huisarts en praktijk 1995; 339-44.
- Weide van der J, Hünteler JAL. Standaard laboratoriumonderzoek bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Cobo-bulletin 1998; 31: 3-5.
- Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, e.a. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26: 421-9.

AUTEURS

S.N. SWOLFS is thans psychiater en was ten tijde van het onderzoek arts in opleiding tot psychiater bij GGz Breburg.

R.A. BOERKOEL deed als coassistent onderzoek en is inmiddels arts in opleiding tot psychiater bij GGz Breburg.

C.A.TH. RIJNDERS is psychiater en opleider bij GGz Breburg.

Correspondentieadres: S.N. Swolfs, Zeisstraat 32, 4818 EG Breda.

E-mail: sabineswolfs@hotmail.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-10-2010.

SUMMARY

The added value of somatic screening for psychiatric outpatients – S.N. Swolfs, R.A. Boerkoel, C.A.Th. Rijnders –

BACKGROUND Somatic disorders occur more often in psychiatric patients than in the general population; some disorders are undiagnosed at the moment of referral. According to current guidelines, patients admitted to a psychiatric clinic should receive somatic screening. This recommendation, however, does not apply to outpatients.

AIM To assess the added value of screening for somatic disorders in patients newly referred to the outpatient department of a psychiatric clinic in the Netherlands.

METHOD In a pilot study, newly referred outpatients aged between 18-65 were screened on the basis of a letter of referral, a questionnaire, an interview, standard blood tests and, if deemed necessary, additional blood tests. The screening was considered to have particular benefits when the outcome influenced the patient's subsequent somatic and/or psychiatric treatment.

RESULTS One or more 'new aspects of somatic concern' were found in 62% of the study sample. Of the total of 162 found aspects, 64% were unknown at referral. In 34% of the patients the family doctor was contacted about subsequent treatment; in 2% of the patients a medical specialist was consulted and 10% was referred to a medical specialist.

CONCLUSION A standard form of somatic screening in a psychiatric outpatient unit definitely provides added value. Further research is needed in order to optimise the screening instruments and the practicality of using such instruments.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)4, 201-210]

KEYWORDS psychiatric outpatient department, somatic disorder, somatic screening