

Richtlijn psychiatrische diagnostiek

Richtlijn psychiatrische diagnostiek

Tweede, herziene versie, 2015

*M.W. Hengeveld (voorzitter), A.T.F. Beekman, R.J. Beerthuis, L. Hoekstra,
H.J.C. van Marle, P. Naarding, T. van Oeffelt (richtlijnwerkgroep),
J.W. Hagemeyer en K. Venhorst (projectondersteuning)*

Initiatief: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Met ondersteuning van: Kennisinstituut van Medisch Specialisten
Financiering: de ontwikkeling van deze richtlijn is gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Tweede, herziene druk, 2015 (herziening van Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen: Sno e.a., 2004, zie hoofdstuk 1)

© 2015 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
E-mail: info@nvvp.net
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Deze richtlijn is ook beschikbaar via www.richtlijndatabase.nl.

ISBN 978 90 5898 285 8
NUR 875

Inhoud

Samenstelling van de werkgroep – 8

Overzicht van uitgangsvragen en aanbevelingen – 11

Hoofdstuk 1 Algemene inleiding – 23

- 1 Aanleiding voor de herziening – 23
- 3 Doel – 24
- 4 Afbakening – 25
- 5 Beoogde gebruikers – 25
- Literatuur – 26

Hoofdstuk 2 Methodiek richtlijnontwikkeling – 27

- 1 Eisen WOK en AGREE II – 27
- 2 Werkgroep – 27
- 3 Belangenverklaringen – 27
- 4 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen – 27
- 5 Patiëntenparticipatie – 28
- 6 Zoeken naar wetenschappelijke literatuur – 28
- 7 Overwegingen – 29
- 8 Formuleren van aanbevelingen – 29
- 9 Indicatorontwikkeling – 29
- 10 Kennislacunes – 29
- 11 Commentaar- en autorisatiefase – 30
- 12 Implementatie – 30
- 13 De juridische consequenties van richtlijnen – 30
- 14 Herziening – 31
- Literatuur – 31

Hoofdstuk 3 Psychiatrische diagnostiek – 33

- 1 Inleiding – 33
- 2 Methode literatuuranalyse – 33
- 3 Overwegingen – 34
- 4 Aanbevelingen – 40
- 5 Kennishiaat – 41
- Literatuur – 41

Hoofdstuk 4 Specifieke behandelcontexten en doelgroepen – 43

- 1 Inleiding – 43
 - 2 Methode literatuuranalyse – 43
 - 3 Overwegingen – 44
 - 4 Aanbevelingen – 54
 - 5 Kennishiaat – 55
- Literatuur – 56

Hoofdstuk 5 Somatische diagnostiek – 59

- 1 Inleiding – 59
 - 2 Methode literatuuranalyse – 59
 - 3 Overwegingen – 59
 - 4 Aanbevelingen – 65
 - 5 Kennishiaat – 66
- Literatuur – 67

Hoofdstuk 6 Persoonlijkeheidsdiagnostiek – 69

- 1 Inleiding – 69
 - 2 Methode literatuuranalyse – 69
 - 3 Overwegingen – 69
 - 4 Aanbevelingen – 71
 - 5 Kennishiaat – 71
- Literatuur – 72

Hoofdstuk 7 Vragenlijsten – 73

- 1 Inleiding – 73
 - 2 Methode literatuuranalyse – 73
 - 3 Overwegingen – 73
 - 4 Aanbevelingen – 75
 - 5 Kennishiaat – 75
- Literatuur – 76

Hoofdstuk 8 Aanvullend neurobiologisch onderzoek – 77

- 1 Inleiding – 77
 - 2 Methode literatuuranalyse – 77
 - 3 Overwegingen – 78
 - 4 Aanbevelingen – 80
 - 5 Kennishiaat – 80
- Literatuur – 80

Hoofdstuk 9 Verslaglegging – 81

- 1 Inleiding – 81
 - 2 Methode literatuuranalyse – 81
 - 3 Overwegingen – 81
 - 4 Aanbevelingen – 84
 - 5 Kennishiaat – 85
- Literatuur – 86

Hoofdstuk 10 Formuleren van de psychiatrische diagnose – 87

- 1 Inleiding – 87
 - 2 Methode literatuuranalyse – 87
 - 3 Overwegingen – 87
 - 4 Aanbevelingen – 90
 - 5 Kennishiaat – 90
- Literatuur – 90

Hoofdstuk 11 Omgang met de patiënt – 91

- 1 Inleiding – 91
 - 2 Methode literatuuranalyse – 91
 - 3 Overwegingen – 91
 - 4 Aanbevelingen – 94
 - 5 Kennishiaat – 94
- Literatuur – 94

Hoofdstuk 12 Benodigde competenties – 95

- 1 Inleiding – 95
 - 2 Methode literatuuranalyse – 95
 - 3 Overwegingen – 96
 - 4 Aanbevelingen – 97
 - 5 Kennishiaat – 99
- Literatuur – 99

Hoofdstuk 13 Benodigde tijd – 101

- 1 Inleiding – 101
 - 2 Methode literatuuranalyse – 101
 - 3 Overwegingen – 101
 - 4 Aanbevelingen – 102
 - 5 Kennishiaat – 103
- Literatuur – 103

Hoofdstuk 14 Het wettelijke kader – 105

- 1 Inleiding – 105
 - 2 Methode literatuuranalyse – 105
 - 3 Overwegingen – 106
 - 4 Aanbevelingen – 107
 - 5 Kennishiaat – 108
- Literatuur – 108

Hoofdstuk 15 Kwaliteitsindicatoren – 109

- 1 Inleiding – 109
- 2 Indicatoren – 109

Bijlage 1 Afkortingen – 117

Bijlage 2 Belangenverklaringen – 119

Bijlage 3 Verslag invitational conference over de richtlijn, juli 2013 – 123

Bijlage 4 Verslag focusgroepbijeenkomst over de richtlijn, juni 2013 – 127

Bijlage 5 Zoekstrategie oriënterende search – 131

Bijlage 6 Voorbeeldverslagen status-mentalisonderzoek – 133

- 1 Context: separeer; spoed; eerste beoordeling – 133
- 2 Context: huisbezoek; spoed; eerste beoordeling – 134
- 3 Context: consultatief; spoed; eerste beoordeling; doelgroep: oudere patiënt – 135
- 4 Context: consultatief; doelgroep: oudere patiënt – 135
- 5 Context: poliklinisch; electief; eerste onderzoek – 136
- 6 Context: klinisch; electief; eerste beoordeling – 139
- 7 Context: klinisch; spoed; doelgroep: oudere patiënt – 142
- 8 Context: rapportage – 143

Bijlage 7 Voorbeeld psychiatrische diagnose bij poliklinische patiënt – 149

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- Prof.dr. M.W. Hengeveld (voorzitter), zelfstandig gevestigd psychiater, Leiden.
- Prof.dr. A.T.F. Beekman, hoogleraar Psychiatrie VUmc, raad van bestuur GGZ inGeest en voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Utrecht.
- R.J. Beerthuis, psychiater en opleider psychiatrie, GGZ inGeest, Amsterdam.
- L. Hoekstra, kinder- en jeugdpsychiater, Karakter (centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie met locaties in Gelderland en Overijssel), locatie Nijmegen.
- Prof.dr. H.J.C. van Marle, hoogleraar forensische psychiatrie, Erasmus MC en Erasmus School of Law, Rotterdam.
- Dr. P. Naarding, psychiater en opleider psychiatrie, GGNet, Apeldoorn.
- T. van Oeffelt, arts in opleiding tot psychiater, Reinier van Arkel Groep, Den Bosch.

Ondersteuning

- J.W. Hagemeijer, senior adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht.
- K. Venhorst, junior adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht.

Overzicht van uitgangsvragen en aanbevelingen

Hier volgt een opsomming van de aanbevelingen uit deze richtlijn. Weggelaten zijn de overwegingen die tot de aanbevelingen hebben geleid: zie daarvoor de hoofdstukken 3 tot en met 14 van de volledige richtlijn.

Nog afgezien van de overwegingen uit de richtlijn staan deze aanbevelingen niet op zichzelf. Bij medische besluitvorming dient men rekening te houden met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt. Diagnostiek, behandeling en procedures voor de individuele patiënt berusten op wederzijdse communicatie tussen de patiënt, de arts en andere zorgverleners.

Aanbevelingen hoofdstuk 3, psychiatrische diagnostiek

Uitgangsvraag

Wat houdt psychiatrische diagnostiek in?

Aanbevelingen

- Classificatie is een onderdeel van diagnostiek. Maak bij de psychiatrische diagnostiek expliciet onderscheid tussen classificatie en diagnostiek.
- Gebruik de DSM-5 om te komen tot een classificatie van de psychiatrische stoornis.
- Onderzoek systematisch de ernst, de fase van ontwikkeling, de complicaties en de uitbreiding in termen van functionele gevolgen van de stoornis (stagering).
- Onderzoek systematisch de factoren die van belang zijn voor profilering: factoren die de etiologie en het beloop van het ziektebeeld kunnen verklaren (inclusief beschermende factoren) en factoren waarvan bekend is dat zij het behandel-effect kunnen voorspellen (van de beschikbare behandelvormen).
- Betrek systematisch de kennis, ervaring, verwachtingen en culturele referentiekaders van de patiënt en diens naasten ten aanzien van de psychiatrische stoornis bij de diagnostiek en de indicatiestelling voor de behandeling.
- Verricht periodieke evaluatie van het beloop van de behandeling. Verricht tevens onderzoek naar factoren die het effect van de behandeling beïnvloeden of, zo nodig, een herevaluatie van de eerder gestelde diagnose als onderdeel van het diagnostische proces.

Aanbevelingen hoofdstuk 4, specifieke behandelcontexten en doelgroepen

Uitgangsvraag

Welke onderdelen van de psychiatrische diagnostiek zijn essentieel in specifieke behandelcontexten en bij specifieke patiëntengroepen?

Aanbevelingen

- Somatische diagnostiek, persoonlijkheidsdiagnostiek, vragenlijsten en aanvullende diagnostiek zijn essentiële onderdelen van psychiatrische diagnostiek. Zie hiervoor de hoofdstukken 5 tot en met 8 van de richtlijn.
- Zorg voor een duidelijk geformuleerde vraagstelling bij de uitvoering van psychiatrische diagnostiek. Zorg er daarbij voor dat duidelijk is wat de directe aanleiding is voor deze vraagstelling.
- Verricht bij alle patiënten:
 - een speciële (hetero-) anamnese;
 - een algemene (tractus mentalis) (hetero-) anamnese;
 - een (hetero-) anamnese van het gebruik van (genees-) middelen;
 - een status-mentalisonderzoek.
- Beperk dit in geval van een gerichte vraagstelling eventueel tot de relevante onderdelen van de anamnese en het onderzoek.
- Vraag bij elke patiënt naar de psychiatrische voorgeschiedenis.
- Neem een psychiatrische familieanamnese op. Indien dit niet gebeurt, moeten daar goede redenen voor zijn. Bij een poliklinische of klinische intake is een psychiatrische familieanamnese altijd geïndiceerd.
- Neem bij elke patiënt een sociale en biografische (hetero-) anamnese op. Doe dit beperkt in situaties die zijn gericht op een behandelbeslissing of op een advies:
 - een spoedconsult;
 - een beoordeling in de separeer;
 - een beoordeling van een patiënt in detentie;
 - een huisbezoek;
 - een consultatie.
- Neem een ontwikkelingsheteroanamnese op wanneer er aanwijzingen zijn voor een etiologische rol van stoornissen in de ontwikkeling.
- Taxeer altijd het gevaar voor de patiënt zelf, voor anderen of voor goederen bij:
 - een spoedconsult;
 - een beoordeling in de separeer;
 - een beoordeling van een patiënt in detentie;
 - een huisbezoek;
 - een consultatie;

- een spoedopname.
- Doe dit op indicatie: bij een electief onderzoek van een ambulante of klinische patiënt.
- Denk bij de diagnostiek van oudere, zwakbegaafde, licht verstandelijk beperkte, slechthorende en/of dove patiënten aan eventuele sensorische of neurocognitieve belemmeringen en tracht altijd een hetero-anamnese (inclusief de huisarts) op te nemen. Vraag bij patiënten met een andere culturele achtergrond altijd naar de migratie- en acculturatie-geschiedenis.

Aanbevelingen hoofdstuk 5, somatische diagnostiek

Uitgangsvraag

Wat is de rol van de psychiater bij het somatische onderdeel van de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

- Betrek de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt bij de integrale psychiatrische diagnostiek door:
 - somatische factoren voldoende in kaart te brengen en bij de diagnostiek te betrekken;
 - alert te blijven op veranderingen in somatische factoren en de invloed die deze kunnen hebben op de psychiatrische diagnostiek en omgekeerd.
- Verzamel somatische gegevens allereerst door:
 - de voorinformatie uit het dossier te lezen;
 - informatie (inclusief medicatieoverzicht) op te vragen bij de huisarts, en/of de verwijzer en/of andere behandelaren;
 - (verdere) somatische anamnese bij de patiënt op te nemen en/of hetero-anamnestic informatie te verzamelen;
 - de medicatiegegevens, eventuele intoxicaties, welke behandelaren bij de behandeling betrokken zijn en de somatische voorgeschiedenis uit te vragen en te noteren.
- Weeg af of er een indicatie is voor lichamenlijk onderzoek afhankelijk van:
 - de doelstelling van het onderzoek;
 - het a-prioririsico;
 - de setting.
- Bepaal, indien lichamenlijk onderzoek geïndiceerd is:
 - de mate van urgentie;
 - de mate van uitgebreidheid (oriënterende controles, monitoring, status localis, oriënterend internistisch onderzoek, uitgebreid

- internistisch onderzoek inclusief neurologisch onderzoek);
- wie het onderzoek verricht en wat er met uitslagen wordt gedaan;
 - maak hierover van tevoren afspraken;
 - stem indien van toepassing af met de andere (huis-) artsen van de patiënt.
- Verricht het somatische onderzoek bij klinische opname zo snel mogelijk, maar ten minste binnen 24 uur. Een vuistregel daarbij is: hoe ernstiger het psychiatrische ziektebeeld is, en/of hoe meer aanwijzingen dat er een somatische oorzaak is, des te sneller dit onderzoek dient te worden verricht. Bepaal of de somatische diagnostiek op de psychiatrische afdeling kan plaatsvinden of dat de patiënt naar een somatische afdeling moet worden verwezen.
 - Voer laboratoriumonderzoek uit (of vraag uitslagen op van al elders verricht laboratoriumonderzoek):
 - bij een acuut en ernstig psychiatrisch ziektebeeld;
 - voor het aantonen of uitsluiten van (comorbide) somatische aandoeningen;

Tabel 5.1 De somatische diagnostiek bij specifieke behandelcontexten

Setting	Consul- Ambulant				Kliniek en/of separeer			Psychotherapie
	tatief*				Bij op-	Tijdens	Langdurig	
	o	g	g	g	name	opname	(> 1 jaar)	
Somatische anamnese	o	g	g	g	g	m	g	g
Oriënterende controles	m	m	o	o	g	o	g	m
Lichamelijk onderzoek	m	m	m	o	g	m	o	m
Oriënterend laboratoriumonderzoek	m	m	m	m	o	m	o	m

* detentie, algemeen ziekenhuis, academisch ziekenhuis of andere instelling, of huisbezoek voor crisiscontact

g geïndiceerd: documenteer uw overwegingen als u anders besluit

m mogelijke indicatie op basis van aanwijzingen voor pathologie of vanwege monitoring in het kader van behandeling

o overweeg nadrukkelijk of er indicatie is: uit medisch dossier dient aannemelijk te zijn dat er geen indicatie voor is of dat anderen dit al hebben verricht en anders dienen overwegingen expliciet te worden vermeld

- bij psychofarmacotherapie;
- bij patiënten die langdurig (>1 jaar) in behandeling zijn minstens eenmaal per jaar.
- Werk samen met de huisarts en andere artsen van een patiënt. Overleg waar mogelijk en nodig. Stem af wie aanvullend onderzoek verricht, aanvraagt en interpreteert. Stel de huisarts en andere artsen van de patiënt in elk geval op de hoogte bij:
 - opvallende somatische bevindingen (intake);
 - significante veranderingen (behandeling);
 - eigen spoedverwijzingen naar een medisch specialist.
- Noteer uw bevindingen en/ of overwegingen in het dossier, zeker ook wanneer besloten wordt geen somatische diagnostiek uit te voeren.
- Verricht somatische diagnostiek in specifieke behandelcontexten volgens onderstaand schema (tabel 5.1).

Aanbevelingen hoofdstuk 6, persoonlijkheidsdiagnostiek

Uitgangsvraag

Waaruit bestaat het persoonlijkheidsonderzoek binnen de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

- Stel bij relevante persoonlijkheidsproblematiek vast wat de aard en ernst is van deze persoonlijkheidsproblematiek, of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, en of deze de primaire of de nevendiagnose is.
- Maak voor een juiste inschatting van de persoonlijkheidskenmerken of -stoornis gebruik van informatie uit meerdere bronnen: de sociobiografische anamnese in combinatie met de eigen observaties bij het onderzoek, de heteroanamnese en indien nodig aanvullend persoonlijkheidsonderzoek. Hiervoor zijn in het algemeen meerdere contacten met de patiënt (en diens systeem) noodzakelijk.
- Besteed ook specifiek aandacht aan het vaststellen van relevante persoonlijkheidskenmerken en relatiepatronen die van belang zijn voor de psychopathogenese, het maatschappelijke functioneren en de behandelrelatie.
- Maak bij voorkeur geen gebruik van de classificaties 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' of 'Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis'.

Aanbevelingen hoofdstuk 7, vragenlijsten

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van vragenlijsten binnen de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

- Gebruik bij de psychiatrische diagnostiek waar nodig en waar mogelijk gevalideerde vragenlijsten en houd daarbij rekening met de behandelcontext, de patiëntenpopulatie en de doelstelling.
- Breng ook de steun en de draagkracht van patiënten en hun omgeving waar mogelijk in kaart met gevalideerde vragenlijsten.
- Gebruik de vragenlijsten bij de diagnostiek zo veel mogelijk stapsgewijs (*stepped diagnostics*).
- Volg de stoornisspecifieke richtlijnen voor het gebruik van vragenlijsten die de ernst van de stoornis meten en de voortgang van de behandeling volgen.
- Maak bij risicovolle beoordelingssituaties, zoals de beoordeling van suïcidaliteit of een risico op delictrecidive, waar mogelijk gebruik van gevalideerde vragenlijsten.
- Breng in de langdurige psychiatrie de zorgbehoeften en de zorgzwaarte in kaart met behulp van vragenlijsten.

Aanbevelingen hoofdstuk 8, aanvullend neurobiologisch onderzoek

Uitgangsvraag

Wat is de plaats van aanvullend neurobiologisch onderzoek binnen de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

- Gebruik bij de psychiatrische diagnostiek waar mogelijk aanvullend neurobiologisch onderzoek voor profilering en prognose (biomarkers). Gebruik daarbij het principe van stapsgewijze diagnostiek (*stepped diagnostics*).
- Blijf op de hoogte van klinisch relevante ontwikkelingen in aanvullend neurobiologisch onderzoek in de psychiatrie.

Aanbevelingen hoofdstuk 9, verslaglegging

Uitgangsvraag

Welke eisen worden gesteld aan het verslag van de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

- Schrijf niet meer op dan nodig, maar bedenk ook dat iets als niet gevraagd of niet onderzocht wordt beschouwd wanneer het niet is opgeschreven.
- Noteer wie het verslag heeft geschreven en noteer de datum (bij herhaalde onderzoeken op één dag: ook de tijd).
- Beschrijf in het verslag van de anamnese uitsluitend de feiten en geen veronderstellingen of interpretaties.
- Noteer niet alleen de aanwezigheid, maar ook de afwezigheid van relevante symptomen (bijvoorbeeld: het ontbreken van psychotische symptomen bij een manisch beeld, of van suïcidale gedachten bij een ernstige depressieve stoornis).
- Baseer de diagnostische overwegingen en conclusies op de feiten en bevindingen. Noteer hierbij als psychiater de eigen veronderstellingen en interpretaties.
- Beschrijf in het verslag van de psychiatrische diagnostiek de volgende onderdelen (indien en voor zover deze onderzocht zijn):
 - naam verwijzer;
 - aanleiding of reden voor de verwijzing;
 - vraagstelling van de patiënt en van de verwijzer;
 - omstandigheden en aanwezigen (indien van invloed op de diagnostiek);
 - speciële (hetero-) anamnese (zo veel mogelijk verbatim);
 - algemene psychiatrische ('tractus mentalis') anamnese (op differentieel-diagnostische indicatie);
 - gebruik van middelen (intoxicaties);
 - psychiatrische voorgeschiedenis (inclusief medicatie);
 - psychiatrische familieanamnese;
 - somatische anamnese (inclusief voorgeschiedenis);
 - somatisch onderzoek;
 - actuele medicatie;
 - sociale anamnese;
 - biografische anamnese;
 - ontwikkelingsheteroanamnese;
 - status mentalis;
 - persoonlijkheidstrekken;
 - risicotaxatie;

- klinimetrie;
- aanvullend neurobiologisch onderzoek;
- diagnostische overwegingen;
- diagnostische formulering;
- classificatie volgens de DSM-5;
- differentiële classificatie.

Aanbevelingen hoofdstuk 10, formuleren van de psychiatrische diagnose

Uitgangsvraag

Op welke wijze dienen de diagnostische overwegingen, de psychiatrische diagnose en differentiële diagnose geformuleerd te worden?

Aanbevelingen

- Maak ook bij het formuleren van de uitkomsten van de diagnostiek onderscheid tussen classificatie en diagnostiek.
- Begin indien mogelijk de verslaglegging met een narratieve omschrijving van de diagnostische overwegingen, geef dan de diagnostische formulering met stagering en profilering, en tot slot de classificatie volgens de DSM-5.
- Formuleer de diagnose zo dat deze past bij de vraagstelling en de reden van de psychiatrische diagnostiek, en formuleer de diagnose zodanig dat deze een logische onderbouwing geeft voor de geïndiceerde behandeling.

Aanbevelingen hoofdstuk 11, omgang met de patiënt

Uitgangsvraag

Welke aspecten zijn belangrijk bij de omgang met de patiënt en diens naasten tijdens de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

- Besteed tijdens de psychiatrische diagnostiek op de volgende wijze aandacht aan de omgang met de patiënt:
 - stel uzelf voor aan de patiënt;
 - vraag de patiënt of er eventueel anderen aanwezig mogen zijn (professionals of naasten);
 - geef een samenvatting van de reeds bekende informatie en vraag naar ontbrekende persoonsgegevens;

- exploreer welke beleving en verwachtingen de patiënt heeft van de verwijzing naar de psychiater;
- luister naar de patiënt en respecteer deze;
- bouw een vertrouwensrelatie op met de patiënt en diens naasten;
- geef uitleg over de aard en de procedure van de psychiatrische diagnostiek;
- houd rekening met de klachtenpresentatie, de intellectuele vermogens, en de culturele achtergrond van de patiënt en de invloed daarvan op de psychiater;
- voer het onderzoek uit in de vorm van een gesprek;
- bied optimaal ruimte aan de patiënt om te vertellen over emotioneel gevoelige onderwerpen;
- vraag toestemming aan de patiënt voor het benaderen van niet-aanwezige betrokkenen;
- informeer de patiënt over de voorlopige bevindingen, het onderzoeksplan en de behandelmogelijkheden;
- vraag tot slot hoe de patiënt het onderzoek heeft ervaren en maak zo nodig vervolgspraken.

Aanbevelingen hoofdstuk 12, benodigde competenties

Uitgangsvraag

Welke competenties zijn nodig voor het uitvoeren van de verschillende onderdelen van de psychiatrische diagnostiek?

Aanbevelingen

Classificatie

- De psychiater beschikt bij het vaststellen van een psychiatrische classificatie, alsmede bij het diagnostische proces en bij de indicatiestelling, over de volgende bekwaamheden en competenties:
 - het vermogen om een passende werkrelatie met de patiënt op te bouwen die het betrouwbaar vaststellen van psychiatrische symptomen mogelijk maakt;
 - het vermogen om systematisch psychiatrische symptomen en daaraan verwante gegevens te exploreren, te observeren en te testen in samenwerking met de patiënt, diens naasten en de verwijzer;
 - voldoende kennis en overzicht van psychopathologie en de (functionele) gevolgen daarvan en van de rol van somatische factoren daarbij;
 - het vermogen om een somatische anamnese (inclusief een somatische voorgeschiedenis en de anamnese van gebruik van middelen op te nemen, gericht lichamelijk onderzoek te doen, de indicatie te stellen

voor uitgebreider lichamelijk onderzoek en voor laboratoriumonderzoek en om de resultaten hiervan te interpreteren, zo nodig in overleg met de huisarts of andere medisch specialist(en);

- het vermogen om de methode van het verzamelen van gegevens aan te passen aan de vraagstelling en de context (zie hoofdstuk 4);
- het vermogen om waarnemingen van het gedrag en de interactie met de patiënt, de inhoud van de gegevens, zoals gerapporteerd door de patiënt of diens naasten, en de eigen interpretatie hiervan eerst te scheiden, om ze vervolgens te kunnen integreren in de uiteindelijke classificatie van de psychiatrische stoornis.

Diagnostiek

- De psychiater beschikt bij het uitvoeren van de psychiatrische diagnostiek, alsmede bij de indicatiestelling, over de volgende bekwaamheden en competenties:
 - het vermogen om de vraagstelling van de patiënt en diens verwijzer te vertalen in een diagnostische vraagstelling, met een daarbij passende selectie van diagnostisch meetinstrumentarium;
 - voldoende kennis en vaardigheden om differentiële diagnostiek te verrichten. Dit omvat zowel psychiatrische als overige (somatische) ziektebeelden en vergt brede medische kennis en competenties;
 - het vermogen om, waar passend, onderzoek te doen naar de functionele gevolgen van psychiatrische stoornissen, evenals de effecten op het functioneren in belangrijke maatschappelijke rollen (zoals ouderschap en werk);
 - voldoende kennis van de etiologie, de pathogenese, de prognose en de behandeling van psychiatrische ziektebeelden om te kunnen komen tot een passend begrip van de aard, de ontwikkelingsgeschiedenis en de prognose van de stoornis;
 - het vermogen om de diagnostiek aan te passen aan de fase van ontwikkeling van het ziekteproces en om, lopende een behandeling, adequate monitoring en waar nodig revisie van diagnostiek te plegen;
 - het vermogen om samen met de patiënt en diens naasten tot een diagnose te komen die enerzijds recht doet aan de stand van de psychiatrische kennis (medical expert-rol) en die anderzijds bijdraagt aan betekenisverlening aan en begrip voor de ziekteverschijnselen bij de patiënt (communicatorrol).

Indicatiestelling

- De psychiater beschikt bij het uitvoeren van de indicatiestelling als sluitstuk van de psychiatrische diagnostiek over de volgende bekwaamheden en competenties:

- het vermogen om gegevens uit classificatie en diagnostiek beschikbaar te stellen aan de patiënt, dusdanig dat de patiënt maximaal in staat wordt gesteld tot een weloverwogen behandelkeuze;
- het vermogen om behandelbeleid gezamenlijk met de patiënt vorm te geven (shared decision making);
- het vermogen om de familie, de huisarts, de verwijzers, en andere voor de patiënt belangrijke personen op een passende manier bij de indicatiestelling te betrekken;
- het vermogen om de conclusies uit de diagnostiek en het daaruit voortvloeiende behandelplan goed te communiceren en vast te leggen.

Aanbevelingen hoofdstuk 13, benodigde tijd

Uitgangsvraag

Hoeveel tijd neemt de psychiatrische diagnostiek minimaal in beslag?

Aanbevelingen

- Besteed voldoende tijd aan de uitvoer en verslaglegging van de psychiatrische diagnostiek om het oordeel consistent en concludent te kunnen laten zijn.
- Reserveer voor de complete psychiatrische diagnostiek, dus inclusief classificatie, diagnosestelling en indicatiestelling van een nieuwe (poli-) klinische patiënt gemiddeld twee uur. De verslaglegging is daarbij niet inbegrepen.
- Reserveer voor de complete psychiatrische diagnostiek voor een second opinion gemiddeld drie à vier uur.
- Rapportages binnen een juridisch kader, zoals het bestuurs- of strafrecht, nemen (veel) meer tijd in beslag.

Aanbevelingen hoofdstuk 14, het wettelijke kader

Uitgangsvraag

Welke consequenties heeft het wettelijke kader waarbinnen de psychiatrische diagnostiek plaatsvindt?

Aanbevelingen

- Ken als psychiater de eigen rechtspositie in relatie tot de psychiatrische diagnostiek die wordt gevraagd.
- Controleer de context waarin wordt gewerkt: de rechtspositie van de patiënt bepaalt het handelen van de psychiater.

- Dwing als behandelaar of als rapporteur niets bij de patiënt af, want de psychiater-rapporteur is in de eerste plaats arts.
- Schrijf interacties, overwegingen en beslissingen op in het medische dossier.
- Een rapport, onder welk juridisch domein ook, moet altijd eerst ter inzage en bespreking worden aangeboden aan de patiënt voordat de opdrachtgever het krijgt toegestuurd.

Hoofdstuk 1

Algemene inleiding

1 Aanleiding voor de herziening

Diagnostiek is het hart van elk medisch specialisme en biedt het fundament voor de indicatie van passende zorg. Dat geldt zeker ook voor de psychiatrie. Er bestaan echter veel misverstanden over de aard en de omvang van wat men anno 2015 als goede psychiatrische diagnostiek zou moeten beschouwen en er is ook veel variatie in de wijze waarop deze diagnostiek wordt vormgegeven. Deze misverstanden zijn schadelijk voor de positie van patiënten en ondermijnen het vertrouwen in de psychiatrie.

In 2004 verscheen de *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* (Sno e.a., 2004), uitgegeven door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Onder psychiatrisch onderzoek verstaan we in deze richtlijn het onderzoek in engere zin, in de zin van de status mentalis, dus van de psychiatrische symptomen van de patiënt. Onder psychiatrische diagnostiek verstaan we in deze richtlijn het onderzoek in ruimere zin: de status mentalis en het onderzoek van de etiologie, de pathogenese, het beloop, de prognose, de lijdensdruk, de disfuncties en de behandelmogelijkheden van de patiënt en diens mogelijke psychiatrische stoornis. Psychiatrisch onderzoek vormt de kern van de psychiatrische diagnostiek, maar valt daar niet mee samen. Vanwege het belang van een heldere professionele standaard voor psychiatrische diagnostiek is ervoor gekozen de *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen* (Sno e.a., 2004) grondig te herzien en te voorzien van een nieuwe titel: *Richtlijn psychiatrische diagnostiek*.

Herziening van de richtlijn uit 2004 was ook formeel noodzakelijk, omdat de geldigheidsduur van die richtlijn maximaal vijf jaar was. Bovendien voldeden de opzet en de indeling van de richtlijn uit 2004 niet aan de huidige richtlijnen van medisch specialisten en was die richtlijn niet geschikt voor opname in de richtlijndatabase.

De vorige richtlijn was bedoeld als een zo compleet mogelijk overzicht van de psychiatrische diagnostiek, te vergelijken met een leerboek. Deze herziening daarentegen is opgezet volgens de nieuwe opzet (Orde van Medisch Specialisten, 2012), waarbij er antwoord wordt gegeven op de belangrijkste punten en knelpunten in de praktijk. Deze zijn verwerkt in de volgende uitgangsvragen.

- Wat houdt psychiatrische diagnostiek in?
- Welke onderdelen van de psychiatrische diagnostiek zijn essentieel in specifieke behandelcontexten en bij specifieke patiëntengroepen?
- Welke competenties zijn nodig voor het uitvoeren van de verschillende onderdelen van de psychiatrische diagnostiek?
- Welke aspecten zijn belangrijk bij de omgang met de patiënt en diens naasten tijdens de psychiatrische diagnostiek?
- Wat is de rol van de psychiater bij het somatische onderdeel van de psychiatrische diagnostiek?
- Waaruit bestaat het persoonlijkheidsonderzoek binnen de psychiatrische diagnostiek?
- Wat is de plaats van vragenlijsten binnen de psychiatrische diagnostiek?
- Wat is de plaats van aanvullend neurobiologisch onderzoek (biomarkers) binnen de psychiatrische diagnostiek?
- Op welke wijze dienen de diagnostische overwegingen, de psychiatrische diagnose en differentiële diagnose geformuleerd te worden?
- Welke eisen worden gesteld aan het verslag van de psychiatrische diagnostiek?
- Hoeveel tijd neemt de psychiatrische diagnostiek minimaal in beslag?
- Welke consequenties heeft het wettelijke kader waarbinnen de psychiatrische diagnostiek plaatsvindt?

Hoewel het verrichten en verslagleggen van de psychiatrische diagnostiek de laatste jaren in ons land zeker meer is gesystematiseerd, vooral bij recent opgeleide psychiaters, is de indruk dat de richtlijn van 2004 onvoldoende bekend is geworden bij de beroepsgroep. De vraag is daarom in hoeverre de richtlijn geleid heeft tot verbetering van de dossiervorming in de psychiatrie, bijvoorbeeld door het invoeren van een modelstatus. Dat betekent dat implementatie van deze herziene richtlijn een belangrijk punt van aandacht is.

2 Doel

Psychiatrische diagnostiek is de kerncompetentie van de psychiater. Dat betekent dat alle psychiaters deze diagnostiek volgens de hoogste kwaliteitseisen moeten verrichten. De richtlijn heeft daarom als doel het bevorderen van het optimaal en systematisch uitvoeren van de psychiatrische diagnostiek door de psychiater. Het valt te verwachten dat systematisering leidt tot een accurater, een betrouwbaarder en een meer valide psychiatrische diagnostiek. Op haar beurt bevordert een betere psychiatrische diagnostiek de kwaliteit van zorg en het inzetten van passende behandelingen. De richtlijn kan ook een bijdrage leveren aan verbetering van de intercollegiale communicatie en van de mogelijkheden tot intercollegiale toetsing.

Daarnaast bevordert de richtlijn de betrouwbaarheid van gegevens bij wetenschappelijk onderzoek en kan de richtlijn gebruikt worden in het onderwijs aan medische studenten en artsen in opleiding tot psychiater. Diagnostiek is de basis van de afbakening van de gezondheidszorg en een lege artis gestelde diagnose is een noodzakelijke voorwaarde voor een patiënt om aanspraak te kunnen maken op passende voorzieningen. Dit betreft zowel de aanspraak op geneeskundige zorg als toegang tot allerlei andere maatschappelijke voorzieningen. Voor patiënten betekent een diagnose echter veel meer dan de genoemde aanspraken. Psychiatrische diagnostiek is een essentiële interventie die grote gevolgen heeft in het leven en de beleving van patiënten. Het allerbelangrijkste doel van de richtlijn is te zorgen dat er een heldere professionele standaard is voor de manier waarop de diagnostiek dient te worden uitgevoerd.

3 Afbakening

Deze richtlijn is van toepassing op alle deelterreinen waarin psychiaters werkzaam zijn, waaronder de volwassenenpsychiatrie, de ouderenpsychiatrie, de klinische psychiatrie, de ambulante psychiatrie, de spoedeisende psychiatrie, de consultatieve psychiatrie, de ziekenhuispsychiatrie, de psychiatrische psychotherapie, de verslavingspsychiatrie, de forensische psychiatrie, de psychiatrie bij verstandelijk beperkten en de psychiatrie in de zelfstandige praktijk. De richtlijn is niet bedoeld voor de doelgroep kinderen en jeugdigen. Deze doelgroep vereist namelijk, meer dan bij de diagnostiek in de volwassenen- en ouderenpsychiatrie, bijzondere aandacht voor gezin, school en ontwikkelingsperspectief. Deze contexten komen in deze richtlijn niet aan de orde. Deze richtlijn geeft een algemeen stramien waarop alle psychiatrische richtlijnen waarin psychiatrische diagnostiek aan de orde komt, kunnen aansluiten.

4 Beoogde gebruikers

De primaire doelgroep van deze richtlijn wordt gevormd door alle psychiaters. De richtlijn is bedoeld als een kwaliteitsinstrument voor de psychiatrische diagnostiek door de psychiater en de arts in opleiding tot dit medische specialisme. De richtlijn beoogt niet om aanbevelingen te doen voor de diagnostiek van psychiatrische stoornissen door andere disciplines dan de psychiater.

Andere beroepsgroepen kunnen natuurlijk wel aanbevelingen uit de richtlijn halen die deels of geheel van toepassing zijn op de diagnostiek van psychiatrische stoornissen binnen hun specifieke context en indien dat valt

onder hun specifieke bekwaamheden. Wij denken daarbij in het bijzonder aan huisartsen, sociaal geneeskundigen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, klinisch gerieters, neurologen, revalidatiegeneeskundigen, artsen voor spoedeisende psychiatrie, gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundig specialisten ggz.

Literatuur

- Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen (2012). *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0* [versie 2, oktober 2012]. Utrecht: Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten.
- Sno, H.N., Beekman, A.T.F., Hengeveld, M.W., Kuipers, T., Kupka, R.W., Naarding, P., e.a. (2004). *Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen*. Amsterdam: Boom.

Hoofdstuk 2

Methodiek richtlijnontwikkeling

1 Eisen WOK en AGREE II

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen in het rapport *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0* (Orde, 2012) van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (WOK) van de Orde van Medisch Specialisten (tegenwoordig Federatie Medisch Specialisten). Dit Nederlandse rapport is opgesteld volgens het internationale beoordelingsinstrument voor richtlijnen AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) (www.agreetrust.org). AGREE II (AGREE Next Steps Consortium, 2013) is een internationaal breed geaccepteerd instrument om de kwaliteit van richtlijnen te beoordelen.

2 Werkgroep

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2013 een werkgroep ingesteld van psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (zie het hoofdstuk Samenstelling van de werkgroep). De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft de werkgroepleden gemandateerd voor deelname. De werkgroep heeft gedurende twee jaar gewerkt aan de totstandkoming van de richtlijn. De richtlijnwerkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

3 Belangenverklaringen

De werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar een (al dan niet financieel ondersteunde) betrekking hebben onderhouden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn. Een overzicht van deze belangenverklaringen vindt u in bijlage 2.

4 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen in het rapport *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0* (Orde, 2012) van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit (wOK) van de Orde van Medisch Specialisten (tegenwoordig Federatie Medisch Specialisten). Dit Nederlandse rapport is opgesteld volgens het internationale beoordelingsinstrument voor richtlijnen AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II) (www.agreetrust.org). AGREE II (AGREE Next Steps Consortium, 2013) is een internationaal breed geaccepteerd instrument om de kwaliteit van richtlijnen te beoordelen.

Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse hebben de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken, waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld.

5 Patiëntenparticipatie

Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door een bijeenkomst met de focusgroep te organiseren. Het verslag van de focusgroep is besproken in de werkgroep en op basis hiervan is besloten om in de richtlijn de volgende uitgangsvraag op te nemen en uit te werken: ‘Welke aspecten zijn belangrijk bij de omgang met de patiënt en diens naasten tijdens de psychiatrische diagnostiek?’ De beantwoording van deze uitgangsvraag is grotendeels gebaseerd op de inbreng uit het focusgroepeverleg. Het verslag van het focusgroepeverleg is te vinden in bijlage 4. Daarnaast heeft de werkgroep de conceptrichtlijn voor commentaar voorgelegd aan de deelnemers aan de focusgroep.

6 Zoeken naar wetenschappelijke literatuur

Eerst heeft de werkgroep oriënterend met algemene zoektermen gezocht naar bestaande buitenlandse richtlijnen in www.guideline.gov, en naar systematische reviews vanaf 2010 in Medline (zie voor de zoekstrategie voor deze oriënterende search bijlage 5). De werkgroep vond geen systematische reviews die relevant waren voor beantwoording van de uitgangsvragen. De werkgroep vond één mogelijk relevante buitenlandse richtlijn, namelijk de *Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults, second edition* van de American Psychiatric Association (APA, 2006). Voor deze richtlijn heeft APA een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd. Bij nadere bestudering van deze bronnen bleek de gebruikte

literatuur veelal van beperkte kwaliteit. Daarnaast bleek de APA-richtlijn niet direct bruikbaar voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Voor iedere afzonderlijke uitgangsvraag is de werkgroep nagegaan of een systematische literatuuranalyse zou kunnen bijdragen aan de beantwoording van de vraag. Bij geen van de uitgangsvragen bleek dit het geval. Dit kan worden verklaard door het karakter van de uitgangsvragen die zijn opgenomen in deze richtlijn en de beperkte beschikbaarheid van relevante literatuur met een hoge mate van bewijskracht (zie de betreffende hoofdstukken voor een specifieke toelichting, in de paragrafen Methode literatuuranalyse).

7 Overwegingen

Voor een aanbeveling zijn naast het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk, zoals de expertise van de werkgroepleden, patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten zijn in de hoofdstukken uitgewerkt in de paragrafen Overwegingen.

8 Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen in deze richtlijn geven antwoorden op de uitgangsvragen en worden onderbouwd in de overwegingen.

9 Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met de conceptringlijn ontwikkelde de richtlijnwerkgroep interne kwaliteitsindicatoren die ggz-organisaties kunnen gebruiken om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Deze kwaliteitsindicatoren zijn opgenomen in hoofdstuk 15. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (kims) (kims.orde.nl).

10 Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is voor iedere uitgangsvraag nagedacht of een systematische literatuuranalyse zou kunnen bijdragen aan het beantwoorden van de uitgangsvraag. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek

gewenst is. Aanbevelingen voor nader onderzoek en/of vervolgonderzoek worden aan het einde van elk hoofdstuk gegeven in de paragrafen Overwegingen.

11 Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is voorgelegd aan de leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en aan alle relevante partijen die ook waren uitgenodigd voor de invitationale conference tijdens de knelpuntenanalyse. Ook is de conceptrichtlijn voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). De commentaren zijn verzameld en zijn besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren is de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn is door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische (NVvP) worden voorgelegd voor autorisatie en is uiteindelijk door de NVvP geautoriseerd.

12 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.

De richtlijn wordt digitaal verspreid onder alle leden van de NVvP. Daarnaast zal de richtlijn onder de aandacht worden gebracht door publicatie in tijdschriften zoals *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *De Psychiater*, *Medisch Contact* en *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Ook zal de richtlijn worden opgenomen in de landelijke Richtlijnen-database: www.richtlijnen-database.nl.

13 De juridische consequenties van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar bevatten op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen.

Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op algemene evidence voor optimale zorg voor de gemiddelde patiënt, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken,

dient dit – indien relevant – in overleg met de patiënt te gebeuren. Afwijkingen van de richtlijn moeten altijd beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

14 Herziening

Uiterlijk in 2020 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) of de hoofdstukken in deze richtlijn nog actueel zijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Literatuur

- AGREE Next Steps Consortium. (2013). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II: AGREE II Instrument* [May 2009; update September 2013]. Available from: www.agreetrust.org.
- APA. (2006). *Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults, second edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/psychevaladults.pdf.
- Everdingen, J.J.E. van, Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Barneveld, T.A. van, & Klundert, J.L.M. van de. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen. (2012). *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0* [versie 2, oktober 2012]. Utrecht: Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten.

Hoofdstuk 3

Psychiatrische diagnostiek

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Wat houdt psychiatrische diagnostiek in?

Diagnostiek behelst het systematisch verzamelen van medische informatie om deze vervolgens op een zinvolle manier te ordenen en te communiceren. De diagnostiek van patiënten met psychiatrische stoornissen omvat alle onderdelen van diagnostiek die gebruikelijk zijn in de geneeskunde.

Mede door de grote invloed van de Amerikaanse psychiatrie is er verwarring ontstaan over het verschil tussen het aan de hand van symptomen van patiënten classificeren van psychiatrische syndromen en de eigenlijke diagnostiek van psychiatrische stoornissen. In dit hoofdstuk beschrijven we daarom het onderscheid tussen classificatie en diagnostiek.

Psychiatrische problematiek komt veel voor en er wordt ook buiten de psychiatrie, door andere disciplines dan de psychiatrie, aan diagnostiek gedaan. Deze richtlijn daarentegen behelst de onderdelen van de medisch specialistische diagnostiek van patiënten met psychiatrische stoornissen zoals die door de psychiater wordt uitgevoerd. Dit hoofdstuk vormt de basis voor de rest van deze richtlijn.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de het karakter van deze vraag zich niet leent voor beantwoording door middel van primair wetenschappelijk onderzoek.

3 Overwegingen

3.1 Doelen

Diagnostiek dient meerdere doelen:

- overdracht van medische informatie (communicatief doel: intercollegiaal en in de arts-patiëntrelatie);
- afbakening van het domein van de gezondheidszorg;
- vaststellen van een samenhangende verzameling van klinische gegevens (beschrijvende, syndromale diagnostiek);
- beschrijving van etiologie en pathogenese (etiologische diagnostiek);
- voorspellen van het te verwachten natuurlijke beloop van de stoornis (prognostische diagnostiek);
- voorspellen van te verwachten effecten van behandeling (indicatiestelling voor passende behandeling);
- inventariseren van ervaringen, verklaringen en verwachtingen die de patiënt heeft van zijn ziekteverschijnselen;
- verantwoording van het medische handelen.

3.2 Gegevensverzameling

Figuur 3.1 geeft de drie niveaus van gegevensverzameling weer die aan de behandeling voorafgaan: classificatie, diagnostiek en indicatiestelling. De richtlijn onderscheidt deze drie niveaus van gegevensverzameling omdat ze sterk verschillen in:

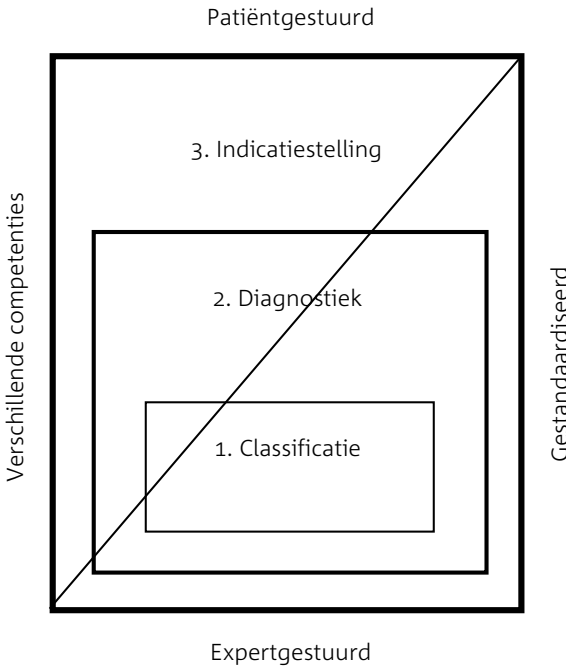
- het type informatie dat noodzakelijk is;
- de complexiteit;
- de standaardiseerbaarheid;
- de voorspelbaarheid;
- de benodigde competenties.

Dit onderscheid in niveaus helpt om voor specifieke onderdelen van het onderzoek activiteiten die wel en niet door andere disciplines dan de psychiater uitgevoerd kunnen worden, te onderscheiden.

In figuur 3.1 zijn de drie niveaus van gegevensverzameling schematisch samengevat. Van onder (classificatie) naar boven (indicatiestelling) nemen de benodigde specialistische expertise en competenties toe en neemt de standaardiseerbaarheid van het onderzoek af.

Classificatie is in hoge mate expertgestuurd. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt bij de classificatie object van onderzoek is en dat de gegevens die de arts verzamelt en de betekenis die deze hieraan verleent, worden ingepast in de bestaande psychiatrische classificatie. Bij de diagnostiek daarentegen zijn de context, de beleving en de betekenis van de symptomatologie belangrijker. De indicatiestelling tot slot staat in dienst van het voldoen aan de vragen en de wensen van de patiënt en is daarmee het meest patiëntgestuurd.

Figuur 3.1 De drie niveaus van gegevensverzameling binnen de psychiatrische diagnostiek



Diagonale lijn: de competenties nemen toe bij een hoger niveau, de standaardiseerbaarheid neemt af bij een hoger niveau

Niveau 1: classificatie

Het eerste niveau van gegevensverzameling is de classificatie van psychiatrische symptomatologie volgens de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) en de *International classification of diseases* (ICD). In onze beroepsgroep wordt op 1 januari 2016 de DSM-5 ingevoerd als psychiatrisch classificatiesysteem. Op niveau 1 geeft men een overwegend etiologisch neutrale beschrijving van de symptomen zoals deze zich bij de patiënt voordoen. Dit eerste niveau van gegevensverzameling is goed te standaardiseren. De gegevens op dit niveau zijn volstrekt onvoldoende voor het vaststellen van de indicatie voor een specialistische behandeling. Wel zijn deze gegevens geschikt voor verwijzing voor verdere diagnostiek. Er zijn diverse gestandaardiseerde en sterk gestructureerde interviews beschikbaar waarmee men tot een betrouwbare classificatie van psychiatrische syndromen kan komen. Voorbeelden zijn de Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), de mini-SCAN (een verkorte uitvoering

van de Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), de SCAN, het Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID-II) en de Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Beekman & De Beurs, 2004).

Niveau 2: diagnostiek

De psychiatrische diagnostiek (tweede niveau) gaat veel verder dan alleen classificatie en is daarom bij uitstek een specialistische aangelegenheid. Specialistische diagnostiek behelst, naast de genoemde beschrijving en classificatie van de symptomen:

- inventarisatie van de betekenis en beleving van de symptomen voor en door de patiënt en diens naasten;
- een omschrijving van de fase van ontwikkeling, complicaties en uitbreiding van het ziektebeeld (stagering);
- comorbiditeit;
- differentiële diagnostiek: het uitsluiten van andere aandoeningen
- een dynamische beschrijving van etiologische en pathogenetische factoren die hebben bijgedragen tot de ontwikkeling van de stoornis;
- specifieke functies die door het ziektebeeld verstoord zijn alsmede de invloed die dat heeft op het functioneren op relevante levensgebieden;
- factoren die van invloed kunnen zijn op het te verwachten beloop van de stoornis;
- factoren die de te verwachten effecten van behandeling beïnvloeden en daarom van belang zijn bij indicatiestelling en verantwoording.

In tegenstelling tot de classificatie is de diagnostiek niet te standaardiseren. Het hangt sterk af van de vraagstelling, de context, de setting en de aard van de problematiek, hoe diep de psychiater zal ingaan op de verschillende onderdelen van de diagnostiek.

Niveau 3: indicatiestelling

De indicatiestelling voor behandeling (derde niveau) is een proces waarbij de psychiater als medisch expert de bij niveau 2 genoemde gegevens inbrengt (Concilium Psychiatricum, 2009). Het uiteindelijke besluit over de meest passende behandeling is een gedeelde activiteit van de patiënt en de psychiater. Hierbij integreert de arts de persoonlijke overwegingen van de patiënt met de medisch specialistische overwegingen, ook wel *shared decision making* genoemd (Elwyn e.a., 2014). Een goede indicatiestelling behelst het integreren van medische kennis met de ervaringskennis van de patiënt en diens naasten. Een inventarisatie van relevante kennis en ervaring van de patiënt en diens naasten is onderdeel van het diagnostische proces en behoort tot de kernvaardigheden van de psychiater. De indicatiestelling is het sluitstuk, het resultaat van de diagnostische fase.

3.3 Activiteiten en resultaten van de psychiatrische diagnostiek

Tabel 3.1 geeft de activiteiten en resultaten weer op de drie niveaus van gegevensverzameling bij de psychiatrische diagnostiek.

Tabel 3.1 Psychiatrische diagnostiek

<i>Niveau</i>	<i>Activiteiten</i>	<i>Resultaten</i>
Classificatie	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische anamnese • Psychiatrisch onderzoek • Somatische anamnese • Somatisch onderzoek • Eventueel gestructureerd interview 	<ul style="list-style-type: none"> • Classificatie volgens de DSM-5 of de ICD-10
Diagnostiek	<p>Idem als bij classificatie, maar toegespitst op de vraagstelling en het individu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusief gebruik van vragenlijsten en aanvullend neurobiologisch onderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Stagering • Profilering van factoren relevant voor: <ul style="list-style-type: none"> – etiologie; – pathogenese; – prognose; – effect van de behandeling. • Risicotaxatie
Indicatie- stelling	<ul style="list-style-type: none"> • Shared decision making • Periodieke evaluatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandelplan

DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5); ICD-10: International classification of diseases (10e revision).

De basis van de psychiatrische diagnostiek zijn de psychiatrische anamnese en het psychiatrische onderzoek (Hengeveld & Schudel, 2003). Deze basis wordt gebruikt voor zowel de classificatie als de diagnostiek en loopt geleidelijk over in het samen met de patiënt vaststellen van de indicatie voor behandeling.

Binnen de classificatie verricht men naast de psychiatrische anamnese en het psychiatrische onderzoek ook de somatische anamnese en het somatische onderzoek, wat resulteert in een classificatie volgens de DSM-5 of de ICD-10. Voor de diagnostiek zijn deze activiteiten net zo belangrijk, maar vragen deze een veel bredere en diepgaander analyse van de problematiek van de patiënt. Daarnaast is vaak somatisch onderzoek nodig om een diagnose te kunnen stellen en kan de reactie op behandeling van diagnostisch belang zijn. De diagnostiek resulteert in een stagering en een profilering van het ziektebeeld en in een geïntegreerd, samenhangend beeld van de psychiatrische stoornis.

Stagering

Stagering is een vanzelfsprekend onderdeel van de medische diagnostiek, maar dit onderdeel wordt momenteel niet systematisch gerapporteerd of geregistreerd. Met een stagering beoogt men de mate van ontwikkeling en uitbreiding van de stoornis vast te stellen (Beekman e.a., 2012). In de DSM-5 zijn inmiddels de volgende stoornissen en groepen stoornissen van een rudimentaire stagering voorzien: ADHD, de psychotische stoornissen, de stemmingsstoornissen, de stoornissen in het gebruik van een middel, en de verschillende vormen van dementie. In de literatuur noemt men verschillende mogelijke vormen van stagering van psychiatrische ziektebeelden (Cosci & Fava, 2013). De invloedrijkste en recentste stagering is uniform voor alle psychiatrische ziektebeelden en wordt daarom hier aanbevolen (McGorry, 2007), zie tabel 3.2. Voor aandoeningen met een minder episodisch beloop, zoals dementie, is het stageringsmodel uit tabel 3.2 minder relevant. Maar bij bijvoorbeeld de autismespectrumstoornis blijft het relevant om de uitbreiding en de ernst van de stoornis systematisch in kaart te brengen.

Tabel 3.2 Stagering van psychiatrische ziektebeelden (McGorry, 2007)

Stadium	Omschrijving	Passende interventie
1a	Etiologische risicofactoren aanwezig	Selectieve preventie
1b	Prodromale of subsyndromale symptomen	Geïndiceerde preventie
2	Eerste episode volledig ontwikkeld ziektebeeld	Behandeling en herstellen van het functioneren
3a	Remissie met restsymptomen	• Relapspreventie
3b	Relaps zonder volledig herstel	• Zo nodig behandeling
3c	Meerdere ziekte-episoden zonder volledig herstel	opschalen
4	Chroniciteit	Behandeling en herstel bevorderen

De stagering helpt om de diagnostiek te laten aansluiten bij een fasering in de behandeling, met bijpassende zorgarrangementen. Hoewel er nog weinig empirische evidentie bestaat over de betrouwbaarheid en de validiteit van dit stageringsmodel, sluit het zo goed aan bij het klinisch denken dat het hier toch wordt aanbevolen.

Afhankelijk van de context en de vraagstelling wordt de stagering meer of minder gedetailleerd aangevuld met een omschrijving van de complicaties, de comorbiditeit en de functionele gevolgen van de stoornis. Voor dit laatste heeft de DSM-5 de World Health Organization Disability Assessment

Schedule 2.0 (whodas 2.0) opgenomen, een goed gevalideerd instrument dat uitgebreid kan worden met specifieke meetinstrumenten waar dat gewenst is. Zie hiervoor de stoornisspecifieke richtlijnen.

De factoren die relevant zijn voor de etiologie en pathogenese, evenals de factoren die het natuurlijke beloop en de reactie op specifieke behandelinterventies voorspellen, worden samen *clinical profilers* genoemd. Het gaat hierbij zowel om factoren die de kans op ziekte verhogen als om factoren die beschermen tegen ziekte. Hoewel de verschillende psychiatrische stoornissen veel van dit soort factoren delen (zoals vroegkinderlijke traumatisering), zijn er ook factoren die verschillen per ziektebeeld en per fase van de ontwikkeling van het ziektebeeld. Zie hiervoor de stoornisspecifieke literatuur en richtlijnen. De onderlinge samenhang en dynamiek volgens welke de verschillende factoren uiteindelijk tot het ontstaan van de stoornis hebben geleid, verschilt sterk per patiënt. Het zo goed mogelijk verklaren van het ontstaan en het beloop van het ziektebeeld en het daarmee zo veel mogelijk opstellen van een op de patiënt toegesneden behandelplan is bij uitstek een specialistische competentie.

Kader 3.1 geeft een opsomming van profileringsfactoren voor de depressieve stoornis, gebaseerd op nog niet gepubliceerd literatuuronderzoek. Dit kader is toegevoegd omdat het illustreert dat complete psychiatrische diagnostiek zeer uitgebreid kan zijn. Het hangt van de context en vraagstelling af hoe diepgaand de diagnostiek moet zijn en het is bij uitstek de competentie van de psychiater om hierin keuzes te maken.

Kader 3.1 Mogelijke profileringsfactoren bij de depressieve stoornis

- Traumatisering
- Recente levensgebeurtenissen
- Verhoogd neuroticisme
- Onvoldoende sociale steun
- Onvoldoende betekenisvolle activiteiten
- Comorbide angst
- Comorbide verslaving
- Stoornis in de impulsbeheersing
- Stoornis van het circadiane ritme
- Slaapstoornissen
- Stoornis in de agressieregulatie
- Suïcidaliteit
- Bipolariteit
- Positieve familieanamnese
- Pijn
- Stoornissen van de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA-as)
- Seizoensgebonden stemmingswisseling

- Inflammatie en inflammatoire aandoeningen
 - Obesitas en diabetes mellitus
 - Vasculaire aandoeningen en hart- en vaatziekten
 - (Neuro-) endocriene aandoeningen
 - Neurodegeneratieve aandoeningen
 - Zwangerschap
 - Stemmingsstoornis gebonden aan cyclus
 - Gering vermogen tot reflectie en introspectie
 - Beperkte intelligentie
-

Binnen de indicatiestelling wordt op basis van shared decision making en risicotaxatie een behandelplan opgesteld en uitgevoerd (Legaré e.a., 2010). Dit behandelplan wordt vervolgens periodiek geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. De hulpvraag van de patiënt en diens verwijzer is essentieel bij de indicatiestelling. De wijze waarop de hulpvraag en de eventuele specifieke wensen van de patiënt voor te indiceren hulp worden geïnventariseerd, hangt sterk af van de context en de setting. Dit kan variëren van een eenvoudig gesprek tot een uitgebreider onderzoek waarbij familie en andere naasten worden betrokken of waarbij gestandaardiseerde instrumenten worden gebruikt. Deze richtlijn behandelt de stappen die voorafgaan aan de indicatiestelling: classificatie en diagnostiek.

4 Aanbevelingen

- Classificatie is een onderdeel van diagnostiek. Maak bij de psychiatrische diagnostiek expliciet onderscheid tussen classificatie en diagnostiek.
- Gebruik de DSM-5 om te komen tot een classificatie van de psychiatrische stoornis.
- Onderzoek systematisch de ernst, de fase van ontwikkeling, de complicaties en de uitbreiding in termen van functionele gevolgen van de stoornis (stagering).
- Onderzoek systematisch de factoren die van belang zijn voor profilering: factoren die de etiologie en het beloop van het ziektebeeld kunnen verklaren (inclusief beschermende factoren) en factoren waarvan bekend is dat zij het behandel-effect kunnen voorspellen (van de beschikbare behandelvormen).
- Betrek systematisch de kennis, ervaring, verwachtingen en culturele referentiekaders van de patiënt en diens naasten ten aanzien van de psychiatrische stoornis bij de diagnostiek en de indicatiestelling voor de behandeling.

- Verricht periodieke evaluatie van het beloop van de behandeling. Verricht tevens onderzoek naar factoren die het effect van de behandeling beïnvloeden of, zo nodig, een herevaluatie van de eerder gestelde diagnose als onderdeel van het diagnostische proces.

5 Kennishiaat

Er ontbreekt onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van stageringsmodellen.

De kennis van etiologische en prognostische factoren is nog beperkt.

Onderzoek naar nieuwe modellen voor diagnostiek, zoals *experience sampling*, waarbij veel vaker en gedurende het gewone leven van de patiënt informatie wordt verzameld ten bate van de diagnostiek (bijvoorbeeld Van Os e.a., 2014), dient nog te worden uitgevoerd.

Literatuur

- Beekman, A.T.F., & Beurs, E de. (2004). Meetinstrumenten bij aanmelding in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 653-658.
- Beekman, A.T.F., Os, J. van, Marle, H.J.C. van, & Harten, P.N. van. (2012). Thema-nummer staging en profilering: hervorming van diagnostiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 913-914.
- Concilium Psychiatricum, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009). *HOOP: Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom. Raadpleegbaar via: www.lumc.nl/sub/3010/att/1210080440452027.pdf.
- Cosci, F., & Fava, G.A. (2013). Staging of mental disorders: systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 20-34.
- Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R.M., Marrin, K., White, J., & Frosch, D.L. (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Annals of Family Medicine*, 12, 270-275.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e dr.). Utrecht: De Tijdstroom.
- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Graham, I.D., & Turcotte S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010(5), Article CD006732. The Cochrane Library Database.

- McGorry, P.D. (2007). Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 164, 859-860.
- Os, J. van, Lataster, T., Delespaul, P., Wichers, M., & Myin-Germeys, I. (2014). Evidence that a psychopathology interactome has diagnostic value, predicting clinical needs: an experience sampling study. *PLoS One*, 9, e86652.

Hoofdstuk 4

Specifieke behandelcontexten en doelgroepen

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Welke onderdelen van de psychiatrische diagnostiek zijn essentieel in specifieke behandelcontexten en bij specifieke patiëntengroepen?

In veel behandelcontexten en bij sommige specifieke patiëntenpopulaties is het niet mogelijk of nodig om de psychiatrische diagnostiek volledig uit te voeren. In de vorige versie van deze richtlijn is getracht enige aanwijzingen te geven over de specifieke kenmerken en de mate van uitgebreidheid van het onderzoek in een aantal specifieke situaties, vooral een eerste beoordeling ('voordeurbeoordeling'), een incidentele controle, een crisissituatie, een gedwongen opname, een intercollegiaal consult, een second opinion, en een rapportage. Daarnaast vermeldde de vorige richtlijn enkele algemene opmerkingen over transculturele en genderspecifieke aspecten. Het is echter nodig en mogelijk om concretere aanwijzingen te geven dan in de vorige richtlijn over de specifieke kenmerken en over de mate van uitgebreidheid van de psychiatrische diagnostiek in de belangrijkste te onderscheiden behandelcontexten en patiëntengroepen.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Een andere belangrijke bron voor de beantwoording van deze vraag was het opleidingsplan Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP) (Concilium Psychiatricum, 2009).

Voor de uitgangsvraag bij dit hoofdstuk is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de werkgroep alleen de belangrijkste kenmerken van de psychiatrische diagnostiek in de belangrijkste te onderscheiden behandelcontexten en patiëntengroepen wilde onderzoeken zonder te veel in detail te treden. Vanwege dit uitgangspunt zag de werkgroep geen toege-

voegde waarde van een systematische literatuuranalyse voor een specifieke zoekvraag.

3 Overwegingen

Voor de beschrijving van de psychiatrische diagnostiek in specifieke contexten en bij specifieke patiëntengroepen is het noodzakelijk om de onderdelen van de psychiatrische diagnostiek nader onder te verdelen (zie kader 4.1).

Kader 4.1 Onderdelen van de psychiatrische diagnostiek (Hengeveld & Schudel, 2003, aangepast)

- Reden en/of aanleiding voor de diagnostiek en/of vraagstelling
 - Speciële psychiatrische (hetero-) anamnese
 - Algemene psychiatrische (hetero-) anamnese (tractus mentalis)
 - Gebruik van middelen
 - Psychiatrische voorgeschiedenis
 - Psychiatrische familieanamnese
 - Somatische diagnostiek (anamnese en onderzoek)
 - Actuele medicatie
 - Sociale (hetero-) anamnese
 - Biografische anamnese
 - Ontwikkelingsheteroanamnese
 - Status-mentalisonderzoek (exploratie, observatie en testen)
 - Persoonlijkheidsonderzoek
 - Risicotaxatie
 - Klinimetrie
 - Aanvullend neurobiologisch onderzoek
-

Elk onderdeel uit kader 4.1 dient om een of meer aspecten van de diagnostiek te onderzoeken. De reden of aanleiding voor het onderzoek dan wel de vraagstelling is zeer bepalend voor het gezichtspunt en de uitgebreidheid van het diagnostische onderzoek en dient altijd duidelijk geformuleerd te zijn in overleg met de verwijzer en/of de vraagsteller.

De speciële (hetero-) anamnese dient om de aard, de chronologie, de ernst en de omstandigheden van optreden van de klachten en de factoren van invloed daarop vast te stellen. Voor de classificatie van de psychiatrische stoornis is het tevens van belang om andere psychiatrische stoornissen door middel van de algemene psychiatrische anamnese of de tractus-mentalisanamnese uit te sluiten. Eventueel kan men hierbij gebruikmaken van de ‘Vragenlijst algemene psychiatrische symptomen’ uit de DSM-5 (APA, 2014). De anamnese van het gebruik van middelen is essentieel voor het

vaststellen van stoornissen door of in het gebruik van een middel. De voorgeschiedenis en de familieanamnese (inclusief gebruik van psychofarmaca) kunnen belangrijke aanvullingen geven op het antwoord op de vraag wat de actuele psychiatrische stoornis is en welke behandelingen al of niet in aanmerking komen.

De somatische diagnostiek (inclusief de somatische voorgeschiedenis, de gebruikte medicatie en de somatische familieanamnese) is vanzelfsprekend van belang voor het vaststellen van etiologische of comorbide somatische aandoeningen (zie ook hoofdstuk 5 over somatische diagnostiek). Naar het actuele gebruik van psychiatrische en somatische medicatie (inclusief anticonceptiva en vrij verkrijgbare middelen zoals supplementen, kruiden en andere niet-reguliere middelen) moet worden gevraagd om effecten en mogelijke bijwerkingen te achterhalen, mede ten behoeve van de verdere behandeling en mogelijke interacties.

De sociale anamnese, de biografische anamnese en de ontwikkelingsheteroanamnese geven aanwijzingen voor stoornissen in de ontwikkeling, voor psychotraumatische levensgebeurtenissen, en voor actuele stressoren die invloed kunnen hebben op de predispositie, de precipitatie en de perpetuatie van de psychiatrische stoornis. Persoonlijkheidsonderzoek dient niet alleen om een eventuele persoonlijkheidsstoornis te diagnosticeren, maar vooral ook om persoonlijkheidstrekken vast te stellen die invloed kunnen hebben op de etiologie, de pathoplastiek (de manier waarop de stoornis zich uit) en de prognose (zie ook hoofdstuk 6 over persoonlijkheidsdiagnostiek).

Al deze informatie is essentieel bij het vaststellen van de stagering en van de profilering, waaronder de etiopathogenetische reconstructie. Het statusmentalisonderzoek, dat voor een belangrijk deel bestaat uit het objectiveren van subjectieve symptomen tijdens de anamnese (exploratie), dient om te bepalen of er sprake is van relevante psychopathologische symptomen gedurende de actuele episode van de psychiatrische stoornis. Risicotaxatie dient om het gevaar in te schatten voor de patiënt zelf, voor anderen of voor goederen. Klinimetrie dient voor screening en ter aanvulling op de diagnostiek, de risicotaxatie en de bepaling van de ernst van de psychiatrische stoornis (zie ook hoofdstuk 7 over vragenlijsten). Aanvullend genetisch, neuro-imaging-, moleculair-biologisch, klinisch-chemisch en (neuro-) psychologisch onderzoek kan, zeker in de toekomst, bijdragen aan de profilering en de bepaling van de prognose van het psychiatrische ziektebeeld (zie ook hoofdstuk 8 over aanvullend neurobiologisch onderzoek).

3.1 Behandelcontexten en patiëntenpopulaties

De psychiater onderzoekt patiënten in veel verschillende contexten en onder zeer verschillende omstandigheden, en onderzoekt zeer verschillende patiëntenpopulaties. Voor de uitgebreidheid van de psychiatrische

diagnostiek maakt het verschil of de patiënt onvrijwillig (detentie, separatie) of vrijwillig het onderzoek ondergaat. Bepalend voor de vraagstelling, en daarmee voor de richting en uitgebreidheid van het onderzoek, is wie de opdrachtgever van het onderzoek is: bijvoorbeeld de patiënt zelf, de huisarts of de somatisch specialist (consultatie), of een rechterlijke instantie (rapportage). Ook de locatie heeft invloed: vindt het onderzoek plaats op de werkplek van de psychiater zelf (polikliniek, kliniek), of in een onrustige situatie waarin de psychiater te gast is (detentie, huisbezoek, consultatief)? De diagnostiek zal uitgebreider en gedetailleerder zijn naarmate de psychiatrische problematiek complexer is, wat bij uitstek het geval is in een hoogspecialistische setting of bij een second opinion of rapportage. Een psychotherapeutische context vraagt om specifieke diagnostiek van vooral psychopathogenetische factoren (Waar gaat het over?). Op grond van al deze factoren kan een indeling in contexten worden gemaakt (kader 4.2).

Kader 4.2 Behandelcontexten waarbinnen psychiatrische diagnostiek plaatsvindt

- Separatie
- Detentie
- Huisbezoek
- Consultatief
- Poliklinisch
- Klinisch
- Langdurig
- Psychiatrische psychotherapie
- Hoogspecialistisch
- Second opinion
- Rapportage

Binnen de contexten genoemd in kader 4.2 kan in het algemeen nog onderscheid gemaakt worden tussen spoedonderzoek (crisis), electief onderzoek, en eerste onderzoek en vervolgonderzoek.

Spoedeisend onderzoek

In spoedsituaties (Achilles e.a., 2011) ligt het accent van de speciële en algemene psychiatrische (hetero-) anamnese en het status-mentalisonderzoek op de aanleiding ('Waarom nu?') en de vraagstelling ('Wat wordt er van me verwacht?') en op het vaststellen van het psychiatrische beeld ('Wat is er aan de hand?'). De psychiater dient daarbij te onderzoeken welke actuele psychiatrische symptomen gevaar kunnen opleveren voor de patiënt zelf, anderen of goederen (risicotaxatie): somatische symptomen, neurocognitieve symptomen, intoxicatie, psychotische symptomen, manische symptomen, ernstige depressiviteit, suïcide- en homicidegedachten,

panieksymptomen, hyperactiviteit of agitatie, ontremming, impulsief suïcidaal gedrag, en agressief gedrag. In spoedsituaties dient de psychiater bovendien altijd alert te zijn op somatische oorzaken (inclusief door (genees-) middelen) van de psychiatrische symptomen. De psychiatrische voorgeschiedenis en de persoonlijkheidstrekken zijn relevant voor het voorspellen van mogelijk toekomstig gedrag. De sociale (hetero-) anamnese is beperkt tot beoordeling van de directe oorzaken en de gevolgen die de stoornis heeft voor het functioneren, en voor de beslissing of de patiënt klinisch of ambulantly behandeld moet worden.

Eerste versus vervolgonderzoek

Bij een eerste onderzoek is verheldering van de vraagstelling een eerste vereiste. De uitgebreidheid van de diagnostiek hangt hier mede van af. Eventueel beperkt de speciële (hetero-) anamnese en het status-mentalisonderzoek zich tot het vaststellen van de symptomen die in de vraagstelling zijn geformuleerd. Een screenende algemene psychiatrische anamnese is dan wel noodzakelijk. De psychiatrische voorgeschiedenis en de familie-anamnese kunnen ook beperkt blijven tot de psychiatrische stoornissen die relevant zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling.

Bij het vervolgonderzoek beoordeelt men over het algemeen eventuele wijzigingen in de eerder vastgestelde psychiatrische symptomen en de nieuwe symptomen. Ook dan dient een screenende algemene psychiatrische anamnese te worden opgenomen.

3.2 Specifieke behandelcontexten

Per context bespreken we hier de verschillende onderdelen van de psychiatrische diagnostiek. Voor de somatische diagnostiek, de persoonlijkheidsdiagnostiek, de klinimetrie en het aanvullende onderzoek, zie de hoofdstukken waarin deze onderdelen verder beschreven worden (hoofdstukken 5 tot en met 8).

Separatie

De psychiatrische diagnostiek bij een gesepareerde patiënt is, conform de wettelijke criteria, gericht op het vaststellen van de mate van gevaar voor de patiënt zelf, voor anderen en voor goederen (risicotaxatie) gerelateerd aan daarmee samenhangende psychiatrische symptomen. Richtinggevend is daarbij de vraag of het mogelijk is de patiënt buiten de separeer te verplegen ('Is separatie echt noodzakelijk?'). Het onderzoek wordt bemoeilijkt doordat de patiënt meestal onbekend is en de communicatie vaak bemoeilijkt wordt door het ziektebeeld.

Om snel en veilig tot de diagnostische conclusies te kunnen komen, dient voorafgaand aan het gesprek met de patiënt zo veel mogelijk hetero-anamnestiche informatie te worden verzameld. De speciële anamnese,

de algemene anamnese en het status-mentalisonderzoek zijn hetzelfde als beschreven onder Spoedeisend onderzoek. Somatische diagnostiek is geïndiceerd; het moge duidelijk zijn dat de separeer niet geschikt is voor de verpleging van een somatisch ernstig zieke patiënt (bijvoorbeeld met een delirium).

Het vervolgonderzoek van een gesepareerde patiënt beperkt zich tot beoordeling van de eventuele wijzigingen in het psychiatrische ziektebeeld, en het opnieuw taxeren van het risico op gevaarlijk gedrag. Daarbij is het doel om de patiënt zo snel mogelijk uit de separeer te laten vertrekken.

Detentie

De psychiatrische diagnostiek tijdens detentie vindt deels plaats naar aanleiding van een verzoek om screening ('Is er iets met deze gedetineerde aan de hand?'), deels naar aanleiding van een consultvraag ('Wat is er met deze gedetineerde aan de hand en kan die daarvoor behandeld worden?') door de afdelingspsycholoog of de huisarts verbonden aan de penitentiaire inrichting. Het onderzoek moet worden ondersteund door de observaties van de bewakers, die ook vaak de bron van de aanvraag zijn (speciële heteroanamnese). Heteroanamnestische gegevens van buiten zijn vaak niet te verkrijgen in een huis van bewaring, omdat de verblijfsduur daar kort is; de problematiek is er echter vaak heftig (agressiviteit, impulsiviteit, reactieve depressiviteit en simulatie of dissimulatie) en sterk getekend door de reden van de detentie. In de gevangenis (voor gestraften) is er meer tijd, maar is de psychische problematiek chronischer van aard (depressieve stoornis, posttraumatische stressstoornis). Kennis van de reden van verblijf en de te verwachten duur ervan is noodzakelijk aangezien die pathoplastisch werken en een belangrijke aanleiding zijn van de klachten.

Bij een screening wordt vooral gelet op de speciële en algemene psychiatrische anamnese, vooral de somatische diagnostiek, inclusief (genees-) middelen, verslaving en onttrekking, ernstige psychiatrische stoornissen (psychotische (stemmings-) stoornissen), en gevaar voor zichzelf, anderen en goederen (risicotaxatie). Bij een consultvraag en een voortgezette behandeling mag de psychiatrische voorgeschiedenis voor de diagnostiek niet gemist worden, omdat de detentiesituatie erg belastend is en het ziektebeeld er mede door bepaald wordt. In ieder geval dient de huisarts van de gedetineerde om informatie te worden gevraagd (medicatie!) en verder eventuele (eerdere) behandelaars (Bleeker & Wesselius, 2012).

Huisbezoek

De psychiatrische diagnostiek tijdens een huisbezoek zal vaak tot doel hebben om vast te stellen in welke mate er gevaar is voor de patiënt zelf, voor anderen, en voor goederen, gerelateerd aan daarmee samenhangende psychiatrische symptomen (risicotaxatie). De reden van het consult bepaalt in

belangrijke mate waarnaar de aandacht vooral zal uitgaan. Dit varieert van een acute eenmalige beoordeling ('Moet de patiënt opgenomen worden?') tot een consult vanwege een (intensieve) thuisbehandeling. Bronnen van informatie kunnen eventuele medebewoners zijn (speciële heteroanamnese) en de inspectie van de woning. Bij de acute eenmalige beoordeling liggen de accenten in de psychiatrische diagnostiek, zoals beschreven onder Spoedeisend onderzoek (paragraaf 3.1).

Consultatief

Bij consultatieve psychiatrische diagnostiek zal men primair de consultvraag beantwoorden (van 'Gaarne diagnostiek en advies' tot 'Graag overname'). Dit betekent dat men voorafgaand aan het gesprek met de patiënt zo veel mogelijk heteroanamnestische informatie vraagt aan de consultvrager over de reden voor de consultaanvraag, de speciële en algemene psychiatrische symptomen, de psychiatrische voorgeschiedenis, het gebruik van middelen en, in de ambulante setting, de sociale situatie van de patiënt. Afhankelijk van de setting en de reden voor verwijzing spitsen de speciële en algemene psychiatrische (hetero-) anamnese en het status-mentalisonderzoek zich bijvoorbeeld toe op neurocognitieve symptomen (bij de delirante patiënt), het oordeelsvermogen (bij een patiënt die behandeling afwijst), risicotaxatie van suïcidaliteit of agressie (op de spoedeisende-hulpafdeling), of de ernst van de psychiatrische stoornis (in de huisartsenpraktijk).

In de ziekenhuissetting dient de psychiater altijd kennis te nemen van de resultaten van de somatische diagnostiek en van het gebruik van geneesmiddelen en deze te betrekken in de beoordeling van het psychiatrische ziektebeeld. Voor eventuele bejegeningadviezen aan de hoofdbehandelaar is het zinvol om de anamnese en het psychiatrische onderzoek niet te strikt te beperken tot de directe vraagstelling, maar ook in het algemeen na te gaan hoe de patiënt tegenover zijn ziekte en de behandeling staat (NVvP, 2008).

Poliklinisch en klinisch

Bij een eerste onderzoek in een ambulante setting of in de kliniek is de psychiatrische diagnostiek gericht op het vaststellen van een voorlopige diagnose en een eerste behandelplan. De speciële en algemene (hetero-) anamnese en het status-mentalisonderzoek worden beperkt tot het screenen van de belangrijkste symptomen die directe aandacht behoeven, zoals neurocognitieve symptomen, somatische symptomen, psychotische symptomen, manische symptomen, ernstige depressieve symptomen, angst- en dwangsymptomen die tot ernstig disfunctioneren leiden, suïcide- en homicidedachten (risicotaxatie), psychomotorische ontremming, gebruik van middelen, en impulsief gedrag. In een later stadium wordt de diagnostiek

uitgebreid met de anamnese van de psychiatrische voorgeschiedenis, de familieanamnese, de sociale anamnese, de biografische anamnese, en de ontwikkelingsheteroanamnese (bij een mogelijke ontwikkelingsstoornis of schizofrenie) en het onderzoek van de persoonlijkheid.

Bij een poliklinische patiënt kan somatische diagnostiek beperkt blijven als deze onlangs is verricht of als de patiënt bij een somatisch specialist in behandeling is. Dit ontslaat de psychiater echter niet van eigen verantwoordelijkheid voor de somatische gezondheidstoestand van de patiënt. Daarbij dient de psychiater rekening te houden met het feit dat somatische aandoeningen bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) dikwijls niet goed onderzocht of gediagnosticeerd worden binnen de algemene gezondheidszorg (Van Hasselt, 2013).

Bij een electieve verwijzing naar een ambulante of klinisch setting komen alle onderdelen van de psychiatrische diagnostiek volledig aan de orde, zo nodig in twee of meer afspraken met de patiënt of diens naasten.

Tijdens de ambulante behandeling en bij de vervolcontacten in de kliniek dienen de speciële anamnese en het status-mentalisonderzoek herhaald te worden, om de psychiatrische klachten en verschijnselen te onderzoeken die het doel zijn van de behandeling. De ernst van de symptomen en de veranderingen daarin worden vastgesteld, bij voorkeur ook met vragenlijsten. Aandacht voor mogelijke somatische aandoeningen is daarbij altijd aangewezen. De psychiater bepaalt ook of de psychiatrische classificatie ongewijzigd is of dient te worden aangepast. Bij chronisch verlopende stoornissen komt de sociale anamnese uitgebreider aan de orde, omdat de gevolgen van de psychiatrische stoornis in de loop der tijd meer op de voorgrond komen te staan.

Langdurige psychiatrische zorg

In tegenstelling tot in de poliklinische of klinische setting is in de langdurige setting de classificatie van psychiatrische aandoeningen al vastgesteld. Het gaat meestal om patiënten met een zogeheten ernstige psychiatrische aandoening (EPA), in stadium 3 of 4 van hun ziekte (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.3, tabel 3.2). De doelstelling in de behandeling van deze ziektebeelden is het behouden van een remissie, rehabilitatie, en het werken aan persoonlijk herstel. De voornaamste gebieden die onderdeel zijn van een geslaagd functioneel en maatschappelijk herstel, zijn wonen, werken, leren, en sociale contacten. Bij persoonlijk herstel denken we aan het hervinden van de eigen kracht en het zo veel mogelijk weer regie nemen over het eigen leven.

Bij de langdurige patiënten is een behandelplan opgesteld en een groot deel van de psychiatrische diagnostiek bestaat uit het evalueren van dit behandelplan. Daarbij onderzoekt men de doelstellingen, de ingezette middelen en het resultaat. De doelstellingen van het behandelplan omvatten zowel

klinisch en functioneel herstel als maatschappelijk herstel. Zo kan het zijn dat de positieve symptomen van een psychotische episode goed behandeld zijn, maar dat er nog negatieve symptomen of cognitieve beperkingen zijn die bijvoorbeeld de re-integratie op de arbeidsmarkt in de weg staan. Een stoornis van de executieve functies bij een neurodegeneratieve aandoening zal niet herstellen, maar toch kunnen er doelstellingen geformuleerd worden over de problemen die hieruit voortvloeien en hoe die aangepakt kunnen worden. Ook verdient het aandacht om te bepalen wat de relatie is tussen de psychiatrische stoornis, de lichamelijke gevolgen van medicamenteuze behandeling, en de lichamelijke gezondheid. Tot slot moet er ook aandacht zijn voor het ontstaan van een nieuwe en/of andere psychiatrische stoornis waarbij het diagnostische traject opnieuw moet worden doorlopen (www.rehabilitatie.nl; Van Veldhuizen e.a., 2015; Spaulding e.a., 2003).

Psychiatrische psychotherapie

In aanleg is de psychiatrische diagnostiek die voorafgaat aan een indicatie voor psychotherapie niet anders dan beschreven onder Poliklinisch en klinisch. Psychotherapie is heel vaak een belangrijk onderdeel van een behandelprogramma. De diagnostiek voorafgaand aan psychiatrische psychotherapie bestaat uit de onderdelen: aanleiding voor het onderzoek, speciële en algemene psychiatrische anamnese, en psychiatrische voorgeschiedenis. Een integraal onderdeel van deze voorafgaande diagnostiek vormen de exploratie van: de motivatie voor psychotherapie, de verwachtingen van de psychotherapie, en de aanwezigheid van factoren die succesvolle therapie voorspellen. Wanneer psychotherapie als monotherapie wordt overwogen, of in situaties waarin langer durende en intensieve psychotherapie het hoofdbestanddeel van de behandeling is (zoals bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen), zal de diagnostiek meer in het teken staan van de indicatiestelling voor psychotherapie.

De verschillende psychotherapieën stellen specifieke eisen aan de diagnostiek. Deze omvat alle onderdelen van de psychiatrische diagnostiek en vereist specialistische kennis en competenties die beschreven staan in de relevante richtlijnen en leerboeken. Een deel van die kennis en competenties staat beschreven in hoofdstuk 6 over de persoonlijkheidsdiagnostiek en in hoofdstuk 8 over aanvullende diagnostiek.

Er zijn ook specifieke vragenlijsten ontwikkeld die enerzijds gebruikt worden ter ondersteuning van de diagnostiek en anderzijds om de effecten van de therapie te monitoren. De belangrijkste vraag die bij de indicatiestelling voor een veranderingsgerichte psychotherapie beantwoord moet worden is: in hoeverre kan de patiënt een veranderingsgericht proces aan zonder dat de symptomen of de problemen veel ernstiger worden?

Hoogspecialistisch, rapportage, second opinion

Over het algemeen zal de psychiatrische diagnostiek in een hoogspecialistische setting of in het kader van een rapportage of een second opinion alle eerdergenoemde onderdelen bevatten. Wanneer er een specifieke vraag wordt gesteld, dient uitgebreid ingegaan te worden op bepaalde onderdelen van de psychiatrische diagnostiek.

3.3 Specifieke doelgroepen

De psychiatrische diagnostiek zoals in het voorafgaande beschreven gaat uit van de algemene patiënt. De inhoud van de diagnostiek is in principe niet anders bij specifieke patiëntengroepen, zoals ouderen, verstandelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten, of mensen met een andere culturele achtergrond. Er is weinig literatuur over de psychiatrische diagnostiek bij dergelijke specifieke patiëntengroepen. Enkele ggz-richtlijnen, zoals de richtlijn voor angststoornissen en die voor depressieve stoornissen, kennen een addendum over de oudere patiënt. Voor de patiënt met een andere culturele achtergrond of de intellectueel, visueel of auditief gehandicapte patiënt is een dergelijk document niet voorhanden. Toch verdienen de elementen van de psychiatrische diagnostiek, zoals genoemd in kader 4.1, bij sommige patiëntengroepen verdere toelichting.

De oudere patiënt

Het is voor de oudere patiënt vaker dan voor andere patiënten onduidelijk wat de reden of de aanleiding is voor de psychiatrische diagnostiek, of wie dit onderzoek heeft aangevraagd. Hiervoor moet bij aanvang van het onderzoek extra aandacht zijn. Bij de speciële psychiatrische anamnese moet altijd aandacht zijn voor de diagnostiek van een depressieve stoornis, een delirium, of dementie, vanwege de prevalentie van deze aandoeningen op latere leeftijd.

Vooral voor ouderen is het vaak lastig om over zichzelf na te denken in psychologische termen en om die reden levert navraag over het dagelijks leven en functioneren bij de algemene psychiatrische anamnese dikwijls meer op dan het inventariseren van klachten. Het is voor ouderen vaak gemakkelijker om aan te geven wat men wel kon voordat de klachten ontstonden dan wat men op dit moment niet meer kan. De heteroanamnese van een naaste of naasten en informatie van de huisarts of andere verwijzers zijn hierbij essentieel.

Bij het in kaart brengen van de psychiatrische voorgeschiedenis moet niet vergeten worden dat ernstigere episoden van een psychiatrische aandoeningen in vroegere tijden niet per se tot behandeling hebben geleid. Het spreekt vanzelf dat extra aandacht vereist is voor neurocognitieve stoornissen, bij (andere) somatische comorbiditeit, en bij bijwerkingen en interacties van medicijnen. De biografische anamnese kan, meer dan bij jongere

leeftijdsgroepen, informatie geven voor het onderzoek van de persoonlijkheid en eventuele persoonlijkheidsveranderingen.

Om zicht te krijgen op het daadwerkelijke gebruik van geneesmiddelen is het relevant de lijst die bij de apotheek beschikbaar is, door te nemen met de partner en/of de hulpverlener. Daarnaast moet gevraagd worden naar het gebruik van zelfmedicatie (NHG, 2012) Het bevragen van middelengebruik, vooral alcohol, mag niet ontbreken en wordt ten onrechte nogal eens als minder relevant beschouwd op oudere leeftijd (Van der Mast e.a., 2010).

Zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking

Ook voor de patiëntengroep met zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperking geldt meer dan voor andere groepen dat vanwege hun beperking de reden en aanleiding van het onderzoek duidelijk gemaakt moet worden. Bij de (speciële) anamnese moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid van een beperkte aandachtsspanne, door bijvoorbeeld het onderzoek in meerdere sessies te verdelen. Systematisch bijgehouden (heteroanamnestische) gegevens over slaap, eetlust, activiteit en specifieke gedragingen zijn bij het begrijpen van de klachten onontbeerlijk. Omdat veel kennis via de heteroanamnese (huisarts) verworven wordt, moet de psychiater zich op de hoogte stellen van de kennis van psychiatrische klachten van de informant en de duur van diens observaties. Bij de psychiatrische voorgeschiedenis dient men stil te staan bij de vraag welke somatische of psychiatrische diagnoses eerder zijn gesteld. Sommige congenitale afwijkingen en syndromen hebben immers een bekend beloop dat kan helpen om de klachten te kaderen (Deb e.a., 2001; Mental Health Special Interest Research Group, 2001; McGilvery & Sweetland, 2011). Als de reden voor het consult storend gedrag is, dient men, naast psychiatrische oorzaken bij de somatische diagnostiek en de sociale anamnese, te overwegen of lichamelijke en relationele conflicten de oorzaak kunnen zijn voor dat gedrag. Het gebruik van geneesmiddelen en vooral wijzigingen daarin zijn van groot belang.

Bij moeilijk verbaliserende zwakbegaafde patiënten kan het moeilijk zijn om onderscheid te maken tussen bijwerkingen van medicatie en andere oorzaken van afwijkend of storend gedrag. De ontwikkelingsanamnese levert informatie over op welk cognitief, sociaal en emotioneel leeftijdsniveau de patiënt functioneert en kan helpen de aard en de presentatie van de klachten te begrijpen.

Andere culturele achtergrond

Bij de speciële anamnese van de patiënt met een andere culturele achtergrond is soms specifieke kennis nodig om het gedrag en het ziekte-idioom van de patiënt te begrijpen. Wanneer de anamnese via een tolk verloopt,

moet duidelijk zijn wat de kwaliteit van de tolk is en of de tolk kennis heeft van psychiatrische ziektebeelden. Bij de biografische anamnese zal stilgestaan moeten worden bij migratie, integratie en, voor latere-generatiepatiënten: de invloed van opvoeding binnen meerdere normen-en-waardenstelsels als beïnvloedende factor van de huidige klachten (De Jong & Colijn, 2010). Ook het gebruik van cultuurspecifieke middelen (zoals qat) en kruiden (Chinese kruiden) moet goed uitgevraagd worden, omdat die vaak niet als geneesmiddelen of niet als drugs beschouwd worden.

Doof of slechthorend

Bij dove en slechthorende patiënten dient aan het begin van het onderzoek te worden vastgesteld welk type van communicatie nodig is om de anamnese te kunnen uitvoeren. Sommige patiënten geven de voorkeur aan geschreven communicatie, anderen aan gebarentaal en anderen een combinatie van beide. Het is van belang om vast te stellen welk niveau de patiënt beheerst in gesproken of gebarentaal. Zogeheten prelinguale doofheid zorgt niet alleen voor een defect in het begrip van gesproken en geschreven taal, maar soms ook van gebarentaal. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een tolk Nederlandse Gebarentaal (NGT), is het aan te raden uit te leggen wat voor soort problematiek de onderzoeker verwacht, en te vragen of de tolk ervaring heeft met psychiatrische patiënten (Landsberger e.a., 2013; Fellingner e.a., 2012; Du Feu & Fergusson, 2003). Bij de psychiatrische en somatische voorgeschiedenis moet nagegaan worden of de doofheid past bij een syndromale lichamelijke of psychiatrische aandoening waarvan het beloop bekend is.

4 Aanbevelingen

- Somatische diagnostiek, persoonlijkheidsdiagnostiek, vragenlijsten en aanvullende diagnostiek zijn essentiële onderdelen van psychiatrische diagnostiek. Zie hiervoor de hoofdstukken 5 tot en met 8 van de richtlijn.
- Zorg voor een duidelijk geformuleerde vraagstelling bij de uitvoering van psychiatrische diagnostiek. Zorg er daarbij voor dat duidelijk is wat de directe aanleiding is voor deze vraagstelling.
- Verricht bij alle patiënten:
 - een speciële (hetero-) anamnese;
 - een algemene (tractus mentalis) (hetero-) anamnese;
 - een (hetero-) anamnese van het gebruik van (genees-) middelen;
 - een status-mentalisonderzoek
 - Beperk dit (in geval van een gerichte vraagstelling eventueel tot de relevante onderdelen van de anamnese en het onderzoek).

- Vraag bij elke patiënt naar de psychiatrische voorgeschiedenis.
- Neem een psychiatrische familieanamnese op. Indien dit niet gebeurt, moeten daar goede redenen voor zijn. Bij een poliklinische of klinische intake is een psychiatrische familieanamnese altijd geïndiceerd.
- Neem bij elke patiënt een sociale en biografische (hetero-) anamnese op. Doe dit beperkt in situaties die zijn gericht op een behandelbeslissing of op een advies in:
 - een spoedconsult;
 - een beoordeling in de separeer;
 - een beoordeling van een patiënt in detentie;
 - een huisbezoek;
 - een consultatie.
- Neem een ontwikkelingsheteroanamnese op wanneer er aanwijzingen zijn voor een etiologische rol van stoornissen in de ontwikkeling.
- Taxeer altijd het gevaar voor de patiënt zelf, voor anderen of voor goederen bij:
 - een spoedconsult;
 - een beoordeling in de separeer;
 - een beoordeling van een patiënt in detentie;
 - een huisbezoek;
 - een consultatie;
 - een spoedopname;
 - Doe dit op indicatie: bij een electief onderzoek van een ambulante of klinische patiënt.
- Denk bij de diagnostiek van oudere, zwakbegaafde, licht verstandelijk beperkte, slechthorende en/of dove patiënten aan eventuele sensorische of neurocognitieve belemmeringen en tracht altijd een heteroanamnese (inclusief de huisarts) op te nemen. Vraag bij patiënten met een andere culturele achtergrond altijd naar de migratie- en acculturatiegeschiedenis.

5 Kennishiaat

Er is geen onderzoek bekend naar de relevantie van de specifieke onderdelen van de psychiatrische diagnostiek in de verschillende contexten en bij de verschillende patiëntenpopulaties voor de keuze en de resultaten van de erop volgende behandeling.

Literatuur

- Achilles, R.A., Beerthuis, V., & Ewijk, W.M. van. (2011). *Spoedeisende psychiatrie: De praktijk*. Amsterdam: Benecke.
- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition]. Amsterdam: Boom.
- Bleeker, J.A.C., & Wesselius, J. (2012). De zorg voor gevangenen met psychiatrische stoornissen. In: B.C.M. Raes, & F.A.M. Bakker (Red.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht* (6e dr., pp. 161-172). Deventer: Kluwer.
- Concilium Psychiatricum, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009). *HOOP: Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom. Raadpleegbaar via: www.lumc.nl/sub/3010/att/1210080440452027.pdf.
- Deb, S., Matthews, T., Holt, G., & Bouras, N. (2001). *Practice guidelines for the assesment and diagnosis for mental health problems in adults with intellectual disability*. Brighton: Pavilion.
- Du Feu, M., & Fergusson, K. (2003). Sensory impairment and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 95-103.
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *Lancet*, 379, 1037-1044.
- Hasselt, F.M. van. (2013). *Improving the physical health of people with severe mental illness: The need for tailor made care and uniform evaluation of interventions*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen. Raadpleegbaar via: <http://irs.ub.rug.nl/ppn/364410337>.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e dr.). Utrecht: De Tijdstroom.
- Jong, J. de, & Colijn, S. (Red.) (2010). *Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Landsberger, S.A., Sajid, A., Schmelkin, L., Diaz, D.R., & Weiler, C. (2013). Assessment and treatment of deaf adults with psychiatric disorders: a review of the literature for practitioners. *Journal of Psychiatric Practice*, 19, 87-97.
- Leentjens, A.F.G., Boenink, A.D., Croonenborg, J.J. van, Everdingen, J.J.E. van, Feltz-Cornelis, C.M. van der, Laan, N.C. van der, e.a. (2008). *Richtlijn consultatieve psychiatrie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/De Tijdstroom.
- Mast, R. van der, Heeren, T., Kat, M., Stek, M., Vandenbulcke, M., & Verhey, F. (Red.) (2010). *Handboek ouderenpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- McGilvery, S., & Sweetland, D. (2011). *Intellectual disability and mental health*. New York: NADD Press.

- Mental Health Special Interest Research Group (MH-SIRG). (2001). *Mental Health and Intellectual disabilities: Addressing the mental health needs of people with intellectual disabilities*. Cambridge: International Association for the Scientific Study of Intellectual disabilities (IASSIDD).
- NHG (2013). *Multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen*. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap.
- Spaulding, W.D., Sullivan, M.E., & Poland, J.S. (2003). *Treatment and rehabilitation of severe mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Veldhuizen, R. van, Polhuis, D., Bähler, M., Mulder, C.L., & Kroon, H. (Red.) (2015). *Handboek (Flexible) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Hoofdstuk 5

Somatische diagnostiek

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Wat is de rol van de psychiater bij het somatische onderdeel van de psychiatrische diagnostiek?

Psychiatrische diagnostiek omvat onder meer het onderzoek naar somatische factoren. Dat de psychiater hier een belangrijke rol in vervult, is evident. Toch is in de praktijk tot nu toe niet helder beschreven wat er van een psychiater verwacht mag worden bij de somatische diagnostiek. Enige jurisprudentie vanuit het tuchtrecht is hierover opgebouwd. Dit hoofdstuk geeft aanbevelingen voor de noodzakelijke zorg op somatisch gebied. Er is rekening mee gehouden dat psychiaters binnen zeer diverse contexten werken en verschillende populaties patiënten behandelen.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Daarnaast is dit hoofdstuk gebaseerd op de input die patiënten hebben geleverd tijdens een focusgroepbijeenkomst (zie bijlage 4 voor het verslag van de focusgroepbijeenkomst). Voor de uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat bij eerste oriëntatie bleek dat er niet of nauwelijks wetenschappelijk bewijs van redelijke kwaliteit voorhanden is voor de beantwoording van deze uitgangsvraag.

3 Overwegingen

Somatische, psychische en sociale factoren zijn voortdurend met elkaar in interactie. Bij de psychiatrische diagnostiek worden deze factoren zo veel mogelijk in samenhang geformuleerd.

Ten opzichte van andere medisch specialisten is de psychiater bij uitstek competent om de psychische en sociale factoren in kaart te brengen en integraal te formuleren in de psychiatrische diagnostiek. Vergeleken met

andere beroepsgroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is de psychiater bij uitstek competent om de somatische factoren in kaart te brengen en integraal te formuleren in de psychiatrische diagnostiek. De psychiater is, net als iedere arts, vanaf het moment dat de patiënt voor het eerst wordt gezien tot het moment dat de behandeling is afgesloten, verantwoordelijk voor zowel de psychiatrische als de somatische zorg voor zijn patiënt. Uitspraken van het tuchtcollege voor de gezondheidszorg wijzen hier nog eens op. Zo werd een psychiater berispt voor het niet uitvoeren van een somatische evaluatie bij een adipeuze patiënt (Rijksen & Crul, 2009) en werd een klacht gegrond verklaard waarbij de psychiater had nagelaten nadere diagnostiek op het uitsluiten van een somatische oorzaak te verrichten (Rijksen & Crul, 2006). Als er dringend somatische zorg nodig is dan is het wel duidelijk dat er gehandeld moet worden. Als er geen aanwijzingen zijn voor somatische problematiek dan is dit ook helder. In de dagelijkse praktijk echter wordt de psychiater geconfronteerd met een heel scala aan patiënten waarbij het spectrum aan somatische klachten en de urgentie en de ernst vaker tussen deze twee uitersten in liggen. Om de verantwoordelijkheid voor de somatische zorg van de patiënt te kunnen dragen, is het nodig voldoende alert te blijven op symptomen van somatische aandoeningen en om op bepaalde momenten expliciet aandacht hieraan te besteden. Zowel tijdens de diagnostische fase als tijdens de behandelfase kunnen somatische problemen zich aandienen die het noodzakelijk maken dat het behandelplan geëvalueerd en waar nodig bijgesteld wordt. De incidentie van de somatische problemen is daarbij afhankelijk van de context waarbinnen en de patiëntenpopulatie waarmee de psychiater werkzaam is. Bij de overwegingen over lichamelijk onderzoek worden de ambulante en de klinische setting specifiek onderscheiden. Het verzamelen van somatische informatie, het uitvoeren van lichamelijk onderzoek of het verrichten van laboratoriumonderzoek, of ander onderzoek kan nodig zijn om de somatische factoren in kaart te brengen. Dit betekent niet dat de psychiater dit allemaal zelf moet doen. Gedeelten kunnen ook door andere (para-) medische disciplines worden verricht. Wanneer de psychiater zichzelf niet voldoende bekwaam of in staat acht om (onderdelen van) lichamelijk onderzoek zelf te verrichten, dient hij (net-) werkafspraken te maken, zodat een andere arts dit doet op zijn verzoek, en die andere arts de bevindingen aan de psychiater rapporteert. Het geheel van somatische gegevens wordt gebundeld tot een somatische evaluatie. Het is aan de psychiater om de somatische diagnose geïntegreerd te beschrijven en de richting van de verbanden, voor zover bekend of verondersteld, aan te geven. Aansluitend daaraan volgen dan logischerwijs de voorstellen van behandeling of wijzigingen daarin (evaluatie behandelplan). Wanneer zich somatische consequenties voordoen van een psychiatrische

behandeling of vice versa, dient overleg plaats te vinden met de andere behandelende artsen, om verschillende behandelingen op elkaar af te stemmen. Overigens zal de psychiater zelf heel goed de meeste somatische complicaties van psychofarmaca kunnen behandelen zonder de patiënt te verwijzen naar de huisarts of een somatische specialist.

Gaandeweg de behandeling wordt periodiek aandacht besteed aan de somatische evaluatie. In het bijzonder wordt bij ambulante patiënten die ondanks adequate therapie niet verbeteren, opnieuw somatische diagnostiek verricht om somatische oorzaken uit te sluiten of relevante comorbiditeit alsnog op het spoor te komen. Het is aan te bevelen om bij patiënten die langdurig (> 1 jaar) in klinische behandeling zijn, minstens eenmaal per jaar een somatische evaluatie te verrichten. Samenwerking met andere behandelende artsen van patiënten kan hierbij essentieel zijn.

3.1 Somatische informatie verzamelen

Het in kaart brengen van de somatiek begint met het verzamelen van de informatie die hierover beschikbaar is. Denk daarbij aan reeds aanwezige informatie over somatiek in het dossier, informatie van de verwijzer, medicatiegegevens van de verwijzer, of ingevulde basisvragenlijsten. Daarna volgt de somatische anamnese, met inbegrip van de algemene tractusanamnese, de somatische voorgeschiedenis, intoxicaties en medicatiegebruik, en een overzicht van de huidige behandelaren.

Als het opnemen van een somatische anamnese niet haalbaar is vanwege het psychiatrische ziektebeeld, noteer dit dan, en win zo mogelijk informatie in bij derden (de huisarts, de behandelende specialist, de familie) of andere bekende behandelaren (inclusief de apotheek). Een somatische heteroanamnese is dan aangewezen. Spreek bij de somatische heteroanamnese de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame of minderjarige patiënt (< 16 jaar), of vraag toestemming voor heteroanamnese aan de patiënt.

3.2 Lichamelijk onderzoek

De somatische gegevens kunnen een aanwijzing zijn dat lichamelijk onderzoek geïndiceerd is. Of het lichamelijk onderzoek nodig is (indicatiestelling), binnen welke termijn (urgentie) en hoe uitgebreid dit zou moeten, is een complexe afweging die verder mede afhankelijk is van de doelstelling en het a-priori-risico. De doelstelling kan zijn om somatische pathologie aan te tonen, zich hierop te oriënteren, of deze juist minder waarschijnlijk te maken. Ook kan het doel zijn om specifieke parameters tijdens een behandeling in de gaten te houden (monitoring van behandeling, bijwerking of medicatie-interactie). Het a-priori-risico op pathologie is onder meer afhankelijk van de setting waarin de patiënt zich bevindt. Bij jonge-

ren is de kans op somatiek in het algemeen lager dan bij oudere patiënten. Bij patiënten met een ernstig of langdurig psychiatrisch ziektebeeld is de a-priori-kans groter dan bij kortdurende poliklinische behandeling.

3.3 Kliniek

Bij opname van psychiatrische patiënten op een acute opnameafdeling dient zo snel mogelijk lichamelijk (internistisch en neurologisch) onderzoek te worden verricht. Een vuistregel daarbij is dat hoe ernstiger het psychiatrische ziektebeeld is en/of hoe meer aanwijzingen er zijn dat er een somatische oorzaak is, des te sneller dit onderzoek dient te worden verricht, maar minstens binnen 24 uur na opname. Patiënten met een ernstig psychiatrisch ziektebeeld kunnen ook een ernstige somatische aandoening hebben (bijvoorbeeld uitdroging, hyponatriëmie, status epilepticus) of ernstige complicaties van de behandeling (bijvoorbeeld lithiumintoxicatie, maligne neurolepticasyndroom (MNS)). Oriënterende controles en uitgangswaarden direct bij opname (lengte, gewicht, ademhaling, temperatuur, bloeddruk en pols) zijn dan ook essentieel. Vaak kunnen verpleegkundigen dit doen. Soms is een uitgebreider lichamelijk onderzoek bij gesepareerde patiënten lastiger uitvoerbaar. Dan kan extra personeel, beveiliging of politie noodzakelijk zijn om het onderzoek mogelijk te maken. Soms is medicatie nodig. Het kan aangewezen zijn om expliciet de wilsbekwaamheid van de patiënt te bepalen en eventueel de vertegenwoordiger te vragen om toestemming. Bij al deze overwegingen is een inschatting van de urgentie essentieel.

De psychiater moet soms bij aanmelding voor of gedurende de opname vaststellen dat gedegen somatische diagnostiek nodig is die niet op de psychiatrische opnameafdeling kan plaatsvinden. Bijvoorbeeld wanneer er aanwijzingen zijn voor een hersentumor, een subduraal hematoom of een delirium ten gevolge van een ernstige infectie.

Bij een electieve opname van psychiatrische patiënten op een behandelafdeling moet minstens een maal een oriënterend lichamelijk onderzoek en oriënterend laboratoriumonderzoek worden verricht om somatische oorzaken voor de psychiatrische stoornis minder waarschijnlijk te maken of uit te sluiten, somatische comorbiditeit op te sporen, en somatische complicaties van de psychiatrische stoornis aan te tonen. De urgentie hiervoor ligt lager dan op crisisafdelingen.

Wanneer een recent (bij acute opname dezelfde dag; bij electieve opname in dezelfde episode van behandeling) en naar het oordeel van de psychiater adequaat lichamelijk onderzoek heeft plaatsgevonden en er vanuit de somatische anamnese of de observaties van de verpleging of de therapeuten geen aanwijzingen zijn voor een nieuwe somatische aandoening, kan oriënterend lichamelijk onderzoek achterwege worden gelaten en kan vol-

staan worden met oriënterende controles. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij verwijzingen vanuit een algemeen ziekenhuis of de spoedeisende-hulpafdeling, verwijzingen van huisartsen die de patiënt somatisch hebben onderzocht, of verwijzingen van andere psychiatrische afdelingen, of wanneer het een heropname betreft na recent ontslag. Draag er in dit geval wel zorg voor dat de somatische evaluatie, de registratie van telefonisch overleg, of verwijsinformatie met somatische gegevens, zo spoedig mogelijk in het medische dossier worden opgenomen.

De psychiater is bij klinisch opgenomen patiënten de medisch hoofdbehandelaar. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van zorg voor zowel niet-acute als subacute en acute somatische problematiek ligt bij de psychiater. In het geval dat het hoofdbehandelaarschap bij een klinisch psycholoog ligt, zoals bij sommige psychiatrische (therapeutische) afdelingen, moeten lokaal afspraken gemaakt worden over de verantwoordelijkheid voor de somatiek.

Overwegingen en beleid om al dan niet nader onderzoek te verrichten, dienen expliciet in het dossier vermeld te worden.

3.4 Poliklinisch, consultatief, huisbezoek, detentie

Binnen de ambulante psychiatrie is de somatische zorg bij psychiatrische patiënten deel van de verantwoordelijkheid van de psychiater. Bij ambulante patiënten en bij de patiënten die gezien worden voor consultatie (bij huisbezoek, bij detentie, of in een andere instelling) ligt de verantwoordelijkheid van de somatische zorg ook nog bij een andere behandelaar (huisarts, verpleeghuisarts, SEH-arts, GGD-arts, of andere medisch specialist). Patiënten die op de polikliniek psychiatrie komen en niet-acute somatische problematiek hebben, kan geadviseerd worden hierover contact op te nemen met de huisarts of de arts voor wie de consultatie wordt verricht. Bij subacute problematiek dient de psychiater kort de klachten uit te vragen, de status localis te onderzoeken, en vervolgens telefonisch contact op te nemen met de (huis-) arts, met de vraag de patiënt te onderzoeken en indien nodig te behandelen. Bij acute problematiek die geen uitstel duldt, is het vanzelfsprekend eerste hulp te verlenen en de spoedeisende hulp bij de behandeling te betrekken, en vervolgens de (huis-) arts zo spoedig mogelijk te informeren. Ook ambulant kan het nodig zijn om extra personeel, beveiliging of politie in te schakelen om noodzakelijk onderzoek mogelijk te maken. Soms is somatische medicatie nodig. Bij al deze overwegingen is een inschatting van urgentie noodzakelijk.

Er is een aantal onderzoeken gepubliceerd naar de vraag wat de meerwaarde is van een oriënterend lichamelijk onderzoek bij de intake van ambulante psychiatrische patiënten (Van den Berg e.a., 2014; Swolfs e.a., 2011). De conclusies waren dat somatische screening met vragenlijsten

(Swolfs e.a., 2011) en het standaard verrichten van lichamelijk onderzoek (Van den Berg e.a., 2014) in de ambulante praktijk nieuwe relevante somatische symptomen aan het licht kan brengen.

Zoals eerder beschreven hangt in het algemeen de indicatiestelling en de mate van urgentie van het lichamelijk onderzoek af van de doelstelling van het onderzoek en het a-priori-risico. Oriënterende controles bij poliklinische patiënten of bij patiënten in de consultatie kunnen zinvol zijn. Bij de start van de behandeling en tijdens de behandeling is het wenselijk en soms ook essentieel om bepaalde parameters te meten (bijvoorbeeld monitoring van gewicht vanwege stemmingsstoornissen, monitoring van lengte, gewicht, bloeddruk, pols voor het instellen op een stimulantium). Zie hiervoor de onderdelen over somatische screening in de specifieke richtlijnen.

3.5 Aanvullend onderzoek van somatiek

Deze paragraaf behandelt uitsluitend aanvullend onderzoek naar somatische aandoeningen. Aanvullend neurobiologisch onderzoek van *biomarkers* wordt behandeld in hoofdstuk 8.

Bij een acute opname is oriënterend laboratoriumonderzoek (bloed, eventueel ook urine) geïndiceerd. Dit is zeker het geval wanneer er sprake is van een acuut en ernstig psychiatrisch ziektebeeld. Ernstige somatische (comorbide) problemen kunnen hiermee worden opgespoord of juist minder waarschijnlijk worden.

Ook binnen andere contexten kan het noodzakelijk zijn om aanvullend onderzoek aan te vragen in het kader van (differentieeldiagnostische) somatische problematiek. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: de differentieeldiagnostische overweging bloedarmoede bij een depressieve stoornis; het uitsluiten van een vitaminedeficiëntie bij geheugenstoornissen; het aantonen of uitsluiten van drugsgebruik; een urineonderzoek om cystitis aan te tonen. Naast het aantonen of uitsluiten van (comorbide) somatische pathologie kan laboratoriumdiagnostiek voor psychofarmacotherapie (zoals spiegelbepalingen of monitoring van klinisch chemische parameters) geïndiceerd zijn. Ook problemen in de metabolisatie van geneesmiddelen (bijvoorbeeld een CYP4502D6-polymorfisme) of eventuele intoxicaties kunnen worden bepaald. Naast laboratoriumdiagnostiek is soms ook ander aanvullend onderzoek nodig (bijvoorbeeld op indicatie verrichten van eeg-controlen voor instellen op een antipsychoticum, of beeldvorming bij cognitieve stoornissen). Voor somatisch (differentieel-) diagnostisch onderzoek, zie de betreffende richtlijnen.

Bij patiënten die langdurig (> 1 jaar) zijn opgenomen waarbij ondanks het aanbieden van adequate behandeling er toch onvoldoende herstel optreedt, wordt geadviseerd minstens jaarlijks oriënterende laboratoriumdiagnostiek te verrichten. Vrijwel altijd krijgen deze langdurig opgenomen patiënten psychofarmaca waarbij monitoring is aangewezen.

Wanneer dit laboratoriumonderzoek al elders is of wordt verricht, volstaat het natuurlijk om de uitslagen hiervan op te vragen. Hetzelfde geldt bij langdurige (> 1 jaar) poliklinische behandeling bij patiënten die ondanks adequate therapie onvoldoende herstellen. In dit laatste geval is overleg met de artsen van de patiënt (hier vaak de huisarts) raadzaam.

Binnen alle contexten geldt dat de psychiater afhankelijk van zijn bekwaamheid aanvullend onderzoek zelf aanvraagt, of verwijst naar andere artsen of specialisten. Stem zo veel mogelijk de somatische zorg af met de andere artsen van de patiënt.

4 Aanbevelingen

- Betrek de lichamelijke gezondheidstoestand van de patiënt bij de integrale psychiatrische diagnostiek door:
 - somatische factoren voldoende in kaart te brengen en bij de diagnostiek te betrekken;
 - alert te blijven op veranderingen in somatische factoren en de invloed die deze kunnen hebben op de psychiatrische diagnostiek en omgekeerd.
- Verzamel somatische gegevens allereerst door:
 - de voorinformatie uit het dossier te lezen;
 - informatie (inclusief medicatieoverzicht) op te vragen bij de huisarts, en/of de verwijzer en/of andere behandelaren;
 - (verdere) somatische anamnese bij de patiënt op te nemen en/of hetero-anamnestic informatie te verzamelen;
 - de medicatiegegevens, eventuele intoxicaties en de somatische voorgeschiedenis uit te vragen en te noteren.
- Weeg af of er een indicatie is voor lichamenlijk onderzoek afhankelijk van:
 - de doelstelling van het onderzoek;
 - het a-priori-risico;
 - de setting.
- Bepaal, indien lichamenlijk onderzoek geïndiceerd is:
 - de mate van urgentie;
 - de mate van uitgebreidheid (oriënterende controles, monitoring, status localis, oriënterend internistisch onderzoek, uitgebreid internistisch onderzoek inclusief neurologisch onderzoek);
 - wie het onderzoek verricht en wat er met uitslagen wordt gedaan:
 - maak hierover van tevoren afspraken;
 - stem indien van toepassing af met de huisarts en andere artsen van de patiënt.

- Verricht het somatische onderzoek bij klinische opname zo snel mogelijk, maar ten minste binnen 24 uur. Een vuistregel daarbij is: hoe ernstiger het psychiatrische ziektebeeld is, en/of hoe meer aanwijzingen dat er een somatische oorzaak is, des te sneller dit onderzoek dient te worden verricht. Bepaal of de somatische diagnostiek op de psychiatrische afdeling kan plaatsvinden of dat de patiënt naar een somatische afdeling moet worden verwezen.
- Voer laboratoriumonderzoek uit (of vraag uitslagen op van al elders verricht laboratoriumonderzoek):
 - bij een acuut en ernstig psychiatrisch ziektebeeld;
 - voor het aantonen of uitsluiten van (comorbide) somatische aandoeningen;
 - bij psychofarmacotherapie;
 - bij patiënten die langdurig (>1 jaar) in behandeling zijn minstens eenmaal per jaar.
- Werk samen met de huisarts en andere artsen van een patiënt. Overleg waar mogelijk en nodig. Stem af wie aanvullend onderzoek verricht, aanvraagt en interpreteert. Stel de huisarts en andere artsen van de patiënt in elk geval op de hoogte bij:
 - opvallende somatische bevindingen (intake);
 - significante veranderingen (behandeling);
 - eigen spoedverwijzingen naar een medisch specialist.
- Noteer uw bevindingen en/ of overwegingen in het dossier, zeker ook wanneer besloten wordt geen somatische diagnostiek uit te voeren.
- Verricht somatische diagnostiek in specifieke behandelcontexten volgens onderstaand schema (tabel 5.1).

5 Kennishiaat

Onderscheiden worden differentieeldiagnostisch somatisch onderzoek en ziektebeeldspecifieke somatische evaluatie:

- het is nog onvoldoende helder welke delen van het somatische onderzoek doelmatig kunnen worden uitgevoerd bij een standaard somatische screening in de ambulante praktijk, en door wie dit kosteneffectief het beste verricht kan worden;
- in de ziektebeeldspecifieke richtlijnen wordt nog onvoldoende aandacht besteed aan het beschrijven van ziektebeeldspecifieke somatische evaluatie (voorkómen, opsporen en behandelen).

Tabel 5.1 De somatische diagnostiek bij specifieke behandelcontexten

Setting	Consul- Ambulant tatief*				Kliniek en/of separeer			Psycho- therapie
	Electief	Spoed	Langdurig	Langdurig	Bij op- name	Tijdens opname	Langdurig (> 1 jaar)	
Somatische anamnese	o	g	g	g	g	m	g	g
Oriënterende controles	m	m	o	o	g	o	g	m
Lichamelijk onderzoek	m	m	m	o	g	m	o	m
Oriënterend laboratorium- onderzoek	m	m	m	m	o	m	o	m

* detentie, algemeen ziekenhuis, academisch ziekenhuis of andere instelling, of huisbezoek voor crisiscontact

g geïndiceerd: documenteer uw overwegingen als u anders besluit

m mogelijke indicatie op basis van aanwijzingen voor pathologie of vanwege monitoring in het kader van behandeling

o overweeg nadrukkelijk of er indicatie is: uit medisch dossier dient aannemelijk te zijn dat er geen indicatie voor is of dat anderen dit al hebben verricht en anders dienen overwegingen expliciet te worden vermeld

Literatuur

- Berg, K.E.M. van den, Rijnders, C.A.T.H., Dam, A. van, Ven, A.L.M. van de, Feltz-Cornelis, CM van der, & Graafsma, S.J. (2014). Somatiek in de ambulante psychiatrie: de toegevoegde waarde van een standaard lichamelijk onderzoek tijdens de ambulante intake. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *56*, 299-306.
- Honig, A. (2014). Haalbare somatische screening in de ambulante psychiatrie praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *56*, 307-308.
- Honig, A., Kemp, E. de, Pop, P., Romme, M.A.J., & Philipsen, H. (1992). Herkennen van en omgang met lichamelijk klachten en ziekten bij ambulante chronisch psychiatrie patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *34*, 723-732.
- Rijksen, W.P., & Crul, B.V.M. (2006). Psychiater gaat óók over somatiek: Uitspraak Tuchtcollege, zaak 2005/001. *Medisch Contact*, *37*, 1458-1461.
- Rijksen, W.P., & Crul, B.V.M. (2009). Psychiater is dokter: Uitspraak Tuchtcollege, zaak 2008/226. *Medisch Contact*, *49*, 2050-2053.
- Swolfs, S.N., Boerkoel, R.A., & Rijnders, C.A. (2011). De meerwaarde van een somatische screening op een polikliniek psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *53*, 201-210.

Hoofdstuk 6

Persoonlijkheidsdiagnostiek

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Waaruit bestaat het persoonlijkheidsonderzoek binnen de psychiatrische diagnostiek?

Het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen en andere psychiatrische stoornissen is in de praktijk niet altijd even duidelijk. Er bestaat nogal eens overlap tussen stoornissen. Dat kan overlap zijn tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderling, maar ook tussen een persoonlijkheidsstoornis en een syndroomstoornis, zoals een stemmings- of angststoornis. Ook kan een persoonlijkheidsstoornis comorbide of als predisponerende factor samengaan met andere psychiatrische stoornissen. Bovendien bepalen persoonlijkheidstrekken mede welke symptomen van een psychiatrische stoornis zich manifesteren en hoe het beloop, de behandelbaarheid en de prognose daarvan is. Dit hoofdstuk geeft daarom aanbevelingen voor de psychiater over de vraag waaruit het persoonlijkheidsonderzoek binnen de psychiatrische diagnostiek dient te bestaan.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat bij eerste oriëntatie bleek dat er niet of nauwelijks wetenschappelijk bewijs van redelijke kwaliteit voorhanden is voor de beantwoording van deze uitgangsvraag.

3 Overwegingen

Over persoonlijkheidsdiagnostiek en classificatie is in de aanloop naar de DSM-5 veel discussie gevoerd. Van belang werd geacht om, naast de uiterlijke beschrijvingen van persoonlijkheidsstoornissen, zoals in de DSM-IV, ook een algemene ernstmaat voor persoonlijkheidsproblematiek te intro-

duceren: het Niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, alsmede een palet aan dimensionale persoonlijkheidstrekken (zie de dsm-5, deel III). Deze dimensionale diagnostiek is echter nog niet opgenomen in het officiële classificatiesysteem van de DSM-5; het blijft de categoriale indeling, zoals in de DSM-IV.

Vanwege de verwevenheid van psychiatrische syndromen met de persoonlijkheid is het van belang dat de psychiater vaststelt wat de ernst is van de persoonlijkheidsproblematiek, of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, en of deze als primaire diagnose of als nevendiagnose gesteld dient te worden. Ook moet er specifiek aandacht besteed worden aan het vaststellen van relevante persoonlijkheidskenmerken en relatiepatronen die van belang zijn voor de psychopathogenese, het maatschappelijke functioneren en de behandelrelatie. Maak bij voorkeur geen gebruik van de classificaties ‘Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis’ of ‘Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis’.

Omdat bij de classificatie persoonlijkheidsstoornis altijd sprake moet zijn van een relatief duurzaam en star patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van de patiënt, berust het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis op meerdere pijlers:

- meerdere contacten, of een uitvoerig onderzoek met en/of van de patiënt zelf;
- een betrouwbare sociale en biografische anamnese (verder: ‘sociobiografische anamnese’) met de focus op risicofactoren en indicatoren;
- (in geval van twijfel) een gesprek met een naastbetrokkene van de patiënt (heteroanamnese).

In welke mate de persoonlijkheidsdiagnostiek aandacht krijgt, kan sterk variëren per setting en van het doel van de psychiatrische diagnostiek. Niet vergeten mag worden dat persoonlijkheidskenmerken, zoals gezegd, mede vormgeven (pathoplastiek) aan het psychiatrische ziektebeeld en de klachtenpresentatie. Alle psychiatrische diagnostiek dient daarom vergezeld te gaan van een adequate beschrijving van persoonlijkheidskenmerken in algemene, sociale en relationele zin. Zeker wanneer gedacht wordt aan psychotherapie, is persoonlijkheidsdiagnostiek essentieel. Wel dient men er rekening mee te houden dat de diagnostiek van de persoonlijkheid bemoeilijkt wordt wanneer er sprake is van een floride syndroomstoornis, een intoxicatie, of een ernstige somatische aandoening.

Persoonlijkheidsdiagnostiek (door middel van een speciële anamnese, sociobiografische anamnese en zeker ook heteroanamnese) kan ondersteund worden door specifieke vragenlijsten, zoals Personality Inventory for DSM-5 (PID-5-NL) voor persoonlijkheidstrekken, en/of semigestructureerde interviews, zoals Semigestructureerd interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren (STIP-5), Structurele Interview volgens Kernberg, of

het Ontwikkelingsprofiel volgens Abraham. Een uitgebreide beschrijving van de manier waarop persoonlijkheidsdiagnostiek kan plaatsvinden, is te vinden in de *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* (Landelijke Stuurgroep, 2008).

Het kan voorkomen dat bij een psychiatrische stoornis die zich op latere leeftijd (> 55 jaar) voor het eerst voordoet, gedacht wordt aan (bijkomende) persoonlijkheidsproblematiek die niet eerder tot problemen geleid heeft. Complicerend hierbij is dat neurodegeneratieve ziekten zich ook vooral op latere leeftijd voordoen en dat deze aanleiding kunnen geven tot een verandering in de persoonlijkheid.

De diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentiefase (circa 12 tot 23 jaar) vraagt om specifieke expertise, omdat de informatie zowel geïnterpreteerd dient te worden volgens de ontwikkelingstaken van de adolescent als in relatie tot zijn specifieke omgeving.

4 Aanbevelingen

- Stel bij relevante persoonlijkheidsproblematiek vast wat de aard en ernst is van deze persoonlijkheidsproblematiek, of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, en of deze de primaire of de nevendiagnose is.
- Maak voor een juiste inschatting van de persoonlijkheidskenmerken of -stoornis gebruik van informatie uit meerdere bronnen: de sociobiografische anamnese in combinatie met de eigen observaties bij het onderzoek, de heteroanamnese en indien nodig aanvullend persoonlijkheidsonderzoek. Hiervoor zijn in het algemeen meerdere contacten met de patiënt (en diens systeem) noodzakelijk.
- Besteed ook specifiek aandacht aan het vaststellen van relevante persoonlijkheidskenmerken en relatiepatronen die van belang zijn voor de psychopathogenese, het maatschappelijke functioneren en de behandelrelatie.
- Maak bij voorkeur geen gebruik van de classificaties 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' of 'Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis'.

5 Kennishiaat

Complicerend bij persoonlijkheidsdiagnostiek is dat neurodegeneratieve ziekten zich vooral op latere leeftijd voordoen en dat deze aanleiding kunnen geven tot een verandering in de persoonlijkheid. De kennis over de interactie tussen deze beide factoren (de 'eigen' persoonlijkheid en de neurodegeneratieve veranderingen) is nog zeer beperkt.

Literatuur

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008).
Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, versie 1.0. Utrecht:
Trimbos-instituut.

Hoofdstuk 7

Vragenlijsten

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Wat is de plaats van vragenlijsten binnen de psychiatrische diagnostiek?

Vragenlijsten in het kader van psychiatrische diagnostiek (klinimetrie) kunnen behulpzaam zijn bij het screenen en bevestigen van psychiatrische symptomen en bij het bepalen van de ernst ervan. Het is de vraag welke vragenlijsten geschikt zijn voor gebruik in de klinische praktijk, rekening houdend met de noodzakelijke training en tijdsinvestering van onderzoekers en de belasting van patiënten. Vastgesteld moet worden wat het nut is van vragenlijsten bij het vervolgen van behandelingen. Ook moet bepaald worden in welke praktijkcontext vragenlijsten al dan niet gebruikt zouden moeten worden.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de werkgroep zich bij de beantwoording van deze uitgangsvraag heeft onderzocht is wat de plaats is van vragenlijsten binnen de psychiatrische diagnostiek in het algemeen, zonder daarbij in detail te treden over specifieke vragenlijsten. Vanwege dit uitgangspunt zag de werkgroep geen toegevoegde waarde van een systematische literatuuranalyse voor een specifieke zoekvraag.

3 Overwegingen

De psychiatrische diagnostiek kan, afhankelijk van context, populatie en doelstelling, op een meer of minder uitgebreide manier plaatsvinden (zie hoofdstuk 4 over specifieke behandelcontexten en doelgroepen). Voor classificatie en differentiële diagnostiek kan een gestructureerd interview worden uitgevoerd (zie hoofdstuk 3 over psychiatrische diagnostiek). Hier

gaat deze richtlijn niet verder op in. Het gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten is per doelstelling (screening, differentiële diagnostiek, risicotaxatie of ernstmeting) verschillend. De psychiater dient op de hoogte te zijn van een groot aantal van dergelijke vragenlijsten die in de verschillende stoornisspecifieke richtlijnen zijn opgenomen. Daarnaast moet de psychiater de toepasbaarheid van deze vragenlijsten in de verschillende behandelcontexten kennen. Tot slot dient de psychiater in staat te zijn de informatie die vanuit deze vragenlijsten naar voren komt, te integreren in het totaal van de activiteiten bij classificatie, diagnostiek en indicatiestelling.

Vragenlijsten kunnen gebruikt worden voor:

- screening;
- differentiële diagnostiek;
- risicotaxatie;
- ernstmeting.

Vragenlijsten voor screening en risicotaxatie kunnen worden ingezet als triage-instrument om tot een zekere voorsortering te komen, en eventueel voor toewijzing van benodigde zorg. In deze zin heeft de screening met dergelijke instrumenten vaak al plaatsgevonden voordat een patiënt voor nadere diagnostiek naar de specialistische ggz wordt verwezen. Vragenlijsten om te screenen of als onderdeel van de diagnostiek kunnen het beste stapsgewijs in de procedures ingepast worden (*stepped diagnostics*: stapsgewijze diagnostiek).

Ten behoeve van de differentiële diagnostiek is in de DSM-5 een nieuwe, door de patiënt zelf in te vullen dimensionale vragenlijst opgenomen, de DSM-5-niveau 1-vragenlijst algemene psychiatrische symptomen (APA, 2014, p. 962). Voor vrijwel elke psychiatrische stoornis zijn vragenlijsten beschikbaar voor het meten van de ernst van deze stoornis. Daarnaast zijn deze interviews en vragenlijsten een onderdeel van de *routine outcome monitoring* (ROM). Voor het gebruik van deze gestructureerde interviews en vragenlijsten wordt verwezen naar de stoornisspecifieke richtlijnen. Risicotaxatie-instrumenten zijn ontwikkeld om, in de vorm van risicofactoren, mogelijk gevaar door de patiënt te signaleren en te controleren. Zij kunnen worden ingezet in de spoedeisende psychiatrie (zie de richtlijnen voor delier en voor suïcidaliteit) en in de forensische psychiatrie (bij het voorspellen van agressie en/of recidive). Sommige van deze instrumenten onderzoeken naast historische factoren ook relevante veranderbare en beschermende factoren die helpen een specifieke behandeling vorm te geven (risicomangement).

Naast het onderzoek naar de klachten en symptomen is het ook nodig om de steun en de draagkracht van patiënten in kaart te brengen. Ook dit kan inzichtelijk worden gemaakt met vragenlijsten. De instrumenten die zicht geven op bevorderende of belemmerende omgevingsfactoren, zijn relevant.

Er zijn ook situaties (vooral in de langdurige psychiatrie) waarin het accent kan verschuiven van ziekte en stoornis naar beperkingen en handicaps. Om tot een goed oordeel te komen, zijn hiervoor andere vragenlijsten nodig. Het verdient aanbeveling om in dergelijke settings de zorgbehoefte en de zorgzwaarte, maar vooral ook het dagelijks functioneren (en de beperkingen hierin) systematisch vast te leggen met behulp van vragenlijsten. Het meest geschikt hiervoor is de in de DSM-5 voorgestelde World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-2) (APA, 2014; www.dsm-5-nl.org). Alternatieven (waarin sociaal-maatschappelijk functioneren samen met psychopathologie wordt meegenomen) zijn de Camberwell Assessment of Need (CAN) (Phelan e.a., 1995) en de Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) (Mulder e.a., 2004).

4 Aanbevelingen

- Gebruik bij de psychiatrische diagnostiek waar nodig en waar mogelijk gevalideerde vragenlijsten en houd daarbij rekening met de behandelcontext, de patiëntenpopulatie en de doelstelling.
- Breng ook de steun en de draagkracht van patiënten en hun omgeving waar mogelijk in kaart met gevalideerde vragenlijsten.
- Gebruik de vragenlijsten bij de diagnostiek zo veel mogelijk stapsgewijs (stepped diagnostics).
- Volg de stoornisspecifieke richtlijnen voor het gebruik van vragenlijsten die de ernst van de stoornis meten en de voortgang van de behandeling volgen.
- Maak bij risicovolle beoordelingssituaties, zoals de beoordeling van suïcidaliteit of een risico op delictrecidive, waar mogelijk gebruik van gevalideerde vragenlijsten.
- Breng in de langdurige psychiatrie de zorgbehoefte en de zorgzwaarte in kaart met behulp van vragenlijsten.

5 Kennishiaat

Meetinstrumenten voor risicotaxatie zijn nog onvoldoende gevalideerd in de algemene psychiatrie.

Literatuur

- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition]. Amsterdam: Boom.
- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S., e.a. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor routine outcome assessment. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 273-284.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- www.dsm-5-nl.org/documenten/artikel/14/WHODAS-2-0

Hoofdstuk 8

Aanvullend neurobiologisch onderzoek

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Wat is de plaats van aanvullend neurobiologisch onderzoek (biomarkers) binnen de psychiatrische diagnostiek?

De laatste decennia is het wetenschappelijke onderzoek op het gebied van de genetica, neuro-imaging, moleculaire biologie, klinische chemie en (neuro-) psychologisch onderzoek in relatie tot psychiatrische stoornissen sterk toegenomen. Vanuit de kennis die dit onderzoek heeft opgeleverd, zijn er steeds meer aanwijzingen dat aanvullend neurobiologisch onderzoek een rol zal kunnen gaan hebben in de psychiatrische diagnostiek. Op dit moment is de plaats van dit aanvullende onderzoek binnen de klinische praktijk van psychiatrische diagnostiek echter nog onduidelijk.

Overigens gaat het hier niet over aanvullend onderzoek naar somatische (differentieeldiagnostische) aandoeningen. Zie hiervoor hoofdstuk 5 over somatische diagnostiek.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de werkgroep bij de beantwoording van deze uitgangsvraag de plaats heeft onderzocht van aanvullend neurobiologisch onderzoek binnen de psychiatrische diagnostiek in het algemeen, zonder daarbij in detail te treden over specifieke onderzoeken. Vanwege dit uitgangspunt werd geen toegevoegde waarde gezien van een systematische literatuuranalyse voor een specifieke zoekvraag.

3 Overwegingen

De toename in technologische ontwikkelingen maakt het mogelijk om onderzoek te doen met zeer diverse en gedetailleerde neurobiologische data. Daarmee kan gezocht worden naar diverse (neuro-) cognitieve en biologische markers: kenmerken die als maat gebruikt kunnen worden voor het aantonen van een (risico op) ziekte, bepalen van het beloop van ziekte of het meten van de effecten van behandeling.

Biologische markers (biomarkers) zijn bijvoorbeeld specifieke genen, biochemische factoren en gegevens uit neuro-imaging. De mogelijkheid om de biomarker te onderzoeken en de positief en negatief voorspellende waarde van de biomarker bepalen de bruikbaarheid ervan voor diagnostiek. In de neuropsychiatrie worden diagnostische biomarkers gebruikt, bijvoorbeeld genetisch onderzoek voor het aantonen of uitsluiten van de ziekte van Huntington, en MRI-onderzoek in de differentiële diagnostiek van Alzheimer (Bloudek e.a., 2011).

Behalve in de neuropsychiatrie zijn er in de psychiatrie geen diagnostische biomarkers die voldoende sensitiviteit en specificiteit hebben om ingezet te worden. Dat heeft te maken met de huidige indeling van psychiatrische stoornissen, die gebaseerd is op clusters van categoriale kenmerken. De onderliggende etiologische factoren interacteren op meerdere intermediaire niveaus (endofenotypen) met elkaar en komen vervolgens klinisch heterogeen tot expressie (voor nadere uitleg zie Van Wijngaarden-Cremers e.a., 2014).

Vrijwel alle psychiatrische ziektebeelden hebben een complexe etiologie en wisselen in ernst en beloop. In de psychiatrie wordt net als in andere medische disciplines een aanzet gegeven om ziekten in te delen in stadia, inclusief uitbreiding, ernst en complicaties, waarbij passende behandel mogelijkheden worden geformuleerd (zie ook hoofdstuk 3 over psychiatrische diagnostiek). Wanneer biomarkers kunnen helpen bij het maken van een differentiëring in verschillende ziektestadia, zou dit kunnen bijdragen aan de inzet van meer doelgerichte behandelingen (Kapczinski e.a., 2009).

Profilering is het onderscheiden van kenmerken en variabelen die etiologisch betekenis hebben, en/of het beloop, de prognose of het effect van behandeling kunnen voorspellen (zie ook hoofdstuk 3 over psychiatrische diagnostiek). *Profilers* kunnen belangrijk zijn in de (vroeg) diagnostiek, de prognose en de indicatiestelling. De profiler kan een biomarker zijn, maar bijvoorbeeld ook een levensgebeurtenis, de socio-economische omstandigheden, het gebruik van cannabis, het geslacht, de etniciteit, of een lichamelijke ziekte. Profilers worden al gebruikt in de praktijk, maar de rol en de toegevoegde waarde van profilers is nog niet altijd even duidelijk. Een voorbeeld van een profiler die een bijdrage kan leveren aan de keuze

van behandeling, is de bepaling van het alleltype van het OPRM1-gen (de Asp40-variant). Alcoholafhankelijke dragers van het G-allel hebben een betere respons op naltrexon, terwijl aan dragers van het A-allel wellicht beter een ander middel kan worden geadviseerd (Schellekens, 2013). Een ander voorbeeld van een profiler is het in kaart brengen van het cognitief functioneren door middel van neuropsychologisch onderzoek, zoals de Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia [MATRICS] Consensus Cognitive Battery (MCCB). Dit kan bij schizofreniepatiënten helpen om de prognose of de indicatiestelling van behandeling vast te stellen. Nog een ander voorbeeld is het betrekken van de uitkomsten van een QbTest (aandachtstaak) om een patiënt in te kunnen stellen op medicatie voor ADHD.

Binnen de gedefinieerde ziektestadia kan verder onderzoek plaatsvinden naar prognostische factoren die iets zeggen over de indicatie voor bepaalde interventies. De combinatie van de dimensionale staging en profilering geeft zo op maat gesneden diagnostiek op het niveau van een individuele patiënt (*personalised medicine*). Dit werkt via de principes van *stepped care*, waarbij patiënten in eerste instantie de kortste en/of minst intensieve behandeling aangeboden krijgen. Alleen wanneer deze onvoldoende resultaat oplevert, gaat men over op een intensievere behandeling.

Er wordt in de wetenschap veel werk verricht voor het verder definiëren van ziektestadia en het onderzoeken van biomarkers en profilers die iets zeggen over de behandelindicaties. Het voert hier in deze algemene richtlijn te ver om hier in meer detail op in te gaan. De translatie van kennis uit de wetenschappelijke praktijk naar het praktische werkveld kost veel tijd en de ontwikkelingen gaan snel. Toch wordt van psychiaters verwacht dat ze volgens de nieuwste standaarden blijven werken.

De vertaalslag van wetenschappelijke kennis naar de praktijk is specialistisch werk, dat zou moeten plaatsvinden in werkgroepen, platforms of expertisegroepen, uitgaande van specialistische centra. Van het werkveld vraagt dat om de overdracht van kennis op een andere manier te organiseren, bijvoorbeeld middels een duidelijke netwerkstructuur (zoals de Stichting Hemato-Oncologie voor Volwassenen Nederland, HOVON). Alleen op deze manier kan de kennis voor niet-specialistisch werkende psychiaters ook direct toegankelijk en klinisch toepasbaar worden.

4 Aanbevelingen

- Gebruik bij de psychiatrische diagnostiek waar mogelijk aanvullend neurobiologisch onderzoek voor profilering en prognose (biomarkers). Gebruik daarbij het principe van stapsgewijze diagnostiek (stepped diagnostics).
- Blijf op de hoogte van klinisch relevante ontwikkelingen in aanvullend neurobiologisch onderzoek in de psychiatrie.

5 Kennishiaat

Van veel neuropsychologisch, genetisch of beeldvormend onderzoek is onvoldoende duidelijk wat de bijdrage is aan risicoprofilering, diagnostiek, prognose en indicatiestelling bij psychiatrische ziektebeelden.

Literatuur

- Bloudek, L.M., Spackman, D.E., Blankenburg, M., & Sullivan, S.D. (2011). Review and meta-analysis of biomarkers and diagnostic imaging in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 26, 627-645.
- Kapczinski, F., Dias, V.V., Kauer-Sant'Anna, M., Frey, B.N., Grassi-Oliveira, R., Colom, F. e.a. (2009). Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 957-966.
- Schellekens, A. (2013). Farmacogenetica en de behandeling van verslaving. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, A5725.
- Wijngaarden-Cremers, P.J.M. van, Deurzen, P. van, Oosterling, I, Groen, W., Langen, M. Lagro-Janssen, A.L. e.a. (2014). Een veranderende kijk op psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 670-678.

Hoofdstuk 9

Verslaglegging

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Welke eisen worden gesteld aan het verslag van de psychiatrische diagnostiek?

Uitvoerige integratie van de volledige verkregen informatie maakt psychiatrische diagnostiek meer valide en betrouwbaar. Hoe uitgebreid de psychiatrische diagnostiek kan worden verricht, is echter afhankelijk van meerdere condities waarbinnen de diagnostiek plaatsvindt (zie ook hoofdstuk 4 over de onderdelen van de psychiatrische diagnostiek bij specifieke contexten en doelgroepen). De mate waarin de verslaglegging compleet kan zijn, varieert daarmee eveneens. Aan welke eisen moet de meer en minder uitgebreide verslaglegging voldoen?

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de het karakter van deze vraag zich niet leent voor beantwoording door middel van origineel wetenschappelijk onderzoek.

3 Overwegingen

Het verslag dient volgens vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie te voldoen aan de volgende eisen.

- 1 Het verslag zet op inzichtelijke en consistente wijze uiteen op welke gronden de psychiatrische classificatie, de psychiatrische diagnose en de indicatiestelling steunen.
- 2 De in het verslag uiteengezette gronden vinden aantoonbaar voldoende steun in de feiten, de omstandigheden en de bevindingen bij het onderzoek.

3 De gronden kunnen de daaruit getrokken conclusies rechtvaardigen. Dit betekent dat alle onderdelen van de psychiatrische diagnostiek, zoals besproken in de antwoorden op de voorafgaande vragen, in het verslag aan de orde moeten komen. Hierbij is natuurlijk de vraagstelling en de context bepalend voor hoe uitgebreid het verslag is (zie hoofdstuk 4 over specifieke behandelcontexten en doelgroepen). De volgende algemene regels gelden.

- 1 Schrijf niet meer op dan nodig, maar bedenk ook dat iets als niet gevraagd of niet onderzocht wordt beschouwd wanneer het niet is opgeschreven.
- 2 Noteer wie het verslag heeft geschreven en de datum (bij herhaalde onderzoeken op één dag: ook de tijd).
- 3 Beschrijf in het verslag van de anamnese uitsluitend de feiten en geen veronderstellingen of interpretaties.
- 4 Noteer niet alleen de aanwezigheid, maar ook de afwezigheid van relevante symptomen (bijvoorbeeld: het ontbreken van psychotische symptomen bij een manisch beeld, of van suïcidale gedachten bij een ernstige depressieve stoornis).
- 5 Baseer de diagnostisch overwegingen en conclusies op de feiten en bevindingen. Noteer hierbij als psychiater de eigen veronderstellingen en interpretaties (zie hoofdstuk 10 over formuleren van de psychiatrische diagnose).

Hier volgen de overwegingen waarom en in welke mate de verschillende onderdelen van de psychiatrische diagnostiek in het verslag genoteerd moeten worden.

- 1 Verwijzer. Het moet altijd duidelijk zijn wie het initiatief heeft genomen tot de verwijzing. Bijvoorbeeld omdat dat bepaalt aan wie het verslag gestuurd moet worden en wat de medische en juridische context van het onderzoek is.
- 2 Reden, aanleiding en vraagstelling. Ook wanneer het psychiatrische onderzoek plaatsvindt als vervolgonderzoek tijdens een lopende behandeling, is het van belang om dit te vermelden. Noteer zowel de vraagstelling van de patiënt als die van de eventuele verwijzer.
- 3 Omstandigheden bij de psychiatrische diagnostiek, kunnen, zeker in de spoedeisende of consultatieve context, bepalend zijn voor de ruimte en tijd die de psychiater heeft. Wanneer dit het geval is, is het van belang om dit kort te noteren.
- 4 De speciële psychiatrische (hetero-) anamnese dient zo uitgebreid als binnen de context mogelijk is te worden genoteerd. De woordkeuze van de patiënt geeft ook belangrijke diagnostische informatie, vandaar de aanbeveling om de anamnese zo veel mogelijk verbatim te noteren. Van belang is ook om hier de visie van de patiënt zelf op de problematiek te noteren. In de spoedeisende en consultatieve context moet de

- anamnese kort worden samengevat tot de meest relevante informatie.
- 5 Van de algemene psychiatrische (hetero-) anamnese (tractus mentalis) worden alleen de voor de differentiële diagnostiek in de specifieke situatie relevante klachten genoteerd. bij een reguliere ambulante intake of klinische opname en bij hoogspecialistische diagnostiek, rapportages en second opinions wordt de volledige tractus mentalis (hetero-) anamnese genoteerd.
 - 6 Het gebruik van middelen (alcohol, tabak, cafeïne, cannabis, andere drugs) wordt genoteerd, zo mogelijk in of eenheden per dag of per week.
 - 7 De psychiatrische voorgeschiedenis vermeldt voor elke episode zo mogelijk het jaartal, of de behandeling ambulante of klinisch was, de aard van de behandeling, de duur, de naam en de discipline van de behandelaar, en de diagnose. Indien van toepassing vermeldt men hier ook eerder voorgeschreven psychofarmaca, met werking en bijwerkingen. In een spoedeisende of consultatieve context kunnen alleen eerder gestelde diagnoses en eventuele eerdere ervaringen met psychofarmaca worden genoteerd.
 - 8 De psychiatrische familieanamnese bevat welke familieleden (grootouders, ouders, broers en zussen, kinderen, kleinkinderen en ooms en tantes) bekend zijn met psychiatrische stoornissen, stoornissen in het gebruik van alcohol of drugs en suïcidaal gedrag, en of en hoe deze familieleden ervoor zijn behandeld (vooral welke psychofarmaca effectief waren of zijn).
 - 9 De somatische anamnese vermeldt minstens of er sprake is (geweest) van ernstige ziekten of schedeltraumata. Indien dat het geval is, worden de behandeling en het beloop ervan kort beschreven, inclusief de medicatie ervoor.
 - 10 Het somatische onderzoek, indien en voor zover uitgevoerd, wordt volledig beschreven, inclusief de resultaten van laboratoriumonderzoek.
 - 11 Het actuele gebruik van psychofarmaca en somatische medicatie (inclusief anticonceptiva en vrij verkrijgbare middelen zoals supplementen, kruiden en andere niet-reguliere middelen) wordt genoteerd, met het oog op de verdere behandeling en mogelijke interacties.
 - 12 De sociale anamnese wordt ingedeeld naar eerste (thuis), tweede (opleiding, werk) en derde (vrije tijd) milieu. Feitelijke informatie kan met een vragenlijst worden verzameld. De betekenis van relevante feiten voor de patiënt dient te worden genoteerd. Bij ernstige psychiatrische ziektebeelden wordt genoteerd voor welke kinderen (naam en geboortedatum) de patiënt de verantwoordelijkheid draagt voor de verzorging en/of opvoeding (Medisch Contact, 2014).

- 13 De biografische anamnese wordt ingedeeld naar gezin van oorsprong en persoonlijke levensgeschiedenis. Ook hier kan feitelijke informatie met een vragenlijst worden verzameld, maar dient wel de betekenis van belangrijke (psychotraumatische) levensgebeurtenissen voor de patiënt te worden genoteerd.
- 14 De ontwikkelingsheteroanamnese beschrijft de verschillende ontwikkelingsstaken en -stadia (zie de leerboeken voor kinder- en jeugdpsychiatrie).
- 15 Het verslag van het status-mentalisonderzoek beschrijft de eerste indrukken, de cognitieve functies, de affectieve functies, de conatieve functies en de persoonlijkheidstrekken. Bij een electieve, uitgebreide diagnostiek verdient aanbeveling deze tussenkopjes te gebruiken en de aan- en afwezigheid van symptomen op het gebied van alle psychische functies te noteren. Het verslag van de status mentalis bij spoedeisende diagnostiek of bij een consult kan beperkt worden tot het noteren van de aan- of aanwezigheid van voor de betreffende vraagstelling en context relevante symptomen (zie Hengeveld & Schudel, 2003).
- 16 Het gevaar voor de patiënt zelf, voor anderen of voor goederen wordt expliciet genoteerd.
- 17 Zie voor de diagnostische overwegingen, de diagnostische formulering, de classificatie volgens de DSM-5 en de differentiële classificatie hoofdstuk 10.

Voorbeelden van verslagen van het status-mentalisonderzoek in verschillende contexten zijn opgenomen in bijlage 6.

4 Aanbevelingen

- Schrijf niet meer op dan nodig, maar bedenk ook dat iets als niet gevraagd of niet onderzocht wordt beschouwd wanneer het niet is opgeschreven.
- Noteer wie het verslag heeft geschreven en noteer de datum (bij herhaalde onderzoeken op één dag: ook de tijd).
- Beschrijf in het verslag van de anamnese uitsluitend de feiten en geen veronderstellingen of interpretaties.
- Noteer niet alleen de aanwezigheid, maar ook de afwezigheid van relevante symptomen (bijvoorbeeld: het ontbreken van psychotische symptomen bij een manisch beeld, of van suicidale gedachten bij een ernstige depressieve stoornis).
- Baseer de diagnostische overwegingen en conclusies op de feiten en bevindingen. Noteer hierbij als psychiater de eigen veronderstellingen en interpretaties.

- Beschrijf in het verslag van de psychiatrische diagnostiek de volgende onderdelen (indien en voor zover deze onderzocht zijn):
 - naam verwijzer;
 - aanleiding of reden voor de verwijzing;
 - vraagstelling van de patiënt en van de verwijzer;
 - omstandigheden en aanwezigen (indien van invloed op de diagnostiek);
 - speciële (hetero-) anamnese (zo veel mogelijk verbatim);
 - algemene psychiatrische ('tractus mentalis') anamnese (op differentieel-diagnostische indicatie);
 - gebruik van middelen (intoxicaties);
 - psychiatrische voorgeschiedenis (inclusief medicatie);
 - psychiatrische familieanamnese;
 - somatische anamnese (inclusief voorgeschiedenis);
 - somatisch onderzoek;
 - actuele medicatie;
 - sociale anamnese;
 - biografische anamnese;
 - ontwikkelingsheteroanamnese;
 - status mentalis;
 - persoonlijkheidstrekken;
 - risicotaxatie;
 - klinimetrie;
 - aanvullend neurobiologisch onderzoek;
 - diagnostische overwegingen;
 - diagnostische formulering;
 - classificatie volgens de DSM-5;
 - differentiële classificatie.

5 Kennishiaat

Er is geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen de wijze van verslaglegging van de psychiatrische diagnostiek en de resultaten van de erop volgende behandeling door de psychiater zelf, of door de behandelaar die de psychiatrische diagnostiek heeft aangevraagd.

Literatuur

- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition]. Amsterdam: Boom.
- Medisch Contact. (2014). Kindcheck: wanneer moet je wat doen als arts? [Federatienieuws KNMG]. *Medisch Contact*, 17, 900-901.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e dr.). Utrecht: De Tijdstroom.

Hoofdstuk 10

Formulieren van de psychiatrische diagnose

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Op welke wijze dienen de diagnostische overwegingen, de psychiatrische diagnose en differentiële diagnose geformuleerd te worden?

In de dossiervoering ontbreekt vaak de nodige uniformiteit in de diagnostische formulering. De diagnostische overwegingen en de differentiële diagnose blijven geregeld onvermeld. Dat roept de vraag op welke (uniforme) handvatten geboden kunnen worden om de consistente, systematische en consequente evaluatie van de oorzaken, de symptomen, het beloop en de gevolgen van een psychiatrische stoornis en differentiële stoornissen bij een individuele patiënt te beschrijven. Dit hoofdstuk behandelt de diagnostische formulering zoals die in het medisch dossier van de patiënt wordt genoteerd. De diagnostische formulering in de correspondentie naar de verwijzer of naar degene naar wie wordt verwezen wordt hiervan afgeleid, maar wordt hier niet beschreven (NHG, 2011).

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de het karakter van deze vraag zich niet leent voor beantwoording door middel van origineel wetenschappelijk onderzoek.

3 Overwegingen

Psychiatrische diagnostiek behelst twee niveaus van verzamelen van informatie, die samen leiden tot de indicatiestelling: de psychiatrische classificatie en de psychiatrische diagnostiek (zie hoofdstuk 3 over psychiatrische

diagnostiek). Een volledig psychiatrische diagnose omvat beide niveaus. Daarbij is het de gewoonte om met de classificatie te eindigen.

3.1 Diagnostische overwegingen

Aansluitend aan het verslag van de anamnese, en de verslaglegging van de andere activiteiten die in het kader van de psychiatrische diagnostiek (zie hoofdstuk 9 over verslaglegging) zijn uitgevoerd, wordt genoteerd aan welke psychiatrische diagnosen wordt gedacht, volgens welke overwegingen en volgens van welke informatie in het verslag. Indien van toepassing wordt ook aangegeven op grond waarvan bepaalde diagnosen zijn verworpen. In spoedeisende of consultatieve situaties zal dit laatste meestal niet mogelijk zijn.

3.2 Diagnostische formulering

De formulering van de psychiatrische diagnose omvat, naast de eventuele subtypen en specificaties, om te beginnen de stagering van het ziektebeeld. De stagering kan op verschillende manieren worden vastgelegd, maar beschrijft de ernst, de duur, de uitbreiding, de complicaties en de functionele gevolgen van de stoornis. Waar een classificatie van de psychopathologie van patiënten in de specialistische ggz vaak een opsomming van meerdere comorbide stoornissen omvat, wordt bij de diagnostiek getracht de samenhang en onderlinge verwevenheid van de verschillende dimensies van de psychopathologie te beschrijven. Daar waar daadwerkelijk sprake is van meerdere van elkaar onafhankelijke stoornissen, wordt dit beschreven. Bij complicaties wordt op passende manier aandacht besteed aan de mate waarin sprake is van schade of gevaar, en wordt getracht onderscheid te maken tussen complicaties die direct voortvloeien uit de stoornis, complicaties die indirecter gevolg zijn van de psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld effecten van ongunstige leefstijlfactoren) en complicaties die het gevolg zijn van behandeling. De stagering beperkt zich niet tot de symptomatologie, maar omvat tevens de functionele en maatschappelijke gevolgen van de stoornis. Als er sprake is van risico op gevaar of schade, dient de taxatie van het risico omschreven te worden.

De profilering bestaat uit een beknopte samenvatting van factoren die in hun samenhang van belang zijn om de etiologie, de pathogenese en de ontwikkeling van de stoornis te kunnen begrijpen. Dit omvat zowel beschermende factoren als factoren die ziektebevorderend werken. Net als bij de stagering zijn er verschillende manieren om dit weer te geven. Het hangt sterk af van de vraagstelling en de uitgebreidheid van het gepleegde onderzoek, in hoeverre het mogelijk is om een volledige beschrijving van potentieel relevante factoren te geven en deze factoren onderling te wegen voor wat betreft hun belang voor de stoornis van de patiënt in kwestie. Relevante factoren kunnen ten eerste worden ingedeeld in somatische,

psychische en sociale factoren en ten tweede in predisponerende, precipiterende en perpetuerende (onderhoudende, bestendigende) factoren. Relevante kenmerken van de persoonlijkheid en contextuele factoren worden hierbij beschreven.

De profilering omvat tevens een beschrijving van factoren die van belang zijn bij de keuze van een passende behandeling. Deze omvat zowel factoren waarvan bekend is dat ze het verdere beloop van de stoornis kunnen voorspellen, als factoren die het effect van de behandeling kunnen beïnvloeden. Zoals benadrukt in hoofdstuk 3 over psychiatrische diagnostiek dient hierbij altijd getracht te worden om samen met de patiënt en diens naasten te komen tot de formulering van ‘wat er aan de hand is’ (de classificatie), ‘waar het over gaat’ (de diagnostische formulering) en ‘wat er aan te doen is’ (de indicatiestelling voor de behandeling).

3.3 Classificatie

De formulering van de classificatie volgt, gebruikmakend van de gestandaardiseerde beslisregels van het classificatiesysteem, uit de psychiatrische symptomen van de patiënt, die zijn vastgesteld bij exploratie, observatie en testen, en eventueel met behulp van een gestructureerd interview en vragenlijsten. Deze beslisregels staan beschreven in de twee vigerende internationale psychiatrische classificatiesystemen, de DSM (*Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*: APA, 2014) of de ICD (*International classification of diseases*: WHO, 1994). In Nederland is de DSM-IV momenteel het officiële classificatiesysteem, maar per 1 januari 2016 wordt binnen de beroepsgroep de DSM-5 ingevoerd. Beide classificatiesystemen hanteren voor de codering van de psychiatrische stoornissen de codes van de ICD. Momenteel worden nog de ICD-9-CM-coderingen gebruikt. Er bestaat reeds lang een volgende versie, de ICD-10, en naar verwachting zal de ICD-11, die beter aansluit bij de DSM-5, binnen enkele jaren tijd uitkomen.

Een eenvoudige classificatie, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk of de basis-ggz, bestaat uit de naam van het psychiatrische syndroom dat volgens de gestandaardiseerde beslisregels is vastgesteld, met daarbij de vigerende ICD-code. In de specialistische ggz worden de aanvullende subtypen eveneens genoemd bij de classificatie. Datzelfde geldt voor de nadere specificaties van de stoornis:

- de duur van de episode (in weken, maanden of jaren);
- de hoeveelste episode het is van het betreffende ziektebeeld;
- de mate van ernst (volgens een gestandaardiseerde ernstschaal);
- de beperkingen (ook volgens een gestandaardiseerde schaal, bij voorkeur de World Health Organization Disability Assessment Schedule: WHODAS 2.0).

Als er een specifieke ICD-code is voor een dergelijk subtype of specificatie (wat zeker niet altijd het geval is), wordt deze gekozen. Tot slot wordt genoteerd welke andere psychiatrische classificaties differentieeldiagnostisch worden overwogen.

Een voorbeeld van een volledige psychiatrische diagnose bij een poliklinische patiënt is opgenomen in bijlage 7.

4 Aanbevelingen

- Maak ook bij het formuleren van de uitkomsten van de diagnostiek onderscheid tussen classificatie en diagnostiek.
- Begin de verslaglegging met een narratieve omschrijving van de diagnostische overwegingen, geef dan de diagnostische formulering met stagering en profilering, en tot slot de classificatie volgens de DSM-5.
- Formuleer de diagnose zo dat deze past bij de vraagstelling en de reden van de psychiatrische diagnostiek, en formuleer de diagnose zodanig dat deze een logische onderbouwing geeft voor de geïndiceerde behandeling.

5 Kennishiaat

Er is geen onderzoek gedaan naar de relatie tussen de wijze van formulering van de psychiatrische diagnose en de resultaten van de erop volgende behandeling door de psychiater zelf, of door de behandelaar die de psychiatrische diagnostiek heeft aangevraagd.

Literatuur

- APA. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. [Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition]. Amsterdam: Boom.
- NHG. (2011). *NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns GGZ*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- WHO. (1994). *De ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen: klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. [ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.] Lisse: Swets & Zeitlinger.

Hoofdstuk 11

Omgang met de patiënt

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Welke aspecten zijn belangrijk bij de omgang met de patiënt en diens naasten tijdens de psychiatrische diagnostiek?

Psychiaters verschillen van elkaar in de wijze waarop zij bij de diagnostiek omgaan met de patiënt en diens naasten. Er is bijvoorbeeld variatie in de mate van ruimte die zij bieden voor het bespreken van emotioneel gevoelige onderwerpen, en voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De wijze waarop bij de psychiatrische diagnostiek wordt omgegaan met de patiënt, kan van invloed zijn op de tevredenheid van de patiënt, maar ook op de betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnose. Daarom is het van belang om aanbevelingen te doen voor een optimale omgang met de patiënt en diens naasten tijdens de psychiatrische diagnostiek.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is gebruikgemaakt van de inbreng die patiënten hebben geleverd tijdens een focusgroepbijeenkomst (zie bijlage 4 voor het verslag). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat bij eerste oriëntatie bleek dat er niet of nauwelijks wetenschappelijk bewijs van redelijke kwaliteit voorhanden is over de rol van de omgang met de patiënt en diens naasten bij psychiatrische diagnostiek.

3 Overwegingen

3.1 Veiligheid

Voorafgaande aan het onderzoek stelt de psychiater zich zo mogelijk op de hoogte van de reden van de verwijzing en de hulpvraag van de patiënt. Tevens beoordeelt de psychiater of de onderzoeksomstandigheden voldoende veilig lijken voor zichzelf en voor de patiënt.

Heeft de patiënt een diagnose van stoornissen in de impulsbeheersing, is hij of zij gecontroleerd op wapenbezit, zijn de overige aanwezigen voldoende coöperatief, en zijn er andere bronnen van onrust, zoals lawaai en huisdieren? Indien nodig vraagt de psychiater aan medewerkers om in de buurt te blijven. De psychiater kan uit veiligheidsoverwegingen besluiten om bij de ingang te blijven staan of dicht bij de deur te gaan zitten en zo mogelijk met de patiënt bespreken of het veilig genoeg is om verder binnen te treden. Soms moet de patiënt beschermd worden tegen zichzelf en soms tegen anderen.

3.2 Aanvang van het gesprek

De psychiater moet aandacht besteden aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt (Shea, 1998). Als de patiënt zich gehoord voelt, kan dat een helend effect hebben en zal hij of zij eerder emotioneel gevoelige informatie verstrekken. De diagnostische fase is dus al van therapeutisch belang. De psychiater dient de patiënt bij aanvang van het gesprek op zijn gemak te stellen. Daar hoort bij dat de psychiater zich voorstelt, uitlegt hoe hij bij de patiënt betrokken is geraakt, overlegt over de aanwezigheid van eventuele anderen, zoals familieleden of stagiairs, informeert wat de patiënt ervan vindt dat hij of zij naar de psychiater verwezen is, vraagt naar de verwachtingen van de patiënt, en uitleg geeft over de duur van het onderzoek en de werkwijze tijdens de psychiatrische diagnostiek. De psychiater geeft een samenvatting van de informatie die reeds bekend is en begint met het vragen naar ontbrekende persoonsgegevens.

Diverse factoren kunnen belemmerend werken in het opbouwen van een dergelijke vertrouwensrelatie. De patiënt kan onvoldoende gemotiveerd zijn voor psychiatrische hulp, bijvoorbeeld vanwege ontbrekend ziektebesef. Ook kan de patiënt psychiatrisch of somatisch te ziek zijn om een goed gesprek te kunnen voeren. En er zijn patiënten die niet in staat zijn om de vragen te begrijpen, bijvoorbeeld doordat zij de taal niet machtig zijn, slechthorend of doof zijn, of een verstandelijke of cognitieve beperking hebben. De psychiater vormt zich een beeld van deze eventuele factoren die de diagnostiek belemmeren, en tracht deze waar mogelijk zodanig te beïnvloeden dat een gesprek beter mogelijk wordt.

3.3 Respect voor de patiënt

De psychiater heeft de specialistische kennis en vaardigheden om empathie te tonen, ook als dit bemoeilijkt wordt door de invloed die de psychiatrische stoornis uitoefent op het denken, voelen en willen van de patiënt (NVvP, 2005). De manier waarop de patiënt klachten uit, kan gekleurd zijn zonder dat de patiënt zich daarvan bewust hoeft te zijn. Dit kan mogelijk ook de diagnostiek belemmeren. Het is verantwoordelijkheid en ook de

plicht van de psychiater om de autonomie van de patiënt daarbij zo veel mogelijk te respecteren. De psychiater gaat op een respectvolle en accepterende manier om met het verklaringsmodel dat de patiënt en diens naasten hebben voor de psychische klachten en verschijnselen.

3.4 Aansluiten bij de patiënt

De psychiater heeft een kalme neutrale houding en stelt op niet al te indringende wijze explorerende vragen. Tegelijk bepaalt de psychiater de noodzaak om aanpassingen te treffen aan de vorm, de inhoud en de lengte van het gesprek (Shea, 1998). Zo kan een patiënt met een manie in het kader van een bipolaire stoornis versneld en verhoogd associatief denken en spreken en moet de psychiater aanwijzingen geven om de patiënt niet onnodig te laten uitwijden. De psychiater is competent om, ook als patiënten neigen tot aggraveren of bagatelliseren, op waarde te schatten welke psychische functies aangedaan zijn, en eventuele patronen daarin vast te stellen. De psychiater vormt zich een indruk van de intellectuele vermogens en de culturele achtergrond van de patiënt. Het is in de omgang met de patiënt belangrijk om bij de vermogens en achtergrond aan te sluiten.

3.5 Ruimte bieden

De psychiatrische diagnostiek heeft de vorm van een gesprek en vormt een mix van open explorerende vragen en gesloten checklistvragen en biedt voldoende ruimte aan de patiënt om zijn verhaal te doen, ook over pijnlijke ervaringen uit het verleden. De psychiater geeft de patiënt het gevoel dat er naar hem geluisterd wordt, en vraagt naar de beleving van de klachten en de eigen verklaring voor het ontstaan ervan. Tijdens het onderzoek houdt de psychiater rekening met de wijze waarop de patiënt de (overdrachts-) relatie met de psychiater beleeft en het mogelijke verband met eerdere relaties met belangrijke anderen.

De psychiater geeft aan het einde van het gesprek informatie over de voorlopige bevindingen, het onderzoeksplan en de behandelmogelijkheden, en maakt dan vervolgspraken. De psychiater vraagt de patiënt om toestemming voor het benaderen van niet-aanwezige betrokkenen: professionals of naasten. Een intake bij een psychiater kan veel emoties losmaken en daarom vraagt de psychiater hoe de patiënt het gesprek heeft ervaren.

4 Aanbevelingen

- Besteed tijdens de psychiatrische diagnostiek op de volgende wijze aandacht aan de omgang met de patiënt:
 - stel uzelf voor aan de patiënt;
 - vraag de patiënt of er eventueel anderen aanwezig mogen zijn (professionals of naasten);
 - geef een samenvatting van de reeds bekende informatie en vraag naar ontbrekende persoonsgegevens;
 - exploreer welke beleving en verwachtingen de patiënt heeft van de verwijzing naar de psychiater;
 - luister naar de patiënt en respecteer deze;
 - bouw een vertrouwensrelatie op met de patiënt en diens naasten;
 - geef uitleg over de aard en de procedure van de psychiatrische diagnostiek;
 - houd rekening met de klachtenpresentatie, de intellectuele vermogens, en de culturele achtergrond van de patiënt en de invloed daarvan op de psychiater;
 - voer het onderzoek uit in de vorm van een gesprek;
 - bied optimaal ruimte aan de patiënt om te vertellen over emotioneel gevoelige onderwerpen;
 - vraag toestemming aan de patiënt voor het benaderen van niet-aanwezige betrokkenen;
 - informeer de patiënt over de voorlopige bevindingen, het onderzoeksplan en de behandelmogelijkheden;
 - vraag tot slot hoe de patiënt het onderzoek heeft ervaren en maak zo nodig vervolgspraken.

5 Kennishiaat

Het is niet onderzocht of een specifieke interviewstijl bij het diagnostische onderzoek van nieuwe psychiatrische patiënten tot completere diagnostiek en grotere behandeltrouw leidt.

Literatuur

- NVvP. (2005). *Herziene profielschets psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Shea, S.C. (1998). *Psychiatric interviewing: the art of understanding*. Philadelphia: Saunders.

Hoofdstuk 12

Benodigde competenties

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Welke competenties zijn nodig voor het uitvoeren van de verschillende onderdelen van de psychiatrische diagnostiek?

De psychiatrische diagnostiek bestaat uit verschillende onderdelen en dient uiteenlopende doelen. Er bestaat veel onduidelijkheid over de vraag welke competenties noodzakelijk zijn om de verschillende onderdelen van de diagnostiek lege artis te kunnen uitvoeren. Dit leidt tot verwarring over de rol en de passende inzet van de verschillende beroepsgroepen in de klinische praktijk. Een heldere omschrijving van de verschillende onderdelen van de diagnostiek, met de daarbij passende competenties, is noodzakelijk voor een duidelijke positionering en efficiënte samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen. Het doel is om te zorgen dat patiënten verwezen voor specialistische psychiatrische hulp ook daadwerkelijk op specialistisch niveau gediagnosticeerd worden, en dat helder is welke competenties noodzakelijk zijn voor welke onderdelen van de diagnostiek.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Een andere belangrijke bron voor de beantwoording van deze vraag was onderwijsplan *Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP)* (Concilium Psychiatricum, 2009). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de het karakter van deze vraag zich niet leent voor beantwoording door middel van origineel wetenschappelijk onderzoek.

3 Overwegingen

Psychiatrische diagnostiek behelst twee niveaus van verzamelen van informatie die samen leiden tot de indicatiestellen (zie hoofdstuk 3 over psychiatrische diagnostiek). Het verzamelen van informatie op deze twee verschillende niveaus en het stellen van de indicatie vragen alle verschillende competenties.

3.1 Classificatie

Bij classificatie staat het betrouwbaar vaststellen van psychiatrische symptomen op de voorgrond. Dit vereist een zorgvuldige en volledige anamnese van klachten, observatie van psychiatrische verschijnselen en zo nodig testen van psychische functies. In termen van competenties vereist de classificatie voldoende kennis en overzicht van psychopathologie en functionele gevolgen van psychiatrische stoornissen, evenals de competentie om dit te vertalen naar een passend status-mentalisonderzoek van de patiënt. Bovendien dient de psychiater kennis te hebben van de somatische oorzaken van psychiatrische symptomen en van de invloed van somatische comorbiditeit op psychiatrische stoornissen en vice versa. Dit vereist het kunnen verrichten van een somatische anamnese en het op indicatie (laten) verrichten van (lokaal) lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek (zie hoofdstuk 5 over somatische diagnostiek).

Aangezien de stoornis van de patiënt kan interfereren met de mate waarin hij in staat is aan het onderzoek mee te werken en met de mate waarin hij betrouwbaar kan rapporteren over zijn symptomen, is het belangrijk dat de psychiater hiermee rekening mee houdt. Dit vraagt communicatieve vaardigheden en het vermogen om voldoende contact met de patiënt op te bouwen zodat deze zich vrij voelt om vaak persoonlijke details over zijn symptomen prijs te geven. Het vraagt van de psychiater ook inzicht in de meest voorkomende effecten van psychopathologie op de communicatieve vaardigheden van de patiënt, en passende interrelationele en communicatieve vaardigheden.

3.2 Diagnostiek

De verdere diagnostiek omvat diverse onderdelen (zie hoofdstuk 4 over specifieke behandelcontexten en patiëntengroepen). Het hangt sterk af van de vraagstelling, de context, de patiëntenpopulatie en het type stoornis, welke onderdelen het meest op de voorgrond staan en in welke mate van detail bijvoorbeeld gegevens over de etiologie of de pathogenese relevant zijn. Diagnostiek is daarom niet standaardiseerbaar en dient toegesneden te zijn op de patiënt en diens hulpvraag (*personalised diagnosis*). Dit vraagt niet alleen veel kennis van verschillende soorten psychopathologie en pas-

sende diagnostische en behandel mogelijkheden, maar ook het vermogen om die kennis lopende het contact met de patiënt op een natuurlijke en doelmatige manier in te passen. Al met al is dit bij uitstek het domein van de specialist.

Specifieke onderdelen van de diagnostiek kunnen heel goed uitgevoerd worden door niet-specialisten. Dit verschilt per stoornis en per context en komt goed overeen met hoe er elders in de specialistische geneeskunde gewerkt wordt. Als men ervoor kiest om onderdelen van de diagnostiek door anderen dan de psychiater te laten uitvoeren, is het noodzakelijk dat de uiteindelijke conclusie en klinische interpretatie van diagnostische gegevens onder regie van de psychiater wordt uitgevoerd.

3.3 Indicatiestelling

Indicatiestelling is de meest complexe en minst standaardiseerbare stap. Dit vereist het vermogen om de rol van *medical expert* (Concilium Psychiatricum, 2009) te combineren met een dienstbare en adviserende rol. Het vraagt daarnaast sensitiviteit voor de vaak impliciete mogelijkheden en beperkingen van patiënten en het doordenken van de uitwerking die dat heeft op een passend behandelprogramma. De aard van de stoornis van de patiënt kan sterk interfereren met zijn vermogen om adequaat de patiëntenrol te vervullen en ook hier dient de psychiater rekening mee te houden. Dit vereist het vermogen om snel een grote hoeveelheid ongelijksoortige informatie te kunnen integreren en die informatie op constructieve wijze te hanteren binnen het contact met de patiënt en met de familie, de huisarts, verwijzers, en andere voor de patiënt belangrijke personen. Deze competenties vereisen veel kennis, verschillende vaardigheden en voldoende ervaring met patiënten met diverse stoornissen en diverse vraagstellingen. Al met al is dit bij uitstek specialistisch werk.

4 Aanbevelingen

4.1 Classificatie

- De psychiater beschikt bij het vaststellen van een psychiatrische classificatie, alsmede bij het diagnostische proces en bij de indicatiestelling, over de volgende bekwaamheden en competenties:
 - het vermogen om een passende werkrelatie met de patiënt op te bouwen die het betrouwbaar vaststellen van psychiatrische symptomen mogelijk maakt;
 - het vermogen om systematisch psychiatrische symptomen en daaraan verwante gegevens te exploreren, te observeren en te testen in samenwerking met de patiënt, diens naasten en de verwijzer;
 - voldoende kennis en overzicht van psychopathologie en de (functio-

- nele) gevolgen daarvan en van de rol van somatische factoren daarbij;
- het vermogen om een somatische anamnese (inclusief een somatische voorgeschiedenis en de anamnese van gebruik van middelen) op te nemen, gericht lichamelijk onderzoek te doen, de indicatie te stellen voor uitgebreider lichamelijk onderzoek en voor laboratoriumonderzoek en om de resultaten hiervan te interpreteren, zo nodig in overleg met de huisarts of andere medisch specialist(en);
- het vermogen om de methode van het verzamelen van gegevens aan te passen aan de vraagstelling en de context (zie hoofdstuk 4);
- het vermogen om waarnemingen van het gedrag en de interactie met de patiënt, de inhoud van de gegevens, zoals gerapporteerd door de patiënt of diens naasten, en de eigen interpretatie hiervan eerst te scheiden, om ze vervolgens te kunnen integreren in de uiteindelijke classificatie van de psychiatrische stoornis.

4.2 Diagnostiek

- De psychiater beschikt bij het uitvoeren van de psychiatrische diagnostiek, alsmede bij de indicatiestelling, over de volgende bekwaamheden en competenties:
 - het vermogen om de vraagstelling van de patiënt en diens verwijzer te vertalen in een diagnostische vraagstelling, met een daarbij passende selectie van diagnostisch meetinstrumentarium;
 - voldoende kennis en vaardigheden om differentiële diagnostiek te verrichten. Dit omvat zowel psychiatrische als overige (somatische) ziektebeelden en vergt brede medische kennis en competenties;
 - het vermogen om, waar passend, onderzoek te doen naar de functionele gevolgen van psychiatrische stoornissen, evenals de effecten op het functioneren in belangrijke maatschappelijke rollen (zoals ouderschap en werk);
 - voldoende kennis van de etiologie, de pathogenese, de prognose en de behandeling van psychiatrische ziektebeelden om te kunnen komen tot een passend begrip van de aard, de ontwikkelingsgeschiedenis en de prognose van de stoornis;
 - het vermogen om de diagnostiek aan te passen aan de fase van ontwikkeling van het ziekteproces en om, lopende een behandeling, adequate monitoring en waar nodig revisie van diagnostiek te plegen;
 - het vermogen om samen met de patiënt en diens naasten tot een diagnose te komen die enerzijds recht doet aan de stand van de psychiatrische kennis (medical expert-rol) en die anderzijds bijdraagt aan betekenisverlening en ertoe bijdraagt dat de patiënt zijn ziekteverschijnselen begrijpt (communicatorrol).

4.3 Indicatiestelling

- De psychiater beschikt bij het uitvoeren van de indicatiestelling als sluitstuk van de psychiatrische diagnostiek over de volgende bekwaamheden en competenties:
 - het vermogen om gegevens uit classificatie en diagnostiek beschikbaar te stellen aan de patiënt, dusdanig dat de patiënt maximaal in staat wordt gesteld tot een weloverwogen behandelkeuze;
 - het vermogen om behandelbeleid gezamenlijk met de patiënt vorm te geven (shared decision making);
 - het vermogen om de familie, de huisarts, de verwijzers, en andere voor de patiënt belangrijke personen op een passende manier bij de indicatiestelling te betrekken;
 - het vermogen om de conclusies uit de diagnostiek en het daaruit voortvloeiende behandelplan goed te communiceren en vast te leggen.

5 Kennishiaat

Er is maar weinig bekend over de mate waarin systematisch trainen en verbeteren van de benodigde competenties voor de classificatie, de diagnostiek en de indicatiestelling effect hebben op de effectiviteit en doelmatigheid van psychiatrische zorg en op de samenwerkingsrelatie met patiënten en hun naasten.

Literatuur

Concilium Psychiatricum, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009). *HOOP: Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom. Raadpleegbaar via: www.lumc.nl/sub/3010/att/1210080440452027.pdf.

Hoofdstuk 13

Benodigde tijd

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Hoeveel tijd neemt de psychiatrische diagnostiek minimaal in beslag?

De hoeveelheid tijd die psychiaters besteden aan de uitvoer en verslaglegging van de psychiatrische diagnostiek, kan verschillen. Voor belanghebbenden is het onvoldoende duidelijk hoeveel tijd de psychiatrische diagnostiek minimaal in beslag neemt. Het is wenselijk om te streven naar meer uniformering van de onderzoekstijd, zodat de psychiatrische diagnostiek op zorgvuldige wijze kan worden uitgevoerd.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat de het karakter van deze vraag zich niet leent voor beantwoording door middel van origineel wetenschappelijk onderzoek.

3 Overwegingen

Het is lastig om een uitspraak te doen over hoeveel tijd er minimaal nodig is voor het zorgvuldig uitvoeren van de psychiatrische diagnostiek. De duur is afhankelijk van het doel van de psychiatrische diagnostiek en van de activiteiten die daarvoor uitgevoerd moeten worden. Beïnvloedende factoren daarbij zijn de context waarbinnen het onderzoek verricht moet worden en de toestand van de patiënt. De psychiatrische diagnostiek moet voldoende onderbouwd zijn met gegevens, die consistent en concludent moet zijn.

De psychiatrische diagnostiek bij een nieuwe ambulante volwassene patiënt neemt gemiddeld in totaal ongeveer twee uur in beslag (Beerthuis e.a., 2007). Hier is de verslaglegging niet bij inbegrepen. Een onderzoek voor een second opinion neemt meestal meer tijd in beslag, variërend van drie

tot vier uur. Rapportages binnen een juridisch kader, zoals het bestuurs- of strafrecht, nemen meer tijd in beslag; de tijdsduur is sterk afhankelijk van de dikte van de dossiers die voor het onderzoek moeten worden bestudeerd en de plaats waar de onderzochte zich bevindt.

De meerderheid van de poliklinische en vrijwillig opgenomen patiënten is coöperatief. Toch kunnen er redenen zijn waardoor de diagnostiek bij deze patiënten meer tijd dan gemiddeld in beslag zal nemen, bijvoorbeeld in geval van dove en slechthorende patiënten, bij taal- en spraakproblemen, bij somatische comorbiditeit, bij ernstige ziektebeelden zoals depressie en psychose, bij lage intelligentie, en bij uitgebreide problemen in de omgang met systeemleden (Beerthuis & Achilles, 2013). Het verrichten van nevenonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek en klinimetrie verlengt het proces ook. Bij niet-coöperatieve patiënten kan veel (reis- en overleg-) tijd gaan zitten in het creëren van omstandigheden waaronder de diagnostiek op veilige wijze kan plaatsvinden.

Op afdelingen waar andere disciplines een groot deel van de informatieverzameling voor hun rekening nemen, zal de psychiater vaak minder dan de gemiddelde tijd kwijt zijn (Beerthuis e.a., 2007). Ook het gebruikmaken van de verslaglegging van eerdere diagnostische onderzoeken kan uiteraard tijdbesparend werken. Bij diagnostisch onderzoek op een spoedeisende-hulpafdeling of op een politiebureau zal men eerder recente stressfactoren en risicotaxatie onderzoeken dan de biografie. Een psychotherapie-indicatieonderzoek kan echter niet zonder een (tijdrovende) sociobiografische anamnese en persoonlijkheidsonderzoek (Othmer e.a., 2005).

De reistijd zou beperkt kunnen worden door het onderzoek gedeeltelijk online of telefonisch te verrichten. Echter, deze vormen van dataverzameling kunnen niet geheel de plaats innemen van vis-a-visdiagnostiek.

4 Aanbevelingen

- Besteed voldoende tijd aan de uitvoer en verslaglegging van de psychiatrische diagnostiek om het oordeel consistent en concludent te kunnen laten zijn.
- Reserveer voor de complete psychiatrische diagnostiek, dus inclusief classificatie, diagnosestelling en indicatiestelling van een nieuwe (poli-) klinische patiënt gemiddeld twee uur. De verslaglegging is daarbij niet inbegrepen.
- Reserveer voor de complete psychiatrische diagnostiek voor een second opinion gemiddeld drie à vier uur.
- Rapportages binnen een juridisch kader, zoals het bestuurs- of strafrecht, nemen (veel) meer tijd in beslag.

5 Kennishiaat

Het is niet onderzocht of een langer durend diagnostisch onderzoek bij nieuwe psychiatrische patiënten leidt tot completere diagnostiek en grotere behandeltrouw.

Literatuur

- Beerthuis, R.J., & Achilles, R.A. (2013). Diagnostiek bij de ontoegankelijke patiënt. In: C. van der Feltz-Cornelis & N. Mulder, *Handboek sociale psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Beerthuis, R.J., Swinkels, J.A., & Witteman C. (2007, april). Diagnostiek in de psychiatrische praktijk. Voorjaarscongres 2007. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Posterpresentatie op het congres, MECC, Maastricht.
- Othmer, E., Othmer, S.C., & Othmer, J.P. (2005). Psychiatric interview, history, and mental status examination. In: B.J. Sadock, V.A. Sadock & P. Ruiz, *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 794-826). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Hoofdstuk 14

Het wettelijke kader

1 Inleiding

De uitgangsvraag voor dit hoofdstuk is:

- Welke consequenties heeft het wettelijke kader waarbinnen de psychiatrische diagnostiek plaatsvindt?

Psychiaters kunnen werken binnen een behandelrelatie met een patiënt als diagnosticus-behandelaar, en binnen een adviserende relatie als diagnosticus-rapporteur. Ook kunnen zij als diagnosticus-behandelaar-rapporteur uitvoering geven aan een gedwongen behandeling krachtens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), de strafrechtelijke Beginselenwetten (Penitentiaire beginselenwet, Wet beginselen gevangeniswezen, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, het adolescentenstrafrecht, Plaatsing in een Jeugdinstelling) en de rechterlijke voorwaarden (NVvP, 2008).

Het probleem is dat niet altijd duidelijk is wat de psychiater doet en behoort te doen, op eigen gezag of op grond van wet- en regelgeving, en wat hij wel of niet behoort te overleggen en/of te rapporteren aan collega-hulpverleners en derden, op eigen initiatief en op verzoek. Voorbeelden daarvan zijn het wel of niet ingrijpen tijdens een crisissituatie: intra- en extramuraal, als behandelaar of als consulent, het delen van het beroepsgeheim zonder goedkeuring van de patiënt, en wat de rol is van de geneesheer-directeur en de hoofdbehandelaar. De positie van de psychiater dient te allen tijde duidelijk te zijn.

2 Methode literatuuranalyse

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden, is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie de literatuurlijst bij dit hoofdstuk). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet leent voor beantwoording door middel van origineel wetenschappelijk onderzoek.

3 Overwegingen

De psychiater is als arts geregistreerd op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Eveneens valt zijn handelen onder de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), die geen aparte wet is maar onderdeel van het Burgerlijk Wetboek (BW 7, artikel 446-468). Zijn primaire verantwoordelijkheid is die als ‘goed hulpverlener’ onder de Wet BIG. Als zodanig is elk handelen door de psychiater tuchtrechtelijk (vanuit de beroepsgroep) en gerechtelijk (civiele en eventueel strafrechtelijke procedure) toetsbaar en is de psychiater hier aansprakelijk voor, ook al werkt hij op verzoek van of in dienst van een andere instantie. Voor de regels, die gebaseerd zijn op deze twee wetten, over wilsbekwaamheid, beroepsgeheim, inzagerecht en vernietigingsrecht, die immers voor alle artsen gelden, zie de website van de KNMG (<http://knmg.artsennet.nl/Publicaties.htm>).

Bij de huidige behandelingen (intra- en extramuraal, al of niet penitentiair) op grond van bijzondere voorwaarden van de Wet BOPZ en het Wetboek van Strafrecht komen verschillende rechtposities voor bij patiënten met een identieke stoornis. Daaruit volgen een verschillende aanpak en een verschillend behandelplan en verslaglegging in het patiëntendossier (Stikker, 2003). Het is belangrijk dat de psychiater op de hoogte is van zijn eigen rechtpositie. Vaak bestaat er een multidisciplinair samenwerkingsverband bij de behandeling van een individu dat zowel door de patiënt zelf als door de verschillende beroepsverantwoordelijkheden danig op de proef gesteld kan worden. Overleg met de plicht van behoud van eigen verantwoordelijkheid is geboden (Uitspraak Centraal Tuchtcollege, 3 februari 2009, nummer 2007.322.323).

Bij een behandeling ‘onder (wettelijke) voorwaarden’ moet aan de verwijzer (vaak de reclassering of de rechtbank) door de behandelend psychiater gerapporteerd worden over de voortgang en eventueel de redenen van een voortijdige beëindiging – zonder hierbij het verslag van de psychiatrische diagnostiek te overleggen: dat valt onder het medisch beroepsgeheim. Wel mogen feitelijkheden worden vermeld, zoals het niet verschijnen, gebrek aan zinvolheid, of mate van risicodreiging. Wanneer, bij welke behandeling ook, gevaar voor zichzelf of anderen dreigt, zal specifiek psychiatrisch onderzoek naar risico’s moeten worden gedaan en in het medisch dossier vermeld moeten worden – hoe moeilijk het ook is gevaar adequaat te voorspellen. Een intercollegiaal consult valt hierbij aan te raden.

De rapporteur is per definitie deskundig (‘bekwaam’), onpartijdig, onafhankelijk en onbevooroordeeld in zijn taak. De vraagstelling (op schrift!) is een brug tussen zijn medische geheimhouding enerzijds, die immers doorbroken moet worden, en anderzijds een goed psychiatrisch advies

aan de opdrachtgever zodat die een oordeel kan vellen mede op grond van de psychische status van de betrokkene. De psychiater is gebonden aan de vraagstelling die de opdrachtgever aan hem voorlegt. Hij bekijkt eerst deze vraagstelling alvorens toe te stemmen het onderzoek te doen, om uit te sluiten dat hij bepaalde vragen niet kan of wil beantwoorden. Of de psychiater in dat geval behandelaar of rapporteur is, doet ertoe. Van de behandelaar wordt objectieve maar niet onpartijdige informatie verwacht: de behandelrelatie dient gerespecteerd te worden. Inzage (met recht op correctie van feiten) door de patiënt vooraf verdient daarbij de voorkeur; toestemming is vereist. Van de rapporteur wordt objectieveerbare en onpartijdige informatie geëist. Inzage door en bespreking met de betrokkene, al dan niet in aanwezigheid van de rapporteur, zijn verplicht voorafgaand aan de verzending van het rapport; toestemming van de betrokkene is dat echter niet (NVvP, 2004; 2013). Het is belangrijk om als psychiater niets af te dwingen bij de patiënt. De psychiater is als behandelaar en als rapporteur in de eerste plaats arts (Van Marle, 2013).

Elk verslag van psychiatrische diagnostiek, voor welke gelegenheid ook gemaakt, is tevens een medisch document waarop tuchtrechtelijk kan worden gereageerd vanuit het Burgerlijk Wetboek of de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Inzage in het diagnostiekverslag door de betrokkene valt niet te blokkeren; bij door de psychiater veronderstelde schadelijkheid voor de betrokkene kan deze zich namelijk laten vertegenwoordigen. Correspondentie door derden en werkaantekeningen zijn uitgezonderd van inzage.

4 Aanbevelingen

- Ken als psychiater de eigen rechtspositie in relatie tot de psychiatrische diagnostiek die wordt gevraagd.
- Controleer de context waarin wordt gewerkt: de rechtspositie van de patiënt bepaalt het handelen van de psychiater.
- Dwing als behandelaar of als rapporteur niets bij de patiënt af, want de psychiater-rapporteur is in de eerste plaats arts.
- Schrijf interacties, overwegingen en beslissingen op in het medische dossier.
- Een rapport, onder welk juridisch domein ook, moet altijd eerst ter inzage en bespreking worden aangeboden aan de patiënt voordat de opdrachtgever het krijgt toegestuurd.

5 Kennishiaat

De rechtsposities van de deelnemers in een psychiatrisch diagnostisch proces bepalen de aard en de intensiteit van het psychiatrische arts-patiëntcontact ten tijde van het onderzoek zelf en de verslaglegging daarvan. Kennis van de jurisprudentie daarover behoort een vast onderdeel van de opleiding te zijn en dient via de vakliteratuur te worden bijgehouden.

Literatuur

- Marle, H.J.C. van. (2013). Eisen te stellen aan de forensische gedragsdeskundigenrapportage. In: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis, & M.J.F. van der Wolf, *Gedragskundige rapportage in het strafrecht* (2e druk, pp. 243-267). Den Haag: Kluwer.
- NVvP. (2002). *Richtlijn psychiatrische rapportage (exclusief strafrechtelijke rapportage)*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/Uitgeverij Boom.
- NVvP. (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/De Tijdstroom.
- NVvP. (2013). *Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie/De Tijdstroom.
- Stikker, T.E. (2003). *Samenhang tussen de WGBO en de Wet BOPZ* [BOPZ-praktijkreeks nr. 6]. Den Haag: Sdu.

Hoofdstuk 15

Kwaliteitsindicatoren

1 Inleiding

De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

2 Indicatoren

Voor elk van de drie kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting.

2.1 Indicator 1: verslaglegging psychiatrische diagnostiek

Beschrijving

Verslaglegging psychiatrische diagnostiek

Operationalisatie	Zijn in elk dossier (poliklinisch of klinisch) de volgende onderdelen opgenomen (in een format of in een standaardformulier)? (Ja/Nee) <ul style="list-style-type: none"> ◆ naam verwijzer ◆ aanleiding en/of reden voor verwijzing ◆ vraagstelling van de patiënt en/of de verwijzer ◆ omstandigheden en aanwezigen ◆ speciële (hetero-) anamnese ◆ algemene psychiatrische anamnese ◆ gebruik van middelen ◆ psychiatrische voorgeschiedenis ◆ psychiatrische familieanamnese ◆ somatische anamnese ◆ somatisch onderzoek ◆ actuele medicatie ◆ sociale anamnese ◆ biografische anamnese ◆ ontwikkelingsheteroanamnese ◆ status mentalis ◆ risicoschatting ◆ diagnostische overwegingen ◆ diagnostische formulering ◆ classificatie en codering ◆ differentiële classificatie en codering
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	(Niet van toepassing)
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen volledig kalenderjaar
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar
Meetniveau	Kwaliteit van zorg op het niveau van de maatschap
Kwaliteitsdomein	Veiligheid en effectiviteit

Achtergrond indicator en relatie tot kwaliteit van zorg (validiteit)

Psychiatrische diagnostiek dient meerdere doelen: het bepalen van het actuele ziektebeeld, het opsporen van mogelijke etiologische factoren, en het vaststellen van de ernst en de gevolgen van de psychiatrische symp-

tomen. Indien er voor nieuwe (poli-) klinische patiënten een vaste format bestaat waarin alle relevante onderdelen van de psychiatrische diagnostiek worden genoemd, zal dit stimuleren om een complete anamnese op te nemen en compleet onderzoek te doen. De psychiater vult in wat nodig is, maar dient wel te beseffen wat hij of zij overslaat. Het format dient daarvoor ter ondersteuning.

Om een juiste diagnose te stellen en een effectieve en veilige behandeling in te stellen, is een aantal basisvoorwaarden noodzakelijk in elke psychiatrische context. Deze structuurindicator brengt in kaart in hoeverre de psychiatrische afdeling of instelling aan deze basisvoorwaarden voldoet.

Definities

Niet van toepassing.

Variatie in zorg

Cijfers over variatie in de Nederlandse afdelingen of instellingen zijn niet bekend. Deze structuurindicator kan bijdragen aan het verminderen van ongewenste variatie in de volledigheid van de anamnese en het onderzoek bij het stellen van de psychiatrische diagnose.

Registreerbaarheid

Deze indicator kan worden afgeleid uit de opstelling en/of de structuur van het elektronische of papieren patiëntendossier of het documentensysteem van de instelling of afdeling.

Een graadmeter voor de kwaliteit van de indicator vormt de mate van overeenstemming tussen de resultaten die verkregen worden wanneer een meting meerdere malen wordt uitgevoerd. Wanneer de meetcondities gelijk blijven, mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten gelijk blijven.

De tijdsinvestering voor het verkrijgen van gegevens voor deze structuurindicator is beperkt (format: anamnese en onderzoek wel/niet aanwezig). De werkgroep is van mening dat de tijdsinvestering per meetmoment (eenmaal per jaar) die nodig is om de gegevens te verkrijgen, opweegt tegen de waarde van de indicator.

Mogelijke versturende factoren

Versillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen zijn niet relevant voor deze indicator.

Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep is van mening dat er geen ongewenste effecten door deze indicator kunnen worden uitgelokt.

2.2 Indicator 2: lichamelijk onderzoek binnen 24 uur na klinische opname

Beschrijving

Lichamelijk onderzoek binnen 24 uur na klinische opname

Operationalisatie	Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na klinische opname op de psychiatrische afdeling lichamelijk onderzoek is uitgevoerd
Type indicator	Procesindicator
Teller	Alle patiënten die opgenomen zijn op de klinische afdeling bij wie er lichamelijk onderzoek is verricht binnen 24 uur na opname
Noemer	Alle patiënten die opgenomen zijn op de klinische afdeling
In- en exclusiecriteria	Exclusiecriteria: <ul style="list-style-type: none"> • patiënten bij wie er een contra-indicatie bestaat voor het doen van lichamelijk onderzoek; de contra-indicatie is gedocumenteerd in het patiëntendossier • wilsbekwame patiënten die lichamelijk onderzoek weigeren; dit is gedocumenteerd in het patiëntendossier • patiënten die op de meetdag zijn opgenomen (omdat het lichamelijk onderzoek binnen 24 uur moet zijn uitgevoerd) • dagopnamen • interne overnamen • patiënten van wie de psychiater niet de hoofdbehandelaar is
Meetfrequentie	Een keer per kwartaal
Verslagjaar	Afgelopen volledig kalenderjaar
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar
Meetniveau	Patiëntenniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid en effectiviteit

Achtergrond indicator en relatie tot kwaliteit van zorg (validiteit)

Een algemeen lichamelijk onderzoek bij opname op een psychiatrische afdeling heeft meerdere doelen: het vaststellen van somatische comorbiditeit die geen relatie heeft met de psychiatrische aandoening, het vaststellen (of uitsluiten) van somatische klachten en ziekten die kunnen wijzen op een somatische oorzaak van een psychiatrische stoornis, vaststellen van somatische gevolgen van een psychiatrische stoornis, vaststellen van somatische ziekten die kunnen interfereren met de psychofarmacotherapie, en vaststellen van somatische beperkingen en handicaps die kunnen interfereren met het verdere onderzoek en de indicatiestelling van de behandeling. Het is daarom van belang dat adequaat lichamelijk onderzoek wordt uitge-

voerd wanneer een patiënt wordt opgenomen, zodat de juiste diagnose(n) kunnen worden gesteld en een veilige en effectieve behandeling kan worden ingesteld.

Definities

Een adequaat algemeen lichamelijk onderzoek omvat de volgende onderdelen: algemene gezondheidstoestand, gewicht, lengte, vitale functies, huid, lymfeklieren, hoofd/hals, ademhaling, temperatuur, bloeddruk, pols, thorax (hart en longen), abdomen en extremiteiten. Daarnaast dient een oriënterend neurologisch onderzoek te worden uitgevoerd: het bewustzijn, de hogere cerebrale functies, de hersenzenuwen, de motoriek, de coördinatie, de sensibiliteit, de reflexen, en extrapiramidale verschijnselen.

Variatie in zorg

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. Wel heeft de richtlijncommissie een duidelijke indruk dat somatische zorg in academische ziekenhuizen beter geborgd is dan in perifere (ggz-) ziekenhuizen. Deze procesindicator kan bijdragen aan de volledigheid van psychiatrische diagnostiek en kan ongewenste variatie in de zorg verminderen. De verbetering van zorgprestaties kan door de psychiaters zelf worden bewerkstelligd.

Registreerbaarheid

De gegevens van de teller en noemer kunnen worden verkregen uit het elektronische patiëntendossier (EPD).

Een graadmeter voor de kwaliteit van de indicator vormt de mate van overeenstemming tussen de resultaten die verkregen worden wanneer een meting meerdere malen wordt uitgevoerd. Wanneer de meetcondities gelijk blijven, mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten gelijk blijven.

Vanwege de tijdsinvestering die nodig is om elk patiëntdossier te controleren op een adequaat lichamelijk onderzoek, is de werkgroep van mening dat het voldoende is om per meetmoment (eenmaal per kwartaal) een aselecte steekproef van vijftig patiëntdossiers te nemen. De werkgroep is van mening dat de tijdsinvestering die nodig is om de gegevens te verkrijgen, opweegt tegen de waarde van de indicator.

Mogelijke versturende factoren

Verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van patiëntengroepen zijn niet relevant voor deze indicator.

Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep is van mening dat er geen ongewenste effecten door deze indicator kunnen worden uitgelokt.

2.3 Indicator 3: laboratoriumonderzoek bij psychiatrische patiënten

Beschrijving

<i>Laboratoriumonderzoek bij psychiatrische patiënten</i>	
Operationalisatie	Het percentage patiënten dat langer dan een jaar onder behandeling is bij wie er laboratoriumonderzoek is verricht
Type indicator	Procesindicator
Teller	Alle patiënten die langer dan een jaar onder behandeling zijn bij de psychiater bij wie er laboratoriumonderzoek is verricht
Noemer	Alle patiënten die langer dan een jaar onder behandeling zijn bij de psychiater
In- en exclusiecriteria	<p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patiënten die langer dan een jaar onder behandeling zijn (klinisch of poliklinisch) bij de afdeling psychiatrie • laboratorium onderzoek aanvraag kan door elke arts zijn gedaan. De psychiater moet wel over deze gegevens kunnen beschikken <p>Exclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exclusie criterium teller: patiënten bij wie de laboratorium onderzoek niet volledig is uitgevoerd (zie definities) • patiënten die laboratoriumonderzoek hebben geweigerd; dit dient te zijn gedocumenteerd in het patiëntendossier
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen volledig kalenderjaar
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar
Meetniveau	Patiëtniveau
Kwaliteitsdomein	Veiligheid en effectiviteit

Achtergrond indicator en relatie tot kwaliteit van zorg (validiteit)

Bij een langdurige zorgvraag is er vaak sprake van langdurend psychofarmacagebruik dat gemonitord dient te worden. Ook kan een patiënt langdurig onder behandeling zijn omdat er onvoldoende herstel optreedt, wat kan duiden op een somatische oorzaak van klachten. In beide gevallen kan aanvullend laboratoriumonderzoek een belangrijke toegevoegde waarde hebben om tot een correcte diagnose en een veilige, effectieve en doelmatige behandeling te komen. Deze procesindicator toetst of dergelijk laboratoriumonderzoek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

Definities

Het standaardlaboratoriumonderzoek omvat ten minste Hb, Ht, mean corpuscular volume (MCV), leukocyten +diff, bezinkingssnelheid van erythrocyten (BSE), C-reactieve proteïne (CRP), trombocyten, HbA1c en/of nuchter glucose, natrium, kalium, creatinine, ureum, aspartaataminotransferase (ASAT), alanineaminotransferase (ALAT), gammaglutamyltransferase (GGT), alkalisch fosfatase (AF) en thyreïdstimulerend hormoon (TSH; bij afwijking hiervan ook vrij T₄/FT₄).

Het laboratoriumonderzoek hoeft niet per se door de psychiater te zijn aangevraagd. Indien deze bepalingen door een andere behandelaar zijn aangevraagd en de gegevens voor de psychiater beschikbaar zijn, is dit voldoende.

Variatie in zorg

Cijfers over variatie in de Nederlandse ziekenhuizen zijn niet bekend. De richtlijncommissie heeft de indruk dat laboratoriumonderzoek bij klinische patiënten al vaker plaatsvindt dan bij poliklinische patiënten. Deze procesindicator kan bijdragen aan de volledigheid van psychiatrische diagnostiek en kan ongewenste variatie in de zorg verminderen. De verbetering van zorgprestaties kan door de psychiaters zelf worden bewerkstelligd.

Registreerbaarheid

De gegevens van de teller en noemer kunnen worden verkregen uit het elektronische patiëntendossier (EPD).

Een graadmeter voor de kwaliteit van de indicator vormt de mate van overeenstemming tussen de resultaten die verkregen worden wanneer een meting meerdere malen wordt uitgevoerd. Wanneer de meetcondities gelijk blijven, mag worden verwacht dat bij herhaling van de meting de resultaten gelijk blijven.

Gezien de tijdsinvestering die nodig is om elk patiëntdossier te controleren op een adequaat laboratoriumonderzoek, is de werkgroep van mening dat het voldoende is om per meetmoment (eenmaal per jaar) een aselechte steekproef van patiëntdossiers te nemen van 5% van het totaal aantal patiënten dat langer dan een jaar onder behandeling is bij de psychiater. De werkgroep is van mening dat de tijdsinvestering die nodig is om deze gegevens te verkrijgen, opweegt tegen de waarde van de indicator.

Mogelijke versturende factoren

Verschillen in gezondheidstoestand of in demografische en sociaal-economische samenstelling van specifieke patiëntengroepen zijn niet relevant voor deze indicator.

Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep is van mening dat er geen ongewenste effecten door deze indicator kunnen worden uitgelokt.

Bijlage 1

Afkortingen

ADHD	aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
BIG	[Wet op de] beroepen in de individuele gezondheidszorg
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CAN	Camberwell Assessment of Need [meetinstrument]
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CVZ	College voor zorgverzekeringen [tegenwoordig ZiNL]
DSM	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i>
EPA	ernstige psychiatrische aandoening(en)
EPD	elektronisch patiëntendossier
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
HOOP	Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie [opleidingsplan]
HPA-as	<i>hypothalamic-pituitary-adrenal axis</i> (hypothalamus-hypofyse-bijnieras)
ICD-10	<i>International classification of diseases, 10th revision</i>
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KiMS	Kennisinstituut van Medisch Specialisten [hoort bij Federatie Medisch Specialisten, voorheen Orde van Medisch Specialisten]
LPGGz	Landelijk Platform GGz
MCCB	Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia [MATRICS] Consensus Cognitive Battery
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MNS	Maligne neurolepticasyndroom
MRI	magnetic resonance imaging
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NGT	Nederlandse Gebarentaal
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NVKG	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PID-5-NL	Personality Inventory for DSM-5 (Nederlandse versie)
ROM	<i>routine outcome monitoring</i>

SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry [meetinstrument]
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR axis II personality disorders
SEH	spoedeisende-hulpafdeling
SKMS	Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
SPV	sociaalpsychiatrische verpleegkundige
STiP	Semigestructureerd interview voor Persoonlijkheidsfuncties
Verenso	vereniging en specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHODAS 2	World Health Organization Disability Assessment Schedule, versie 2
WOK	Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit [hoort bij Federatie Medisch Specialisten, voorheen Orde van Medisch Specialisten]
ZiNL	Zorginstituut Nederland (voorheen CvZ)

Bijlage 2

Belangenverklaringen

De werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste vijf jaar een (al dan niet financieel ondersteunde) betrekking hebben onderhouden met commerciële bedrijven, organisaties of instellingen die in verband staan met het onderwerp van de richtlijn.

<i>Achternaam</i>	<i>Functie(s)</i>	<i>Nevenfuncties</i>	<i>Belangen</i>
Beekman	<ul style="list-style-type: none"> • Hoogleraar Psychiatrie Vumc (0,7) • Lid raad van bestuur GGZ inGeest (0,3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (vacatiegelden) • Bestuur Stichting mirro (onbezoldigd) • Raad voor Civiel Militaire Zorg en Onderzoek (vacatie) • Bestuur Synquest (onbezoldigd) • Raad van Advies Continuüm Psychiatrie (onbezoldigd) • Diverse commissies ZonMw (vacatie) • Verschillende internationale adviesraden; redacteur van bladen (onbezoldigd) 	Geen
Beerthuis	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiater en opleider psychiatrie bij GGZ inGeest • Vrijgevestigd psychiater 	<ul style="list-style-type: none"> • Lid landelijke visitatiecommissie psychiatrie, betaald middels vacatiegelden • Nu en dan spreker op door farmaceutische industrie gesponsorde symposia 	Geen
Hengeveld	<ul style="list-style-type: none"> • Zelfstandig gevestigd psychiater te Leiden (0,4 fte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lid Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, Den Haag (tot 8-2-2015) (betaald) • Lid Raad van Toezicht Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden, Poortugaal (betaald) • Voorzitter redactie <i>MGV, magazine voor ggz en verslavingszorg</i>, Utrecht (tot 1-1-2015) (onbetaald) • Lid Raad van Toezicht Riagg Rijnmond, Rotterdam (tot 1-10-2014) (betaald) • Vice-voorzitter Visitatiecommissie Stichting Topklinische GGz (TOPGGz), Amersfoort (betaald) 	Auteur, redacteur en vertaler van boeken over psychiatrische diagnostiek
Hoekstra	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiater en PhD-student 	Geen	Geen

<i>Achternaam werkgroep lid</i>	<i>Functie(s)</i>	<i>Nevenfuncties</i>	<i>Belangen</i>
Van Marle	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Hoogleraar Forensische Psychiatrie aan Erasmus MC ♦ en aan de Erasmus School of Law te Rotterdam 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Wetenschappelijk adviseur Expertisecentrum Forensische Psychiatrie ♦ Psychiater Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden ♦ Lid Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, sectie tbs ♦ Gerechtelijk deskundige 	Geen
Naarding	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Psychiater en opleider ♦ psychiatrie, ♦ GGNet ♦ Apeldoorn 	Geen	Geen
Van Oeffelt	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Arts in opleiding tot psychiater 	Geen	Geen
Hagemeijer	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Senior Adviseur Kennisinstituut ♦ van Medisch Specialisten & beleidsmedewerker NOG 	Geen	Geen
Venhorst	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Junior Adviseur Kennisinstituut ♦ van Medisch Specialisten 	Geen	Geen

Bijlage 3

Verlag invitational conference over de richtlijn, juli 2013

Hier volgt het verslag van de invitational conference ten behoeve van de *Richtlijn psychiatrische diagnostiek*. Dit verslag betreft niet het standpunt van de werkgroep, maar is een feitelijke weergave van de opmerkingen de partijen hebben gemaakt tijdens de invitational conference. Het verslag bevat inbreng en aandachtspunten voor de knelpuntenanalyse voor de richtlijn.

Voor de invitational conference waren uitgenodigd: de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), GGZ Nederland (de brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg), Verenso (vereniging en specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) (nu Zorginstituut Nederland: ZINL), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), DBC-onderhoud, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De invitational conference is bijgewoond door NVKG, GGZ Nederland en Verenso. De conferentie vond plaats op 4 juli 2013 in Domus Medica te Utrecht.

Verslag

Voor de kosten is het van belang dat de psychiater niet te veel interventies voorschrijft. Daarnaast zijn gezondheidsoverwegingen belangrijk: overbehandeling kan immers ook schaden. Om de behandeling goed af te stemmen op de indicaties en de behoeften van de patiënt, zou de psychiater tijdens het psychiatrische onderzoek onder andere na moeten gaan in welke ziektefase de patiënt zich bevindt, wat de prognose van een aandoening is, welke functionele beperkingen de patiënt heeft, en welke steunbronnen zich in de omgeving van een patiënt bevinden.

Ook het psychiatrische onderzoek zelf zou zo veel mogelijk beperkt moeten worden tot dat wat geïndiceerd is. Het dient tot de basisvaardigheden van de psychiater te behoren om op basis van een eerste indruk een inschatting te kunnen maken van de problematiek die bij een patiënt speelt. De diagnostiek kan hier vervolgens op afgestemd worden. Ook is het belangrijk om de patiënt te vragen met welk doel hij bij de psychiater komt, zodat de diagnostiek zich op dat doel kan richten. Routinediagnostiek is dus ongewenst.

Voor bevoegd- en bekwaamheid zou er rekening mee moeten worden gehouden dat het psychiatrische onderzoek ook een verrijking is van het diagnostische onderzoek van andere specialisten dan de psychiater. Liever worden er daarom geen uitspraken in de richtlijn gedaan over wie het psychiatrische onderzoek wel of niet mag doen (bevoegdheid), maar meer over wat er nodig is om het psychiatrische onderzoek goed te doen (bekwaamheid). Bij bekwaamheid moet dan vooral worden gedacht aan het onderhouden van de vaardigheden die nodig zijn om het psychiatrische onderzoek goed te kunnen doen. Dit kan worden onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek waarbij is aangetoond dat er vaker sprake is van overdiagnostiek wanneer het psychiatrische onderzoek wordt gedaan door iemand met minder ervaring.

Onder bevoegd- en bekwaamheid zou ook vermeld kunnen worden voor welke diagnostiek er volgens de werkgroep verwezen moet worden naar een gespecialiseerd psychiater of een psychiatrisch centrum. Dit kan bijvoorbeeld gelden voor diagnostiek op het gebied van ADHD, autisme of verslavingszorg.

Ook de diagnostiek voor patiënten met een verstandelijke beperking is erg complex en vereist misschien een psychiater met speciale expertise. Op dit gebied blijkt de kennis nog erg beperkt. Meer kennis en aandacht voor de psychiatrische diagnostiek bij mensen met een verstandelijke beperking is daarom gewenst.

Ook zou in de richtlijn iets opgenomen kunnen worden over wat huisartsen, sociaalpsychiatrische verpleegkundigen (spv'en) die in de eerste lijn werken, praktijkondersteuners ggz (POH's-ggz) en eerstelijnspsychologen kunnen doen. In de toekomst zal de eerste lijn steeds de psychiater steeds vaker om advies vragen. De diagnostiek en behandeling kunnen dan reeds in de eerste lijn gedaan zijn. Dat vergt een andere insteek van het psychiatrische onderzoek. Wat opvalt aan de oude richtlijn is dat deze nauwelijks activiteiten van de verpleegkundige positioneert.

Speciale aandacht is gewenst voor de bekwaamheden op het gebied van de consultatieve psychiatrische diagnostiek. De verwachting is dat hier toenevend een beroep op wordt gedaan, mede met het oog op gepast gebruik in de zorg (zie beginopmerking).

Voor wat betreft de rol van de psychiater bij de somatische diagnostiek zou gesteld moeten worden dat de somatiek altijd een geïntegreerd onderdeel van het psychiatrische onderzoek is. Hoe dit concreet vorm dient te krijgen, is lastig te zeggen, en is tevens afhankelijk van de context.

Om tijdens het psychiatrische onderzoek rekening te houden met de somatiek, moet de psychiater beschikken over voldoende kennis hiervan. In de richtlijn zou, onder bevoegd- en bekwaamheid, iets gezegd kunnen worden over het onderhouden van neurologische en internistische kennis.

Daarbij dient ook rekening te worden gehouden met de context waarin de psychiater werkt.

Er wordt geconstateerd dat mensen met een andere culturele achtergrond minder gebruikmaken van de ggz. Ze komen minder snel naar de psychiater en haken vervolgens sneller af. Mogelijk komt dit doordat mensen met een andere culturele achtergrond minder vertrouwd zijn met de wijze waarop psychiaters contact maken. Onder huisartsen wordt veel gebruikgemaakt van een website (<http://www.huisarts-migrant.nl>) over hoe om te gaan met migranten in de huisartsenpraktijk. Hier staan hulpmiddelen in die mogelijk ook bruikbaar zijn bij het psychiatrische onderzoek.

Verder worden suggesties gedaan om iets in de richtlijn op te nemen over het volgende.

- Voorbeelden van triage binnen het psychiatrische onderzoek. Triage houdt in dat er systematische opsporing van specifieke problematiek plaatsvindt. Vervolgens worden systematische diagnostische meetinstrumenten ingezet om deze problemen verder te classificeren en, afhankelijk van de uitkomsten hiervan, gerichte interventies toegepast om de problemen aan te pakken (zie de Richtlijn comprehensive geriatric assessment (CGA) van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)).
- Risicoschatting: het inschatten van het gevaar dat een patiënt vormt voor zichzelf en de omgeving. Van een psychiater wordt verwacht dat hij daar deskundig in is, maar hoe risicoschatting precies uitgevoerd wordt, is onbekend.
- Wat screeners inhouden ten opzichte van het psychiatrische onderzoek. Daarbij zou aangegeven kunnen worden in welke gevallen screeners bruikbaar zijn en waar bij het gebruik op gelet dient te worden. Voor huisartsen zouden screeners bijvoorbeeld bruikbaar kunnen zijn om de ernst van de klachten van een patiënt in te schatten.
- Het geheugen. Hier lijken psychiaters nog weinig kennis van te hebben, maar met de opkomst van de ouderenpsychiatrie en de toename in het aantal dementerende ouderen is dit wel een belangrijk onderwerp voor de toekomst.
- De positie van de Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) ten opzichte van het psychiatrische onderzoek. In de richtlijn moet duidelijk worden dat het psychiatrische onderzoek meer is dan de DSM.

Bijlage 4

Verlag focusgroepbijeenkomst over de richtlijn, juni 2013

Hier volgt het verslag van de focusgroep voor deze richtlijn. Dit verslag geeft niet het standpunt weer van de werkgroep, maar is een weergave van de opmerkingen van patiënten en cliënten tijdens de focusgroepbijeenkomst. Het verslag bevat inbreng en aandachtspunten voor de knelpuntenanalyse voor de richtlijn.

De vergadering met de focusgroep vond plaats op 24 juni 2013 in Domus Medica te Utrecht. Aanwezig was het Landelijk Platform GGz (LPGGZ).

Verslag

De psychische gesteldheid kan beïnvloed worden door sociale omstandigheden uit het heden of het verleden van een persoon. Ook kan iemands lichamelijke gezondheid weerslag hebben op diens psychische gesteldheid. Andersom kan iemands psychische gesteldheid ook invloed hebben op sociale omstandigheden en de lichamelijke gezondheid. Er bestaat dus een wisselwerking tussen al deze aspecten. De psychiater zou daarom breed naar patiënten moeten kijken, waarbij hij aandacht heeft voor al deze aspecten en de wisselwerking die daartussen bestaat.

Het is belangrijk dat de psychiater tijdens het psychiatrische onderzoek goed communiceert met de patiënt. Ten eerste houdt dat in dat de psychiater goede uitleg geeft over wat er tijdens het onderzoek gaat gebeuren en waarom, wat de bevindingen zijn, wat de diagnose is en wat behandelmogelijkheden zijn. Voorafgaand aan het psychiatrische onderzoek moet de psychiater eerst een duidelijk beeld geven van wat er gaat gebeuren. Dit zou hij kunnen doen door expliciet te benoemen dat hij onderzoek gaat doen om een diagnose te kunnen stellen. Vervolgens zou de psychiater ook moeten toelichten welke onderzoeksmethoden of -instrumenten ingezet worden en met welk doel. Dit geldt ook voor patiënten die al bekend zijn en al eerder een psychiatrisch onderzoek hebben gehad. Veel patiënten maken mee dat hun diagnose naar verloop van tijd verandert. Dit kan komen doordat een psychiater een verkeerde diagnose heeft gesteld: diagnoses zijn vaak erg complex. Ook kan een ziektebeeld gewoon veranderd zijn: situaties veranderen, mensen veranderen en daardoor kunnen ook diagnoses veranderen. De psychiater moet daarom ook tegen de patiënt durven zeggen dat een diagnose ingewikkeld en onzeker is.

Het is belangrijk dat de psychiater de patiënt vertelt wat zijn bevindingen

zijn en wat de verschillende behandel mogelijkheden zijn. Ook moet er een duidelijke terugkoppeling zijn van de diagnose. Er moet rekening mee worden gehouden dat sommige patiënten één of twee sessies nodig hebben voor ze echt begrijpen wat een diagnose betekent.

Wanneer er tijdens het onderzoek geen communicatie met de patiënt mogelijk is, zou de arts een filmpje kunnen maken en dient de arts vooral de eigen woorden van de patiënt te noteren. Op een beter moment kunnen arts en patiënt dit samen evalueren en hier conclusies uit trekken.

Ten tweede betekent goede communicatie dat een patiënt ook echt wordt gehoord. Een patiënt voelt zich pas gehoord als er intermenselijk contact is. De psychiater en de patiënt moeten daarom eerst een relatie opbouwen en pas daarna kan er naar een goede oplossing worden gezocht. Ze moeten 'iets van elkaars taal leren verstaan'. Het helpt als een psychiater eerst begint met een goede kennismaking en de vraag waar de patiënt voor komt of wat hij of zij verwacht. Een goede psychiater vraagt vervolgens niet alleen symptomen uit, maar gaat actief aan de slag met de patiënt, waarbij de patiënt voldoende ruimte krijgt om zijn verhaal te doen. Een informeel contactmoment kan ook bijdragen aan de relatie tussen arts en patiënt. Bij acute situaties is het misschien niet altijd mogelijk om eerst aan een relatie met de patiënt te werken. In dat geval zou de diagnose ook in twee stukken geknipt kunnen worden.

Er wordt ervaren dat psychiaters vaak onvoldoende over trauma's doorvragen en al snel concluderen dat patiënten niet stabiel genoeg zijn om trauma's te bespreken. Voor patiënten is het vaak moeilijk om over traumatische ervaringen te praten en soms duurt het lang voor er voldoende vertrouwen is opgebouwd om hierover te praten. Het is echter wel belangrijk, dus zou de psychiater hier voldoende ruimte en geduld voor moeten hebben. Meer specialisme voor trauma's en onderzoek hiernaar is wenselijk. Ook zou de lotgenotencontact kunnen helpen om de patiënt problemen te leren herkennen en gemakkelijker over dingen te laten praten. Dit zou door de psychiater aangeboden kunnen worden.

Er zijn wisselende ervaringen met de manier waarop psychiaters omgaan met naastbetrokkenen. De psychiater moet de mening van naasten serieus nemen; zij kunnen een beeld geven van hoe de patiënt 'normaal' in het dagelijks leven is en zo een ander licht op symptomen werpen. De patiënt moet echter wel altijd eerst toestemming geven voordat met een naaste gesproken wordt. Patiënten zouden hierbij zo goed mogelijk uitleg moeten krijgen waarom een heteroanamnese belangrijk is. Wanneer een patiënt niet wil dat de psychiater de naastbetrokkene spreekt, zou er moeten worden aangeboden dat iemand anders, zoals de huisarts, dit doet.

Verder worden er suggesties gedaan om in de nieuwe richtlijn aandacht te besteden aan de volgende zaken.

- Wie er bevoegd is om het psychiatrische onderzoek te doen: welke disciplines en met hoeveel ervaring. Wanneer het psychiatrische onderzoek niet goed wordt uitgevoerd, kan dat namelijk voor jarenlange problemen zorgen.
- Periodieke diagnostiek. De diagnosticering is een doorlopend proces waarbij steeds opnieuw werkhypothesen opgesteld moeten worden.
- Duidelijke beschrijving in het patiëntendossier van hoe de psychiater tot de diagnose komt.
- Wat er gedaan moet worden in het geval van crisis. Bij crisis wordt ook de familieanamnese meegenomen; familieleden kunnen een grote rol spelen bij de diagnosticering.
- Adequaat gebruik van de DSM: wat zijn randvoorwaarden voor gebruik van de DSM? De arts dient zich ervan bewust te zijn dat de DSM-classificatie geen recht doet aan de individuele kenmerken van de persoon.
- De diagnostiek bij hoogbegaafdheid.
- Implementatie van de richtlijn, eventueel door het opstellen van indicatoren. De oude richtlijn bevat namelijk veel goede dingen waar psychiaters in de praktijk vaak toch van af lijken te wijken.

Bijlage 5

Zoekstrategie oriënterende search

<i>Zoektermen met als onderwerp: [Naam hoofdstuk]</i>	
<i>Medline (OVID)</i>	
<i>1980-heden</i>	<i>Engels, Nederlands</i>
1	exp *personality assessment/ or exp *psychiatric status rating scales/ or exp *psychological tests/ or *Psychometrics'/ (66968)
2	*Mental Disorders/cl, di [Classification, Diagnosis] (11750)
3	1 or 2 (76039)
4	((psychiatr* or mental or psycholog*) adj3 (assessment* or evaluat* or examination* or diagnos* or test*)).ti. (8192)
5	1 or 2 or 4 (80675)
6	(meta-analysis/ or (meta adj analy\$).tw. or (systematic* adj review\$1).tw. or (systematic adj overview\$1).tw. or cochrane.ab. or cochrane.jw. or embase.ab. or medline.ab. or (psychlit or psyclit).ab. or (cinahl or cinhal).ab. or cancerlit.ab. or ((selection criteria or data extraction).ab. and 'review'/)) not (Comment/ or Editorial/ or Letter/ or (animals/ not humans/)) (150780)
7	5 and 6 (730)
8	limit 7 to yr='2010 -Current' (284)
9	limit 8 to (dutch or english) (278)
10	limit 5 to 'review' (4412)
11	limit 10 to (yr='2010 -Current' and (dutch or english)) (620)
12	9 or 11 (729)
13	((child* or adolescent* or youth) not adult*).ti. (632042)
14	12 not 13 (669) - 577 uniek

* met eventueel een onbeperkt aantal toegevoegde tekens na de gezochte tekst; \$1 = met eventueel één willekeurig teken volgend op de gezochte tekst.

Bijlage 6

Voorbeeldverslagen status-mentalisonderzoek

1 Context: separeer; spoed; eerste beoordeling

Man, gekleed in separeerkledij, uiterlijk conform de kalenderleeftijd. Maakt een vriendelijke indruk, geeft een stevige handdruk. Er is enige wederkerigheid in het contact, maar weinig contactgroei; patiënt is uitgesproken joviaal tegen de onderzoeker. Bespreekt op uitgelaten wijze hoe het leven na zijn verblijf op de gesloten-opnameafdeling eruit zal zien. Staat erop zo spoedig mogelijk weer in bezit te kunnen komen van zijn zeldzame cowboylaarzen. Er zijn volgens hem geen beperkingen in de maatschappij die hem zouden kunnen hinderen zijn professionele leven weer op te maken. De zeer forse schulden die gemaakt zijn voor zijn opname, zijn volgens hem 'met een goed gesprek wel weg te werken'.

Bewustzijn helder. De vigiliteit van de aandacht is goed, maar tenaciteit is verminderd: patiënt wisselt regelmatig van onderwerp. Oriëntatie is gestoord in datum en plaats. Kortetermijngeheugen is gestoord (kan de naam van de onderzoeker en de vragen aan het begin van het onderzoek na enkele minuten niet reproduceren). Langetermijngeheugen is niet formeel getest. Intelligentie moeilijk te beoordelen. Geen waarnemingsstoornissen of daarbij passend gedrag. Denken is versneld, verhoogd associatief en er zijn overwaardige groothedsideeën over de functies die patiënt in de maatschappij zal bekleden na zijn opname. Stemming is eufoor, affect uitgelaten. Geen suïcidedachten of -planning. Geen angsten. Patiënt is rusteloos: loopt druk door de separeerruimte heen en weer. Het bord in de separeerruimte is volgeschreven met niet te volgen korte zinnen. Psychomotorische agitatie uit zich duidelijk bij onderbreking in zijn betoog: hij scheldt de onderzoeker dan uit. Er is een toegenomen dadendrang: patiënt beschrijft hoe hij druk bezig is meerdere ondernemingen op te starten. Persoonlijkheid: onvoldoende te beoordelen op dit moment.

2 Context: huisbezoek; spoed; eerste beoordeling

2.1 Casus 1

Patiënt ziet er goed verzorgd uit. Maakt een geremde, vlakke indruk. Lijkt vermoeid en gaapt veel (na inname van lorazepam 1 mg). Loopt wat onzeker en wankel met de rollator. Er is (oog-) contact en enige contactgroei.

Hij beantwoordt vragen met enige vertraging.

Bewustzijn helder, de aandacht te trekken, maar tijdens het gesprek verminderd. Oriëntatie intact, geheugen globaal intact (niet getest). Geen hallucinaties. Denken: traag, coherent, geen wanen. Stemming: erg somber, vlak affect. Erg gespannen; raakt af en toe in paniek. Geen doodswens, niet suïcidaal. Geremde psychomotoriek. Maakt een precieze indruk.

2.2 Casus 2

Slanke grote jongeman (doet een beetje aan cabaretier Theo Maassen denken), die vluchtig oogcontact maakt, gespannen lijkt en op een bevreemdende manier contact maakt. Onderzoeker merkt dat het steeds schuurt in het contact; dat het gesprek niet soepel loopt. Antwoorden zijn strikt genomen niet inadequaat, maar beperkt, wat concreet; er ontstaat geen beeld. Patiënt lijkt zaken te beredeneren, zoals het concept liefde, om er grip op te krijgen.

Bewustzijn helder, oriëntatie intact, aandacht goed te trekken en te behouden. Geheugen lijkt ongestoord; geen dissociatie of hallucinaties. Denken normaal van tempo, formeel wat aan de concrete en beperkte kant; inhoudelijk geen wanen. Stemming normofoor, met een wat vlak en gespannen affect. Geen aanwijzingen voor suïcidaliteit. Persoonlijkheid: identiteit lijkt vaag.

2.3 Casus 3

Goed verzorgde man, normaal contact, wanhopige klachtenpresentatie, onrustige motoriek (grimassen, oor vastgrijpen). Bewustzijn helder, oriëntatie intact, geheugen en zelfwaarneming ongestoord, bovengemiddeld intelligent, geen psychotische kenmerken, denken normaal van tempo en vorm, inhoudelijk preoccupatie met oorsuizen, stemming somber (er kan een lachje af), rationaliseren, isoleren van het affect, niet actief suïcidaal.

2.4 Casus 4

Geheel in het zwart geklede, leeftijdsconforme jongeman, die op vriendelijke wijze contact maakt; de klachtenpresentatie is enerzijds wat nonchalant, anderzijds appellerend; gebruikt veel psychiatrisch jargon, heeft alles opgezocht op internet; cognitieve functies intact (niet getest); geschatte intelligentie: begaafd; geen psychosesymptomen; stemming wisselend

somber tot normofoor; affect moduleert; geen suïcidegedachten; geen gedragsstoornissen. Mogelijke borderlinetrekken: vermijdt in de steek gelaten worden; instabiel zelfgevoel; wisselende stemmingen; gevoel van leegte; afgunstig. Geen instabiele, intense relaties; niet impulsief; geen zelfbeschadigend gedrag; geen intense woedebuien.

3 Context: consultatief; spoed; eerste beoordeling; doelgroep: oudere patiënt

Leeftijdsconforme, normaal verzorgde man die zijn klachten realistisch, met enige humor en wat intellectueel-afstandelijk presenteert. Loopt wat 'zwabberig' en spreekt licht dysartrisch en enigszins traag. Er zijn duidelijke woordvindingsproblemen. Afgezien van anamnestic vermeldde geheugen- en concentratiestoornissen zijn er geen cognitieve stoornissen. Stemming niet manifest somber, maar er is wel anhedonie, schaamte en pessimisme; niet suïcidaal; anamnestic soms nachtelijke angst; geen dwangsymptomen.

4 Context: consultatief; doelgroep: oudere patiënt

Op de SEH wordt een 79-jarige man gezien die zojuist een TS met medicatie heeft gedaan. Ziet er matig verzorgd uit, ruikt naar urine en heeft een baard van een aantal weken. Oogt (hierdoor?) ouder dan zijn kalenderleeftijd aangeeft. Maakt afwerend contact, er is wel enige contactgroei in het gesprek, maar regelmatig reageert hij ook vijandig en afwijzend. Oriëntatie is in plaats en persoon goed, maar in tijd gestoord (verkeerde datum en dag van de week). Er is sprake van enig decorumverlies. Geen stoornissen in de waarneming. Voelt zich somber en is daarbij vaak geïrriteerd en heeft last van woede-uitbarstingen. Depressieve klachten zijn ontstaan nadat bij hem vorig jaar prostaatkanker is vastgesteld met botmetastasen. Hij wordt hiervoor intensief behandeld met chemotherapie. Slaapt al maanden niet meer, heeft veel nachtelijke pijn en is de hele dag moe. Eet weinig en is 8 kg afgevallen in het afgelopen jaar. Voelt zich schuldig tegenover zijn vrouw omdat hij een aantal jaren de toenemende prostaatklachten heeft genegeerd terwijl zij hem aanspoorde naar zijn huisarts te gaan. Er is geen dagschommeling. Voelt zich niet angstig. Wil niet verder leven, heeft om die reden ook TS gedaan. Acht zijn situatie uitzichtloos, hoewel zijn behandelaar nog hoopvol is.

5 Context: poliklinisch; electief; eerste onderzoek

5.1 Casus 1

Eerste indrukken: goed verzorgde en geklede, vermoeid ogende vrouw. Uiterlijk passend bij kalenderleeftijd. Maakt op vriendelijke wijze contact in de wachtkamer. Sociaal adequaat oogcontact, enige wederkerigheid in contact zonder evidente contactgroei. Het betoog van haar klachten is wat abstract en in algemene termen. Lijdensdruk hoog; presentatie en gemelde repercussies van klachten wekken bij onderzoeker zorg op over de toestand van patiënte.

Cognitieve functies: helder bewustzijn. Vigiliteit van de aandacht goed, maar tenaciteit verminderd: patiënte is meerdere keren halverwege haar antwoord de lijn ervan kwijt, is zich daarvan bewust. Oriëntatie gestoord: datum van de dag; overigens ongestoord. Oordeelsvermogen intact. Schatting van de intelligentie: gemiddeld niveau. Er zijn evidente woordvindingsstoornissen, waarna patiënte met gebaren of omschrijvingen als 'klinkt als' probeert duidelijk te maken wat ze bedoelt. Geen waarnemingsstoornissen of gedrag dat een dergelijke stoornis doet vermoeden. Denken vertraagd, wel coherent, maar bij vlagen verliest patiënte het doel van haar gedachtegang uit het oog. Soms blokkeert gedachtegang. Inhoudelijk staan overwaardige depressieve gedachten op de voorgrond, zonder wanen of betrekkingsideeën.

Affectieve functies: stemming depressief, affect vlak. Er zijn geen suïcidegedachten of -plannen.

Conatieve functies: mimiek vlak, psychomotoriek vertraagd, zonder tekenen van parkinsonisme. Anamnestic is er sprake van forse besluiteloosheid, energieverlies en libidoverlies. Patiënte is de gehele dag binnen en contacten met familie en vriendinnen onderhoudt ze niet meer.

Persoonlijkheidstrekken: timide houding, laag zelfgevoel, onzeker, afwach- tend, passief.

5.2 Casus 2

Eerste indrukken: goed verzorgde, smaakvol geklede, jong uitziende vrouw die vrij gretig en spraakzaam contact maakt. Brengt haar klachten aanvankelijk wat onzeker en met aarzelingen. Oogcontact intensief. Haar vlotte presentatie is opvallend discrepant met de klachten van onzekerheid en depressiviteit die ze brengt. Het contact is vriendelijk, maar blijft oppervlakkig.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen, oordeelsvermogen, abstractievermogen, executieve functies en taal intact (niet getest); ziektebesef sterk aanwezig, zeker ook ziekte-inzicht; intelligentie bovengemiddeld geschat; waarneming en denken ongestoord, afgezien van

overwaardige gevoelens van waarloosheid, insufficiëntie, zorgelijkheid en pessimisme.

Affectieve functies: stemming gedrukt met af en toe suïcidegedachten; bezorgd, sociaal onzeker; affect moduleert vrij weinig.

Conatieve functies: normale psychomotoriek; verminderde energie, gering libido; misbruik van alcohol; geen dwang- of drangstoornissen of stoornissen in de impulsbeheersing.

Persoonlijkheidstrekken: licht wantrouwend, gevoelig voor kritiek, negatief zelfbeeld, aardig gevonden willen worden, laag zelfgevoel, onzeker, non-assertief.

5.3 Casus 3

Eerste indrukken: jeugdig uitziende, normaal verzorgde vrouw. Maakt gemakkelijk en adequaat contact, spreekt vlot, helder en direct, stuurt deels het gesprek, en heeft kritische vragen. Er is van angst of spanning niets te merken.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen, oordeelsvermogen, abstractievermogen, taal en executieve functies intact (niet getest); ziektebesef: aanwezig; geschatte intelligentie: bovengemiddeld; geen hallucinaties, formele denkstoornissen, wanen of dwangsymptomen.

Affectieve functies: stemming normofoor; anamnestic spanning, angst, paniekaanvallen, onverklaarde lichamelijke klachten; affect: moduleert normaal.

Conatieve functies: psychomotoriek: normaal. Gedrag: normaal.

Persoonlijkheidstrekken (voor zover te beoordelen): neiging tot zelfonderschatting, angst voor het onbekende, anergie, streng geweten, sterke behoefte aan warmte en intimiteit, enigszins onaardige mensen vermijgend, moeite met besluiten nemen, niet assertief, wil graag pleasen, is liever niet alleen, heeft zich wel psychisch laten gebruiken, durft bij sommige mensen geen kritiek te geven, had tijdens de studie onvoldoende vertrouwen in eigen kunnen, preoccupatie met details en regels, moralistisch, egocentrisch (als adolescent), perfectionistisch, moeite met delegeren, hoge eisen stellend aan belangrijke anderen, toegewijd, verantwoordelijk, betrouwbaar, gedisciplineerd, vindt zichzelf wel star.

5.4 Casus 4

Eerste indrukken: goed verzorgde en geklede, leeftijdsconforme jonge vrouw met rond, wat popperig opgemaakt gezicht. Opvallend is haar onzekere, wat kinderlijke presentatie, die gemaniëreed, onecht aandoet. Brengt klachten met glimlachjes, maar daarachter is wel lijdensdruk merkbaar. In het contact is ze dromerig en wezenloos en roept ze gevoelens van vaagheid, onduidelijkheid bij mij op.

Cognitieve functies: bewustzijn, oriëntatie, geheugen, oordeelsvermogen, abstractievermogen en taal intact (niet getest); subjectief klachten van concentratieproblemen; veel opvallende taalfouten in haar geschreven biografie; de intelligentie schat ik hoog gemiddeld of iets daarboven; veel ziektebesef; geen stoornissen in de waarneming; forse klachten van derealisatie, desomatisatie en depersonalisatie; geen stoornissen in de vorm van het denken; geen wanen; ernstig tekort aan zelfvertrouwen en negatief zelfbeeld van haar uiterlijk; geen dwanggedachten.

Affectieve functies: klachten van somberheid en anesthesie van gevoelsleven, maar redelijk opgewekt in contact; suïcidegedachten; forse sociaalfobische klachten; affect moduleert normaal; moeheid, energieverlies, anorexie.

Conatieve functies: sociaal teruggetrokken, vermijdend.

Persoonlijkheidstrekken: instabiele relaties, angst om in de steek gelaten te worden, instabiel zelfbeeld, vermijdend, overgevoelig, gepreoccupeerd met bekritiseerd worden, geremd in contacten, laag zelfgevoel, onzeker, zonder zelfvertrouwen.

5.5 Casus 5

Eerste indrukken: zich vlot presenterende, gebruinde, verzorgde, jong uitziende man met halflang blond haar, die gemakkelijk en charmant contact maakt. Stottert af en toe licht. Uit zijn klachten enigszins breedsprakig.

Cognitieve functies: bewustzijn, oriëntatie, geheugen, oordeelsvermogen, abstractievermogen, realiteitstoetsing, normbesef, executieve functies en taal intact (niet getest); anamnestiche stoornissen in de concentratie; oordeelsvermogen: zelfoverschatting, met waarschijnlijk dientengevolge onzekerheid; geen stoornissen in waarneming en denken.

Affectieve functies: stemming opgewekt, affect moduleert adequaat.

Conatieve functies: licht stotterend; problemen met aanpakken en afmaken van activiteiten; overmatig alcoholgebruik in de anamnese; sociaal wisselend en onder zijn niveau functionerend.

Persoonlijkheidstrekken: impulsief, neiging tot roekeloosheid en onverantwoordelijkheid, beperkte empathie, weinig strafgevoelig, niet goed in staat tot regulier werk, mogelijk geringe frustratietolerantie en zelfbeheersing, wisselende stemmingen, mogelijk egocentrisch, sensatie zoekend, charmant; opgeblazen zelfgevoel (waarschijnlijk als bron voor faalangst, onzekerheid en angst voor kritiek), grootheidsfantasieën.

5.6 Casus 6

Eerste indrukken: niet-zieke, leeftijdsconforme, verzorgde vrouw die haar klachten op wisselende wijze uit: grotendeels op een wat verbaasde, impressionistische wijze, soms met verdriet.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen, abstractievermogen en taal intact (niet getest); realiteitsbesef lijkt wisselend verminderd, maar verder geen oordeelsstoornissen; er is zeker ziektebesef; executieve functies lijken ongestoord (niet getest); intelligentie hooggemiddeld of iets daarboven geschat; waarschijnlijk geen hallucinaties, mogelijk wel neiging tot waanwaarnemingen; geen dwangsymptomen.

Affectieve functies: stemming verdrietig, ongerust, gespannen, wantrouwend, achterdochtig, schrikachtig, met weinig modulerend affect; huilerig, interesseverlies, energieverlies, libidoverlies; suïcidegedachten maar niet suïcidaal; enkele paniekaanvallen gehad; hoogtevrees; angstig in drukke omgeving; lichamelijke spanningsklachten.

Conatieve functies: normale psychomotoriek; spreekt met een wat hoge, kinderlijke intonatie, licht lispelend; geen gedragsstoornissen, geen verslavingen, geen dwang- of drangmatig of impulsief gedrag; sociaal verminderd functionerend.

Persoonlijkheidstrekken (voor zover te beoordelen): neiging tot achterdocht, wantrouwen; gevoelens van leegte; impressionistisch sprekend, soms wat theatraal; suggestibel; laag zelfbeeld, enig pessimisme, streng geweten, agressiegeremd, angstige voorgevoelens, risico's vermijgend, introvert, gereserveerd in intieme relaties; toegewijd, plichtsgetrouw, beheerst.

6 Context: klinisch; electief; eerste beoordeling

6.1 Casus 1

Eerste indrukken: goed verzorgde en geklede, vermoeid en gespannen ogende man. Oogt ouder dan verwacht volgens de kalenderleeftijd. Maakt op een gehaaste manier contact in de wachtkamer. Kijkt onderzoeker amper aan tijdens het onderzoek; staart naar de grond. Enige wederkerigheid in contact, contactgroei. Lijdensdruk is hoog en invoelbaar voor onderzoeker.

Cognitieve functies: helder bewustzijn. Vigiliteit van de aandacht is verminderd, tenaciteit goed, maar subjectief is concentratie verminderd. Oriëntatie in trias en geheugen intact (niet getest). Geen stoornissen in oordeelsvermogen. Schatting van de intelligentie: bovengemiddeld niveau. Geen waarnemingsstoornissen of daarbij passend gedrag. Denken tachy-freen; inhoudelijk zijn er vooral preoccupaties door vrees over onzekerheid of deze huidige toestand ooit nog goed zal komen. Daarnaast is er een patroon van dwangmatig denken over voor patiënt nutteloze zaken waarbij hij voortdurend voor- en tegenargumenten moet afwegen om zeker te zijn van het antwoord. Evidente betrekkingsideeën of wanen zijn niet aanwezig.

Affectieve functies: stemming somber, affect gespannen. Suïcidale ideaties die benoemd worden, hebben een intrusief karakter: patiënt heeft het idee dat hun aanwezigheid betekent dat hij een ernstige psychiatrische aandoening heeft, en ook dat maakt hem somber omdat hij niet meer weet of hij dat wil of niet.

Conatieve functies: hypoactiviteit over de dag, voortvloeiend uit besluiteloosheid. Mimiek en gestiek zijn zonder bijzonderheden. Spraak zacht. Dwangmatig gedrag is vrijwel de gehele dag aanwezig waarbij patiënt geruststelling moet vragen aan zijn omgeving.

Persoonlijkheidstrekken: onvoldoende te beoordelen.

6.2 Casus 2

Eerste indrukken: wat verwaarloosd uitzienende vrouw met slordig kapsel en wallen onder de ogen. Ze uit klachten duidelijk, maar met veel twijfel over ernst en betekenis ervan, alsof ze niet weet of ze klachten wel serieus moet nemen. Kan niet heel goed omschrijven wat ze verwacht. Heeft duidelijk humor.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen, abstractievermogen, taal en executieve functies intact (niet getest); anamnestic sprake van concentratieproblemen; oordeelsvermogen en ziektebesef: verstandelijk wel goed besef van de psychotische kwetsbaarheid, maar weinig emotioneel zelfinzicht; intelligentie: premorbide bovengemiddeld, nu waarschijnlijk lager; momenteel geen hallucinaties, wanen of dwangsymptomen, maar anamnestic neiging tot betrekking-sideeën en paranoïde waanvorming onder stress.

Affectieve functies: stemming: mat, niet somber; affect: wat vlak, soms ironie.

Conatieve functies: psychomotoriek: geen bijzonderheden; spraak: afgemeten, breekt zinnen af; gedrag: sociaal ernstig disfunctionerend.

Persoonlijkheidstrekken (voor zover te beoordelen): neiging tot achterdocht en betrekkingsideeën, wantrouwen, overgevoeligheid voor tegenslagen, wrokkig, vermijdend, overgevoelig, laag zelfgevoel, gesloten, onzeker.

6.3 Casus 3

Eerste indrukken: lange, wat ongebruikelijk geklede, goed verzorgde, wat jonger dan kalenderleeftijd ogende en pratende jonge vrouw. Beweegt zich hoekig, onhandig, spreekt luid, monotoon en nasaal, met een schokkerige gestiek en strakke blik. Uit haar klachten wat lacherig, alsof ze verlegenheid overdekt. Af en toe is er protrusie van haar tong. Het geheel maakt een laagbegaafde indruk, maar dat is discrepant met haar woordenschat, haar begripsvermogen en de resultaten van de test op de basisschool.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen, oordeelsvermogen, abstractievermogen en taal intact (niet getest); er is zeker besef van haar psychische klachten en intellectuele beperkingen, maar minder van de door ouders vermelde autistische trekken; geen stoornissen in de waarneming noch in de vorm of inhoud van het denken.

Affectieve functies: anamnestic zijn er forse depressieklachten, suïcidedachten (geen plannen) en socialeangstklachten; bij observatie zie ik een opgewekte stemming en geen angstsymptomen.

Conatieve functies: ernstig sociaal disfunctioneren.

Persoonlijkheidstrekken: vermijdend; aardig gevonden willen worden; overgevoelig; gepreoccupeerd met bekritiseerd worden; laag zelfgevoel; onzeker, zonder zelfvertrouwen; zeer toegewijd.

6.4 Casus 4

Eerste indrukken: niet-ziek uitziende, slanke, goed verzorgde vrouw die er wat jonger uitziet dan haar kalenderleeftijd. Durft niet alleen naar kliniek te komen, bang om onwel te worden of de weg kwijt te raken. Aanvankelijk erg gespannen en in tranen, klampt zich vast aan echtgenoot; later rustiger. Houding gespannen, hulpeloos, afhankelijk. Praat vrij gemakkelijk over haar klachten, enerzijds met een zekere professionele kennis, anderzijds erg twijfelend en onzeker. Roept bij mij bezorgdheid en neiging tot geruststellen op, gedrag dat haar echtgenoot ook in ruime mate toont.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, geheugen, oordeelsvermogen: intact; zelfonderschatting; veel ziektebesef; intelligentie bovengemiddeld; geen psychosekenmerken; depersonalisatie en derealisatie tijdens paniek; ernstig tekort aan zelfvertrouwen; overmatige zorgelijkheid; ongegronde ongerustheid over lichamelijke klachten en om een paniekaanval te krijgen; veel piekeren, twijfelen.

Affectieve functies: stemming verdrietig, angstig, gespannen, zorgelijk, neigend tot paniek; lichte anhedonie; incidentele doodsgedachten; vrees voor alleen reizen, groepen, openbaar optreden; affect sterk modulerend. Conatieve functies: slaapstoornis; normale psychomotoriek; anergie, sociaal disfunctioneren.

Persoonlijkheidstrekken: (NB: er is getracht zo veel mogelijk te onderscheiden van klachten samenhangend met haar actuele toestand.) angstig, gespannen, onzeker, geringe zelfwaardering, angst voor kritiek, vaak moe, wisselende angstige voorgevoelens, vrees voor publiek optreden, verlangend naar acceptatie, vermijden van sociaal contact wanneer ze zich niet op haar gemak voelt, vermijden van werkzaamheden die intermenselijke contacten met zich meebrengen, besluiteloos, veel behoefte aan advies en geruststelling en overnemen van de verantwoordelijkheid, moeite met aanpakken van dingen uit gebrek aan zelfvertrouwen.

6.5 Casus 5

Eerste indrukken: goed verzorgde man met grijs haar en een getrimd baardje, die er getraind en jonger dan zijn leeftijd uitziet. Vanaf het begin van het gesprek geagiteerd, trillerig, gestuwd, ook al omdat een misverstand was over waar hij zich moest melden. Zijn opgewonden woordensroom is niet gemakkelijk te onderbreken, al is hij verder wel coöperatief. Soms kan hij niet op een woord komen, vooral als hij geëmotioneerd is. Vertelt over behandelgeschiedenis met veel details en opvallend goed geheugen voor precieze data. Sterke preoccupatie met wat hem allemaal is aangedaan door psychologen en psychiaters. Oogcontact indringend. Er gaat een zekere dreiging van hem uit.

Cognitieve functies: bewustzijn, aandacht, oriëntatie, abstractievermogen, taal en executieve functies intact (niet getest); geheugen intact (niet getest), met hypermnésie voor data, details en feiten; oordeelsvermogen: zowel zelfonderschatting en zelfverwijten als zelfoverschatting; zwart-wit oordelend over anderen; ziektebesef: sterk aanwezig; geschatte intelligentie: gemiddeld; geen hallucinaties; geen formele denkstoornissen; overwaardige rancuneuze en achterdochtige denkbeelden; sterke rechtvaardigheidsgevoelens; taedium vitae; geen dwanggedachten.

Affectieve functies: stemming: nu vooral geladen, gestuwd kwaad; anamnestic somber, prikkelbaar, pessimistisch; anhedonie, seksuele alibidie; geregeld suïcidale gedachten: affect: heftig verbaal woedend; nu geen angst, maar anamnestic wel zeer angstige episoden.

Conatieve functies: psychomotoriek: bewegelijk, luide stem, drukke gestiek en mimiek; gedrag: anamnestic sprake van woede-uitbarstingen en overmatig agressief gedrag; geen verslavingsgedrag; enige controledwang; sociaal teruggetrokken, met significante beperkingen in het sociale en beroepsmatige functioneren.

Persoonlijkheidstrekken (voor zover te beoordelen): wantrouwend, achterdochtig, rancuneus, wrok koesterend, gepreoccupeerd met eigen rechten, veel naar zichzelf verwijzend, sociaal en seksueel solitair; impulsief, suïcidaal, prikkelbaar, agressief, gewelddadig, met gebrekkige zelfbeheersing, met conflicten op het werk; afwisselend idealiserend en kleinerend, niet in staat woede te beheersen; met laag zelfgevoel.

7 Context: klinisch; spoed; doelgroep: oudere patiënt

Eerste indrukken: bij opname wordt een normaal verzorgde 73-jarige vrouw gezien, uiterlijk conform de kalenderleeftijd, die een gespannen indruk maakt. Zij maakt adequaat oogcontact. *Conatieve functies:* bewustzijn helder. Vigiliteit van aandacht goed, maar tenaciteit verminderd. Oriëntatie is in trias intact. Geheugen lijkt ongestoord (niet getest). Ziektebesef en

-inzicht niet aanwezig. Intelligentie wordt gemiddeld geschat. Er zijn geen aanwijzingen voor waarnemingsstoornissen. Denken formeel ongestoord, inhoudelijk sterk gepreoccupeerd met lichamelijke klachten.

Patiënte heeft bizarre waanideeën over het disfunctioneren van haar buikorganen. Is hierin niet gerust te stellen. Is ervan overtuigd dat ze dood zal gaan, is daar ook bang voor.

Affectieve functies: stemming niet evident somber; patiënte maakt vooral een angstige indruk. Geen dagschommeling; patiënte slaapt onrustig en wordt regelmatig wakker. Eetlust fors gestoord, heeft nergens zin in, eten mag ook niet want er zijn geen darmen meer. Gewicht is in de laatste 6 maanden 10 kg afgenomen. Patiënte benoemt suïcidegedachten: denkt eraan zich voor een trein te gooien. Affect moduleert normaal, passend bij de inhoud. Patiënte heeft een sterke neiging om toe te geven aan de ideeën om zichzelf iets aan te doen. Psychomotoriek gejaagd.

Klinimetrie: uitslagen scorelijsten: Mini Mental State Examination: 27/30; Frontal Assessment Battery 13/18; Hamilton Depression Rating Scale 34.

Somatiek: voorgeschiedenis: hypothyreoïdie, waarvoor medicatie. Aanvullende onderzoeken steeds zonder afwijkingen, zowel op gebied van darmen als van de mictie. Neurologisch lichamenlijk onderzoek: geen afwijkingen.

CT hersenen: Normale CT-scan, geen RIP [ruimte-innemend proces], geen pathologie, geen atrofie.

8 Context: rapportage

8.1 Casus 1

Eerste indrukken: betrokkene heeft uiterlijk conform kalenderleeftijd. Kleding goed verzorgd. Maakt bij binnenkomst een gespannen indruk en lijkt wantrouwig. Maakt vriendelijk, doch wat terughoudend contact. Lijkt antwoorden goed af te wegen en omschrijft klachten op een abstracte, soms vage wijze. Bij het bespreken van zijn psychiatrische voorgeschiedenis maakt hij een bozige indruk. Als onderzoeker krijg ik de indruk dat de betrokkene bedacht is op het vertellen van inconsistenties. Tijdens het gesprek geeft hij ontwijkende antwoorden op vragen die hij 'irrelevant' vindt ten opzichte van zijn huidige problematiek. Geeft om deze reden geen toestemming om informatie op te vragen bij eerdere behandelaren. Terughoudendheid houdt aan tijdens hele gesprek; enkel tijdens het bespreken van zijn biografie lijkt betrokkene zich wat opener op te stellen. Hierbij vermeldt hij echter ook dat hij te veel heeft verteld. Betrokkene is wijdlopig in klachtenpresentatie en moeilijk te structureren. Er valt een externaliserend patroon op, met een beperkt vermogen tot zelfreflectie.

Cognitieve functies: bewustzijn helder, geen stoornissen in vigiliteit en tenaciteit van de aandacht; betrokkene raakt op geen moment de draad van het gesprek kwijt. Tegen het einde van het gesprek wordt er een pauze ingelast omdat betrokkene meldt dat hij het gesprek 'zat' is. Oriëntatie in trias intact. Registratie van drie woorden intact. Korte- en langetermijngeheugen ongestoord. Intelligentie wordt gemiddeld geschat. Er is sprake van ziektebesef, maar van verminderd ziekte-inzicht. Hij ziet in dat zijn gedrag leidt tot beperking in zijn functioneren, maar lijkt eigen onderhoudende aandeel niet te erkennen.

Er is geen sprake van hallucinaties. Denken normaal van tempo en coherent. Inhoudelijk is er sprake van een preoccupatie met zijn positie tegenover instanties en sociale contacten. Betrokkene voelt zich snel onbegrepen of in de steek gelaten. Er zijn eveneens aanwijzingen voor overwaardige denkbeelden, met achterdochtige component. Betrokkene vertrouwt niemand en zegt dat de hele wereld tegen hem is.

Affectieve functies: stemming dysfoor en onderliggend geprikkeld. Affect stemmingscongruent en modulerend. Er is sprake van passieve suïcidale ideaties, zonder dat deze omgezet zijn in suïcidale plannen. Geen aanwijzingen voor angstaanvallen of paniekreacties. Anamnesticus worden specifieke angstreactions ('fobieën') ontkend.

Conatieve functies: betrokkene heeft in 2009 een suïcidepoging ondernomen door naar een flat te fietsen om ervan af te springen. Hij is echter niet de flat ingegaan, maar terug naar zijn huis gefietst en heeft zijn vader gebeld. In de afgelopen jaren zijn er wel twee suïcides in zijn omgeving geweest.

Psychomotoriek afwerend en wordt in de loop van het onderzoek dwingend. Dwangverschijnselen worden niet waargenomen en desgevraagd niet vermeld. Impulsieve uitspraken en handelingen komen tijdens het onderzoek niet voor. Voor het gevoel van onderzoeker moet betrokkene zich meermalen inhouden. Geen aanwijzingen voor stoornis in het middelengebruik. De motivatie tot dit onderzoek is goed.

Persoonlijkheidstrekken: betrokkene omschrijft zichzelf als sociale en betrouwbare man. Het valt op dat hij bij conflicten de verantwoordelijkheid buiten zichzelf plaatst of zijn boosheid laat blijken door bijvoorbeeld zich terug te trekken of impulsief een relatie te verbreken. Manier van denken zwart-wit, met weinig ruimte voor relativering. Dit blijkt bijvoorbeeld uit idealiserende opmerkingen over huidige behandelaar in tegenstelling tot devaluerende opmerkingen over deskundigheid andere artsen. Tevens maakt hij de indruk dat het moeilijk voor hem is om zich aan mensen te hechten vanwege verwachtingspatroon van verlating, waardoor hij bijvoorbeeld moeite heeft met het aangaan van een intieme relatie. Er is derhalve sprake van vermijdende-, narcistische- en borderline-persoonlijkheidstrekken.

8.2 Casus 2

Eerste indrukken: onderzochte is een goed verzorgde vrouw, jonger ogend dan haar kalenderleeftijd. Komt samen met partner en jongste kind, die een deel van het gesprek aanwezig zijn. Vriendelijk, maar aanvankelijk wat gespannen en gereserveerd in contact. Oogcontact sociaal adequaat. Coöperatief, geeft antwoord op alle vragen, ook als dat zichtbaar emoties bij haar oproept. Antwoorden zijn soms weinig concreet. Klachtenpresentatie levendig en met veel gevoel; herhaaldelijk verwoordt zij hoezeer haar klachten haar beperken.

Cognitieve functies: bewustzijn helder, oriëntatie in trias intact; betrokkene is alert maar weet de lijn van het gesprek alleen met enige moeite vast te houden wanneer haar kind voor afleiding zorgt. Ook anamnestic is er sprake van concentratieproblemen. Executieve functies ongestoord. Intelligentie gemiddeld geschat. Kortetermijngeheugen intact; wat het langetermijngeheugen betreft heeft onderzochte soms moeite met de chronologie en precieze data van gebeurtenissen.

Betrokkene rapporteert het zien van schaduwen en lichtbollen. In psychiatrische zin is hier echter geen sprake van visuele hallucinatie (een zintuiglijke waarneming met een werkelijkheidskarakter zonder externe bron). Er is ook geen sprake van akoestische hallucinaties. Denken normaal van tempo en vorm; inhoudelijk is er de overtuiging paranormaal begaafd te zijn, zonder dat dit het karakter heeft van een waan. Betrokkene is namelijk wel in staat deze ervaringen van de realiteit te onderscheiden. Omdat deze ervaringen passen binnen de sociale context en niet het karakter hebben van een waan, wijzen ze niet op een psychotische stoornis.

Affectieve functies: stemming neutraal, affect moduleert normaal. Hierbij dient opgemerkt te worden dat onderzochte momenteel een antidepressivum gebruikt. Zij wordt emotioneel wanneer zij spreekt over de 'psychische inzinking' rond haar 21e. Wat betreft eetlust geen bijzonderheden.

Conatieve functies: er is geen sprake van gestoorde impulsbeheersing. Er bestaat interesse- en initiatieverlies. De psychomotoriek los van de klachtenpresentatie is indifferent ('dromerig') en op zichzelf betrokken. Er zijn, ook anamnestic, geen aanwijzingen voor dwanghandelingen of obsessieve gedachten. Er bestaan geen suïcidale ideaties, wel vage doodwensen. De motivatie voor dit onderzoek is goed.

Persoonlijkheidstrekken: in de persoonlijkheid zijn er aanwijzingen voor moeite met het stellen van grenzen en gebrek aan daadkracht. Er is sprake van sensitiviteit en introversie. Narcistische trekken (het idee bijzonder sensitief en paranormaal begaafd te zijn), perfectionisme en dwangmatigheid vormen een communicatieve barrière. Tegelijkertijd is er sprake van een chronische angst voor het onbekende. Er is derhalve sprake van enige narcistische-, obsessieve-compulsieve en vermijdende-persoonlijkheidstrekken.

8.3 Casus 3

Eerste indrukken: onderzochte is een goed verzorgde, licht obese man. Bij begroeting geeft hij onderzoeker een slappe hand en kijkt hij onderzoeker nauwelijks aan. Zijn houding is afwachtend en passief. Maakt weinig oogcontact tijdens het gesprek. Er is weinig contactgroei. Klachtenpresentatie vaag doordat betrokkene nauwelijks antwoordt op open vragen, maar alleen als er direct naar specifieke klachten of problemen gevraagd wordt. Dan blijft hij kort van stof of oppervlakkig, of meldt dat hij zich zaken niet meer weet te herinneren. Verhaal vertoont inconsistenties, zoals dat hij eerst zegt dat eten hem niet meer smaakt, maar later zegt dat het eten lekker is. Gaapt zeer vaak op inadequate wijze die onecht overkomt. Tijdens onderzoek heeft hij een oncoöperatieve en afwerende houding, waardoor veel onduidelijkheden over klachten, beperkingen en het beloop daarvan blijven bestaan. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat betrokkene zijn klachten sterker aanzet dan deze in werkelijkheid zijn.

Cognitieve functies: bewustzijn helder; aandacht goed qua vigiliteit en tena-citeit. Subjectief zijn er concentratieproblemen aanwezig, maar deze worden tijdens het onderzoek niet geobjectiveerd. Ook is betrokkene wel in staat om auto te rijden en het 2,5 uur durende gesprek te volgen. Oriëntatie in de onderzoekssituatie lijkt ongestoord; echter, bij de gebruikelijke vragen daarnaar vertelt betrokkene niet te weten in welke stad hij is, en welk jaar of welke dag het is. Korte- en langetermijngeheugen vertonen geen afwijkingen. Er is sprake van ziektebesef, maar niet van inzicht (betrokkene heeft geen idee waardoor zijn klachten de ene dag verslechteren en de andere dag niet aanwezig zijn). Intelligentie wordt op laaggemiddeld niveau geschat. Waarneming ongestoord (betrokkene heeft het echter wel over een stem die hij hoort wanneer hij boos is). Denken normaal van tempo en coherent. Inhoudelijk zijn er geen wanen, dwanggedachten of preoccupaties.

Affectieve functies: stemming geïrriteerd en boos (betrokkene verheft zijn stem en raakt geïrriteerd wanneer gevraagd wordt waarom hij niets meer onderneemt) met een normaal modulerend affect. Eetlust goed; er is anamnestic sprake van gewichtstoename (10 kg).

Conatieve functies: ook psychomotoriek vertoont inconsistenties: bij binnenkomen staat zijn hoofd dwangmatig naar links en wanneer hij gaat zitten houdt hij zijn linkerarm bewegingsloos op zijn schoot. Later in het gesprek beweegt hij zijn hoofd alle kanten op en gebruikt hij zijn linkerhand om zijn stoel aan te schuiven zonder problemen. De bewegingen zijn soepel. Eenmaal staat hij even op tijdens het gesprek waarbij hij meldt ruggpijn te hebben. Betrokkene maakt niet de indruk pijn te hebben. Suïcidaliteit wordt niet verhoogd ingeschat; betrokkene heeft naar zijn zeggen wel soms gedachten aan de dood, maar geen plannen. Suggereert dat dit wel kan ontstaan. Motivatie tot dit onderzoek matig; enig negativisme aan-

wezig; betrokkene voelt zich snel beledigd als zijn antwoord niet begrepen wordt en blokkeert dan het gesprek.

Persoonlijkheidstrekken: afweer wordt gekenmerkt door onrijpe afweermechanismen. Hierbij laat onderzochte in de eerste plaats een patroon van regressie zien. De totale inactiviteit is een primitieve copingstrategie (passiviteit) om conflicten en spanningen in zijn relatie en op zijn werk te vermijden. Verdringt en ontkent emotioneel beladen onderwerpen. Vermijdt contact met familie en kennissen. Tevens is sprake van somatisatie. Hiervoor pleit de klacht van buikpijn waarmee hij zich in eerste instantie ziek meldde, maar waarvoor geen somatische oorzaak is gevonden. Er bestonden in deze periode tevens problemen op het werk en in zijn relatie als gevolg waarvan betrokkene stress ondervond. Verder is onderzochte snel geneigd tot splitsen in goed en fout en zich koppig tegendraads op te stellen. Er is sprake van een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid, wat bijvoorbeeld tot uiting komt wanneer hij meerdere malen vermeldt dat hij de baas was van zeventig personeelsleden. Ook vertoont hij hooghartig en arrogant gedrag wanneer hij bijvoorbeeld tegen onderzoeker zegt dat zijn vragen over een bepaald onderwerp niet belangrijk zijn. Er zijn derhalve narcistische-, borderline-, histrionische- en vermijdende-persoonlijkheidstrekken aanwezig.

Bijlage 7

Voorbeeld psychiatrische diagnose bij poliklinische patiënt

Diagnostische overwegingen

Er zijn bij onderzoek voldoende aanwijzingen voor een recidief van een eerdere depressieve episode, maar gezien de vermoedelijke familieanamnese voor bipolaire-II-stoornissen moet hier zeker ook aan gedacht worden. De angstklachten passen bij de depressieve stoornis, maar er zijn ook aanwijzingen dat deze al langer bestaan. Psychotische symptomen zijn, in tegenstelling tot de vorige episode, nu niet aanwezig; de dwangsymptomen van de patiënte voldoen niet aan de diagnose obsessieve-compulsieve stoornis.

Diagnostische formulering

Een 36-jarige, gehuwde vrouw met matig ernstige depressieve stoornis, met vooral angst, insomnia, gewichtsverlies en agitatie; sinds 8 maanden; 3e episode met tussendoor onvolledig herstel; eerste episode op het 18e jaar. Depressieve en bipolaire-II-stoornissen in de familie. Mogelijke etiologische factoren: overlijden vader toen ze 10 jaar was; geen duidelijke aanleiding; onderhoudende factor: relatieproblemen. Vermijdende- en afhankelijke-persoonlijkheidstrekken.

De stoornis interfereert sterk met het vermogen van de patiënte om te kunnen werken, terwijl zij bij eerdere episodens heeft ervaren dat terugkeer naar werk haar herstel bevorderde. Volgens de patiënte en haar partner zijn hun onderlinge problemen deels het gevolg van de stemmingsstoornis en belemmeren zij tevens haar herstel. Alhoewel beiden graag kinderen willen, zien zij hier van af zolang de patiënte depressief is. Bij een eerdere episode was er sprake van suïcidegedachten, maar zijn er geen suïcidepogingen geweest. Momenteel staat suïcidaliteit niet op de voorgrond.

Classificatie (volgens DSM-5)

Depressieve stoornis, recidiverend, matig ernstig, met angstige spanning.
Codering (volgens ICD-9-CM): 296.32.

Differentiële classificaties

Bipolaire-II-stoornis (296.89); persisterende depressieve stoornis (300.4); gegeneraliseerde-angststoornis (300.02).

