

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/161277>

Please be advised that this information was generated on 2020-10-21 and may be subject to change.

# De validiteit van acute inschattingen van toestandsbeelden door ggz-crisisdienstmedewerkers

E.J.M. PENTERMAN, F.G.L.M. SABELIS, S.P.A. RASING, C.P.F. VAN DER STAAK, H.L.I. NIJMAN

**ACHTERGROND** Uit eerder onderzoek op de crisisdienst van de regio Uden/Veghel is bekend dat de inschatting van een aantal toestandsbeelden van de patiënt in crisis samenhangt met de kans op agressie tijdens het aanstaande crisiscontact tussen de ggz-medewerker en de patiënt. Een goed gestelde diagnose door medewerkers van de crisisdienst moet verder leiden tot een verwijzing naar het juiste team en de start van de meest adequate behandeling. In de crisisdienst vindt dit proces onder tijdsdruk en op basis van beperkte informatie plaats.

**DOEL** Nagaan welke overeenkomsten en verschillen er bestaan tussen de inschatting van het toestandsbeeld tijdens het crisiscontact door crisisdienstmedewerkers en de later gestelde diagnose, na de reguliere uitgebreide intake.

**METHODE** Bij 129 patiënten die nog niet bekend waren bij de ggz-instelling en niet eerder in aanraking waren geweest met de crisisdienst, werd in de periode 2009-2010 nadat ze door de crisisdienst een eerste inschatting van het toestandsbeeld kregen, een uitgebreide intake en psychiatrisch onderzoek gedaan en een diagnose gesteld. Per toestandsbeeld werd met Cohens kappa's nagegaan hoe valide de eerste inschatting door de crisisdienstmedewerkers was ten opzichte van de later gestelde diagnose.

**RESULTATEN** Medewerkers van de crisisdienst bleken de toestandsbeelden beter in te schatten dan op grond van een at random oordeel verwacht zou worden. De Cohens kappa's varieerden daarbij tussen de 0,31 (borderlinepersoonlijkheidsstoornissen) en 0,81 (psychotische stoornissen). Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen bleken door medewerkers van de crisisdienst relatief vaak te worden overschat.

**CONCLUSIE** Hoewel de overeenstemming voor diverse toestandsbeelden matig is, is de bevinding dat crisisdienstmedewerkers juist psychotische stoornissen goed inschatten bemoedigend. Het is immers deze problematiek die, zoals bleek uit het eerder onderzoek, samenhangt met een verhoogde kans op agressie tijdens het outreachende consult.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)11, 777-784

**TREFWOORDEN** agressie, crisisdienst, diagnose, inschatting



In de geestelijke gezondheidszorg wordt bij patiënten een diagnose gesteld om daar vervolgens een behandeling op te baseren. Het stellen van de diagnose vindt plaats op verschillende momenten in het hulpverleningstraject. Een goed gestelde diagnose leidt tot een verwijzing naar

het juiste team, de start van de meest adequate behandeling, en samenwerking met, of verwijzing naar, een andere instelling, zoals de verslavingszorg. In de crisisdienst vindt dit proces onder tijdsdruk plaats (Penterman 2006). De (eerste) inschatting van de hulpverlener van het toestands-

beeld van de patiënt hangt bovendien samen met de kans op agressie tijdens het crisiscontact tussen de ggz-medewerker en de patiënt. Zo werd eerder gevonden (Penterman & Nijman 2009) dat wanneer crisisdienstmedewerkers het vermoeden hebben van alcohol- of drugsgebruik of een psychotische stoornis, de kans op agressie tijdens het latere crisisconsult significant hoger is.

Ter illustratie: wanneer de crisisdienstmedewerker bij de aanmelding al schat dat er sprake is van drank- en/of drugsmisbruik, is de kans op agressie 2,4 maal verhoogd. Bij een inschatting van een psychotische stoornis was het risico op agressie tijdens het daarop volgende contact met de patiënt 1,6 keer verhoogd. Voor specifieke toestandsbeelden die gekoppeld zijn aan psychotische verschijnselen, zoals het vermoeden dat er sprake was van paranoïde wanen, was het risico op agressie 2,8 keer zo hoog en als de crisisdienstmedewerker imperatieve hallucinaties vermoedde, ging het zelfs om een 4,7 keer grotere kans op agressie (Penterman & Nijman 2009).

De inschattingen van het toestandsbeeld door crisisdienstmedewerkers werden in eerdere onderzoeken (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013) gemaakt op basis van het tweede item van de *Checklist Risico's Crisisdienst* (CRC, zie **BIJLAGE 1**). Met deze checklist worden diverse factoren die mogelijk het agressierisico verhogen in kaart gebracht, waaronder dus de inschatting dat er sprake is van bepaalde toestandsbeelden, om vervolgens in de laatste vraag van de checklist de vraag aan de orde te stellen of het nodig is om preventieve maatregelen te nemen om gevaarlijke situaties tijdens het contact met de patiënt in crisis, en eventueel ook zijn of haar systeem, te voorkomen.

Zo kan de crisisdienstmedewerker in geval van een inschatting dat er een hoog risico op agressief gedrag is, besluiten om de patiënt niet alleen, maar met een collega te gaan zien, of assistentie van de politie te vragen bij het aangaan van het contact (zie item 6 van de CRC in **BIJLAGE 1**). Aangezien deze overweging mede gebaseerd is op de eerste inschatting van het toestandsbeeld van de patiënt in crisis zoals gemaakt op de CRC is het van belang dat deze eerste inschatting onder tijdsdruk, en met de informatie die de crisisdienstmedewerker tot zijn of haar beschikking heeft, goed gemaakt kan worden.

Om een diagnose goed te kunnen stellen, waarbij ook de classificatie volgens DSM-IV-R wordt gesteld (APA 2002), is het belangrijk dat daarvoor voldoende tijd beschikbaar is in een rustige en veilige omgeving voor zowel patiënt als hulpverlener. Om een heteroanamnese af te kunnen nemen en de patiënt op zijn gemak te stellen wordt bij voorkeur ook een familielid of vertrouwd persoon bij de diagnosestelling betrokken (Hengeveld & Schudel 2003; Hengeveld e.a. 2015). In een psychiatrische crisissituatie is de tijd en informatie doorgaans te beperkt om tot een

## AUTEURS

**BERRY PENTERMAN**, psychiater en werkbegeleider FACT, ggz Oost-Brabant.

**ANDA SABELIS**, destijds arts in opleiding tot psychiater, GGZ Oost-Brabant; thans: kinder- en jeugdpsychiater, Mutsaersstichting, Venlo.

**SANNE RASING**, neuropsycholoog en junior onderzoeker, GGZ Oost-Brabant.

**CEES VAN DER STAAK**, emeritus hoogleraar Klinische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen.

**HENK NIJMAN**, senior onderzoeker, Aventurijn, onderdeel van Fivoor, en bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen, en lid Behavioural Science Institute (BSI).

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. E.J.M. Penterman, GGZ Oost-Brabant, Postbus 3, 5427 ZG Boekel.

E-mail: [ejm.penterman@ggzoostrabant.nl](mailto:ejm.penterman@ggzoostrabant.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-6-2016.

diagnose te komen. Bij een verkeerde inschatting kan de situatie echter escaleren en uit de hand lopen, met als mogelijk gevolg agressie van de patiënt in de richting van de hulpverlener, maar ook ten opzichte van de patiënt zelf of omstanders. Het is dus van belang aandacht te besteden aan een juiste eerste inschatting van de toestand waarin de patiënt verkeert, vooral ook om daar in sommige gevallen al proactief preventieve maatregelen op af te stemmen. Er is tot op heden weinig onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit van de inschatting van het toestandsbeeld die in crisissituaties onder tijdsdruk gemaakt moeten worden. Voor zover ons bekend is dit in de Nederlandse situatie, maar ook internationaal, nog niet empirisch onderzocht. Wel hebben Warner en Peabody (1995) al eerder de diagnoses van Amerikaanse psychiaters die in opleiding waren op een eerstehulp post van een algemeen ziekenhuis, vergeleken met de diagnoses bij ontslag na opname. Hoewel niet vergelijkbaar met het huidige onderzoek dat bij de crisisdienst plaatsvond, moesten de in diagnostische inschattingen in het onderzoek op de spoedeisendehulp post van Warner en Peabody (1995) ook onder tijdsdruk gemaakt worden. Ondanks dat werden goede overeenkomsten tussen de eerste inschattingen zoals gemaakt op de spoedeisendehulp post en de latere diagnoses voor middelenafhankelijkheid en schizofrenie (respectievelijke kappa's van 0,87 en 0,82) gevonden, en ook een behoorlijk goede

overeenstemming voor stemmingsstoornissen (0,72 voor bipolaire stoornissen en 0,64 voor depressieve stoornissen). Ook Currier e.a. (2002, in: Achilles e.a. 2011) stellen dat het haalbaar moet zijn om in spoedeisende psychiatrie een redelijk betrouwbare diagnose te stellen.

### Vraagstelling

Het doel van deze studie is de kwaliteit te onderzoeken van de eerste inschatting van het toestandsbeeld die wordt gegeven voor het aangaan van een crisiscontact van de ggz. Anders gesteld, wij willen met dit onderzoek de vraag beantwoorden: in hoeverre bestaan er bij patiënten die nog niet eerder in contact zijn geweest met de ggz, overeenkomsten en verschillen tussen de inschattingen van toestandsbeelden die bij aanmelding van psychiatrische crisissituaties worden gemaakt en diagnoses en classificaties die later, na reguliere en uitgebreide intakes, gesteld worden?

## METHODE

### Deelnemers

Deelnemers aan het onderzoek waren patiënten die in de jaren 2009 en 2010 voor het eerst in aanraking kwamen met de crisisdienst van de GGZ Oost-Brabant, regio Uden/Veghel. Het ging dus om patiënten die nog niet bekend waren bij de ggz-instelling en die ook nog niet eerder in aanraking waren geweest met de crisisdienst. De deelnemende patiënten waren na het crisisincident in zorg gekomen bij de GGZ Oost-Brabant. Bij hen was dus later, na het crisiscontact, op basis van een uitgebreide intake en psychiatrisch onderzoek een diagnose gesteld. Deelnemers aan het onderzoek kregen een informatiebrief over het onderzoek met een bezwaarbrief die kon worden teruggestuurd bij bezwaar tegen het gebruik van hun (geanonimiseerde) gegevens.

### Instrumenten

Gedurende de genoemde periode van twee jaar (2009 en 2010) werd voor alle outreachende contacten met patiënten in psychiatrische crises een korte checklist ingevuld, te weten de *Checklist Risico Crisisdienst* (CRC; Penterman & Nijman 2009; zie **BIJLAGE 1**). Medewerkers van de crisisdienst vullen deze lijst in na het telefoongesprek waarin de crisis wordt aangemeld, veelal door een huisarts. De crisisdienstmedewerker maakt aan de hand van de CRC een eerste inschatting van het psychiatrische toestandsbeeld op basis van de doorgaans nog summere informatie die binnenkomt bij aanmelding van een psychiatrische crisis. De CRC bestaat uit 37 dichotome items en een continue VAS-schaal (zie **BIJLAGE 1**). De items zijn geclusterd in zes hoofdvragen, te weten:

1. Wie heeft de crisisdienst ingeschakeld? (7 items)
2. Wat is de eerste inschatting van het toestandsbeeld/diagnose? (8 items)
3. Zijn er risicoverhogende, aan de patiënt gebonden factoren? (7 items)
4. Zijn er risicoverhogende omgevingsfactoren? (6 items)
5. Hoe hoog schat u, op basis van de beschikbare informatie, de kans in dat de patiënt tijdens het consult agressief naar u zal reageren? (1 VAS-schaal)
6. Zijn er preventieve maatregelen genomen ter voorkoming van gevaarlijke situaties? (9 items)

In dit onderzoek werd uitsluitend de (tweede) hoofdvraag van de CRC gebruikt ("wat is de eerste inschatting van het toestandsbeeld/diagnose?"). Aan de hand van een aantal antwoordcategorieën kan de crisisdienstmedewerker aangeven met welke problematiek de patiënt naar zijn of haar oordeel kampt: psychotische stoornis, manisch/ontremd beeld, antisociale persoonlijkheidsstoornis, depressieve stoornis/suïcidaliteit, onder invloed verkeren van drank en/of drugs, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, somatische problemen of overige toestandsbeelden. Meerdere opties zijn mogelijk.

### Procedure

In het kader van het onderzoek vulde de dienstdoende crisisdienstmedewerker een CRC in voor de patiënten die tijdens een crisis telefonisch werden aangemeld. De medewerker deed dat alvorens de betrokken patiënt in diens woning, op het politiebureau of elders te gaan zien. Bij nieuwe patiënten in de crisisdienst is er nog geen eerdere diagnose gesteld. Met hen gaat de medewerker het face-to-facecontact aan op basis van een eerste inschatting van het toestandsbeeld. In de CRC wordt expliciet aandacht besteed aan deze schatting, die immers deel uitmaakt van de gestructureerde klinische risicotaxatie over de kans op agressief gedrag tijdens het contact met de patiënt (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013).

### Statistische toetsing

Met beschrijvende statistiek werden eerst de aantallen en percentages van de voorkomende toestandsbeelden bepaald. Vervolgens werd bepaald hoeveel van de in de hectiek van een crisisaanmelding gestelde inschattingen van het toestandsbeeld/voorlopige diagnose overeenkwamen met de later vastgestelde diagnoses en classificaties, na een uitgebreidere intake. De mate van overeenstemming werd hierbij onder andere uitgedrukt als Cohens kappa's.

## RESULTATEN

In de regio Uden en Veghel vonden in 2009 en 2010 in totaal 635 crisiscontacten plaats, waarvoor een CRC werd

**TABEL 1** Eerste inschatting van het toestandsbeeld door de crisisdienstmedewerkers en de latere diagnoses c.q. classificaties na intake (meerdere diagnoses per patiënt mogelijk)

Toestandsbeeld	Geschat toestandsbeeld op de CRC	Classificatie vastgesteld na intake
Depressie/suïcidaliteit	87 (67%)	46 (36%)
Psychotische stoornis	28 (22%)	26 (20%)
Alcohol- en / of drugsmisbruik	17 (13%)	14 (11%)
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	9 (7%)	3 (2%)
Manie/ontremming	8 (6%)	6 (5%)
Somatische problemen	8 (6%)	0 (0%)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	7 (5%)	2 (2%)
Overige toestandsbeelden*	18 (14%)	44 (34%)
Totaal	129 patiënten (100%)	129 (100%)

\*Onder andere angststoornis, autisme, delier, en andere dan antisociale en borderlinepersoonlijkheidsstoornissen

ingevuld. In 159 gevallen betrof het patiënten die nog niet bekend waren bij de ggz vóórdat het consult plaatsvond. Van deze 159 patiënten zijn er 30 buiten het onderzoek gebleven. Voor 10 van hen was het toestandsbeeld op de CRC niet ingevuld, 10 patiënten maakten bezwaar tegen gebruik van hun gegevens voor het onderzoek, van 6 patiënten kwam de toestemmingsbrief terug omdat de patiënt niet meer op dat adres woonde, en 4 patiënten waren overleden. Het onderzoek had daarmee dus betrekking op 129 nog niet eerder aangemelde patiënten.

**TABEL 1** geeft een overzicht van de prevalentie van de verschillende diagnostische categorieën zoals op de CRC door de crisisdienstmedewerkers werd ingeschat en later na intake werd vastgesteld.

### Overeenkomst inschatting vooraf en later gestelde diagnose

In **TABEL 2** wordt per toestandsbeeld weergegeven in hoeverre deze op een later moment overeenkwam met de diagnose die na intake werd gesteld. Per toestandsbeeld gingen we met Cohens kappa na hoe valide de eerste inschatting door de crisisdienstmedewerkers was. In **TABEL 2** zijn twee cellen gearceerd met daarin de aantallen patiënten voor wie de schatting en de classificatie overeenstemden. De mate waarin schatting van het toestandsbeeld (T) en classificatie (D) met elkaar accorderen, drukt de sensitiviteit uit. De mate waarin volgens beide er géén sprake is van het toestandsbeeld, drukt de specificiteit uit (zie **TABEL 2**).

Uit **TABEL 2** blijkt dat de overeenstemming tussen de inschatting van de crisisdienstmedewerker en de latere classificatie beperkt was wat betrof borderlinepersoonlijk-

**TABEL 2** Overeenstemming betreffende de inschattingen van toestandsbeelden en voorlopige diagnoses door de crisisdienstmedewerkers en de later na intake gestelde classificaties

Toestandsbeeld / Diagnose	T+	T-	T+	T-	sensitivi- teit	specifici- teit	Overeenstem- ming (totaal)	(kappa)
	D+	D+	D-	D-				
Depressie/suïcidaliteit	45	1	42	41	98%	49%	67%	0,39
Psychotische stoornis	23	3	5	98	88%	95%	94%	0,81
Alcohol- en/of drugsmisbruik	10	4	7	108	71%	94%	91%	0,60
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	2	1	7	119	67%	94%	94%	0,31
Manie/ontremming	4	2	4	119	67%	97%	95%	0,55
Somatische problemen	0	0	8	121	-	94%	94%	-
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	2	0	5	122	100%	96%	96%	0,43

heidsstoornissen en depressie/suïcidaliteit (met Cohens kappa's van 0,31 en 0,39). Crisismedewerkers schatten wel in 94% van de gevallen juist in of een psychotische stoornis al dan niet aan de orde was. De bijbehorende kappa was dan ook hoog, namelijk 0,81. Uit de tabel blijkt verder dat de overeenstemming in termen van Cohens kappa's voor alcohol- en/of drugsmisbruik, manische beelden en een antisociale persoonlijkheidsstoornis 'moderate' te noemen zijn (zie Viera & Garrett 2005), met kappa's van respectievelijk 0,60, 0,55 en 0,43. Tot slot toont **TABEL 2** dat de crisisdienstmedewerker in 8 van de 129 gevallen vermoedde dat er bij de patiënt in crisis sprake was van somatische problematiek. Het ging hierbij bijvoorbeeld om een vermoeden van ontremd gedrag, mogelijk in het kader van een hersentumor, of een delirant toestandsbeeld na een urineweginfectie. Na intake werd echter in geen van de 129 gevallen een somatische diagnose gesteld. Er kon daarom geen kappa worden berekend.

## DISCUSSIE

In algemene zin blijken medewerkers van de crisisdienst de globale diagnostische toestandsbeelden beter in te schatten dan op grond van een random oordeel te verwachten zou zijn. De Cohens kappa's variëren daarbij tussen de 0,31 (borderlinepersoonlijkheidsstoornissen) en 0,81 (psychotische stoornissen). Echter, omdat er meerdere toestandsbeelden, en ook later meerdere diagnoses, gesteld konden worden per patiënt is dit mogelijk een overschatting van de accuraatheid.

### Verklaring overschatting ernst

Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen blijken in elk geval door medewerkers van de crisisdienst relatief vaak te worden overschat. Dat komt waarschijnlijk doordat op het moment dat een crisis wordt aangemeld de dynamiek van het toestandsbeeld in negatieve zin maximaal is en er mogelijk ook sprake is van de invloed van middelengebruik. Crisisdienstmedewerkers denken mogelijk om deze redenen relatief vaak dat er sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis; patiënten in crisis worden doorgaans op de top van hun symptomen aangemeld.

Dat zou ook een verklaring kunnen zijn voor de overschatting door de crisisdienstmedewerkers van het aantal depressieve stoornissen. De medewerker moet namelijk een inschatting maken op basis van een momentopname waarbij negatief versterkende factoren (zoals eventuele relatieproblematiek, financiële problemen, alcohol- en drugsmisbruik, etc.) op hun hoogtepunt zijn. Zo kan een depressief toestandsbeeld bij een eerste oriënterend gesprek aan de telefoon met de huisarts uiteindelijk deel blijken uit te maken van sterke stemmingsschommelingen door bijvoorbeeld een crisis in de relationele sfeer en

het gebruik van alcohol. Er is reden om te vermoeden dat dergelijke verschuivingen hebben plaatsgevonden, en ook in het eerder aangehaalde onderzoek van Warner en Peabody (1995) lieten depressieve stoornissen een lagere kappa liet zien dan bijvoorbeeld psychotische stoornissen. Daarnaast zijn crisisdienstmedewerkers vanuit hun taak om de veiligheid van patiënt en zichzelf te beschermen wellicht geneigd de problematiek in eerste instantie als ernstiger in te schatten. Als er daarna meer contact is met de patiënt en de meest acute crisis is bezworen of meevalt, kunnen ze vervolgens 'afschalen'. Wanneer later na uitgebreider onderzoek de diagnose en classificatie formeel wordt vastgesteld, zullen de ernstigste crisissymptomen vaak al verminderd zijn. In de praktijk zat er, afhankelijk van de ingeschatte ernst van het crisismoment, een dag tot soms zelfs twee weken tussen het crisiscontact en de intake. Toestandsbeelden kunnen namelijk een verschillende origine hebben. Op de CRC wordt niet om diagnoses gevraagd, maar gaat het om een beschrijving van het beeld dat de patiënt op dat moment laat zien. Bij de initiële ontwikkeling van de CRC (zie Penterman & Nijman 2009) is er voor gekozen om psychiatrische toestandsbeelden op te nemen waarvan uit literatuur bekend was dat ze bij ambulante patiënten samengaan met gevaarlijk gedrag tegen anderen, of tegen de patiënt zelf.

### Vragen bij latere diagnostiek

Verder kan ook van de later gestelde diagnose en classificatie de validiteit ter discussie worden gesteld: er is immers tijdens de intake waarschijnlijk zelden gebruikgemaakt van een gestructureerd interview en gedetailleerd diagnostisch instrument, zoals bijvoorbeeld het SCID. Dit is echter vaak de klinische praktijk, aldus Rettew e.a. (2009), en zij onderzochten om die reden op basis van eerder gepubliceerde studies de overeenstemming tussen diagnoses gesteld aan de hand van gestructureerde diagnostische interviews en klinisch gestelde diagnoses. De mate van overeenstemming varieerde sterk voor de verschillende diagnoses, maar was vaak slechts 'low to moderate' (Rettew e.a. 2009). Zeker wanneer het persoonlijkheidsstoornissen betreft, is uitgebreide gestructureerde diagnostiek aan te bevelen.

### Vergelijking met andere onderzoeken

In lijn met de eerdere resultaten van Warner en Peabody (1995) bleken psychotische stoornissen ook in het huidige onderzoek de hoogste kappa te hebben, gevolgd door alcohol- en drugsmisbruik en bipolaire stoornissen, maar de kappa's in het huidige onderzoek bleven wel achter bij die uit deze eerdere Amerikaanse studie (kappa's respectievelijk 0,81, 0,60 en 0,55 in de huidige studie ten opzichte van 0,87, 0,82 en 0,72 in de studie van Warner & Peabody). Dat

de crisisdienstmedewerkers op basis van eerste informatie juist psychotische stoornissen behoorlijk goed inschatten, en alcohol- en drugsmisbruik redelijk goed inschatten, zijn echter positieve bevindingen. Het is immers deze problematiek die, zoals blijkt uit eerder onderzoek (Penterman & Nijman 2009), samenhangt met een verhoogde kans op agressie tijdens het outreachende consult.

Het schatten van het toestandsbeeld aan de hand van de CRC is bedoeld om - voorafgaand aan het crisiscontact - bewustwording te creëren van toestandsbeelden die een samenhang met agressie kunnen hebben, zodat maatregelen genomen kunnen worden om agressie te voorkomen of te kunnen hanteren. Uit het feit dat ons onderzoek alleen betrekking had op patiënten die nog volledig onbekend waren bij de ggz, mag worden afgeleid dat in werkelijkheid de proportie correct ingeschatte toestandsbeelden waarschijnlijk hoger zal liggen. Ongeveer de helft van patiënten in crisis (Mulder 2002; Penterman 2006) is namelijk al wél bekend bij de crisisdienst en ggz, zodat de crisisdienstmedewerker over aanzienlijk meer informatie beschikt om inschattingen te maken over de psychiatrische voorgeschiedenis en de kansen op impulsief en agressief gedrag.

## LITERATUUR

- Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM. Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Amsterdam: Benecke; 2011.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R). Washington: APA; 2002.
- Hengeveld MW, e.a. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015.
- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek. Utrecht: De Tijdstroom; 2003.
- Mulder CL. Voor wie is de acute dienst? Tijdschr Psychiatr 2002; 44: 523-31.
- Penterman EJM. Agressie tijdens crisisdiensten van de GGZ. Tijdschr Psychiatr 2006; 48, 477-80.
- Penterman EJM, Nijman, HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten in de ggz-crisisdienst. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 355-64.
- Penterman E, Nijman H, Saalmink K, Rasing S, van der Staak C. Inschatten van agressie tijdens contacten met de ggz-crisisdienst met een checklist: een replicatiestudie. Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 93-100.
- Rettew DC, Lynch AD, Achenbach TM, Dumenchi L, Ivanova MY. Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. Int J Methods Psychiatr Res 2009; 18: 169-84.
- Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. Fam Med 2005; 37: 360-3.
- Warner MD, Peabody CA. Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department. Psychiatr Serv 1995; 46: 1284-6.

## Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo is het aantal onderzochte patiënten van 129 beperkt, zeker voor minder vaak voorkomende diagnoses en classificaties zoals de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Verder is het onderzoek in slechts één regio uitgevoerd.

## CONCLUSIE

Al met al laat dit onderzoek, samen met eerder onderzoek (Penterman & Nijman 2009; Penterman e.a. 2013), naar onze mening zien dat de methode die de crisisdienst in Oost-Brabant heeft ontwikkeld, bestaat uit redelijk betrouwbaar te scoren onderdelen op basis waarvan de medewerker vervolgens het gestructureerde professionele oordeel over agressierisico's formuleert en weergeeft op een continue VAS-schaal (item 5 van de CRC; zie BIJLAGE 1). In het eerdere onderzoek werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze VAS-inschattingen evenals de predictieve validiteit al onderzocht en als voldoende bevonden. Het gebruik van de CRC, voorafgaande aan het crisisconsult, is een methode om te trachten de veiligheid van crisisdienstmedewerker en patiënt te verhogen en een visie op preventie van incidenten te ontwikkelen. Mogelijk kan deze methode van waarde zijn in het kader van een ontwikkeling waarin de zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen steeds meer ambulante wordt verleend.

(in te vullen vóór het contact met patiënt)

Datum: ... / ... / ....

Tijdstip: ... uur

# Checklist Risico Crisisdienst

(© Nijman & Penterman)

## Door wie is de crisisdienst ingeschakeld?

- huisarts
- politie
- andere GGZ-instelling
- algemeen ziekenhuis / EHBO
- familie / kennissen van patiënt
- patiënt zelf
- anders, nl.....

## Eerste inschatting toestandsbeeld / diagnose

- psychotisch
- manisch / ontremd
- antisociale persoonlijkheid
- depressief / suïcidaal
- onder invloed van drank en/of drugs
- borderline persoonlijkheid
- somatische problemen
- overige toestandsbeelden, nl.....

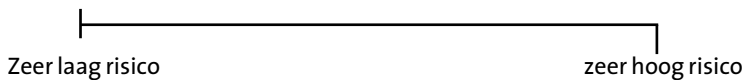
## Risicoverhogende patiëntgebonden factoren?

- onbekendheid met patiënt
- eerdere agressie van patiënt
- eerdere gedwongen opname(n) in verleden (gevaarscriterium)
- mogelijk paranoïde waandenkbeelden
- mogelijk imperatieve hallucinaties
- onvoorspelbaarheid door drank of drugs
- andere patiëntgebonden risicofactoren, nl.....

## Risicoverhogende omgevingsfactoren?

- onbekendheid met woonsituatie patiënt
- problemen in het systeem van patiënt
- mogelijk (andere) gevaarlijke personen in omgeving / intolerante buurt
- mogelijk gevaarlijke huisdieren
- mogelijk wapens in woning of buurt van patiënt
- andere omgevingsgebonden risicofactoren, nl.....

Hoe hoog schat u, op basis van de beschikbare informatie, de kans in dat de patiënt tijdens het consult agressief naar u zal reageren?



## Zijn er preventieve maatregelen genomen ter voorkomen van gevaarlijke situaties?

- patiënt met collega gaan zien
- overleg met achterwacht
- meer informatie opvragen
- patiënt naar andere locatie laten komen / brengen
- patiënt zien op politiebureau
- assistentie van politie vragen
- afspraken maken over telefonisch contact met collega's
- niet gaan
- anders, namelijk.....



## SUMMARY

# The validity of acute assessments of psychiatric conditions made by psychiatric emergency staff

E.J.M. PENTERMAN, F.G.L.M. SABELIS, S.P.A. RASING, C.P.F. VAN DER STAAK, H.L.I. NIJMAN

**BACKGROUND** Earlier research carried out by the outreach psychiatric emergency team in the region of Uden / Veghel in the Netherlands indicated that the preliminary diagnosis of patients in crisis was associated with aggressive behaviour during the later contact between the patient and the staff of the psychiatric emergency team. An accurate diagnosis by the staff of the psychiatric emergency team is important because it should guide the patient towards the right type of treatment by the most appropriate team. The staff of the psychiatric emergency service who make the initial diagnosis are pressed for time and have only limited information.

**AIM** To find out what differences there are between the crisis team's initial diagnosis of the psychiatric condition of the patient in crisis and the later diagnosis made after more extensive psychiatric tests are carried out following the regular intake procedure.

**METHOD** Our study was based on 129 patients who, in the period of 2009 and 2010, were not known to mental health service and had not had any previous contact with the psychiatric emergency service. The first assessment of a patient's psychiatric condition made by a member of the psychiatric emergency service was compared with the later diagnosis made by a professional psychiatrist after the regular intake procedure. We then investigated the degree of agreement between the two diagnoses using Cohen's kappa so that we could test the validity of the initial screening of the patient's condition.

**RESULTS** We found that the staff of the psychiatric emergency team was able to achieve a result that was better than could be expected on the basis of chance. The Cohen's kappas varied between 0.81 for psychotic disorders to 0.31 for borderline personality disorders. Borderline personality disorders, however, tended to be overestimated by the psychiatric emergency staff.

**CONCLUSION** Although there was only limited agreement regarding various conditions, it is encouraging that the psychiatric emergency staff were able to assess psychotic disorders accurately on the basis of the initial information they had received. This result is important because in other studies psychotic symptoms were found to be associated with a higher likelihood of aggression during the later outreach consultation.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)11, 777-784

**KEY WORDS** aggression, diagnosis, emergency staff, initial diagnosis