

Het effect van de classificatie en de beschrijvende diagnose op het beleid.

student: Nelleke Jansen (s0173738)
eerste begeleider: Drs. Marleen Groenier
tweede begeleider: Dr. Pascal Wilhelm
externe begeleider: Drs. Vos Beerthuis

29-09-2010

Universiteit Twente

Samenvatting

Er bestaat een grote individuele vrijheid bij het stellen van een diagnose. Over het algemeen redeneren behandelaars subjectief waardoor het psychodiagnostische proces, bestaande uit de classificatie, beschrijvende diagnose en het beleid, veel variatie kent en moeilijk te objectiveren is. In dit onderzoek is er gekeken of er een verband bestaat tussen de kwaliteit van de DSM-classificatie en beschrijvende diagnose enerzijds, en de kwaliteit van het beleid anderzijds. Er hebben 64 proefpersonen, bestaande uit 37 psychiaters en 27 psychologen, aan het experiment deel genomen. De proefpersonen hadden eerst een intakegesprek met een simulatiepatiënt, vervolgens hebben ze een DSM-classificatie, beschrijvende diagnose en een beleid geformuleerd. Om deze psychodiagnostische formuleringen te kwantificeren en te beoordelen, zijn er coderingsschema's ontwikkeld. Resultaten laten zien dat er bij de psychiaters en de totale groep proefpersonen, sprake is van een significant, positief effect van de kwaliteit van de beschrijvende diagnose op de kwaliteit van het beleid. De conclusie is dat wanneer de kwaliteit van de beschrijvende diagnose toeneemt, de kwaliteit van het beleid dat ook doet. In de toekomst dient het belang van de beschrijvende diagnose te worden benadrukt.

Abstract

There is a great individual freedom in making a diagnosis. Generally, therapists reasoning is subjective, which makes the psychodiagnostic process, consisting of the classification, case formulation and treatment, prone to variance and difficult to objectify. This study investigated whether a connection exists between the quality of the DSM-classification and case formulation on the one hand, and between the quality of the treatment on the other hand. There were 64 subjects, consisting of 37 psychiatrists and 27 psychologists, who participated in this study. First, the subjects had a diagnostic interview with a simulation patient and then formulated a DSM-classification, case formulation and a treatment. To quantify and evaluate these psychodiagnostic formulations, we developed coding schemes. Results show that in the case of the psychiatrists and the total group of subjects, there is a significant, positive impact from the quality of the descriptive diagnosis to the quality of treatment. The conclusion is that if the quality of the descriptive diagnosis increases, the quality of the treatment increases as well. In the future, the importance of the descriptive diagnosis should be emphasized.

1. Inleiding

Een van de hoofdactiviteiten van de klinisch werkende psycholoog is psychodiagnostiek. In psychodiagnostisch onderzoek worden hypothesen over gedrag, emoties en cognities getoetst aan de hand van een gefaseerd diagnostisch proces (De Ruiter & Hildebrand, 2006). Uit onderzoek blijkt dat psychodiagnostische werkzaamheden niet foutloos verlopen (Garb, 1998). Witteman (1992) en Witteman en Kunst (1997) hebben aangetoond dat verschillende therapeuten diverse behandelingen aan één en dezelfde cliënt voorstellen. Volgens Witteman en De Kwaadsteniet (2009) spelen individuele verschillen tussen behandelaars een rol, bijna de helft van de variantie in therapie-uitkomsten zou hierdoor worden verklaard. Er lijkt een gebrek te zijn aan objectieve criteria bij het selecteren van een behandeling (Hyman, 2003). De empirische basis, waar de behandelbeslissing deels op gebaseerd zou moeten zijn, is gebrekkig, waardoor de kwaliteit van psychodiagnostische werkzaamheden moeilijk valt te beoordelen. Kortom, de eenduidigheid in de psychodiagnostiek ontbreekt (Witteman & Kunst, 1997), wat zowel voor de cliënt als de behandelaar ongunstig is. Door middel van dit onderzoek zal worden geprobeerd meer inzicht te verwerven in de structuur van de diagnosestelling, met als beoogd resultaat het verbeteren van psychodiagnostische werkzaamheden.

Het psychodiagnostische proces bestaat volgens Witteman, Harries, Bekker en Van Aarle (2007) uit drie onderdelen: de classificatie, de beschrijvende diagnose en de behandelbeslissing. Volgens hen draagt het geven van een classificatie en een beschrijvende diagnose bij aan de kwaliteit van de diagnose als geheel waardoor de kansen op een effectieve behandeling worden vergroot. De Bruyn, Ruijsenaars, Pamijer en Van Aarle (2003) stellen dat het de kwaliteit van de diagnose als geheel ten goede komt wanneer de behandelaar de volgende volgorde aanhoudt bij het formuleren van de psychodiagnostische onderdelen: eerst dient hij of zij de classificatie te formuleren, vervolgens de beschrijvende diagnose en ten slotte het behandelplan. Door eerst de psychische stoornis te classificeren, wordt het aantal mogelijke oorzaken en onderliggende mechanismen van de problematiek verkleind, wat het stellen van de beschrijvende diagnose en het behandelplan vereenvoudigt. Het laatste onderdeel van het proces, de selectie en formulering van het behandelplan, is een complexe zaak. Er zijn diverse behandelingen die kunnen worden toegepast op één en dezelfde psychische aandoening. Om het opstellen van een behandelplan te vereenvoudigen en te verbeteren, is het volgens Haynes en Williams (2003) van essentieel belang dat de behandeling de oorzaken van het probleem daadwerkelijk aanpakt. Om dit te bewerkstelligen,

moet de behandeling aansluiten op de classificatie en de beschrijvende diagnose. Volgens De Bruyn et al. (2003) zijn de drie psychodiagnostische onderdelen bij het stellen van een diagnose dan ook onlosmakelijk met elkaar verbonden. In de volgende paragrafen worden de classificatie en de beschrijvende diagnose nader besproken.

Classificatie

Classificeren betekent dat objecten of concepten worden ingedeeld in categorieën. Categorieën zorgen ervoor dat objecten geïdentificeerd kunnen worden (Bruner, Goodnow & Austin, 1956). Door de kennis die we hebben van een categorie kan men sneller, en met meer zekerheid, voorspellen wat er gaat gebeuren (Ashcraft, 2005). Dit kan worden gegeneraliseerd naar de kennis die men van een psychische aandoening heeft. Deze kennis stelt ons in staat het verloop van de stoornis te anticiperen, en helpt bij het kiezen uit de verschillende behandel mogelijkheden. Kortom, door psychische aandoeningen te classificeren, wordt de kans op een effectieve behandeling vergroot. Om de kwaliteit van de classificatie en de behandelkeuze in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg te waarborgen en te verbeteren, zijn er door de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling en het Trimbos-Instituut sinds 1999 multidisciplinaire, evidence-based richtlijnen ontwikkeld (Trimbos-Instituut, 2009). Alleen het classificeren van de stoornis is volgens Witteman et al. (2007) niet voldoende om tot de optimale behandelbeslissing te komen. Hiervoor dient er meer inzicht te worden verworven in de problematiek van de cliënt. De beschrijvende diagnose draagt hieraan bij en zal in de volgende alinea worden toegelicht.

Beschrijvende diagnose

Idealiter verzamelt de hulpverlener door middel van meerdere methodes, zoals interviews, vragenlijsten of tests, informatie over de cliënt (De Bruyn, Ruijsenaars, Pamijer, & Van Aarle, 2003; Ruiter & Hildebrand, 2006). Meer inzicht in de oorzaken en onderliggende mechanismen van de problematiek zorgt voor een kwalitatief hoge, persoonlijk afgestemde behandeling. De beschrijvende diagnose is om deze reden een belangrijk onderdeel van het psychodiagnostische proces. De definities van de beschrijvende diagnose verschillen onderling. Volgens Haynes en Williams (2003) betreft de beschrijvende diagnose een uitgebreide omschrijving van de symptomen, kwetsbaarheidsfactoren, luserende factoren en gevolgen van de problematiek. Virués-Ortega en Haynes (2005) zien de beschrijvende diagnose als een samenvatting van informatie over de cliënt die meerdere klinische beslissingen bevat. Pagano (2007) deelt de beschrijvende diagnose onder in twee categorieën:

de ‘case’, waaronder het probleem, de oorzaken, gevolgen en onderliggende mechanismen vallen, en de ‘situation’. Bij de beschrijving van de ‘situation’ wordt er een hypothese gesteld over het probleem in één specifieke context of situatie. Ten slotte beschrijven Eells, Lombart, Kendjelic, Turner, en Lucas (2005) de beschrijvende diagnose als een hypothese over de oorzaken, gevolgen en instandhoudende factoren van iemands psychologische, interpersoonlijke en gedragsproblemen. Daarnaast noemen zij enkele onderdelen waar de beschrijvende diagnose uit zou moeten bestaan: (1) symptomen en problemen van de cliënt, (2) uitlokkende stressoren of gebeurtenissen, (3) voorbeschikkende levensgebeurtenissen of stressoren, en (4) een mechanisme dat de bovengenoemde categorieën integreert en een verklaring geeft van de uitlokkende en de instandhoudende factoren van het probleem van de cliënt. Kijkend naar de overeenkomsten van de net genoemde definities, kan er worden geconcludeerd dat de beschrijvende diagnose bestaat uit een beschrijving over de volgende onderdelen: de symptomen, oorzaken, gevolgen, luxerende factoren en onderliggende mechanismen van de problematiek.

DSM

In de praktijk wordt de eerste stap van het psychodiagnostische proces, de classificatie, vaak met behulp van de “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM) gemaakt. Dit is een door de American Psychiatric Association (APA) uitgegeven handboek dat door velen als de standaard voor de classificatie van psychische aandoeningen wordt gezien en in internationaal psychiatrisch onderzoek wordt gebruikt (American Psychiatric Association, 2009). Het betreft een atheoretisch, categorisch systeem waarbij psychische aandoeningen aan de hand van criteriapunten worden geclassificeerd (Trimbos-instituut, 2009).

De meningen over de DSM zijn, ondanks wereldwijd gebruik, verdeeld. Sinds de publicatie van de DSM-III in 1980, wordt het verschaffen van een DSM-classificatie steeds meer ter discussie gesteld (Schulte, 1996). Voorstanders van het gebruik van de DSM betogen dat de diagnostische criteria de betrouwbaarheid en de predictieve validiteit van de diagnose vergroten. Daarnaast zorgt het gebruik van de DSM ervoor dat diagnoses overal op dezelfde manier worden geclassificeerd en benoemd. Hierdoor verbetert de communicatie tussen onderzoekers en is het mogelijk onderzoeksresultaten te vergelijken (Follette & Houts, 1996).

Tegenstanders van de DSM hebben ten eerste kritiek op het categorische systeem. Men stelt dat er aan de hand van dit categorische systeem wordt verondersteld dat alle symptomen van een aandoening gelijkwaardig zijn (Kim & Ahn, 2002). Men zou impliciet worden aangemoedigd om naar symptomen te zoeken die overeenkomen met de

diagnostische criteria. Hierdoor zou er geen aandacht worden gegeven aan de onderliggende principes en eventuele causale verbanden (Cooper, 2004). Volgens Collins en Loftus (1975) is geen enkel kenmerk noodzakelijk om ingedeeld te worden in een bepaalde categorie. Een “schil” is een kenmerk van de categorie “fruit”, maar een geschildte appel is nog steeds een vrucht. “Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag” (DSM-IV, 1994, p. 205) is volgens de DSM-IV een kenmerk van een depressieve episode, maar iemand die niet voldoet aan dit kenmerk, maar wel aan tenminste vijf van de andere negen kenmerken, wordt eveneens geclassificeerd met een depressieve episode. Hierdoor kunnen cliënten met verschillende symptomen, volgens de DSM aan dezelfde stoornis lijden. Deze grote spreiding maakt het moeilijk om algemene principes te formuleren voor de behandelkeuze. De tekortkomingen van de classificatie kunnen aan de hand van het onderzoek van Rosch (1973) nader worden geïllustreerd. Zij toonde aan dat categorieën over onduidelijke grenzen beschikken, ook wel “fuzzy boundaries” genoemd. Een voorbeeld is het woord “vrijgezel”, met als kenmerken “man” en “geen relatie”. Het woord “priester” bezit echter dezelfde kenmerken. Deze onduidelijke grenzen zijn ook van toepassing bij de classificatie van een psychische aandoening. De scheidslijn tussen veel stoornissen is onduidelijk. De symptomen van bijvoorbeeld een angststoornis en een depressie hebben veel overlap waardoor het lastig is om psychische stoornissen aan de hand van criteriapunten te benoemen.

Een tweede kritiekpunt, dat voortvloeit uit de net genoemde kritiek op het categorische systeem, is dat de DSM weinig genuanceerd en specifiek zou zijn. Psychische stoornissen zouden te grof worden onderscheiden. Hierdoor bestaat het gevaar dat de cliënt wordt gestigmatiseerd en de complexiteit van de ziektebeelden te kort wordt gedaan. Uiteindelijk zou dit een negatieve invloed op de behandeling kunnen hebben.

Ten slotte is er kritiek op het atheoretische systeem van de DSM. Vieta, Phillips (2007) en Cooper (2004) betogen dat het enkel classificeren van een psychische stoornis aan de hand van het systeem van de DSM, geen aanwijzingen en duidelijkheid geeft over de behandelbeslissing. De classificatie bevat namelijk alleen informatie over de stoornis. Informatie over de unieke cliënt, met zijn of haar kenmerken en levenswijze, en over de oorzaken en onderliggende mechanismen van de problematiek, ontbreekt. Omdat de in theorie omvatte beschrijvende diagnose, mits correct geformuleerd, hier wel informatie over verstrekt, is deze onmisbaar wanneer men een volledige diagnose wil stellen en een optimale behandelkeuze wil maken (Kim & Ahn, 2002; Witteman & Koele, 1999).

Kim en Ahn (2002) en Witteman en Koele (1999) hebben de relatie tussen de classificatie en de beschrijvende diagnose onderzocht. Uit deze onderzoeken is gebleken dat

de deelnemende proefpersonen stoornissen classificeerden aan de hand van hun theoretische, subjectieve interpretatie. In de beschrijvende diagnose wordt deze manier van redeneren expliciet gemaakt door onder andere de oorzaken van de problematiek te beschrijven. Kim en Ahn (2002) hebben, aan de hand van een literatuuronderzoek, beschreven hoe men redeneert bij het classificeren aan de hand van de DSM. In dit onderzoek zijn verschillende categorisatiebenaderingen beschreven, geanalyseerd en vergeleken met die van het DSM-handboek. De ‘rule-based approach’ stelt dat iedere categorie noodzakelijke en toereikende definiërende kenmerken heeft. Het categorisatiesysteem van de eerste twee edities van de DSM is op deze benadering gebaseerd. De tweede, door Kim en Ahn (2002) besproken, benadering is het ‘similarity-based model’. Deze benadering stelt dat een categorie wordt gerepresenteerd als een prototype: een gemiddelde, abstracte representatie van een categorie. Deze benadering, die flexibeler is dan de ‘rule-based approach’, wordt gebruikt in de DSM-III, de DSM-III-R en de DSM-IV. Ten slotte is er de ‘theory-based approach’. Uit het onderzoek van Kim en Ahn (2002) blijkt dat deze categorisatiebenadering, ten opzichte van de ‘rule-based approach’ en het ‘similarity-based model’, het meest van toepassing is bij het stellen van een diagnose. De ‘theory-based approach’ stelt dat de redenering wordt gestuurd door iemand’s theoretische, subjectieve interpretatie. Omdat de menselijke geest constant op zoek zou zijn naar regels en verklaringen voor het verwerken en begrijpen van inkomende data, worden concepten niet door ons gerepresenteerd op basis van kenmerken, maar op basis van theorieën of causale verklaringen. Hulpverleners zouden de voor hem of haar meest wezenlijke symptomen overwaarden en centraal categoriseren, wat tot een subjectieve diagnose zou leiden. Dit is opmerkelijk, omdat classificeren aan de hand van causale relaties tegen het categorische, atheoretische systeem van de DSM ingaat en de proefpersonen in dit onderzoek toch jarenlang van dit handboek gebruik hebben gemaakt.

De resultaten van het onderzoek van Witteman en Koele (1999) zijn vergelijkbaar met de resultaten van het onderzoek van Kim en Ahn (2002). Uit dit onderzoek is gebleken dat “verschillen in classificaties niet worden bepaald door cliëntkenmerken, specifieke symptomen, sociale context, of ernst van de klacht; dat de verschillen slechts zeer ten dele verklaard konden worden door de theoretische achtergrond van de klinici, maar dat het verschil vooral voortkwam uit de subjectieve interpretaties van de informatie op basis van individuele ervaringen” (Witteman & De Kwaadsteniet, 2009, p.15). Deze subjectieve interpretaties zouden voor de behandelaars voldoende uitleg geven voor het selecteren van een specifieke behandeling (Witteman & Koele, 1999).

De zojuist beschreven onderzoeken zijn ingegaan op de classificatie, beschrijvende diagnose, het beleid en de relatie tussen deze psychodiagnostische onderdelen. Concluderend kan er worden gesteld dat de subjectieve redeneringen van behandelaars, vervat in theorieën zoals beschreven door de ‘theory-based approach’, van grote invloed zijn op de totstandkoming van zowel de classificatie, de beschrijvende diagnose als het beleid. Er is tot nu toe geen onderzoek gepubliceerd waarin de invloed van de kwaliteit van de classificatie en de kwaliteit van de beschrijvende diagnose op de kwaliteit van het beleid is onderzocht. In lijn hiermee, was het doel van dit onderzoek vast te stellen of een kwalitatief goede classificatie of een kwalitatief goede beschrijvende diagnose, ook leidt tot een kwalitatief goed beleid. Een goede kwaliteit werd in dit onderzoek gedefinieerd als een grote mate van overeenkomst tussen de door proefpersonen geformuleerde psychodiagnostische onderdelen met een van tevoren opgestelde diagnostische formulering. Daarnaast zijn, aangezien er geschikte data voorhanden waren, verschillen tussen psychologen en psychiaters onderzocht. Er is hierbij gekeken naar de samenhang tussen de kwaliteit van de classificatie, beschrijvende diagnose en het beleid, en naar verschillen wat betreft de scores op deze drie variabelen.

De beschrijvende diagnose bestaat uit oorzakelijke en theoretische verbanden in relatie tot de problematiek. De DSM-classificatie geeft alleen informatie betreffende de psychische stoornis, welke geselecteerd is aan de hand van criteriapunten. Zowel Kim en Ahn (2002) als Witteman en Koele (1999) toonden aan dat behandelaars bij het psychodiagnostische proces redeneren volgens hun theoretische denkkader en interpretatie. Het alleen formuleren van de classificatie, zou geen aanwijzingen en duidelijkheid geven over de behandelbeslissing (Vieta, Philips, 2007; Cooper, 2004). Deze onderzoeksresultaten in acht nemend, wordt verwacht dat er sprake zal zijn van een positieve correlatie tussen de kwaliteit van de beschrijvende diagnose en het beleid. Hierop voortbouwend wordt verwacht dat er daarnaast sprake zal zijn van een zwakkere, maar positieve correlatie tussen de kwaliteit van de classificatie en de beschrijvende diagnose, en tussen de classificatie en het beleid.

2. Methode

2.1. Proefpersonen

Aan dit onderzoek namen 64 proefpersonen deel, waarvan 31 mannen en 33 vrouwen. Hierbij gaat het om 27 psychologen en 37 psychiaters. De psychologen zijn onder te verdelen in 17 psychologen, 6 psychologen in opleiding en 4 psychologie studenten. De psychiaters zijn onder te verdelen in 22 psychiaters, 11 psychiaters in opleiding en 4 co-assistenten. De gemiddelde leeftijd van de proefpersonen was 44 jaar ($SD = 13.2$, range = 22–65 jaar). Alle proefpersonen zijn werkzaam in de tweedelijnszorg, waarvan 19% vrij gevestigd is en 14% ook werkzaam is in de eerstelijnszorg. Van de proefpersonen is 38% lid van een beroepsvereniging en is 86% voornamelijk werkzaam in de volwassenzorg. Het gemiddelde aantal jaren werkervaring is 15.0 jaar ($SD = 12.5$, range = 0-36 jaar).

2.2. Procedure

Dit onderzoek is uitgevoerd op data die eerder al door Groenier, Beerthuis, Pieters en Witteman (2010) is verzameld. In dit eerdere onderzoek was de procedure als volgt. Voor het plaatsvinden van het intakegesprek tussen proefpersoon en simulatiepatiënt, hebben alle proefpersonen eerst informatie ontvangen over de simulatiepatiënt, in de vorm van een verwijsbrief van de huisarts. Hierin stond beschreven dat de patiënt waarmee ze een intakegesprek gingen voeren, depressieve klachten en suïcidale gedachtes had. Vervolgens is er aan de proefpersonen verteld dat ze een intakegesprek kregen met een echte of een gestandaardiseerde patiënt. In werkelijkheid hebben alle proefpersonen met dezelfde simulatiepatiënt te maken gehad, waarvan de casus overeenkomt met een echte cliënt. Hierna voerden de proefpersonen het intakegesprek met de simulatiepatiënt, wat op video is opgenomen. Het gesprek mocht in totaal een half uur duren. Vijf minuten voor de eindtijd van het gesprek werd er op de deur geklopt, ten teken dat er moest worden afgerond. Na het intakegesprek hebben de proefpersonen schriftelijk een beschrijvende diagnose, DSM-classificatie en een beleidsvoorstel geformuleerd. Hierop volgde een nabespreking met de onderzoeker aan de hand van de video opname. Aan de hand van een vragenlijst hebben de proefpersonen verschillende demografische variabelen genoteerd: leeftijd, geslacht, het aantal jaren werkervaring, of ze lid waren van een vereniging, en zo ja, welke vereniging, in welke setting ze werkzaam zijn en hoeveel uren per week ze volwassenen, kinderen/jeugd en/of ouderen behandelen. Ten slotte heeft de simulatiepatiënt een 'tevredenheids'vragenlijst ingevuld over de proefpersoon. Hierin werden vijftien vragen gesteld met als doel een indruk

te krijgen van de ervaringen van simulatiepatiënt over de hulpverlening. Van de data die met behulp van de 'tevredenheids'vragenlijst verzameld zijn, is in dit onderzoek geen gebruik gemaakt.

2.4. Analyse

Er zijn negen proefpersonen afgevallen op basis van het ontbreken van een beschrijvende diagnose, classificatie of een beleidsvoorstel. De data van deze proefpersonen is niet meegenomen in de analyse. Om te onderzoeken of de negen afgevallen proefpersonen systematisch meer verschillen van de andere groep dan op basis van toeval kan worden verwacht, is er een chi-kwadraat toets uitgevoerd. Hieruit bleek dat er op geen van de demografische variabelen sprake is van significante verschillen tussen de bij de analyse betrokken proefpersonen en de negen afgevallen proefpersonen, $\chi^2 (4) < 37.04, p > .210$. De uiteindelijke groep bestond uit 21 psychologen en 34 psychiaters.

2.4.1. Coderingsschema's

De behandeling van de cliënt waar de simulatiepatiënt van dit onderzoek op is gebaseerd is inmiddels afgerond. Aan de hand de diagnose van deze cliënt, is er een toetsingskader geformuleerd die het mogelijk heeft gemaakt om de kwaliteit van de inhoud en structuur van de beschrijvende diagnose, de classificatie en het beleid van de proefpersonen te beoordelen. Het toetsingskader bestaat uit vijf coderingsschema's met een bijbehorende handleiding (zie *Appendix A*). De beschrijvende diagnose is opgedeeld in 'idea units', de classificatie en het beleid in zowel inhoudelijk als structurele onderdelen. 'Idea units' moeten worden gezien als relatief korte onderdelen, vaak maximaal één zin, die een compleet idee of concept representeren (cf. Stinson, Milbrath en Reidbord, 1994). Proefpersonen kunnen in verschillende gradaties punten behalen naarmate een beschrijving in meer of mindere mate overeenkomt met dit toetsingskader.

De eerste auteur en een onafhankelijke codeur hebben de onderdelen van de beschrijvende diagnose, classificatie en het beleid van twaalf random gekozen proefpersonen gecodeerd met de coderingsschema's. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cohen's Kappa) was gemiddeld .93. Volgens Landis & Koch (1977) is er bij een Kappa van .81 – 1.0 sprake van een bijna perfecte overeenkomst tussen de beoordelaars. De coderingsschema's zijn daarom als voldoende betrouwbaar beschouwd om de data verder te analyseren. De beschrijvende diagnose had een Kappa van .89 (range = .65-1.0), de structuur van de classificatie 1.0, de inhoud van de classificatie .85 (range = 0.40-1.0), de structuur van het

beleid 1.0, en de inhoud van het beleid .91 (range = 0.43-1.0). Aan de hand van de gekwantificeerde beschrijvende diagnose, classificatie en beleid zijn er verdere analyses uitgevoerd die hieronder beschreven worden.

2.4.2. Statistische analyse

In dit onderzoek is een overschrijdingskans kleiner of gelijk aan 0.05 aangehouden als significant. De volgende variabelen zijn aan elkaar gecorreleerd: de totaalscores van de beschrijvende diagnose, de classificatie, het beleid, de vijf beleidsonderdelen, te weten “nader onderzoek”, “medicatie”, “vorm”, “doel”, en “setting” (zie Appendix A), en de algehele totaalscore. De algehele totaalscore is de optelsom van de behaalde punten voor de net genoemde psychodiagnostische onderdelen. De andere totaalscores betreffen de som van het aantal punten die proefpersonen voor de juiste ‘idea units’ en inhoudelijke onderdelen hebben behaald. Ten slotte zijn de verschillen tussen de totaalscores van de psychologen en de psychiaters aan de hand van een Mann-Whitney toets geanalyseerd. Op de volgende variabelen is er gekeken naar verschillen tussen de groepen: de totaalscore van de beschrijvende diagnose, classificatie, de beleidsonderdelen, het beleid, en de algehele totaalscore.

3. Resultaten

Om een globaal beeld te geven van de scores op, de door de proefpersonen geformuleerde, psychodiagnostische onderdelen zijn van de volgende onderdelen de gemiddelden, standaarddeviaties en het percentage van het aantal behaalde punten berekend: de algehele totaalscore, de totaalscore van de classificatie, beschrijvende diagnose, het beleid en de vijf beleidsonderdelen. Tabel 1 geeft deze gegevens weer, zowel voor de totale groep proefpersonen als voor de psychologen en psychiaters apart.

Tabel 1:

Gemiddelden, percentages, en standaarddeviaties van de behaalde punten per onderdeel.

omschrijving		proefpersonen		
		psychologen	psychiaters	totaal
totaalscore	<i>M</i>	68.4	69.8	69.3
	%	44.7	45.6	45.3
	<i>SD</i>	15.6	15.2	15.3
classificatie	<i>M</i>	24,5	23.9	24.2
	%	49.0	47.8	48.4
	<i>SD</i>	7.6	7.5	7.5
beschrijvende diagnose	<i>M</i>	15.6	16.0	15.8
	%	53.8	55.2	54.5
	<i>SD</i>	4.4	4.9	4.7
beleid	<i>M</i>	9.7	11.0	10.5
	%	19.8	22.4	21.4
	<i>SD</i>	6.7	6.1	6.3
nader onderzoek	<i>M</i>	3.3	2.8	3.0
	%	20.6	17.5	18.8
	<i>SD</i>	4.2	3.4	3.7
medicatie	<i>M</i>	1.2	2.0	1.7
	%	13.3	22.2	18.9
	<i>SD</i>	1.5	1.6	1.6
vorm	<i>M</i>	.10	.40	.29
	%	3.3	13.3	9.7
	<i>SD</i>	.70	.90	.88
doel	<i>M</i>	2.3	2.4	2.4
	%	20.9	21.8	21.8
	<i>SD</i>	2.6	2.4	2.4
setting	<i>M</i>	2.7	3.4	3.1
	%	27.0	34.0	31.0
	<i>SD</i>	2.4	1.8	2.1

Aan de hand van een Mann-Whitney toets zijn de verschillen tussen de psychologen en psychiaters geanalyseerd. Op de totaalscore van het beleidsonderdeel “medicatie” is er een significant verschil gevonden tussen de groepen psychologen en psychiaters ($U = 235.5$; $p = .028$). De psychiaters presteerden beter, en dus dichter bij de norm dan de psychologen. Het gemiddelde van de psychiaters op dit onderdeel was 2.0 ($SD = 1.6$) en dat van de psychologen was 1.2 ($SD = 1.5$), (zie Tabel 1). Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de gemiddelden van de psychologen en de psychiaters op de overige onderdelen. De psychiaters presteerden gemiddeld beter dan de psychologen, het verschil in de algehele totaalscore is echter, zoals reeds vermeld, niet groter dan dat men op basis van toeval mag verwachten ($U = 351.0$; $p = .917$).

Verwacht wordt dat er een positieve correlatie zal zijn tussen de totaalscore van de classificatie, de beschrijvende diagnose en het beleid. Om deze verwachting te toetsen, is er een correlatie-analyse uitgevoerd. Hierbij is er gekeken naar de totaalscore van de classificatie, beschrijvende diagnose, het beleid, en de beleidsonderdelen: “nader onderzoek”, “medicatie”, “vorm”, “doel” en “setting”. Tabel 2 geeft voor de net genoemde variabelen de correlatiecoëfficiënten en overschrijdingskansen weer voor zowel de totale groep proefpersonen, als voor de psychologen en psychiaters apart. Uit de correlatie-analyse blijkt dat er bij de totale groep proefpersonen en de psychiaters sprake was van een positieve correlatie tussen de totaalscore van de beschrijvende diagnose en de totaalscore van het beleid, respectievelijk $r = .28$; $p = .038$ en $r = .35$; $p = .040$. Bij de psychologen was er geen sprake van een significante relatie ($r = .15$; $p = .502$) tussen de totaalscore van de beschrijvende diagnose en het beleid. Een ander opvallend resultaat is dat er bij de psychiaters, in tegenstelling tot de psychologen en de het totaal aantal proefpersonen, sprake is van een positieve significante correlatie tussen de totaalscore van de beschrijvende diagnose en de score op het beleidsonderdeel ‘nader onderzoek’ ($r = .35$; $p = .041$).

Tabel 2:

Pearson correlatiecoëfficiënten en overschrijdingskansen van de totaalscores van de verschillende onderdelen.

omschrijving		proefpersonen		
		psychologen	psychiaters	totaal
classificatie – beleid	<i>r</i>	.07	-.02	.01
	<i>p</i>	.775	.923	.928
beschrijvende diagnose – beleid	<i>r</i>	.16	.36	.28
	<i>p</i>	.502	.040	.038
classificatie – beschrijvende diagnose	<i>r</i>	.13	.29	.24
	<i>p</i>	.563	.091	.084
classificatie – beleid: nader onderzoek	<i>r</i>	.04	.04	.04
	<i>p</i>	.864	.845	.777
classificatie – beleid: medicatie	<i>r</i>	.32	.11	.17
	<i>p</i>	.154	.541	.212
classificatie – beleid: vorm	<i>r</i>	.02	-.01	-.01
	<i>p</i>	.946	.941	.946
classificatie – beleid: doel	<i>r</i>	-.01	-.18	-.12
	<i>p</i>	.958	.299	.403
classificatie – beleid: setting	<i>r</i>	-.07	.03	-.02
	<i>p</i>	.752	.882	.862
beschrijvende diagnose – beleid: nader onderzoek	<i>r</i>	.02	.35	.21
	<i>p</i>	.938	.041	.119
beschrijvende diagnose – beleid: medicatie	<i>r</i>	.11	.06	.08
	<i>p</i>	.625	.743	.545
beschrijvende diagnose – beleid: vorm	<i>r</i>	.23	.04	.09
	<i>p</i>	.316	.821	.496
beschrijvende diagnose – beleid: doel	<i>r</i>	.24	.18	.20
	<i>p</i>	.298	.321	.145
beschrijvende diagnose – beleid: setting	<i>r</i>	.01	.23	.14
	<i>p</i>	.972	.197	.325

Om meer inzicht te verwerven in de samenhang van de totaalscore van de classificatie en het beleid, en de totaalscore van de beschrijvende diagnose en het beleid, is er een regressie-analyse uitgevoerd op de drie zojuist genoemde variabelen. Hiermee is getracht aan te tonen in hoeverre de totaalscore van het beleid wordt voorspeld door de totaalscores van de classificatie en de beschrijvende diagnose. Daarnaast is er gekeken in hoeverre de totaalscore van de beschrijvende diagnose wordt voorspeld door de totaalscore van de classificatie. Het opvallendste verkregen resultaat is een positief, significant effect van de kwaliteit van de beschrijvende diagnose op de kwaliteit van het beleid, $\beta = 0.28$, $t(54) = 2.13$, $p = .038$. Dit bevestigt het eerder geconstateerde verband dat bij de correlatie-analyse naar voren kwam. De overige resultaten tonen aan dat er positieve invloed van de totaalscore van de classificatie op de totaalscore van zowel het beleid als de beschrijvende diagnose is. Deze effecten zijn echter zwak, en geen van allen significant, alle $p > .084$.

4. Conclusie & Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht te verwerven in de invloed van de kwaliteit van de classificatie en de beschrijvende diagnose, op de kwaliteit van het beleid. De verwachting was dat er sprake zou zijn van een positieve correlatie tussen de kwaliteit van de beschrijvende diagnose en het beleid, en een positieve, maar zwakkere, relatie tussen de kwaliteit van de classificatie en de beschrijvende diagnose, en de classificatie en het beleid. Daarnaast is, aangezien er geschikte data voorhanden was, de kwaliteit van de door de psychologen en psychiaters geformuleerde psychodiagnostische onderdelen met elkaar vergeleken.

Van de drie psychodiagnostische onderdelen, hebben de proefpersonen gemiddeld genomen het beste gescoord op de beschrijvende diagnose, daarna op de classificatie. Opvallend is dat er, in vergelijking met de overige onderdelen, gemiddeld een zeer lage score is behaald voor het beleid.

De in dit onderzoek verkregen resultaten bevestigen gedeeltelijk onze verwachting. Er kan namelijk geconcludeerd worden dat er, bij de psychiaters en bij de totale groep proefpersonen, sprake is van een significante, positieve correlatie tussen de kwaliteit van de beschrijvende diagnose en de kwaliteit van het beleid. Dat wil zeggen dat wanneer de kwaliteit van de beschrijvende diagnose toeneemt, de kwaliteit van het beleid dat ook doet. Het kan als opvallend worden beschouwd dat er bij de groep psychologen geen sprake was van een significante correlatie tussen deze twee variabelen. Daarnaast is aangetoond dat er alleen bij de groep psychiaters sprake is van een significante correlatie tussen de totaalscore van de beschrijvende diagnose en de score op het beleidsonderdeel “nader onderzoek”. Ten slotte hebben de resultaten aangetoond dat psychiaters, vergeleken met psychologen, een significant hogere score op de totaalscore van het medicatie onderdeel van het beleid hebben.

In lijn met de onderzoeksresultaten van Witteman en Koele (1999) en Kim en Ahn (2002), blijkt dat er ook in dit onderzoek sprake is van een positieve, significante relatie tussen de beschrijvende diagnose en het beleid. Uit het onderzoek van Ahn, Marsh, Luhmann en Lee (2002) is gebleken dat achtergrondkennis maakt dat men de samenhang tussen verwante concepten sneller herkent. De beschrijvende diagnose kan volgens Eells et al. (2005) worden beschouwd als een hypothese over de oorzaken, gevolgen en instandhoudende factoren van iemands psychologische, interpersoonlijke en gedragsproblemen. Deze gegevens helpen het in dit onderzoek verkregen resultaat mede te verklaren. Er kan worden verondersteld dat men een inherente neiging heeft tot verklaren, waardoor de classificatie, waar criteriapunten centraal staan, niet altijd voldoet en de beschrijvende diagnose beter

aansluit bij de algemene wijze van redeneren. Doordat de beschrijvende diagnose hier beter op aansluit, kan er een positief effect zijn op het beleid, zoals reeds uit de onderzoeken van Witteman en Koele (1999) en Kim en Ahn (2002) is gebleken.

Een verklaring voor de zeer lage score van de proefpersonen voor het beleid zou de operationalisatie kunnen zijn. Door de beleidsformuleringen te scoren aan de hand van uiteenlopende categorieën, ontstaat er, bij een klein aantal proefpersonen, een grote spreiding.

Uit de resultaten van dit onderzoek valt op te maken dat de kwaliteit van de beschrijvende diagnose van de psychiaters niet significant beter is dan die van de psychologen, maar wanneer een psychiater hier hoog op scoort, zal er vaker dan bij de psychologen sprake zijn van een hoge score voor het beleid, en dan met name voor het beleidsonderdeel ‘nader onderzoek’. Er zou verondersteld kunnen worden dat de bredere opleiding van psychiaters verantwoordelijk is voor dit verband. Psychiaters zijn zodanig opgeleid dat ze over de kennis en bevoegdheid beschikken om medicatie voor te schrijven. Wellicht zijn psychiaters hierdoor beter in staat om de beschrijvende diagnose aan het juiste beleid te koppelen. In dit licht is het weinig verrassend dat de psychiaters, ten opzichte van de psychologen, op het medicatie onderdeel van het beleid gemiddeld hoger scoorden. Een andere verklaring voor de positieve correlatie bij de psychiaters zou kunnen zijn dat psychiaters vanouds leren om vanuit het medische model te denken en redeneren. Bij het medische model staan mechanismen, zoals de oorzaken van de problematiek, net zoals bij de beschrijvende diagnose, centraal. Psychologen worden daarentegen vanouds opgeleid om psychologische test af te nemen, waarbij het denken in causale verbanden minder wordt benadrukt. Kortom, de verschillen in opleiding van de psychiaters en psychologen zouden kunnen bijdragen aan het in dit onderzoek verkregen resultaat.

De resultaten van dit onderzoek moeten om verschillende redenen met enig voorbehoud worden beschouwd. Ten eerste is het aantal deelnemende proefpersonen klein. Dit zorgt voor een lagere betrouwbaarheid en een beperkte externe validiteit. Naast de geringe grootte, is er sprake van een gemengde groep met een grote spreiding. Variabelen die niet nader zijn onderzocht, bijvoorbeeld het aantal jaren werkervaring, zouden invloed kunnen hebben op de onderzochte verbanden. Ten slotte kan er sprake zijn van zelf-selectiebias. Bij de werving van proefpersonen voor dit onderzoek, mocht men zelf kiezen of hij of zij deel wou nemen aan het experiment. Dit beperkt de representativiteit van de groep proefpersonen, en daardoor de externe validiteit.

Het toetsingskader waar in dit onderzoek gebruik van is gemaakt, is op basis van een deskundig oordeel van een ervaren psychiater, die de cliënt gediagnosticeerd en succesvol

behandeld heeft, geformuleerd. Daarnaast voldoet de norm van de beschrijvende diagnose aan de door Eells et al. (2005) genoemde criteriapunten. Toch is dit toetsingskader niet onfeilbaar. In de eerste plaats hebben symptomen van psychische stoornissen veel overlap. Hierdoor kunnen behandelaars de problematiek van de cliënt, zonder dat dit per se onjuist is, aan verschillende stoornissen koppelen. Daarnaast zijn er diverse behandelingen waaruit kan worden gekozen om een stoornis te behandelen. Kortom, er is weinig eenduidigheid wat betreft het protocol bij psychodiagnostische werkzaamheden. Het toetsingskader wat in dit onderzoek als norm is gebruikt, is daarom slechts één manier is om de problematiek van de simulatiepatiënt te diagnostiseren en te behandelen. Ten tweede is het toetsingskader geformuleerd door slechts één psychiater. Volgens Shanteau (1988) is de unanimité van een grote groep beoordelaars betrouwbaarder en daardoor wenselijker dan de mening van een enkel persoon. In dit onderzoek was een grotere groep beoordelaars echter praktisch niet haalbaar.

In toekomstig, vergelijkbaar onderzoek is het aan te raden om gebruik te maken van een representatieve steekproef. Er dient een voldoende groot aantal proefpersonen te worden geworven, waarbij de demografische variabelen, zoals leeftijd, geslacht, of de setting waarin men werkt, normaal verdeeld zijn. Daarnaast zou de betrouwbaarheid en validiteit van het toetsingskader kunnen worden vergroot door deze aan de hand van de consensus van meerdere deskundige beoordelingen te formuleren.

Idealiter zou de beschrijvende diagnose in lijn moeten zijn met de DSM-classificatie. Aan de hand van de in dit onderzoek verkregen resultaten, blijkt dat met name de formulering van de beschrijvende diagnose ten goede komt aan de kwaliteit van het beleid. Behandelaars dienen om deze reden de waarde van de beschrijvende diagnose te onderkennen. Nog belangrijker is echter dat men de beschrijvende diagnose in de praktijk ook daadwerkelijk formuleert. Eells en Kendjelic (2007) toonden aan dat trainingen, waarbij men zowel kennis opdoet als vaardigheden leert, leiden tot het formuleren van een kwalitatief betere beschrijvende diagnose. Om in de toekomst het belang van de beschrijvende diagnose bij behandelaars onder de aandacht te brengen, zou een dergelijke training kunnen worden ontwikkeld.

Referentielijst

- Ahn, W., Marsh, J. K., Luhmann, C. C., & Lee, K. (2002). Effect of theory-based feature correlations on typicality judgments. *Memory & Cognition*, 30, 107–118.
- American Psychiatric Association (2009). Verkregen op 7 september, 2009, via <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV.aspx>
- Ashcraft, M. H. (2005). *Cognition*. Las Vegas: Pearson Prentice Hall.
- Bruner, J. S., Goodnow, J. J., Austin, G. A. (1956). *A Study of Thinking*. New York: Wiley.
- Cooper, R. (2004). What is wrong with the DSM? *History of Psychiatry*, 15, 5-25.
- Collins, A. M., Loftus, E. F. (1975). A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review*, 82, 407 – 428.
- De Bruyn, E., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pamijer, N. K., Van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer [The Diagnostic Cycle: Learning from practice]*. Leuven, Belgium: Acco.
- De Ruiter, C.D., Hildebrand, M. (Eds) (2006). *Handboek psychodiagnostiek: Van testmethode naar toepassing*. Amsterdam, the Netherlands: Harcourt.
- Eells, T. D., Kendjelic, E. M. (2007). Generic psychotherapy case formulation training improves formulation quality. *Psychotherapy*, 44(1), 66-77.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., Lucas, C. P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579-589.
- Follette, W.C., Houts, A.C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1120-1132.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Haynes, S. N., Williams, A. E. (2003). Case formulation and design of behavioral treatment programs matching treatment mechanisms to causal variables for behavior problems. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 164-174.
- Hyman, S. E. (2003). Diagnosing disorders. *Scientific American*, 289(3), 96-103.
- Kim, N. S., Ahn, W. K. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 131(4), 451-476.

- Landis, J.R., Koch, G.G. (1977). A one-way components of variance model for categorical data. *Biometrics*, 33(4), 671-679.
- Pagano, P. (2007). The clinical report and the design of individualized treatment. An overview of the literature on clinical case formulations. *Rivista di psicologia clinica (RPC)*, Article 3, 2007. Verkregen op 29 november, 2009, via http://www.Rivistadipsicologiaclinica.it/english/number3_07/Pagano.htm
- Rosch, E. H. (1973). On the internal structure of perceptual and semantic categories. In T. E. Moore (Ed.), *Cognitive development and the acquisition of language* (pp. 111-144). New York: Academic Press.
- Schulte, D. (1996). Tailor-made and standardized therapy: Complementary tasks in behavior therapy a contrarian view. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 27, 119-126.
- Shanteau, J. (1988). Psychological characteristics and strategies of expert decision makers. *Acta Psychologica*, 68(1-3), 203-215.
- Trimbos-Instituut (2009). Verkregen op 24 september, 2009, via <http://www.trimbos.nl/default4734.html>
- Vieta, E., Phillips, M. L. (2007). Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 886-892.
- Virués-Ortega, J., Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.
- Witteman, C. L. M. (1992). Competence and performance in belief revision and a case study of belief in a treatment method for depression. *Unpublished Doctoral Thesis*, Utrecht University.
- Witteman, C. L. M., De Kwaadsteniet, L. (2009). Richtlijnen voor behandelaars. *GZ-psychologie*, 2, 14-17.
- Witteman, C. L. M., Harries, C., Bekker, H. L., Van Aarle, E. J. M. (2007). Evaluating psychodiagnostic decisions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 10-15.
- Witteman, C., Koele, P. (1999). Explaining treatment decisions. *Psychotherapy Research*, 9(1), 100-114.
- Witteman, C. L. M., Kunst, H. (1997). Planning the treatment of a depressed patient. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 157-171.

Appendix A

Beschrijving en handleiding van de coderingsschema's

Aan de hand van coderingssysteem kan de kwaliteit van de door de proefpersonen geformuleerde classificatie, beschrijvende diagnose en het beleid worden geïndiceerd. Er zijn in totaal vijf coderingsschema's ontwikkeld. Eén voor de inhoud van de beschrijvende diagnose, één voor de structuur van de classificatie, de inhoud van de classificatie, de structuur van het beleid en één voor de inhoud van het beleid. Bij elk schema kan er per onderdeel, dat kan een 'idea unit', een as of een beleidsonderdeel zijn, een maximaal aantal punten worden toegekend. Proefpersonen krijgen punten toegewezen wanneer ze een onderdeel goed hebben. Wanneer er een soortgelijk antwoord wordt gegeven, ontvangt de proefpersoon het maximale aantal punten. Maar ook voor antwoorden die in de buurt komen, zijn in verschillende gradaties punten te behalen.

De onderstaande handleiding licht de hantering van de coderingsschema's nader toe.

1. Beschrijvende diagnose

Onderstaand is de beschrijvende diagnose welke we als toetsingskader zullen hanteren:

'Depressief syndroom met suïcidale trekken geleidelijk in ernst toegenomen, reactief ontstaan na een werkconflict en vaatlijden in de benen bij een 45-jarige man met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, een belaste familieanamnese en een persoonlijkheid met dwangmatige trekken.'

In de onderzoeken van Eells, Lombart, Kendjelic, Turner & Lucas (2005) en Kuyken, Fothergill, Musa & Chadwick (2005) is onder andere naar de structuur van 'case formulations' gekeken. Hieruit is gebleken dat de verklaring die men geeft aan een diagnose een van de belangrijkste onderdelen is. Dit in acht nemend is ervoor gekozen om een relatief hoog aantal punten toe te kennen aan de 'verklarende' 'idea unit' in de beschrijvende diagnose, omdat dit als een belangrijk onderdeel wordt gezien. Wat betreft de beschrijvende diagnose gaat het om de volgende 'idea units':

1.1. 'depressief syndroom' – maximaal aantal punten: 8

Wanneer er gesproken wordt over een depressieve stoornis, episode of syndroom worden hiervoor zes punten toegekend. Wanneer er wordt gesproken over een depressie krijgt de

proefpersoon vijf punten toegekend. Voor termen als een dysthyme stoornis, bipolaire stoornis of depressieve fase krijgt de proefpersoon drie punten toegekend. Ten slotte krijgt de proefpersoon geen punten toegekend wanneer er gesproken wordt over een depressieve stemming, depressieve klachten, stemmingsklachten, somberheidsklachten of een sombere stemming.

Wanneer de proefpersoon spreekt over een differentiële diagnose, wanneer er dus wordt verondersteld dat er naast een depressieve stoornis, episode of syndroom een andere stoornis het ziektebeeld kan verklaren, of wanneer bepaalde stoornissen hierdoor worden uitgesloten, worden hiervoor ook punten verrekend. De proefpersoon krijgt twee punten bij de score wanneer hij of zij naast een depressieve stoornis, episode of syndroom (of de overige goedgekeurde termen) spreekt over een andere stoornis. Wanneer er over twee stoornissen wordt gesproken, maar niet over een depressie, dan ontvangt de proefpersoon hiervoor geen punten.

1.2. 'suïcidale trekken' – maximaal aantal punten: 4

Wanneer de proefpersoon noemt dat de cliënt over suïcidale gedachten of trekken beschikt worden hiervoor vier punten toegekend. Termen als 'suïcidale ideatie', 'suïcide risico', 'suïcidale neigingen', 'zelfmoord neigingen' of uitspraken als 'geen direct suïcide gevaar, wel gedachten' of 'het hebben van een doodswens' worden ook goed gerekend. Wanneer er wordt gesproken over dat patiënt een touw heeft gekocht krijgt de proefpersoon hier twee punten voor.

1.3. 'geleidelijk in ernst toegenomen' – maximaal aantal punten: 2

Bij deze 'idea unit' krijgt de proefpersoon twee punten toegewezen wanneer er zowel wordt gesproken over de ernst van de depressie als over het verloop daarvan. De ernst van de depressie kan beschreven worden door middel van het gebruik van een bijvoeglijk naamwoord zoals 'ernstige', 'forse', 'zware', etc. Wat betreft het verloop van de depressie, dit kan bijvoorbeeld worden verwoord wanneer men spreekt over het verloop van het ziektebeeld van de cliënt, zoals dat in ons toetsingskader gebeurt. Wanneer er alleen wordt gesproken over de ernst van de depressie, en niet over het verloop hiervan, krijgt de proefpersoon hiervoor één punt toegewezen. Omgekeerd geldt dat wanneer er alleen over het verloop van de depressie wordt gesproken, de proefpersoon hiervoor één punt krijgt toegewezen. Wanneer de proefpersoon de ernst van de depressie benoemt, maar deze onjuist is, (bijvoorbeeld er wordt gesproken over een 'lichte depressie') worden er geen punten toegekend.

1.4. 'reactief ontstaan na een werkconflict en vaatlijden in de benen' – maximaal aantal punten: 7

Deze unit valt te verdelen in drie onderdelen waar de proefpersoon per onderdeel in totaal zeven punten voor kan krijgen toegediend. Omdat deze drie onderdelen pas in relatie met elkaar 'betekenis' hebben wat betreft de diagnose van de cliënt worden ze in eerste instantie gezien als één geheel.

Ten eerste de unit '*reactief ontstaan*'. Bij deze unit komt duidelijk het relationele verband naar voren dat het depressieve syndroom van de cliënt een gevolg is van iets anders. Wanneer de proefpersoon deze relatie ziet krijgt hij hiervoor drie punten toegekend. Termen als 'gevolg van' of 'ontstaan na' volstaan ook, daarnaast worden voegwoorden van causaliteit ook goed gerekend.

De tweede unit is '*werkconflict*'. Voor het noemen van deze unit krijgt de proefpersoon twee punten toegediend. Termen als 'problemen op het werk' worden ook goed gerekend. Wanneer de proefpersoon het heeft over dat de cliënt 'in de ziekte zit' of verteld dat deze 'thuis zit' wordt er één punt toegediend.

Ten slotte is er de unit '*vaatlijden in de benen*'. Wanneer deze, of vergelijkbare units als 'arteriosclerose', 'operatie aan de benen', 'claudicatio intermittens' of 'etalagebenen' worden genoemd, wordt er twee punten toegekend. Termen als 'somatische' of 'lichamelijke' klachten zijn niet specifiek genoeg waardoor er één punt wordt gegeven.

1.5. '45-jarige man' – maximaal aantal punten: 2

Bij de dataverzameling (dat wil zeggen, de gesprekken tussen proefpersoon en cliënt) was het de verjaardag van de cliënt, dus bij deze 'idea unit' worden voor zowel '45-' als een '46-jarige man' twee punten toegekend. Wanneer er sprake is van een '45-' of '46 jarige', zal dit ook goed worden gerekend mits er in de verdere diagnose naar voren komt dat het een man betreft. Dit kan bijvoorbeeld door te spreken over 'de heer' of in termen van de derde persoon. Wanneer dit niet het geval is, zal er één punt worden toegekend voor het noemen van de leeftijd van de cliënt. Wanneer zijn geboortedatum wordt genoemd, volstaat dit ook. Er gelden hier dezelfde regels voor als voor het noemen van de leeftijd. Wanneer er alleen wordt gesproken over dat het een man betreft, en niet over de leeftijd van de cliënt, krijgt de proefpersoon hier één punt voor.

1.6. 'blanco psychiatrische voorgeschiedenis' – maximaal aantal punten: 2

Wanneer de proefpersoon heeft aangegeven dat er geen sprake is van eerdere psychische problemen, oftewel, er is sprake van een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, worden hiervoor twee punten toegekend. Wanneer er in termen wordt gesproken dat dit 'de eerste keer is voor de cliënt dat hij psychische klachten ervaart', of dat 'dit zijn eerste depressie is', volstaat dit ook.

1.7. 'belaste familieanamnese' – maximaal aantal punten: 2

Wanneer de proefpersoon spreekt over een 'belaste familieanamnese' worden hiervoor twee punten toegekend. Voor termen als 'familiaal belast' of 'positieve familieanamnese' worden ook twee punten gerekend. Wanneer uit de beschrijvende diagnose blijkt dat zijn moeder last heeft gehad van depressies, vroeg is overleden of over zijn negatieve gevoelens over zijn rol in het gezin wordt hier één punt voor gerekend.

1.8. 'persoonlijkheid met dwangmatige trekken' – maximaal aantal punten: 2

Een dwangmatige persoonlijkheid houdt in dat iemand een sterke behoefte heeft aan ordelijkheid, perfectionisme en beheersing. Er is echter sprake van 'trekken', dus een persoonlijkheid met kenmerken van die van een dwangmatige. Wanneer de proefpersoon het heeft over dwangmatige trekken of neigingen, een dwangmatig karakter of spreekt over cluster C persoonlijkheidstrekken worden hiervoor twee punten toegekend. Wanneer er in het algemeen iets over de persoonlijkheid van de cliënt wordt gezegd, bijvoorbeeld uitspraken als 'geen duidelijke aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis' of 'er is mogelijk persoonlijkheidsproblematiek', wordt er één punt aan de proefpersoon toegekend.

Onwaarheden, zoals spreken over een persoonlijkheidsstoornis, worden niet goed gerekend waardoor er dus geen punten zullen worden toegekend aan de proefpersoon.

2. Classificatie

Bij het beoordelen van de kwaliteit van de classificatie wordt er zowel naar de structuur als naar de inhoud gekeken. Er zijn hier twee coderingsschema's voor ontwikkeld. Bij de beoordeling van de structuur van de classificatie wordt er nagegaan of de proefpersoon de vijf assen genoemd heeft. Voor het noemen van een as (dat hoeft niet letterlijk, het is voldoende als er iets staat) krijgt de proefpersoon twee punten. In totaal valt er een maximum van tien punten te behalen voor het noemen van alle assen.

Betreffende de inhoud van de classificatie wordt onderstaande als toetsingskader gehanteerd:

As I: Depressieve stoornis eenmalig ernstig zonder psychotische kenmerken

As II: Dwangmatige trekken (voorlopig)

As III: Arteriosclerose (claudicatio)

As IV: conflict werk, familiale belasting, moeder vroeg overleden

As V: GAF 40

Wat betreft de beoordeling van de kwaliteit van de inhoud: er wordt opnieuw met ‘idea units’ gewerkt. Elke afzonderlijke as is opgedeeld in ‘idea units’. Net zoals bij de beschrijvende diagnose valt er per ‘idea unit’ een aantal punten te behalen. Ook hier geldt: hoe meer punten, hoe hoger de kwaliteit.

2.1. As I

2.1.1. ‘depressieve stoornis’ – maximaal aantal punten: 5

Wanneer er gesproken wordt over een depressieve stoornis, episode of syndroom worden hiervoor vijf punten toegekend. Wanneer er wordt gesproken over een depressie krijgt de proefpersoon drie punten toegekend. Voor termen als een dysthyme stoornis, bipolaire stoornis of depressieve fase krijgt de proefpersoon twee punten toegekend. Ten slotte krijgt de proefpersoon geen punten toegekend wanneer er gesproken wordt over een depressieve stemming, depressieve klachten, stemmingsklachten, somberheidklachten of een sombere stemming.

2.1.2. ‘eenmalig’ – maximaal aantal punten: 1

Wanneer de proefpersoon aangeeft dat er geen sprake is van eerdere psychische problemen, oftewel, er is sprake van een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, wordt hiervoor één punt toegekend. Wanneer er in termen wordt gesproken dat dit de eerste keer is voor de cliënt dat hij psychiatrische klachten ervaart, of wanneer er wordt gesproken over ‘een depressie in engere zin’ volstaat dit ook.

2.1.3. ‘ernstig’ – maximaal aantal punten: 1

Hierbij is het van belang dat de proefpersoon aangeeft dat het om een *ernstige* depressie gaat. Dat kan bijvoorbeeld worden verwoord door middel van het gebruik van een bijvoeglijk naamwoord zoals ‘ernstige’, ‘forse’, ‘zware’, etc. De proefpersoon kan door het benoemen

van deze ‘ernst’ één punt verdienen. Wanneer de proefpersoon de ernst van de depressie benoemd, maar deze onjuist is, (bijvoorbeeld er wordt gesproken over een ‘lichte depressie’) worden er geen punten toegekend.

2.1.4. *‘zonder psychotische kenmerken’ – maximaal aantal punten: 3*

Wanneer er door de proefpersoon wordt aangegeven dat de cliënt geen psychotische kenmerken heeft worden er drie punten verrekend. Wanneer de proefpersoon beweert dat er wel sprake is van psychotische kenmerken, of wanneer de bijhorende symptomen worden genoemd, wordt dit fout gerekend en ontvangt hij of zij hier geen punten voor.

2.2. *As II*

2.2.1. *‘dwangmatige trekken’ – maximaal aantal punten: 6*

Wanneer de proefpersoon het heeft over dwangmatige trekken of neigingen, een dwangmatig karakter of spreekt over cluster C persoonlijkheidstrekken worden hiervoor zes punten toegekend. Onwaarheden, zoals spreken over een persoonlijkheidsstoornis, worden niet goed gerekend waardoor er dus geen punten zullen worden toegekend aan de proefpersoon.

2.2.2. *‘voorlopig’ – maximaal aantal punten: 4*

Bij deze ‘idea unit’ volstaat alleen het antwoord ‘voorlopig’. Wanneer dit genoemd wordt worden er vier punten verrekend. Antwoorden als ‘uitgesteld’ of termen als ‘geen (duidelijke) diagnose’ volstaan niet, er worden geen punten voor verrekend.

2.3. *As III*

2.3.1. *‘arteriosclerose’ – maximaal aantal punten: 10*

Naast de unit als ‘arteriosclerose’ volstaat het ook wanneer er termen als ‘vaatlijden aan de benen’, ‘vaatlijden’, ‘claudicatio intermittens’ of ‘etalagebenen’ worden genoemd. Er worden hiervoor tien punten aan de proefpersoon toegekend.

2.4. *As IV*

2.4.1. *‘conflict werk’ – maximaal aantal punten: 4*

Voor het noemen van deze unit, of vergelijkbare termen als ‘problemen op het werk’ en dergelijke, krijgt de proefpersoon vier punten toegediend.

2.4.2. *‘familiaire belasting’ – maximaal aantal punten: 3*

Wanneer de proefpersoon spreekt over ‘familiaire belasting’ worden hiervoor drie punten toegekend. Voor termen als ‘familiaal belast’ of ‘positieve familieanamnese’ worden er ook drie punten gerekend. Wanneer er dingen worden gezegd over zijn negatieve gevoelens over zijn rol en relatie met zijn gezin worden hier twee punten voor verrekend.

2.4.3. *‘moeder vroeg overleden’ – maximaal aantal punten: 3*

Wanneer wordt genoemd dat de moeder van de cliënt al vroeg is overleden worden hiervoor drie punten toegekend. Wanneer ter sprake komt dat zijn moeder last heeft gehad van depressies worden hier twee punten voor gerekend.

2.5. As V

2.5.1. *‘GAF 40’ – maximaal aantal punten: 10*

Wanneer de proefpersoon een GAF geeft van 40 ontvangt deze tien punten. Wanneer er een GAF wordt gegeven van tussen de 30 tot 50 worden er vijf punten verrekend. Voor overige GAF scores worden er geen punten verrekend.

3. *Beleid*

Bij de beoordeling van de kwaliteit van het beleid wordt er zowel naar de structuur als naar de inhoud gekeken. Hier zijn opnieuw twee coderingsschema's voor ontwikkeld. Het toetsingskader is verdeeld in verschillende categorieën: ‘nader onderzoek’, ‘medicatie’, ‘therapievorm’, ‘therapie doel’ en ‘setting’. Bij elk van deze categorieën wordt er beschreven welk beleid op welk tijdstip (‘nu’ of ‘later’) de voorkeur heeft. Daarnaast worden er, in gradaties en voorkeuren, verschillende alternatieven gegeven met een daaraan gerelateerd aantal punten.

Bij de beoordeling van de structuur wordt nagegaan of de proefpersoon iets formuleert over elk van de vijf categorieën. Hierbij is het alleen van belang dat er iets over de categorie wordt geformuleert, de correctheid is ervan irrelevant. Per categorie kan de proefpersoon drie punten behalen. Wanneer er dus over elk van de vijf categorieën iets wordt gezegd, zijn er in totaal vijftien punten te behalen.

3.1. Nader onderzoek – maximaal aantal punten: 16

3.1.1. Nu de voorkeur

3.1.1.1. Medische situatie

De medische situatie van de cliënt moet in kaart worden gebracht. Dat wil zeggen dat er contact moet worden gezocht met de internist en/of de vaatchirurg. Een vergelijkbaar en goedgekeurd alternatief is dat de labuitslagen van het onderzoek van het ziekenhuis moeten worden opgevraagd. Wanneer de proefpersoon hierover spreekt, krijgt deze drie punten toegekend. Er hoeft geen ‘nieuw’ lichamelijk onderzoek te worden uitgevoerd. Wanneer de proefpersoon hier over spreekt, krijgt deze geen punten toegekend.

3.1.2. Later de voorkeur

3.1.2.1. Biografie

Wanneer de proefpersoon voorstelt om de cliënt een levensverhaal te laten schrijven krijgt hij of zij hiervoor twee punten toegekend. Wanneer erbij wordt gezegd dat het schrijven van deze biografie in de toekomst, op een later tijdstip in de behandeling, plaats vindt, ontvangt de proefpersoon nog een extra punt.

3.1.2.2. Persoonlijkheidsonderzoek

Wanneer er wordt voorgesteld een persoonlijk onderzoek naar de cliënt te doen, krijgt de proefpersoon twee punten toegekend. Ook hier geldt: wanneer erbij wordt vermeld dat dit op een later tijdstip moet plaats vinden, zal de proefpersoon nog één punt ontvangen.

Ten slotte geldt voor zowel het schrijven van de biografie als het uitvoeren van het persoonlijke onderzoek dat de proefpersoon één punt ontvangt wanneer hierbij de redenering wordt gegeven dat dergelijk nader onderzoek alleen wordt uitgevoerd wanneer de cliënt voldoende stabiel is.

3.1.2.3. Suïcidale gedachtes en psychotische kenmerken

Het is voor hulpverleners niet mogelijk een volledig beeld te krijgen van de cliënt in één gesprek. Deze moet echter wel in staat zijn om een goede inschatting te geven van de cliënt, ook met betrekking tot zijn of haar toekomstige gedrag. Proefpersonen krijgen om deze reden punten toegekend wanneer er wordt opgemerkt dat er in de toekomst aandacht moet worden besteed aan het eventuele verschijnen of de toename van suïcidale gedachtes en psychotische kenmerken bij de cliënt. Er worden zes punten toegekend voor het ‘in het oog houden’ van de

suïcidale gedachtes van de cliënt, of zes punten voor het in de gaten houden van psychotische kenmerken van de patiënt.

3.2. Medicatie – maximaal aantal punten: 9

3.2.1. Nu de voorkeur

In eerste instantie is het gebruik van antidepressiva aan te raden.

3.2.1.1. SSRI of NASSA

SSRI wil zeggen seroxat, cipramil en dergelijke, bij NASSA wordt er remeron of efexor bedoeld. Deze twee opties hebben de eerste voorkeur waardoor de proefpersoon, wanneer dit wordt genoemd, hiervoor het maximale aantal punten krijgt toegewezen: vier.

3.2.1.2. TCA

Dat wil zeggen tricyclisch: nortrilen en dergelijke. Wanneer er door de proefpersoon als medicatie TCA wordt genoemd ontvangt hij of zij hiervoor twee punten.

3.2.1.3. Benzodiazepine

Daarnaast geldt dat de proefpersoon nog één punt ontvangt wanneer wordt aangegeven dat beide bovenstaande opties worden gecombineerd met benzodiazepine (oxazepam).

3.2.1.4. Overig

Wanneer er alleen wordt gesproken over het toedienen van antidepressiva in het algemeen, krijgt de proefpersoon hiervoor één punt toegewezen. Wanneer de proefpersoon andere medicatie noemt, of het hier überhaupt niet over heeft, krijgt deze geen punten toegewezen.

3.2.2. Later de voorkeur:

Op een later tijdstip in de behandeling, wanneer blijkt dat de cliënt onvoldoende baat heeft bij het gebruik van SSRI of NASSA, heeft de hulpverlener twee mogelijkheden.

- De eerste mogelijkheid is het gebruik van TCA. Wanneer de proefpersoon dit aangeeft krijgt deze hier één punt voor toegewezen.
- Indien de cliënt psychotisch is en direct suïcidaal gevaar kan worden uitgesloten kan er gebruik worden gemaakt van antipsychotica (zyprexa, risperdal en dergelijke). Wanneer de proefpersoon kiest voor het gebruik van antipsychotica, krijgt deze drie punten toegewezen mits daar een redenering aan is toegevoegd.

3.3. Therapievorm – maximaal aantal punten: 3

De vorm van de psychotherapeutische behandeling is een ‘steunende begeleiding’. Wanneer de proefpersoon dit aangeeft, krijgt hij of zij hiervoor drie punten toegewezen. Een antwoord als ‘steunende en structurerende gesprekken’ wordt ook goed gerekend. Voor termen als ‘het geven van steun’, ‘het begeleiden van de cliënt’, ‘het geven van hoop’ of ‘rust bewerkstelligen’ worden twee punten gegeven. Voor onjuiste of minder optimale therapievormen, zoals cognitieve gedragstherapie of partner relatie therapie, ontvangt de proefpersoon geen punten.

3.4. Therapiedoel – maximaal aantal punten: 11

3.4.1. Het doen afnemen van de depressieve symptomen.

Wanneer dit doel door de proefpersoon wordt genoemd, ontvangt deze hiervoor drie punten. Termen als het ‘verminderen’ of ‘verdwijnen’ worden ook goed gerekend. Voor termen als ‘het afnemen van negatieve gedachten of -instelling’ en ‘somberheid’ worden twee punten toegekend.

3.4.2. Het doen afnemen van de suïcidale gedachtes.

Wanneer dit doel door de proefpersoon wordt genoemd, ontvangt deze hiervoor drie punten. Termen als ‘suïcidale ideatie’, ‘suïcide risico’, ‘suïcidale neigingen’ of ‘zelfmoord neigingen’ worden ook goed gerekend.

3.4.3. De patiënt krijgt controle over zijn gedachtes en leven.

Wanneer dit doel door de proefpersoon wordt genoemd, ontvangt deze hiervoor twee punten. Bij dit doel staat centraal dat de cliënt meer controle krijgt, dat moet dus ook genoemd worden. In plaats van de term ‘controle’ mag ook gesproken worden over ‘grip’, ‘vat’ of ‘structuur’.

3.4.4. Echtgenote bij behandeling betrekken.

Wanneer dit doel door de proefpersoon wordt genoemd, ontvangt deze hiervoor drie punten. Termen als ‘echtgenote uitnodigen’ of ‘vragen naar echtgenote’ volstaan ook. In plaats van de term ‘echtgenote’ kan ook ‘partner’ of ‘vrouw’ worden gebruikt.

3.5. Setting – maximaal aantal punten: 10

3.5.1. Nu de voorkeur

3.5.1.1. Ambulant

In eerste instantie moet de behandeling ambulant zijn. Wanneer de proefpersoon aangeeft dat het een ambulante behandeling betreft krijgt deze hiervoor drie punten. Ook wanneer uit de beschrijving blijkt dat er vervolgafspraken moeten worden gemaakt, of andere uitspraken waaruit kan worden afgeleid dat de hulpverlener de cliënt weer wil zien, worden goed gerekend.

3.5.1.2. Frequent

Daarnaast moet de behandeling bestaan uit frequente afspraken met de cliënt. Dat wil zeggen: vaker dat één keer per week een afspraak. Wanneer de proefpersoon hierover spreekt krijgt hij of zij drie punten toegekend. Wanneer uit uitspraken blijkt dat de hulpverlener de cliënt ‘snel’ weer wil zien, of wanneer blijkt dat er enige ‘haast’ of ‘noodzaak’ is om nieuwe afspraken te maken, worden hiervoor twee punten toegekend. Wanneer er wordt gesproken om één keer in de twee weken een nieuwe afspraak te maken, wordt er één punt aan de proefpersoon toegekend. Wanneer er nog minder frequent een afspraak wordt gemaakt, of er wordt hier überhaupt niet over gesproken, worden er geen punten toegekend.

3.5.1.3. Dagbehandeling of kliniek

Minder gewenst, maar beter dan niets, is wanneer de proefpersoon voorstelt om de cliënt een dagbehandeling te laten doen. Bij dit voorstel ontvangt de proefpersoon één punt. Wanneer er wordt gesproken over het plaatsen van de cliënt in een kliniek wordt dit fout gerekend en worden er geen punten toegekend.

3.5.2. Later de voorkeur

3.5.2.1. Dagbehandeling of -opname

Indien de situatie van de cliënt verslechterd, kan een dagbehandeling of –opname worden overwogen. Hiervoor ontvangt de proefpersoon twee punten. Indien de cliënt de dagbehandeling of –opname weigert, is een in bewaring stelling (IBS) een optie. Wanneer dit door de proefpersoon wordt voorgesteld, worden er twee punten toegekend. Ook hier geldt dat het fout wordt gerekend wanneer er wordt gesproken over een klinische opname. De proefpersoon ontvangt hier geen punten voor.

3.5.2.2. Overig

Ten slotte ontvangt de proefpersoon nog één punt voor ‘frequente afspraken’ wanneer er een dagbehandeling, IBS of een klinische opname wordt voorgesteld. Dit omdat deze behandelvormen automatisch impliceren dat het om frequente afspraken gaan.

Appendix B

Format coderingsschema's

Classificatie

as	idea unit	maximale score	score per proefpersoonnr				
			1	2	3	4	5
I	'depressieve stoornis'	5 pnt	#	#	#	#	#
I	'eenmalig'	1 pnt	#	#	#	#	#
I	'ernstig'	1 pnt	#	#	#	#	#
I	'zonder psychotische kenmerken'	3 pnt	#	#	#	#	#
II	'dwangmatige trekken'	6 pnt	#	#	#	#	#
II	'voorlopig'	4 pnt	#	#	#	#	#
III	'arteriosclerose'	10 pnt	#	#	#	#	#
IV	'conflict werk'	4 pnt	#	#	#	#	#
IV	'familiaire belasting'	3 pnt	#	#	#	#	#
IV	'moeder vroeg overleden'	3 pnt	#	#	#	#	#
V	GAF 40	10 bij 40; 5 bij 30-50; overige 0	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer absoluut:		50 pnt	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer relatief(%) :		100%	0%	0%	0%	0%	0%

Structuur classificatie

as	maximale score	score per proefpersoonnr				
		1	2	3	4	5
as I	2 pnt	#	#	#	#	#
as II	2 pnt	#	#	#	#	#
as III	2 pnt	#	#	#	#	#
as IV	2 pnt	#	#	#	#	#
as V	2 pnt	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer absoluut:		10 pnt	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer relatief(%) :		100%	0%	0%	0%	0%

Beschrijvende diagnose

idea unit	maximale score	score per proefpersoonnr				
		1	2	3	4	5
'depressief syndroom'	8 pnt	#	#	#	#	#
'suïcidale trekken'	4 pnt	#	#	#	#	#
'geleidelijk in ernst toegenomen'	2 pnt	#	#	#	#	#
'reactief ontstaan na een werkconflict en vaatlijden in de benen'	7 pnt	#	#	#	#	#
'45-jarige man'	2 pnt	#	#	#	#	#
'blanco psychiatrische voorgeschiedenis'	2 pnt	#	#	#	#	#
'belaste familieanamnese'	2 pnt	#	#	#	#	#
'persoonlijkheid met dwangmatige trekken'	2 pnt	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer absoluut:		29 pnt	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer relatief(%) :		100%	0%	0%	0%	0%

Structuur beleid

categorie	maximale score	score per proefpersoonnr				
		1	2	3	4	5
Nader onderzoek (3)	3 pnt	#	#	#	#	#
Medicatie (3)	3 pnt	#	#	#	#	#
Therapievorm (3)	3 pnt	#	#	#	#	#
Therapiedoel (3)	3 pnt	#	#	#	#	#
Setting (3)	3 pnt	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer absoluut:		15 pnt	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer relatief(%):		100%	0%	0%	0%	0%

Beleid

categorie	subcategorie	maximale score	score per proefpersoonnr				
			1	2	3	4	5
Nader onderzoek (16)	medische situatie	3 pnt	#	#	#	#	#
	biografie	3 pnt	#	#	#	#	#
	persoonlijkheidsonderzoek	4 pnt	#	#	#	#	#
	suïcidale gedachten	6 pnt	#	#	#	#	#
Medicatie (9)	SSRI / NASSA	4 pnt	#	#	#	#	#
	TCA	1 voor later; 2 voor nu	#	#	#	#	#
	combinatie met benzodiazepine	1 pnt	#	#	#	#	#
	antidepressiva algemeen	1 pnt	#	#	#	#	#
	antipsychotica	3 pnt	#	#	#	#	#
Therapievorm (3)	steunende begeleiding	3 pnt	#	#	#	#	#
Therapiedoel (11)	depressieve symptomen	3 pnt	#	#	#	#	#
	suïcidale gedachten	3 pnt	#	#	#	#	#
	controle over gedachten/leven	2 pnt	#	#	#	#	#
	echtgenote betrekken bij behan.	3 pnt	#	#	#	#	#
Setting (10)	ambulant	3 pnt	#	#	#	#	#
	frequente afspraken	3 voor ambu.; 1 voor dagbeh./IBS	#	#	#	#	#
	dagbehandeling	1 voor nu; 2 voor later	#	#	#	#	#
	IBS	2 pnt	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer absoluut:		49 pnt	#	#	#	#	#
Totaal score per proefpersoonnummer relatief(%):		100%	0%	0%	0%	0%	0%