

Gebruik en waardering van het status-mentalisonderzoek in Nederland

M.P. RIETVELD, J.G. LIJMER, H.L. VAN

- ACHTERGROND** Het status-mentalisonderzoek (SMO) wordt dagelijks in de psychiatrische praktijk uitgevoerd. Het is echter onbekend welke onderdelen van het SMO als belangrijk worden gezien en hoe het SMO in Nederland gewaardeerd wordt.
- DOEL** Inzicht krijgen in het belang dat gehecht wordt aan het SMO in Nederland en welke onderdelen in de praktijk worden gebruikt.
- METHODE** In totaal 402 respondenten, 60,4% psychiater en 39,6% artsen in opleiding tot psychiater (aiossen), vulden een online verspreide enquête in naar het belang en gebruik van de 24 items van het SMO. Daarnaast kon de behoefte aan (na)scholing worden aangegeven.
- RESULTATEN** Het SMO werd in de huidige vorm sterk gewaardeerd. In de praktijk werden 14 items van het SMO door ruim meer dan 50% van de respondenten altijd ingevuld, 10 items werden weinig tot nooit ingevuld. De respondenten vonden van de meeste van deze items dat deze enkel op indicatie beoordeeld hoeven te worden. Er was onder de aiossen en de psychiaters een behoefte aan meer (na)scholing in het SMO.
- CONCLUSIE** Het Nederlandse SMO wordt in de praktijk gewaardeerd en als een essentiële competentie van de psychiater gezien. In de praktijk wordt slechts een deel van de 24 items van het SMO frequent gebruikt.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 114-120

TREFWOORDEN diagnostiek, psychiatrisch onderzoek, status-mentalisonderzoek



ARTIKEL



Het beschrijven van psychiatrische symptomen, de descriptieve psychopathologie, wordt in Nederland het psychiatrisch onderzoek genoemd. In 2008 stelde Sno in dit tijdschrift voor om het systematisch vastleggen van objectieve en subjectieve psychiatrische symptomen voortaan aan te duiden met 'onderzoek van de status mentalis' (Sno 2008). In de Nederlandse richtlijn psychiatrische diagnostiek wordt het status-mentalisonderzoek (SMO) genoemd (Hengeveld 2015), waarbij wij ons aansluiten.

In dit artikel geven we een overzicht van de geschiedenis van het SMO, en van de internationale verschillen in toepassing. Voorts gingen wij na hoe het SMO wordt gebruikt en gewaardeerd door Nederlandse psychiaters en aiossen.

Geschiedenis van het SMO

De descriptieve psychopathologie vindt haar oorsprong in

het oude Griekenland. De eerste beschrijvingen van psychiatrische fenomenen komen van Hippocrates (460-370 v.C.) (Berrios 1996). Het bekendste voorbeeld is de term melancholie, waarmee Hippocrates mensen beschreef met somberheid of angst, maar ook een aversie tegen voedsel, moedeloosheid, slapeloosheid, prikkelbaarheid en rusteloosheid (Wakefield & Demazeux 2016).

De moderne descriptieve psychopathologie stamt uit het begin van de 19e eeuw. In deze periode werd simultaan in West-Europa en in Noord-Amerika getracht een gemeenschappelijke taal te vinden voor het beschrijven van psychiatrische fenomenen. De gebruikte termen en omschrijvingen liepen echter per land en zelfs per school binnen de verschillende landen sterk uiteen (Hengeveld & Schudel 2003).

Karl Jaspers beschreef in 1913 als eerste op een alomvattende wijze de descriptieve psychopathologie en wordt

nog steeds gezien als een van de belangrijkste grondleggers hiervan (Jaspers 1913, 1965; Hengeveld 2006). Na hem riep Adolf Meyer in 1917, in de Verenigde Staten, de term 'mental status' in het leven. Daarmee zorgde hij ervoor dat het gestructureerde onderzoek naar de mentale status een vaste plek kreeg binnen de psychiatrische diagnostiek (Tilley & Hoffman 1981).

Het SMO internationaal en in Nederland

In Nederland wordt het SMO verricht aan de hand van de indeling in de trias psychica: cognitieve, affectieve en conatieve functies (Hengeveld & Schudel 2003). Voor het Nederlandse taalgebied is het SMO gestandaardiseerd door Hengeveld en Schudel (2003). Zij stelden een 24 items tellend SMO voor. Deze lijst wordt gehanteerd in verschillende leerboeken en in de NVvP-richtlijn Psychiatrische diagnostiek (Hengeveld 2015).

Internationaal behelst het SMO ook de trias psychica. Er zijn echter wel verschillen in de gebruikte volgorde en de hiërarchie van de onderdelen. Deze kunnen wisselen per instituut en per tekstboek (Oyebode 2015).

Noord-Amerikaanse, Engelse en Franse tekstboeken beginnen, na de eerste indrukken, meestal met de spraak en het formele denken, gevolgd door de inhoud van het denken, de waarneming, de stemming en affect en de cognitieve functies. Uiteindelijk wordt het SMO beëindigd met het beoordelingsvermogen (Fatemi & Clayton 2008; CNUF 2014; Oyebode 2015; Shea 2016). In Nederland wordt het beoordelingsvermogen als een van de subonderdelen van de intellectuele functies gezien.

Het Duitse onderzoek lijkt nog het meest op het Nederlandse SMO, waarbij men start met de cognitieve functies om vervolgens het denken, de waarneming, de stemming en de conatieve functies te beoordelen (Kind 2013).

In Frankrijk en Duitsland maakt seksualiteit onderdeel uit van het SMO. In Nederland en de Amerikaanse en Engelse tekstboeken wordt hier geen aandacht aan besteed (Kind 2013; CNUF 2014). De betrouwbaarheid van het onderzoek wordt zowel in Nederland als in de Verenigde Staten beoordeeld aan het einde van het SMO (Fatemi & Clayton 2008).

Empirisch onderzoek

Wij verrichtten een literatuursearch gebruikmakend van de termen: 'mental status examination' en/of 'mental status evaluation', aangevuld met 'reliability', 'validity' en 'reproducibility of results'. 'Mini' werd als excluderende term gebruikt om onderzoeken betreffende de *Mini-Mental-State Examination* (MMSE) uit te sluiten. Dit vanwege de vele onderzoeken die beschikbaar zijn over de MMSE die buiten de strekking van dit artikel vallen. We zochten binnen PubMed en Ovid (Medline, Embase, PsycINFO), met als

AUTEURS

MICHEL RIETVELD, ten tijde van het onderzoek aios psychiatrie, Arkin; thans: psychiater, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, en assertive community treatment, Arkin GGZ, Amsterdam.

JEROEN LIJMER, psychiater en stageopleider, OLVG-Oost, Amsterdam.

RIEN VAN, opleider psychiatrie, Arkin en directeur behandelzaken NPI, onderdeel van Arkin, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

M.P. Rietveld, Arkin, Secretariaat Opleiding Psychiatrie, Baarsjesweg 224, 5e etage, kamer 5.03, 1058 AA Amsterdam.
E-mail: opleiding.psychiatrie@arkin.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-7-2019

beperking enkel artikelen in het Engels of Nederlands.

In totaal werden 546 artikelen beoordeeld op titel en/of abstract. Dit leverde 3 relevante artikelen op naar het gebruik van het SMO in de praktijk.

In een Canadees onderzoek beoordeelden 26 aiossen in het kader van een jaarlijks voortgangsexamen een video van een interview met een patiënt met een psychotische stoornis op 21 items. Het ingevulde SMO werd daarna door twee onafhankelijke beoordelaars beoordeeld op compleetheid en kwaliteit. Tussen deze beoordelaars werd een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gevonden voor het beoordelen van het wel of niet invullen van de verschillende SMO-items (kappa per item variërend van 0,88-1,0, gemiddeld 0,98). Daarop werd geconcludeerd dat toetsing van het SMO van aiossen op compleetheid door verschillende beoordelaars, betrouwbaar is (Ross & Leichner 1988). Uit twee enquêtes, in Canada onder aiossen en in de Verenigde Staten onder zowel aiossen als psychiaters, bleek dat het SMO als een noodzakelijk onderdeel van de psychiatrische beoordeling wordt gezien, met eenzelfde belang als het lichamelijk onderzoek. In beide onderzoeken waren alle groepen van mening dat er meer aandacht besteed zou moeten worden aan scholing in het gebruik van het SMO in de praktijk (Ross & Leichner 1984; Rodenhauser & Fornal 1991).

Empirisch onderzoek naar het SMO blijkt dus zeer schaars te zijn. Het format van het SMO berust vooral op historisch gegroeide conventies, traditie en klinische ervaring van deskundigen (Sno 2008; APA 2016). In een wat verder verle-

den zijn er wel studies verricht naar een gestandaardiseerd SMO middels een semigestructureerd interview (o.a. Rosenzweig e.a. 1961; Spitzer e.a. 1964; Sletten e.a. 1970; Silbermann 1970; Wing e.a. 1974; AMDP 1979; Keller & Manschrek 1981). Al deze interviews bleken een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te behalen. De praktische toepasbaarheid was echter gering omdat het zeer uitgebreide vragen- en/of observatielijsten betrof, vaak bestaande uit vele tientallen of honderden items. Ook betrof de gevonden interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vaak de uiteindelijk gediagnosticeerde stoornis of een overeenstemming over anamnestiche vragen en niet de beoordeelde losse items van het SMO. Bij ons is geen Nederlands onderzoek bekend naar de waarde, de waardering, het gebruik van of scholing in het SMO.

Eigen onderzoek

De vraagstelling voor ons onderzoek is: welke onderdelen van het SMO uit de Nederlandse richtlijn Psychiatrisch onderzoek vindt men in de dagelijkse praktijk belangrijk en welke onderdelen gebruikt men? Voorts gingen we na of er voldoende aandacht is voor het SMO in de opleiding tot psychiater en bij nascholing en of er verschillen waren tussen aiossen en psychiaters en naar werkervaring.

METHODE

Werkwijze

In december 2016 werd via e-mail een link naar de online enquête over het SMO verspreid naar alle erkende opleiders in Nederland en hun werd gevraagd de enquête te verspreiden onder de in hun instituut werkzame psychiaters en aiossen. In januari 2017 werd een herinneringsmail verstuurd. De enquête werd tevens verstuurd naar de Vereniging van Vrijgevestigd Psychiaters Amsterdam en Omstreken en er werd een bericht met link naar de vragenlijst geplaatst op het ledennet van de NVvP. De vragenlijst werd in februari 2017 gesloten.

Enquête

De enquête bestond uit de 24 items van het SMO (Hengeveld & Schudel 2003). Respondenten vulden op een 5-puntslikertschaal (altijd, vaak, regelmatig, soms en nooit) hoe vaak deze items in de praktijk gebruikt werden. Daarnaast gaven zij aan welke items voor een compleet SMO altijd, op indicatie of nooit ingevuld werden.

We stelden aanvullende vragen over het belang van het SMO en de aandacht voor het SMO binnen de opleiding tot psychiater op basis van het gemelde onderzoek van Ross en Leichner (1984), aangevuld met de vraag of er voldoende nascholingsmogelijkheden zijn voor het SMO en de vraag of men het huidige SMO als bruikbaar ziet. De vragen konden

beantwoord worden aan de hand van 5-puntslikertschalen lopend van oneens naar eens, of onvoldoende naar voldoende, afhankelijk van de gestelde vraag.

Analyse

We verwerkten de verzamelde gegevens met SPSS (IBM, versie 22.0). De 24 items van het SMO werden aflopend gesorteerd op de frequentie dat op de 5-puntslikertschaal de categorie 'altijd' werd aangegeven. Als in totaal meer dan 50% van de respondenten de categorieën altijd of vaak had gescoord, beschouwden we dit als een grote mate van overeenstemming over de importantie van dit item. Omdat over 14 items een grote mate van overeenstemming bleek te zijn, onderzochten we voor de overgebleven items, waar dus weinig overeenstemming over leek te zijn, in subgroepanalyses. Daarbij keken we of er verschillen waren tussen aiossen/psychiaters, wel/geen onderwijs gehad hadden in het SMO en minder of meer dan 15 jaar werkervaring hadden. De verschillen werden getoetst met de non-parametrische mann-whitney-U-test. Aangezien over 10 items tegelijkertijd werd getest, pasten we een bonferronicorrectie toe en stelden het significantieniveau op $p = 0,005$.

RESULTATEN

Respons

In totaal werden er 408 vragenlijsten ingevuld. Zes daarvan waren van aiossen en werden geëxcludeerd. Van het totaal van 402 was 159 (39,6%) aios en 243 (60,4%) psychiater, 258 (64,2%) van de respondenten was vrouw en 144 (35,8%) man. Het gemiddeld aantal jaar werkervaring binnen de psychiatrie was 12,3 (SD 10,1).

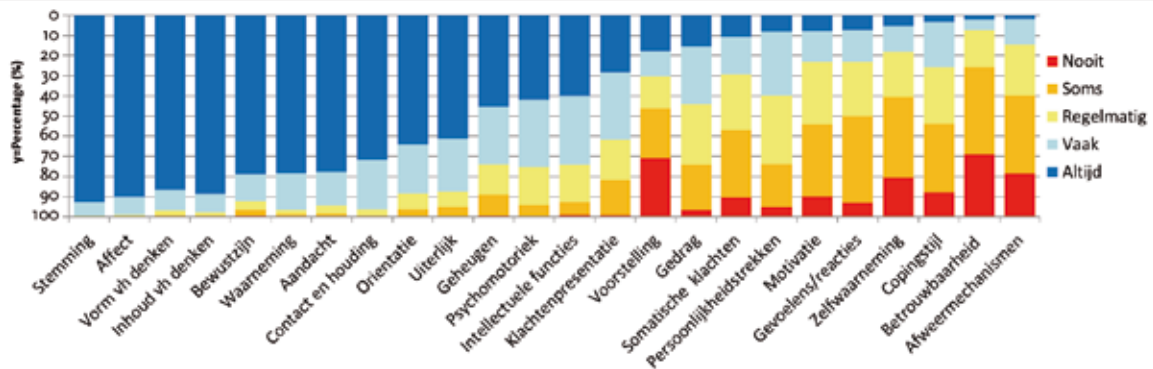
Items van het SMO

Meer dan 50% van de respondenten beoordeelde altijd de items stemming, affect, inhoud van het denken, vorm van het denken, bewustzijn, waarneming, aandacht, contact en houding, oriëntatie en uiterlijk (FIGUUR 1). De vier items geheugen, psychomotoriek, intellectuele functies en klachtenpresentatie werden door meer dan 50% vaak ingevuld.

Tien items werden door minder dan 50% van de respondenten vaak of regelmatig ingevuld: voorstelling, gedrag, somatische klachten en verschijnselen, persoonlijkheidstrekken, motivatie, reactie en gevoelens van onderzoeker, zelfwaarneming, copingstijl, betrouwbaarheid van het onderzoek en afweermechanismen.

De verdeling van de items die de respondenten zeiden 'altijd', 'op indicatie' of 'nooit' in te vullen, is te zien in FIGUUR 2. Hier was een vergelijkbaar patroon waar te nemen als bij de eerste vraag. Van 9 van de eerder gevonden

FIGUUR 1 Gebruik van items status-mentalisonderzoek bij een reguliere beoordeling (n = 402)



ro belangrijkste items vond meer dan 75% de respondenten dat deze altijd beoordeeld zouden moeten worden. Het item 'uiterlijk' werd door 65,7% altijd beoordeeld. Ook voor de 4 items geheugen, psychomotoriek, intellectuele functies en klachtenpresentatie gaf meer dan 50% van de respondenten aan deze altijd in te vullen. Bij de overige items gaf het merendeel aan het enkel op indicatie in te vullen.

Verschillen tussen psychiaters en aiossen

De psychiaters gaven significant vaker ($p < 0,005$) dan aiossen aan de items gedrag, somatische klachten en verschijnselen, persoonlijkheidstrekken, motivatie, copingstijl, betrouwbaarheid van het onderzoek en afweermechanismen te beoordelen. Er waren geen verschillen tussen respondenten die aangaven wel of geen onderwijs gehad te hebben in het SMO. Binnen de groep psychiaters werd geen verschil gevonden tussen de groep met minder of meer dan 15 jaar werkervaring.

Aanvullende open vragen

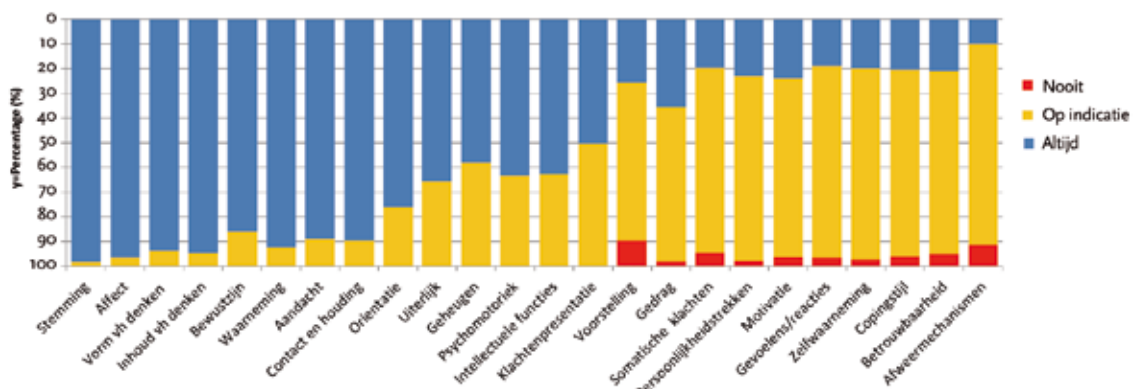
260 respondenten (64,7%) vulden tevens een open reactie in op de vraag waarom zij het SMO bruikbaar of minder

bruikbaar achtten, welke we hier gerubriceerd weergeven. Ze waren veelal positief over de structuur ($n = 78$), de toegevoegde waarde voor de diagnostiek ($n = 66$) en de uniformiteit ($n = 37$). Negatieve reacties werden minder vaak gegeven, het betrof vooral het gebrek aan objectiviteit van het SMO ($n = 34$), de hoeveelheid items ($n = 21$) en het gebrek aan uniformiteit ($n = 16$).

Opleiding, nascholing en toetsing

TABEL 1 geeft de reactie op de stellingen weer. Het SMO werd als onmisbaar gezien en in de huidige vorm als goed bruikbaar in de praktijk. De vraag 'Vindt u dat er voldoende aandacht is voor het status-mentalisonderzoek in de opleiding tot psychiater?' werd beantwoord met een gemiddelde van 3,3 ($n = 400$; SD 1,1). Psychiaters scoorden hier gemiddeld 3,5 terwijl aiossen minder positief waren met een gemiddelde score van 3,0. Van de aiossen scoorde 32,9% ($n = 52$) 'onvoldoende' of 'enigszins onvoldoende'. Binnen deze groep bleek echter 40,4% (nog) geen onderwijs in het SMO gehad te hebben tegen 13,5% in de groep die vond dat er wel voldoende aandacht voor het SMO was. De vraag 'Vindt u dat er voldoende aandacht is voor nascholing in het status-mentalisonderzoek voor psychia-

FIGUUR 2 Verdeling gebruik items SMO (altijd, alleen op indicatie, nooit; n = 402)



TABEL 1 Reactie op stellingen (likertschaal, score van 1-5)

Vraag/stelling	n	Aiossen (SD)	Psychiaters (SD)
Het status-mentalisonderzoek is onmisbaar in het psychiatrisch diagnostisch proces	402	4,6 (1,0)	4,8 (0,6)
Het status-mentalisonderzoek is in de huidige vorm goed bruikbaar in de praktijk	402	4,0 (0,9)*	4,3 (0,8)*
Vindt u dat er voldoende aandacht is voor het status-mentalisonderzoek in de opleiding tot psychiater	400	3,1 (1,1)*	3,5 (1,1)*
Vindt u dat er voldoende aandacht is voor nascholing in het status-mentalisonderzoek voor psychiaters	275	2,5 (0,8)	2,6 (1,0)

SD = standaarddeviatie

* $p \leq 0,01$

ters?' werd beantwoord met een laag gemiddelde van 2,6 ($n = 400$; SD 1,0). In totaal gaf 86,8% van de aiossen en psychiaters aan onderwijs te hebben gehad in het SMO.

DISCUSSIE

Hoewel het SMO tot een van de belangrijkste dagelijkse bezigheden van de psychiater behoort, is er wereldwijd nauwelijks empirisch onderzoek naar verricht. Dat geldt eveneens voor het SMO uit de Nederlandse richtlijnen. De huidige studie laat zien dat de meeste psychiaters en aiossen, van de 24 items uit deze richtlijnen, 14 items altijd of vaak beoordelen; 10 items worden weinig beoordeeld, maar veelal wel op indicatie. Dit wijst erop dat er in de praktijk sprake is van een basis-SMO dat zo nodig wordt aangevuld.

Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de redenen van de aiossen en psychiaters om slechts een deel van het SMO te beoordelen. Mogelijk dat een gebrek aan scholing, irrelevantie van items voor een specifiek werkveld of gewoonte een rol spelen. Het viel op dat een deel van de weinig beoordeelde items, zoals persoonlijkheidstrekken, en betrouwbaarheid van het SMO, wel vaker beoordeeld werd door de psychiaters dan aiossen. Wellicht speelt ervaring of aandacht voor deze items tijdens de opleiding hierbij een rol.

Onderdelen of compleet gebruik

Sinds de start van de descriptieve psychopathologie in de 19de eeuw is er discussie geweest over de vraag welke onderdelen deel uit zouden moeten maken van de psychiatrische beoordeling (Berrios 1996). Dit heeft geleid tot meerdere en soms zeer uitgebreide lijsten van te beoordelen items die in de praktijk niet goed bruikbaar zijn gezien hun omvang en toepasbaarheid. Het is praktisch om bepaalde onderdelen weg te laten, want niet bij iedere beoordeling zal het mogelijk zijn om bijvoorbeeld van een item als copingvaardigheden een inschatting te maken.

Het weglaten van onderdelen kan echter ook tot onduidelijkheid of praktijkvariatie leiden. In de richtlijn wordt namelijk ook gemeld dat items die niet genoteerd zijn in het dossier, als niet beoordeeld worden beschouwd (Hengeveld 2015).

Waardering

Het SMO wordt in zijn huidige vorm sterk gewaardeerd en als een essentieel onderdeel gezien van de competentie van een psychiater. Dat is in lijn met de twee al wat oudere studies uit Canada en de Verenigde Staten (Ross & Leichner 1984; Rodenhauser & Fornal 1991). Uit deze onderzoeken bleek tevens dat zowel psychiaters als aiossen vonden dat er in de opleiding meer aandacht besteed moet worden aan het SMO. In Nederland vonden de aiossen dat ook en gaven de psychiaters aan vooral behoefte te hebben aan nascholing over het SMO.

Onderwijs

Hoe kan het SMO effectief onderwezen worden? Een voorbeeld geeft een studie uit Engeland van Kareem en Ashby (2000). Zij gingen na hoe compleet een 11-items tellend SMO ingevuld werd door aiossen. Voor de scholing hadden aiossen 69% van de items in hun dossiers benoemd. Na het geven van alleen onderwijs daalde dit aanvankelijk naar 58%. Nadat er vervolgens extra supervisie werd gegeven én er een standaard-SMO-formulier met alle onderdelen werd gebruikt, steeg dit percentage naar 83%.

Uit andere onderzoeken is eveneens gebleken dat het invoeren van een standaardformulier voor artsen in opleiding de volledigheid en de kwaliteit van het SMO, als beoordeeld door supervisors, kan vergroten (Dinniss e.a. 2006; Lobo e.a. 2015). We zien dit als een aanwijzing dat meer gestructureerde aandacht in de opleiding voor het SMO nuttig is. Teneinde dit te borgen zouden we willen aanraden het SMO te beschouwen als een kritische beroepsactiviteit voor de psychiater en hiervoor een *entrustable*

professional activity (EPA) te formuleren in het herziene opleidingsplan.

Beperkingen

Een beperking van dit onderzoek is dat door de wijze van verspreiding van de enquête het niet mogelijk is om een responspercentage te berekenen. Op basis van landelijke cijfers van de KNMG (peildatum 17 februari 2017) heeft 21,5% van de aiossen psychiatrie en 6,7% van de psychiaters van Nederland deelgenomen. Bij het inschatten van de representativiteit van de respondenten is van belang dat wij verwachten dat de enquête vooral door psychiaters die werkzaam zijn bij opleidingsinstellingen ingevuld is.

De gebruikte vragenlijst is deels op eerdere studies gebaseerd, maar niet psychometrisch getest. Daarbij betreft het een zelfinvulvragenlijst waarbij niet is nagegaan, bijvoorbeeld middels dossieronderzoek, wat het werkelijke gebruik van het SMO in de praktijk is.


CONCLUSIE

Onderzoek naar de waarde van het SMO en het gebruik ervan is wereldwijd zeer schaars.

Uit deze eerste Nederlandse studie naar het SMO blijkt dat psychiaters en aiossen het als een belangrijk onderdeel van hun werk zien en dat zij de huidige vorm sterk waarderen. In de praktijk blijkt er een basis-SMO te zijn bestaande uit 14 vrijwel altijd beoordeelde items, die op indicatie worden aangevuld. Naar ons idee zou het nuttig zijn hierover consensus te ontwikkelen.

Opvallend is dat er behoefte lijkt te zijn aan meer nascholing op het gebied van het SMO. In de literatuur vonden we enkele aanwijzingen hoe dat effectief zou kunnen. Als vervolg zou naar ons idee de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen psychiaters in kaart gebracht moeten worden om na te gaan of er sprake is van een te grote variatie in toepassing in de dagelijkse praktijk.

Wij hopen met dit artikel een bijdrage te leveren aan het onderbouwen van het gebruik van het SMO en dat het een stimulans is er meer aandacht voor te hebben in opleiding, nascholing en onderzoek.

 A. Vergeer, bibliothecaresse Arkin, verleende ondersteuning bij het literatuuronderzoek en prof. dr. M.W. Hengeveld gaf commentaar in een eerdere fase van de studie.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults (3e ed.). Arlington: American Psychiatric Pub; 2016.
- AMDP. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. (3de ed.). Berlijn: Springer; 1979.
- Berrios GE. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- CNUP, AESP, CUNEA. Référentiel de psychiatrie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2014.
- Dinniss S, Dawe J, Cooper M. Psychiatric admission booking: audit of the impact of a standardised admission form. *Psychiatric Bull* 2006; 30: 334-6.
- Fatemi SH, Clayton PJ. The medical basis of psychiatry. (3e ed.). Totowa: Humana Press; 2008.
- Hengeveld MW. De psychopathologie van Karl Jaspers: toen en nu. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 835-42.
- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatisch onderzoek (3de, geh. herz. ed.). Utrecht: De Tijdstroom; 2003.
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie (8ste druk). Berlijn: Springer; 1965/1913.
- Kareem OS, Ashby C. Mental state examinations by psychiatric trainees in a community NHS trust. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 109-10.
- Keller MB, Manschreck TC. The Bedside Mental Status Examination – Reliability and Validity. *Compr Psychiatry* 1981; 22: 500-11.
- Kind H. Psychiatrische Untersuchung: ein Leitfaden für Studierende und Ärzte in Praxis und Klinik. 6 auflagen. Berlijn: Springer; 2013.
- Lobo SEM, Rucker J, Kerr M, Gallo F, Constable G, Hotopf M, e.a. A comparison of mental state examination documentation by junior clinicians in electronic health records before and after the introduction of a semi-structured assessment template (OPCRIT+). *Int J Med Inform* 2015; 85: 675-82.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. <http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrische-diagnostiek-2015>.
- Oyebode F. Sims' symptoms of the mind. Textbook of descriptive psychopathology. (5de ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015.
- Rodenhauer P, Fornal RE. How important is the mental status examination? *Psychiatr Hosp* 1996; 22: 21-4.
- Ross CA, Leichner P. Residents training in the mental status examination. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 315-8.
- Ross CA, Leichner P. Residents performance on the mental status examination. *Can J Psychiatry* 1988; 33: 108-11.
- Shea SC. Psychiatric Interviewing. The art of understanding. (3de ed.). Edinburgh: Elsevier; 2016.
- Silbermann RM. CHAM, een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation; 1970.

- Sletten IW, Ernhart CB, Ulett GA. The Missouri Automated Mental Status Examination: development, use and reliability. *Compr Psychiatry* 1970; 11: 315-27.
- Sno HN. Het psychiatrisch onderzoek tegen de achtergrond van evidence-based medicine. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 353-8.
- Spitzer RL, Fleiss JL, Burdock EI, Hardisty AS. The Mental Status Schedule: rationale, reliability and validity. *Compr Psychiatry* 1964; 5: 384-95.
- Tilley DH, Hoffman JA. Mental Status Examination: myth or method. *Compr Psychiatry* 1981; 22: 562-4.
- Wakefield JC, Demazeux S. Sadness or depression? *International Perspectives on the Depression Epidemic and its Meaning* (Vol. 15). Dordrecht: Springer; 2016.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Present State Examination. Measurement and classification of psychiatric symptoms; an instruction manual for the PSE and Catego Program. Londen: Cambridge University Press; 1974.

SUMMARY

The use and appreciation of the mental status examination in the Netherlands

M.P. RIETVELD, J.G. LIJMER, H.L. VAN

- BACKGROUND** The mental status examination (MSE) is part of everyday psychiatric practice. However, it is unknown which items of the MSE are considered important and how the MSE is appreciated in the Netherlands.
- AIM** To gain insight in the importance of the MSE, and to investigate which items are used in everyday practice.
- METHOD** Dutch psychiatrists and residents filled in a questionnaire, using a 5-point Likert scale, where they rated frequency of use and importance of 24 different items of the Dutch MSE. They also reported which items, in their opinion, should be rated 'always', 'on indication only' or 'never'. Finally, the respondents were asked about their need of education and training in the MSE. The data were collected through an online questionnaire, which was distributed through email and the website of the Dutch psychiatric association.
- RESULTS** A total of 402 respondents filled in the questionnaire, of which 60.4% were psychiatrists and 39.6% were residents. The MSE was seen as an essential part of the everyday psychiatric practice. The current format was appreciated strongly. In current practice, 10 items of the MSE were 'always' rated by more than 50% of the respondents. Ten items were rated very rarely, if ever. Respondents thought these items should only be rated on specific indication. There was a need for extra training in the MSE amongst residents and psychiatrists.
- CONCLUSION** The Dutch MSE, consisting of 24 items, is strongly appreciated by psychiatrists and residents as an essential part of the psychiatric diagnostic process. In the everyday practice only a part of the items are used frequently.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)2, 114-120

KEY WORDS diagnostics, mental status examination, psychiatric evaluation