

# Diagnostiek met MINI-plus in de acute psychiatrie

E.M.A. BOHNEN, R.F.P. DE WINTER, E. HOENCAMP

**ACHTERGROND** Kennis over diagnostische procedures in de acute gesloten psychiatrie is beperkt.

**DOEL** De toepasbaarheid van een gestructureerd diagnostisch instrument in deze setting onderzoeken en vergelijken met het klinisch oordeel.

**METHODE** Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview-plus afnemen.

**RESULTATEN** De overeenkomst tussen de MINI-plus-diagnose en de klinische werkdiagnose bleek laag en comorbiditeit werd ondergerapporteerd.

**CONCLUSIE** Er is behoefte aan een gestructureerd diagnostisch instrument en er moet aandacht zijn voor klinische diagnostiek in de acute psychiatrie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)4, 239-244]

**TREFWOORDEN** acute psychiatrie, diagnostiek, MINI-plus

Op acute opnameafdelingen wordt een diversiteit aan patiënten opgenomen met en zonder psychiatrische voorgeschiedenis. De laatste jaren lijkt er sprake te zijn van een toenemende opnamedruk en lijken de opnames korter te worden (Alwan e.a. 2009; Mulder e.a. 2006; Salize & Dressing 2004). Hoofddoelen van opnameafdelingen zijn inschatten van de ernst van het psychiatrisch beeld (bijvoorbeeld suïcidaliteit en agressie), interveniëren, hanteerbaar maken van een crisis en doorverwijzen. Psychiatrische diagnostiek en het adequaat in kaart brengen van het beloop van de ziekte komen hierdoor wel eens onder druk te staan, omdat behandel- en beleidsbeslissingen vaak snel genomen moeten worden. Praktisch belang ligt voor klinici primair bij het bepalen van de ernst van de problematiek en het (zo snel mogelijk) doorverwijzen van de patiënt (Mulder e.a. 2005). Eerder bleek dat er bij patiënten tijdens hun eerste opname op een psychiatrische afdeling vaak geen adequate diagnostische procedures hebben plaats-

gevonden (Ballerini e.a. 2007). Wanneer de DSM-IV wél wordt gebruikt bij het stellen van de diagnose aanvullend op het klinisch oordeel, hangt de interpretatie van criteria vaak af van de ervaring van klinici (Leclubier e.a. 1997).

Onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van diagnostische meetinstrumenten bij aanmelding in de psychiatrie zeker voordelen heeft en als aanvulling kan dienen op de 'klinische blik' (Meyer e.a. 2001; Van Vliet & De Beurs 2007). Het brengt tevens de comorbiditeit in kaart. Verder is het voor de presentatie van wetenschappelijk onderzoek essentieel dat er gebruik wordt gemaakt van een valide diagnostisch instrument.

Wij onderzochten of naast het klinische oordeel, dat in de huidige praktijk tot een diagnose leidt, een gestructureerd diagnostisch interview (Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview plus - MINI-plus) te gebruiken is op een gesloten acute opnameafdeling. Gebrek aan kennis betreffende diagnostische instrumenten en

procedures binnen de acute psychiatrie maakt een exploratief onderzoek relevant. Andere studies hebben vaak diverse exclusiecriteria, waardoor er geen inzicht is in de mogelijkheden van het gebruik voor iedere opgenomen patiënt. Onze pilotstudie dient als een eerste aanzet om de onderzoeksmogelijkheden van diagnostische procedures binnen deze klinische setting te exploreren. De onderzoeksvraag van deze studie luidde: 'Is de MINI-plus als gestructureerd interview toepasbaar binnen een gesloten acute opnameafdeling en wat is de overeenkomst tussen de uitkomst van de MINI-plus-diagnose en de klinische diagnose?'

## METHODE

**Afdeling en populatie** In deze studie participeerden 115 patiënten, 61 mannen en 54 vrouwen, die opgenomen werden binnen het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP). Hun gemiddelde leeftijd was 40,1 jaar (SD: 11,6). Er waren geen exclusiecriteria.

**Instrument** De MINI-plus is een gestructureerd interview waarmee men de 23 meest voorkomende DSM-IV-as I-stoornissen uitvraagt (Lecrubier e.a. 1997; Sheehan e.a. 1998; Van Vliet & De Beurs 2007). De MINI-plus is geschikt voor onderzoeksdoeleinden (Lecrubier e.a. 1997; Sheehan e.a. 1998), houdt rekening met stoornissen in het verleden en men kan er patiënten met een psychotische of een manische stoornis mee classificeren (Mordal e.a. 2009). Onderzoekresulta-

ten over de MINI(-plus) (De Azevedo Marques & Zuardi 2008; Pinninti e.a. 2003) zijn grotendeels positief wat betreft de bereidheid van patiënten om eraan deel te nemen, de betrouwbaarheid en de validiteit, zelfs binnen de acute psychiatrie (Mordal e.a. 2009) en in een justitiële inrichting (Black e.a. 2004).

**Procedure** Interviews werden afgenomen door specifiek getrainde psychologen. De duur van de interviews werd beschreven. MINI-plus-diagnoses werden vervolgens vergeleken met de klinische (werk)diagnose gesteld door de behandelend psychiaters ten tijde van de opname. Wanneer een patiënt weigerde zijn of haar medewerking te verlenen aan het onderzoek, werd deze niet nogmaals benaderd.

**Statistische analyses** Students t-toets en  $\chi^2$ -toetsen werden gebruikt voor de analyses. Kappa werd gebruikt als overeenstemmingsmaat tussen de MINI-plus en het klinisch oordeel (SPSS 17).

## RESULTATEN

Bij 55 (47,8%) van de 115 benaderde patiënten kon een MINI-plus worden afgenomen. De interviwduur was gemiddeld 74,3 min (SD: 30,5). Gemiddeld werd de MINI-plus binnen 9,3 dagen (SD: 12,01) na opname afgenomen. Tabel 1 geeft een aantal variabelen weer waarop geïnterviewde en niet-geïnterviewde patiënten significant verschilden.

TABEL 1 Kenmerken van patiënten opgenomen op een gesloten acute opnameafdeling				
Kenmerken	Totaal (n = 115)	Geïnterviewd met MINI-plus (n = 55)	Niet geïnterviewd (n = 60)	p
Aantal werklozen (%)* **	87 (79,1)	38 (69,1)	49 (81,7)	0,027***
Aantal patiënten met matige/slechte beheersing Nederlandse taal (%)*	23 (20,0)	5 (9,1)	18 (30,0)	0,005***
Gem. opnameduur in dagen (SD)*	22,1 (23,5)	29,2 (26,4)	15,5 (18,4)	0,002****
Aantal onvrijwillige opnamen (%)*	53 (46,1)	18 (32,7)	35 (58,3)	0,006***

\*Significant verband tussen MINI-plusafname en variabele ( $p < 0,05$ ).  
 \*\*Bij 5 patiënten was er geen informatie bekend over beroepsstatus (gegevens niet in analyses betrokken); gegeven percentage werd berekend over 110 patiënten.  
 \*\*\* $\chi^2$ -toets.  
 \*\*\*\*Students t-toets.

TABEL 2		Frequentieverdeling primaire klinische diagnoses en primaire MINI-plus-diagnose en overeenkomst		
Huidige psychiatrische stoornis	Primaire diagnose (n = 55)		Overeenkomst (kappa)	Overeenstemming; %
	MINI-plus; n (%)	Klinisch oordeel; n (%)		
Psychotische stoornis*	15 (27,3)	20 (36,4)	0,38	72,7
Stemmingsstoornis**	29 (52,7)	23 (41,8)	0,42	70,1
Angststoornis***	2 (3,6)	2 (3,6)	-0,04	96,2
Middelenaafhankelijkheid/-misbruik	3 (5,5)	2 (3,6)	-0,04	94,3
Geen klinische diagnose, geen MINI-plus-diagnose of andere**** diagnose	6 (10,9)	8 (14,5)	0,02	78,2

\*Schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, kortdurende psychotische stoornis (middelen geïnduceerd) of psychotische stoornis NAO.  
 \*\*Depressieve episode, dysthymie of bipolaire stoornis met en zonder psychotische/melancholische kenmerken.  
 \*\*\*Paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, obsessieve-compulsieve stoornis en/of posttraumatische stressstoornis.  
 \*\*\*\*Een door de psychiater gestelde diagnose die niet in de MINI-plus wordt uitgevraagd.

Wat betreft het niet kunnen afnemen van de MINI-plus, werd er een significant verband gevonden tussen werkloosheid ( $\chi^2 (1) = 4,878; p = 0,027$ ), slechte beheersing van de Nederlandse taal ( $\chi^2 (1) = 7,841; p = 0,005$ ), (korte) opnameduur ( $t (113) = 3,24; p = 0,002$  en onvrijwillige opname ( $\chi^2 (1) = 7,572; p = 0,006$ ).

Bij 60 patiënten kon de MINI-plus niet worden afgenomen door het toestandsbeeld (25,0%), taalbarrières (18,3%) of het weigeren mee te werken (16,7%). Bij 40,0% van de patiënten kon de MINI-plus niet worden afgenomen door 'logistieke problemen': 18 (3,0%) van hen werden snel (na gemiddeld 2,5 dagen) overgeplaatst of ontslagen en 6 (10,0%) patiënten konden niet worden benaderd doordat er onvoldoende interviewers beschikbaar waren. (Deze 6 patiënten waren gemiddeld 6,5 dagen opgenomen, maar konden niet op tijd geïnterviewd worden voordat zij ontslagen werden).

Andere kenmerken, zoals geslacht, etniciteit,

opleiding, dakloosheid, middelengebruik, suïcidaliteit en psychotische symptomen, hadden geen significante invloeden op het wel of niet af kunnen nemen van de MINI-plus.

Naast de MINI-plus-diagnoses werden tevens de klinische diagnoses geïnventariseerd (tabel 2 en 3). Gemiddeld werden bij patiënten 2,3 diagnoses gesteld op basis van de MINI-plus en 1,5 diagnoses op basis van het klinisch oordeel. Met de MINI-plus werd vaker een angst- of stemmingsstoornis vastgesteld (als comorbide stoornis) dan de door de psychiater op basis van zijn of haar klinisch oordeel.

Tabel 2 en 3 geven tevens de kappawaarden en de overeenstemmingspercentages weer van de overeenkomst tussen de diagnose gebaseerd op de MINI-plus en die gebaseerd op het klinisch oordeel. De overeenkomst was over het algemeen matig. De MINI-plus en het klinisch oordeel stemden vooral overeen in de classificatie van primaire

TABEL 3		Frequentieverdeling primaire/comorbide klinische diagnoses en primaire/comorbide MINI-plus-diagnose en overeenkomst		
Huidige psychiatrische stoornis	Primaire en/of comorbide diagnose (n = 55)		Overeenkomst (kappa)	Overeenstemming; %
	MINI-plus; n (%)	Klinisch oordeel; n (%)		
Psychotische stoornis*	25 (45,5)	28 (50,9)	0,24	62,0
Stemmingsstoornis**	34 (61,8)	23 (41,8)	0,31	63,3
Angststoornis***	23 (41,8)	7 (12,7)	0,29	69,1
Middelenaafhankelijkheid/-misbruik	17 (30,9)	14 (25,5)	0,60	83,6
Geen klinische diagnose, geen MINI-plus-diagnose of andere**** diagnose	6 (10,9)	8 (14,5)	0,02	78,2

Legenda: zie tabel 2.

stemmingsstoornissen en comorbide middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Bij primair een angststoornis en middelenmisbruik of -afhankelijkheid werd geen enkele overeenkomst gevonden tussen de MINI-plus-diagnose en het klinisch oordeel.

## DISCUSSIE

Ondanks de beperkingen bleek dat de MINI-plus bij de helft van de benaderde patiënten goed af te nemen was. Een van de beperkingen van dit onderzoek is de lage respons. Er is echter geen gebruikgemaakt van exclusiecriteria, waardoor er een grotere 'uitval' van patiënten is in vergelijking met andere studies. Het was van belang geen exclusiecriteria te gebruiken omdat wij zochten naar een geschikt instrument voor een groot deel van de patiënten binnen de acute gesloten psychiatrie. Slechte beheersing van de Nederlandse taal, (korte) opnameduur en onvrijwillige opname bemoeilijkten succesvolle afname van de MINI-plus. Opvallend resultaat is dat werkloosheid tevens zorgt voor een geringere haalbaarheid van een succesvolle MINI-plus. Hiervoor is vooralsnog geen duidelijke verklaring. Waarschijnlijk is werkloosheid een 'confounder' en een niet-specifiek onderdeel van de algehele zwakkere sociale status van de patiënt.

Wij vonden een matige overeenkomst tussen het klinisch oordeel en het oordeel van de MINI-plus. Er zijn wel hoge overeenstemmingspercentages gevonden, maar dit komt omdat vaak zowel volgens de MINI-plus als volgens het klinisch oordeel een stoornis afwezig was.

De klinische psychiatrische diagnose onderschat de aanwezigheid van (comorbide) angststoornissen. De overeenkomst tussen de comorbide diagnoses betreffende middelenmisbruik of -afhankelijkheid is gemiddeld en door de psychiater wordt minder vaak comorbiditeit geconstateerd. De hectiek van een opname kan daar de oorzaak van zijn, maar bij meer aandacht voor diagnostiek blijken er meerdere symptomen aanwezig te zijn. De klinische werkdiagnose richt zich

vooral op grove symptomen en gedragsproblemen en wordt gesteld op basis van informatie uit diverse bronnen, zoals verwijzer, familie, huisarts of politie; die kunnen gebiast zijn. De MINI-plus stelt een diagnose op basis van informatie verkregen van enkel de patiënt en benadrukt zijn of haar beleving.

Dat deze overeenkomst over het algemeen laag is, geeft het signaal dat er mogelijk onvoldoende betrouwbare diagnostiek wordt bedreven binnen de acute psychiatrie. Het onderzochte instrument is misschien niet geschikt (fout-positief) voor deze groep patiënten en er kan sprake zijn van overdiagnostiek door het gebruik van een gestandaardiseerde lijst zoals de MINI-plus. Het klinisch oordeel is mogelijk onbetrouwbaar of te selectief gericht op de 'grote beelden'. Het is echter zinvol om diagnostische procedures onder de loep te nemen en zorgvuldig afwegingen te maken (al dan niet met behulp van een betrouwbaar instrument) om meer kennis en inzicht in deze setting te krijgen. Een diagnose bepaalt namelijk deels de vervolgbehandeling. De MINI-plus kan de aanwezigheid van symptomen van angst, zoals gerapporteerd door de patiënt, fout-positief als een angststoornis beoordelen. De clinicus noemt deze comorbiditeit echter helemaal niet, terwijl hier wel sprake van kan zijn. Comorbide stoornissen kunnen een nadelig effect hebben op het beloop van de behandeling. Herkenning ervan is dus van belang.

Het is niet duidelijk of gestandaardiseerde diagnostiek (MINI-plus) zal leiden tot een effectievere behandeling. Wanneer een geschikt instrument geïmplementeerd is binnen een acute opnameafdeling, is een dergelijk onderzoek van grote waarde.

Onze onderzoeksresultaten vormen een leidraad in de zoektocht naar een geschikter, praktisch, diagnostisch instrument binnen de acute psychiatrie. Het is en blijft van belang om een op patiënten gebaseerd interview te gebruiken – of te ontwikkelen (vooralsnog passend bij een DSM-IV-classificatie). Dit is nodig als aanvulling op de huidige schaarse diagnostische procedures in de klini-

sche praktijk van een gesloten acute opnameafdeling. Verdere ontwikkeling van diagnostische procedures en eventueel verkorting van de MINI-plus in de klinische praktijk blijven dan ook reële opties.

## LITERATUUR

- Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 23: CD000384.
- Azevedo Marques JM de, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 303-10.
- Ballerini A, Boccalon RM, Boncompagni G, Casacchia M, Margari F, Minervini L, e.a. Main clinical features in patients at their first psychiatric admission to Italian acute hospital psychiatric wards. The PERSEO study. *BioMed Central Psychiatry* 2007; 7: 1-10.
- Black DW, Arndt S, Hale N, Rogerson R. Use of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) as a screening tool in prisons: results of a preliminary study. *J Am Acad Psychiatry Law* 2004; 31: 158-62.
- Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, e.a. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CID-I. *Eur Psychiatry* 1997; 12: 224-31.
- Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD, Kay GG, Moreland KL, Dies RR, e.a. Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *Am Psychologist* 2001; 56: 128-65.
- Mordal J, Gundersen Ø, Bramness JG. Norwegian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview: feasibility, acceptability and test-retest reliability in an acute Psychiatric ward. *Eur Psychiatry* 2009; 25: 172-7.
- Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemert AM, Wierdsma AI. Versnelde stijging van het aantal inbewaaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 319-22.
- Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Special section on the GAF: determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005; 56: 452-7.
- Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry* 2003; 18: 361-4.
- Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 163-8.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl. 20): 22-33.
- Vliet IM van, de Beurs E. Het MINI Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI). Een kort gestructureerd diagnostisch psychiatrisch interview voor DSM-IV en ICD-10-stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2007; 49: 393-7.

## AUTEURS

E.M.A. BOHNEN was ten tijde van het onderzoek als psycholoog en onderzoeker verbonden aan het Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP) van de Parnassia BavoGroep te Den Haag en is momenteel als psycholoog werkzaam bij Bavo Euro-poort te Capelle aan den IJssel.

R.F.P. DE WINTER is als psychiater en manager zorg aan het KCAP verbonden.

E. HOENCAMP is als psychiater verbonden aan de Parnassia BavoGroep te Den Haag en als bijzonder hoogleraar aan de sectie Klinische, Gezondheids- en Neuropsychologie, van de Faculteit Sociale Wetenschappen, Universiteit Leiden.

Correspondentieadres: dr. R.F.P. de Winter, Parnassia BavoGroep, Klinisch Centrum Acute Psychiatrie, Nectarinestraat 10, 2552 LZ Den Haag.

E-mail: r.dewinter@parnassia.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-9-2010.

## SUMMARY

Diagnostics with the MINI-plus in acute psychiatry – E.M.A Bohnen, R.F.P. de Winter, E. Hoencamp –

**BACKGROUND** Little is known about diagnostic procedures in acute psychiatry.

**AIM** To investigate the applicability of a structural diagnostic instrument in this setting and compare the results with clinical judgement.

**METHOD** The assessment was based on the MINI International Neuropsychiatric Interview-plus.

**RESULTS** There was poor agreement between the MINI-plus diagnosis and clinical judgement and co-morbidity was under-reported.

**CONCLUSION** There is a need for a structural diagnostic instrument and more attention must be given to clinical diagnostic procedures in acute psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)4, 239-244]

**KEYWORDS** acute psychiatry, diagnostics, MINI-plus