

Van een waanstoornis naar een depressie en ASS

Naam: Anne Rommens
Leergang: VS17V2
Module: Meesterproef, gevalsbeschrijving
Opleidingsinstelling: GGz Centraal
Opleider: Marianne de Leeuw
Datum: 31 oktober 2019

Samenvatting

Binnen de acute psychiatrie, met name in de crisisdienst, vindt het diagnostisch proces onder tijdsdruk plaats, waardoor er met beperkte informatie een inschatting gemaakt moet worden van het psychiatrisch toestandbeeld van een patiënt. Hierdoor is de crisisdienst genoodzaakt zich voornamelijk te richten op het afwenden van de crisissituatie, waardoor instandhoudende factoren worden gemist. In deze gevalsbeschrijving wordt het diagnostisch proces en behandelproces beschreven van een man die met een waanstoornis naar Intensive Home Treatment (IHT) wordt verwezen. Door het dagelijks functioneren en de instandhoudende factoren in kaart te brengen, constateert de verpleegkundige in opleiding tot specialist (VIOS) vanuit het IHT een andere medische diagnose, namelijk een depressieve stoornis met psychotische kenmerken en het vermoeden van een autismespectrumstoornis, in plaats van de waanstoornis die door de crisisdienst gesteld was. Naar aanleiding hiervan werden de verpleegkundige interventies bijgesteld.

Trefwoorden: crisisdienst, diagnostiek, intensive home treatment

Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is het stellen van een diagnose essentieel in het hulpverleningstraject. Op basis van deze diagnose wordt een patiënt verwezen naar de meest passende behandeling. Daarnaast leidt de diagnose naar een samenwerking met of verwijzing naar een andere (GGZ-)instelling (Penterman, Sabelis, Rasing, Van der Staak, & Nijman, 2016). Wanneer een diagnose niet juist gesteld wordt, heeft dit nadelige consequenties, zoals een onnauwkeurige voorspelling van de prognose, een onjuiste behandeling en sociale gevolgen door onvoldoende herstel (Ko et al., 2013). Binnen de acute psychiatrie, met name in de crisisdienst, vindt de beoordeling van het psychiatrisch toestandbeeld onder tijdsdruk plaats met beperkte informatie (Penterman et al., 2016). De crisisdienst krijgt vaak te maken met patiënten bij wie sprake is van depressieve klachten, manie/ontremming, psychose, middelengebruik, persoonlijkheidsproblematiek en/of suicidaliteit (Ko et al., 2013; Penterman et al., 2016; Taggart et al., 2006; Van Veen et al., 2019).

In het *Handboek spoedeisende psychiatrie* wordt gesteld dat het stellen van een tamelijk betrouwbare diagnose in de spoedeisende psychiatrie haalbaar moet zijn (Achilles, Beerthuis, & Van Ewijk, 2011). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de kwaliteit van beoordelingen die onder tijdsdruk door de crisisdienst gemaakt worden (Penterman et al., 2016). In de onderstaande onderzoeken zijn gestelde diagnoses door de crisisdienst vergeleken met de uiteindelijke diagnoses na volledige intake/vervolgbehandeling. Uit het onderzoek van Penterman et al. (2016) blijkt dat crisisdienstmedewerkers in Nederland in 94% van de gevallen de juiste inschatting maken met betrekking tot de aanwezigheid van een psychotische stoornis. Daarentegen wordt matige en beperkte overeenstemming gevonden bij het inschatten van middelengebruik, manie, antisociale persoonlijkheidsstoornis, depressie/suïcidaliteit en borderline-persoonlijkheidsstoornis (Penterman et al., 2016). Rufino et al. (2005) hebben in Brazilië een goede stabiliteit van diagnoses gevonden bij patiënten met een manische/depressieve episode gedurende minder dan zes maanden. De stabiliteit van psychotische stoornissen blijkt echter slecht te zijn. Ko et al. (2013) hebben in Maleisië matige overeenstemming gevonden bij middelengerelateerde stoornissen en depressieve stoornissen en lage overeenstemming bij schizofrenie en bipolaire stemmingsstoornissen. Desondanks is naar aanleiding van het onderzoek door Ko et al. (2013) gesteld dat het vaststellen van betrouwbare diagnoses in de crisisdienst wel mogelijk is door ervaren en deskundige professionals. Het diagnostisch proces dient daarbij te bestaan uit gestructureerde interviews, beschrijvende psychopathologie, het verkrijgen van informatie die belangrijk is voor het kunnen stellen van diagnoses en het toepassen van de criteria.

Uit het bovenstaande blijkt dat beoordelingen van crisisdiensten niet volledig overeenkomen met de uiteindelijke diagnose. Dit kan samenhangen met het oogpunt vanwaaruit de crisisdienst te werk gaat. De primaire focus ligt vanwege de tijdsdruk op stabilisatie en de-escalatie van crisissituaties (GGZ Standaarden, 2019), symptoomreductie, het inschatten van gevaarscriteria, het uitsluiten van een onderliggende somatische oorzaak en verwijzing naar adequate behandeling (Ko et al., 2013; Van Veen et al., 2019). Enerzijds handelen crisisdiensten dus goed, aangezien ze crisissituaties (gedeeltelijk) afwenden. Anderzijds is er onvoldoende aandacht voor instandhoudende factoren, waardoor belangrijke medische diagnoses over het hoofd worden gezien.

Casusbeschrijving

Jaap*, een 54-jarige man, is in mei 2019 door de crisisdienst aangemeld bij IHT (Intensive Home Treatment) vanwege een psychotische decompensatie in het kader van een waanstoornis, geluxeed door de zorgen rondom zijn 14-jarige dochter. Zijn psychiatrische voorgeschiedenis bestaat uit een kortdurende opname in 2011 vanwege paranoïde ideeën. Hij heeft een blanco somatische voorgeschiedenis. Voorafgaand aan de huidige decompensatie is Jaaps dochter regelmatig zonder toestemming van huis geweest, waardoor Jaap slecht sliep en bang was dat zijn dochter met criminelen omging. Daarnaast was er sprake van toenemende achterdocht, zoals angst dat zijn identiteitsbewijs gestolen was om hem een ernstig misdrijf toe te betichten. Uit wanhoop sneed hij in zijn pols. Bij de start van de IHT was er geen sprake meer van deze psychotische symptomen.

Medische en verpleegkundige diagnostiek

De diagnostiek en de behandeling werden verricht door de verpleegkundige in opleiding tot specialist (VIOS) onder supervisie van de psychiater. Vanuit IHT werd gewerkt met een werkhypothese (Prinsen, Van Wel, Mulder, & De Koning, 2016) en deze werd geclassificeerd volgens DSM-V (American Psychiatric Association, 2014). Voor het vaststellen van de verpleegkundige diagnostiek en het in kaart brengen van het huidige functioneren werd gebruik gemaakt van de NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2017) en de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Na aanvullende somatische screening en bloedonderzoek werd een onderliggende somatische oorzaak uitgesloten.

Uit psychiatrisch onderzoek (Hengeveld & Schudel, 2003) bleek dat er sprake was van een verstoord realiteitsbesef, achterdocht, weinig wederkerigheid in het contact, een gemiddelde intelligentie, een sombere stemming en een vlak affect. Er was geen sprake van een actieve doodswens. Vanuit de anamnese en hetero-anamnese met de echtgenote werd er meer informatie over het dagelijks functioneren verkregen. Jaap bleek al langere tijd last te hebben van somberheidsklachten, anhedonie, verminderde eetlust, verminderde energie en slecht slapen, waarbij hij problemen had met zowel inslapen als doorslapen. Daarnaast werd duidelijk dat Jaaps zoon een autismespectrumstoornis (ASS) heeft. Echtgenote vertelde dat ze een cursus had gevolgd over het omgaan met autisme en bepaalde aspecten had herkend bij Jaap.

De VIOS constateerde dat de echtgenote Jaap op alles voorbereidt om zo het dagelijks functioneren van Jaap in goede banen te leiden. Dit maakte haar een belangrijke steunpilaar.

Op basis van verkregen informatie uit het psychiatrisch onderzoek, verpleegkundige diagnostiek, anamnese en hetero-anamnese vermoedde de VIOS dat de gestelde diagnose vanuit de crisisdienst niet juist was. Gezien Jaaps dagelijks functioneren waren de symptomen niet passend bij een waanstoornis. Zijn functioneren was namelijk duidelijk beperkt, waarbij er al jaren sprake was van depressieve klachten. Jaap kon moeilijk met de veranderingen en het controleverlies omgaan. Het lukte hem niet meer om de dagelijkse activiteiten te organiseren en uit te voeren, zoals zijn werkzaamheden in de agrarische sector of huishoudelijke taken, waardoor hij afhankelijk werd van zijn echtgenote. Jaap zocht continu bevestiging bij haar. De psychotische symptomen leken hierdoor meer passend bij een decompensatie vanuit ASS. Om ASS daadwerkelijk te kunnen vaststellen, dient er echter een volledig diagnostisch onderzoek plaats te vinden. Gezien de depressieve symptomen werd de werkhypothese 'depressieve stoornis met psychotische kenmerken' vastgesteld, waarbij vermoedelijk sprake was van onderliggende ASS. Naar aanleiding hiervan werd de AQ-vragenlijst (Autisme-Spectrum Quotiënt) en Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) afgenomen. De AQ-vragenlijst is een gevalideerd meetinstrument om de mate van autistische kenmerken te meten bij volwassenen (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, & Clubley, 2001; Hoekstra, Bartels, Cath, & Boomsma, 2008). De MADRS is een gevalideerd meetinstrument om de ernst van een depressie te bepalen (Montgomery & Åsberg, 1979; Nolen & Dingemans, 2004). De MADRS-score van 15 toonde bij de start van de IHT aan dat er sprake was van een lichte/duidelijke depressie. De AQ-vragenlijst-score van 32 duidde op een valide indicatie voor aanvullend diagnostisch onderzoek, mits er sprake was van lijdensdruk en problemen in het dagelijks functioneren (Nolen & Dingemans, 2004).

Beschrijvende diagnose

Het betreft een 54-jarige Nederlandse gehuwde vader van vier kinderen, die door de crisisdienst wordt aangemeld bij IHT vanwege een psychotische decompensatie in het kader van een waanstoornis. De psychiatrische voorgeschiedenis bestaat uit een kortdurende opname in 2011 vanwege paranoïde ideeën. Deze ideeën zijn destijds zonder medicatie behandeld. Er is sprake van een blanco somatische voorgeschiedenis. Een luxerende factor is de zorgelijke situatie omtrent zijn 14-jarige dochter, die regelmatig zonder toestemming van huis is geweest. Dit maakte Jaap toenemend angstig en achterdochtig, waarbij hij paranoïde ideeën kreeg over de veiligheid van zichzelf en zijn gezin. Psychiatrisch gezien is er sprake van een depressieve stoornis met psychotische kenmerken (296.24), die zich uit in anhedonie, verminderde eetlust, slecht slapen en sombere stemming (b1528.3). Als comorbide diagnose wordt gedacht aan een autismespectrumstoornis (299.0), die zich uit in controlebehoefte, hoogoplopende spanning bij

controleverlies, egocentrisme, moeite met het verwerken van veel prikkels, moeite met snel schakelen en moeite met veranderingen, onverwachte, onbekende zaken en loslaten. Ook is er sprake van weinig wederkerigheid in het contact en heeft Jaap moeite met het gaande houden van conversaties(d3501.2). Op somatisch vlak is hij gezond. Verpleegkundig diagnostisch is er sprake van ineffectieve coping(00069), die zich uit in angstklachten, achterdocht en automutilatie. Dit hangt samen met een ernstige stoornis in het inslapen(b1341.3) en het doorslapen(b1342.3), een verstoring van de psychische stabiliteit(b1263.3) door zich overmatig zorgen te maken over zijn dochter, verminderde controle over het denkproces door overmatig piekeren (b1603.3) en het onvermogen met betrekking tot de cognitieve flexibiliteit (b1643.3) door overprikkeling, rigiditeit en behoefte aan controle. Deze psychische kwetsbaarheden leiden tot ernstige problemen in het omgaan met stress (d2401.3) en crisissituaties (d2402.3), het oplossen van problemen (d175.3), het zelfstandig ondernemen van meervoudige taken (d2102.3), de onderlinge familierelaties (d760.3) en het uitvoeren van zijn betaalde werk in de agrarische sector (d850.2). Een bevorderende factor is de betrokkenheid van zijn echtgenote en naaste familie (e310+3), de steun van zijn werkgever (e330+3) en zijn religieuze waarden (d930+3). Een belemmerende factor is het onbegrip van zijn dochter met betrekking tot zijn ziekzijn (e410.3). Jaap wil graag hulp bij het leren omgaan met de huidige situatie met zijn dochter en bij het oppakken van zijn werkzaamheden.

Behandeling

IHT is een model waarbij psychiatrische crises in de thuissituatie van patiënten worden behandeld om opnames te voorkomen of te verkorten (Johnson, 2013; Prinsen et al., 2016). Na de intake is er met Jaap en zijn echtgenote op basis van shared decision making een behandelplan opgesteld (Godolphin, 2009). Behandeldoelen werden opgesteld op basis van de Nursing Outcomes Classifications(NOC) (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2016), met bijpassende interventies vanuit de Nursing Intervention Classification(NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2016). Behandelresultaten waren gericht op het stabiliseren van het psychiatrisch toestandsbeeld door de wijze van coping te verbeteren (1302), de persoonlijke veerkracht te vergroten (1309), het slaappatroon te verbeteren(0004) en het angstniveau te verlagen(1211). In de behandeling werd gefocust op de werkhypothese depressieve stoornis met psychotische kenmerken en de comorbide diagnose ASS, in plaats van de eerder gestelde waanstoornis. Door het afnemen van de AQ-vragenlijst (Baren-Cohen et al., 2001) had de VIOS naast haar bevindingen op basis van klinisch oordeel voldoende aanwijzingen om psychologisch onderzoek aan te vragen bij de afdeling psychodiagnostiek.

In de behandeling stond het geven van voorlichting (5606) over de depressieve stoornis en ASS centraal. Daarbij werd ingezet op het opbouwen van een therapeutische relatie (5000) en het bieden van emotionele ondersteuning (5270). Hierdoor kon de voorlichting optimaal afgestemd worden op de behoeften/hulpvragen. Bij het verbeteren van Jaaps copingstrategieën was voorlichting ook belangrijk. Hierbij werd ingezet op crisisinterventie(6160). Jaap kreeg hulp bij het leren omgaan met de crisis met behulp van steunende/structurerende gesprekken en het crisissignaleringsplan (Prinsen et al., 2016). Aspecten met betrekking tot het verbeteren van probleemhanteringsvaardigheden(5230) en levensvaardigheden(5326) werden hierin meegenomen. Zo werd er samen met Jaap gekeken naar zijn sterke kanten en mogelijkheden. Er werd een dagprogramma gemaakt om een goede balans te vinden tussen activiteiten en ontspanning. Er werd gekeken naar wat Jaap eerder heeft geholpen bij het omgaan met levensproblemen. De echtgenote werd betrokken bij hoe Jaap beter kon leren omgaan met zijn dochter en met andere stressfactoren, zoals financiën. Er werd angstreductie (5820) uitgevoerd door op laagdrempelige wijze contact te maken, steunende/structurende gesprekken te voeren en medicatie toe te dienen (2300). Farmacotherapie was onderdeel van de behandeling ter bevordering van de stemmingsregulatie (5330) en van de vermindering van angstklachten en slaapproblemen. De persoonlijke veerkracht (1309) werd vergroot door het bieden van emotionele ondersteuning (5270), waarbij in gesprekken aandacht werd besteed aan Jaaps emoties. Jaap werd gestimuleerd en gesteund deze emoties onder woorden te brengen. Door tevens te oefenen met alleen thuis zijn kon Jaap positieve ervaringen opdoen, waardoor hij steviger in zijn schoenen kwam te staan. Het samen maken van een dagprogramma was hierbij helpend. In het kader van slaapbevordering (1850) werd psycho-educatie gegeven, waarbij aandacht werd besteed aan het oplossen van stresssituaties voor het slapengaan met behulp van het crisissignaleringsplan en ontspanningsoefeningen.

Beloop en resultaten

De indicatoren van de NOC-uitkomstmaat coping (1302) laten gedurende de behandeling een verbetering zien wat betreft de mate waarin Jaap stress ervoer. De aanvraag voor aanvullend onderzoek naar ASS stelde Jaap gerust en bood hem meer hoop en toekomstperspectief. De aanzienlijke verbetering van zijn slaappatroon (0004) en de verlaging van zijn angstniveau (1211) waren hierbij ook helpend. Jaap had geen last meer van inslaap- en doorslaapproblemen, waardoor hij zich beter kon concentreren. Jaap ervoer minder last van angstklachten en vertoonde minder rusteloosheid, piekerde minder over zijn dochter en raakte minder snel overprikkeld. Door de vermindering van angstklachten en sombere gevoelens was Jaap beter in staat om effectievere copingstrategieën toe te passen, bijvoorbeeld door bespreekbaar te maken wat er in hem omging. Ook vermeed hij onnodige stresserende situaties, zoals confrontaties met zijn dochter. Bij het

afsluiten van IHT was Jaap zelfstandiger en ervoer hij meer controle. Dit duidde op een verbetering van zijn persoonlijke veerkracht (1309). Tijdens de crisis wilde Jaap namelijk continu bij zijn echtgenote zijn. Jaap kon weer vaker alleen zijn en ging zelfstandig een dagdeel werken. Zijn echtgenote erkende deze verbeteringen in Jaaps functioneren. De MADRS-score was aan het einde van IHT 6, wat duidde op een niet-depressieve stemming.

Discussie

Het diagnosticeren van ASS bij volwassenen is een ingewikkeld proces, met name wanneer zij psychotische symptomen vertonen als gevolg van het feit dat ze zich slecht kunnen aanpassen aan de omstandigheden waarin zij zich bevinden (Fusar-Poli et al., 2017; Naito, Matsui, Maeda, & Tanaka, 2010; Van Schalkwyk, Volkmar, & Corlett, 2017). De neiging om de psychotische symptomen te zien als indicatie voor schizofrenie of een bipolaire stemmingsstoornis komt veel voor (Van Schalkwyk et al., 2017). Mensen met ASS en een gemiddelde intelligentie zijn in staat om zich aan te passen naarmate zij ouder worden. Hierdoor nemen autistische kenmerken in de kindertijd en adolescentie af. Comorbide psychiatrische stoornissen, zoals depressie, angststoornissen of psychotische symptomen (prevalentie 4-20%), kunnen leiden tot toename van symptomen vanwege het disfunctioneren van de compenserende copingmechanismen. Dit zorgt ervoor dat de ASS zich in de volwassenheid kan manifesteren als een andere psychiatrische stoornis als de levensomstandigheden/-behoeften veranderen (Hefter, Topor, Gass, & Hirjak, 2019). Daarbij komt het vaak voor dat er een andere diagnose wordt gesteld in plaats van ASS. Dit heeft te maken met de overlapping tussen de verschillende ziektebeelden (Van Schalkwyk et al., 2017). Psychiatrische toestandsbeelden blijken daarnaast te kunnen fluctueren na de eerste beoordeling en kunnen verschillende onderliggende oorzaken hebben (Penterman et al., 2016). De acute psychiatrie, zoals de crisisdienst, heeft te maken met tijdsdruk, waardoor er weinig aandacht kan worden besteed aan onderliggende, instandhoudende factoren. Daarentegen heeft IHT, ondanks de tijdsdruk, meer mogelijkheden/tijd voor het stellen van een goede werkhypothese.

Tot op heden is er nog weinig (internationaal) onderzoek gedaan naar de kwaliteit van beoordelingen door de crisisdienst (Penterman et al., 2016). De onderzoeken van Rufino et al. (2005) en Ko et al. (2013) geven een indruk van hoe de crisisdiensten in Nederland functioneren ten opzichte van die in Brazilië en Maleisië. De resultaten van deze onderzoeken moeten echter ook in het licht gezien worden van eventuele verschillen in werkwijzen, waardoor de data uit de internationale onderzoeken mogelijk veel zeggen over de situatie in Nederland.

Deze gevalsbeschrijving laat zien dat de rol van de VIOS een complementaire aanvulling is op wat in Jaaps geval door de crisisdienst in gang is gezet. Sterk in deze gevalsbeschrijving is de verpleegkundige diagnostiek die het dagelijks functioneren van Jaap in kaart brengt en die laat zien

dat er aanwijzingen zijn voor een andere medische diagnose dan de door de crisisdienst gestelde diagnose. Hierbij zijn valide vragenlijsten gebruikt. De kracht van de VIOS zit in het onderzoeken van het dagelijks functioneren, omdat zij daardoor meer aanwijzingen kreeg over de achtergrond en de instandhoudende factoren van de problematiek. Een zwakte in het behandelproces is dat de diagnose ASS nog niet vastgesteld kon worden. In het *Handboek IHT* wordt gesteld dat aanvullend psychologisch onderzoek uitgevoerd moet kunnen worden door een psycholoog van het IHT-team (Prinsen et al., 2016). In het IHT-team van de VIOS was echter geen psycholoog aanwezig, waardoor Jaap voor het psychologisch onderzoek verwezen moest worden naar de afdeling psychodiagnostiek. In de behandeling is desondanks wel uitgegaan van de werkhypothese dat ASS een belangrijke oorzaak van Jaaps klachten was. Doordat de IHT-behandeling hierop werd afgestemd, sloot de behandeling aan en werden de klachten minder.

Conclusie

Het stellen van de juiste diagnose is in de acute psychiatrie een complex proces. Het psychiatrisch toestandbeeld kan snel fluctueren en daarbij is er veel overlap tussen de verschillende ziektebeelden. Deze gevalsbeschrijving beschrijft de essentie en de complementaire aanvulling van de verpleegkundig specialist in de (verpleegkundige) diagnostiek bij een patiënt die vanuit de crisisdienst is gediagnosticeerd met een waanstoornis en vanuit IHT wordt gediagnosticeerd met een depressieve stoornis met psychotische kenmerken en het vermoeden van ASS. Vervolgens is de behandeling gebaseerd op deze werkhypothese, ook al kon de diagnose ASS nog niet afdoende gesteld worden. Het is wenselijk om te onderzoeken hoe er binnen de crisisdienst meer aandacht kan worden besteed aan instandhoudende factoren. Daarnaast is vanuit de vervolgbehandeling, zoals IHT, een kritische blik naar de aanmeldiagnose van de crisisdienst vereist.

Summary

In acute psychiatry, especially the psychiatric emergency service, the diagnostic process takes place under a lot of time pressure. Thereby the psychiatric emergency service has only limited information to assess a patient's psychiatric condition. As a result, the staff of the psychiatric emergency service is forced to focus primarily on averting the crisis, but this can lead to missing important underlying factors of the psychiatric condition. This case study describes the diagnostic process and treatment of a patient who is referred to Intensive Home Treatment (IHT) with a delusional disorder. The psychiatric mental health nurse practitioner in training provides insight about the daily functioning and underlying factors of the patient and establishes a different medical diagnosis, namely a depressive disorder with psychotic features and the suspicion of an autism spectrum disorder,

instead of a delusional disorder diagnosed by the psychiatric emergency service. As a result of this, the nursing interventions were adjusted.

Keywords: psychiatric emergency service, diagnosis, intensive home treatment

Literatuur

- Achilles, R. A., Beerthuis, R. J., & Van Ewijk, W. M. (2011). *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*. Amsterdam: Benecke.
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5R. Nederlandse vertaling van de Desk Reference tot the Diagnostic Criteria from DSM-5R*. Amsterdam: Boom.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, A. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31 (1), 5 – 17. doi:10.1023/A:1005653411471
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2016). *Verpleegkundige Interventies, vertaling van Nursing Interventions Classification (NIC) (4e herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fusar-Poli, L., Brondino, N., Rocchetti, M., Panisi, C., Provenzani, U., Damiani, S., & Politi, P. (2017). Diagnosing ASD in Adults Without ID: Accuracy of the ADOS-2 and the ADI-R. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47 (11), 3370–3379. doi:10.1007/s10803-017-3258-2
- GGZ-standaarden (2019). *Generieke modules: Acute psychiatrie*. Geraadpleegd op 24 september 2019, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie>
- Godolphin, W. (2009). Shared Decision-Making. *Healthcare Quarterly*, 12, 186 – 190.
- Hoekstra, R. A., Bartels, M., Cath, D. C., & Boomsma, D. I. (2008). Factor Structure, Reliability and Criterion Validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): A Study in Dutch Population and Patiënt Groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38 (8), 1555–1566. doi:10.1007/s10803-008-0538-x
- Hefter, D., Topor, C. E., Gass, P., & Hirjak, D. (2019). Two Sides of the Same Coin: A Case Report of First-Episode Catatonic Syndrome in a High-Functioning Autism Patiënt. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (224). doi:10.3389/fpsy.2019.00224
- Hengeveld, M. W., & Schudel, W. J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek (3^{de} herziene druk)*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA International, verpleegkundige diagnoses en classificaties 2015-2017* (vertaling van de 10e Engelstalige editie). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in psychiatric treatment*, 19 (2), 115–123. doi: 10.1192/apt.bp.107.004192

- Ko, M., Akter, S. F. U., Htwe, O., Musa, R., Bakar, A. Z. A., & Ko, B. M. (2013). Agreement of diagnosis between admission and emergency department and the final diagnosis on discharge from the psychiatric ward, tertiary hospital, Malaysia. *International Medical Journal*, 20 (4), 429-431.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389. doi:10.1192/bjp.134.4.382
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Verpleegkundige zorgresultaten, vertaling van Nursing Outcomes Classification (NOC) (3e herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Naito, K., Matsui, Y., Maeda, K., & Tanaka, K. (2010). Evaluation of the Validity of the Autism Spectrum Quotient (AQ) in Differentiating High-Functioning Autistic Spectrum Disorder from Schizophrenia. *The Kobe journal of the medical sciences*, 56 (3), 116 – 124. doi:10.24546/81002605
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (2^e herziene druk)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nolen, W. A., & Dingemans, P. M. A. J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46 (10), 681-686.
- Prinsen, E., Van Wel, B., Mulder, N., & De Koning, N. (2016). *Handboek IHT: Intensive home treatment*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Rufino, A. C. T. B. F., Uchida, R. R., Vilela, J. A. A., Marques, J. M.A., Zuardi, A. W., & Del-Ben, C. M. (2005). Stability of the diagnosis of first-episode psychosis made in an emergency setting. *General Hospital Psychiatry*, 27, 189–193. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.02.002
- Van Schalkwyk, G. I., Volkmar, F. R., & Corlett, P. R. (2017). A Predictive Coding Account of Psychotic Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47 (5), 1323–1340. doi:10.1007/s10803-017-3065-9
- Taggart, C., O’Grady, J., Stevenson, M., Hand, E., Mc Clelland, R. & Kelly, C. (2006). Accuracy of diagnosis at routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *General Hospital Psychiatry*, 28, 330 – 335. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.05.002
- Van Veen, M., Wierdsma, A. I., Van Boeijen, C., Dekker, J., Zoeteman, J., Koekkoek, B., & Mulder, C. L. (2019). Suicide risk, personality disorder and hospital admission after assessment by psychiatric emergency services. *BMC Psychiatry*, 19 (157). doi:10.1186/s12888-019-2145-0