Over risicotaxatie en risicomanagement in de algemene psychiatrie: welke patiënten behoeven bijzondere aandacht?

Prof. Dr. Kris Goethals
UFC, UZ Antwerpen
CAPRI, Universiteit Antwerpen

Symposium risicotaxatie en –management in de algemene psychiatrie
FPC Gent, 10 november 2015

Spoorboekje

1. Inleiding
2. Relevante thema's in klinische risicotaxatie en –management
3. Risicotaxatie en –management: verschillende risicofactoren
4. Welke patiënten behoeven bijzondere aandacht?
5. Casuïstiek
6. Tot slot: take-home messages

1. INLEIDING

1.1. Forensische psychiaters als specialisten in risicotaxatie en -management

- Empirische kennis over risico's bij verschillende psychiatrische stoornissen en leeftijdsgroepen
- Rol in primaire preventie: het voorkomen dat psychiatrische patiënten forensisch psychiatrische patiënten worden (ook voor niet-forensische psychiaters!)
- Empirische kennis van risicotaxatie individualiseren in klinische praktijk
- Risicomanagement in dagelijkse praktijk, zowel klinisch als ambulant

1.2. Risk-Need-Responsivity model (Andrews & Bonta, 2010)

- Basis voor het bepalen van risicomanagement strategieën
- Drie principes
  - *risicoprincipe:* voor hoog risico casussen meer en intensievere behandeling
  - *behoefteprincipe:* behandeling gericht op dynamische risicofactoren
  - *responsiviteitsprincipe:* behandeling zo goed mogelijk aansluitend bij leerstijl

1.3. Forensificatie van de Europese psychiatrie:

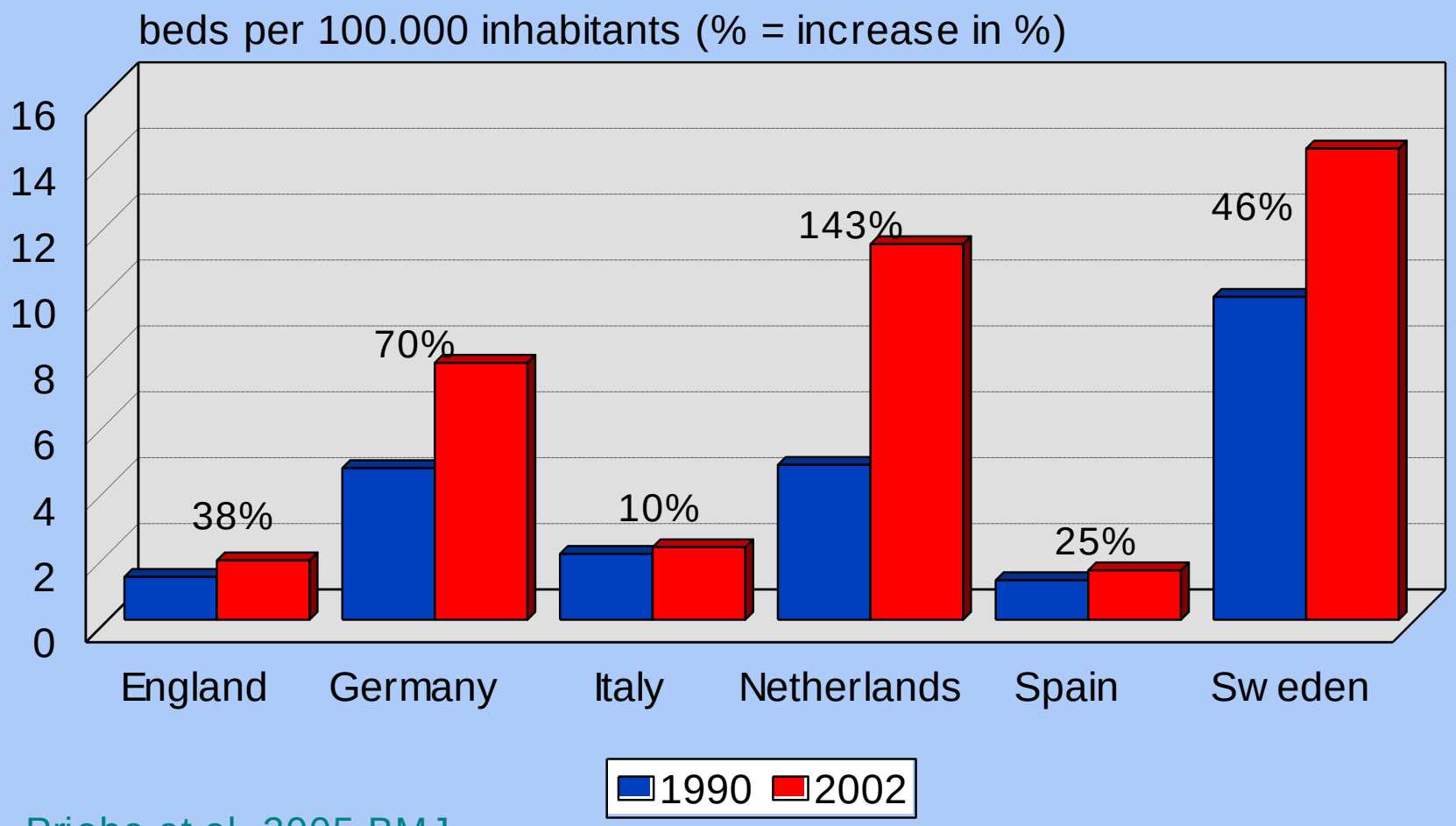
Toename van forensische bedden

Afname van psychiatrische bedden

Toename van gedwongen opnames

Forensification of Psychiatry

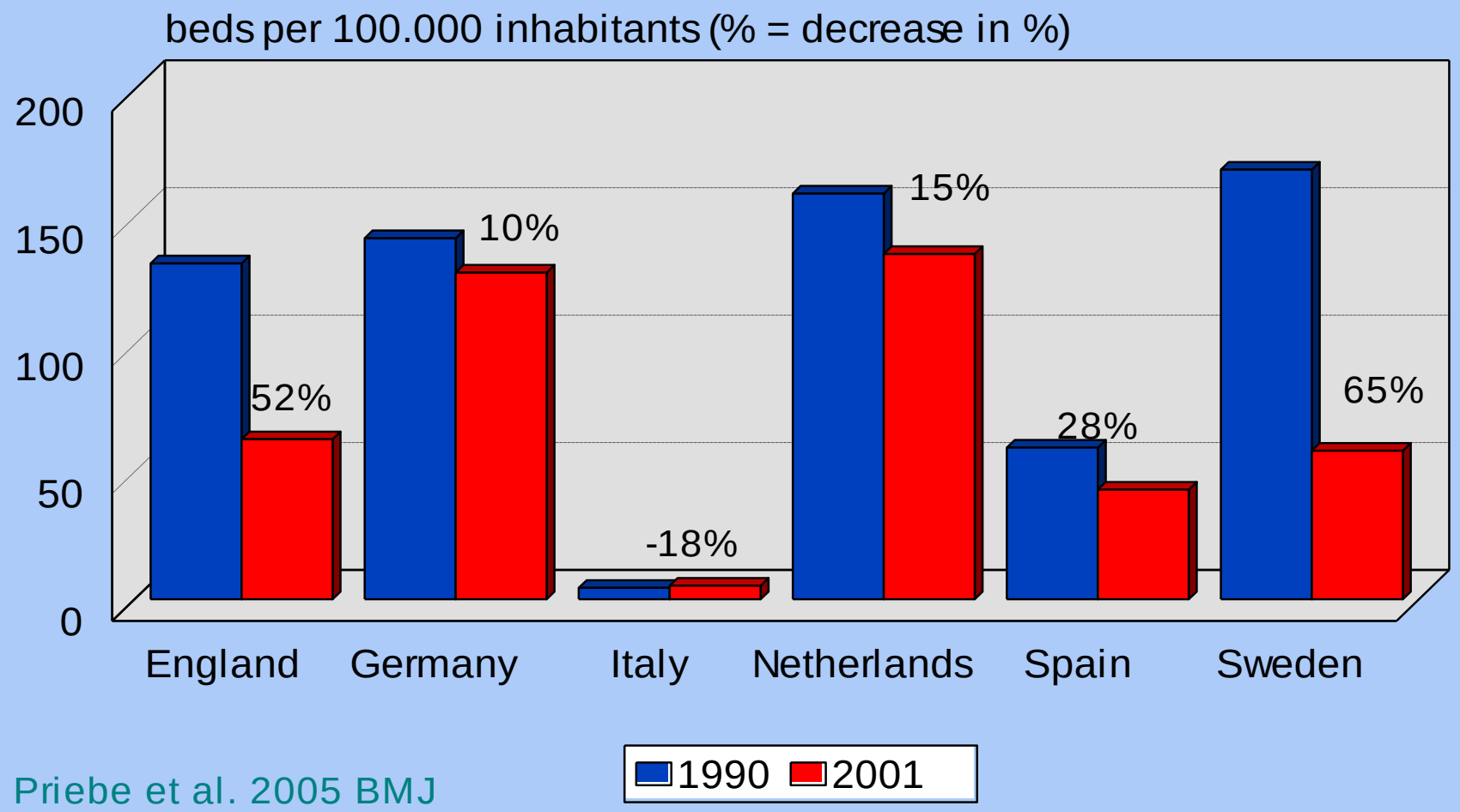
Increase of Forensic Beds in selected European Countries



Priebe et al. 2005 BMJ

Forensification of Psychiatry

Decrease of Hospital Beds in selected European Countries



Priebe et al. 2005 BMJ

NAZORG STUDIE (Hodgins e.a., 2004)

Geweld na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis

Geweld één jaar na ontslag

Criterium: tenminste één gewelddadige handeling naar een persoon

- patiënten uit de algemene psychiatrie 32.9%
- forensisch psychiatrische patiënten, eerder opgenomen in de algemene psychiatrie 16.3%
- forensisch psychiatrische patiënten, niet eerder opgenomen 20.0%

$X^2(2,202)=6.91$, $p=.032$

PREVENTIE VAN GEWELD EN GEVAAR

Stap één: risicotaxatie

Risicotaxatie = identificatie van risicofactoren

- risicofactoren correleren met ongewenste incidenten en gaan eraan vooraf
- risicofactoren: oorzakelijk of eerder samenhangend
- aanpassing van een oorzakelijke risicofactor verandert het risico op incidenten

DUS:

1. Risicotaxatie draagt bij aan preventie
2. Preventie voorkomt incidenten

2. THEMA'S BIJ KLINISCHE RISICOTAXATIE

AGRESSIEF GEDRAG

Wie?

Wanneer?

Onder welke omstandigheden?

Welk type van risicogedrag?

En hoe kunnen we dit voorkomen?

3. RISICOTAXATIE – VERSCHILLENDE RISICOFACTOREN

RISICOFACTOREN

Statische risicofactoren

Data uit de voorgeschiedenis

Individuele vatbaarheid

Empirische kennis

→ actuariële risicotaxatie

→ vertelt over wie we ons zorgen moeten maken

RISICOFACTOREN

Dynamische risicofactoren

Acute en veranderbare risicofactoren

Symptomen, attitudes en gedrag in verschillende situaties

→ klinische risicotaxatie

→ vertelt wanneer we ons zorgen moeten maken

RISICOFACTOREN

Veranderbare risicofactoren

Criminogene behoeften en attitudes

Symptomen en reacties vatbaar voor risico's

Klinische variabelen

→ taxatie van behandelbaarheid

→ vertelt wie de potentie in zich heeft om te veranderen en te verbeteren

STATISCHE RISICOFACTOREN

Psychiatrische stoornissen en criminaliteit (Wallace e.a., 1998)

disorder / offence	Schizo-phrenia	Affektive Disorder	Personality Disorder	Substance abuse
	odds-ratio			
All crimes	3,2	3,4	12,7	7,1
Violent crimes	4,4	4,1	18,7	9,5
larceny	2,8	2,9	10,2	9,4
homicide	10,1	5,0	28,7	5,7

PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN EN CRIMINALITEIT (WALLACE E.A. 1998)

disorder / offence	Schizo-phrenia	Schizo-phrenia &Substance abuse	Affektive Disorder	Affektive Disorder &Substance abuse	Personality Disorder	Substance abuse
	odds-ratio					
All crimes	3,2	12,4	3,4	13,5	12,7	7,1
Violent crimes	4,4	18,8	4,1	19,0	18,7	9,5
larceny	2,8	13,4	2,9	16,8	10,2	9,4
homicide	10,1	28,8	5,0	17,5	28,7	5,7

Geweld door ontslagen psychiatrische patiënten

McArthur studie (Steadman e.a., 1998)

Verhouding van gewelddadige patiënten één jaar na ontslag:

Politionele gegevens	4,5%
Interview met patiënten	23,7%
Interview met proxies	27,5%

AGRESSIE ALS GERELATEERD KENMERK VOLGENS DE DSM-IV-TR

- Persoonlijkheidsverandering door een medische conditie (agressieve type)
- Alcoholintoxicatie
- Intoxicatie met sedativa, hypnotica, anxiolytica
- Amfetamine-intoxicatie
- Phencyclidine-intoxicatie
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Borderline persoonlijkheidsstoornis

AGRESSIE ALS GERELATEERD KENMERK VOLGENS DE DSM-IV-TR

- Dementie van het Alzheimer type
- Dementie na traumatisch hersenletsel
- Postcontusie syndroom
- Ziekte van Huntington
- Korsakoff psychose

- Alcoholafhankelijkheid

- Majeure depressie
- Schizofrene stoornis

- Posttraumatische stressstoornis
- Dissociatieve stoornis

PATIËNTEN MET VERHOOGD RISICO OP GEWELDDADIG GEDRAG (ONAFHANKELIJK VAN DE DIAGNOSE)

- Jonge patiënten
- Patiënten met emotionele betrokkenheid in wanen en hallucinaties
- Patiënten met acathisie
- Patiënten met suïcidaal of automutilatief gedrag
- Patiënten met beperkte verbale vaardigheden
- Patiënten met laag sociaal functioneren
- Patiënten die reeds gewelddadig waren
- Patiënten met comorbide alcohol- of middelenmisbruik (Goethals, 2008)
- Patiënten met een familiaal-psychiatrische voorgeschiedenis van middelenmisbruik en/of geweldsdelicten (bijvoorbeeld Hodgins e.a., 1996; Tengström e.a., 2001; 2000)

EVALUATIE VAN HET RISICO OP GEWELD

Vraag naar:

- gewelddadige handelingen in het verleden
- politiecontacten in het verleden
- veroordelingen in het verleden
- gedragsproblemen thuis
- gedragsproblemen op school
- gedragsproblemen in het verkeer
- middelenmisbruik
- institutionalisering voor leeftijd van 18 jaar
- leermoeilijkheden
- diagnose van ‘conduct disorder’ als jeugdige
- wapenbezit
- positieve familiaal-psychiatrische anamnese van middelenmisbruik en/of geweldsdelicten

DYNAMISCHE RISICOFACTOREN

Acute symptomen

Symptomen, attitude en gedrag in verschillende situaties

→ klinische risicotaxatie

→ vertelt wanneer we ons zorgen moeten maken

Veranderbare risicofactoren

Criminogene behoeftes en attitudes

Risicogevoelige symptomen en reacties

Klinische variabelen

→ evaluatie van behandelbaarheid

→ vertelt wie de mogelijkheid heeft om te veranderen én te verbeteren

REGELS BIJ RISICOTAXATIE

- Behandeling en voorspelling zijn vervlochten
- Behandeling heeft als doel het gewicht van factoren relevant voor agressie te verminderen
- Behandeling heeft als doel om beschermende factoren te verstevigen
- Behandeling en voorspelling overlappen, waarbij:
  - focus op relevante factoren voor agressie
  - evaluatie in kleine, incrementele factoren

4. WELKE PATIENTEN BEHOEVEN BIJZONDERE AANDACHT?

Alle patiënten? NEEN

Bezwaren:

- teveel casussen
- te weinig middelen
- te weinig informatie
- eventuele juridische bezwaren

Professionele verantwoordelijkheid:

- is van belang in verschillende rechtsdomeinen (strafrechtelijk, civielrechtelijk), maar ook tuchtrechtelijk
- dient een antwoord te geven op duidelijke signalen van het risico op geweld
- rechtelijke stappen mogelijk indien niet het nodige is gedaan, overeenkomstig de professionele standaarden, en schade aan anderen (of zichzelf) is veroorzaakt

Professionele gevolgen:

- hulpverleners moeten in staat zijn om duidelijke signalen te identificeren
- wanneer er redelijke gronden zijn om te veronderstellen dat er een risico op geweld bestaat en aannemelijk is, dient er een risicotaxatie te gebeuren

Oplossingen:

1. Opsporing (E.: tracking) of surveillance
2. Doorlichting (E.: screening)
3. Sortering, schifting (E.: triage)

Problemen bij opsporing:

- Logische rechtvaardiging
  - sommigen identificeren casussen door behandeluitkomst te gebruiken die we net proberen te voorkomen
- Statistische rechtvaardiging
  - sommigen identificeren casussen door risicofactoren te gebruiken met extreem hoge prevalentie
- Praktische rechtvaardiging
  - niet behulpzaam om casussen te prioriteren voor taxatie en management

Problemen bij doorlichting:

- Logische rechtvaardiging
  - sommigen gebruiken een onvolledige (beperkte) beoordeling om te beslissen of uitgebreide taxatie nodig is
- Statistische rechtvaardiging
  - sommige hebben niet de juiste operationaliseringseigenschappen
- Praktische rechtvaardiging
  - informatie is noodzakelijk zoals bij een uitgebreide taxatie

Triage = prioritering van casussen (cfr. medische interventie bij rampen)

- Helpt om casussen te prioriteren waarbij een uitgebreide risicotaxatie nodig is
- Helpt ook om onmiddellijke stappen in het behandelbeleid te prioriteren (alsook het vastleggen ervan!)

Primaire waarschuwingssignalen

- Gedocumenteerde, gerapporteerde of vermoede geschiedenis van
  - gewelddadige handelingen
  - gewelddadige bedreigingen
  - gewelddadige gedachten
- In het bijzonder wanneer
  - recentelijk
  - ernstig
  - escalerend

Secundaire waarschuwingssignalen

- Gedocumenteerde, gerapporteerde of vermoede geschiedenis van
  - persoonlijke crisis
  - interpersoonlijk conflict
  - acute psychische problemen
- In het bijzonder wanneer
  - recentelijk
  - ernstig
  - escalerend

Bedreigingen/gedachten (threats/ideation)

Thoughts

Harm

Realistic

Explicit

Acute

Targeted

Studied

Uitkomst van de triage

Primaire waarschuwingssignalen? → NEGATIEF *indien afwezig*

↓ *indien aanwezig*

Recentelijk, ernstig of escalerend → MOGELIJK *indien afwezig*

↓ *indien aanwezig*

POSITIEF

ACTIE INDIEN NEGATIEF

- Follow-up
  - geen actie nodig
  - monitor waarschuwingssignalen
  - verwijzing voor andere interventies
- Documenteer
  - waarschuwingssignalen en uitkomst van de triage

ACTIE INDIEN MOGELIJK

- Follow-up
  - monitor waarschuwingssignalen
  - verzamel aanvullende informatie
  - vraag een second opinion
  - verwijzing voor uitgebreide taxatie *indien tijd en menskracht dit toelaat*
- Documenteer
  - waarschuwingssignalen, uitkomst van de triage, blootgestelde risico's en genomen (en geplande) acties

ACTIE INDIEN POSITIEF

- Follow-up
  - urgenties aanpakken
  - verzamel aanvullende informatie
  - verwijzing voor uitgebreide taxatie
- Documenteer
  - waarschuwingssignalen, uitkomst van de triage, blootgestelde risico’s en genomen (en geplande) acties

5. Casuïstiek

Casus: de heer Mark

De heer Mark is een patiënt van het FACT. Recentelijk zei hij tegen zijn casemanager dat hij weet waar de casemanager woont en dat hij hem in de gaten houdt in de stad. Hij vertelde zijn casemanager ook dat het hem zal berouwen, vroeg zijn psychiater of hij zijn casemanager een dreun zou verkopen, vertelde de staf dat hij ervan droomde dat zijn psychiater en casemanager zouden verdwijnen en zei hen dat ze er spijt van zouden krijgen.

Twee dagen geleden werd hij opgenomen. Bij opname werd hij omschreven als sarcastisch, verheven, uitdagend, geïrriteerd, intimiderend en achterdochtig. Hij werd gediagnosticeerd met een psychose NAO (DD schizofrenie, schizo affectieve stoornis), alcoholafhankelijkheid in remissie en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Actie

Zijn er redelijke gronden om aan te nemen dat er een risico op gewelddadig gedrag bestaat?

(positieve, mogelijke of negatieve uitkomst)

Primaire waarschuwingssignalen

Handelingen	mogelijk
Bedreigingen	ja
Gedachten	ja
Recentelijk	ja
Ernstig	ja
Escalerend	nee

Secundaire waarschuwingssignalen

Persoonlijke crisis	nee
Interpersoonlijk conflict	nee/mogelijk
Acute psychische problemen	ja
Recentelijk	ja
Ernstig	ja
Escalerend	mogelijk

UITKOMST VAN DE TRIAGE = POSITIEF

Follow-up

Welke onmiddellijke acties dienen genomen te worden?

(geen acties, monitor waarschuwingssignalen, verzamel aanvullende informatie, vraag om een second opinion, verwijzing voor andere interventies, verwijzing voor risicotaxatie, behandel de urgenties)

Monitor waarschuwingssignalen
Verzamel aanvullende informatie
Verwijzing voor risicotaxatie

6. TOT SLOT: TAKE-HOME MESSAGES

1. Psychiatrische patiënten verhoogd risico op geweld vergeleken met de algemene populatie

2. Agressie = symptoom van veel psychiatrische stoornissen

3. Hoogrisico subgroepen vooraf herkenbaar, hierbij geholpen door gestructureerd klinisch oordeel

4. Slechts enkelingen – zelfs in deze subgroepen – plegen ernstig geweld, maar interventies gericht op deze subgroepen verminderen ernstige episodes van geweld

5. Preventie van toekomstig geweld: benadering gericht op middelenmisbruik, controle van positieve psychotische symptomen, persoonlijkheidsfactoren, noodzaak aan werk en/of gestructureerde daginvulling, gepaste en ondersteunende sociale netwerken en relaties

6. Risicotaxatie benadering is niet perfect en verhoogt de mogelijkheid niet om een bepaald individu die een ernstige gewelddadige handeling zal plegen, maar kan wel management van diegenen met hoger risico verbeteren

7. Effectieve communicatie binnen multidisciplinaire team, met patiënt en verzorgers, maar ook met relevante externe instanties is een essentieel onderdeel van elk risicomanagement plan

8. Risicotaxatie kan bijdragen tot identificatie van chronische, potentieel gevaarlijke patiënten die blijvende asielfunctie van de psychiatrie nodig hebben

Dank voor uw aandacht!

kris.goethals@uza.be
kris.goethals@uantwerpen.be