

De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam

Ervaringen met grootstedelijke acute opnames

W. MULDER, J. DEKKER, C.M.T. GIJSBERS VAN WIJK

SAMENVATTING De Tijdelijke Overbruggingsafdeling is het voorportaal van de vijf gesloten opnameafdelingen in Amsterdam. Dit artikel is een verslag van de voorlopige analyses van patiënt- en opnamegegevens van de Tijdelijke Overbruggingsafdeling aan de hand van één jaar prospectieve registratie (2002). Na oprichting van de Tijdelijke Overbruggingsafdeling daalde het aantal gastplaatsingen, bij een stijgend aantal inbewaringstellingen; de druk op de (separeercapaciteit van de) gesloten afdelingen nam af; en de wachttijd in de politiecellen daalde aanzienlijk. Deze cijfers suggereren dat de Tijdelijke Overbruggingsafdeling haar bufferfunctie naar behoren vervult.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)6, 383-389]

TREFWOORDEN acute psychiatrie, beleidspsychiatrie, crisisdienst, dwangopname

De acute opnameproblematiek in Amsterdam heeft in de afgelopen jaren regelmatig de media en zelfs de populaire literatuur gehaald (Bakker 2003). Het aantal inbewaringstellingen (IBS) in Amsterdam steeg van 180 in 1992 naar 612 in 2002 (Van der Post e.a. 2004). Steeds vaker verbleven verwarde personen langdurig in een politiecel in afwachting van psychiatrische beoordeling en opname. Onder het motto 'geen gestoorden in de cel' protesteerde de politie tegen deze oneigenlijke zorgtaak. Vanwege capaciteitsgebrek plaatsten Amsterdamse psychiatrische ziekenhuizen patiënten noodgedwongen buiten de regio (gastplaatsingen). Dit leidde tot opnames ver van huis, kostbare (nachtelijke) ambulanceritten, afname van continuïteit in de behandeling en een tanende bereidheid in den lande om Amsterdamse gastplaatsingen te accepteren.

Problemen in de acute psychiatrie zijn niet uniek voor Nederland, en blijken ook internatio-

naal gekoppeld aan grotestedenproblematiek (Catalona e.a. 2003). Ook elders zijn hiertoe psychiatrische eerstehulpvoorzieningen gecreëerd (Brooks e.a. 1992; Allen 1999).

In Amsterdam besloten twee Amsterdamse ggz-instellingen (De Meren en Mentrum) tot de oprichting van een gezamenlijke tussenvoorziening, in samenwerking met de Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling (FOBA), en later met de verslavingszorg (de Jellinek). Doel van deze voorziening was een buffer te vormen voor de opvang van acute dwangopnames, om daarmee het verblijf van patiënten in politiecellen te bekorten en het aantal gastplaatsingen terug te dringen. Een neven doel was om de druk op de separeercapaciteit van de gesloten opnameafdelingen te verkleinen. Op grond van een gemiddelde van ongeveer 600 IBS-en per jaar, werd berekend dat 8 bedden die niet langer dan 48 uren belegt dienden te zijn, voldoende capaciteit zouden bieden.

In augustus 2001 werd de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) geopend als voorlopige noodoplossing. Het woord 'tijdelijk' heeft 2 betekenissen: patiënten verblijven tijdelijk op de TOA, wachtend op een opnameplek; daarnaast is de locatie tijdelijk en zal de afdeling in 2006 plaats krijgen in de nieuwbouw van Mentrum. De afdeling is gevestigd in het gebouw van de Forensische Intensieve Zorg (FIZ) van De Meren en bestaat uit 8 beveiligde kamers en 1 separeerruimte (indien de benodigde separeercapaciteit groter is, kan aanspraak worden gedaan op de separeerruimtes van aangrenzende afdelingen). Onder een beveiligde kamer wordt een 'gestripte' kamer verstaan, met een matras op de vloer, scheurkleding en scheurlakens, zo mogelijk uit te breiden met een was- en toiletgelegenheid en een 'gewoon' bed. Doordat de afdeling gelokaliseerd is in een forensische kliniek, kan zij gebruikmaken van de al aanwezige infrastructuur (laboratorium, medicatielevering, beveiliging).

Het verpleegkundige team bestaat uit medewerkers van beide ggz-instellingen, en werkt in een bezetting van 3 dagdiensten, 3 avonddiensten en 2 nachtdiensten. Opnames worden 7 x 24 uur gedaan door de arts-assistenten en psychiaters van de stedelijke crisisdienst. De psychiatrische zorg wordt geleverd door arts-assistenten en psychiaters van Mentrum, die tevens werkzaam zijn bij de stedelijke crisisdienst. Deze constructie geeft de crisisdienst de mogelijkheid om sturing te geven aan de bedbezetting en een eerste screening te doen. De indicatie voor opname is eenvoudig: elke patiënt die, op een politiebureau of elders, een juridische maatregel krijgt, kan worden opgenomen op de TOA.

In deze bijdrage wordt verslag gedaan van het functioneren van de TOA op grond van registratiegegevens van de periode 1 januari 2002 tot 1 januari 2003. Om te beoordelen of de TOA voldoet aan haar doelstelling, onderzochten we het aantal gastplaatsingen in verhouding tot het aantal uitgeschreven IBS-en tussen 2000 en 2003. Ook vergeleken we de gemiddelde wachttijd op de politiebureaus tussen het psychiatrische consult en vervoer

naar een ziekenhuis in de jaren 2000 tot 2003.

METHODE

Sinds de start van de TOA in augustus 2001 vond een systematische registratie plaats van patiënt- en behandelgegevens. Doel hiervan was inzicht te verkrijgen in de patiëntengroep en evaluatie van het functioneren van de afdeling. Het registratiesysteem is opgezet door de aan de TOA verbonden psychiater, tevens eerste auteur van dit artikel, die tezamen met de verpleegkundig teamleider verantwoordelijk was voor de dataverzameling en -invoer. Sociaaldemografische en psychiatrische gegevens zijn voornamelijk afkomstig uit informatie van de verwijzer, de ambulante behandelaar of de geneeskundige verklaring. Gegevens over het beloop van de opname zijn prospectief bijgehouden. Een vermoeden op alcohol- of drugsgebruik uit de anamnese werd op indicatie geobjectiveerd door urineonderzoek. Als opnamediagnose werd de op de geneeskundige verklaring vermelde psychiatrische stoornis aangehouden. Bij de aggregatie van DSM-IV-classificaties is uitgegaan van de diagnose-indeling van GGZ Nederland.

De registratiegegevens over aantallen gastplaatsingen en IBS-en in de periode 2000-2003, en over de wachttijd op het politiebureau tussen het psychiatrisch consult en vervoer naar een ziekenhuis zijn afkomstig van de Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling, de SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam), en de GG&GD.

In deze bijdrage wordt verslag gedaan van de voorlopige analyses. Met behulp van SPSS zijn frequentietellingen uitgevoerd betreffende de patiënt- en de behandelvariabelen.

RESULTATEN

Personen In de periode januari 2002 tot januari 2003 werden 394 personen op de TOA opgenomen (zie tabel 1). De prototypische patiënt is een man (66%) van omstreeks 37 jaar (gemiddelde

TABEL 1		Kenmerken van patiënten die in 2002 op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling werden opgenomen (N=394)
Patiëntkenmerken		n (%)
Seksse	Man	258 (66)
	Vrouw	136 (34)
Gemiddelde leeftijd (standaarddeviatie)		37,4 (11,9)
Etniciteit	Nederlands	177 (45)
	Marokkaans	20 (5)
	Turks	15 (4)
	Surinaams	38 (10)
	Overige nationaliteiten	76 (19)
	Onbekend	68 (17)
Afkomstig van	Huis	25 (6)
	Politiebureau	289 (73)
	Somatisch ziekenhuis	21 (5)
	Psychiatrisch ziekenhuis	28 (7)
	Overig	27 (7)
	Onbekend	4 (1)
Reden van dwangopname	Gevaar voor anderen	249 (63)
	Gevaar voor zichzelf	77 (20)
	Maatschappelijke teloorgang	48 (12)
	Overig	5 (1)
	Onbekend	15 (4)
As-I-classificatie bij opname	Cognitieve/organische stoornis	3 (1)
	Stoornis door alcohol/drugs	12 (3)
	Schizofrenie/schizoaffectief	100 (25)
	Psychotische stoornis NAO en andere psychotische stoornissen	179 (45)
	Stemmingsstoornis	46 (12)
	Angst-/stressgebonden stoornis	3 (1)
	Gedragstoornis	2 (1)
	Geen diagnose as I	1 (1)
	Niet ingevuld	18 (5)
	Uitgesteld	30 (7)
	As-II-classificatie bij opname	Persoonlijkheidsstoornis
Zwakzinnigheid/zwakbegaafdheid		9 (2)
Uitgesteld		310 (79)
Geen		23 (6)
Onbekend		24 (6)
Juridische status	IBS	345 (88)
	RM	41 (10)
	Art. 37	1 (1)
	Vrijwillig	7 (2)
Eerder psychiatrische behandeling	Ja	217 (55)
	Nee	54 (14)
	Onbekend	123 (31)
Middelenmisbruik	Niet getest of negatief	214 (54)
Gebruikte middelen bij misbruik *	Positief getest	180 (46)
	Alcohol	27 (7)
	Alcohol + andere middelen	24 (6)
	Cannabis	71 (18)
	Cannabis + andere middelen	37 (9)
	Cocaïne	18 (5)
	Cocaïne + andere middelen	26 (7)
	XTC + andere middelen	8 (2)
	Overige middelen	11 (3)

* n > 180; combinaties van middelen mogelijk

IBS = inbewaringstelling

RM = rechterlijke machtiging

NAO = Niet Anderszins Omschreven

leeftijd = 37,4; standaarddeviatie (SD) = 11,9), vaak met een allochtone achtergrond (38%), die met een IBS (88%) opgenomen wordt vanuit een politiebureau (73%) wegens gevaar jegens anderen (63%). De meest gestelde diagnose is een psychotische stoornis (70%), of in het kader van schizofrenie (25%), of anderszins (45%) Veel patiënten zijn bekend in de psychiatrie (55%). Comorbide middelenmisbruik is frequent (46%), en betreft meestal cannabis (27%) of alcohol (13%), al dan niet in combinatie met andere middelen.

Opnamegegevens Gegevens over de opname staan vermeld in tabel 2. Met 394 opnames en 1861 opnamedagen bedroeg de gemiddelde bedbezetting 5, op een totaal van 8 bedden. Slechts bij 31% werd een overplaatsing binnen 48 uur gerealiseerd; inclusief weekenden bedroeg de gemiddelde verblijfsduur op de TOA 106 uur (SD = 83,6). Langdurig verblijf werd vooral veroorzaakt door wachttijden voor de vervolginstellingen

TABEL 2 Opnamegegevens van de patiënten die in 2002 op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling werden opgenomen (N=394)

Opnamegegevens		n (%)
Aantal opnamedagen		1861
Verblijfsduur (uren)	< 48	120 (31)
	48-96	101 (26)
	97-144	80 (20)
	145-192	35 (9)
	> 192	58 (15)
Separatie	Separateer	153 (39)
	Beveiligde kamer	241 (61)
Verblijfsduur separateer	< 12 uur	16 (4)
	12-24 uur	49 (12)
	25-48 uur	44 (11)
	> 48 uur	42 (11)
	onbekend	2 (1)
Aantal incidenten	Naar personeel	66 (17)
	Naar materieel	33 (8)
	Naar zichzelf	3 (1)
Separateerbezoek met overmacht	Nee	358 (91)
	Ja	36 (9)
Verblijf na ontslag uit TOA	Vervolginstelling ggz	312 (79)
	Andere vervolginstelling	21 (5)
	Repatriëring	5 (1)
	Ontslag	51 (13)
	Onbekend	5 (2)

(57%). Separatie vond plaats bij 39% van de patiënten, met een gemiddelde separeerduur van 44 uur (SD = 41,5). Bij 71% vond deseparatie binnen 48 uur plaats.

Het aantal incidenten die gericht waren op materieel (8%) en op personeel (17%) is relatief groot. Merendeels zijn het eenmalige incidenten; 6 extreem agressieve patiënten veroorzaakten meer dan 4 incidenten. Desondanks worden weinig patiënten (9%) met overmacht bezocht.

Na ontslag uit de TOA wordt 79% van de patiënten overgenomen door de verantwoordelijke ggz-instelling in Amsterdam. Van degenen met comorbide middelenmisbruik gaat 19% rechtstreeks met ontslag, tegen 7% van degenen zonder middelenmisbruik. Van de kleine groep met als I-diagnose alleen middelenmisbruik, is 70% binnen 4 dagen uit de TOA ontslagen. Door terugplaatsing naar de regio van herkomst (5%), repatriëring (1%) en rechtstreeks ontslag (13%) wordt bijna 20% van de patiënten niet meer doorgeplaatst naar de Amsterdamse ggz.

Inbewaringstellingen In tabel 3 staan de opnames vermeld, uitgesplitst naar plaats van opname: in Amsterdam, buiten Amsterdam, op de TOA. Tussen 2000 en 2003 is het aantal IBS-en in Amsterdam opgelopen van 521 tot 612, een toename van 18%. Het aantal opnames met IBS buiten Amsterdam (gastplaatsingen) daalde tegelijkertijd van 136 tot 49, een daling van 64%. Het percentage dwangopnames binnen Amsterdam dat de TOA voor haar rekening neemt is in 2002 gestegen tot 51% (de TOA opende op 1 augustus 2001 haar deuren en was in 2001 dus slechts 5 maanden operationeel).

Wachttijden op de politiebureaus De gemiddelde wachttijd op de politiebureaus nam aanzienlijk af. Registratiecijfers van de SIGRA laten zien dat de tijdsduur tussen de aankomst van de crisisdienst op het politiebureau en de oproep van ambulancevervoer afnam met 42%. Deze wachttijd omvat het psychiatrisch consult, de IBS-aanvraag en -afgifte, en het vinden van een

TABEL 3 Opnames in het kader van inbewaringstellingen binnen en buiten Amsterdam en op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling van 2000 tot en met 2002

	Inbewaringstelling	Opname buiten Amsterdam (%)	Opname binnen Amsterdam (%)	Opname op de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (%)
2000	521	136 (26)	385 (74)	0 (00)
2001	529	141 (27)	388 (73)	99 (19)
2002	612	49 (8)	563 (92)	314 (51)

opnameplek. In 4 jaar daalde deze wachttijd van 4,06 uur ($SD = 4,24$) in 2000 en 4,55 uur ($SD = 7,57$) in 2001, naar 3,43 uur ($SD = 14,32$) in 2002 en 2,35 uur ($SD = 1,42$) in 2003.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Uit de gepresenteerde cijfers blijkt dat de TOA grotendeels aan haar doelstelling voldoet.

Voor een deel van de patiënten is een korte opname afdoende, zij worden niet doorgeplaatst naar de Amsterdamse ggz (door drugs geïnduceerde beelden, gerepatrieerde toeristen en patiënten van buiten de regio). Bij overplaatsing zijn de meeste patiënten niet meer separeerbehoefstig, waardoor de druk op de separeercapaciteit van de gesloten afdelingen afneemt.

Doorplaatsingen laten meestal langer op zich wachten dan 48 uur, vooral door wachttijden bij de instellingen. Het streefgetal van 48 uur was echter exclusief weekenduren, terwijl in de registratie de verblijfsduur inclusief weekenduren is vastgelegd. Opvallend is het hoge percentage diagnoses 'Psychose Niet Anderszins Omschreven' (45%). Een kanttekening hierbij is dat het gaat om de diagnose bij opname, zoals die door de psychiater van de crisisdienst is gesteld, veelal tijdens een eerste en eenmalig consult, met beperkte informatie over de psychiatrische voorgeschiedenis. Naar verwachting gaat hier om voorlopige diagnoses die het acute toestandsbeeld beschrijven en die later in het behandeltraject worden bijgesteld.

De gemiddelde bedbezetting van 5 betekent dat de TOA meestal kan garanderen bedden beschikbaar te hebben voor acute opnames. Tussen 2000 en 2003 is het aantal gastplaatsingen buiten Amsterdam dan ook drastisch afgenomen, bij een geleidelijk stijgend aantal IBS-en. Ook de SIGRA


schrijft de daling in het aantal gastplaatsingen toe aan de oprichting van de TOA (SIGRA 2002). Ten slotte is de wachttijd op de politiebureaus aanzienlijk teruggebracht. Hoewel het plausibel lijkt deze dalingen toe te schrijven aan de TOA, kunnen ook andere factoren meegespeeld hebben. Om de effecten oorzakelijk te relateren aan de TOA zou men de Amsterdamse cijfers moeten vergelijken met gelijksoortige gegevens over dezelfde periode in een grote stad zonder TOA. Door lokale verschillen in de organisatie van de acute psychiatrische zorg zal een dergelijke vergelijking echter mank gaan.

De voordelen van de TOA zijn duidelijk. Door het terugdringen van gastplaatsingen worden psychiatrische ziekenhuizen elders in het land minder belast met Amsterdamse psychiatrische patiënten en dure (nachtelijke) ambulanceritten worden voorkomen. Het verblijf in de politiecel wordt bekort en de patiënt is sneller in een voorziening waar psychiatrische zorg geboden kan worden. Contact met de vaste behandelaar, en dus continuïteit van behandeling, is beter gewaarborgd dan bij een gastplaatsing op afstand. Hetzelfde geldt voor contact met de familie. De stedelijke crisisdienst voert de regie over haar eigen bedden voor acute opname. Er ontstaat een bundeling van ervaring ten aanzien van agressiehantering en dwangopnames.

Er zijn echter ook nadelen. De TOA is een zeer gesloten, extreem beveiligde en gestructureerde afdeling, waar beheersing en diagnostiek prevaleren boven behandeling. Een dagactiviteitenprogramma bijvoorbeeld ontbreekt, evenals niet-beveiligde en normaal gemeubileerde kamers. De oorzaak van de stijging van het aantal IBS-en wordt door de TOA niet ongedaan gemaakt. Critici kunnen aanvoeren dat de TOA juist een impuls

kan hebben gegeven aan het aantal uitgeschreven IBS-en (aanbod creëert vraag). In de periode waarin de TOA operationeel werd (tussen 2000 en 2003) steeg het aantal dwangopnames in Amsterdam met 18%. De dwingende vraag om meer gesloten bedden ging echter vooraf aan, en was de reden van, oprichting van de TOA. Daarnaast is de TOA niet bedoeld om het aantal dwangopnames te verminderen: voor chronische patiënten die veelvuldig een beroep doen op de ggz lijkt intensivering van de langdurige transmurale zorg de aangewezen weg om gedwongen heropnames te voorkomen (Dekker e.a. 2002; Van der Post e.a. 2004).

De TOA, als voorportaal van de vijf gesloten opnameafdelingen in Amsterdam, is niet revolutionair of de ultieme oplossing en kan niet zonder meer als exportproduct worden beschouwd. Voor de Amsterdamse psychiatrische instellingen vervult zij echter een nuttige bufferfunctie.

 Met dank aan dhr. B. Buys en dhr. J. Peen voor beheer van de database, registratie en analyses.

LITERATUUR

- Allen, M.H. (1999). Level 1 psychiatric emergency services. The tools of the crisis sector. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 713-734.
- Bakker, B. (2003). *Te gek om los te lopen. Misverstanden in de psychiatrie*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Brooks, M.O., Sanguinetti, V.R., & Schwartz, S.L. (1992). Providing short-term intensive treatment in public psychiatry. *Hospital*

and *Community Psychiatry*, 43, 74-76.

- Catalano, R., McConnell, W., Forster, P., e.a. (2003). Psychiatric emergency services and the system of care. *Psychiatric Services*, 54, 351-355.
- Dekker, J., Wijdenes, W., Koning, Y.A., e.a. (2002). Assertive community treatment in Amsterdam. *Journal of Mental Health*, 38, 425-434.
- Post, L. van der, Peen, J., Schoevers, R.A., e.a. (2004). Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 209-217.
- SIGRA (2002). *Inventarisatie acute opnamen bij GGZ-opnameklinieken in Amsterdam. Intern rapport SIGRA*. Amsterdam: SIGRA.

AUTEURS

W. MULDER is psychiater en werkzaam als geneesheer-directeur bij Mentrum, GGZ Amsterdam.

J. DEKKER is psycholoog en als buitengewoon hoogleraar verbonden aan de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit, en werkzaam als hoofd van de afdeling Onderzoek bij Mentrum, GGZ Amsterdam.

C.M.T. GIJSBERS VAN WIJK is psycholoog en psychiater en werkzaam als manager zorg van de divisie Klinische Psychiatrie bij Mentrum, GGZ Amsterdam.

Correspondentieadres: drs. W. Mulder, Mentrum, 2^e C. Huygenstraat 39, 1054 AG Amsterdam.

E-mail: wijnand.mulder@mentrum.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-6-2004.

SUMMARY

The Temporary Emergency Unit (TOA) in Amsterdam: experience with admissions of acute cases in a big city – W. Mulder, J. Dekker, C.M.T. Gijsbers van Wijk –

The Temporary Emergency Unit (TOA) is a special unit that was set up as an interim centre for severely disturbed persons who otherwise would have been sent directly to one of Amsterdam's five closed psychiatric units. In this article we report our preliminary analyses of patient and admission data relating to registrations at the TOA in the year 2002. The setting up of the TOA led to a decrease in the number of outplacements in spite of an increase in the number of compulsory admissions, reduced the pressure on isolation cells in the closed units and substantially shortened the stays in cells at police stations. The data indicate that the TOA is acting as a buffer and as such is performing a useful role.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)6, 383-389]

KEY WORDS acute psychiatric emergency, compulsory admission, emergency psychiatry, policy-making psychiatry