

Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam: een historische gevalbeschrijving

W. VAN EWJK, C.M.T. GIJSBERS VAN WIJK

SAMENVATTING In de afgelopen 25 jaar is in Amsterdam de centrale stedelijke regie over de spoedeisende psychiatrie verdwenen en weer teruggekeerd. Sinds 2000 is een verbetering van de logistiek, organisatie, bedrijfsvoering en kwaliteit van de spoedeisende zorg gerealiseerd. In dezelfde periode is het aantal inbewaringstellingen in de grote steden schrikbarend toegenomen. De auteurs veronderstellen dat organisatorische veranderingen in de spoedeisende psychiatrie hier mogelijk aan bijgedragen hebben, naast de introductie van de Wet Bopz en maatschappelijke ontwikkelingen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 41-46]

TREFWOORDEN acute psychiatrie, crisisdienst, dwangopnames, spoedeisende psychiatrie, Wet Bopz

De acute of spoedeisende psychiatrie in Amsterdam heeft in de afgelopen 25 jaar een roerige periode doorgemaakt. Regelmatig was ze in negatieve zin in het nieuws en ze gold als exemplarisch voor de organisatorische problemen van de grotestadpsychiatrie. Inmiddels is er in de Amsterdamse spoedeisende psychiatrie veel in positieve zin veranderd.

In kort bestek beschrijven wij de historische ontwikkelingen, met de begrippen samenwerking, professionaliteit en respectvolle bejegening als leidraad. Wij gaan in op de mogelijke bijdrage van organisatorische veranderingen aan de gelijktijdig optredende onevenredige stijging van het aantal dwangopnames in Amsterdam. Deze bijdrage is deels een persoonlijk getuigenis, geschreven vanuit de ervaringen van één van de auteurs, die in de beginjaren van deze periode werkzaam was in de Amsterdamse acute psychiatrie.

PERIODE 1980-1990

In deze jaren was de Amsterdamse spoedeisende psychiatrie het domein van een afdeling voor acute psychiatrie voor volwassenen (VAP) van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst (GGD) – ook wel de ‘rijdende psychiater’ geheten. De cowboyachtige manier van doen binnen deze afdeling leidde soms tot polemieken tussen vakgenoten (Achilles & Beerthuis 1991; Van der Post & De Vries 1991; Van Ewijk 1991). Er werd een no-nonsensaanpak voorgestaan en het ging er inderdaad stevig aan toe.

De afdeling ontleende haar bestaansrecht aan het diepgewortelde besef dat voorkómen moest worden dat een patiënt door het ‘muizengat’ (A. Querido, grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland) uit de samenleving zou verdwijnen. Psychiatrische crises moesten dientengevolge in de thuissituatie opgelost worden. Desondanks werd niet geschroomd om, wanneer onvoldoende aan gevaarscriteria voor dwangopname voldaan

werd (maar deze wel noodzakelijk leek), een patiënt zo te provoceren dat deze vanzelf aan die criteria voldeed.

Het kwam de afdeling geregeld op kritiek te staan. Men vond een dergelijke aanpak onethisch en niet klantvriendelijk. Tegelijkertijd werd de afdeling verweten te terughoudend te zijn met dwangopnames. In zekere zin liep men vooruit op de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) uit 1994, die voorschrijft dat er eerst minder restrictieve maatregelen dienen te worden toegepast alvorens over te gaan tot het ultimatum remedium van de dwangopname (Keurentjes 2005).

De afdeling hield zich bezig met de 7x 24-uurdienst, de opvang van 'psychiatrische' dak- en thuislozen en het uitvoeren van klinische (dwang)-opnames. Het merendeel van de consulten werd uitgevoerd op politiebureaus bij mensen met ernstige gedragsstoornissen, van wie de meerderheid niet in reguliere behandeling was. De rijdende psychiater verrichtte op een bepaalde manier eenzijdig werk – scribent kan zich een dag herinneren waarop hij 16 mensen bezocht na een suïcidepoging – maar anderzijds helemaal niet: ieder mens, iedere situatie is namelijk anders.

De spoedeisende psychiatrie was niet erg wetenschappelijk – alleen Jonkers (1988) promoveerde op een exploratief onderzoek naar de ambulante acute psychiatrie – en men had ook geen richtlijnen. De praktijk was niet *evidence-based*, ofschoon er wel standaarden werden gehanteerd die echter geen van allen op papier stonden. Het vak en de artsen moesten het vooral hebben van de verhalen die op het ochtendrapport verteld werden en van kennis die volgens het meester-gezelmodel van psychiater op arts-assistent werd overgedragen en dus primair *practice-based* was.

PERIODE 1990-2000

Eind jaren tachtig werd de VAP opgeheven en ondergebracht in de Centrale Riagg Dienst (CRD). Deze stichting werd op haar beurt in 1995 opgeheven vanwege de verregaande regionalisatie van de

Amsterdamse geestelijke gezondheidszorg (ggz). Elk van de drie Amsterdamse ggz-instellingen tuigde haar eigen crisisdienst op en bediende daarmee de eigen regio. Daarmee werd een goed functionerende en betaalbare stedelijke crisisdienst ontmanteld. Psychiatrische patiënten houden zich echter niet aan regiogrenzen en al snel bleek dat gebrek aan samenwerking en het vasthouden aan principes van het Amsterdamse model een goede uitvoering van de spoedeisende psychiatrie in de weg stonden.

'De historische continuïteit werd verstoord. Men dacht: als je het reguliere werk goed doet, heb je minder crisissituaties, dus we stoppen het geld in langdurig transmurale zorg. Maar die verwachting kwam niet uit. Het gevolg was versnippering en teloorgang van expertise' (Van Brussel 2003).

PERIODE 2000-2008

De aanzet tot een nieuwe stedelijke crisisdienst was een incident in de Helmerbuurt in 1999. Een man overleed in een politiecel, nadat hij in verwarde toestand zijn meubilair naar buiten had gegooid. Pas in 2003 ontstond er weer één stedelijke Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA). Deze lange aanlooptijd werd toegeschreven aan drie vertrouwenscrises: tussen de politie en GGD enerzijds en de ggz anderzijds, tussen de ggz-organisaties onderling, en binnen organisaties tussen de leiding en de medewerkers op de werkvloer.

Het zogenoemde Amstelzorgakkoord uit 2000 en een kort geding dat in 2001 door de gemeente tegen een ggz-instelling werd aangespannen (en gewonnen) teneinde een patiënt met een inbewaringstelling (ibs) vanuit de politiecel opgenomen te krijgen, stonden aan de basis van nieuwe afspraken over samenwerking tussen de ggz, politie en GGD. Als antwoord op protesten van de politie over langdurig verblijf van patiënten op politiebureaus ('geen gestoorden in de cel') kwam er een screeningsruimte waar de patiënt psychiatrisch beoordeeld wordt. Plaatsingsproblemen, door een schaarste aan acute-opnamebedden, loste men op door een Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA)

met een stedelijke bufferfunctie. Hierdoor nam zowel het verblijf van patiënten in de politiecel, de wachttijd tot opname, als het aantal gastplaatsingen sterk af (Mulder e.a. 2005).

DE IBS-EPIDEMIE

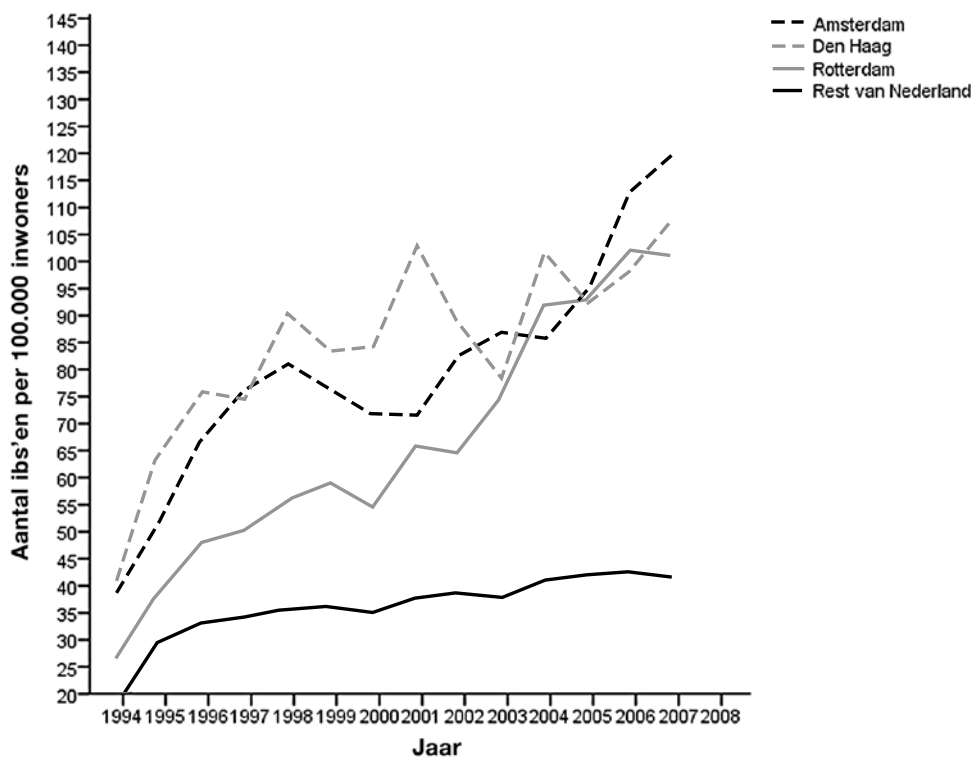
In de beschreven periode manifesteerde zich tegelijkertijd een landelijke toename van ibs'en, die vooral in de grote steden relatief groot was (Mulder e.a. 2006). Tot 1992 bleef het aantal ibs'en relatief stabiel en schommelde tussen 25 en 35 per 100.000 inwoners. Daarna trad een explosieve groei op, met verhoudingsgewijs de sterkste stijging in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag (figuur 1). In Amsterdam steeg het aantal ibs'en in de periode 1992-2002 van 180 naar 612; een stijging van 340% (Van der Post e.a. 2004).

In 2006 bedroeg het totaal aantal ibs'en in Amsterdam 840, waarvan 661 werden uitgeschreven door de SPA en 179 door de drie afzonderlijke

ggz-instellingen (Jaarverslag SPA 2006). In 2007 steeg dit cijfer verder tot 895 ofwel 120 per 100.000 inwoners (gegevens BOPZ-bureau JellinekMentrum). De cijfers zijn over de jaren heen redelijk vergelijkbaar doordat registratiemethode en verzorgingsgebied niet wezenlijk veranderden.

Het aantal Amsterdamse ibs'en is tussen 1988 (189) en 2007 (895) dus meer dan verviervoudigd. Vaststaat dat de introductie van de Wet Bopz in 1994 aan het begin van deze stijging staat en daar ook een bijdrage aan leverde (Mulder e.a. 2006). Volgens Janssen (1998) speelt daarnaast een combinatie van factoren mee: toegenomen kwetsbaarheid van de patiënt, afgenomen therapietrouw, verminderde sociale steun en maatschappelijke tolerantie, en ontwikkelingen binnen de ggz. Specifiek voor Amsterdam wijst Janssen op de verminderde intensiteit van de ambulante zorg en de organisatorische veranderingen in de spoedeisende psychiatrie.

FIGUUR 1 Aantal inbewaringstellingen per 100.000 inwoners Amsterdam, Rotterdam, Den Haag versus rest van Nederland (1994-2007)



ORGANISATIESTRUCTUUR

Op welke wijze zouden de beschreven organisatorische veranderingen mede van invloed geweest kunnen zijn op de ibs-toename? Hoewel speculatief, formuleren we hier enkele mogelijke hypothesen. Daarbij moet men bedenken dat de ibs-epidemie een grootstedelijk fenomeen is, dat zich niet beperkt tot Amsterdam.

Bij de CRD werd de 7 x 24-uursdienst uitgevoerd door 8 arts-assistenten, halfjaarlijks wisselend en deels in opleiding tot psychiater, ondersteund door 6 ervaren psychiaters in de achterwacht. Men kende elkaar goed, waardoor het aantal misverstanden beperkt bleef. Aan de SPA is een veel groter aantal medewerkers van diverse disciplines verbonden. Vóór de psychiatrische beoordeling voert de afdeling Vangnet en Advies van de GGD nog een screening uit, om patiënten met psychiatrische of somatische problemen en degenen met verslavingsproblematiek gericht door te verwijzen. Hoewel onderzoek ontbreekt, zou de inzet van het grote aantal (deels onervaren) achterwachten en (deels onervaren) 'voorwachten' mede een factor kunnen zijn in het toegenomen aantal ibs'en. Onzekerheid, onbekendheid met elkaar en communicatieproblemen leiden wellicht onwillekeurig tot een restrictiever beleid, met eerder overgaan tot ibs.

Daarnaast lijkt de tolerantie in Amsterdam minder te worden en lijken er repressieve tendensen aanwijsbaar te zijn in het gemeentebeleid. Zo heeft Amsterdam zich ten doel gesteld in 2011 geen dak- en thuislozen meer op straat te hebben (Gemeente Amsterdam 2006). Het is voorstelbaar dat politie en GGD impliciet druk uitoefenen op de SPA om sneller en vaker dwangopnames te realiseren en daarmee zwervers uit het straatbeeld te laten verdwijnen. Men kan echter ook stellen dat we nu eindelijk (gedwongen) zorg bieden aan verkommerde en verloederde zorgmijders. De vraag blijft of het mogelijk is deze patiënten op een minder restrictieve manier te behandelen en te reintegreren in onze samenleving.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Terwijl de psychiatrie zich ontwikkelt tot een vak waarin wetenschappelijke evidentie leidend is, is wetenschappelijk onderzoek naar de spoedeisende psychiatrie beperkt gebleven. Nederlandse studies naar de effecten van dwang, naar de stijging van het aantal dwangopnames en naar de patiëntenpopulatie van de acute psychiatrie zijn nog schaars (Mulder 2002; Mulder e.a. 2006; Wierdsma e.a. 2006). Dat is te betreuren, 'want de psychiatrie kan zich niet veroorloven deze activiteiten op het snijvlak van de professie en de maatschappij die meer en meer de publieke aandacht trekken en waarvoor meer en meer verantwoording gevraagd wordt te verwaarlozen' (Van Tilburg 2006). In tegenstelling tot Rotterdam, waar recent een hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg is benoemd (Mulder 2007), is er aan de Amsterdamse universiteiten geen leerstoel spoedeisende of sociale psychiatrie. Dat is een gemis voor de ontwikkeling van dit vak.

Om de epidemie het hoofd te bieden is gezamenlijk grootstedelijk onderzoek nodig naar de achterliggende oorzaken van de stijging van dwangopnames, naar de waardering van de acute psychiatrische zorg door patiënten en naar de effecten van dwangopnames op het verloop van hun behandeling.

CONCLUSIE

De door ons besproken organisatorische ontwikkelingen in de Amsterdamse spoedeisende psychiatrie van de afgelopen 25 jaar liepen synchroon met een epidemie van dwangopnames in de grote steden. Niet alleen de Wet Bopz en maatschappelijke ontwikkelingen, maar ook de wijze waarop we onze spoedeisende psychiatrie inrichten, kan invloed hebben op het al dan niet overgaan tot dwangopnames. Spoedeisende psychiatrie is een vak apart en vergt specifieke expertise. De kwaliteit van deze spoedeisende zorg is niet alleen afhankelijk van deskundigheid en ervaring binnen een organisatie, maar ook van organisatie-

structuur, bedrijfsvoering en wetenschappelijke evidentie. Maar nog belangrijker zijn de attitude van medewerkers en de bejegening van patiënten. Zoals Gersons (1986) stelt: ‘Voor de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg is het noodzakelijk dat de hulpverlener de problemen als gewoon en niet als wezensvreemd herkent, ziet hoezeer verdriet en wanhoop mensen in verwarring brengen.’

✍ Wij danken L. van der Post voor het ter beschikking stellen van de ibs-cijfers en de figuur.

LITERATUUR

- Achilles, R.A., & Beerthuis, V. (1991). De schietende psychiater (2). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, 418-419.
- Brussel, G. van (2003). Het experiment met de screeningsruimte. In: Jaarverslag GG&GD Amsterdam. Amsterdam GG&GD.
- Ewijk, W.M. van (1991). De schietende psychiater (3). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, 537-539.
- Gemeente Amsterdam (2006). *Beleidsplan maatschappelijke opvang, ambulante verslavingszorg en bestrijding huiselijk geweld 2007-2010: Participatie, partnerschap en resultaat*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gersons, B. (1986). *Acute psychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Janssen, M. (1998). *Dwang in Amsterdam: eindrapport van het onderzoek ‘Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam’*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Jonkers, J.F.J. (1988). *De rijdende psychiater. Een exploratief onderzoek naar de ambulante acute psychiatrie in Amsterdam*. (Proefschrift, Universiteit van Amsterdam).
- Keurentjes, R.B.M. (2005). *De Wet BOPZ*. Den Haag: Sdu.
- Mulder, C.L. (2002). Voor wie is de acute dienst? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 523-531.
- Mulder, C.L., Broer, J., Uitenbroek, D., e.a. (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 319-322.
- Mulder, C.L. (2007). *Psychiatrie voor mensen die er niet om vragen*. (Inaugurale rede). Rotterdam: Erasmus MC.
- Mulder, W., Dekker, J., & Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2005). *De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam. Ervaringen met grootstedelijke acute opnames*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 383-389.
- Post, L.F.M. van der, & de Vries, D. (1991). De schietende psychiater. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, 294-295.
- Post, L.F.M. van der, Peen, J., Schoevers, R.A., e.a. (2004). Psychiatrische behandeling na een Inbewaringstelling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 209-217.
- Mentrum (2007). *Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. Jaarverslag 2006*. Amsterdam: Mentrum.
- Tilburg, W. van (2006). *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Amsterdam: Benecke.
- Wierdsma, A.I., van Baars, A.W.B., Mulder, C.L. (2006). Psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg bij dwangopneming. *Zorggebruik als indicator van de kwaliteit van zorg bij inbewaringstellingen in Rotterdam*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 81-94.

AUTEURS

W. VAN EWIK is psychiater en MBA, en werkzaam als voorzitter van de raad van bestuur van Stichting BuitenamstelGeestgronden en lid van de raad van bestuur van VU medisch centrum Amsterdam.

C.M.T. GIJSBERS VAN WIJK is psychiater en werkzaam als geneesheer-directeur bij Stichting BuitenamstelGeestgronden en verbonden aan VU medisch centrum Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. C.M.T. Gijsbers van Wijk, Lassusstraat 2, 1075 GV Amsterdam.

E-mail: cecileg@ggzba.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-4-2008.

SUMMARY

Emergency psychiatry in Amsterdam: a historical case study – W. van Ewijk, C.M.T. Gijsbers van Wijk –

Over the past 25 years the system of centralised management of emergency psychiatry has disappeared and re-appeared. Since 2000 improvements have been made in the logistics, organisation and quality of emergency care. In the same period, however, there has been a horrendous increase in the number of compulsory admissions in the main Dutch cities. The authors hypothesise that this increase may be due partly to organisational changes in the psychiatric emergency services and partly to the introduction of a new mental health act and changes in society.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 41-46]

KEY WORDS acute psychiatry, compulsory admissions, crisis services, emergency psychiatry, mental health