

# Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005

L.F.M. VAN DER POST, J.J.M. DEKKER, J.F.J. JONKERS,  
A.T.F. BEEKMAN, C.L. MULDER, L. DE HAAN, W.G. MULDER,  
R.A. SCHOEVERS

**ACHTERGROND** Sinds 1992 stijgt het aantal inbewaringstellingen (ibs'en) in Nederland opvallend. In Amsterdam is er zelfs sprake van een verdrievoudiging. Psychiatrische behandeling in de Amsterdamse klinieken dreigt gedomineerd te worden door dwang.

**DOEL** Een beeld krijgen van de veranderingen in de acute psychiatrie die hebben bijgedragen aan de stijging van het aantal dwangopnames met ibs.

**METHODE** Vergelijken van een cohort (n=460) consulten verricht door de stedelijke crisisdienst in 1983 met een cohort (n = 436) consulten verricht in 2004-2005 op de volgende variabelen: werkwijze van de crisisdienst, kenmerken van de patiënten, diagnose en uitkomst van de consulten.

**RESULTATEN** Vergeleken met 1983 waren er in 2004-2005 meer diensten betrokken bij psychiatrische patiënten in acute situaties in het publieke domein. Het aantal patiënten dat via de politie kwam, verdubbelde. De consulten, die in 1983 uitsluitend werden gedaan op de plek waar de patiënt verbleef, werden in 2004-2005 voor 60% op het bureau van de dienst gedaan. Het aantal patiënten met een psychose in de cohort nam toe van 52,0 naar 63,3%. Er was een toename van ibs-opnames (van 16,7 naar 20,0% van de interventies) en een scherpe daling van vrijwillige opnames (van 25,7 naar 7,6%). Het totale aantal opnames na een consult daalde van 42 naar 28%.

**CONCLUSIE** De outreachende dienst met een eerstelijns karakter van 1983 is veranderd in een gespecialiseerde psychiatrische EHBO met een bescheiden outreachende functie. De vrijwillige opname is vrijwel verdwenen bij de crisisdienst. Nader onderzoek naar de kenmerken van de consulten en naar de variabelen die een rol spelen bij het toepassen van dwang is noodzakelijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)3, 139-150]

**TREFWOORDEN** acute psychiatrie, crisisinterventie, inbewaringstelling, onvrijwillige psychiatrische behandeling, psychose, schizofrenie

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw stijgt het aantal psychiatrische dwangopnames in Europa (De Stefano & Ducci 2008). Nederland vormde op deze ontwikkeling geen uitzondering (Janssen 1998; Nijman e.a. 1999; Poletiek 1997). Toename betrof zowel de opname met inbewaring-

stelling (ibs) als de opname met rechterlijke machtiging (Mulder e.a. 2006; Van Vree e.a. 2002).

Het aantal ibs-opnames steeg van 22,2 per 100.000 inwoners in 1979 naar 53,2 per 100.000 inwoners in 2004 (Mulder e.a. 2006; Van der Post e.a. 2004). In Amsterdam steeg het aantal ibs'en in

die periode met 319% naar 86 per 100.000 inwoners (bron: Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg, BOPZIS-database)(figuur 1). Door deze ontwikkeling verblijft een steeds groter deel van de opgenomen patiënten onder dwang in het psychiatrisch ziekenhuis. In onze eigen instelling, JellinekMentrum GGZ (thans Arkin GGZ), werd in 1992 nog 73% van de patiënten vrijwillig opgenomen op een totaal van 613 patiënten, in 2002 was dit aantal gedaald naar 53% op een totaal van 469 (bron: Patiëntenregistratie Mentrum).

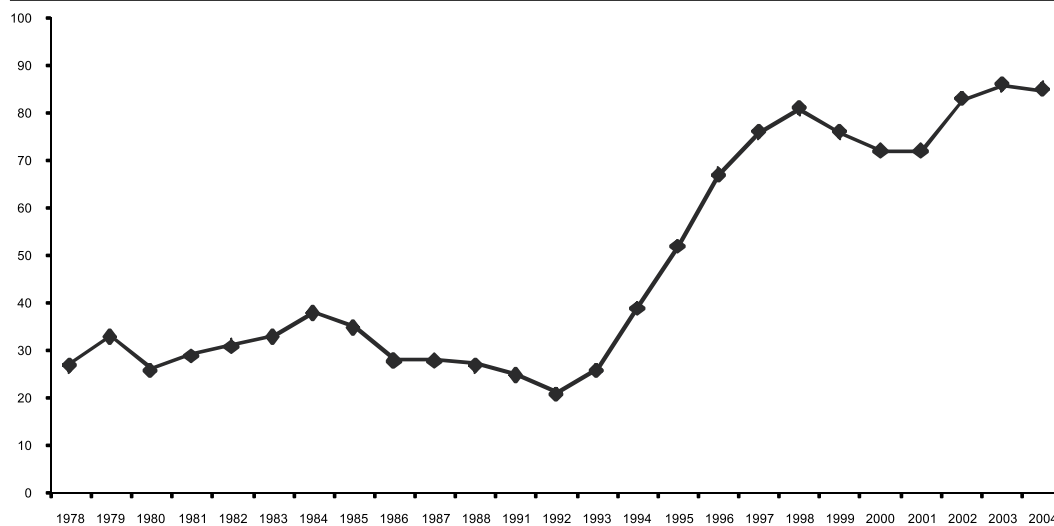
Deze ontwikkeling legt een toenemende druk op de relatief dure en in hun capaciteit beperkte voorzieningen voor acute psychiatrie zoals de 24-uurscrisisdienst en de psychiatrische intensiverecare-units, maar leidt ook tot een grote belasting voor het justitiële apparaat. Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg worstelen vooral in de grootstedelijke gebieden met een steeds toenemende vraag terwijl de beschikbare middelen beperkt zijn. Vanuit patiëntenperspectief bezien betekent deze ontwikkeling dat psychiatrische ziektes als schizofrenie zich kennelijk vaker tot ernstige toestandsbeelden ontwikkelen waarin acuut en vaak gedwongen ingrijpen noodzakelijk is. Het is duidelijk dat dit een ongewenste ontwikkeling is die leidt tot een beperking van de auton-

omie van de patiënt en bij 40% (SD: 18%) van de patiënten een negatieve ervaring met de psychiatrie oproept (Schoevers e.a. 2006).

Er zijn ter verklaring van de toename van het aantal dwangopnames verschillende hypothesen geopperd. Sommigen vestigen de aandacht op het verkorten van de gemiddelde opnameduur in combinatie met een toename van het aantal heropnames, een verschijnsel dat zich de afgelopen twintig jaar in alle landen van de Europese Gemeenschap heeft voorgedaan (Mulder e.a. 2006; DeStefano & Ducci 2008). Ook zouden een verminderde tolerantie ten opzichte van afwijkend gedrag en een toenemende roep om veiligheid vanuit de maatschappij bij deze ontwikkeling een rol spelen (Janssen 1998; Van Vree e.a. 2002). Mulder e.a. (2006) toonden verder aan dat ook de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) in 1994 een versneling gaf in de toename van het aantal dwangopnames.

Naast deze veranderingen in de duur en de frequentie van de psychiatrische opnames en in de juridische en maatschappelijke omstandigheden zijn er tussen 1983 en 2004 ook veranderingen geweest in de organisatie van de Amsterdamse ggz.

FIGUUR 1 Aantal inbewaringstellingen per 100.000 Amsterdammers (bron: Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg, BOPZIS-database)



De afdeling Volwassenenpsychiatrie van de GGD die sinds 1930 de acute psychiatrie voor de stad verzorgde, werd in 1994 opgesplitst in drie afzonderlijke acute diensten met elk een deel van de stad onder hun hoede. Men meende dat door decentralisatie van de dienst er een betere aansluiting zou komen tussen de op de stadsregio georiënteerde reguliere behandelingen en de crisisinterventie en hoopte dat daardoor de frequentie van crisisconsulten zou afnemen. Elk van deze diensten was verbonden met een van de drie Amsterdamse psychiatrische ziekenhuizen en was verantwoordelijk voor de acute psychiatrie in een toegewezen deel van de stad. In 2003 werden deze drie diensten wegens coördinatie- en efficiencyproblemen onder sterke druk van de stedelijke politiek weer samengevoegd tot één dienst: de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA). Deze dienst opereert nu in samenwerking met de GGD en vijf acute behandelteams die elk tijdens kantooruren een specifiek deel van de stad onder hun hoede hebben.

Wij verrichtten een onderzoek om een beeld te krijgen van de veranderingen in de acute psychiatrie die hebben bijgedragen aan de stijging van het aantal dwangopnames met ibs. Daartoe vergeleken wij van een cohort consulten verricht door de stedelijke crisisdienst in 1983 met een cohort consulten verricht in 2004-2005.

## METHODE

### Setting en cohorten

De eerste cohort bestond uit 460 consulten bij 388 verschillende patiënten tussen 14 en 66 jaar met een vaste verblijfplaats in Amsterdam. De afdeling Acute Psychiatrie van de Geestelijke Hygiëne van de GG&GD zag deze patiënten in 1983 tijdens spoedeisende consulten, en beoordeelde hun psychiatrisch toestandbeeld en de noodzaak van opname. Van 1248 consulten die plaatsvonden in de 5 maanden tussen 15 december 1982 en 15 mei 1983 werd 63% van de consulten buiten het onderzoek gehouden omdat de patiënt

jonger dan 15 of ouder dan 64 was of niet in Amsterdam woonde of omdat het consult niet een vraag om een psychiatrische beoordeling betrof. Herhalingsconsulten op eigen initiatief van de dienst werden ook buiten de analyses gehouden. Jonkers (1988) beschreef de resultaten in zijn proefschrift, maar de originele consultbeschrijvingen zijn niet meer beschikbaar voor analyse.

De tweede cohort werd samengesteld uit de 779 consulten die tussen 1 november 2004 en 1 april 2005 verricht werden door de SPA. De gegevens van de tweede groep consulten werden verzameld als onderdeel van een prospectief cohortonderzoek naar de variabelen die de kansen op een ibs bepalen (Van der Post e.a. 2008). De eerste fase van dit onderzoek begon eind 2004. Doordat wij dezelfde exclusiecriteria toepasten als Jonkers viel 44% (343) van deze cohort af.

### De crisisdienst in 1983

Getrainde stafmedewerkers van de afdeling Volwassenen Psychiatrie van de GGD behandelde de aanvragen van de consulten. Alleen consulten van huisartsen, psychiaters of andere disciplines werkzaam in de ggz, de gemeentelijke ambulancedienst, eerstehulpartsen van ziekenhuizen, politiefunctionarissen, de GGD op Schiphol en leidinggevende personen van Hulp voor Onbuisden en het Leger des Heils werden in behandeling genomen (Jonkers 1988).

Het consult werd tijdens kantooruren meestal uitgevoerd door een psychiater en daarbuiten door een arts in opleiding tot psychiater (aios) met een psychiater als achterwacht.

### De crisisdienst in 2004-2005

Spoedeisende openbare geestelijke gezondheidszorg in Amsterdam wordt tegenwoordig door zowel de psychiatrieafdeling (Vangnet & Advies) van de GGD als de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) uitgevoerd. Patiënten die in contact komen met de politie of andere openbare diensten worden eerst gescreend door de dienst-

doende sociaal psychiatrisch verpleegkundige van Vangnet & Advies (v&a). Deze selecteert de patiënten die een consult van de Spoedeisende Psychiatrie nodig hebben. v&a doet deze psychiatrische triage jaarlijks bij ongeveer 4500 patiënten en verwijst van hen ongeveer 30% door naar de SPA (Van Brussel & Buster 2006). De SPA verzorgt gedurende zeven dagen per week, 24 uur per dag de spoedeisende psychiatrie en crisisinterventie en is nauw verbonden met de vijf Acute Behandelteams die spoedeisende hulp bieden in de aan hen toegewezen stadsdelen tijdens kantooruren. Deze teams werken vooral op verwijzing van huisartsen of ggz-medewerkers en laten ook overdag het domein van de openbare ggz over aan de SPA. De SPA van vandaag lijkt op de crisisdienst van 1983 wat betreft de lijst van erkende verwijzers. Net als in 1983 hebben de patiënten in 2005 geen directe toegang tot de dienst.

Maar er zijn ook verschillen. De consultaanvragen worden 24 uur per dag telefonisch beoor-

deeld en aangenomen door een (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundige en niet door een bureaumedewerker, zoals in 1983. Het consult wordt op werkdagen tussen 9:00 en 22:00 uur in het algemeen uitgevoerd door een aios samen met een sociaal-psychiatrische verpleegkundige. Een psychiater is op de achtergrond beschikbaar voor advies of deelname aan het consult. Buiten de aangegeven tijden doet de aios de consulten alleen, met een psychiater als telefonische achterwacht. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen speelden in de nieuwe dienst dus een belangrijke rol.

#### Patiënten en variabelen

Van beide cohorten werden sekse, leeftijd, burgerlijke staat, samenlevingsvorm, aanvrager van het consult, plaats en tijdstip van het consult, psychiatrisch toestandbeeld en uitkomst van het consult vastgelegd.

Sommige tabellen van Jonkers (1988) waren

TABEL 1		Toedeling van CHAM-scores* aan DSM-IV-categorieën volgens het expertpanel in 1ste, 2de en 3de keus					
CHAM-toestandsbeeld	DSM-IV-categorie	1e keus		2e keus		3e keus	
		%		%		%	
1. Soporeuze toestand	Overige stoornissen	100					
2. Schemertoestand	Overige stoornissen	100					
3. Delirante toestand	Overige stoornissen	100					
4. Stuporeuze toestand	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	100					
5. Paranoïsch hallucinatoire toestand	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	100					
6. Hallucinatoire toestand	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	100					
7. Paranoïsche toestand	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	100					
8. Manische toestand	Manische episode	100					
9. Melancholische toestand	Depressie met psychotische kenmerken	100					
10. Amnestische toestand	Overige stoornissen	100					
11. Verwardheidstoestand	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	80	Overige stoornissen	15	Uitgesteld	5	
12. Opwindingstoestand	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	45	Overige stoornissen	55			
13. Depressieve toestand	Depressie en overige bipolaire stoornissen	100					
14. Geagiteerd depressieve toestand	Depressie en overige bipolaire stoornissen	100					
15. Angsttoestand	Overige stoornissen	100					
16. Gedragsanomalie	Schizofrenie & overige psychotische stoornissen	30	Overige stoornissen	70			
17. Hyperesthetische emotionele toestand	Overige stoornissen	100					
18. Observatie/niet te classificeren	Uitgesteld	100					

\*Het CHAM-classificatiesysteem (van 'consistent, hiërarchisch, arbitrair en monothetisch') werd in 1983 gebruikt in Amsterdam (Silberman 1971).

samengesteld op basis van het aantal consulten (460), andere op basis van het aantal patiënten (388) dat in de periode één of meerdere consulten kreeg. De gegevens uit de cohort 2004-2005 zijn op overeenkomstige wijze weergegeven.

De gegevens van de cohort uit 2004-2005 waren afkomstig uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) waarin sinds 15 september 2004 alle consultgegevens van de SPA worden ingevoerd. Deze gegevens werden verzameld in het kader van de Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (Van der Post e.a. 2008).

In 1983 maakten de acute diensten in Amsterdam gebruik van het CHAM-systeem om de psychiatrische toestandsbeelden te classificeren. De afkorting CHAM staat voor ‘consistent, hiërarchisch, arbitrair en monothetisch’. Deze door Silberman (1971) opgestelde lijst bestond uit twintig hiërarchisch geordende, elkaar onderling uitsluitende beschrijvingen van toestandsbeelden, gebaseerd op een fenomenologische beschrijving van de toestand van de patiënt tijdens het consult. In 2004 werd de DSM-IV gebruikt, gebaseerd op zowel symptomen als beloop (American Psychiatric Association 1994). Om een omzettingstabel te

krijgen werd aan vijf psychiaters met ervaring met het CHAM-systeem elk afzonderlijk gevraagd om een CHAM-classificatie voor te stellen die het beste paste bij de volgende vijf clusters van DSM-IV-categorieën (op as I): ‘schizofrenie en overige psychotische stoornissen’, ‘manische episode’, ‘depressie en andere bipolaire stoornissen’, ‘overige stoornissen’ en ‘uitgestelde diagnose’. Hun werd gevraagd voor elke CHAM-toestand aan te geven voor hoeveel procent deze toegerekend kon worden aan een van de vijf DSM-IV-clusters. Waar verschillende percentages werden opgegeven, werden gemiddelden berekend. Overigens liepen de schattingen niet ver uiteen. Dit leidde tot het samenstellen van een omzettingstabel.

De aantallen ibs'en van beide onderzochte cohorten werden afgezet tegen het totale aantal ibs'en dat werd afgegeven in Amsterdam gedurende de beide onderzoeksperiodes. Het totale aantal ibs'en in Amsterdam gedurende de onderzoeksperiode 2004-2005 werd aan het registratiesysteem van de Wet Bopz (BOPZIS) ontleend (Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg, BOPZIS-database).

TABEL 2 Consulten bij 2 cohorten bij de Amsterdamse crisisdienst, vergeleken op plaats, tijdstip en verwijzer, 1983 en 2004-2005

	Cohort 1983 (n = 460); (%)	Cohort 2004-2005 (n = 436); (%)	$\chi^2$ -toets p
<b>Plaats van het consult</b>			
Thuis	281 (61)	78 (18)	p < 0,001
Bij familie/vrienden	52 (11)	29 (7)	
Politiebureau	104 (23)	71 (16)	
Elders	23 (5)		
Op bureau		258 (59)	
<b>Tijdstip</b>			
Overdag: werkdagen (8:00-18:00 uur)	214 (47)	107 (25)	p < 0,001
Avond/nacht: werkdagen (18:00-8:00 uur)	139 (30)	237 (54)	
Weekend: (8:00-8:00 uur)	107 (23)	92 (21)	
<b>Verwijzende instantie</b>			
Huisarts	177 (39)	60 (14)	p < 0,001
Politie (via GGD)	135 (29)	273 (63)	
ggz	81 (18)	52 (12)	
Andere hulpverleners	39 (9)	8 (2)	
Overigen	28 (6)	43 (10)	

## RESULTATEN

De verschillen tussen de consulten in de cohorten van 1983 en 2004-2005 worden getoond in tabel 2. Door de veranderde organisatorische opzet van de stedelijke crisisdienst werd in 2004-2005 59,2% van de consulten op het bureau van de Spoedeisende Psychiatrie gedaan, iets wat in 1983 niet voorkwam. Dit ging vooral ten koste van de huisbezoeken. Die daalden van 61 naar 18%. Maar ook het aantal consulten op het politiebureau nam af: van 22,6 naar 16,3%.

Er was een afname van consulten tijdens kantooruren van 46,5 naar 24,5%, terwijl het aantal consulten tijdens doordeweekse avonddiensten steeg van 30,2 naar 54,4%. Het aantal verwijzingen door de politie was verdubbeld (van 29,3 naar 62,7%) terwijl de aantallen verwijzingen door huisartsen en andere behandelaars daalden, respectievelijk van 38,5 naar 13,8% en van 8,5 naar 1,8%.

In tabel 3 worden de demografische verschillen tussen de twee cohorten getoond. Vergeleken met 1983 was het aantal mannen dat een crisisconsult kreeg significant toegenomen: van 44,8 naar

56,0% ( $p < 0,01$ ) terwijl er een significante afname was van getrouwde en samenwonende mensen ( $p < 0,001$ ) in de cohort. Ook de leeftijdsverdeling van de twee cohorten was veranderd ( $p < 0,001$ ). De leeftijdsklasse van 35-44 jaar was groter geworden en die van 55-64 was minder vertegenwoordigd in de recente cohort dan in 1983. De gemiddelde leeftijd liet een kleine daling zien: van 40,3 naar 38,7 jaar.

In tabel 4 is te zien dat er sprake was van een betekenisvolle verschuiving binnen de cohorten waar het de verdeling van de diagnostische categorieën betrof ( $p < 0,001$ ). Het aantal depressieve patiënten was afgenomen, terwijl er een toename was van het aantal patiënten dat een diagnose kreeg in het psychotische spectrum. Daarnaast werd het stellen van een diagnose door de medewerkers van de dienst in 2004-2005 vaker uitgesteld.

Uit tabel 5 blijkt dat er een belangrijke verschuiving had plaatsgevonden in de interventie waarmee het consult werd afgesloten ( $p < 0,001$ ). In 1983 werd 42,4% van de patiënten psychiatrisch opgenomen na het consult, tegen 28% in 2004-2005.

TABEL 3 Demografische kenmerken van twee cohorten bij de Amsterdamse crisisdienst, 1983 en 2004-2005

	Cohort 1983		Cohort 2004-2005		
	n	(%)	n	(%)	p
Man	174	(45)	216	(56)	< 0,01
Vrouw	214	(55)	170	(44)	
Totaal	388	(100)	386	(100)	
Leeftijd in jaren					
15-24	62	(16)	46	(12)	< 0,001
25-34	100	(26)	101	(26)	
35-44	93	(24)	130	(34)	
45-54	73	(19)	79	(21)	
55-64	66	(17)	30	(8)	
Totaal	394	(100)*	386	(100)	
Woonsituatie (per consult)					
alleenwonend	258	(56)	241	(55)	< 0,001
gehuwd/samenwonend	136	(30)	96	(22)	
bij ouders	36	(8)	37	(9)	
overig/onbekend	30	(7)	62	(14)	
	460	(100)	436	(100)	

\*Absolute aantallen waren niet beschikbaar, en werden afgeleid van percentages; dit maakte het totaal hoger dan  $n = 388$ .

TABEL 4 Diagnostische categorieën van twee cohorten consulten bij de Amsterdamse crisisdienst, 1983 en 2004-

Diagnostische categorie	2005		$\chi^2$ -toets p
	Cohort 1983 n (%)	Cohort 2004-2005 n (%)	
Psychotische stoornis	204 (52)	216 (63)	< 0,01
Manische episode	30 (8)	31 (9)	
Depressies en overige bipolaire stoornissen	82 (21)	44 (13)	
Overige stoornissen	76 (19)	50 (15)	
Totaal stoornis bekend	392 (100)	341 (100)	
Totaal stoornis bekend	392 (85)	341 (78)	< 0,01
Uitgestelde/onbekende diagnose	68 (15)	95 (22)	
Totaal bekend plus uitgesteld/onbekend	460 (100)	436 (100)	

Bij de categorie overig/ambulante behandeling gebeurde het omgekeerde: een toename van 50,2 naar 64,4%. Ook was er een verschuiving van vrijwillige naar onvrijwillige (ibs-)opname. In 1983 besloot de arts bij 39,9% van de opnames dat deze met dwang moest gebeuren, in 2004-2005 was dat bij 72,5% van de opnames het geval. Wanneer gekeken werd naar ibs-opname als proportie van alle interventies, werden de verschillen kleiner. In 1983 eindigde 16,7% (77 van 460) van de crisisconsulten in een ibs tegenover 20% (87 van 436) in 2004-2005.

De crisisdienst nam in 1983 met de beschreven cohort 76% (77) van de 101 ibs'en die in de onderzochte periode in Amsterdam werden uitgeschreven voor zijn rekening (tabel 6). De overige ibs'en (24%) werden uitgeschreven bij de geëxcludeerde consulten of bij een andere instelling in de stad. De beschreven cohort van de crisisdienst in 2004-2005 nam een veel kleiner deel van de 257 ibs'en die er in de beschreven periode werden uitgeschreven voor zijn rekening, namelijk 34% (87)

(bron: Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg, BOPZIS-database). Van de overige ibs'en werden er 65 (25%) uitgeschreven bij de 343 geëxcludeerde consulten behorende bij de onderzochte cohort. De overige ibs'en (41%) werden uitgeschreven bij een andere instelling in de stad.

## DISCUSSIE

In ons onderzoek bestudeerden wij veranderingen in het functioneren van de stedelijke spoedeisende psychiatrie, verschillen tussen de kenmerken van de patiënten en de kenmerken van de consulten en verschillen in de uitkomsten van de consulten.

### De veranderde werkwijze en verwijzingspatronen

Het bleek dat de werkwijze van de stedelijke crisisdienst in twintig jaar is veranderd. De dienst is van een rijdende psychiater veranderd in een

TABEL 5 Uitgevoerde interventies in twee cohorten bij de Amsterdamse crisisdienst, 1983 en 2004-2005

Interventie	2005		$\chi^2$ -toets p
	Cohort 1983 n (%)	Cohort 2004-2005 n (%)	
Psychiatrische opname	195 (42)	120 (28)	p < 0,001
Opname in crisiscentrum	34 (7)	35 (8)	
Overig, waaronder ambulant	231 (50)	281 (64)	
Totaal	460 (100)	436 (100)	
Aard opname			
Vrijwillige opname	118 (61)	33 (28)	p < 0,001
Opname met inbewaringstelling	77 (39)	87 (72)	

TABEL 6 Aantallen inbewaringstellingen (ibs'en) in twee cohorten (1983 en 2004-2005) bij de Amsterdamse crisisdienst, vergeleken met totaal aantal ibs'en in de stad

	Cohort 1983	Cohort 2004-2005
	n (%)	n (%)
ibs'en in beschreven cohort	77 (76)	87 (34)
ibs'en in geëxcludeerde consulten	24 (24)	65 (25)
Elders uitgeschreven ibs'en		105 (41)
Totaal aantal ibs'en in de stad in de periode	101 (100)	257 (100)

psychiatrische EHBO die 60% van de consulten op het bureau afhandelt. De consulten worden ook meer dan in 1983 buiten kantoor tijden gedaan. Dit komt waarschijnlijk doordat de vijf acute behandelteams die per stadsdeel spoedeisende hulp bieden tijdens kantoor uren een groot deel van deze consulten hebben overgenomen. Ook is de dienst helemaal een tweedelijnsinstelling geworden: alle consulten worden nu eerst beoordeeld door een medische discipline (een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of een arts), wat in 1983 maar bij ongeveer 60% van de aanmeldingen het geval was.

Een belangrijke verschuiving is dat de politie een veel grotere rol is gaan spelen bij de consultaanvragen. Zij neemt nu twee derde (was één derde) van de aanmeldingen voor haar rekening. Ook is in absolute zin het aantal patiënten dat vanuit het politiebureau bij de psychiater komt, verdubbeld. Hierbij moeten we aantekenen dat de Spoedeisende Psychiatrie maar ongeveer 30% ziet van de mensen die op het politiebureau door de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de GGD zijn gezien. Men kan aannemen dat patiënten met minder ernstige psychiatrische stoornissen door de verpleegkundige van de GGD worden tegengehouden en de patiënten bijvoorbeeld met een advies om de volgende dag naar de huisarts of de ambulante ggz-behandelaar te gaan worden heengezonden. Aangezien zowel in 1983 als in 2004-2005 de crisisdienst de enige dienst was die politieverwijzingen aannam, zou deze toename in politieverwijzingen erop kunnen wijzen dat in 2004-2005 méér psychiatrische patiënten met de politie in aanraking komen dan in 1983. Maar de beschikbare gegevens geven hier nog geen zekerheid over.

De veranderingen in de verwijspatronen hangen eveneens samen met het feit dat de consulten die door de vijf Acute Behandelteams (ABT's) worden gedaan vooral tot stand komen op verwijzing van de huisartsen. De patiënt die tijdens kantoor uren door de huisarts wordt verwezen, zal tegenwoordig bij een van die teams terecht komen.

De samenstelling van de patiëntengroep is óók gewijzigd. Mannen en patiënten met een psychotisch beeld zijn in de cohort van 2004-2005 méér vertegenwoordigd dan in 1983 terwijl de patiëntengroep gemiddeld ook wat jonger is geworden. Dit kan te maken hebben met het feit dat minder ernstige gevallen tegenwoordig opgevangen worden door de ABT's in plaats van door de stedelijke crisisdienst. Te denken valt aan patiënten met depressies, vaker vrouwen dan mannen. Wel moeten we opmerken dat, gezien de beperkte betrouwbaarheid van het omzetten van een CHAM-toestandsbeeld in een DSM-IV-categorie (zie tabel 1), de toename van het aantal patiënten met een psychose heel waarschijnlijk, maar niet 100% zeker is.

#### *Verschuiving in de aard van de interventies*

De belangrijkste verandering zien we in de aard van de uitgevoerde interventies bij afsluiting van de acute consulten: het aantal psychiatrische opnames was verminderd en er waren meer verwijzingen voor ambulante behandeling. De opnames gebeuren in driekwart van de gevallen met dwang. De toegenomen proportie ibs-opnames sluit aan bij de (sterk) toegenomen proportie politieverwijzingen. Verwijzing door de politie is een variabele waarvan het bekend is dat die de kans op



dwangopname bij een crisisconsult vergroot (Crisanti & Love 2001; Malla e.a. 1987; Rabinowitz e.a. 1995; Szmukler 1981). Dit geldt ook voor de toegenomen proportie van stoornissen in het psychotisch spectrum (Riecher e.a. 1991). Ook de verschuiving van consulten tijdens kantooruren naar consulten daarbuiten heeft betekenis voor de kans op een ibs. Buiten kantooruren worden immers vooral ernstige en acute zaken verwezen, die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag.

De daling van het aantal vrijwillige psychiatrische opnames die men in deze cohorten ziet, weerspiegelt de algemene afname van vrijwillige opnames in de stad over de jaren heen. Deze daling ging vergezeld van een uitbreiding van de ambulante behandeling. Of anders gezegd: het zijn tegenwoordig vooral de zeer ernstige, vaak gevaarlijke situaties die tot opname leiden. De overige patiënten krijgen een ambulante behandeling.

Sinds 1983 heeft de gezamenlijke capaciteit van alle diensten en teams die zich in Amsterdam met crisisinterventie, spoedeisende psychiatrie en openbare ggz bezighouden zich flink uitgebreid. Er zijn tegenwoordig veel méér ggz-professionals betrokken bij het opsporen en onderzoeken van psychiatrische patiënten in hun thuissituatie of in het openbare domein dan in 1983. Het is daarom tegenwoordig voor een zeer zieke, zorgmijdende patiënt met schizofrenie veel moeilijker dan in 1983 om het contact met de ggz te ontlopen. We zouden kunnen stellen: hoe meer ernstig zieke patiënten we (in de psychiatrie) zien, des te meer ibs-opnames we indiceren. Vraag blijft dan: hoe komt het dat van de patiënten die we ambulante (trachten te) behandelen er zoveel in ernstige, gevaarlijke situaties terecht komen? Wachten we te lang met ingrijpen? Bijvoorbeeld omdat het organiseren van een vrijwillige opname in Amsterdam zo moeilijk is?

*De inbewaringstelling: minder het exclusieve domein van de openbare ggz?*

In 2004-2005 is de stedelijke spoedeisende psychiatrie voor een veel geringere proportie

(33,9%) van het totale aantal ibs'en in Amsterdam verantwoordelijk dan dezelfde dienst in 1983 (76%). Op het eerste gezicht lijkt het dus dat de SPA niet in de eerste plaats verantwoordelijk is voor de toenames van het aantal ibs'en. Als we echter de ibs'en meenemen in het gedeelte van de 2004-2005-cohort dat we voor de vergelijking met de cohort uit 1983 buiten het onderzoek lieten, neemt de proportie ibs'en waarvoor de SPA verantwoordelijk was toe tot 59,2%. Dit is nog steeds minder dan de 76% in 1983. Het is waarschijnlijk dat het grootste gedeelte van de overige 41% ibs'en werd geïnitieerd door de ABT's tijdens kantooruren. Dat deze nieuwe teams een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de toename van het aantal ibs'en is een derde, opvallende uitkomst van dit onderzoek. De ABT's werden juist opgezet om in een vroegere fase van de ontwikkeling van symptomen ambulante en outreachende te interverniëren om zo opnames en de toepassing van dwang te kunnen voorkomen. Het lijkt of deze teams er niet voldoende in slagen om door succesvolle, ambulante, outreachende strategieën de kans op toepassing van dwang te verkleinen.

#### *Beperkingen van de studie*

Een beperking van de studie is op de eerste plaats het ontbreken van gegevens uit de vijf ABT's die tijdens kantooruren in de stadsdelen opereren. Onze conclusies betreffen dan ook slechts de consulten die door de stedelijke crisisdiensten werden verricht. Op de tweede plaats moeten we ons realiseren dat er zich gedurende de twintig jaar die het onderzoek omspant belangrijke veranderingen hebben voorgedaan in de maatschappelijke context waarbinnen de psychiatrie opereert en in de wijze waarop psychiatrische behandeling en zorg geboden worden. Zoals wij in de inleiding stelden, hangt de in dit onderzoek beschreven ontwikkeling daarmee samen. Toch kunnen historische vergelijkingen als deze helpen om patronen te ontdekken en duidelijk te maken welke van de beschreven ontwikkelingen het waarschijnlijkst samenhangen met de toename van het aantal ibs'en.

## BESLUIT

Vergeleken met 1983 zijn er tegenwoordig in Amsterdam méér diensten en teams betrokken bij patiënten in psychiatrische crisissituaties en de openbare ggz. In samenhang hiermee is de eerstelijns psychiatrische crisisdienst van 1983 in de loop van twintig jaar veranderd in een meer gespecialiseerde (tweedelijns) psychiatrische EHBO met een minder uitgesproken outreachende component. De politie is (via tussenkomst van de GGD) de belangrijkste verwijzer geworden van deze dienst. Dit betekent ook dat veel meer patiënten worden verwezen bij wie al enige vorm van dwang is toegepast (vlak) voor het consult. Steeds minder mensen komen dus vrijwillig met de dienst in aanraking. Dwang is mede daardoor het opnamebeleid van de crisisdienst sterk gaan domineren en in het verlengde hiervan wordt ook het klimaat in de psychiatrische klinieken steeds sterker door dwang bepaald.

In Amsterdam lijkt dus een steeds grotere groep patiënten (voornamelijk met een psychose) te bestaan waarmee we niet op vrijwillige basis tot een behandelrelatie komen. Dit is een zorgelijke ontwikkeling, die verder onderzoek dringend noodzakelijk maakt. Wat is de voorgeschiedenis van de consulten en hoe verlopen de consulten die tot een ibs leiden? Wat zijn de kenmerken van de betrokken patiënten en hoe is hun sociale steun georganiseerd? Welke rol spelen comorbide drugs- en alcoholgerelateerde stoornissen? Welke rol speelt de (kwaliteit van de) ggz bij de kans dat een patiënt in een psychiatrische noodsituatie raakt en dat de samenwerking met een patiënt tijdens het consult zo slecht verloopt dat een inbewaringstelling nodig is? Deze en andere vragen hopen we binnen enkele jaren in het kader van ons onderzoeksprogramma *Amsterdam Studies of Acute Psychiatry (ASAP)* te kunnen beantwoorden (Van der Post e.a. 2008).

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4de druk). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Brussel, G.H.A. van, & Buster, M.C.A. (2006). *OGGZ Monitor Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Crisanti, A.S., & Love, E.J. (2001). Characteristics of psychiatric inpatients detained under civil commitment legislation: a Canadian study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 399-410.
- De Stefano, A., & Ducci, G. (2008). Involuntary admission and compulsory treatment in Europe. *International Journal of Mental Health*, 37, 10-21.
- 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).
- Malla, A., Norman, R.M., & Helmes, E. (1987). Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *Canadian Medical Association Journal*, 136, 1166-1171.
- 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.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., & Ravelli, D. (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 103-107.
- Poletiek, F.H. (1997). De wet BOPZ getoetst aan cijfers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 349-361.
- Post, L. van der, Schoevers, R., Koppelmans, V., e.a. (2008). The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BioMed Central Psychiatry*, 8, 35.
- Post, L. van der, Peen, J., Schoevers, R.A., e.a. (2004). Psychiatrische behandeling na een inbewaringstelling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 209-217.
- Rabinowitz, J., Massad, A., & Fennig, S. (1995). Factors influencing disposition decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, 46, 712-718.

- Riecher, A., Rossler, W., Loffler, W., e.a. (1991). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 21, 197-208.
- Schoevers, R.A., Stikker, T.E., van de Ven-Dijkman, M.V., e.a. (2006). Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de wet BOPZ in Nederland. Amsterdam: Mentrum GGZ.
- Silberman, R.M. (1971). CHAM. *A classification of psychiatric states*. (Proefschrift Universiteit van Amsterdam).
- Szmukler, G.I. (1981). Compulsory admissions in a London borough: II. Circumstances surrounding admission: service implications. *Psychological Medicine*, 11, 825-838.
- Vree, F. van, Scholten, C., Nieuwstraten, A., e.a. (2002). *Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden. Eindrapportage*. Leiden: Research voor Beleid.

AUTEURS

- L.F.M. VAN DER POST is als psychiater verbonden aan Arkin GGZ Amsterdam.
- J.J.M. DEKKER is als psycholoog verbonden aan Arkin GGZ Amsterdam en aan het VUmc Amsterdam.
- J.F.J. JONKERS was als psychiater verbonden aan Geestelijke Gezondheidszorg Buitendamstel, Amsterdam.
- A.T.F. BEEKMAN is als psychiater verbonden aan VUmc en aan Geestelijke Gezondheidszorg Buitendamstel, Amsterdam.
- C.L. MULDER is als psychiater verbonden aan Geestelijke Gezondheidszorg Groep Europoort Rotterdam; Erasmus MC, Rotterdam.
- L. DE HAAN is als psychiater verbonden aan de Adolescenten Kliniek, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam.
- W.G. MULDER was als psychiater verbonden aan Arkin GGZ Amsterdam en is thans werkzaam bij GGZ Drenthe te Beilen.
- R.A. SCHOEVERS is als psychiater verbonden aan Arkin GGZ Amsterdam en aan VUmc Amsterdam.
- Correspondentieadres: L.F.M. van der Post, Arkin GGZ, Overschiestraat 65, 1065 XD Amsterdam.
- E-mail: lvd@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 22-7-2008.

## SUMMARY

Changes in crisisintervention and emergency psychiatry, Amsterdam emergency consultations in 1983 and 2005 – L.F.M. van der Post, J.J.M. Dekker, J.F.J. Jonkers, A.T.F. Beekman, C.L. Mulder, L. de Haan, W.G. Mulder, R.A. Schoevers –

**BACKGROUND** Since 1992 the Netherlands has seen a striking increase in the number of compulsory admissions. There is a danger that coercion will become the dominant form of treatment in the Amsterdam clinics.

**AIM** To build up a picture of the changes in emergency psychiatry which have contributed to the increase in the number of acute compulsory admissions.

**METHOD** A cohort (n = 460) of consultations conducted by the city crisis service in 1983 was compared with a similar cohort (n = 436) of consultations conducted in 2004-2005 based on the following variables: crisis-service procedures, patient characteristics, diagnosis and consultation outcomes.

**RESULTS** In 2003-2004 more services were involved with psychiatric patients in acute situations in the public domain than were involved in 1983. The number of patients referred by the police almost doubled, rising from 29.3 to 62.7%. In 1983 all consultations took place where the patients were located; in 2004-2005 60% took place at the premises of the crisis service. The number of psychotic patients in the cohort rose from 52 to 63.3%. There was a rise in the number of compulsory admissions (from 16.7 to 20%) and a sharp decline in voluntary admissions (from 25.7 to 7.6%). The total number of admissions following a consultation decreased from 42 to 28%.

**CONCLUSIONS** The front-line outreach service of 1983 has been transformed into a specialist psychiatric emergency department with only a modest outreach component. Voluntary admissions via the consultation service have almost ceased. Further research is needed into the characteristics of the consultations and into the variables that play a role in the use of compulsion in emergency psychiatry.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)3, 139-150]

**KEY WORDS** compulsory admission, compulsory psychiatric treatment, crisis intervention, emergency psychiatry, psychosis, schizophrenia