

Werkwijze van ambulante psychiatrische crisisdiensten in Nederland

J. STOBBE, J.R.J. DE LEEUW, C.L. MULDER

ACHTERGROND Er is geen recente informatie over de werkwijzen van crisisdiensten in Nederland.

DOEL Inzicht krijgen in de werkwijze van de crisisdiensten.

METHODE Beschrijvend onderzoek.

RESULTATEN Van de 28 crisisdiensten in Nederland namen er 20 deel aan dit onderzoek (71%). De crisisdiensten bleken vooral op het gebied van de organisatie verschillen te vertonen. Bij de helft van de organisaties trok de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige er als voorwacht alleen op uit. Ook waren er verschillen tussen de diensten in het aantal face-to-facecontacten en bij het aanbieden van medicatie voordat patiënten met de ambulance naar het psychiatrische ziekenhuis vervoerd worden.

CONCLUSIE In dit onderzoek is in kaart gebracht hoe de diverse psychiatrische crisisdiensten in Nederland georganiseerd zijn. Dit onderzoek geeft echter een beperkt beeld van de werkwijze van de crisisdiensten omdat niet alle crisisdiensten hebben deelgenomen, de deelnemende diensten niet altijd in staat waren gevraagde data aan te leveren en er niet onderzocht is welke methodieken de diensten gebruiken. Hierdoor blijven inhoudelijke aspecten van de crisisdienst onderbelicht. Verder onderzoek naar het gebruik van diverse interventies en het verschil in de organisatievormen (voor-achterwachtsysteem) wordt geadviseerd om inzicht verschaffen over werkzame methodieken in de crisisdiensten. Daarbij moet er tevens aandacht zijn hoe er omgegaan kan worden met patiënten die een crisiskaart bezitten en of het gebruik van medicatie in de crisisdienst invloed heeft op het vervolgbeleid.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)9, 624-631

TREFWOORDEN acute dienst, acute ambulante psychiatrische zorg, crisisdienst, spoedeisende psychiatrie



ARTIKEL



Een acute crisissituatie is een situatie waarbij het noodzakelijk is om een patiënt acuut te beoordelen omdat zijn of haar psychische gesteldheid kan zorgen voor gevaar of overlast (Bureau GGZ Nederland). De psychiatrische crisisdiensten in Nederland hebben als doel om acute psychische problemen zo effectief mogelijk op te lossen of te stabiliseren. Vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw is de spoedeisende ambulante psychiatrie door de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg ontwikkeld als een 7x24 uurscrisisdienst.

In 1993 beschreven Gersons e.a. de verschillen tussen de diensten wat betreft doelgroepen, taken en teamsamenstelling. Zij noemden destijds het belang van inzicht in de

organisatievormen en het functioneren van crisisdiensten, om zo te kunnen komen tot onderzoek naar *best practices* in de acute diensten (Gersons e.a. 1993). Met het verschijnen van het *Handboek spoedeisende psychiatrie* is getracht om de spoedeisende psychiatrie verder te professionaliseren (van Tilburg 2006). Regionale verschillen werden beschreven die samenhangen met de werkwijze en verschillen die voortkomen uit het aantal inwoners per regio, de bereikbaarheid van (psychiatrische) ziekenhuizen en huisartsen (Achilles 2006).

Omdat niet inzichtelijk was hoe na 1993 de crisisdiensten zich ontwikkeld hebben, hebben De Leeuw e.a. in 2009 een beschrijvend onderzoek uitgevoerd. Zij constateerden

verschillen in de doelgroepen die werden bediend en bij het (door)verwijzen van patiënten (de Leeuw e.a. 2009 – ongepubliceerd). Omdat onduidelijk blijft hoe psychiatrische crisisdiensten in Nederland hun werkzaamheden rond acute psychische problemen organiseren, verrichtten wij dit onderzoek. Het doel was het beschrijven van de werkwijzen van psychiatrische crisisdiensten in Nederland.

METHODE

Wij verrichtten een beschrijvend onderzoek (peildatum 2012-2103). We maakten een vragenlijst op basis van de vragenlijst ontwikkeld door De Leeuw e.a. (2009). De gebruikte vragenlijst bestond uit 33 vragen:

- 11 vragen gingen over de regio, het aantal contacten op jaarbasis en over de organisatie van de crisisdienst;
- 12 vragen gingen over de manier van werken (inhoudelijke werkzaamheden, gebruik van risicotaxatie, elektronisch dossier etc.);
- 10 vragen hadden betrekking op het gebruik van medicatie in de crisisdienst.

AUTEURS

JOLANDA STOBBE, verpleegwetenschapper en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, BavoEuroport (Parnassia Groep).

ROB DE LEEUW, senior onderzoeker, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijngeneeskunde, UMC Utrecht.

NIELS MULDER, bijzonder hoogleraar openbare ggz, programmaleider Epidemiologisch Social Psychiatry Research institute (ESPRi), Erasmus MC, en psychiater, BavoEuroport (Parnassia Groep).

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J. Stobbe, Parnassia Groep, p/a Klaasje Zevensterstraat 252, 3193 TW Rotterdam-Hoogvliet.

E-mail: j.stobbe@parnassiagroep.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-3-2016.

FIGUUR 1 Regio-indeling crisisdiensten in Nederland (GGZ Nederland)



Het eerste jaar van het onderzoek konden lijsten zowel online (via surveymonkey.com) als schriftelijk worden ingevuld (per mail of post). De adresgegevens van crisisdiensten in Nederland werden achterhaald door gebruik te maken van de gegevens uit het onderzoek van De Leeuw e.a. (2009) en door gebruik te maken van internetgegevens van betreffende instellingen. In december 2013 publiceerde GGZ Nederland regionale gegevens van crisisdiensten in Nederland (Bureau GGZ Nederland 2013 <http://www.ggz-connect.nl/1145/profiel-crisisdienst-ggz-acute-dienst-ggz>) en konden wij de gehanteerde adressenlijst vergelijken. Het bleek dat er geen gegevens ontbraken.

We benaderden 28 contactpersonen van de crisisdiensten per mail (soms via het secretariaat). In deze mail werd uitleg gegeven over het onderzoek en werd men verzocht om deel te nemen (of aan te geven middels een reply dat er niet deelgenomen zou worden). Als er niet op de mail gereageerd werd, werden meerdere pogingen ondernomen om contact te leggen (telefonisch en per mail), eventueel met andere medewerkers.

Omdat er in dit onderzoek geen patiëntgegevens werden gebruikt, werd het onderzoek niet voorgelegd aan de medisch ethische toetsingscommissie.

RESULTATEN

In totaal werden contactpersonen van 28 crisisdiensten in Nederland benaderd (zie **FIGUUR 1**); 20 diensten namen deel aan de enquête (ruim 71%) en stuurden gegevens terug.

Verzorgingsgebied en doelgroep

Het aantal inwoners in het gebied dat de crisisdiensten verzorgden, varieerde van 11.000 tot 1.437.720 inwoners (mediaan: 490.000). Alle deelnemende crisisdiensten verleenden zorg aan zowel jongeren (0-18), volwassenen (18-65 jaar) als ouderen (65+). Van de acute diensten beoordeelden 15 ook patiënten met verslavingsproblematiek (75%) en 6 crisisdiensten (30%) benoemden specifiek dat ze ook andere doelgroepen bedienden, bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten en asielzoekers. Diverse variaties in doelgroepen waren zichtbaar; zo beoordeelden 2 crisisdiensten buiten kantoor tijden alle doelgroepen, maar tijdens kantoor uren hadden alle specifieke doelgroepen een eigen crisisdienst. Eén organisatie beschreef dat ze binnen kantoor uren alle aanmeldingen aannam, reguliere aanmeldingen werden toegeleid naar de juiste afdeling en spoedaanmeldingen werden uitgevoerd.

Organisatievorm

Binnen kantoor uren functioneerden de meeste crisisdiensten (55%) als aparte organisatorische eenheden met eigen medewerkers. Buiten kantoor tijden werkten de meeste

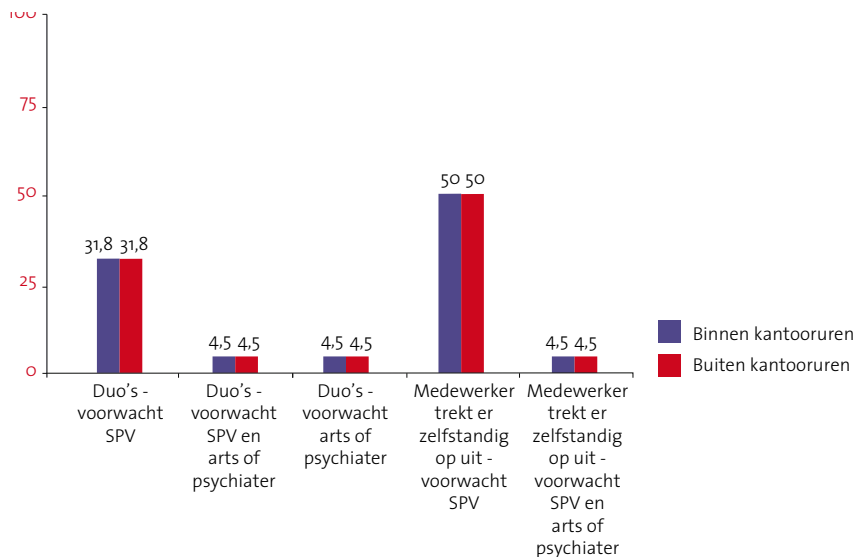
diensten (40%) met een combinatie van vaste en participerende medewerkers. Dit hield in dat participerende medewerkers, naast hun deelname aan de crisisdienst, een vaste werkplek elders in de organisatie hadden. Eén organisatie had de acute dienst ondergebracht bij specifieke teams die intensieve behandeling thuis boden (IHT-teams). Bij alle crisisdiensten (100%) waren sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV's) en psychiaters werkzaam. Eén organisatie werkte met psychiaters als voorwacht, maar bij de meeste organisaties hadden psychiaters de functie van achterwacht. De minderheid van de crisisdiensten werkte ook met psychologen (10%) en algemeen maatschappelijk werkers (15%). Onder de categorie 'andere disciplines werkzaam in de crisisdienst' noemden organisaties: verpleegkundig specialisten, psychiatrisch verpleegkundigen, ambulante verpleegkundigen, ervaringsdeskundige en portiers/cliëntbegeleiders.

FIGUUR 2 toont op welke wijze de acute dienst georganiseerd was. Het bleek dat bij de meeste diensten (50%), zowel binnen als buiten kantoor uren, de SPV er zelfstandig op uit trok met de mogelijkheid om de achterwacht mee te vragen. Bij 1 stedelijk crisisdienstteam werd gewerkt in koppels en was de voorwacht altijd een arts of psychiater. Bij twee andere organisaties werd besproken wie als voorwacht fungeerde en kon de discipline wisselen. Bij één organisatie was de crisisdienst onderverdeeld in twee teams in verschillende regio's. In de ene regio trokken duo's erop uit terwijl in de andere regio een medewerker alleen op pad ging. Deze verschillende werkwijzen werden beide meegerekend in **FIGUUR 2** (waardoor de gegevens gebaseerd waren op 21 organisaties in plaats van op 20, zoals in de overige figuren).

Geleverde diensten

Zeven crisisdiensten (35%) konden geen gegevens aanleveren over het aantal face-to-facecontacten op jaarbasis (geïnterviewd werd het aantal contacten waarbij er met een patiënt gesproken werd) en 9 crisisdiensten (45%) hadden geen jaargegevens over het aantal telefonische contacten. Eén dienst kon alleen gegevens aanleveren van het totale aantal face-to-facecontacten inclusief telefonische contacten buiten kantoor uren (5909 op jaarbasis). Het aantal face-to-facecontacten van de overige 11 crisisdiensten lag, op jaarbasis, tussen de 500 en 27.760 contacten (mediaan: 2168 contacten). Het aantal telefonische contacten, aangeleverd door 10 crisisdiensten, lag tussen de 60 en 7292 belcontacten (mediaan: 644 contacten). Vijf crisisdiensten (25%) hadden ook overige contacten bijgehouden (onder overige contacten werd bijvoorbeeld een telefonisch medicatieconsult verstaan) en dit lag tussen de 100 en 24.155 contacten (mediaan 3000).

FIGUUR 2 Werkwijze crisisdiensten



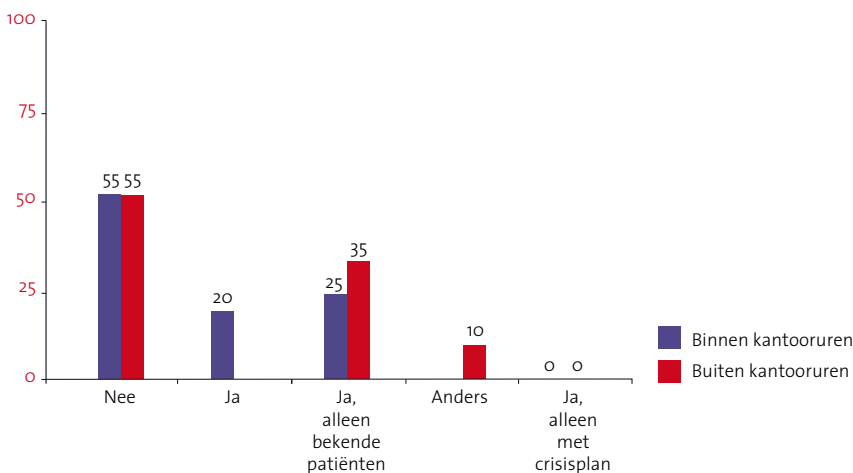
Verwijzers

Bij alle instellingen konden huisartsen en eigen medewerkers patiënten bij de crisisdienst aanmelden voor beoordelingen. Daarnaast konden bij de meeste crisisdiensten andere ggz-instellingen (95%) en vrijgevestigde psychiaters/psychologen (90%) verwijzen, evenals artsen van de gemeenschappelijke gezondheidsdienst (90%, in Nederland vallend onder de openbare gezondheidsdienst) en de politie of politiearts (80%; politiearts levert medische zorg aan mensen die in bewaring gesteld zijn).

Het percentage verwijzingen, op jaarbasis, kon door 8 instellingen (40%) niet geleverd worden omdat dit onbekend was. De overige 12 crisisdiensten leverden wel informatie aan, maar het percentage werd door 7 instellin-

gen geschat. Huisartsen bleken, op jaarbasis, het vaakst patiënten aan te melden: percentage lag tussen 31 en 90%. Patiënten konden zich bij de meeste crisisdiensten niet zelf aanmelden, ook niet als ze in behandeling waren of een crisiskaart hadden (FIGUUR 3). Onder de rubriek 'anders' merkten 2 organisaties (10%) het volgende op: buiten kantoor tijden konden alleen patiënten zichzelf, voor een beperkte tijd, aanmelden met een crisisplan die dit met hun behandelaar hadden afgesproken; één crisisdienst merkte op dat zij langere tijd patiënten begeleidde en dat deze categorie patiënten zichzelf ten tijde van een crisis konden aanmelden. Eén organisatie merkte op dat alle patiënten zichzelf overdag konden aanmelden, maar buiten kantoor tijden alleen patiënten die dialectische

FIGUUR 3 Konden patiënten zichzelf bij de crisisdienst melden?



gedragstherapie in een groep volgden. Ook merkten twee crisisdiensten op (10%) dat ze binnen kantooruren wel onverwachte 'binnenlopers' beoordeelden, maar dat dit zelden gebeurde.

Werkwijze

Bij alle onderzochte crisisdiensten vonden contacten plaats in het kader van crisisinterventie/stabilisatie. Bij inventarisatie hoeveel vervolcontacten crisisdiensten konden bieden, bleek bij meer dan de helft van de diensten (55%) er meer dan 6 vervolcontacten mogelijk. Vervolgcontacten vonden vooral binnen kantooruren plaats. Eén organisatie merkte op dat vervolcontacten vooral gepland werden om wachtlijsten te overbruggen. Semispoedaanmeldingen (deze betroffen patiënten die binnen 1 week gezien moesten worden) werden door 1 organisatie als werkzaamheid toegevoegd en een andere organisatie noemde dat zij alle beoordelingen voor een inbewaringstelling (ibs) en geneeskundige verklaringen voor rechterlijke machtigingen (RM's) in de instelling uitvoerde. Tot slot gaf 1 organisatie aan dat mensen die zich aanmeldden bij de crisisdienst hier ook terecht konden voor medicatieadvies.

FIGUUR 4 toont dat alle crisisdiensten patiënten thuis beoordeelden, zowel binnen als buiten kantooruren. Daarnaast hadden alle crisisdiensten de mogelijkheid om, binnen kantooruren, af te spreken op de eigen locatie. Andere locaties waar patiënten werden beoordeeld, waren bij de huisarts, in het algemeen ziekenhuis (spoedeisende hulp) en op politiebureaus. Onder 'andere' locaties werden contacten op luchthavens, scholen, bij werkgevers, in tehuizen, in maatschappelijke opvang of in een forensische kliniek genoemd.

Gebruik van instrumenten

Alle organisaties kregen te maken met patiënten met crisiskaarten en signaleringplannen, maar meerdere organisatie gaven aan dat er in de praktijk weinig patiënten daadwerkelijk een crisiskaart hadden. Ook gebruikte de meerderheid van de crisisdiensten (60%) taxatie-instrumenten om suïcidaliteit in te schatten, maar het gebruik van instrumenten om agressie in te schatten was minder gewoon (45%).

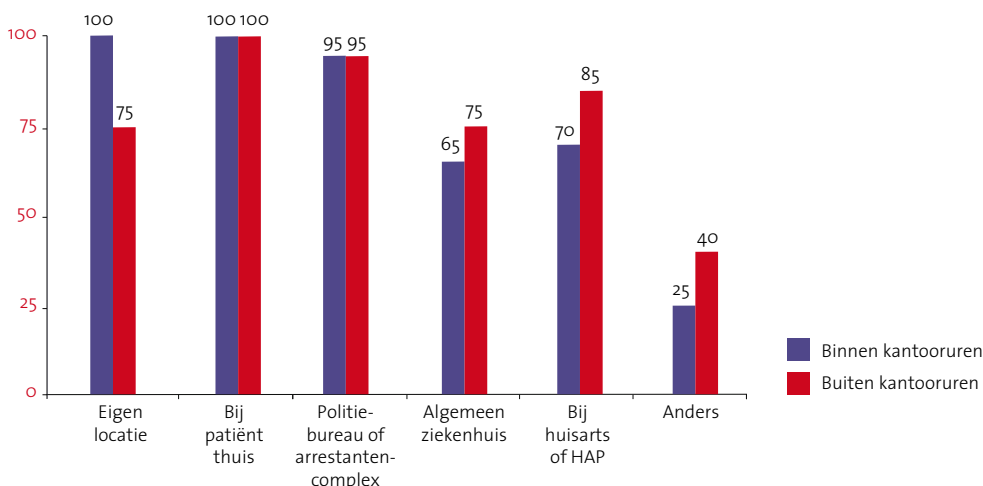
Alle deelnemende crisisdiensten maakten gebruik van een protocol medicatiegebruik in de acute dienst en nog eens 17 organisaties (85%) van een protocol dat het vervoer naar psychiatrische ziekenhuizen beschreef en 6 crisisdiensten gebruiken een protocol dat specifiek het gebruik van acute ingrijpmedicatie beschreef (30%).

Een aantal organisaties noemde dat ze naast deze protocollen of richtlijnen ook gebruikmaakten van o.a. protocollen omtrent vermiste patiënten, protocol na suïcide, diverse convenanten of samenwerkingsafspraken met andere instellingen of politie, protocol huiselijk geweld, afspraken over vooraanmeldingen, kindermishandeling, taxi-voervoer, voorwacht-achterwacht, aanrijdtijden, veiligheidsbeleid en afspraken over telefonische aanmeldingen. Twee organisaties (10%) meldden dat ze in een handboek crisisdienst alle protocollen, richtlijnen en samenwerkingsafspraken verzameld hadden.

Medicatiegebruik bij vervoer naar het psychiatrische ziekenhuis

Bij alle organisaties kwam het voor dat patiënten voor transport naar het psychiatrische ziekenhuis medicatie werd aangeboden of toegediend. Zes crisisdiensten (30%) hadden in de regio specifieke afspraken gemaakt omtrent

FIGUUR 4 Locatie waar patiënten beoordeeld werden



het toedienen van acute ingrijpmedicatie met opnameklinieken of ambulancedienst. Eén organisatie gebruikte een overdrachtsformulier als de patiënt met de ambulance vervoerd werd.

De 14 diensten die geen officiële afspraken hadden gemaakt (70%), maakten de volgende opmerkingen: 'officiële afspraken zijn er niet, maar de praktijk wijst uit dat ambulancemedewerkers niet gaan rijden als de patiënt niet genoeg gesedeerd is' of 'afspraken over toedienen van medicatie worden, tijdens de beoordeling, door de acute dienst gemaakt en besproken met de ambulancedienst – vervoer dient altijd veilig plaats te kunnen vinden'. Onrust (90%), agitatie (80%) en agressie (80%) werden het vaakst als indicatie genoemd om acute ingrijpmedicatie aan te bieden, voor vervoer met de ambulance.

De meeste organisaties hielden geen cijfers bij over hoe vaak acute ingrijpmedicatie aangeboden/toegediend werd (65%). Evenmin werd geregistreerd hoe de medicatie werd aangeboden of toegediend (oraal of intramusculair). Instellingen maakten vooral gebruik van lorazepam (80%), promethazine (75%), clorazepinezuur (70%) en haloperidol (65%).

Zeventien crisisdiensten (85%) gaven aan dat het toedienen van dwangmedicatie, voordat de patiënt met een ibs naar het psychiatrische ziekenhuis vervoerd werd, bij hen voorkwam. Ze merkten op dat het hier om uitzonderingsgevallen gaat en dat dwangmedicatie enkel toegediend werd bij patiënten met zeer ernstige beelden waarbij vervoer anders niet plaats kon vinden. Eén organisatie gaf aan geen gebruik te maken van dwangmedicatie omdat er feitelijk geen wettelijke toestemming was om deze medicatie ambulante toe te dienen.

DISCUSSIE

In deze studie inventariseerden wij hoe de verschillende crisisdiensten in Nederland georganiseerd zijn en welke werkwijzen ze hanteren. Van de 28 crisisdiensten in Nederland hebben er 20 aan het onderzoek deelgenomen.

Doelgroepen

Er zijn diverse overeenkomsten tussen de crisisdiensten in Nederland: zo bedienen zij alle de doelgroepen jongeren, volwassenen en ouderen, maar zijn niet alle crisisdiensten verantwoordelijk voor crisiscontacten met patiënten met een verslaving. Mogelijk is dit te verklaren doordat de verslavingszorg, in bepaalde regio's, een eigen crisisdienst voor hun populatie heeft. Ook zijn er weinig of slechts kleine verschillen in wie de patiënt kan verwijzen en op welke locatie de patiënt gezien kan worden.

Patiënten met crisisplan

Opvallend is dat patiënten met een crisisplan zich over het algemeen niet rechtstreeks kunnen aanmelden bij de crisisdiensten. We hebben niet onderzocht welke redenen hiervoor zijn. Meerdere crisisdiensten melden dat er in de praktijk weinig patiënten in beeld komen met een crisisplan/kaart, terwijl eerste onderzoeksresultaten laten zien dat gebruik van een crisiskaart, bij patiënten met een psychotische stoornis of een bipolaire stoornis, gedwongen opname middels een rechterlijke machtiging kan voorkomen (Ruchlewska e.a. 2014). Geadviseerd wordt om het opstellen/gebruik van crisiskaarten te implementeren binnen de organisaties en na te denken of de toegang tot de crisisdienst voor bekende patiënten met een crisiskaart te verbeteren valt. Nader onderzoek naar het gebruik van deze methodiek in de crisisdienst lijkt zeer wenselijk.

Verschillen

Er blijken vooral regionale verschillen te zijn op organisatorisch gebied, eerder beschreven door De Leeuw e.a. (2009) en gesignaleerd in het rapport over knelpunten tussen ketenpartners van de spoedeisende psychiatrie (van der Erf e.a. 2015). Daarbij adviseren Van der Erf e.a. (2015) om regiospecifieke knelpunten regionaal, met de betrokken ketenpartners op te lossen.

Bij alle diensten werken psychiaters en spv's; de verschillen tussen de organisaties zitten in de discipline die voor- of achterwacht heeft en de manier waarop de patiënt beoordeeld wordt (in koppels of door 1 enkele hulpverlener). Bij verreweg de meeste organisaties trekt, zowel binnen als buiten kantooruren, de spv als voorwacht er alleen op uit. Deze kan wel een beroep doen op de achterwacht. We hebben niet kunnen onderzoeken of deze organisatievorm, vergeleken met het gezamenlijk eropuit trekken, leidt tot verschil in diagnostiek, verschil in hanteren van methodieken voor crisisinterventie, het aanbieden van medicatie of het vaker optreden van onveilige situaties. Welke methode het beste is voor de patiënt en de specifieke regio blijft hierdoor onderbelicht.

Een ander opvallend verschil tussen de crisisdiensten zit in het aantal contacten met patiënten. Zo lag het aantal face-to-facecontacten, op jaarbasis, tussen de 500 en 27.760. Deze verschillen kwamen ook uit het onderzoek Van de Leeuw e.a. (2009) naar voren en worden genoemd in het onderzoek van Van der Erf e.a. (2015). Verklaringen voor deze verschillen lijken te maken te hebben met verschillen tussen stedelijke en rurale gebieden, maar ook met eventuele andere aanbieders van psychiatrische spoedcontacten. Dit zijn bijvoorbeeld contacten in het algemene ziekenhuis door psychiaters werkzaam in deze ziekenhuizen; deze aanbieders hebben wij niet in dit onderzoek meegenomen.

Gebruik medicatie

Grotere verschillen tussen regio's worden gezien bij het aanbieden van medicatie voordat patiënten met de ambulance vervoerd worden om te worden opgenomen. Twee organisaties vallen op omdat ze relatief vaak (90% en 50%) medicatie aanbieden, terwijl de overige organisaties dit zelden doen (2-15%). Verschillen zijn mogelijk te verklaren omdat slechts een beperkt aantal instellingen afspraken heeft gemaakt over medicatiegebruik en het vervoer naar het psychiatrische ziekenhuis. Er wordt door de crisisdiensten sporadisch gebruikgemaakt van dwangmedicatie voor vervoer naar het psychiatrische ziekenhuis; alhoewel exacte cijfers door de meerderheid van de organisaties niet aangereikt konden worden. We konden niet onderzoeken of het gebruik van medicatie invloed heeft op de manier waarop de patiënt door de ambulance vervoerd werd en of dit in het ziekenhuis leidt tot een ander beleid bij binnenkomst.

Verklaringen voor verschillen

Uit onze gegevens kan niet worden opgemaakt of de verschillen tussen de crisisdiensten samenhangen met opvattingen over de functie van de crisisdienst of dat praktische redenen, regionale verschillen (landelijk versus stedelijk) of financiële motivatie hieraan ten grondslag liggen. Ook weten we niet in hoeverre organisatievormen en werkwijzen samenhangen met de uitkomst van de crisisinterventies en tevredenheid van verwijzers, patiënten en naasten.

Nader onderzoek op dit gebied is gewenst. Het bijhouden van gegevens door crisisdiensten over kenmerken van patiënten, (door)verwijzingen, medicatietoediening e.d. kan een beter inzicht verschaffen over de werkwijze van de crisisdiensten. Dit kan gebruikt worden om kwaliteit van de hulpverlening aan patiënten in de spoedeisende psychiatrie te verbeteren. Daarnaast zouden verzamelde gegevens, volgens Van der Erf e.a. (2015) gebruikt kunnen worden bij het objectiveren en oplossen van knelpunten (aanrijdtijden crisisdienst, kosten en baten etc.).

LITERATUUR

- Achilles RA. Definitie, historie en organisatie. In: Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM, red. Handboek spoedeisende psychiatrie (2de druk). Amsterdam: Benecke; 2011.
- Bureau GGz Nederland met netwerk hoofden crisisdienst GGz. Profiel crisisdiensten/acute zorg GGz. 2013. (<http://www.ggz-connect.nl/1145/profiel-crisisdienst-ggz-acute-dienst-ggz>).
- Erf S van, Boonzaaijer G, Heida JP. Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. Den Haag: Strategies in Regulated Markets; 2015.

Beperkingen van het onderzoek

Ons onderzoek heeft een aantal beperking die van invloed zijn op de interpretatie van de resultaten. Omdat het hier om een vergelijkend onderzoek gaat met een respons van ruim 71% kunnen er geen harde conclusies getrokken worden. Beschreven verschillen kunnen te maken hebben met onderschatting van aangeleverde gegevens omdat de vragenlijst een aantal open vragen bevatte die niet door iedere respondent benut werden.

Daarnaast hebben we de redenen van de geconstateerde verschillen niet nader kunnen onderzoeken. Hierdoor weten we niet waar deze verschillen mee te maken hebben. Het is goed mogelijk dat regionale verschillen zorgen voor de verschillen in de resultaten. Regionale verschillen kunnen noodzakelijk zijn om de populatie in de verschillende regio's goed te kunnen bedienen. Tot slot is de vragenlijst in zijn huidige vorm niet eerder gebruikt.

CONCLUSIE

In dit onderzoek hebben wij in kaart gebracht hoe de diverse psychiatrische crisisdiensten in Nederland georganiseerd zijn. Ons onderzoek geeft echter een beperkt beeld van de werkwijze van de crisisdiensten doordat niet alle crisisdiensten hebben deelgenomen, de deelnemende diensten niet altijd in staat waren gevraagde data aan te leveren en we niet onderzocht hebben welke methodieken de crisisdiensten gebruiken. Hierdoor blijven inhoudelijke aspecten van de crisisdienst onderbelicht.

Wij bepleiten verder onderzoek naar het gebruik van diverse interventies en het verschil in de organisatievormen (voor-achterwachtstelsel) om inzicht verschaffen over werkzame methodieken in de crisisdiensten. Daarbij moet er tevens aandacht zijn hoe er omgegaan kan worden met patiënten die een crisiskaart bezitten en of het gebruik van medicatie in de crisisdienst invloed heeft op het vervolgbeleid.

 Het onderzoek werd gesponsord door stichting Myosotis.

- Gersons BPR, Hodiament PPG, Donker MCH, Rijnders CHT, Hull HR, van den Bogert I. Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland; een populatieonderzoek. Tijdschr Psychiatr 1993; 35: 528-39.
- Leeuw R de, Peters A, van Hemert B, van Houdt C, Schrijvers G. GGz crisisdiensten: grote verschillen in organisatie en wijze van functioneren. Utrecht: Julius Centrum; 2009 (ongepubliceerd).
- Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, e.a. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. PLOS ONE 2014; 9(3): e91882.
- Tilburg W van. Voorwoord In: Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM, red. Handboek spoedeisende psychiatrie (2de druk). Amsterdam: Benecke; 2011.

SUMMARY

Working methods of ambulatory psychiatric emergency services in the Netherlands

J. STOBBE, J.R.J. DE LEEUW, C.L. MULDER

BACKGROUND No recent information is available concerning the working methods of the ambulatory psychiatric emergency services in The Netherlands.

AIM To obtain insight into the working methods of the ambulatory psychiatric emergency services.

METHOD We performed a descriptive research.

RESULTS Twenty of the 28 ambulatory psychiatric emergency services participated in our study (more than 71 %). The study revealed that some of the ambulatory psychiatric emergency services used differing procedures. However, all the services had a common target: they dealt with young people, adults and the elderly. In half of the organisations it was the community mental health nurse who initially went alone to visit a prospective patient. There are large differences in the number of face-to-face contacts made by emergency services and in the type of medication provided before the patient was taken by ambulance to a psychiatric hospital.

CONCLUSION In our study we describe the working methods used by several of the ambulatory psychiatric emergency services in the Netherlands. However, our investigation produced only limited information because participating institutions were often unable to provide the information we requested and/or they did not record the methods they had used. More attention needs to be given to the best way of dealing with patients who already have an official 'emergency card'; in addition, more information is required about whether the medication used by the emergency services influenced the subsequent course of the treatment that a patient received. In view of the current situation certain important features of the emergency services such as the quality of care they provided remains underexposed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)9, 624-631

KEY WORDS acute psychiatry, acute ambulatory psychiatric care, psychiatric crisis, urgent psychiatry