

Profiel van 24-uurs psychiatrische eerste hulp

door J. A. C. Bleeker, R. V. Schwartz en E. H. Ameling

Inleiding

Psychiatrische eerste hulp lijkt een verschijnsel dat met grote bevolkingsconcentraties te maken heeft, getuige de herkomst van de publikaties. In dichtbevolkte delen van grote steden fungeren de meest complete psychiatrische eerste-hulpdiensten (permanent open, geen drempel, psychiater, crisisopvang, klinische opname-mogelijkheid), als onderdeel van een algemene eerste-hulppost, en deel uitmakend van een algemeen ziekenhuis, waar bijkomende intoxicaties en traumata behandeld kunnen worden. Daarbuiten is het vaak moeilijk, zeker buiten de werkuren, adequate acute psychiatrische hulp te krijgen.

Amsterdam herbergt behalve een grote bevolking altijd een groot aantal korter of langer verblijvende vreemdelingen. Een belangrijk deel daarvan zijn gastarbeiders uit het Middellandse-zeegebied; een andere grote groep wordt gevormd door mensen, die in eigen land of streek aanpassingsproblemen hadden en zijn aangelokt door de tolerantie die Amsterdam wordt gezegd te hebben. Verder heeft de stad de afgelopen tien jaar vele duizenden immigranten uit Suriname opgenomen. Met zoveel mensen in overgangssituaties zijn relatief veel psychische decompensaties te verwachten. Om hieraan het hoofd te bieden heeft de stad een fijnmazig netwerk van psychiatrische voorzieningen ontwikkeld in de laatste twee decennia, waarvan de eerste-hulpposten van het Academisch Ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam en de zogenaamde rijdende psychiater van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst elkaar completeren ten aanzien van de zorg voor de acute psychiatrische problematiek (Querido, 1968; Romme, de Smit en Tellegen, 1968; Silbermann, Geerlings, Schalken en Van

der Veen, 1973; Verhoeff, 1980). De eerste-hulpdiensten waren ten tijde van het onderzoek die van het Wilhelmina Gasthuis en van het Binnengasthuis, welke laatste in 1981 naar de periferie van de stad is verhuisd. De eerste is volledig uitgerust voor acute psychiatrie; de tweede kon de rijdende psychiater van de GG & GD in consult vragen, maar beschikte niet over een eigen klinische opnameafdeling, noch over een crisiscentrum. Dit verschil reflecteert zich in de problematiek van de patiënten die met psychiatrische klachten komen of worden gebracht. In het Wilhelmina Gasthuis ligt het accent op de psychopathologie in engere zin; in het Binnengasthuis kwamen relatief meer patiënten met bovendien lichamelijke problematiek, alcohol en drugs (tabel 1). Er leek een voorselectie plaats te vinden op grond van de mogelijkheden van de eerste-hulpdienst.

Tabel 1: Psychosociale problematiek op de eerste-hulpdiensten van het AZUA in 1980

	Wilhelmina Gasthuis	Binnengasthuis	Totaal
Psychosociale problematiek	1255	342	1597
Tentamen suïcidii	336	115	451
Drugs	186	569	755
Alcohol	167	527	694
Totaal	1944	1553	3497
Consult psychiater	885 (afd. psychiatrie)	66* (GG en GD)	951

* In 1977, 1978 en 1979 2 à 3 maal zoveel.

Uit de tabel blijkt tevens dat er een tweede selectie plaatsvindt door de eerste-hulpdiensten (niet-psychiater): op beide eerste-hulpdiensten wordt een deel van de patiënten met psychosociale problematiek door de eerste-hulpdiensten zelf behandeld, zonder consult van de psychiater. De categorie patiënten, die aldus overblijft, bestaat naar mag worden aangenomen uit de meer ernstige en voornamelijk psychisch gestoorde patiënten; deze groep is verreweg het grootst op de eerste-hulpdienst van het Wilhelmina Gasthuis. Over de samenstelling van deze groep patiënten, hun problemen en de hulp die hen kan worden geboden gaat het in dit artikel.

Het is duidelijk, dat het terrein van de psychiatrische eerste hulp dicht tegen dat van de crisisinterventie aanligt (Baas, 1970; Bloemsma, 1977; Gersons, 1981). De eerste-hulppsychiatrie moet ons inziens echter gezien worden als een fase in de hulpverlening, die ligt vóór de echte crisisinterventie. Tijdens een eerste-hulpcontact wordt met name gekeken met wát voor problematiek men te maken heeft, bij voorbeeld acute psychische decompensatie, exacerbatie van al langer bestaande individuele of systeemproblematiek, een catastrofe, etcetera. Pas daarna zal in een, beperkt, aantal gevallen

blijken, dat crisisinterventie hetzij op de eerste hulp zelf, hetzij elders, kan plaats vinden. In dit deel van ons onderzoek zijn wij slechts inventariserend te werk gegaan. Of en hoe er sprake is van een crisis bij de respectieve eerste-hulpcontacten kon daardoor slechts zijdelings aan de orde komen.

Er bestaan studies van psychiatrische eerste hulp bij een bepaalde problematiek, zoals suïcidaliteit of agressie, en bij mensen die een ander kenmerk gemeen hebben, zoals behandeld worden met psychotherapie (Barsky, Colpitts, Green, 1979; Chmiel, Akhtar, Morris, 1979; Kass, Karasi, Walsh, 1979; Raphling, Lion, 1970; Robins, Gentry, Munoz, Marten, 1977; Skodol, Kass, Charles, 1979).

Ook is bestudeerd op grond waarvan een bepaalde beslissing, meestal opname of niet, wordt genomen (Baxter, Chodorkoff, Underhill, 1968; Elsenburg, 1979b; Mendel, Rapport, 1969; Streiner, Goodman, Woodward, 1975), en wat de uitkomst was van bepaalde beslissingen, zoals het tot stand komen van de verwijzing naar een ambulante behandeling (Barsky e.a., 1979; Craig, Huffine, Brooks, 1974; Del Gaudio, Carpenter, Stein, Morrow, 1977; Gillum, Barsky, 1974; Eisenthal, Emery, Lazare, Udin, 1979). Er is ons geen analyse bekend van de gehele gang van zaken bij het psychiatrisch consult op de eerste-hulppost. Verschillende factoren kunnen dit verklaren, onder meer de grote variatie in de problematiek die aan de psychiater wordt voorgelegd, de beperkte tijd die er is voor onderzoek, behandeling en advies, alsmede de grote druk waaronder gewerkt moet worden. De consulente psychiater heeft behalve met zijn patiënt ook te maken met de angst en agressie die deze oproept bij de mensen in de omgeving, inclusief het personeel van de eerste-hulppost. Systematische en volledige vastlegging van gegevens is onder deze omstandigheden niet te verwachten, behalve voor zover er een praktisch voordeel aan verbonden is.

De beschikbare gegevens

Vanwege een dergelijk praktisch belang, namelijk het dag en nacht beschikbaar en gemakkelijk bereikbaar zijn van de gegevens over vorige bezoeken aan de eerste-hulppost van een bepaalde patiënt, wordt sinds 1965 over elk psychiatrisch consult een 'kaartje' ingevuld. Hierop staan gegevens over de patiënt, over het consult en – in telegramstijl – anamnese, onderzoek en behandeling, c.q. verwijzing vermeld. Het kaartje heeft de grootte van een girobetaalkaart; het is in feite een beknopt, semi-gestructureerd behandelingsverslag. Deze gegevens zijn intussen beschikbaar van ongeveer 14.000 consulten.

Het is denkbaar en op het eerste gezicht aannemelijk, dat de psychische toestand ten tijde van het bezoek aan de eerste hulp een belangrijke factor is in de besluitvorming van de psychiater ten aanzien van behandeling en verwijzing. Een belangrijk aspect van de psychische toestand is de mate van desintegratie. Deze hangt samen met aanwezigheid van stoornissen in de psychische functies. Deze stoornissen worden als symptomen vastgesteld bij psychia-

Tabel 2: CHAM-systeem

Symptomen	Toestandsbeelden
Bewustzijnsverlies	- coma - sub-coma - soporeuze toestand
Bewustzijnsdaling	- schemertoestand - delirante tst. (+ hallucinaties of wanen)
Mutisme en bewegingloosheid	- stuporeuze toestand
Hallucinaties	- hallucinatoire toestand - paranoïsch-hallucinatoire tst. (+ wanen)
Wanen	- paranoïsche toestand - manisch tstb. (+ zelfoversch. en ontremming) - melancholisch tstb. (+ zelfdepr. of hypoch. en depressiviteit)
Geheugenedefecten	- amnestische toestand - amnestisch-confabulatoire tst. (+ confabul.)
Verwardheid	- verwardheidstoestand
Ontremming	- opwindingstoestand
Depressiviteit	- depressieve toestand - geagiteerd-depressieve tst. (+ angst of agitatie)
Angst	- angsttoestand
Vreemde gedrag etc.	- gedragsanomalie
Affectlab., prikkelb. of overgev. zint. pr.	- hyperesthetisch-emotioneel tstb.

trisch onderzoek. Aan de hand van de gevonden symptomen wordt het toestandsbeeld geïnclassificeerd volgens het CHAM-systeem (Silbermann, 1970). In dit systeem (tabel 2) bestaat een hiërarchie op grond van ernst van de psychische desintegratie die een bepaald toestandsbeeld met zich meebrengt. Op grond van de aanwezigheid van een bepaald symptoom uit een reeks vermelde symptomen wordt het toestandsbeeld benoemd. Met eventueel eveneens aanwezige symptomen lager uit de reeks wordt dus geen rekening gehouden. Resultaat van de CHAM-classificatie is een globale indruk van de mate waarin de ik-functies van de bezoekers van de eerste hulp gestoord waren. Om praktische redenen en zonder de hiërarchie geweld aan te doen zijn een aantal toestandsbeelden voor deze studie gegroepeerd, te weten die welke primair gepaard gaan met bewustzijnsstoornissen en bewegingloosheid, met cognitief psychotische stoornissen, met affectief psychotische stoornissen (melancholie en manie), met amnestische stoornissen, met depressiviteit en een restgroep (tabel 7). In dit materiaal is gezocht naar het antwoord op de volgende vragen:

1. Wat voor mensen worden door de consultant psychiatrie op de eerste hulp gezien?
2. Wat zijn de redenen dat er een psychiatrisch consult wordt

gevraagd?

3. Wat is de bemoeienis van de consulent psychiatrie op de eerste hulp?
4. Waartoe leidt deze bemoeienis?
5. Welke andere aspecten vallen op in het materiaal?

De bevindingen worden steeds gepresenteerd in relatie tot de beschikbare literatuurgegevens. Vooral nog is alleen gebruik gemaakt van rechte tellingen. In een later stadium hopen wij over verdere analyses te rapporteren.

Methodes

1. Steekproef

Uit een bestand van ongeveer 14.000 consultkaartjes over de periode van 1965-1979, werd een steekproef getrokken van 401 patiënten, door gebruik te maken van de alfabetische ordening van de patiënten. Vele patiënten komen meerdere keren (12% in onze steekproef), sommigen zelfs tientallen keren, zodat het aantal kaartjes aanzienlijk groter is dan het aantal patiënten. Bij meerdere consultkaartjes van een patiënt trokken we random één kaartje. De grootte van de steekproef maakt het mogelijk uit het databestand alleen de grote lijnen te volgen. Voor meer subtiele onderscheidingen en kruistabellen wordt de kans op steekproeftoevalligheden te groot.

2. Variabelen

De consultkaartjes zijn door de jaren heen niet veel veranderd. Een wijziging betrof de invoering van de CHAM-diagnostiek (zie inleiding). De opzet was alles te scoren wat mogelijk op de kaartjes te vinden was. Voor de meeste variabelen leverde de scoring geen problemen op. Bij sommige andere leverde deze werkwijze nogal wat 'missing data' op. De berekening van een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid leek niet nodig, de gegevens waren in veruit de meeste gevallen eenduidig scorebaar (seks, leeftijd, en dergelijke). Daar waar scoringsproblemen optraden, werd een 'onbekend' (missing date) gescoord, of werd in overleg de meest aannemelijke score toegekend. In totaal isoleerden we 28 variabelen.

3. Berekeningen

Het betreft een descriptief, *inventariserend* onderzoek, hetgeen impliceert dat er geen specifieke hypothesen worden getoetst. Derhalve zal voornamelijk *beschrijvende statistiek* worden gebruikt. Daar waar generaliserende uitspraken zullen worden gedaan, kunnen gezien de aard van het materiaal vrijwel uitsluitend *non-parametrische technieken* worden gehanteerd. In de meeste gevallen gaat het om nominale en rangordeschalen.

Resultaten

De resultaten van het onderzoek zijn gerelateerd aan de beschikbaar-

Tabel 3: Leeftijd

Leeftijd	Aantal	Relatieve frequentie
- 20 jaar	52	13,1%
21 - 25 jaar	93	23,4%
26 - 35 jaar	130	32,7%
36 - 45 jaar	55	13,9%
46 - 55 jaar	34	8,6%
56 - jaar	33	8,3%
	397	100,0%
Onbekend	4	

Tabel 4: Burgerlijke staat

Burgerlijke staat	Aantal	Relatieve frequentie
Ongehuwd/Geen vaste relatie	154	40,8%
Weduwstaar	14	3,7%
Gehuwd geweest	21	5,6%
Samenwonend	58	15,4%
Gehuwd	130	34,5%
	377	100,0%
Onbekend	24	

Tabel 5: Huisvesting

Huisvesting	Aantal	Relatieve frequentie
Pensioen/Kosthuis	14	3,9%
Ouderlijk huis	43	12,1%
Alleen wonend	81	22,8%
Eigen gezin	186	52,4%
Anderszins	31	8,7%
	355	100,0%
Onbekend	46	

re literatuur over het onderwerp Psychiatische Eerste Hulp. Deze, ongeveer 40, artikelen zijn voornamelijk uit Engelstalige bladen afkomstig.

Bij de bespreking van de resultaten wordt uitgegaan van de in de inleiding gestelde vragen: 'Wat voor mensen', 'welke redenen', 'wat was de bemoeienis van de psychiater', 'waartoe leidt deze bemoeienis', en 'welke andere aspecten vallen op in het materiaal'.

1. Wat voor mensen worden door de consulent psychiatrie op de eerste hulp gezien?

Sekse. In onze steekproef is het aantal mannen en vrouwen gelijk.

Dit is opmerkelijk aangezien de totale eerste-hulppopulatie van het Wilhelmina Gasthuis over de jaren 1978 en 1979 voor 60% uit mannen bestond.

In de meeste door ons geraadpleegde artikelen is er een oververtegenwoordiging van vrouwen in de psychiatrische eerste-hulppopulatie. (Atkins, 1967; Bauer, Balter, 1971; Chmiel e.a., 1979; Craig e.a., 1974; Del Gaudio e.a., 1977; Janzito, Fine. Sprague, Pestana, 1978; Robins, Gentry, Munoz, Marten, 1977a; Skodol e.a., 1979).

Leeftijd. De leeftijdsgroep 26-35 jaar is met 33% het best vertegenwoordigd. Patiënten van 46 jaar en ouder vormen slechts 17% van het bestand. (Tabel 3)

Dit komt overeen met het in de literatuur gevondene (Anstee, 1972; Atkins, 1967; Barry, Kharabi, Nyman, Schmidt, 1979; Barsky e.a., 1979; Bauer e.a., 1971; Baxter e.a., 1968; Bristol, Giller, Docherty, 1981; Chmiel, 1979; Feigelson e.a., 1978; Hoehn-Saric, 1977; Janzito e.a., 1978; Kass, Salamon, Plutchik, Hyman, 1978; Mountney, Freeman, 1969; Robins e.a., 1977a; Suh, Carlson, 1979).

Nationaliteit. Patiënten, behorend tot de groep niet-ingezetenen maken 9% van het totaal uit, etnische minderheden 10%. De indeling die wij gebruiken hebben, maakt het niet mogelijk een vergelijking met de literatuur te maken.

Burgerlijke staat. Maar liefst 50% van onze populatie is alleenwonend (ongehuwd, gescheiden en weduwstaat). Van de andere helft is 35% gehuwd en 15% samenwonend. (Tabel 4)

Ook in de literatuur vinden we hoge percentages (25-35%) alleenstaanden (Atkins, 1967; Barsky e.a., 1979; Bauer e.a., 1971; Browning, Miller, Tyson, 1974; Chmiel e.a., 1979; Elsenburg, 1979a; Janzito e.a., 1978; Suh e.a., 1979). Slechts Atkins (1967) vond een meerderheid, 55%, gehuwden.

Huisvesting. In ons onderzoek is 52% in een eigen gezin wonend, terwijl in de literatuur onze bevinding dat 23% alleenwonend is ook terugkeert (Bauer e.a. 1971; Feigelson e.a., 1978). (Tabel 5).

Adres. Ruim 35% van onze patiënten komt uit Amsterdam-West, de wijk waarin het Wilhelmina Gasthuis is gelegen. De wijken Zuid en Centrum, grenzend aan West leverden samen nog eens 35%. Aangezien het Wilhelmina Gasthuis één van de weinige ziekenhuizen in Amsterdam is, waar 24 uur per dag psychiatrische eerste hulp kan worden verkregen, had het in de lijn der verwachtingen gelegen, dat meer mensen uit andere wijken van deze faciliteit gebruik zouden maken.

Een terugkerend thema in de literatuur, namelijk dat een zeker percentage uit veraf gelegen gebieden komt, wordt door ons onderzoek bevestigd, evenals dat er relatief veel mensen zonder vaste woonplaats gebruik zouden maken van de eerste hulp. (Anstee, 1972; Atkins, 1967; Chmiel e.a., 1979; Janzito e.a., 1978).

Ambulant hulpkader. 40% van de patiënten in psychiatrisch consult blijkt een ambulante hulpkader te hebben, waarbij bij ongeveer 1/3 van hen een gebeurtenis in de therapie directe aanleiding tot het

eerste-hulpbezoek leek te vormen. In een artikel uit het Bronx Municipal Hospital bleek 27% van de patiënten een hulpkader te hebben (Kass e.a., 1979), terwijl in een artikel van Skodol (1969) vermeld werd dat een bezoek aan de EH een signaal was, dat er iets niet in orde is in de lopende therapie.

Werk. Atkins (1967) vond in 1964/1965 16% werklozen in hun EH-populatie. Later verschenen artikelen tonen een duidelijk groter percentage patiënten zonder werk (Barsky e.a., 1979; Hoehn-Saric, 1977; Suh e.a., 1979), tot wel meer dan de helft. In onze populatie is 48% zonder werk.

Niveau van opleiding. In veel artikelen wordt een indeling naar beroepsklasse of opleidingsniveau gegeven (Atkins, 1967; Barsky e.a., 1979; Bauer e.a., 1971; Bristole.a., 1981; Coleman, 1968; Del Gaudio e.a., 1977; Feigelson e.a., 1978; Gale, Beck, Springer, 1978; Hoehn-Saric, 1977; Suh e.a., 1979). In de resultaten weerspiegelen zich twee trends. Enerzijds lijken de lagere socio-economische klassen het grootste deel van de psychiatrische eerste-hulppatiënten op te leveren, anderzijds lijkt de stelling dat 'emergency is a great equalizer' ook heel goed te verdedigen uit het verzamelde materiaal.

Wij konden van 108 patiënten de opleiding niet achterhalen. Van de overigen hadden 31% een lagere opleiding, terwijl ongeschoold en middelbaar ieder rond 20% scoorden. (Tabel 6)

Tabel 6: Niveau van opleiding

Niveau van opleiding	aantal	relatieve frequentie
Ongeschoold	66	22,5%
Lagere opleiding	92	31,4%
Middelbare opleiding	61	20,8%
Hogere opleiding	49	16,7%
Academische opleiding	25	8,5%
	293	100,0%
Onbekend	108	

Eerdere consulten. Eén op de acht patiënten uit onze steekproef bleek al eerder door een consulent gezien te zijn.

Dit gegeven is niet geheel te vergelijken met de literatuur waar meestal een korte omschreven periode wordt onderzocht. Toch worden daar ook hoge percentages 'repeaters' gevonden (Bauer e.a. (1971) 18% in 6 maanden), (Anstee, 1972; Raphling e.a., 1970).

Psychiatrische opname. 27% van de patiënten was eerder psychiatrisch opgenomen geweest. In de literatuur vinden we meestal een hoger percentage, vaak rond de 50% (Elsenburg, 1979a; Mendel e.a., 1969; Robins e.a., 1977a; Streiner e.a., 1975).

2. Wat zijn de redenen voor het consult?

Relatieproblemen. Bij 33% van de steekproef bleek er in het jaar

voorafgaande aan het consult een gebeurtenis te hebben plaatsgevonden, die in ieder geval had bijgedragen aan de decompensatie. Bauer e.a. (1971) en Elsenburg (1979a) vonden in bijna de helft van de gevallen een duidelijk 'preceding event'.

Verwijzing. De groep die op eigen initiatief naar de eerste hulp kwam, en de groep die door bekenden geadviseerd was naar de EH te komen, waren van dezelfde grootte: 35%. De overige 30% werd verwezen of gebracht, meestal door GGD of politie.

In de literatuur ligt het percentage zelfverwijzingen tussen de 30 en 60% (Bauer e.a., 1971; Suh e.a., 1979).

Drugs. In 13% van de gevallen spelen drugs een belangrijke rol. In de literatuur wordt van 0 tot 18% opgegeven (Anstee, 1972; Jacobsen, Howell, 1978; Robins e.a. 1977a; Suh e.a., 1979).

Alcohol. Van alcoholmisbruik was sprake in 16% van de gevallen. Waar er in de literatuur naar alcohol gekeken wordt, blijkt het eveneens in veel gevallen een rol te spelen (Anstee, 1972; Coleman, 1968; Jacobsen e.a. 1978; Suh e.a., 1979), soms zelfs tot 1/3 van het aantal patiënten (Bristol e.a., 1981; Robins e.a., 1977a).

Tentamen suicidii. Bij 34% van de patiënten was een tentamen suicidii aan het consult vooraf gegaan.

In de literatuur worden getallen tussen de 10 en 35% genoemd (Anstee, 1972; Atkins, 1967; Bauer e.a. 1971; Elsenburg, 1977a; Silbermann e.a. 1973; Suh e.a. 1979).

3. Wat is de bemoeienis van de consulent psychiatrie op de eerste hulp?

Somatische afwijkingen. Het belang van lichamelijk onderzoek bij psychiatrische eerste-hulppatiënten is algemeen erkend. In ons onderzoek bleek het vaak moeilijk vast te stellen óf een patiënt lichamelijk was onderzocht. Van de patiënten die lichamelijk waren nagekeken bleek de helft geen afwijkingen te vertonen, 33% toonde afwijkingen die op grond van de anamnese waren verwacht, bij voorbeeld verwondingen, na een opwindingsstoestand, terwijl 14% onverwachte lichamelijke afwijkingen vertoonde. Het onderzoek van Browning e.a. (1974) toonde aan dat een patiënt, die de psychiatrische eerste hulp bezoekt 'a high risk for non-psychiatrically related medical problems' heeft.

Toestandsbeeld. Het vaststellen van het toestandsbeeld volgens het CHAM-systeem gebeurt tijdens ieder psychiatrisch consult (zie ook inleiding). De verdeling van de toestandsbeelden is weergegeven in tabel 7. Opvallend is het hoge aantal patiënten met een Depressieve Tst (35%), en dat zonder manifeste psychopathologie (Observatie: 17%). Een vergelijking van deze resultaten met de literatuur is niet goed mogelijk aangezien er een grote verscheidenheid aan gehanteerde classificaties bestaat.

Zelfs waar in de literatuur een tweedeling psychose/niet-psychose wordt gebruikt zijn de uitkomsten onderling zeer verschillend.

Doorverwijzing. In hoeverre de bemoeienis van de consulent leidt tot de door hem gewenste oplossing is een vraag die door met de door ons gevolgde werkwijze niet is te beantwoorden, aangezien

Tabel 7: Verdeling der toestandsbeelden

Toestandsbeeld*	Aantal	Relatieve frequentie
1. Veranderd bewustzijn*	32	8,2%
2. Stuporeuze toestand	0	0,0%
3. Cognitieve psychose*	38	9,7%
4. Manisch toestandsbeeld	4	1,0%
5. Melancholisch toestandsbeeld	0	0,0%
6. Geheugendefecten*	2	0,5%
7. Verwardheidstoestand	12	3,1%
8. Opwindingstoestand	13	3,3%
9. Depressieve toestand	138	35,2%
10. Geagiteerd-depressieve toestand	19	4,8%
11. Angsttoestand	31	7,9%
12. Gedragsanomalie	32	8,2%
13. Hyperestetisch-emotioneel tstb.	4	1,0%
14. Observatie	67	17,1%
	392	100,0%
Onbekend	9	

* Toelichting: Deze tabel verschilt van het CHAM-systeem doordat enkele verwante toestandsbeelden zijn samengevoegd en wel:

- Coma, Sub-coma, Soporeuze toestand, Schemertoestand en Delirante toestand tot 1. *Veranderd bewustzijn*;
- Hallucinatoire toestand, Paranoïsch-hallucinatoire en Paranoïsche toestand tot 3. *Cognitieve psychose*;
- Amnestische toestand en Amnestisch confabulatoire toestand tot 6. *Geheugendefecten*.

zeer zelden werd opgeschreven wat de consulent als meest geschikte doorverwijzing zag.

Ook in de literatuur wordt geregeld vermeld, dat wat er met de patiënt gebeurt na het consult vaak niet de wens van de consulent weerspiegelt.

Achterwacht. Te allen tijde is er voor de consulent (assistent-psychiater in opleiding) een ervaren psychiater als achterwacht bereikbaar. In 27% van de gevallen werd de achterwacht geraadpleegd.

4. Waartoe leidt deze bemoeienis?

Doorverwijzing. Van de onderzochte groep kon 60% naar huis, waarvan $\frac{2}{3}$ (40% van het totaal) zonder een voorstel tot wijziging in de bestaande situaties, hetgeen een indicatie is voor de crisisoplossende werking van de psychiatrische eerste hulp. Eén kwart van de mensen, die naar huis konden kregen een advies voor hetzij ambulante psychiatrische hulp of een verandering in de reeds bestaande hulpverlening. 12% van de mensen, die naar huis konden, werden door de 'rijdende psychiater' nagecontroleerd. In 12% van alle gevallen was het noodzakelijk de patiënt psychiatrisch op te ne-

Tabel 8: Doorverwijzing vanaf de eerste hulp

Aard van de doorverwijzing	Aantal	Relatieve frequentie
1. Psychiatrische opname	43	11,5%
2. Crisiscentrum	64	17,2%
3. Somatische opname met psych. begeel.	12	3,2%
4. Detoxificatiecentrum	8	2,1%
5. Naar huis met nacontrole GGD, afd. GH	28	7,5%
6. Alternatieve hulpverlening	4	1,1%
7. Niet-huis	16	4,3%
8. Naar huis met voorstel tot verandering in de bestaande psychiatrische zorg	46	12,3%
9. Naar huis zonder verandering in de bestaande psychiatrische zorg	152	40,8%
	373	100,0%
Onbekend	28	

men, 17% der patiënten ging naar het crisiscentrum. Dit laatste percentage is geen goede afspiegeling van de werkelijke verwijzingen, aangezien het crisiscentrum pas vanaf de helft van de door ons onderzochte periode beschikbaar was (tabel 8).

In de literatuur wordt meestal alleen gesproken over 'opnemen of niet' (Baxter e.a. 1968; Feigelson e.a. 1978; Mendel e.a. 1969; Streiner e.a. 1975). Jenner en Frets (1981) spreken van 'opname als probleemoplossing, en menen dat het ambulant houden van patiënten de voorkeur verdient. Een zo gedifferentieerd scala van doorverwijsmogelijkheden als in Amsterdam ter beschikking staat wordt eigenlijk nergens in de literatuur beschreven (Elsenburg, 1979a; Elsenburg, 1979b; Silberman e.a., 1973). Waar er een mogelijkheid tot observatie bestaat lijkt het aantal klinische opnamen duidelijk te dalen. Schudel (1979) heeft in zijn artikel de factoren die een beslissing tot opname beïnvloeden besproken. Hij meent dat de consequenties van een opname ook voor de meest ervaren psychiater maar gedeeltelijk te overzien zijn.

Medicatie. Bij 29% van de patiënten werd medicatie gegeven, 10% acute sedering en 19% 'anderszins', meestal slaapmedicatie en/of anxiolytische.

Nooit werd voor meer dan 3 dagen medicatie meegegeven.

In de literatuur ligt het percentage patiënten dat medicatie krijgt in dezelfde orde van grootte (Atkins, 1967; Barsky e.a., 1979; Bauer e.a. 1971).

Psychotherapeutische interventie. Doordat de rapportering op het consultkaartje niet gericht is op beantwoording van de vraag of er een psychotherapeutische interventie heeft plaatsgevonden, kon retrospectief slechts in 53 gevallen (13%) worden vastgesteld, dat de consulent wellicht met een psychotherapeutisch doel te werk was gegaan. Strategieën voor psychotherapeutische psychiatrische

Tabel 9: Verdeling van de onderzochte consulten over de dag

Dag	Dagdeel		
	9.00-17.00	17.00-24.00	0.00-9.00
Werkdag	15	23	12
Weekend/Feestdag	14	23	12
Alle dagen relatieve frequentie	29,5%	46,1%	24,4%

Onbekend: 52 consulten

eerste hulp zijn wel beschreven (Baxter e.a. 1968; Flegenheimer 1978; Rusk, Gerner 1972), getallen hierover hebben wij evenwel niet gevonden.

5. Welke andere aspecten vallen op in het materiaal?

Dag/Dagdeel. In tegenstelling tot wat was verwacht bleek de vraag naar psychiatrische eerste hulp in het weekend of op feestdagen even groot als op werkdagen (tabel 9). Dit geldt voor alle uren van de dag. Over de dag bleek dat de meeste consulten tussen 17 en 24 uur, de minste tussen 0 en 9 uur werden gedaan. Een dergelijke verdeling geldt voor de gehele eerste hulp, waarbij het wel opvalt dat buiten kantooruren relatief meer psychiatrische hulp wordt gevraagd, dan somatische eerste hulp. In de literatuur vinden we geen eenduidig beeld van het verloop van het eerste-hulpbezoek over het etmaal (Anstee, 1972; Bauer e.a. 1971; Brown, Harvey 1971; Janzito e.a. 1978; Mendel e.a. 1969; van Oosten 1977; Suh e.a. 1979).

Ervaring consulent. Ruim 60% van de consulten werd gedaan door consulenten met minder dan 1 jaar ervaring in de acute psychiatrie. *Jaar.* Wat het aantal consulten in onze steekproef betreft blijken 1972, 1973, 1974, 1978 en 1979 met rond 10% van het aantal consulten elk (gemiddelde 7%), de drukste jaren.

De indruk dat het absolute aantal consulten aan het dalen is, gelijke tred houdend met het totale eerste-hulpbezoek, kon in deze steekproef niet worden bevestigd.

In gezelschap. Van de door de consulent geziene patiënten bleek 56% niet alleen te zijn gekomen. In de literatuur bleken geen duidelijke verschillen (Elsenburg 1979a; Robins e.a. 1977a).

Maand. Het aanbod over de maanden bleek ongeveer gelijk.

Samenvatting en conclusie

Psychiatrische eerste hulp in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam past grotendeels in het beeld, dat uit de door ons geraadpleegde literatuur naar voren komt.

Drie van de door ons onderzochte variabelen vallen duidelijk buiten het voor de literatuur gebruikelijke:

1. 'Ambulant hulpkader': Ruim 40% van de patiënten heeft een zorgkader. Dit is meer dan in de literatuur gebruikelijk.

2. 'Vroegere psychiatrische opname': beduidend minder dan elders vermeld.
3. 'Doorverwijzing': Een relatief laag percentage (12%) van de mensen, die gezien worden, worden psychiatrisch opgenomen. Ook is opvallend, dat van de mogelijkheid tot een gedifferentieerd doorverwijzingsbeleid inderdaad gebruik wordt gemaakt. (Tabel 8)

Deze drie factoren die de psychiatrische eerste hulp in Amsterdam doen verschillen van soortgelijke posten elders, zouden verband kunnen houden met het uitgebreide sociaal-psychiatrisch netwerk, zoals dat sinds de vijftiger jaren in Amsterdam bestaat (Querido, 1968).

Een aantal uitkomsten zijn, gerelateerd aan onze eigen verwachtingen, verrassend.

En wel:

1. 'Sekse': Een relatieve oververtegenwoordiging van vrouwen ten opzichte van de totale eerste-hulppopulatie.
2. 'Huisvesting': Een hoog percentage alleenwonenden (50%).
3. 'Adres': Ruim $\frac{3}{4}$ van de Amsterdammers, die door de consulent psychiatrie gezien worden blijkt op loopafstand van het Wilhelmina Gasthuis te wonen.
4. 'Tentamen Suicidii': Met 34% een hoog percentage.
5. 'Alcohol': Een lager dan verwacht percentage patiënten gaf, althans in dit kader, alcohol als een probleemgebied aan.
6. 'CHAM': Een hoog percentage (35,2%) depressieve patiënten. Samen met de geagiteerd-depressieven zelfs 40%.
7. 'Doorverwijzing': Veel mensen (40%) konden naar huis zonder dat er iets aan de al dan niet bestaande hulpverleningssituatie veranderd hoefde te worden.
8. 'Dag/Dagdeel': De vraag naar psychiatrische eerste hulp was in het weekend en op feestdagen niet groter dan door de week. Of: De vraag naar psychiatrische eerste hulp was door de week niet kleiner dan in weekenden/feestdagen. Dit laatste zou een teken aan de wand voor de bereikbaarheid door de week van de bestaande hulpkaders kunnen zijn.
9. 'Maand': Er was geen duidelijk verschil in aanbod over de maanden.

Deze uitkomsten geven al met al dus niet alleen een beeld van 15 jaar psychiatrische eerste hulp in Amsterdam, maar ook een indruk van het functioneren van de 'gewone' hulpkanalen. Verder levert deze eerste fase van het onderzoek ook vele vragen op, met name over de relaties tussen verschillende variabelen. Hierop hopen we, na een nadere analyse van het materiaal, in een volgend artikel in te kunnen gaan.

Literatuur

- Anstee, B. H. (1972), Psychiatry in the Casualty Department. *Brit. J. Psychiat.* 120, 625-629.
- Atkins, R. W. (1967), Psychiatric Emergency Service. Implications for the Patient,

- the Physician, the Hospital and the Community. *Arch. Gen. Psychiat.* 17, 176-182.
- Baas, A. (1970), *De rol van de huisarts in gevallen van psychiatrische crisissituaties, aangemeld op de eerste-hulppost van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam*. Serie 'Het Amsterdamse crisiscentrum' nr. 2.
- Barry, W. S., Kharabi, F., Nyman G., Schmidt Ch. W. (1979), Expanding Psychiatric Service in a Hospital Emergency Room. *J.A.M.A.*, 242(13), 1394-1395.
- Barsky, A. J., III, Colpitts, J., Green, L. J. (1979), Walk-in Patients' Decision about Follow-up Care. *J. Nerv. Ment. Disease.* 167(12), 742-747.
- Bauer, S. F., Balter, L. (1971), Emergency Psychiatric Patients in a municipal Hospital. *Psychiat. Quart.* 45, 382-393.
- Baxter, S., Chodorkoff B., Underhill R. (1968), Psychiatric Emergencies: Dispositional Determinants and the Validity of the Decision to Admit. *Amer. J. Psychiat.* 124 (11), 100-106.
- Bloemsmma, F. (1977), Kort verslag van een oriënterend onderzoek bij het crisiscentrum te Groningen. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* 5/77, 289-296.
- Bristol, J. H., Giller Jr. E., Docherty J. P. (1981), Trends in Emergency Psychiatry in the Last Two Decades. *Am. J. Psychiat.* 138 (5), 623-628.
- Brown, J. H., Harvey M. L. (1971), Emergency Services/Psychiatric Emergency Services in the General Hospital, a Review. *Can. Psych. Ass. J.* 16, 105-109.
- Browning, Ch. H., Miller S. I., Tyson R. L. (1974), The Psychiatric Emergency: A High Risk Medical Patient. *Comprehensive Psychiat.* 15 (2), 153-156.
- Chmiel, A. J., Akhtar S., Morris J. (1979), The Long-Distance Psychiatric Patient in the Emergency Room. *J. Soc. Psychiat.* 25 (1), 38-46.
- Coleman, J. V. (1968), Research in Walk-In Psychiatric Services in General Hospitals. *Amer. J. Psychiat.* 124, 90-95.
- Craig, T. J., Huffine C. L., Brooks M. (1974), Completion of Referrals to Psychiatric Services by Inner City Residents. *Arch. Gen. Psychiat.* 31, 353-357.
- Del Gaudio, A. C., Carpenter F. J., Stein L. S., Morrow G. (1977), Characteristics of Patients Completing Referrals from an Emergency Department to a Psychiatric Outpatients Clinic. *Compr. Psychiat.* 18, 301-307.
- Eisenthal, S., Emery R., Lazare A., Udin H. (1979), 'Adherence' and the Negotiated Approach to Patienthood. *Arch. Gen. Psychiat.* 36, 393-398.
- Elsenburg, A. E. A. M. (1979a) Crisistheorie en Psychiatrische Hulpverlening op een eerste-hulppost. *T. v. Psychiat.* 21 (4), 209-220.
- Elsenburg, A. E. A. M. (1979b), Besluitvorming bij psychiatrische consulten op een eerste-hulppost. *Maandblad. Geestelijke Volksgezondheid* 34 (19), 629-645.
- Escande, M., Gayral L. F., Goldberger E., Oulès J., Concina M. (1979), Modalités de Prise a Charge de l'Urgence Psychiatrique à l'Hopital Général. *Rev. Méd. Toulouse*, 293-298.
- Feigelson, E. B., Davis E. B., Mackinnon R., Shands H. C., Schwartz C. C. (1978), The Decision to Hospitalize. *Am. J. Psychiat.* 135 (3), 354-357.
- Flegenheimer, W. V. (1978), The Patient-Therapist Relationship in Crisis Intervention. *J. Clin. Psychiat.* 39 (4), 348-350.
- Gale, M. S., Beck S., Springer K. (1978), Effects of Therapists' Biases on Diagnosis and Disposition of Emergency Service Patients. *Hosp. & Comm. Psychiat.* 29 (11), 705-706.
- Gersons, B. P. R. (1981), Over crisistheorie, rouw en rolverandering. *T. v. Psychiat.* 23, 430-452.
- Gillum, R. F., Barsky A. J. (1974), Diagnosis and Management of Patient Noncompliance. *J.A.M.A.* 228 (2), 1563-1567.
- Hoehn-Saric, R. (1977), Evaluation of Psychiatric Training in the Emergency Room. *Comprehensive Psychiat.* 18, 585-589.
- Jacobsen, P. H., Howell R. J. (1978), Psychiatric Problems in Emergency Rooms.

- Health and Social Work.* 3 (2), 88-107.
- Janzito, B. M., Fine J., Sprague, B., Pestana, J. (1978), Overnight Admissions for Psychiatric Emergencies. *Hosp. & Comm. Psychiat.* 29 (11), 728-730.
- Jenner, J. A., Frets F. W. (1981), Opname in een psychiatrisch ziekenhuis en ambulante crisis-interventie. *T. v. Psychiat.* 23 (10), 577-589.
- Kass, F., Salamon I., Plutchik R., Hyman, I. (1978), The Assessment of Depression: A Modl for Quality Review of Emergency Psychiatry. *Am. J. Psychiat.* 135 (2), 213-216.
- Kass, F., Karasi, T. B., Walsh, T. (1979), Emergency Room Patients in Concurrent Therapy: A Neglected Clinical Phenomenon. *Am. J. Psychiat.* 136 (1), 91-92.
- Mendel, W. M., Rapport, S. (1969), Determinants of the Decision for Psychiatric Hospitalization. *Arch. Gen. Psychiat.* 20, 321-328.
- Mountney, G. H., Fryers, T., Freeman, H. L. (1969), Psychiatric Emergencies in an Urban Burrough. *Brit. Med. J.* (1), 498-500.
- Oosten v., A., (1977), Over de echte en minder echte crisisinterventie in Utrecht. *MGV* 5/77, 283-288.
- Querido, A. (1968), The Shaping of Community Mental Health Care. *Brit. J. Psych.* 114, 293-302.
- Raphling, D. L., Lion, J. (1979), Patients with Repeated Admissions to a Psychiatric Emergency Service. *Comm. Ment. Health, J.* 6 (4), 313-318.
- Romme, M. A. J., Smit de, N. W., Tellegen, E. (1968), De opnamewegen van een Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. *Ned. T. Gen.* 112, 2035-2038.
- Robins, E., Gentry, K. A., Munoz, R. A., Marten, S. (1977a), A Contrast of the Three Common Illnesses With the Ten Less Common in a Study and 18-Month Follow-up of 314 Psychiatric Emergency Room patients. I. Characteristics of the Sample and Methods of Study. *Arch. Gen. Psychiat.* 34, 259-265.
- (1977b) II. Characteristics of Patients with the Three More Common Illnesses. *Arch. Gen. Psychiat.* 34, 269-281.
- Rusk, Th. N., Gerner, R. H. (1972), A Study of the Process of Emergency Psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.* 128, 116-120.
- Schudel, W. J. (1979), Opname in een psychiatrisch ziekenhuis. *MGV.*, 10/79, 617-628.
- Silbermann, R. M. (1970), CHAM, een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden. *Ex. Med.*, Amsterdam 1970.
- Silbermann, R. M., Geerlings, P. J., Schalken, H. F. A., Veen van der, W. F. (1973). Psychiatrische Eerste Hulp. *Ned. T. Geneeskunde.* 117, 526-530.
- Skodol, A. E., Kass, F., Charles, E. (1979), Crisis in Psychotherapy/Principles of Emergency Consultation and Intervention. *Amer. J. Orthopsychiat.* 49 (4), 585-597.
- Streiner, D. L., Goodman, J. T., Woodward, C. A. (1975), Correlates of the Hospitalization Decision: A Replicative Study. *Can. J. Public Health.* 66, 411-415.
- Suh, M., Carlson, R. (1979), A Socio-psychiatric Profile of Emergency Service Patients. *Can. J. Psychiat.* 24, 219-223.
- Verhoeff, J. (1980), Psychiatrie d'urgence. *Medisch Contact* 35, 1339-1340.

Appendix

Variabelen en codering

Missing data = 0

1. Proefpersoonnummer		
2. Sekse	1. Man 2. Vrouw	
3. Leeftijd	1. -20 jaar 2. 21-25 jaar 3. 26-35 jaar 4. 36-46 jaar 5. 46-55 jaar 6. 56 jaar en ouder	Kinderen zijn buiten de steekproef gelaten
4. Nationaliteit	1. Etnische minderheid 2. Niet-Nederlander 3. Nederlander	Als zodanig herkenbaar en wonend in Nederland
5. Huisvesting	1. Pensioen/kosthuis 2. Ouderlijk huis 3. Alleen wonend 4. Eigen gezin 5. Anderszins	Al dan niet gehuwd, ongeacht kinderen
6. Burgerlijke staat	1. Ongehuwd/geen vaste relatie 2. Weduwstaat 3. Gehuwd geweest 4. Samenwonend/vaste relatie 5. Gehuwd	
7. Adres	1. Centrum 2. West 3. Noord 4. Oost 5. Zuid 6. Bijlmer 7. Overige 8. Geen	
8. Relatieproblemen in het laatste jaar als Preceding Event	1. Geen 2. Weduwschap 3. Gescheiden 4. In scheiding	Echtgenoot/Relatie Ook: ernstige relatie problemen
9. Ambulant hulpkader	1. Geen 2. Intake-fase 3. Niet-intensieve behandeling 4. Intensieve behandeling 5. Therapeutvariabele	Minder dan 1x/week 1x/week of vaker Vakantie, afwezigheid, verandering van therapeut.

Toelichting

		<i>Toelichting</i>
10. Werk	1. Zonder werk 2. Werkt	Inclusief huisvrouw
11. Niveau van opleiding	1. Ongeschoold 2. Lager 3. Middelbaar 4. Hoger 5. Academisch	Inclusief huisvrouw LBO, LEAO MAVO, MBO HAVO, VWO, HBO
12. Verwijzing	1. Patiënt zelf 2. Familie/bekenden/huisarts 3. Omstanders/GGD/politie	
13. Dag	1. Maandag t/m vrijdag 17.00 uur 2. Weekeinde/feestdag	
14. Dagdeel	1. 9.00-17.00 uur 2. 17.00-24.00 uur 3. 0.00-9.00 uur	
15. Drugs	1. Nee 2. Ja	Als een belangrijke factor
16. Alcohol	1. Nee 2. Ja	Als een belangrijke factor
17. Tentamen suïcidii	1. Nee 2. Ja	
18. Somatische afwijkingen	1. Nee 2. Verwacht en aanwezig. 3. Niet-verwacht, wel aanwezig	Op grond van de anamnese
19. Eerdere consulten	1. Nee 2. Ja	
20. CHAM	1. Veranderd bewustzijn 2. Stuporeuze toestand 3. Cognitieve psychose 4. Manisch toestandsbeeld 5. Melancholisch toestandsbeeld 6. Geheugendefecten 7. Verwardheidstoestand 8. Opwindingstoestand 9. Depressieve toestand 10. Geagiteerd-depressieve toestand 11. Angsttoestand 12. Gedragsanomalie 13. Hyperesthetisch-emotioneel toestandsbeeld 14. Observatie	
21. Medicatie	1. Geen 2. Acute sedering 3. Anderszins	Toegediend/voorgeschreven op de eerste hulp
22. Psychotherapeutische interventie	1. Wellicht 2. Ja	

Toelichting

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23. Doorverwijzing | <ol style="list-style-type: none"> 1. Psychiatrische opname 2. Crisiscentrum 3. Somatische opname met psychiatrische begeleiding 4. Cabines 5. Naar huis met nacontrole GH thuis 6. Alternatieve hulpverlening 7. Niet-huis | <p>HVO, Leger des Heils, somatische opname zonder psychiatrische begeleiding tot verandering in de bestaande psychiatrische zorg</p> |
| 24. Ervaring als consulent | <ol style="list-style-type: none"> 1. 0-1/2 jaar 2. 1/2-1 jaar 3. 1-1 1/2 jaar 4. Meer dan 1 1/2 jaar | |
| 25. Achterwacht gewaarschuwd | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nee 2. Ja | |
| 26. Jaar | 1 t/m 15 | |
| 27. In gezelschap | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nee 2. Ja | |
| 28. Psychiatrische opname | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nee 2. Ja | In de voorgeschiedenis |
| 29. Maand van het jaar | 1 t/m 12 | |