

Knooppunt psychiatrische crisisdienst: evaluatie van patiëntenstromen; samenhang tussen aanmeldreden, aanmelder en crisisbeleid, Utrecht 2009-2015

M.H. HOEK, A.W. BRAAM

- ACHTERGROND** De spoedeisende psychiatrische zorg in Nederland wordt voor een belangrijk deel verzorgd door crisisdiensten. Hoewel de werkwijze per regio variatie vertoont, kennen al deze diensten vaste types aanmelders - zoals de huisarts, de politie en het ziekenhuis - en hebben zij tamelijk vastomlijnde opties voor het crisisbeleid.
- DOEL** In kaart brengen welke relatie er bij crisisinterventie bestaat tussen aanmeldproblematiek, aanmelders en gekozen vervolgsbeleid.
- METHODE** Dossieronderzoek van in totaal 938 crisisbeoordelingen in Utrecht op basis van een vijftal meetperioden tussen 2009 en 2015. Van deze crisiscontacten selecteerden we in 'model stad Utrecht' alleen patiënten uit de stad Utrecht en in 'model generieke aanmelders' alleen patiënten verwezen via de huisartsenpost (HAP), de politie en het ziekenhuis. Door middel van kruistabellen en multinomiale logistische regressie stelden we de patronen in crisisbeleid vast aan de hand van aanmeldreden en aanmelder voor beide modellen.
- RESULTATEN** Patiënten aangemeld door de politie werden veel vaker onvrijwillig opgenomen (27%) dan patiënten verwezen door de huisarts (6%); deze laatste kregen voornamelijk een ambulante beleid (83%). Patiënten met als aanmeldreden verwardheid of agressie werden vaker opgenomen (respectievelijk 26% en 29%) dan patiënten met als aanmeldreden suicidaliteit (8%).
- CONCLUSIE** De huidige praktijkevaluatie toont een duidelijke samenhang tussen zowel aanmeldreden als aanmelder en de keuze voor een bepaald crisisbeleid. Nader onderzoek kan uitwijzen of de huidige resultaten als best practice zijn te beschouwen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)7, 396-405

TREFWOORDEN acute ambulante psychiatrische zorg, crisisdienst, spoedeisende psychiatrie



ARTIKEL



Psychiatrische crisisdiensten vormen een belangrijke toegangsweg tot de geestelijke gezondheidszorg voor personen in crisis (Unick e.a. 2011). Deze diensten hebben de taak om psychiatrische noodsituaties te beoordelen en de

zorg te organiseren (Blitz & Banks 2001). Hoewel crisisdiensten een vast onderdeel vormen van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), bestaan er geen richtlijnen betreffende het beleid in een crisissituatie.

De acute psychiatrie in Nederland is opgedeeld in verzorgingsgebieden (Stobbe e.a. 2016). Daarbij zijn er samenwerkingsovereenkomsten tussen politie, gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) en ggz (Achilles e.a. 2014). Elke regio heeft een crisisdienst die ook patiënten buiten de eigen instelling bezoekt.

Vaste aanmelders in de meeste regio's zijn politie, spoedeisende hulpafdelingen van een algemeen ziekenhuis (SEH) en de huisartsenpost (HAP) (Penterman e.a. 2009; van der Post e.a. 2009; 2012; Simpson e.a. 2014; Stobbe e.a. 2016). Via welke aanmelder patiënten op de crisisdienst komen, hangt af van de organisatie van de ggz in de betreffende regio (Stobbe e.a. 2016). Het percentage aanmeldingen door de verschillende aanmelders kan sterk verschillen per regio (Penterman e.a. 2009; van der Post e.a. 2012; Stobbe e.a. 2016).

Aanmeldingen zijn ook in te delen naar het type aanmeldreden. De aanmeldreden is symptoom- en patiëntgericht, en nog niet gebaseerd op een bepaalde diagnose (Braam 2010). Zowel nationaal als internationaal gebruikt men verschillende triagemethoden met verschillende indelingen van aanmeldreden om te verwijzen naar de ggz (Braam 2010).

Het doel van een spoedeisend consult is reguliere zorg (indien geïndiceerd) mogelijk te maken die zo min mogelijk restrictief of intrusief van aard is en zo veel mogelijk binnen kantooruren plaatsvindt (Beerthuis 2014). De bedoeling is om een crisissituatie voor patiënt en familie te verbeteren zonder de patiënt of andere mensen in gevaar te brengen, en door te verwijzen naar het geschikte programma (Mulder & van Hemert 2014). Een behandelaar bepaalt daarbij de keuze voor het crisisbeleid in een complexe context met beperkte informatie, tijd en middelen (Unick e.a. 2011).

Met de huidige studie beogen wij te onderzoeken of het type aanmelding samenhangt met het gekozen crisisbeleid. Zijn er patronen van soorten van crisisbeleid te onderscheiden per type aanmelder? De bestaande beroepspraktijk kan dan dienen als vertrekpunt voor een denkbare *best practice*. In de studie maken we gebruik van twee soorten onderzoeksgroepen. Eén onderzoeksgroep in de stad Utrecht voor het beoordelen van het crisisbeleid in middelgrote tot grootstedelijke regio's, en één model voor het beleid bij aanmeldingen door de politie, het ziekenhuis of de huisartsenpost (HAP), wat vergelijking met andere crisisdienstregio's mogelijk maakt.

METHODE

Studieopzet

Alle gegevens werden verzameld op de crisisdienst van Altrecht in Utrecht. Het betrof een praktijkbeschrijvende

AUTEURS

MARIJN H. HOEK, arts, Altrecht GGZ Utrecht.

ARJAN W. BRAAM, psychiater crisisdienst Utrecht, opleider psychiatrie Altrecht en bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

M.H. Hoek, afd. Roosenburg, Altrecht Aventurijn, Distelvlinder 5, 3734 AA Den Dolder.
E-mail: m.hoek@altrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-3-2017.

dossierstudie. Voor de steekproef maakten wij een systematische selectie van de intakeverslagen van de crisisdienst. Er werden vijf meetmaanden in de periode 2009-2015 geselecteerd. Geïnccludeerd werden patiënten die een eerste crisiscontact hadden in de periodes: 1. 25-3-2009 t/m 24-4-2009; 2. 18-10-2010 t/m 22-11-2010; 3. 10-9-2012 t/m 21-10-2012; 4. 25-4-2014 t/m 7-6-2014; 5. 10-1-2015 t/m 15-2-2015.

Om een zo representatief mogelijk beeld te creëren werden de meetperiodes - na de eerste maand (maart-april 2009) - verspreid over de seizoenen geselecteerd door het onderzoeksteam. De dossiers die we voor deze studie gebruikten, waren afkomstig uit het elektronisch patiëntendossier. Van een eerste crisiscontact spraken we als een patiënt voor de eerste keer voor een bepaald probleem werd gezien op de crisisdienst. Op het moment dat een vervolcontact - in Utrecht meestal voor de duur van omstreeks 2 weken tot 2 maanden - plaatsvond, gold dit niet als nieuw eerste contact. Als een patiënt echter opnieuw in crisis raakte zonder dat sprake was van een vervolcontact, werd dit als een nieuw eerste crisiscontact gerekend.

De crisisdienst Utrecht werkt met vast personeel binnen kantooruren. Dit personeel bestaat onder anderen uit een vaste groep psychiaters, crisisinterventoren (van wie de meesten sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen), en artsen al dan niet in opleiding tot psychiater (a(n)ios). Buiten kantooruren hebben enkele crisisinterventoren en een psychiater of a(n)ios met een psychiater als achterwacht dienst.

Voorheen was de acute psychiatrie binnen de provincie Utrecht over vier crisisdiensten verdeeld: Crisisdienst Stad Utrecht, RPC Nieuwegein (regio Nieuwegein en omstreken), RPC Woerden en RPC Zeist. Sinds januari 2012 zijn de crisisdienstsubregio's van Woerden en Nieuwegein toegevoegd aan die van de stad Utrecht.

Variabelen

Patiënten komen om verschillende redenen in contact met de crisisdienst. Deze *aanmeldredenen* werden door het onderzoeksteam in verschillende groepen onderverdeeld, te weten: 1. patiënten met suïcidale ideaties; 2. patiënten met suïcidale concrete plannen; 3. patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan; 4. verwarde patiënten; 5. agressieve patiënten; 6. patiënten aangemeld wegens middelengebruik (misbruik of afhankelijkheid); 7. overige patiënten; 8. patiënten welke aangemeld werden wegens een cognitief probleem; 9. patiënten met onbekende aanmeldproblematiek. Deze 9 groepen werden voor de analyses teruggebracht naar 4 hoofdgroepen, namelijk verwardheid, agressie, suïcidaliteit en een overige groep. Als er meerdere redenen waren waarom een patiënt werd aangemeld, dan kozen we voor de ernstigste. De volgorde van meest naar minst ernstige aanmeldredenen was: 1. agressie; 2. verwardheid; 3. suïcidaliteit; 4. overige aanmeldredenen. De verschillende *aanmelders* werden onderverdeeld in: politie, huisarts, HAP, behandelaars binnen de ggz, ziekenhuizen en een overige groep.

Het gekozen *crisisbeleid* werd ingedeeld in: vrijwillige opname, onvrijwillige opname, retour behandelaar ggz, retour crisisdienst en overig.

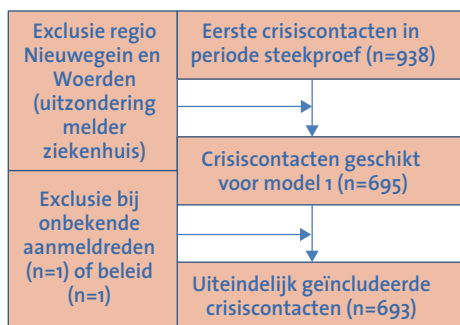
Om de steekproef nader te beschrijven verzamelden we ook de volgende kenmerken: geslacht, leeftijd, woonplaats, etniciteit, middelengebruik, voorgeschiedenis, hoofdpijn volgens de DSM-classificatie en de beschrijvende diagnose, plaats van beoordeling, juridische status, voorgeschiedenis, moment van contact, wachttijd en het gebruik van noodmedicatie.

Analyse

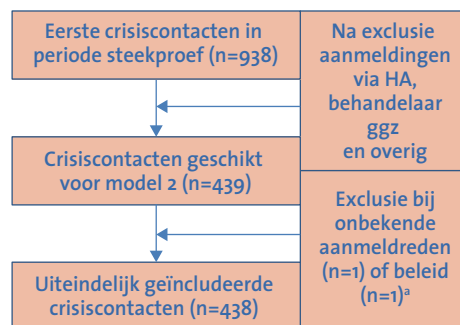
Voor de analyse maakten we twee verschillende selectie-modellen. Het ‘model stad Utrecht’ gold alleen voor patiënten uit de stad Utrecht en niet voor die uit de regio’s Woerden en Nieuwegein (FIGUUR 1A). Doel van dit model was om een beeld te schetsen van de patiëntenstromen op de crisisdienst van een middelgroot tot grootstedelijke regio. Patiënten woonachtig buiten de provincie Utrecht werden ook geïncludeerd, omdat dezen vrijwel altijd bij de crisisdienst Utrecht in beeld komen, bijvoorbeeld op het Centraal Station of zwerfend in de stad. Zo ontstond het ‘model stad Utrecht’ met het doel de groepen crisiscontacten van voor en na 2012 zo veel mogelijk gelijk te houden. Het ‘model generieke aanmelders’ betrof alleen patiënten die in het gehele verzorgingsgebied (Utrecht en subregio’s Woerden en Nieuwegein) werden aangemeld door de politie, de HAP of het ziekenhuis (FIGUUR 1B). Dit zijn namelijk de aanmelders die in alle regio’s in Nederland patiënten naar de crisisdienst verwijzen en zij kunnen dus dienen ter vergelijking met andere crisisdienstregio’s. De huisarts is geen ‘generieke aanmelder’ in dit model, omdat een deel van de huisartsverwijzingen overdag een iets lagere urgentie heeft (namelijk: ‘later op dezelfde dag’ of ‘morgenochtend’). Het varieert tussen crisisdienstregio’s of patiënten met deze lagere urgenties op de crisisdienst worden ontvangen, of bijvoorbeeld op een spoedpolikliniek.

Het gekozen crisisbeleid vormde de primaire uitkomstvariabele van het onderzoek. De patronen in crisisbeleid, afhankelijk van aanmeldreden en aanmelder in de groep ‘model stad Utrecht’, werden onderzocht door middel van kruis- en frequentietabellen en getest met de χ^2 -test. De kansverdeling van de associatie werd onderzocht met een multinomiale logistische regressieanalyse met als referen-

FIGUUR 1A Selectie crisiscontacten van patiënten ‘model stad Utrecht’



FIGUUR 1B Selectie crisiscontacten van patiënten ‘model generieke aanmelders’

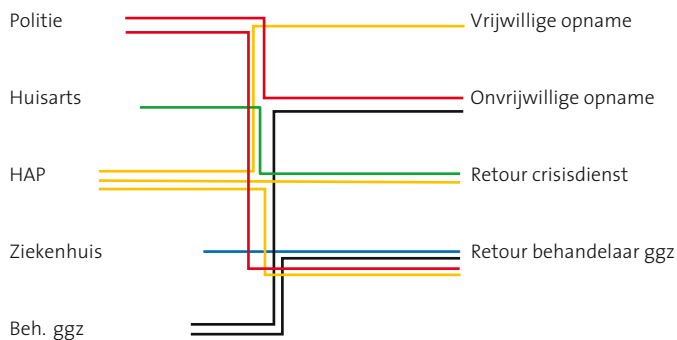


HA= huisarts

ggz= geestelijke gezondheidszorg

^a Het betrof een crisiscontact waarbij zowel aanmeldredenen als beleid onbekend was.

FIGUUR 2 Stroomschema van de meest gekozen (stroom $\geq 25\%$) patronen in crisisbeleid afhankelijk van aanmelder



*Op het moment dat bij $\geq 25\%$ van de aanmeldingen van een verwijzende partij voor een specifiek crisisbeleid werd gekozen, werd deze stroom in de figuur geplaatst.

HAP = huisartsenpost; beh. ggz = behandelaar geestelijke gezondheidszorg

tielcategorie 'retour crisisdienst' wat betreft gekozen crisisbeleid. Wat betreft *aanmelder* werd de 'huisarts' als referentiegroep gekozen. Het betrof dan aanmeldingen door de huisarts binnen kantooruren. Ten aanzien van de *aanmeldredenen* diende 'suïcidaliteit' als referentiecategorie.

De groep van het 'model generieke aanmelders' (aangemeld via de politie, het ziekenhuis of de HAP) werd op dezelfde manier als de groep van het 'model stad Utrecht' onderzocht. Hierbij werd de aanmelder 'HAP' als referentiegroep gebruikt.

We gebruikten een p-waarde $< 0,05$ als significantieniveau. Om de resultaten te testen gebruikten we Statistical Package for the Social sciences (SPSS versie 20.0) van IBM corporation.

RESULTATEN

Studiepopulatie

In de vijf onderzoeksperiodes tussen 2009 en 2015 vonden 938 eerste crisiscontacten plaats. Slechts bij twee crisiscontacten ontbrak er informatie over de aanmeldredenen of gekozen crisisbeleid. Het 'model stad Utrecht' bevatte in totaal 693 crisiscontacten (zie **FIGUUR 1A**) en het 'model generieke aanmelders' (HAP, politie en ziekenhuis) 438 crisiscontacten (zie **FIGUUR 1B**).

In het 'model stad Utrecht' was de gemiddelde leeftijd 40,3 jaar, 54% van de patiënten was een man en 13% had een blanco psychiatrische voorgeschiedenis. De meest voorkomende hoofdproblemen waren psychotische klachten (22%), depressieve klachten (20%) en problemen gerelateerd aan middelengebruik (14%) (zie **TABEL 1**). De gemiddelde GAF-score was 43,4. In het 'model generieke aanmelders' werden vergelijkbare waarden gevonden.

UITKOMSTEN 'MODEL STAD UTRECHT'

De meest voorkomende aanmelders in 'model stad Utrecht' waren de huisarts (25%) en de politie (25%). De meest voorkomende aanmeldredenen was 'suïcidaliteit' (43%). Het crisisbeleid bestond voor 15% uit vrijwillige opname en eveneens 15% betrof onvrijwillige opname (zie **TABEL 1**).

Relatief veel kans op een onvrijwillige opname hadden patiënten die aangemeld werden door de politie (27%) of door behandelaars binnen de ggz (26%; zie **TABEL 2**). Relatief veel kans op een vrijwillige opname hadden patiënten die aangemeld werden door de HAP (25%) of door behandelaars binnen de ggz (21%).

Relatief veel kans op een onvrijwillige opname hadden patiënten met als aanmeldredenen agressie (29%) of verwardheid (26%; zie **TABEL 2**). De crisisdienst zag zelf 50% van de patiënten terug die aangemeld werden door de huisarts. Relatief veel kans om teruggezien te worden door de crisisdienst hadden patiënten met als aanmeldredenen suïcidaliteit (30%). Van de frequentst gekozen patronen in crisisbeleid afhankelijk van aanmelder - namelijk bij kansen $\geq 25\%$ - maakten wij een stroomschema (**FIGUUR 2**). Dit schema is een versimpeling van de cijfers uit **TABEL 2**.

Er werden patronen gevonden in het crisisbeleid met diverse significante associaties voor alle verschillende aanmelders. De aanmeldingen werden afgezet tegen de meest voorkomende combinatie van aanmelder en beleid als referentiecategorie, namelijk een patiënt die via de huisarts wordt verwezen én wordt teruggezien door de crisisdienst. De kans op onvrijwillige opname was het grootst bij aanmelding door de politie of door een behandelaar binnen de ggz.

Met andere woorden: patiënten aangemeld door politie en behandelaars binnen de ggz kregen ten opzichte van de huisarts (referentie) het vaakst het beleid 'onvrijwillige

TABEL 1 Onderzoek naar psychiatrische crisisdienst, opgesplitst naar patiënten uit 'model stad Utrecht' en 'model generieke anmelders'

| | Model stad Utrecht ^a | | Model generieke anmelders ^b | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------|--|----------------|
| | Aantal (n) | Percentage (%) | Aantal (n) | Percentage (%) |
| Aanmelder | | | | |
| Politie | 175 | (25) | 234 | (53) |
| Huisarts | 171 | (25) | - | - |
| HAP | 67 | (10) | 104 | (24) |
| Ziekenhuis | 100 | (14) | 100 | (23) |
| Behandelaar ggz | 84 | (12) | - | - |
| Overig | 96 | (14) | - | - |
| Totaal | 693 | (100) | 438 | (100) |
| Aanmeldreden | | | | |
| Verwardheid | 171 | (25) | 94 | (21) |
| Agressie | 106 | (15) | 98 | (22) |
| Overig | 121 | (17) | 46 | (11) |
| Suïcidaliteit | 295 | (43) | 200 | (46) |
| Totaal | 693 | (100) | 438 | (100) |
| Beleid | | | | |
| Vrijwillige opname | 102 | (15) | 70 | (16) |
| Onvrijwillige opname | 105 | (15) | 78 | (18) |
| Retour behandelaar | 185 | (27) | 126 | (29) |
| Retour crisisdienst | 174 | (25) | 70 | (16) |
| Beleid overig | 127 | (18) | 94 | (21) |
| Totaal | 693 | (100) | 438 | (100) |
| Hoofdprobleem^c | | | | |
| Cognitieve stoornis | 29 | (4) | 16 | (4) |
| Psychose | 155 | (22) | 99 | (23) |
| Depressie | 140 | (20) | 65 | (15) |
| Manie | 45 | (6) | 20 | (5) |
| Angststoornis | 65 | (9) | 35 | (8) |
| Aanpassingsstoornis | 56 | (8) | 37 | (8) |
| Middelengebruik | 97 | (14) | 84 | (19) |
| Stoornis in impulsbeheersing | 14 | (2) | 16 | (4) |
| ADHD ^d | 6 | (1) | 6 | (1) |
| Relatieprobleem | 16 | (2) | 12 | (3) |
| Overige stoornis | 36 | (5) | 27 | (6) |
| Geen stoornis op as I | 26 | (4) | 18 | (4) |
| Onbekend | 8 | (1) | 3 | (0) |
| Totaal | 693 | (100) | 438 | 100 |

a In het 'model stad Utrecht' werden patiënten uit Woerden en Nieuwegein geëxcludeerd.

b Het 'model generieke anmelders' betrof patiënten aangemeld door huisartsenpost, politie of ziekenhuis, zowel uit stad Utrecht als Woerden en omstreken en Nieuwegein en omstreken.

c Hoofdprobleem volgens de DSM-classificatie en beschrijvende diagnose.

d Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD).

HAP = huisartsenpost; ggz = geestelijke gezondheidszorg.

TABEL 2 Gekozen beleid per aanmelder en aanmeldreden voor onderzoekspopulatie ‘model stad Utrecht’

| | Beleid | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|------|----------------------|------|--------------------|------|---------------------|------|---------------|------|--------|
| | Vrijwillige opname | | Onvrijwillige opname | | Retour behandelaar | | Retour crisisdienst | | Overig beleid | | Totaal |
| Aanmelder | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N |
| Politie | 23 | (13) | 47 | (27) | 55 | (31) | 14 | (8) | 36 | (21) | 175 |
| Huisarts | 18 | (11) | 10 | (6) | 23 | (13) | 86 | (50) | 34 | (20) | 171 |
| HAP | 17 | (25) | 4 | (6) | 17 | (25) | 19 | (28) | 10 | (15) | 67 |
| Ziekenhuis | 14 | (14) | 9 | (9) | 37 | (37) | 13 | (13) | 27 | (27) | 100 |
| Behandelaar ggz | 18 | (21) | 22 | (26) | 24 | (29) | 13 | (15) | 7 | (8) | 84 |
| Overig | 12 | (13) | 13 | (14) | 29 | (30) | 29 | (30) | 13 | (14) | 96 |
| Aanmeldreden | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N |
| Suïcidaliteit | 36 | 12 | 24 | 8 | 93 | 32 | 87 | 29 | 55 | 19 | 295 |
| Verwardheid | 38 | 22 | 45 | 26 | 33 | 19 | 30 | 18 | 25 | 15 | 171 |
| Agressie | 17 | 16 | 31 | 29 | 27 | 26 | 8 | 8 | 23 | 22 | 106 |
| Overig | 11 | 9 | 5 | 4 | 32 | 26 | 49 | 40 | 24 | 20 | 121 |

HAP = huisartsenpost; ggz = geestelijke gezondheidszorg.

opname’ ten opzichte van ‘retour crisisdienst’ (referentie). De kans op beleid ‘retour behandelaar’ was het grootst bij aanmelding door de politie en aanmelding door het ziekenhuis (zie **TABEL 3**).

Er werden ook significante associaties gevonden in het patroon van type crisisbeleid naar aanmeldreden. De aanmeldingen werden afgezet tegen de meest voorkomende combinatie van aanmeldreden en beleid als referentiecategorie, namelijk een patiënt die vanwege suïcidaliteit wordt verwezen en teruggezien wordt door de crisisdienst. De kans op onvrijwillige opname was het grootst bij agressie en verwardheid. Met andere woorden: patiënten met de aanmeldredenen agressie en verwardheid kregen ten opzichte van aanmeldreden suïcidaliteit (referentie) het vaakst het beleid onvrijwillige opname ten opzichte van ‘retour crisisdienst’ (referentie). Overigens leek het type aanmelder wat beter te differentiëren dan het type aanmeldreden – de percentages en kansen voor ‘verwardheid’ en ‘agressie’ tonen veel overeenkomst (zie **TABEL 3**).

UITKOMSTEN ‘MODEL GENERIEKE AANMELDERS’

De percentages gekozen crisisbeleid per aanmelder en aanmeldreden van het ‘model generieke aanmelders’ waren zo goed als gelijk aan die van ‘model stad Utrecht.’ Deze cijfers zijn verkrijgbaar op aanvraag.

Net als bij het ‘model stad Utrecht’ werden er ook in het ‘model generieke aanmelders’ patronen gevonden in het crisisbeleid met diverse significante associaties voor alle verschillende aanmelders (zie **TABEL 3**). De aanmeldingen werden afgezet tegen de meest voorkomende combinatie

van aanmelding en beleid als referentiecategorie, namelijk een patiënt die via de HAP wordt verwezen en wordt teruggezien door de crisisdienst. De kans op onvrijwillige opname was het grootst bij aanmelding door de politie. De kans op beleid ‘retour behandelaar’ was het grootst bij aanmelding door het ziekenhuis.

Er werden ook significante associaties gevonden in het patroon van type crisisbeleid naar aanmeldreden. De aanmeldingen werden afgezet tegen de meest voorkomende combinatie van aanmeldreden en beleid als referentiecategorie, namelijk een patiënt die vanwege suïcidaliteit wordt verwezen en teruggezien wordt door de crisisdienst. Binnen het ‘model generieke aanmelders’ viel op dat de kans op onvrijwillige opname bij de aanmeldredenen verwardheid en agressie van vergelijkbare grootte was (zie **TABEL 3**).

DISCUSSIE

In deze studie hebben we onderzocht of er een relatie bestaat tussen aanmeldproblematiek, aanmelders en gekozen vervolgbeleid bij crisisinterventie. Van 938 crisiscontacten selecteerden we in ‘model stad Utrecht’ patiënten uit de stad Utrecht en in ‘model generieke aanmelders’ patiënten verwezen via de HAP, de politie en het ziekenhuis. De resultaten laten zien dat er verschillende patronen met significante associaties zijn tussen aanmelder of aanmeldreden en het gekozen crisisbeleid. Belangwekkend is dat de twee (slechts gedeeltelijk overlappende) modellen van patiëntselectie dezelfde hoofdpatronen sorteerden. We vatten de belangrijkste bevindingen samen en bespreken deze.

TABEL 3 Kansenverhouding in gekozen crisisbeleid afhankelijk van aanmelder en aanmeldreden

| | <i>Beleid</i> | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | Vrijwillige opname OR (95%-BI) | Onvrijwillige opname OR (95%-BI) | Retour behandelaar OR (95%-BI) | Overig beleid OR (95%-BI) |
| 'Model stad Utrecht' | | | | |
| <i>Aanmelder (ref. huisarts)</i> | | | | |
| Politie | 5,23 (2,18-12,54) | 15,81(6,24-40,06) | 12,18 (5,66-26,21) | 4,71 (2,18-10,15) |
| Overige aanmelder | 1,80 (0,75-4,30) | 3,31 (1,26-8,73) | 3,76 (1,86-7,60) | 1,03 (0,47-2,24) |
| HAP | 3,95 (1,69-9,25) | 1,60 (0,44-5,82) | 3,24 (1,45-7,24) | 1,26 (0,53-3,00) |
| Ziekenhuis | 6,12 (0,40-15,63) | 7,90 (2,59-24,04) | 10,48 (4,74-23,14) | 5,82 (2,64-12,81) |
| Behandelaar ggz | 5,35 (2,18-13,12) | 10,64 (3,98-28,47) | 6,55 (2,88-14,90) | 1,21 (0,44-3,32) |
| <i>Aanmeldreden (ref. suïcidaliteit)</i> | | | | |
| Verwardheid | 3,23 (1,68-6,22) | 5,00 (2,47-10,10) | 1,06 (0,57-1,97) | 1,62 (0,83-3,13) |
| Agressie | 4,02 (1,51-10,72) | 7,42 (2,82-19,53) | 2,01 (0,82-4,93) | 3,72 (1,46-9,44) |
| Overig | 0,68 (0,31-1,51) | 0,47 (0,16-1,38) | 0,79 (0,44-1,41) | 1,11 (0,59-2,09) |
| 'Model generieke aanmelders' | | | | |
| <i>Aanmelder (ref. HAP)</i> | | | | |
| Politie | 0,99 (0,45-2,18) | 7,30 (2,60-20,45) | 2,52 (1,22-5,20) | 2,68 (1,19-6,02) |
| Ziekenhuis | 1,64 (0,64-4,26) | 5,25 (1,48-18,62) | 3,63 (1,57-8,39) | 5,44 (2,14-13,78) |
| <i>Aanmeldreden (ref. suïcidaliteit)</i> | | | | |
| Verwardheid | 5,77 (2,13-15,67) | 8,29 (2,93-23,51) | 1,53 (0,57-4,10) | 3,94 (1,43-10,88) |
| Agressie | 3,11 (1,03-9,40) | 7,08 (2,45-20,46) | 1,99 (0,75-5,28) | 5,13 (1,85-14,17) |
| Overig | 0,99 (0,34-2,86) | 0,77 (0,19-3,19) | 0,68 (0,27-1,71) | 1,78 (0,69-4,56) |

De referentiegroep betrof de patiënten die aangemeld werden door de huisarts (in 'model generieke aanmelders' huisartsenpost) en die teruggezien werden door de crisisdienst.

OR = (melder X met beleid Y/HA met beleid Y)/(melder X beleid RCD/HA beleid RCD).

De vetgedrukte resultaten waren statistisch significant ($p < 0,05$).

HAP = huisartsenpost; HA = huisarts; RCD = crisisdienst; ggz = geestelijke gezondheidszorg.

Patroon aanmelder en crisisbeleid

De percentages gekozen crisisbeleid verschilden per aanmelder. Opvallend is dat het patroon tussen aanmelder en crisisbeleid minstens zo sterk is als het patroon tussen aanmeldrededen crisisbeleid. Patiënten aangemeld door de politie werden voornamelijk onvrijwillig opgenomen of teruggezien door hun behandelaar binnen de ggz. Patiënten verwezen door de huisarts werden voornamelijk teruggezien door de crisisdienst. Bij patiënten die verwezen werden door de HAP koos men verschillende beleidsopties (voornamelijk vrijwillige opname, retour crisisdienst en retour eigen behandelaar binnen de ggz). Patiënten aangemeld door het algemeen ziekenhuis werden voornamelijk verwezen naar eigen behandelaars binnen de ggz. Deze

laatste groep betrof vooral personen met een auto-intoxicatie die al in behandeling waren bij de ggz en waarbij het een logische keuze leek om de eigen behandelaar het verdere beleid te laten bepalen.

Patiënten verwezen door behandelaars binnen de ggz werden voornamelijk onvrijwillig opgenomen of na beoordeling terugverwezen naar de eigen behandelaar. Binnen de 24-uurscrisisdienst in de stad Amsterdam werden soortgelijke patronen gevonden. Binnen de groep patiënten die werden opgenomen, bleek daar de kans op een onvrijwillige opname groter te zijn als patiënten door de politie of een behandelaar binnen de ggz werden verwezen, dan als zij door een eerstelijnsarts werden verwezen (van der Post e.a. 2012). Volgens Braam (2010) heeft ieder

echelon een ander herkennend vermogen wat betreft ernst en aard van de problematiek, en een andere behoefte bij verwijzing. Een van de taken van de crisisdienst is om op dit herkennend vermogen van de aanmelders in te spelen. Zo weet de crisisdienst de huisarts te ontlasten door patiënten op zeer korte termijn terug te zien.

Patroon aanmeldredenen en crisisbeleid

Patiënten aangemeld vanwege verwardheid of agressie werden significant vaker opgenomen dan patiënten aangemeld vanwege suïcidaliteit. Het minder vaak opnemen van patiënten met suïcidaliteit lijkt verstandig beleid, omdat er geen bewijs is dat klinische crisisinterventie beter helpt dan ambulante vervolgbehandeling om tentamen suïcidii en suïcides te voorkomen (Van de Sande e.a. 1997; Paris 2002; van Veen e.a. 2015). De resultaten over het vaker opnemen van patiënten met agressie als aanmeldredenen komen overeen met de literatuur, waarin wordt beschreven dat patiënten die een gevaar voor anderen vormen, sneller worden opgenomen (Mulder e.a. 2005; Van Tilburg e.a. 2008; Beerthuis 2014).

Beperkingen

Een mogelijke beperking van ons onderzoek is dat de statusvoering wat betreft aanmeldredenen, aanmelder en crisisbeleid in een klein aantal gevallen (geschat op 2%) niet compleet was. Een andere beperking betreft dat ervoor is gekozen om de populatie woonachtig in regio's Woerden en Nieuwegein uit te sluiten voor het 'model stad Utrecht' om een zo typisch mogelijke weergave van een middelgroot tot grootstedelijke populatie te geven. Dit leidt ertoe dat het mogelijk een iets vertekenend beeld kan geven van de patronen voor de crisisdienst Utrecht als gehele organisatie. De patronen in 'model stad Utrecht' zijn echter vergelijkbaar met de patronen in 'model generieke aanmelders.' Het is dan ook te verwachten dat de gevonden patronen ook voor de crisisdienst Utrecht als geheel zullen gelden.

Inzicht in praktijkvoering

De verbanden tussen aanmeldredenen en crisisbeleid en tussen aanmelder en crisisbeleid geven inzicht in de praktijkvoering van de crisisdienst Utrecht. Op deze dienst kunnen deze patronen gebruikt worden om de 'a priori'-kansen op een gekozen crisisbeleid bij een aanmelding vast te stellen. Bij de afweging voor het kiezen van een crisisbeleid kunnen deze kansen meegenomen worden in de beslissing. Wanneer een crisisdienstkoppel zich er namelijk van bewust wordt dat zij kiest voor een crisisbeleid dat bij een specifieke aanmelding weinig gekozen wordt, kan dit koppel de eigen beslissing nader evalueren.

Er bestaat echter ook het risico dat men minder snel van een veelgekozen crisisbeleid durft af te wijken en daardoor minder rekening houdt met de gehele context.

Vergelijking met andere crisisdiensten in Nederland kan moeilijk zijn, omdat er verschillen zijn in de organisatie van de spoedeisende psychiatrie in Nederland (zie o.a. Achilles 2014). Elke crisisdienst ziet echter in ieder geval patiënten via de HAP en de politie en elke psychiatrische consultatieve dienst ziet in ieder geval patiënten via het ziekenhuis. Er is wel een verschil in het aantal aanmeldingen dat wordt gedaan op crisisdiensten in een (groot)stedelijke regio en in een provinciale regio (Jenner e.a. 1997).

Door de selectie 'model generieke aanmelders' (alleen patiënten geïncludeerd die aangemeld werden door de politie, HAP of het ziekenhuis, **FIGUUR 1A**), creëerden wij een populatie die goed aansluit bij de populatie van andere crisisdiensten. Dit voorziet in een betere generaliseerbaarheid van de resultaten. Er werd in dit model zowel een patroon tussen aanmeldredenen en crisisbeleid gevonden, als een patroon tussen aanmelder en crisisbeleid. Het percentage patiënten dat vrijwillig (16%) en onvrijwillig (18%) werd opgenomen, was redelijk vergelijkbaar met de percentages gevonden in studies in Amsterdam (respectievelijk 21% en 18%; van der Post e.a. 2012) en Rotterdam (respectievelijk 21% en 22%; Mulder e.a. 2005). Het percentage immigranten kan van invloed zijn op het aantal opnames (Mulder e.a. 2006). Ook de woonregio (zie Brooker e.a. 2007; Braam e.a. 2016) of het aantal beschikbare bedden (Mulder e.a. 2005; Beerthuis 2014) kunnen van invloed zijn.

Mogelijkheden voor een best practice

De huidige resultaten tonen niet aan of het huidige beleid op de crisisdienst het beste is. Zo blijft in het midden of het toepassen van de gevonden patronen leidt tot een betere beleidsvoering. Omdat de huidige resultaten wel laten zien wat er in de praktijk op een crisisdienst gebeurt - in Utrecht voornamelijk met ervaren crisisinterventoren - zou men kunnen stellen dat dit een 'experts opinion' is. Het huidige onderzoek kan echter nog niet aantonen dat het toepassen van de gevonden patronen zal leiden tot een betekenisvolle en meetbare verbetering van de kwaliteit van zorg en van leven. Daarvoor is longitudinaal onderzoek nodig. Een kritisch waarnemer kan zich zelfs afvragen of het wel goed is dat de patronen zo duidelijk naar voren komen. De grootste voorspellende factor voor onvrijwillige opname bleek een aanmelding door de politie te zijn. Je kunt de vraag stellen of men bij een verwijzing door de politie niet te snel aan een onvrijwillige opname zal denken.

De bevindingen zouden baat kunnen hebben bij replicatie in andere crisisregio's. Ook lijkt het belangrijk dat de kwaliteit van het beleid wordt gemeten, bij voorkeur met

concrete uitkomstmaten. Enkele mogelijkheden hiervoor zijn de achteraf ervaren gezondheidswinst door patiënt en het percentage recidiecrisis na behandeling.

LITERATUUR

- Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM, red. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014.
- Beerthuis RJ. Diagnostiek en behandeling: algemene werkwijze. In: Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM, red. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 53-70.
- Braam AW. Triage in de spoedeisende zorg naar de GGZ; de komst van de Nederlandse Triage Standaard. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2010; 65: 593-606.
- Braam AW, van Ommeren OW, van Buuren ML, Laan W, Smeets HM, Engelhard IM. Local geographical distribution of acute involuntary psychiatric admissions in subdistricts in and around Utrecht, the Netherlands. J Emerg Med 2016; 50: 449-57.
- Brooker C, Ricketts T, Bennett S, Lemme F. Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service. J Clin Nurs 2007; 16: 1313-22.
- Jenner JA, Brook FG, Jenner BN, Geelhoed APJ, Hodiament PPG, Kosutic Z. Urbanisatiegraad en gebruikers van de RIAGG-crisisdiensten. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1997; 75: 172-6.
- Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. Psychiatr Serv 2005; 56: 452-7.
- Mulder CL, Koopmans GT, Selten JP. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to The Netherlands. Br J Psychiatry Suppl 2006; 188: 386-91.
- Mulder CL, van Hemert AM. Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie. In: Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM, red. Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 23-35.
- Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv 2002; 53: 738-42.
- Penterman EJM, Nijman HLI. Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 355-64.
- Sande LFM van der, Mulder CL, Bernardt CMH, Schoevers RA, Beekman ATF, Dekker JJM. Inbewaringstelling als uitkomst; de Amsterdam Study of Acute Psychiatry. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 317-27.
- Post LFM van der, Dekker JJM, Jonkers JFJ, Beekman ATF, Mulder CL, de Haan L, e.a. Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 139-50.
- Sande R van de, van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawton K, van der Graaf Y, e.a. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. Br J Psychiatry 1997; 171: 35-41.
- Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Who's boarding in the Psychiatric Emergency Service? West J Emerg Med 2014; 15: 669-74.
- Stobbe J, de Leeuw JRJ, Mulder CL. Werkwijze van ambulante psychiatrische crisisdiensten in Nederland. Tijdschr Psychiatr 2016; 58: 624-31.
- Tilburg W van, van Veldhuizen JR, Beeijaerd EW, van de Ven-Dijkman MV, Mulder CL, Schulte PFF, e.a. (NVVP-commissie). Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Unick GJ, Kessell E, Woodard EK, Leary M, Dilley JW, Shumway M. Factors affecting psychiatric inpatient hospitalization from a psychiatric emergency service. Gen Hosp Psychiatry 2011; 33: 618-25.
- Veen M van, van Weeghel I, Koekkoek B, Braam AW. Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: Psychometric evaluation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale (NGASR). Int J Soc Psychiatry 2015; 61: 287-96.
- Way BB, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. Psychiatr Serv 2001; 52: 214-8.

SUMMARY

Evaluation of referral and intervention patterns at the psychiatric emergency service, Utrecht 2009-2015

M.H. HOEK, A.W. BRAAM

BACKGROUND Emergency psychiatric care in the Netherlands is provided mainly by community mental health services. Although these emergency services vary in their approach per region, they show many similarities: they tend to receive referrals from the same type of agencies and they practice similar techniques of crisis management.

AIM To identify some of the patterns that appear in the type of psychiatric problems encountered, the type of referral agencies involved and in the intervention strategies practiced by the psychiatric emergency service in Utrecht.

METHOD We studied the medical records of 938 crisis assessments compiled during five measurement periods between 2009 and 2015. From all these crisis assessments we selected one sample relating to patients coming only from the city of Utrecht – ‘model city Utrecht’ - and a second sample consisting only of patients referred either by HAP (emergency primary care), the police or a general hospital. Then, by using cross-tabulation and a multinomial logistic regression analyses, we were able to identify associations between the type of referral agency, the type of referral problem and the type of intervention.

RESULTS Patients referred by the police were more often forcefully admitted (compulsory admission: 27%) than patients referred by general practitioners (6%); most of these patients were then treated as outpatients (83%). Another pattern that emerged, was that confused or aggressive patients were admitted to hospital more frequently than suicidal patients (26%, 29% and 8% respectively).

CONCLUSION Our study and current trends in the clinical practice operated by the emergency psychiatric services reveal significant correlations between the type of referrals and the type of intervention. However, further research is needed in order to develop the ‘best practice’ for emergency psychiatric care in the future.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)7, 396-405

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