

Acute psychiatrie in de RIAGG's in Nederland; een populatieonderzoek

*door B.P.R. Gersons, P.P.G. Hodiament, M.C.H. Donker,
C.A.Th. Rijnders, H.R. Hull en I. van den Bogerd*

Samenvatting

Onderzoek naar wie gebruik maken van de acute dienst van de RIAGG's, toont het volgende beeld. Het betreft een relatief jonge populatie van wie velen alleenstaand zijn en ongehuwd. Een klein deel beschikt niet over een vaste verblijfplaats. Weenigen hebben werk. Opmerkelijk is dat velen positieve steun uit de omgeving melden ondanks conflicten met diezelfde omgeving. De symptomen en hoge inschatting van gevaar en overlast laten zien dat het om een populatie gaat met manifeste psychopathologie. Opmerkelijk is de hoge frequentie waarmee een psychiatrische voorgeschiedenis wordt aangetroffen. Life-events worden in de helft der gevallen in verband gebracht met de crisissituatie. Duidelijk is dat de acute diensten van de RIAGG's in een behoefte voorzien. Hun doelgroep bestaat vooral uit mensen met langdurige psychiatrische en sociale problemen. Onverwacht is wel dat sinds de start van deze diensten in 1984 het totaal aantal opnames in de psychiatrie aanzienlijk gestegen is. Dit roept de vraag op of de inzet van zovelen, zowel aan de ambulante kant als aan de intramurale zijde, niet tegenstrijdig is met de behoefte aan continuïteit aan zorg voor deze doelgroep.

Inleiding

Nederland kent sinds de jaren dertig de psychiatrische acute dienst (Querido 1935). Op verzoek van een huisarts of van de politie kan de hulp van een psychiater ingeroepen worden op de plaats waar een patiënt zich bevindt. Ter plekke wordt gezien of een opname in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk is, of dat met ambulante interventie kan worden volstaan. Sinds de start van de RIAGG's in 1982 is deze activiteit niet meer beperkt gebleven tot enkele grotere steden. In heel Nederland kan nu van een dergelijke dienst gebruik gemaakt worden. Dat gebeurt op grote schaal. In 1990 werd 11% van de cliënten van de RIAGG via de acute dienst gezien (Statistisch Zakboekje NVAGG 1991). De RIAGG's zijn erin geslaagd deze 24-uurs acute dienst daadwerkelijk gestalte te geven.

Buiten ons land treft men een dergelijk compleet landelijk net van

ambulant werkende, acute diensten niet aan. Men is daar aangewezen op de eerste-hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen, terwijl ook de politie een rol vervult in de opvang en het transport van acuut verwarde of gevaarlijk geachte mensen naar psychiatrische ziekenhuizen (Walker 1983; Bassuk en Birk 1984; McGrath en Bowker 1987; Hyman 1988; Brown 1990). Crisiscentra bestaan in enkele grote steden (Wellin e.a. 1987; Katschnig en Cooper 1991). Wel zien we steeds meer outreaching acute diensten verschijnen, die echter meestal deel uitmaken van een meer omvattend programma voor chronisch psychiatrische patiënten (Stein en Test 1978; Hoult 1986; Metson 1992). In vergelijking met Nederland wordt de doelgroep van de acute dienst elders sterk afgegrensd. In Nederland kennen we naast de acute diensten van de RIAGG's eveneens crisiscentra en eerste-hulpafdelingen van algemene ziekenhuizen, die een rol spelen in de opvang van patiënten met acuut psychiatrische problematiek.

Het voorkómen van psychiatrische opnames is in ons land een belangrijk argument geweest om tot een landelijk net van acute ambulante diensten van de RIAGG's te komen (Gersons 1983). Door minder psychiatrische opnames zou de capaciteit van psychiatrische bedden gereduceerd kunnen worden. De ervaringen met crisisinterventie in de in de jaren zeventig opgerichte crisiscentra vormden de basis van deze optimistische verwachtingen. Ondanks de oprichting van de acute diensten, die kennelijk in een behoefte voorzien, moeten we constateren dat het aantal opnames in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen is gestegen. Van 26.490 in 1980 tot 51.090 in 1990 (Ketting e.a. 1990). De verwachting dat door de acute diensten minder psychiatrische opnames nodig zouden zijn, is dus bepaald niet uitgekomen.

Tot nu toe is het gebleven bij indrukken over de plaats en de functie van de ambulante acute diensten. Wie worden er nu precies mee bereikt en wat wordt er voor deze al of niet hulpzoekende patiënten gedaan? Deze vragen kunnen zeker niet door één onderzoek worden beantwoord. We beschikken in Nederland inmiddels over de resultaten van onderzoek op dit gebied (Romme 1967; Beenackers en Donker 1981; Jenner 1988; Jonkers 1988; Oosterbaan e.a. 1988; Wolf 1990, 1991; Polis 1990; Gersons en Van der Heiden 1990; Theunissen 1991). Jonkers (1988), wiens onderzoek een vervolg vormt op het eerste onderzoek van Romme (1967), kwam tot een opnamepreventie van 42%. Na twee jaar follow-up is dit percentage gedaald tot 20% (Oosterbaan e.a. 1988). Deze bevinding rechtvaardigt het vermoeden dat de acute dienst in grote mate te maken heeft met mensen met recidiverende of chronisch psychiatrische problematiek. Wolf (1990) concludeert op basis van haar onderzoek dat 'zeker de helft van de opgenomen volwassen patiënten oude bekenden zijn van de psychiatrie'. Dit geldt in iets mindere mate voor de populatie van de RIAGG's. De acute dienst levert 34,7% van de herinschrijvingen in de RIAGG's tegenover een gemiddelde van 17,4% her-

inschrijvingen voor de gehele RIAGG (Statistisch Zakboekje NVAGG 1991).

In 1988 werd de Werkgroep Acute Psychiatrie, bestaande uit opleiders sociale psychiatrie en hoofden van acute diensten in de RIAGG's, opgericht om onderzoek te verrichten naar het functioneren van de acute dienst. Begonnen werd met een onderzoek naar de vraag: voor wie functioneert de acute dienst van de RIAGG's? Daarvan vormt dit artikel de eerste weerslag.

Materiaal en methode

Vragenlijst – Op basis van literatuurgegevens en praktijkervaringen stelden de leden van de werkgroep een vragenlijst op naar de volgende kenmerken van patiënten.

Demografische kenmerken: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, nationaliteit, culturele herkomst en woonplaats. *Sociale kenmerken*: leefverband, huidige bron van inkomsten, bezigheden en activiteiten, sociale steun, conflicten met de omgeving, anderen die acute hulp behoeven. *Kenmerken van het consult*: plaats, aanmelder, tijdstip en discipline hulpverlener. *Psychiatrische kenmerken*: symptomen, geheugenstoornissen, aanspreekbaarheid, alcohol- en/of druggebruik, gevaar en overlast. De symptomen werden gemeten met de uitgebreide 24-items Nederlandse versie van de Brief Psychiatric Rating Scale (Overall en Gorham 1962; Overall 1974; Dingemans 1983). De BPRS is gebleken goed hanteerbaar te zijn in acute situaties (Jonkers 1988). Bovendien werd gevraagd naar gevaars- en overlastelementen. De *voorgeschiedenis*: huidige en eerdere ervaringen met psychiatrische hulpverlening en/of de alcohol- en drughulpverlening, het gebruik van psychofarmaca, een aantal ingrijpende levensgebeurtenissen (Paykel 1969) in de voorafgaande zes maanden, die naar het oordeel van de interviewer in relatie stonden met de toestand van de cliënt.

Werkwijze – De aldus samengestelde vragenlijst bleek in een vooronderzoek goed te voldoen. Gedurende de maand mei 1990 werd deze lijst ingevuld door hulpverleners (psychiaters, artsen en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen) van 18 deelnemende RIAGG's bij alleen die cliënten van 18 jaar en ouder voor wie om spoedhulp werd gevraagd, dat wil zeggen om een consult dat binnen 24 uur gerealiseerd moest worden. Alleen het eerste contact met een persoon in crisis is geregistreerd. De deelnemende RIAGG's laten een redelijke spreiding over het land zien, met zowel stedelijke als meer landelijke gebieden. Er is een zodanig aantal lijsten over de diverse RIAGG's verspreid dat een aantal van 1000 cliënten bereikt zou worden in de onderzoeksmaand. Er zijn 977 in volgorde van binnenkomst, bruikbare lijsten verzameld. Hiervan woonde 58% buiten de drie grote steden. Op basis hiervan werd de data-

analyse verricht. Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

Resultaten

Demografische kenmerken – In de acute dienst worden evenveel mannen als vrouwen gezien. Dat gegeven vinden we ook in de literatuur (Bristol e.a. 1981; Bassuk e.a. 1983; Mezzich 1984; Jonkers 1988; Gyllenhammer 1988; Wolf 1990). De algemene RIAGG-populatie telt daarentegen wel meer vrouwen (57%) (NVAGG 1991). Meer dan de helft van de onderzoekspopulatie bleek tussen de 18 en 39 jaar oud. Wat betreft de leeftijdsopbouw vertonen de mannen een piek bij 20-29 en de vrouwen een piek bij 30-39 jaar. '20-39 jaar' is zowel bij de Nederlandse bevolking (44%) als bij de RIAGG-populatie de belangrijkste leeftijdsklasse. Bij de patiënten van de acute diensten zien we met 57% echter een oververtegenwoordiging van deze categorie. Het aantal boven de 70 jaar was zeer gering (1,2%). Deze gegevens komen overeen met de 'emergency room' populatie in de Verenigde Staten (Rappaport e.a. 1987). Meer dan de helft van de patiënten (58%) blijkt alleenstaand. Een derde (36%) is nooit gehuwd geweest, 17% is gescheiden. Het aantal gehuwden bedroeg 29% in vergelijking met 57% in de Nederlandse bevolking. Daarbij blijkt dat mannen in het cohort aanmerkelijk vaker ongehuwd zijn dan vrouwen (resp. 54% en 29%). Het aantal verweduwden ligt lager dan in de algemene populatie (resp. 5,4% en 7%). Evenals de overgrote meerderheid van de 'open' Nederlandse bevolking (95%) heeft verreweg het grootste gedeelte van de patiëntenpopulatie (96%) de Nederlandse nationaliteit. 17% van de patiënten heeft een niet-Nederlandse culturele achtergrond.

Sociale kenmerken – Leefverband. Wellicht belangrijker dan hun officiële burgerlijke staat is het verband waarin mensen leven. Van de onderzochte populatie blijkt 35% alleen en 44% in gezinsverband te wonen. 7% heeft geen vaste woonplaats. Van de mannen leeft 22% met partner en/of kind; 40% woont alleen, 14% in het ouderlijk huis en 12% heeft geen vaste woon- of verblijfplaats. Van de vrouwen woont 49% met partner en/of kind, 33% alleen, 5% in het ouderlijk huis en heeft 3% geen vaste verblijfplaats. Szuster e.a. (1990) troffen in een vergelijkbare populatie 9% zonder vaste woon- of verblijfplaats aan, terwijl Bachrach e.a. (1990) op 22% daklozen kwamen, van wie de meesten mannen (71%).

Bron van inkomsten. 16% van de onderzochte populatie is werkloos, 15% heeft een werkkring of is zelfstandig ondernemer, de rest volgt dagonderwijs, heeft een eigen huishouden of is arbeidsongeschikt. Van de Nederlandse beroepsbevolking is 10% werkloos. Hoewel deze gegevens niet direct vergelijkbaar zijn, lijken de werklozen toch oververtegenwoordigd onder de patiënten van de 7x24-uursdiensten. Een vergelij-

king met onderzoeksresultaten uit de Verenigde Staten (Szuster e.a. 1990; Bachrach e.a. 1990) is eveneens moeilijk. Desondanks wijzen de gegevens onder de 'acute-dienst'populatie van zowel Nederland als de Verenigde Staten in de richting van een oververtegenwoordiging van zowel werklozen als mensen in de bijstand.

Sociale steun. Op de vraag of er al dan niet sprake was van steungevers in de omgeving, wordt bij 14% 'niemand' genoemd. Daarentegen meldt 73% positieve steun uit de omgeving van, in volgorde van belangrikheid: familie (43%), professionele hulpverleners (26%), partners (22%), vrienden/kennissen (13%) en ten slotte burens (4%). Verder blijken twee op de vijf patiënten conflicten te hebben met mensen uit hun omgeving. Meestal had men moeilijkheden met familie (17%) of de partner (12%). Met vrienden, kennissen (5%), burens (6%) en hulpverlener (5%) bestonden veel minder vaak conflicten.

Bij één op de vijf consulten was er behalve de patiënt naar het oordeel van de hulpverlener nog iemand aanwezig die acute hulp nodig had. Meestal ging het hierbij om de partner (9%) of om familieleden (11%). Opmerkelijk is dat in 4% de professionele hulpverlener (bij voorbeeld de huisarts) als acuut hulpbehoevend werd aangemerkt. We weten niets over de aard van deze hulpbehoefte, noch over de vraag of de hulp daadwerkelijk aan deze anderen verleend werd.

Kenmerken van het consult – In de algemene RIAGG-populatie meldt de huisarts 44% aan en de politie 2%, 21% komt op eigen initiatief. Bij de acute dienst melden de huisarts (34%) en de politie (20%) de meeste patiënten aan, 10% van de patiënten komt zonder verwijzer in de acute dienst terecht. Maatschappelijk werk en wijkverpleging of familie en kennissen (ieder minder dan 6%) verwijzen niet vaak. De groep overige aanmelders ('psychiatrische' verwijzers als polikliniek, RIAGG, PAAZ en APZ) bedraagt 17%. Een derde van de patiënten wordt thuis of bij vrienden gezien (35%). Een kwart van de consulten (25%) vindt plaats op de RIAGG of in een opvangcentrum. Op het politiebureau wordt 21% gezien. Iets meer dan de helft van de consulten (60%) vindt binnen kantooruren plaats. 40% speelt zich in de avond en nacht of in het weekend af.

Psychiatrische kenmerken – Psychiatrische symptomen zijn vastgesteld op basis van de BPRS (zie tabel 1). Alleen de matig ernstige tot zeer ernstige aanwezigheid (schaalpunten 4 tot 7) van een symptoom binnen de 7-puntsschaal is beoordeeld als voldoende positief. Voor 40% van de patiënten was op een of meer van de BPRS-items geen score gegeven.

De percentages patiënten die positief op de items scoorden, bleken te variëren tussen de 6 en 38. Boven de 30% kwamen de items: *angst* (38%), *depressie* (33%), *agitatie* (32%). Tussen 20 en 30% volgen dan: *opwindend* (29%), *vijandigheid* (29%), *inhoudelijke denkstoornissen* (27%), *achterdocht*

Tabel 1: Percentage patiënten dat matig ernstig tot zeer ernstig scoort op de BPRS-items (N=977)

Item	absoluut	%
1. Bezorgdheid over de lichamelijke toestand	209	21,3
2. Angst	374	38,3
3. Depressie	330	33,8
4. Schuldgevoelens	165	16,9
5. Vijandigheid	279	28,5
6. Achterdocht	240	24,5
7. Inhoudelijke denkstoornissen	264	27,0
8. Zelfoverschatting	157	16,0
9. Hallucinaties	113	11,6
10. Desoriëntatie	81	8,2
11. Formele denkstoornissen	211	21,6
12. Opwinding	284	29,0
13. Motorische retardatie	76	7,7
14. Affectvlakheid	194	19,9
15. Agitatie	310	31,7
16. Gemanieëerdheid	76	7,7
17. Negativisme	220	22,5
18. Autisme	60	6,1
19. Suïcidaliteit	202	20,7
20. Zelfverwaarlozing	175	18,0
21. Bizar gedrag	179	18,3
22. Verhoogde stemming	81	8,3
23. Observatie motorische onrust	182	18,6
24. Observatie afleidbaarheid	179	18,3

Deze percentages tellen niet op tot 100%, omdat men op meerdere symptomen tegelijk kan scoren.

(25%), *negativisme* (23%), *formele denkstoornissen* (22%) en *suïcidaliteit* (21%). *Autisme*, *motorische retardatie*, *desoriëntatie* en *een verhoogde stemming* kwamen relatief het minst voor (bij minder dan 10% van de patiënten).

Bij 6% van de patiënten werden *geheugenstoornissen* vastgesteld. Bij een kwart kon dit niet goed beoordeeld worden. Niet aanspreekbaar was 6,1% van de patiënten, terwijl dit bij 4% moeilijk te beoordelen was.

Ten aanzien van het onder invloed zijn van *alcohol* of *drugs* werd het volgende gemeld: 5% was zwaar onder invloed van alcohol, 16% had gedronken, terwijl dit bij 26% onvoldoende beoordeeld kon worden. De percentages voor het onder invloed zijn van drugs waren respectievelijk 2%, 5% en 26%.

De hulpverlener werd gevraagd een inschatting te geven van dreigend gevaar, geformuleerd overeenkomstig de criteria voor een onvrijwillige opname, namelijk gevaar voor zichzelf, voor anderen of overlast

voor de omgeving. Slechts in 33% van de gevallen werd er geen dreigend gevaar of overlast geconstateerd. Bij 8% was men hier onzeker over. Overlast voor de omgeving scoort het hoogst (44%). Gevaar voor zichzelf werd in 32% der gevallen verondersteld en in 20% gevaar voor anderen. Bij een aantal cliënten constateerde de hulpverlener meerdere vormen van gevaar.

Voorgeschiedenis – Het percentage patiënten van wie met zekerheid kon worden vastgesteld dat ze niet eerder met de psychiatrie te maken hadden, bedroeg 26%. Meer dan de helft van de patiënten had een psychiatrische opname achter de rug (zie tabel 2). Twee van de vijf patiënten zijn op het moment van het consult in ambulante behandeling wegens psychiatrische problemen. Nog meer mensen hebben in het verleden een ambulante psychiatrische behandeling gehad. Het percentage mensen dat in dagbehandeling is geweest lijkt laag, maar hierover ontbreekt relatief vaak de informatie. Het deel van de patiënten dat in behandeling was wegens verslavingsproblemen is klein (13% opname, 2% dagbehandeling en 10% ambulante behandeling). Deze gegevens zijn in overeenstemming met de literatuur. Gyllenhammer (1988) en Gersons en Van der Heiden (1991) vinden dat slechts 20% van de acute-dienstgebruikers zich daar voor het eerst meldt. Bij Wolf (1990) is dat 14%. Jonkers (1988) vermeldt dat 70% van zijn cohort al eerder psychiatrisch was opgenomen. Ook Bassuk e.a. (1983) melden een percentage van 62%.

Tabel 2: Psychiatrische voorgeschiedenis van acute-dienstpatiënten (N=977)

	opname	dagbehandeling	eerdere ambulante behandeling
ja	55,8%	9,3%	55,3%
nee	35,7%	63,5%	29,6%
onbekend	8,5%	27,2%	15,1%

Meer dan de helft (56%) van de mensen bleek psychofarmaca te gebruiken. Bij een klein deel van de patiënten (9%) is dit niet duidelijk geworden tijdens het acute consult.

Life-events – Bijna de helft (49%) van de patiënten had in de zes maanden voorafgaand aan de crisis een of meer tegenslagen meegemaakt, die naar het oordeel van de hulpverlener waarschijnlijk een rol speelden bij de toestand waarin de patiënt verkeerde op het moment van het contact met de acute dienst. In een kwart van de gevallen was dit niet te beoordelen. Dertien life-events werden onderscheiden (zie tabel 3). Het meest hadden zich toenemende conflicten met de partner voorgedaan (20%), een relatiebreuk (14%) of problemen met de kinderen (11%).

Tabel 3: De frequentie van het voorkomen van life-events in het afgelopen halfjaar bij acute-dienstpatiënten (N=477)

1. Toenemende conflicten met partner	19,9%
2. Relatiebreuk	14,0%
3. Problemen met kinderen	11,3%
4. Problemen op het werk	9,0%
5. Geldproblemen	8,8%
6. Verhuizing	6,4%
7. Slachtoffer van (dreiging met) agressie, mishandeling	6,0%
8. Verlies van huisvesting	5,9%
9. Ernstige persoonlijke ziekte	6,1%
10. Overlijden van een dierbaar persoon	5,2%
11. Verlies van werk	5,1%
12. Ernstige ziekte van een dierbare	4,1%
13. Problemen met justitie	4,5%
Een andere gebeurtenis dan hierboven genoemd	16,6%

Deze percentages tellen niet op tot 100%, omdat patiënten meerdere life-events kunnen hebben gehad in het afgelopen halfjaar.

De onbekende gegevens – Een onvermijdelijk element van de acute hulpverlening ligt in het feit dat bepaalde gegevens tijdens het consult niet achterhaald (kunnen) worden. Uit dit onderzoek blijkt dat vooral rondom de sociale gegevens, de voorgeschiedenis en ook de psychiatrische kenmerken veel onbekend blijft. Uitschieters waren de vragen of patiënten conflicten hadden met hun omgeving (33% onbekend), bron van inkomsten (28% onbekend) en bezigheden (23% onbekend). Verder bleek het al of niet in dag- of ambulante behandeling zijn geweest, zowel voor verslavings- als psychiatrische problemen, bij veel patiënten niet bekend (15 tot 27%). Het hoge percentage onvolledig ingevulde BPRS-formulieren (40%) en de hoge percentages 'niet te beoordelen' op vragen naar geheugenproblemen en alcohol- of druggebruik geven aan dat ook de psychiatrische problematiek blijkbaar moeilijk in kaart te brengen is. Ook was van een kwart van de patiënten niet te beoordelen of tegenslagen een rol hadden gespeeld in het ontstaan van de crisis. Over het algemeen zijn de demografische gegevens als leeftijd, geslacht, woonplaats en burgerlijke staat het volledigst. Maar ook de relevante vragen naar het gevaar voor de patiënt en zijn omgeving zijn opvallend goed ingevuld.

Discussie

De literatuur betreffende de acute psychiatrie laat zien dat degenen in acute nood er wat sociale omstandigheden betreft slecht voorstaan (Bengelsdorf 1984; Mezzich 1984; Lieberman en Baker 1985; Ellison 1986; Jonkers 1988; Marson 1988; Gyllenhammer 1988; Bachrach 1990; Szuster 1990; Gillig 1990; Feinstein 1990; Wolf 1990).

Tabel 4: Samenhangende factoren

sociale omstandigheden	gedragsproblemen	voorgeschiedenis
* werkloosheid	* suïcidaliteit	* frequent contact met
* alleenstaand zijn	* gevaar voor anderen	de acute psychiatrie
thuisloosheid	* verslaving	
* gebrek aan sociale steun	* ongemotiveerd zijn	

In dit onderzoek wordt het beeld uit de literatuur betreffende de acute psychiatrie voor een belangrijk deel bevestigd. Het gaat om een relatief jonge populatie. Velen zijn alleenstaand en nooit eerder gehuwd geweest. Een klein deel beschikt zelfs niet over een vaste verblijfplaats. Relatief weinigen beschikken over werk. Opmerkelijk is dat velen positieve steun uit de omgeving melden ondanks conflicten met de omgeving. Ook blijkt dat direct betrokkenen bij de patiënt soms acute hulp nodig lijken te hebben. De symptomen en hoge inschatting van gevaar en overlast laten zien dat het om een populatie gaat met manifeste psychopathologie. Velen lijden aan schizofrenie of een psychotische stoornis, of aan een verslaving, al of niet gecombineerd met een andere psychiatrische stoornis. Bij 34% van de patiënten worden depressieve symptomen vastgesteld en bij 38% angstsymptomen. Opvallend is aan de andere kant dat 26% van de patiënten onbekenden zijn van de GGZ. Opmerkelijk, maar zeker niet verrassend is de hoge frequentie waarmee een psychiatrische voorgeschiedenis werd aangetroffen. Life-events worden in de helft der gevallen in verband gebracht met de crisissituatie.

We kunnen concluderen dat de acute diensten die aan dit onderzoek deelnamen, met een grote variatie aan sociaal-psychiatrische problematiek worden geconfronteerd. De hulpverlening vindt plaats zowel tijdens kantooruren op de eigen vestiging alsook daarbuiten in avond, nacht en weekend, bij de patiënt thuis en op het politiebureau. Belangrijkste verwijzers zijn de huisarts en de politie.

Op basis van de resultaten tot nu toe wordt geen zicht verkregen op de vraag in hoeverre crisisinterventie bij psychosociale problematiek een al of niet belangrijk onderdeel vormt van het werk van de acute psychiatrie.

In een volgend onderzoek van de werkgroep zullen de patiëntkenmerken in relatie gebracht worden met een typologie van interventies. Dit beoogt in dit vraagstuk meer verheldering te brengen.

Wel kan geconcludeerd worden dat de ambulante acute diensten in een behoefte voorzien. Ze hebben daarmee net als in de landen waar deze hulpverlening vanuit eerste-hulpdiensten geleverd wordt, vooral te maken met mensen met een langdurige psychiatrische problematiek in combinatie met sociale problemen. Opmerkelijk is echter dat opnamepreventie – al is dit in dit onderzoek op zichzelf niet onderzocht – nauwelijks tot stand komt. Dat wil zeggen: per interventie, zoals in het on-

derzoek van Jonkers (1988) bleek en in het vervolg van zijn cohort door Oosterbaan, Zeldenrust, Schnabel (1988), kan een opname tot een zekere hoogte wel degelijk vermeden worden. Gezien het enorm toegenomen opnamepercentage in Nederland mag men verwachten dat vooral de doorstromingsnelheid van mensen met langdurige psychiatrische problematiek aanzienlijk is toegenomen. Deze mensen worden én frequent in de acute dienst gezien én frequent in de opnameklinieken van de psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen in Nederland. Om die reden sprak Wolf (1990) al over 'Oude bekenden van de psychiatrie', daarmee aangevend dat het niet zozeer lijkt te gaan om een in omvang toenemend aantal psychiatrisch zieke mensen, maar om een beperkte groep die de verschillende drempels in onze geestelijke gezondheidszorg frequent passeert. Indien deze veronderstelling juist is, roept dit op zichzelf niet direct vragen op over de instelling van een omvangrijk net van ambulant werkende acute diensten in ons land. Wel moeten we ons afvragen in hoeverre met de inzet van zovelen in RIAGG's en in psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen op een juiste wijze tegemoet gekomen wordt aan de behoeften van de mensen die in de acute diensten gezien worden. Psychiatrische opnames zijn korter van duur geworden, maar ook de betrokkenheid vanuit de ambulante sociaal-psychiatrische hulpverlening door de ontkoppeling van acute interventie en de vroegere voor- en nazorg vertoont veel minder continuïteit. Dit vraagt om een heroriëntatie, waarbij ook aan de orde moet komen in hoeverre de psychiatrische hulpverlening effect sorteert ten aanzien van de verstrengeling van psychiatrische en sociale problematiek.

Literatuur

- Bachrach, L.L., S.M. Santiago en M.R. Berren (1990), Homeless mentally ill patients in the community: results of a general hospital emergency room study. *Community Mental Health Journal* 26, 415-423.
- Bassuk, E.L., S. Minden en R. Apsler (1983), Geriatric emergencies: psychiatric or medical? *American Journal of Psychiatry* 140, 539-542.
- Bassuk, E.L., en A.W. Birk (1984), *Emergency Psychiatry: Concepts, Methods and Practices*. New York.
- Beenackers, A.A.J.J., en M.C.H. Donker (1981), *Evaluatie crisiscentrum Utrecht. Rapport van eind-evaluatie*. Utrecht.
- Bengelsdorf, H., L.E. Levy, R.L. Emerson en F.A. Barile (1984), A Crisis Triage Rating Scale: brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease* 172, 424-430.
- Bristol, Y.H., E. Giller en Y.P. Docherty (1981), Trends in emergency psychiatry in the last two decades. *American Journal of Psychiatry* 138, 623-628.
- Brown, T.M., A.I.F. Scott en I.M. Pullen (1990), *Handbook of Emergency Psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Ellison, J.M., N.R. Blum en A.J. Barsky (1986), Repeat visitors in the psychiatric emergency service: a critical review of the data. *Hospital and Community Psychiatry* 37, 37-41.

- Feinstein, Ric (1983), Emergency room. *Comprehensive Psychiatry* 31, 337-343.
- Gersons, B.P.R. (1983), Acute psychiatry in Amsterdam: verleden of toekomst? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 38, 252-264.
- Gersons, B.P.R. (1986), *Acute Psychiatrie*. Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Gersons, B.P.R., en H. van der Heyden (1990), Mobile Notfallpsychiatrie in der Gemeindepsychiatrie. *Psychiatrie Praxis* 17, 200-205.
- Gillig, P., M. Dumaine en J.R. Hillard (1990), Whom do mobile crisis services serve? *Hospital and Community Psychiatry* 41, 804-805.
- Gyllenhammer, C., T. Lundin, U. Otto en B. Wistedt (1988), The panorama of psychiatric emergencies in three different parts of Sweden. *European Archives of Psychiatric and Neurological Science* 237, 61-64.
- Hoult, J. (1986), Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry* 149, 137-144.
- Jenner, J.A. (1988), *Directieve Interventies in de Acute en de Sociale Psychiatrie*. Assen, Van Gorcum.
- Jonkers, J.F.J. (1988), *De Rijdende Psychiater*. Amsterdam, proefschrift.
- Katschnig, H., en J. Cooper (1991), Psychiatric emergency and crisis intervention services. In: D.H. Bennett en H.L. Freeman, *Community psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Ketting, E., C.M.V.W. Jacobs en R.V. Bijl (1990), GGZ in getallen, 1980-2000. In: C.A.L. Hoogduin e.a., *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Lieberman, P.B., en F.M. Baker (1985), The reliability of psychiatric diagnosis in the emergency room. *Hospital and Community Psychiatry* 36, 291-293.
- Marson, D.C., M.P. McGovern en H.C. Pomp (1988), Psychiatric decision making in the emergency room: a research overview. *American Journal of Psychiatry* 145, 918-925.
- McGrath, G., en M. Bowker (1987), *Common Psychiatric Emergencies*. IOP Publishing Limited, Bristol.
- Merson, S., P. Tyrer, S. Onyett, P. Birkett, S. Lynch en T. Johnson (1992), Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *Lancet* 339, 1311-1314.
- Mezzich, J.E., K.J. Evanczuk, R.J. Mathias en G.A. Coffin (1984), Symptoms and hospitalization decisions. *American Journal of Psychiatry* 141, 764-769.
- NVAGG (1991), Statistisch Zakboek.
- Oosterbaan, H.I., E.J. Zeldenrust en P. Schnabel (1988), Hoe preventief werkt de rijdende psychiater? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 44, 248-259.
- Paykel, E.S., e.a. (1969), Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 21, 753-760.
- Polis, M. (1990), *Acute hulpverlening in de Ambulante GGZ: organisatie en werkwijze van de 7x24-uursdiensten van de RIAGG's*. Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Querido, A. (1935), Psychiatrie d'urgence. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 79, 124 ev.
- Rappaport, M., e.a. (1987), A method for comparing two systems of acute 24-hour psychiatric care. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 1091-1095.
- Romme, M.A.J. (1967), *Doel en middel*. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Stein, L.J., en M.A. Test (1978), *Alternatives to mental hospital treatment*. Plenum, New York.

- Szuster, R.R., B.L. Schanbacher en S.C. McCann (1990), Characteristics of psychiatric emergency room patients with alcohol- or drug-induced disorders. *Hospital and community psychiatry* 41, 1342-1345.
- Theunissen, J.R. (1991), Crisisdienst individueel of in teamverband. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 47, 377-389.
- Walker, J.I. (1983), *Psychiatric emergencies: intervention and resolution*. Lippincott, Philadelphia 1983.
- Welling, E., D.P. Slesinger en C.D. Hollister (1987), Psychiatric Emergencies Services: evolution, adaptation and proliferation. *Social Sciences in Medicine* 24, 475-482.
- Wolf, J. (1990), *Oude bekenden van de psychiatrie*. Proefschrift, SWP, Utrecht.
- Zonana, H. (1973), Psychiatric emergency services a decade later. *Psychiatry in Medicine* 4, 273-290.

De samenstelling van de werkgroep Acute Psychiatrie ten tijde van het onderzoek en een lijst van de aan het onderzoek deelnemende RIAGG's kunnen worden opgevraagd bij de eerste auteur.

Summary: Acute psychiatry in the Regional Ambulatory Services for Mental Health in the Netherlands

A survey of the people who make use of the emergency services of the Regional Ambulatory Services for Mental Health (RIAGG's) in the Netherlands shows that they are mainly young, unmarried people who live alone. A small percentage of them has no fixed address. Few of them are employed. Remarkably many of them report support from their acquaintances, conflicts with them notwithstanding. Symptoms and a high assessment of danger and trouble demonstrate manifest psychopathology. Psychiatric events in the past are very frequent. Life-events are reported as being related to the crisis in about one half of the cases. Obviously, the emergency services of the RIAGG's fill a need, mainly for people with long-time psychiatric and social problems. Surprisingly, the total number of psychiatric admissions has risen considerably since the start of these services in 1984. This raises the question whether the efforts of so many people (both ambulatory and intramural) is not in contradiction with the need for continuity of care for this targetgroup.

De auteurs zijn respectievelijk werkzaam als hoogleraar psychiatrie, Academisch Medisch Centrum Amsterdam, afdeling Sociale Psychiatrie KU Nijmegen en opleider sociale psychiatrie RIAGG Nijmegen, hoofd afdeling Organisatie en Beleidsonderzoek NcGv, hoofd acute dienst Haagse RIAGG's, wetenschappelijk medewerker NcGv en destijds toegevoegd onderzoekster Divisie Psychiatrie AMC Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 20-4-1993.