

De 7x24-uursdiensten van RIAGG's: impressies van de kwaliteit

door P.J.M. Broers, M.F.I.A. Depla en M.C.H. Donker

Gepubliceerd in 1996, no. 3

Samenvatting

In dit artikel wordt een impressie gegeven van de kwaliteit van de acute diensten van de RIAGG's. Dat gebeurt aan de hand van vijf kwaliteitsaspecten die in samenspraak met het veld zijn ontwikkeld. De toegankelijkheid van de acute diensten is over het geheel genomen goed geregeld. Wat betreft de bejegening van de patiënten vinden sommige hulpverleners het moeilijk om onder alle omstandigheden open en eerlijk te zijn en de patiënt zijn visie op de crisissituatie te laten vertellen. RIAGG's met een aparte crisisdienst zijn beter in staat de patiënt voor verdere behandeling te motiveren. De contacten met patiënten met verslavingsproblemen en met persoonlijkheidsproblemen verlopen over het algemeen onbevredigend.

Inleiding

In deze bijdrage wordt het functioneren van de 7x24-uursdiensten van RIAGG's beschreven in het licht van kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie. Daartoe worden de resultaten van twee afzonderlijke onderzoeken gecombineerd. In het eerste onderzoek zijn de patiënten en de werkwijze van de acute diensten van een vijftal RIAGG's beschreven (Broers e.a. 1993). In het tweede onderzoek zijn met behulp van de methode Concept Mapping kwaliteitscriteria geformuleerd voor de acute psychiatrie (Depla e.a. 1992). De uitkomsten van het eerste onderzoek worden hieronder opnieuw bekeken door de 'bril' van de kwaliteitseisen uit het tweede project.

Omdat het onderzoek naar het functioneren van de acute diensten van de RIAGG niet is opgezet als kwaliteitstoetsing, heeft deze bijdrage niet de pretentie een uitspraak te doen over de kwaliteit van de acute diensten in Nederland. Het artikel biedt wel een goede impressie van de sterke en zwakke kanten van de 7x24-uursdiensten van RIAGG's; het laat zien aan welke kwaliteitseisen gemakkelijk voldaan wordt en op welke gebieden verbetering mogelijk is.

Het onderzoek naar de praktijk van vijf acute diensten

Broers e.a. (1993) onderzochten in 1991 en 1992 de praktijk van vijf 7x24-uursdiensten. Dit waren de acute diensten van de RIAGG's Nijmegen, Drenthe, Noord-Veluwe, Rotterdam-Zuid en Amsterdam Centrum/Oud-West. De vijf acute diensten zijn zo geselecteerd dat de bestaande variatie in organisatie en werkwijze van alle acute diensten in Nederland terug te vinden was in de steekproef (theoretische selectie).

Elke acute dienst heeft gedurende drie maanden de gegevens van alle nieuwe aanmeldingen op een uitgebreid registratieformulier genoteerd. Dat leverde registratieformulieren van 387 crisisinterventies op. Daarnaast zijn 73 aanmeldingen diepgaand onderzocht met behulp van non-participerende observatie en interviews met alle betrokkenen (patiënt, familie, aanmelder en hulpverlener). Een veelheid aan onderwerpen werd onderzocht: de cliënten en crisissituaties, de interven- ties, de

gehanteerde hulpverleningsmethodiek en de bereikte resultaten.

Het onderzoek naar kwaliteitscriteria

In verband met het subjectieve karakter van kwaliteitseisen hebben Depla e.a. (1992) vertegenwoordigers van verschillende partijen geraadpleegd: managers, hulpverleners, patinten, familieleden, verwijzers, ziektekostenverzekeraars en inspecteurs voor de Geestelijke Volksgezondheid. In totaal hebben 44 respondenten aan het onderzoek deelgenomen. Om de discussie tussen deze mensen op een gestructureerde manier te laten verlopen, hebben Depla e.a. (1992) gebruik gemaakt van de methode *Concept Mapping*. De methode voorziet in een procedure die de deelnemers helpt om hun opvattingen te expliciteren, en in een computerprogramma waarmee de overeenkomsten en verschillen in opvatting zichtbaar kunnen worden gemaakt. Voor een beschrijving van de methode verwijzen we naar NcGv (1994), De Ridder (1991) en Depla e.a. (1992).

Uit de Concept Mapping over kwaliteit van de acute psychiatrie kwamen 15 kwaliteitsaspecten naar voren. Deze waren (in volgorde van prioritering): toegankelijkheid, openheid en empathie, crisismanagement, respectvolle bejegening, medisch handelen, deskundigheid, samenwerking met de huisarts, doeltreffendheid, continuïteit van zorg, zorgzame omgeving, inspraak, overnemen van verantwoordelijkheid, informatie en voorlichting, ondersteuning van de familie en veilige omgeving. In deze bijdrage volstaan we met een bespreking van de eerste vijf kwaliteitsaspecten die volgens de deelnemers bij de beoordeling van de acute psychiatrie het meest relevant zijn. We behandelen hierbij alleen die kwaliteitscriteria die betrekking hebben op de ambulante acute psychiatrie. De acute psychiatrie van de opnameafdelingen van de psychiatrische ziekenhuizen wordt in dit artikel buiten beschouwing gelaten. De vijf kwaliteitsaspecten worden tegen het licht gehouden van de resultaten van het onderzoek naar de praktijk van de acute diensten van de vijf onderzochte RIAGG's.

Toegankelijkheid

Het kwaliteitsaspect 'toegankelijkheid' houdt in dat de acute psychiatrie beschikbaar moet zijn als het nodig is. Dat betekent dat zij 7x24 uur bereikbaar is en dat zij geen voorwaarden stelt aan het verlenen van hulp. De acute dienst van de RIAGG moet altijd op het verzoek van de huisarts ingaan en de opnameafdeling van het psychiatrisch ziekenhuis moet op haar beurt de opname-indicatie van de acute dienst accepteren.

In de praktijk zijn alle acute diensten 7x24 uur bereikbaar. Het verzoek van de huisarts - de belangrijkste verwijzer - om een consult wordt vrijwel altijd gehonoreerd. De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over de toegankelijkheid en bereikbaarheid. Dat geldt ook voor de overgrote meerderheid van de contacten die RIAGG-medewerkers hebben met de psychiatrische ziekenhuizen. Ontevredenheid ontstaat als het lang duurt voordat de crisishulpverlener de bevestiging krijgt dat een bed geregeld is, of wanneer de opnamecoördinator van het ziekenhuis gaat discussiëren over de opname-indicatie.

Voor de hulpverleners uit de eerste, tweede en derde lijn is het van belang dat zij op elkaar kunnen rekenen, maar ook voor de patiënt is het belangrijk dat er geen drempels worden opgeworpen. Aan dit laatste schort het nog wel eens in de praktijk. Meestal kunnen patiënten alleen via de huisarts bij de acute dienst terecht en alleen via de acute dienst bij het APZ. Alléén voor bekende chronisch psychiatrische patiënten wordt de drempel wel eens wat lager gemaakt. Ten eerste mogen ze soms binnenlopen zonder tussenkomst van de huisarts, ten tweede wordt een verzoek om opname van hun kant relatief gemakkelijk gehonoreerd; als ze tenminste met een dergelijk verzoek komen. Eenmaal in crisis hebben de meesten geen hulpvraag en komen ze ook niet naar de RIAGG met een verzoek om een opname.

We kunnen concluderen dat globaal genomen aan de belangrijkste kwaliteitseis, namelijk 'toegankelijkheid', wordt voldaan. Tussen de RIAGG's onderling vallen wel enkele verschillen op. Bij de twee plattelands-RIAGG's zijn er meer patiënten die zich aanmelden zonder tussenkomst van een verwijzer (16-21%) dan bij de drie stedelijke RIAGG's (1-3%). De stads-RIAGG's met een apart, specialistisch crisisteam zijn vaak wat strenger in hun eis dat de huisarts de patiënt gezien moet hebben.

Openheid en empathie

Het kwaliteitsaspect 'openheid en empathie' gaat over de persoonlijke relatie tussen hulpverlener en patiënt. De hulpverlener moet de patiënt serieus nemen en hem eerlijk vertellen hoe het ervoor staat. Daarbij moet hij duidelijk zijn over de grenzen van zijn eigen kunnen. Deze openheid moet gepaard gaan met een houding die rust uitstraalt en de bereidheid om de patiënt te helpen.

Het praktijkonderzoek wijst uit dat de meeste hulpverleners duidelijk en consequent zijn en eerlijk antwoord geven op vragen. Wel blijkt dat de voorinformatie die de crisishulpverlener heeft verkregen, hem voor dilemma's kan plaatsen wanneer hij tegelijkertijd openheid wil betrachten. Denk bijvoorbeeld aan familieleden die een chronisch zieke patiënt aanmelden, met de mededeling dat de patiënt niet mag weten dat zij de RIAGG erbij gehaald hebben. Vervolgens is de patiënt wel nieuwsgierig namens wie de RIAGG komt. En wat te doen als de echtgenoot zeer intieme informatie prijsgeeft, die niet 'zomaar' ter tafel mag komen in het gesprek met de patiënte? Deze voorbeelden maken duidelijk dat patiënt en familie weliswaar openheid vragen naar hen zelf toe, maar soms beperkingen opleggen in de openheid die naar anderen betracht mag worden. Hulpverleners zelf zijn ook niet altijd even eerlijk tegenover de patiënten, vermoedelijk uit angst een nog prille en broze vertrouwensband te schaden. Vooral bij paranoïde patiënten viel ons dit op. We zagen deze terughoudendheid ook in situaties waarin de crisisinterventor verwachtte dat de patiënt zich heftig zou gaan verzetten tegen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Om problemen te voorkomen wordt geen open kaart gespeeld. Niet elke hulpverlener is even goed in staat om de dilemma's op te lossen. Uit vrees dat openheid van zaken het contact met de patiënt schaadt of nieuwe problemen schept, laat men soms na om bepaalde dingen te benoemen, bijvoorbeeld dat de medicatie een antipsychoticum is. Wij hebben echter in andere situaties gezien dat openheid juist een goede werkrelatie bevordert, ook bij paranoïde en afwerende patiënten. (Enkele tactieken worden besproken in Broers e.a. 1993.)

Crisismanagement

Dit kwaliteitsaspect stelt kort samengevat aan de crisishulpverlener de eis dat hij vasthoudend is en vanaf het eerste contact met alle betrokkenen zoekt naar een oplossing voor de crisissituatie. *Wat betreft de vasthoudendheid:* hij mag zich niet bij het minste zuchtje tegenwind terugtrekken met een beroep op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, maar hij moet proberen de patiënt over te halen tot het aanvaarden van hulp, en diens omgeving tot het leveren van een bijdrage aan de oplossing. *Wat betreft zijn probleemoplossend vermogen:* een crisishulpverlener moet een oplossing bedenken die voor alle betrokkenen aanvaardbaar is en hij mag het eerste contact pas beëindigen als de situatie is gedeëscaleerd. Om doeltreffend te kunnen ingrijpen is het gebruik van reeds beschikbare informatie van belang. Een belangrijk aspect van rust en veiligheid creëren is een telefoonnummer achterlaten bij vertrek, zodat de betrokkenen weten wie zij kunnen inschakelen als de situatie opnieuw escaleert.

Wat zegt het onderzoek naar de praktijk van de acute psychiatrie over het vermogen van de acute diensten om adequaat in de crisis te interveniëren? Om te beginnen lijkt een organisatie met een apart crisisteam meer mogelijkheden te hebben om de patiënt te motiveren, dan een RIAGG die met een roulatiesysteem van vele reguliere hulpverleners werkt. Laatstgenoemden zijn niet in de gelegenheid de patiënt de volgende dag opnieuw te bezoeken en daardoor voort te bouwen op het contact dat

tijdens het eerste bezoek is gelegd. Eenzelfde voordeel zien we bij RIAGG's met een speciaal project voor chronische psychiatrische patiënten, waar patiënten die bij de acute dienst terechtkomen direct naar doorverwezen kunnen worden.

Het belang van vasthoudendheid - tegenwoordig ook wel bemoeizorg genoemd - wordt duidelijk als we ons realiseren dat in 45% van de crisissituaties de patiënt geen hulpvraag bleek te hebben en ook niet gemotiveerd was om hulp te aanvaarden. Ook bleek dat het systeem vaak uitgeput is en geen andere uitweg ziet dan een opname. Het vereist in dergelijke situaties nogal wat creativiteit en tactiek van de hulpverlener om hetzij de patiënt te motiveren voor een opname, hetzij de familie te motiveren voor een alternatief plan. We hebben daar in onze observaties mooie voorbeelden van gezien, maar in veel andere gevallen moesten we concluderen dat overeenstemming met de patiënt niet bereikt werd. Het bleek dan een kwestie te worden van uitersten: ofwel er komt geen vervolghulp ofwel de patiënt wordt met een IBS opgenomen.

Terwijl men psychotische patiënten nog wel probeert te motiveren voor een behandeling of een opname, krijgen patiënten met verslavingsproblemen of persoonlijkheidsstoornissen meestal niet deze bemoeizorg. Men ziet doorgaans weinig heil in GGZ-hulp voor deze mensen en verwijst hen door naar andere circuits waarna er vervolgens in meer dan de helft van de gevallen een breuk in de continuïteit van zorg ontstaat.

Met het oog op het probleemoplossend vermogen van de hulpverlener werd gewezen op het belang van het gebruik van voorinformatie. Dat blijkt in de praktijk echter op problemen te stuiten. Zestig procent van de patiënten is bekend in de GGZ, en crisishulpverleners proberen inderdaad vooraf zoveel mogelijk informatie over hen te verzamelen. Maar dat valt niet mee. Als het om chronische patiënten gaat, is slechts in de helft van de gevallen de relevante informatie beschikbaar. Binnen kantooruren is de behandelaar vaak onbereikbaar en buiten kantooruren zijn de dossiers meestal niet beschikbaar. Een complicerende factor is verder dat buiten kantooruren veel patiënten door een waarnemend huisarts worden aangemeld die de voorgeschiedenis van de patiënt niet kent. In de meeste gevallen (85%) is er bovendien geen afgesproken behandelbeleid waarop men kan terugvallen.

Van de mogelijkheid om bij patiënt en familieleden na te vragen welke maatregelen in het verleden wel en niet effectief zijn gebleken, wordt minder vaak gebruik gemaakt dan wenselijk is. Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat de crisishulpverleners in 18% van de gevallen achteraf zelf van mening zijn dat ze belangrijke informatie gemist hebben.

En dan is er nog het - op het eerste gezicht triviale - kwaliteitscriterium over het achterlaten van een telefoonnummer bij de cliënt en/of diens familie. Het kreeg een heel hoge prioriteit van de 44 deelnemers aan de Concept Mapping-methode, maar in de praktijk bleken de crisishulpverleners er niet zo scheutig mee te zijn. Een tweede contact verloopt vaak opnieuw via de huisarts. De acute diensten zijn blijkbaar bang overspoeld te worden met telefoontjes. Eén crisisdienst uit het onderzoek die wel met visitekaartjes en extra telefoonafspraken tussen twee contacten in werkt, had hier echter geen negatieve ervaringen mee. De patiënt of familie werd gevraagd tussen twee afspraken in naar de acute dienst te bellen of aan het eind van de dag even telefonisch te laten weten of de medicijnen gewerkt hadden. De acute dienst hield zo een vinger aan de pols.

Respectvolle bejegening

Het kwaliteitsaspect 'respectvolle bejegening' gaat evenals 'openheid en empathie' over de relatie hulpverlener - patiënt. Maar er is een accentverschil. De hulpverlener moet niet alleen openheid verschaffen *aan* de patiënt, maar ook in gesprek treden *met* de patiënt. De hulpverlener moet de patiënt zien als een persoon met een eigen leven, en niet alleen als iemand met een stoornis. Anders gezegd, hij moet de patiënt niet alleen tegemoet treden als hulpverlener (beroepsattitude) maar ook als

dienstverlener (persoonlijke bejegening).

In de praktijk voelt de patiënt zich niet zelden overvallen door de komst van de RIAGG. Een slechte binnenkomer kan de toon van het gesprek dan al snel negatief beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn: met de familie in de gang praten terwijl de patiënt in de huiskamer zit, of tendentieuze vragen stellen zoals ‘wat zijn hier voor rare dingen gebeurd?’ Soms denkt de crisishulpverlener al snel te weten waar de schoen wringt, maar controleert hij niet bij de betrokkenen of zijn inschatting klopt. Of hij richt zich uitsluitend op de gevaarsbeoordeling (waarvoor hij is ingeroepen), terwijl hij niet vraagt waar de patiënt zelf last van heeft. Als de hulpverlener de klachten van de patiënt niet aan bod laat komen en hij de patiënt onvoldoende zijn verhaal laat vertellen, voelt deze zich niet gesteund, zo bleek uit interviews met patiënten.

Medisch handelen

Dit kwaliteitsaspect gaat over die aspecten van de crisisinterventie die te maken hebben met het beoordelen en behandelen van de symptomen van de patiënt. We noemen twee criteria in het bijzonder: het indiceren voor een opname moet door een psychiater gebeuren (beoordelen); bij het voorschrijven van psychofarmaca moet rekening worden gehouden met andere medicijnen van de patiënt (behandelen).

Het praktijkonderzoek laat zien dat de helft van de patiënten binnen een maand na het eerste crisiscontact wordt opgenomen. Conform de kwaliteitseis beslist de psychiater hierover.

In de praktijk informeert de crisishulpverlener vrijwel altijd naar het medicijngebruik van de patiënt in heden en verleden, maar het effect hiervan wordt veel minder vaak getoetst dan wenselijk is. Het succes van een crisisinterventie hangt nauw samen met het effect van de medicijnen en van de medicatie-compliance van de patiënt. Het is daarom belangrijk dat de crisishulpverlener garanties inbouwt dat de patiënt het voorgeschrevene ook daadwerkelijk inneemt. In het praktijkonderzoek is gebleken dat de familie daarin een belangrijke rol kan spelen.

Slotbeschouwing

Zowel uit de kwaliteitscriteria zelf als uit het praktijkonderzoek blijkt dat acute psychiatrie andere eisen stelt dan de reguliere hulpverlening. Speciale aandacht is nodig voor de organisatie van de hulpverlening en de deskundigheid van de hulpverleners. Wat de organisatie betreft: de acute diensten hebben hun bereikbaarheid en toegankelijkheid goed geregeld. Wel zagen we dat de diensten die een apart crisisteam hebben, op een aantal punten beter functioneren dan de diensten die met een roulatiesysteem werken. Bij roulatiesystemen moet bijzondere aandacht besteed worden aan de vervolcontacten na de eerste interventie en de deskundigheidsopbouw van de medewerkers. Beide blijken in zo’n systeem weliswaar niet onmogelijk, maar niet gemakkelijk te realiseren. Vooral bij chronisch psychiatrische patiënten, ‘oude bekenden’, ontbreekt het nogal eens aan duidelijke afspraken over het behandelbeleid in crisissituaties, anticiperende hulpverlening om een crisis te voorkomen of juist optimaal te kunnen benutten, en een goede beschikbaarheid van relevante informatie.

Aan de deskundigheid van de hulpverleners worden hoge eisen gesteld. Er moet vaak directiever en doortastender worden opgetreden dan in de reguliere hulpverlening gebruikelijk is, en dat vergt enerzijds snelle en efficiënte informatieverzameling en oordeelsvorming, en anderzijds grote bedrevenheid in gespreksvoering en motiveringstechnieken. Ondanks de druk die van de crisissituatie uitgaat - of juist daarom! - is het van belang dat de hulpverlener zijn informatie bij alle betrokkenen controleert en zijn kennis en inschattingen met hen deelt. Verder lijkt het van belang dat aandacht besteed wordt aan de probleemervaring van alle betrokkenen, en dat allen zich ook gesteund weten en serieus genomen voelen. Soms blijken er dan meer alternatieven te ontstaan dan op het eerste gezicht

leek.

Ten slotte lijkt het van belang zich te bezinnen op hulpverleningsstrategieën voor cliënten waar de RIAGG niet goed raad mee weet: patiënten met verslavingsproblemen en met persoonlijkheidsstoornissen. Zij komen wel bij de acute dienst terecht, maar de contacten met hen verlopen over het algemeen erg onbevredigend.

De in dit artikel beschreven onderzoeken werden beide gefinancierd door het ministerie van VWS, voorheen WVC.

Literatuur

Broers, P.J.M., e.a. (1993), *Spoed geboden. Acute hulpverlening door de Riagg*

. Utrecht, NcGv-reeks 93-7.

Depla, M.F.I.A., e.a. (1992), *Verscheidenheid in kwaliteit. Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie*. Utrecht, NcGv-reeks 92-12.

NcGv (1994), *Conceptmapping. Een gestructureerde methode om complexe onderwerpen in kaart te brengen*. Utrecht, NcGv.

Ridder, D. de (1991), *Greep op kwaliteit. Methodologische aspecten van het verhelfen van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht, NcGv-reeks 91-15.

Summary: Emergency psychiatric services in the Netherlands: impressions of quality

This article gives a description of the quality of emergency psychiatry services of the RIAGGs (Regional Institutes for Ambulatory Mental Health Care). It discusses the results of two studies. Using the Concept Mapping method in one study a set of quality criteria has been formulated. In the other study 73 interventions of five emergency services were observed and described. In this article the practice of the services is compared to the quality criteria. The following five criteria are discussed: accessibility, openness and empathy, crisismanagement, respectful treatment, and medical treatment.

De schrijvers zijn werkzaam bij het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, de eerste twee als wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Zorg en Rehabilitatie, de derde als hoofd van de afdeling Organisatie en Beleid. De derde schrijver is tevens als bijzonder hoogleraar Beleid en Evaluatie Geestelijke Gezondheidszorg verbonden aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Correspondentieadres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-6-1995.