

De positie van de spoedeisende hulp binnen de crisisketen acute psychiatrie

J.W. van Staveren, T. Fassaert, J. Zoeteman, J.G. Lijmer, M.A.S. de Wit

- Achtergrond** Bij acute psychiatrische zorg zijn zowel de ggz-crisisdienst als de afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) betrokken. De organisatie van efficiënte ketenzorg vraagt meer gedetailleerde informatie over de rol van de SEH.
- Methode** We bestudeerden patiëntendossiers en interviewden zorgprofessionals om een analyse te verrichten van consultatieve psychiatrische zorg op de SEH over de periode van 2018 tot 2020 in de veiligheidsregio Amsterdam-Amstelland.
- Resultaten** Gemiddeld betrof het 53 beoordelingen acute psychiatrie per maand (in totaal 1285 dossiers). Bij 44% (n = 131) van een steekproef van 300 dossiers was sprake van een combinatie van acute psychiatrie en een acute somatische zorgbehoefte. Binnen de groep die vanwege capaciteitsgebrek van de ggz-crisisdienst op de SEH werd gepresenteerd (9%; n = 26), vielen drugsgeïnduceerde psychosen (12%; n = 3) en intoxicatiebeelden op (23%; n = 6). Als belangrijkste knelpunten werden genoemd een lange doorlooptijd voor de patiënt, onvoldoende beschikbaarheid van opnamecapaciteit, het grote aantal vervoersbewegingen en het risico op het niet onderkennen van somatische zorgbehoeften bij psychiatrische patiënten.
- Conclusie** De bevindingen wijzen erop dat de functie van de SEH in de praktijk belangrijk is, maar afwijkt van de veronderstelde hoofdrol als locatie voor somatische zorg binnen de keten. De integratie van de SEH en de ggz-crisisdienst tot een spoedplein zou mogelijk een aantal knelpunten kunnen ondervangen.

Efficiënte spoedeisende ketenzorg vereist samenwerking tussen de ggz-crisisdienst en de afdeling voor spoedeisende hulp (SEH). Als de ambulancedienst inschat dat er naast psychiatrische problematiek sprake is van uitval van vitale functies, een bloeding, een overdosis of een hoog risico op schade, wordt de patiënt naar de SEH gebracht in plaats van naar de ggz-crisisdienst.¹ De SEH kan ook worden ingezet als beoordelingslocatie bij capaciteitsproblemen ('overloop') van de ggz-crisisdienst. Idealiter wordt hier beperkt gebruik van gemaakt om doorlooptijden en belasting van de SEH te verminderen. Temeer omdat bij afwezigheid van somatische problematiek de ggz-klinieken binnen de keten vervolgens verantwoordelijk zijn voor opname. De organisatie van psychiatrische zorg op de SEH verschilt per SEH-locatie en wordt grotendeels bepaald door de beschikbaarheid van de psychiatrische consultatieve dienst (PCD). Wanneer de PCD ingezet wordt, blijft deze verantwoordelijk voor het gehele consult, inclusief het zoeken naar een eventuele opnamelocatie. In situaties waarin het ziekenhuis niet beschikt over een PCD worden beoordelaars van de ggz-crisisdienst ingezet op de SEH. De afspraak in de regio Amsterdam-Amstelland is dat deze beoordeling binnen 3 uur nadat de patiënt is gear-

riveerd kan plaatsvinden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de reistijd voor de ggz-crisisdienst naar de SEH-locaties (in Amsterdam tussen de 15 en 25 minuten). Enkele SEH-locaties hebben de beschikking over aanvullende faciliteiten zoals de aanwezigheid van een consultatief verpleegkundige of de aanwezigheid van een speciale rustgevende kamer. Een overzicht van de SEH-locaties in de regio Amsterdam-Amstelland is in **tabel 1** samengevat.

De tweedeling tussen de SEH en de ggz-crisisdienst leidt mogelijk tot minder efficiënte ketenzorg voor de acute psychiatrische patiënt, meer vervoersbewegingen en het risico dat bij patiënten met een somatische en (sociaal)psychiatrische zorgbehoefte niet alle behoeften worden gesignaleerd.² Herkenning en differentiatie van een somatische zorgbehoefte bij patiënten met acute psychiatrische problematiek zijn bovendien niet eenvoudig.^{2,3} Van de uitgebreide somatische onderzoeks- en behandel mogelijkheden op een SEH wordt daarom niet altijd gebruikgemaakt.⁴

Om de ketenzorg efficiënt in te richten dient meer informatie beschikbaar te zijn over de route die een patiënt doorloopt vanaf melding bij de triagist tot aan ontslag en de eventuele knelpunten die vanuit het werkveld worden

Tabel 1. SEH-locaties Amsterdam-Amstelland met de beschikbare faciliteiten en de rol in acute ketenzorg psychiatrie

SEH-locatie	Participatie in ketenzorg acute psychiatrie	Model voor psychiatrische zorg	Extra voorzieningen
Amsterdam UMC locatie AMC	Ja	24-uursconsultatie PCD, behalve voor dwangzorg	Geen
Amsterdam UMC locatie VUmc	Nee	ggz-crisisdienst altijd ingezet	Rustgevende beveiligde kamer
Amstelland ziekenhuis	Nee	ggz-crisisdienst altijd ingezet	Geen
OLVG locatie Oost	Ja	Consultatie PCD tijdens kantooruren	Consulerend verpleegkundige psychiatrie
OLVG locatie West	Ja	24-uursconsultatie PCD	Consulerend verpleegkundige psychiatrie, rustgevende beveiligde kamer
BovenIJ Ziekenhuis	Ja	ggz-crisisdienst altijd ingezet	Geen

De regionale samenwerking voor acute psychiatrie is in de regio Amsterdam georganiseerd rond zes SEH-locaties: Amsterdam UMC (AMC en VUmc), Amstelland Ziekenhuis, OLVG (Oost en West) en BovenIJ Ziekenhuis. Patiënten met acute psychiatrische problematiek worden niet naar het Amstelland Ziekenhuis en het Amsterdam UMC locatie VUmc vervoerd. PCD: psychiatrische consultatieve dienst.

Tabel 2. Methodologie van de onderzoeksvragen

Onderzoeksvraag	Bron	Details
1. Route van de patiënt	Retrospectieve kwantitatieve dossieranalyse	- algemene gegevens van 1285 dossiers presentaties SEH (2018-2020) - diagnose en uitstroom bij steekproef van 300 dossiers
2. Gesignaleerde problemen en suggesties voor verbetering volgens professionals	Semigestructureerde interviews	Verschillende zorgprofessionals van betrokken SEH (n = 9)

gerapporteerd. Actuele, gedetailleerde informatie over de huidige positie van de SEH in de acute ketenzorg psychiatrie is echter beperkt tot casestudies en opiniestukken. In dit artikel proberen wij door een analyse van acute psychiatrische zorg op de SEH van het OLVG om de positie van de SEH in de regio Amsterdam-Amstelland te verduidelijken. Het OLVG wordt als representatief beschouwd binnen deze zorgketen, aangezien het merendeel van de beoordelingen acute psychiatrie daar plaatsvindt.^{5,7} We trachten een antwoord te geven op de volgende vragen:

Welke route volgt de patiënt die op de SEH door de PCD van het OLVG wordt beoordeeld?

Welke problemen en mogelijke suggesties voor verbetering signaleren professionals wat betreft de huidige positie van de SEH binnen de ketenzorg acute psychiatrie Amsterdam-Amstelland?

METHODE

Gegevens betreffende de route van de patiënt verkregen we uit een retrospectieve kwantitatieve dossieranalyse

en analyse van data uit de Monitor crisisketen acute psychiatrie Amsterdam-Amstelland (2019-2022).⁵ Het dossieronderzoek betrof patiënten met een crisis-DBC (diagnose-behandelcombinatie) in de periode maart 2018 tot maart 2020 (24 maanden) die beoordeeld werden door de PCD van het OLVG (locatie Oost en West). De dossiers betroffen bij locatie Oost enkel presentaties binnen kantoortijden omdat daarbuiten de ggz-crisisdienst geconsulteerd wordt.

We stelden de te onderzoeken onderdelen van het dossier vast op basis van relevante zorgindicatoren voor patiëntroutes binnen de ketenzorg.⁵ Deze bestonden uit zorglogistieke gegevens (tijdstip presentatie, ligduur en reden van verwijzing) en zorginhoudelijke gegevens (diagnose op de SEH, intoxicaties, behandeling en beleid). De dossiers werden door een arts in opleiding tot psychiater onderzocht, zonder tweede beoordelaar. Bij 1285 dossiers werden de algemene gegevens ([online-bijlage 1](#)) gescoord. Door elke 4de opeenvolgende presentatie in een steekproef van 300 (23%) geanonimiseerde dossiers te selecteren bestudeerden we de medische verslagen nader wat betreft de diagnose en uitstroom in de keten.

Gesignaleerde problemen en mogelijke oplossingen volgens zorgprofessionals verkregen we uit een kwalitatieve analyse op basis van semigestructureerde interviews.⁶ De onderwerpen en vragen voor de interviews (**onlinebijlage 2**) baseerden we op relevante zorgindicatoren en stelden we samen op basis van geformuleerde monitorgegevens die de GGD verzamelt om doorstroom van patiënten in de veiligheidsregio te bewaken.⁵ Voor de interviews maakten we gebruik van ons netwerk om zorgprofessionals uit te nodigen met als criterium dat er nauwe betrokkenheid bij de consultatieve psychiatrie bestond.

Aan de interviews (n = 9) nam een brede verscheidenheid aan professionals deel: artsen (4 aiossen) werkzaam in het primair zorgproces acute psychiatrie op alle participerende SEH, een specialistisch psychiatrisch verpleegkundige van het OLVG, een SEH-verpleegkundige en een consultatief psychiater werkzaam in het BovenIJ ziekenhuis, een psychiater van de ggz-crisisdienst, een SEH-verpleegkundige in het Amstelland ziekenhuis en een ambulancemedewerker/

kaderarts SEH (1 geïnterviewde had 2 specialisaties/functies binnen de crisisketen).

RESULTATEN

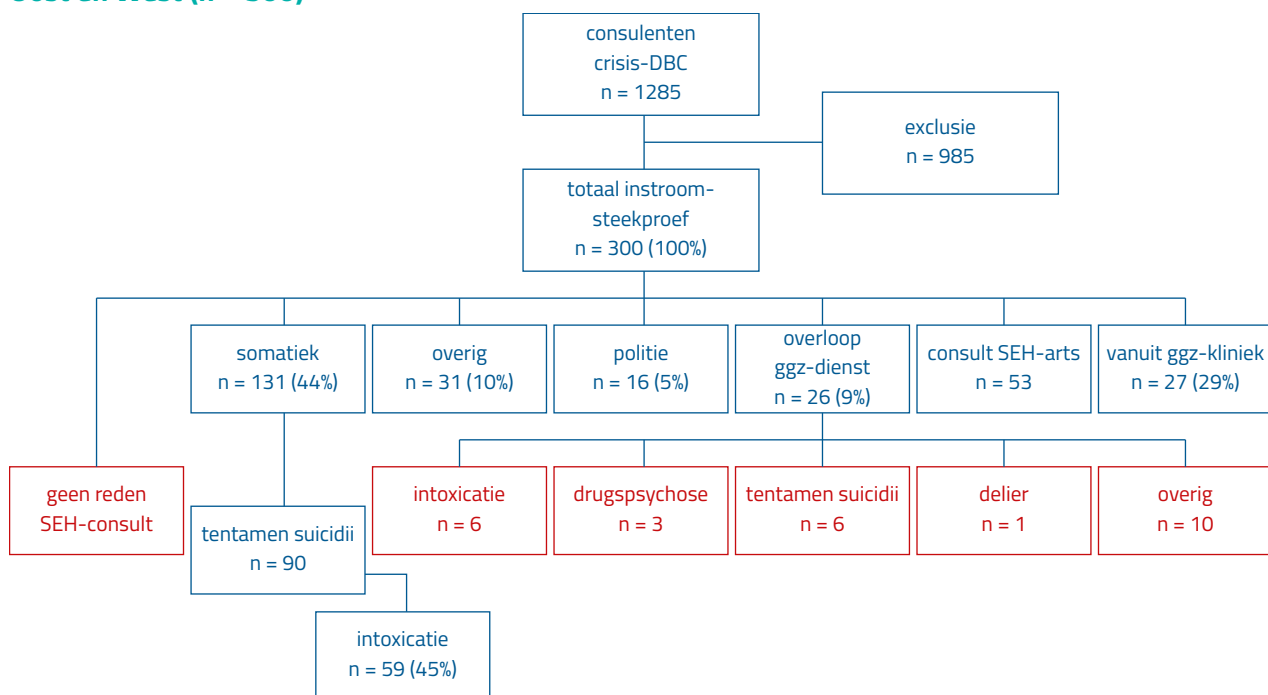
Gevolgd route

Welke route volgde de patiënt die op de SEH door de PCD van het OLVG werd beoordeeld?

Het totaal aantal patiënten dat van maart 2018 tot maart 2020 de SEH van het OLVG (locatie Oost en West) bezocht en waarbij de PCD een beoordeling deed, was 1285 (crisis-DBC; 1145 unieke casussen); gemiddeld 53 per maand. 59% van alle presentaties vond plaats tijdens een avond/nacht. 23% viel in een weekend. De mediane ligduur op de SEH (tijd vanaf inschrijving tot ontslag) bedroeg 4 uur en 57 minuten (uitersten: 30 minuten tot 22 uur en 41 minuten). Het consult werd bij 60% binnen 3 uur door de PCD afgerond.

In **figuur 1** worden de instroomroutes van de steekproef (n = 300 van 1285 dossiers, in blauw) getoond. Voor de

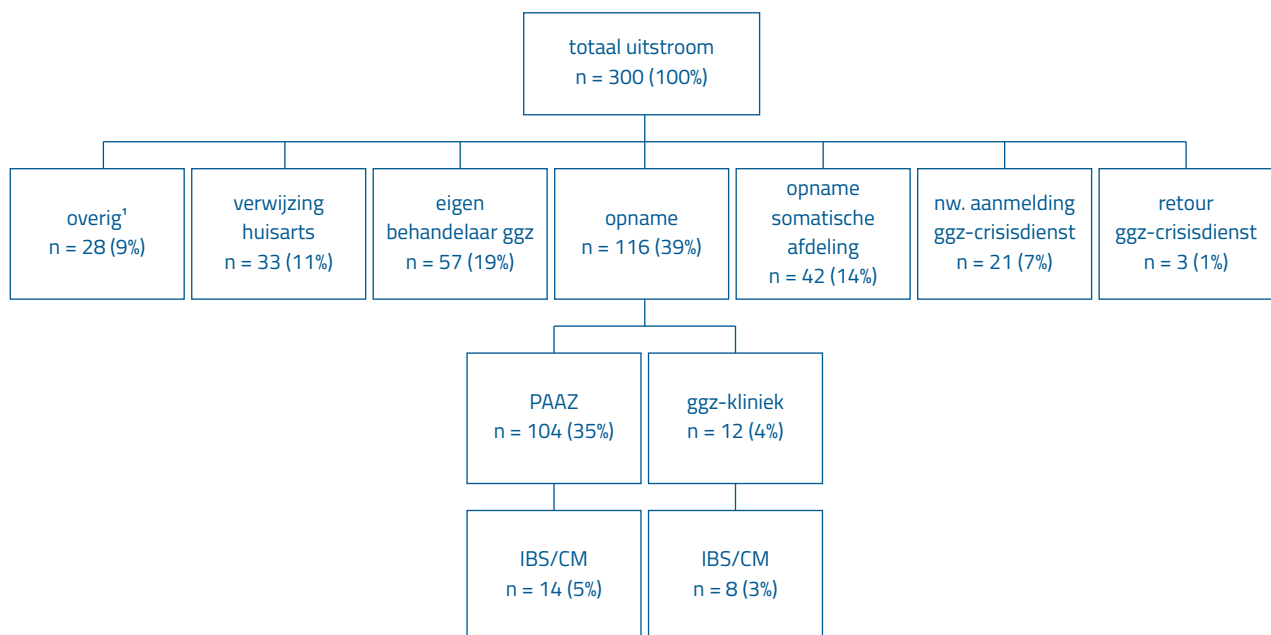
Figuur 1. Instroomroute en diagnostiek psychiatrische consultatieve dienst (PCD) OLVG locatie Oost en West (n = 300)



¹Verwezen vanuit de huisartsenpost/verwezen vanuit de polikliniek van het aan de SEH verbonden ziekenhuis/zelfverwijzer ('binnenloper')

Van de 300 patiënten uit de steekproef werd 44% (n = 131) vanwege een gecombineerde spoedeisende psychiatrische en (vermoeden op) een somatische zorgbehoefte ('somatiek') op de SEH gepresenteerd. Bij deze 131 patiënten ging het in 69% (n = 90) om een tentamen suicidii (TS) of suïcidaal gedrag. Van de 131 patiënten had 45% (n = 59) een intoxicatie, al dan niet als onderdeel van het TS. Presentatie vanwege overloop binnen de ggz-crisisdienst kwam voor in 9% van de gevallen (n = 26). Een belangrijke andere ingangsrouten bleek een consultvraag voor de voor somatische spoed aanwezige patiënt bij wie de somatisch hoofdbehandelaar op de SEH een acute psychiatrische zorgbehoefte vermoedde: 'consult SEH-arts'; 18% (n = 53). In 9% (n = 27) was een patiënt vanuit een ggz-kliniek gepresenteerd wegens een somatische zorgbehoefte. De politie reed in 5% (n = 16) van de gevallen zelf aan op de SEH. Bij 5% (n = 16) van het totaal was er bij diagnostiek door de arts geen reden voor presentatie op een SEH gevonden: geen overloop van de ggz-crisisdienst en geen gecombineerde psychiatrische en somatische zorgbehoefte.

Figuur 2. Uitstroomroute na beoordelingen door de psychiatrische consultatieve dienst (PCD) OLVG locatie Oost en West (n = 300)



¹Onbekende uitstroomroute (niet te herleiden uit dossier/patiënt was weggelopen voor het beleid gemaakt werd).

35% (n = 104) van de patiënten werd opgenomen in de eigen kliniek (PAAZ/MPU) waarvan 13% (n = 14, 5% van totaal aantal) met een dwangmaatregel (IBS/CM; inbewaringstelling/crisismaatregel). 14% (n = 42) werd geplaatst op een somatische afdeling verbonden aan de SEH. In 1% (n = 3) van de gevallen was het consult niet uitgevoerd en ging de patiënt (terug) naar de ggz-crisisdienst. 4% (n = 12) werd opgenomen in een ggz-kliniek waarvan 67% met IBS (n = 8). 19% (n = 57) werd verwezen voor follow-upzorg door de eigen ggz-behandelaar en 11% (n = 33) voor follow-upzorg door de huisarts.

overloop van de ggz-crisisdienst werkten we ook beknopt de relevante werkdiagnose op de SEH uit (in rood). De resultaten (zie **figuur 1**) tonen dat er bij een minderheid (44%, n = 131) van de dossiers de verwachte ingangsroute 'somatic' (combinatie van acute psychiatrie en een somatische zorgbehoefte) van toepassing was. Wanneer we ook de instroomroutes van buiten de keten meenamen, betrof het in 70% van de dossiers een combinatie van een somatische en psychiatrische zorgbehoefte (n = 211; 'somatic', 'consult SEH-arts', en 'vanuit ggz-kliniek'). Hiertegenover was er bij 30% geen somatische zorgbehoefte (n = 89; 'geen reden SEH-presentatie', 'overig', 'politie' en 'overloop ggz-crisisdienst'). Hierbinnen betrof het bij 30% (n = 26) overloop van de ggz-crisisdienst. Echter, wanneer we de werkdiagnose binnen de groep overloop ggz-crisisdienst evalueerden, bleken er bij 38% van deze dossiers toch aanwijzingen voor een somatische zorgbehoefte te bestaan (n = 6 intoxicaties, n = 1 delier en n = 3 drugspsychosen). In **figuur 2** zijn de uitstroomroutes van de steekproef (n = 300) uitgewerkt.

Gesignaleerde problemen en gesuggereerde verbeteringen

Welke problemen en mogelijke suggesties voor verbetering signaleerden professionals wat betreft de huidige

positie van de SEH binnen de ketenzorg acute psychiatrie Amsterdam-Amstelland?

Hoger risico sedatie op de SEH. De ervaring van twee aiossen was dat op de SEH vaker (dwang)sedatie in combinatie met fixatie werd toegepast dan in de ggz-crisisdienst. Aangezien slechts een minderheid van de SEH-locaties een speciaal voor psychiatrische patiënten ingerichte onderzoekskamer had, waren de meeste SEH-locaties niet voldoende ingericht om een geagiteerde of verwarde patiënt veilig te begeleiden. Ook was er minder beveiliging aanwezig dan in de ggz-crisisdienst. Dit kon leiden tot eerder inzetten van sedativa en daarmee nam het risico op iatrogene schade zoals valincidenten toe. Ook kon beoordeling van een gesedeerde patiënt meestal niet goed plaatsvinden, wat tot vertraging en een langere doorlooptijd leidde.

Beoordelen op verschillende locaties leidde tot lange doorlooptijd. Verpleegkundigen en een SEH-kaderarts ervoeren dat de crisisdienst vaak niet binnen de afgesproken 3 uur arriveerde. De reden was de beperkte beschikbaarheid en de benodigde reistijd naar de SEH van artsen bij de ggz-crisisdienst ten tijde van de aanvraag voor consultatie. Daarnaast was het plannen van artseninzet op verschillende locaties gecompliceerder.

Tekort acute opnamebedden. Volgens een specialistisch psychiatrisch verpleegkundige en drie aiossen waren acute

opnames bij ggz-klinieken meestal niet mogelijk vanwege het gebrek aan beschikbare bedden en moest worden uitgeweken naar het eigen beddenhuis of moest worden gezocht buiten de regio. Het zoeken naar een ggz-opname-locatie nam veel tijd in beslag, mede omdat een regionaal actueel overzicht van beschikbare bedden ontbrak.

Ontbrekende dossierinformatie. De SEH had geen toegang tot het ggz-dossier van een patiënt, waardoor relevante informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt ontbrak (genoemd door een aios). Er vond dan, indien nodig, overleg plaats met de ggz-crisisdienst om relevante informatie uit het ggz-dossier op te halen. Dit kostte extra tijd. Vanuit het perspectief van de ggz-crisisdienst gold eveneens dat relevante somatische dossierinformatie niet altijd toegankelijk was, terwijl dit mogelijk wel van belang was voor het zorgproces (genoemd door een psychiater).

Twijfels over indicatiestelling somatische zorg bij alcohol-intoxicatie. Een kaderarts-SEH noemde dat patiënten met een psychiatrische zorgbehoefte die in de ambulance een hoge bloedalcoholconcentratie hadden bij een blaastest vaak standaard naar de SEH vervoerd werden. Dit is medisch inhoudelijk niet altijd nodig en kan de SEH-bedbezetting belasten. Andersom was het complex om op een ggz-crisisdienst een inschatting te maken van de mate van intoxicatie met drugs en/of alcohol en het volgende risico op ontstaan van ernstig ontregelde vitale parameters (genoemd door een psychiater).

Suggesties voor verbetering. Twee aiossen stelden een centraal patiëntendossier voor zodat de beoordelaar onafhankelijk van de locatie waar de patiënt zich bevindt, altijd recente dossierinformatie zou kunnen raadplegen. Een kaderarts-SEH suggereerde strenger triageren, bijvoorbeeld door een arts in te zetten op de SEH die meehelpt te beslissen over de juiste locatie om de patiënt aan te melden. Verder adviseerden een kaderarts-SEH en een specialistisch psychiatrisch verpleegkundige om de capaciteit van de crisisdienst uit te breiden, waardoor er minder vaak een opnamestop zou zijn en de wachttijd tot beschikbaarheid van de arts zou afnemen. Daarnaast noemden twee aiossen de mogelijkheid van een centraal triagepunt of een centraal overzicht van beschikbare bedden, zodat het tijdrovende bellen naar verschillende locaties verminderd zou kunnen worden.

DISCUSSIE

Dit onderzoek heeft als doelstelling de huidige positie van de SEH in de acute ketenzorg psychiatrie Amsterdam-Amstelland te verhelderen om daarmee beleidsmatige vraagstukken, zoals organisatie van een efficiënt opererende sluitende keten, in context te kunnen plaatsen.

Heterogene instroom

Het eerste wat opvalt, is de brede heterogeniteit van de patiëntengroep bij instroom. Daarnaast blijkt bij

ongeveer een derde van de presentaties gebruik te zijn gemaakt van de faciliteiten van de SEH zonder duidelijke indicatie voor somatische zorg. Gezien de regelmatig grote druk op de SEH is dit onwenselijk. Daar staat tegenover dat een deel overloopt van de ggz-crisisdienst kan worden verwacht, gezien het hoge aantal psychiatrische spoedbeoordelingen in Amsterdam (in 2019 maandelijks gemiddeld 115 patiënten op de ggz-crisisdienst).⁷ Binnen deze overlooptgroep bleek in retrospectief toch grond voor presentatie op de SEH, hetgeen de betrouwbaarheid van de gegevens beperkt. Er is mogelijk ten onrechte in de dossiers gesproken van overloopt of de ambulance heeft de onjuiste reden voor aanrijden opgegeven.

Daarnaast is er een relatief groot aandeel van presentaties door de politie, vermoedelijk ook vanwege beperkte doorstroom vanuit de crisisdienst. Er is bovendien een aanzienlijk aandeel psychiatrische zorg op de SEH afkomstig vanuit verwijzingen door opnameklinieken en van patiënten die aanvankelijk alleen voor somatiek werden aangemeld. Dit kan mogelijk worden verklaard door de centrale ligging van het OLVG tussen een aantal ggz-klinieken.

Zorgprofessionals rapporteren als voornaamste knelpunt dat het niet beschikbaar zijn van dossierinformatie, het hoger risico op sedatie van de patiënt op een SEH en de beperkte uitplaatsmogelijkheden leiden tot vertraging in de doorstroom. Deze knelpunten sluiten groten-deels aan bij de in de literatuur beschreven situatie.^{2,4}

Spoedplein als oplossing?

Om de functionaliteit van de ggz-crisisdienst en die van de SEH efficiënter te combineren zou de zorg voor de acute psychiatrische patiënt zowel qua locatie als qua samenwerking dichter bij elkaar georganiseerd moeten worden. Het is dan van belang dat de kennis van de sociale kaart en de aanvullende faciliteiten voor het begeleiden van de geagiteerde patiënt van de ggz-crisisdienst en de somatische expertise en faciliteiten van de SEH gecombineerd worden. Het integreren van de beide diensten tot één locatie ('spoedplein') zou hier volgens sommigen een oplossing voor kunnen bieden.

In Den Haag is een spoedplein al in 2017 geprobeerd met het project 'Haagse spoed'. Daar werd geconstateerd dat het aantal presentaties niet toenam en de tevredenheid van patiënten en medewerkers en ook de doorlooptijd verbeterden.⁸ Het initiatief is in afgeschaalde vorm voortgezet, omdat een groter aantal patiënten nodig was om het kosteneffectief te maken. Daarnaast vroeg het een cultuuromslag voor ggz-professionals en aanpassingen aan de fysieke locatie.⁹

Een spoedplein is een locatie, meestal bij het ziekenhuis, waar alle spoedeisende zorg bijeen is gebracht, inclusief de huisartsenpost en een 24-uursapotheek. Door deze diensten bijeen te brengen is de veronderstelling dat de efficiëntie van het beschikbare personeel wordt verhoogd, de wachttijden worden verkort en de zorg inhoudelijk verbeterd. Het zou de directe com-

municatie van huisartsen met specialisten vergemakkelijken, waardoor patiënten minder onnodig worden doorverwezen én minder ten onrechte niet worden doorverwezen.

Een spoedplein zou bovendien minder stigmatiserend en meer laagdrempelig toegankelijk zijn voor de psychiatrisch patiënt.^{2,4} Een psychiatrisch verpleegkundige of arts kan direct meebeslissen en er hoeft geen extra ambulancerit gepland te worden. Discussie over het wel of niet naar een SEH vervoeren bij een alcoholintoxicatie is dan niet meer nodig. Het kleiner aantal overdrachtsmomenten leidt tot een lager risico op verlies van belangrijke dossierinformatie. Door de veiligheidsvoorzieningen van de ggz-crisisdienst gecombineerd in te zetten, hoeft mogelijk minder vaak sedatie of fixatie te worden toegepast. Ook kan een somatisch consult laagdrempelig ingezet worden voor patiënten met primair psychiatrische problematiek.

Dit onderzoek laat zien dat bij 'overloop-patiënten' die eigenlijk alleen een psychiatrische beoordeling zouden krijgen bij de ggz-crisisdienst een somatisch consult toch relatief vaak van meerwaarde leek (38%; bij 10 van de dossiers binnen deze route bleek de patiënt een relevant somatisch probleem te hebben). Aanvullende sociaalpsychiatrische expertise op een SEH kan helpen patiënten sneller uit te plaatsen, is een mogelijke stap naar een integraal geregelde regionale beddencoördinatie en verbetert de samenwerking met de ggz-klinieken in het kader van een klinisch vervolgtraject. Ook kan hiermee mogelijk sneller opnamevoorkomende zorg zoals intensieve ambulante behandeling (IHT-model) ingezet worden.

Potentiële nadelen spoedplein

Integratie in een spoedplein kent ook potentiële nadelen. De beschikbaarheid van handvatten om deze zorg in te richten is bijvoorbeeld beperkt; mede doordat de zorgstandaard Acute psychiatrie de SEH en de ggz-crisisdienst losstaande rollen toebedeelt.¹ En hoewel het ziekenhuis als minder stigmatiserend ervaren wordt dan een ggz-instelling is het onregelende karakter (veel geluid en visuele prikkels) van de SEH voor psychotische en/of angstige patiënten nadelig. Andersom bestaat het risico dat patiënten met enkel een somatische zorgbehoefte vaker blootgesteld worden aan verwarde of geagiteerde patiënten, wat mogelijk ingrijpend is. De voordelen van één centraal patiëntendossier moeten worden afgewogen tegen de mogelijke nadelen op het gebied van privacy. Bovendien heeft de ggz-crisisdienst nu ook mogelijkheden om een huisbezoek af te leggen, wat voordelen kan hebben voor de patiënt. Aangezien men de SEH nu niet associeert met dergelijke zorg zou er bij een integratie veel aandacht aan informatievoorziening besteed moeten worden. Uit de resultaten blijkt bovendien dat naast de instroom via ambulancevervoer ook in 18% (n = 53) van de dossiers consultatie van al

op de SEH aanwezige patiënten plaatsvond. Dit dient meegenomen te worden bij een inschatting van de benodigde capaciteit van een spoedplein.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is dat we konden beschikken over een groot aantal SEH-dossiers van PCD-consulten acute psychiatrie. Hoewel we vanwege de haalbaarheid kozen voor een gedetailleerde analyse van een steekproef, is deze van voldoende grootte (300 dossiers) om valide uitspraken te doen over de patiëntroutes in deze populatie. Hoewel de dossiers van slechts twee van de vijf participerende SEH-locaties afkomstig zijn, zien we dat we op basis van de monitor hiermee het grootste deel van de beoordelingen beschrijven; gezien het veel hogere aantal van beoordelingen binnen de keten op het OLVG in vergelijking met de andere SEH.⁵ Een beperking van dit onderzoek betreft het subjectieve karakter van de interviews. Hoewel er met de interviews belangrijke kwalitatieve informatie is gevonden, is het van belang bij het interpreteren rekening te houden met het ontbreken van een systematische aanpak van de selectie van de deelnemers. Ook kunnen we gezien het beperkte aantal geïnterviewden per discipline de resultaten niet generaliseren naar de gehele groep van zorgprofessionals in de keten. Daarnaast werden vergelijkbare knelpunten uit de kwalitatieve analyse regelmatig slechts door één of twee van de geïnterviewden genoemd, wat de validiteit van de uitspraken beperkt. Een andere beperking is de inconsistente verslaglegging op de SEH. De werkdiagnose of route van in- en uitstroom was in sommige gevallen multi-interpretabel en de dossiergegevens werden door het ontbreken van een tweede beoordelaar niet opnieuw getoetst. Daarnaast is bij 5% van de dossiers de reden voor het SEH-bezoek onbekend. Dit is opvallend omdat triage op basis van gestructureerde en volledige informatie van essentieel belang is voor efficiënte en veilige zorg op de SEH. Mogelijk betreft deze groep eveneens overloop van de ggz-crisisdienst waarbij dit niet duidelijk in het dossier genoteerd werd. Ook ontbreken de data van patiënten die door de ggz-crisisdienst of ggz-kliniek voor somatische diagnostiek ingestuurd worden naar de SEH en die geen somatische opname nodig hebben. Bij deze groep speelt de SEH mogelijk ook een belangrijke rol binnen de acute ketenzorg, maar werd geen consultatie van de PCD op de SEH ingezet.

Ten slotte is het van belang te noemen dat de SEH-zorg in Amsterdam, gezien de centrale positie in een grote stad met relatief uitgebreide psychiatrische faciliteiten en (drugs)toerisme, niet direct vergelijkbaar is met andere acute zorg in Nederland. Het OLVG, met locaties centraal in Amsterdam, ontvangt bijvoorbeeld relatief veel patiënten met een intoxicatie.

CONCLUSIE

De SEH vervult als somatisch ingerichte partner een belangrijke rol binnen de acute ketenzorg psychiatrie in de regio Amsterdam-Amstelland, met name voor patiënten met een intoxicatie en/of na een tentamen suïcidii. De mate waarin de verschillende SEH-locaties zijn ingericht op het leveren van veilige psychiatrische zorg verschilt sterk en het gescheiden inrichten van deze zorg op een SEH en de ggz-crisisdienst leidt tot een aantal knelpunten. Integratie van de ggz-crisisdienst en de SEH op een spoedplein zou winst kunnen opleveren in de doorlooptijd en samenwerking in de keten, mits het 'sociale karakter', de expertise en de aanvullende faciliteiten voor het begeleiden van de geagiteerde patiënt van de ggz-crisisdienst behouden blijven.

Gelet op de beperkingen van dit onderzoek is het raadzaam dit onderwerp verder te verkennen. Denk bijvoorbeeld aan onderzoek naar het mogelijk ontregelende karakter van de drukke SEH, de benodigde capaciteit van het spoedplein en de informatievoorziening voor de patiënt.

Om integratie te volbrengen dient ook meer onderzoek plaats te vinden naar de eventuele verschillen in medisch beleid tussen een SEH versus de ggz-crisisdienst. Bijvoorbeeld door bij vergelijkbare casuïstiek de doorlooptijd in de keten, de inzet van dwangzorg en de hoeveelheid klinische opnames te vergelijken. Het kan waardevol zijn om hier andere regio's bij te betrekken en om te kijken naar ervaringen met spoedpleinen in het buitenland.

LITERATUUR

- 1 GGZ-standaarden. Zorgstandaard acute psychiatrie. Akwa GGZ; 2017.
- 2 Honig A. Naar een efficiënte spoedeisende psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 2020; 164: D4248.
- 3 Zoeteman J, van Waarde JA. Ggz-crisisdienst en ggz-opnameafdeling. In: Honig A, Lijmer J, Verwey B, e.a., red. Handboek psychiatrie in het ziekenhuis, Utrecht: de Tijdstroom; 2018, p. 101-16.
- 4 Tuerlings J, Pelger E, de Pont B, e.a. Tweedeling psychiatrische en somatische spoedzorg. Herstel van weeffout is vereist. Ned Tijdschr Geneesk 2015; 159: A9151.
- 5 Monitor crisisketen acute psychiatrie Amsterdam-Amstelland, M. de Wit, derde kwartaal 2021.
- 6 Grol R, Wensing M. Methoden om invoeringsproblemen op te sporen. In: Wensing M, Grol R, red. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015, p. 73-189.
- 7 Kerngegevens OLVG 2016. www.olvg.nl/media/akfngiuf/olvg-jaarverantwoording-2016-definitieve-versie_0.pdf.
- 8 Project Haagse SPOED. Den Haag: ZonMw; 2017. <https://projecten.zonmw.nl/nl/project/project-haagse-spoed>.
- 9 Van der Linden MC, Balk FJE, van der Hoeven BJH, e.a. Emergency department care for patients with mental health problems, a longitudinal registry study and a before and after intervention study. Int Emerg Nurs 2019; 44: 14-9.

AUTEURS

Jan Willem van Staveren, ten tijde van het onderzoek: arts in opleiding tot psychiater, GGD Amsterdam; thans: psychiater.

Thijs Fassaert, epidemioloog-beleidsadviseur, GGD Amsterdam, senior onderzoeker, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie & Psychosociale zorg, Amsterdam UMC.

Jeroen Zoeteman, psychiater en directeur Behandelzaken, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, Arkin.

Jeroen Lijmer, psychiater, klinisch epidemioloog, LUMC, Leiden.

Matty de Wit, senior onderzoeker, afd. Gezond Leven, GGD Amsterdam.

Correspondentie

Dr. Matty de Wit (mdwit@ggd.amsterdam.nl)

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-5-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(7):380-386