

# Spoeedeisende psychiatrie, een deelspecialisme?

A.M. van Hemert en W. van Tilburg

Kan de spoedeisende psychiatrie beschouwd worden als een deelspecialisme van de algemene psychiatrie? Dat is de vraag die in dit hoofdstuk centraal staat. Een bezinning daarop is van belang voor de organisatie van de zorg, voor de specificatie van competenties van personeel en daarmee voor de inhoud van opleidingsprogramma's. Na enkele algemene opmerkingen over specialisatie in het algemeen, ontleend aan een eerdere publicatie (Van Tilburg, 2000), zullen wij de voor- en nadelen van (deel)specialisatie bespreken. Aan de hand daarvan komen wij in de laatste paragraaf tot een standpuntbepaling.

## Waarom specialiseren?

Specialisatie komt in het algemeen voort uit kwaliteits- en efficiëntieoverwegingen (van de patiënt of de verwijzer), als er een herkenbaar en omvangrijk eigen domein is van kennis, behandelbeleid en beroepsuitoefening. Het specialisatieproces in de geneeskunde is in de negentiende eeuw op gang gekomen en heeft zich daarna versneld voortgezet. Vakken als inwendige geneeskunde en kindergeneeskunde hebben zich steeds verder opgesplitst. De motor hierachter was de enorme toename van de in de praktijk toepasbare kennis en de daarop gebaseerde behandeltechnologie. De psychiatrie is met betrekking tot verdere specialisering hekkensluiter gebleven. Een belangrijke oorzaak van deze achterstand is de relatieve traagheid waarmee haar wetenschappelijke onderbouwing op gang is gekomen. Echt specifieke kennis over de behandeling van ziektebeelden is pas in de laatste decennia aan het ontstaan.

Officieel is in Nederland nog geen sprake van specialisering binnen het psychiatrisch domein. De opleidingseisen psychiatrie omschrijven wel drie aandachtsgebieden (Hengeveld e.a., 2009). Na een basisopleiding van twee en een half jaar bekwaamt men zich in de kinderpsychiatrie, de volwassenenpsychiatrie of de ouderenpsychiatrie. In Engeland en de Verenigde Staten is de structuur van de opleiding vergelijkbaar, maar men onderscheidt meer aandachtsgebieden c.q. deelspecialismen. Naast de leeftijdgebonden aandachtsgebieden onderscheidt men in Engeland ook de psychotherapie, de forensische psychiatrie en de psychiatrie van leerstoornissen. In de Verenigde Staten zijn er naast de leeftijdgebonden aandachtsgebieden nog de verslavingspsychiatrie, forensische psychiatrie, klinische neurofysiologie en consultatieve en liaisonpsychiatrie.

Kwaliteitsoverwegingen kunnen een reden zijn om te ver gaande specialisering af te remmen. In de geneeskunde zijn ook generalisten nodig. De opwaardering van het huisartsenvak na de Tweede Wereldoorlog is daarvan een duidelijk voorbeeld. Sinds enige tijd zijn er binnen de inwendige geneeskunde soortgelijke ontwikkelingen. Liever dan voort te gaan met het afsplitsen van nieuwe specialismen (zoals al eerder cardiologie, longziekten et cetera) kiest men voor het model van een goede basisopleiding in de algemene interne geneeskunde met daarboven een subspecialisatie in een bepaald 'aandachtsgebied'. Men loopt anders het gevaar dat door de te ver gaande opsplitsing van een vak veel patiënten met comorbiditeit en algemene interne problemen (veel ouderen) tussen wal en

---

schip vallen. In feite gaat het niet om een compleet doorgevoerde specialisatie, maar om een ‘zachtere’ vorm, waarbij men binnen het moederspecialisme blijft en zelfs gedurende zijn carrière betrekkelijk gemakkelijk kan ‘omschakelen’ naar een andere subspecialisatie. In de volgende paragrafen gaan wij nader in op de vraag of de spoedeisende psychiatrie, binnen de context van de psychiatrische zorg, beschouwd moet worden als een deelspecialisme van de algemene psychiatrie.

## **Spoedeisende psychiatrie: een deelspecialisme**

Het specialistische karakter van de spoedeisende psychiatrie komt op twee niveaus naar voren, namelijk op inhoudelijk en op organisatorisch niveau.

### ***Inhoudelijk niveau***

Voor de spoedeisende geneeskunde omschrijven Schneider e.a. (1998) de doelstelling als het evalueren, hanteren, behandelen en voorkomen van onverwachte ziekte en letsel. Analoog geldt voor de spoedeisende psychiatrie de doelstelling om in een onverwachte situatie snel te handelen teneinde gevaar af te wenden en ernstig nadeel te voorkomen. Er moet een situatie worden gecreëerd waarin het verstoorde evenwicht kan herstellen en zo nodig een behandeltraject kan worden gestart of voortgezet. Tabel 1 geeft een globaal overzicht van de kennis en vaardigheden die hiervoor nodig zijn.

---

**Tabel 1** *Kennis en vaardigheden voor de spoedeisende psychiatrie*

---

- diagnostiek van psychiatrische aandoeningen
  - diagnostiek van verslavingen
  - diagnostiek van somatische aandoeningen
  - kennis van relevante wetgeving
  - beoordelen van het belang van factoren in het leefmilieu
  - beoordelen van het belang van organisatorische en maatschappelijke factoren
  - herkennen en hanteren van interpersoonlijke dynamiek
  - herkennen en hanteren van risico's (agressie, suïcidaliteit)
  - herkennen en hanteren van stressoren en de eigen reactie daarop
  - multidisciplinair samenwerken in sterk uiteenlopende werksettingen
  - besluitvaardigheid
- 

Een psychiatrische crisissituatie vraagt om integrale diagnostiek, die behalve de psychopathologie, ook de somatische en de sociale conditie taxeert. De psychiater dient niet alleen grondig getraind te zijn in de algemene diagnostiek van psychiatrische aandoeningen, inclusief verslaving, maar ook in de diagnostiek van somatische aandoeningen. Hij moet bovendien snel de betekenis van sociale factoren in het leefmilieu en in de grotere verbanden daarbuiten kunnen inschatten en hij moet extra geschoold zijn in risicotaxatie met betrekking tot agressie en suïcidaliteit. Daarnaast zijn specifieke relationele en emotionele competenties nodig. De spoedeisende psychiatrie speelt zich vaak af in spannende, sterk emotioneel gekleurde en niet zelden conflictueuze situaties, die bij alle partijen veel affectieve reacties plegen op te roepen. Het opbouwen van de noodzakelijke werkrelatie met de patiënt zal daarom extra vaardigheden vergen, vooral ook als de karaktereigenschappen van de patiënt het contact bemoeilijken. Ook moet de psychiater in de spoedeisende psychiatrie multidisciplinair kunnen samenwerken met een grote variëteit van professionals van binnen en buiten de geneeskunde. De belangrijkste competentie is misschien wel het vermogen om in relatief korte tijd zwaarwegende beslissingen te nemen op basis van gebrekkige informatie. Een gedegen wetenschappelijke kennis is daarvoor onontbeerlijk. Het werk van de crisispsychiater moet als het ware op het scherp van de snede en in een veel hoger tempo worden uitgevoerd dan het werk van de ‘gewone’ psychiater; zoals – om een vergelijking van Van Ewijk te gebruiken – een voetballer op eredivisionniveau zich onder meer van de lager spelende collegae onderscheidt door de veel grotere snelheid waarmee hij vergelijkbare

handelingen moet uitvoeren (Van Ewijk, persoonlijke mededeling 2005). Dit vergt, naast intellectuele en emotionele inspanning, een grote stressbestendigheid. Maar ook meer in het algemeen moet men getraind zijn in het omgaan met de eigen gevoelens. Als crisiswerker heeft men niet alleen te maken met de emotionele toestand van de patiënt, maar ook met de reacties en frustraties van het systeem dat de patiënt omgeeft. De hulpverlener moet onder druk verantwoordelijke beslissingen nemen, soms met een relatief hoog afbreukrisico. De spoedeisende psychiatrie speelt zich nogal eens af in de publieke ruimte, waar foutieve beslissingen in hoge mate 'zichtbaar' zijn. Dit alles overziende kan men Allen (2002) begrijpen, die schrijft dat het verbazing wekt dat tot voor kort voor het werken in de spoedeisende psychiatrie geen formele training vereist was. Hij bedoelde hier de situatie in de Verenigde Staten mee, waar pas sinds 1995 een verplichte stage spoedeisende psychiatrie in de opleiding tot psychiater is opgenomen. De 'American Association for Emergency Psychiatry' (AAEP) heeft een curriculum geformuleerd voor de invulling van zo'n stage (Brasch e.a., 2004). Sinds 2010 is een bescheiden stage spoedeisende psychiatrie ook in Nederland een verplicht onderdeel van de opleiding tot psychiater, maar van een formulering van opleidingseisen is nog geen sprake.

### **Organisatorisch niveau**

Breslow (2002) formuleerde de doelstellingen van de spoedeisende psychiatrie als het tijdig tot stand brengen van spoedeisende psychiatrische zorg, veiligheid en stabilisatie, toegang tot psychiatrische zorg en continuïteit van deze zorg. Als men op een kwalitatief aanvaardbaar niveau aan deze doelstellingen wil voldoen, ontkomt men niet aan een min of meer specifieke organisatie voor de spoedeisende psychiatrie. Hoe ver moet men daarin gaan? Een werkgroep van de American Psychiatric Association beschreef in 2002 de verschillende Amerikaanse settings waarin de spoedeisende psychiatrie wordt beoefend (Allen e.a., 2002).

---

**Tabel 2** *Werksettingen van de spoedeisende psychiatrie*

---

mobiel 'outreach'-team
spoedeisende eerste hulp van een algemeen ziekenhuis
gespecialiseerde psychiatrische eerstehulpafdeling
crisiscentrum
crisisopvang op een opnameafdeling

---

Men herkent hierin zonder moeite de in Nederland gangbare varianten. Het zijn de spoedeisende eerste hulp van het algemeen ziekenhuis, al of niet met structureel gewaarborgde psychiatrische consultatie; de gespecialiseerde psychiatrische spoedeisende eerstehulpafdeling, wel of niet verbonden aan die van het algemeen ziekenhuis; de crisisopvang op een al dan niet gespecialiseerde opnameafdeling, met of zonder nauwe verbondenheid met een gespecialiseerde psychiatrische spoedeisende eerste hulp; het 'outreaching' werkende mobiele team in al zijn varianten (zoals 'de rijdende psychiater' van Querido, in Amsterdam sinds de jaren dertig beproefd); en het crisiscentrum voor patiënten bij wie men een opname wil of kan vermijden. Voor welke vorm(en) men in een bepaalde regio kiest, wordt niet alleen door kwaliteitsoverwegingen bepaald, maar ook door kosteneffectiviteit en doelmatigheid. De aard van de regio, de incidentie van spoedeisende psychiatrische gevallen en de organisatie en kwaliteit van de gewone psychiatrische voorzieningen spelen daarbij een grote rol. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld, lijkt de psychiatrische spoedeisende eerstehulpafdeling steeds belangrijker te worden. Dat zou men als een teken van voortgaande specialisering kunnen beschouwen. Immers, zo'n afdeling zou in de visie van Breslow (2002) een kwalitatief hoogwaardig knooppunt voor zorgtoewijzing kunnen worden voor de voorzieningen in een regio, zeker als ze beschikt over de moderne informatieopslag- en verwerkingssystemen die nodig zijn voor een snelle communicatie over patiënten. Hij voorspelt echter ook, dat zij in toenemende mate van belang zal worden voor patiënten die op andere wijzen geen psychiatrische hulp kunnen krijgen. Dat is de rol die de spoedeisende eerste hulp van algemene ziekenhuizen in de Verenigde Staten ook al speelt. Men kijkt in de VS met een jaloerse blik naar onze

---

mobiele outreachteams, die worden beschouwd als een ideaal model van spoedeisende zorg (Allen e.a., 2002). In dat verband kan men zich afvragen of de behoefte aan spoedeisende psychiatrische hulp niet in hoge mate een functie is van de kwaliteit van de gewone zorg. Dat zou een goede reden zijn om liever te streven naar verbetering van de gewone zorg dan naar het oprichten van kostbare afdelingen voor specialistische spoedeisende hulp.

## **Spoedeisende psychiatrie: onderdeel van de gewone zorg**

Ook deze paragraaf delen wij weer op in een inhoudelijk en een organisatorisch gedeelte.

### *Inhoudelijk niveau*

Uit een literatuuroverzicht in een artikel van Mulder en Wierdsma (2002) kan men opmaken dat zowel in de Verenigde staten als in Europa een groot deel van de contacten met de spoedeisende psychiatrie voor rekening komt van frequente gebruikers. Een belangrijk onderscheidend kenmerk van deze groep is het bestaan van een psychiatrische voorgeschiedenis. Uit hun eigen onderzoek naar de cliëntèle van de spoedeisende psychiatrie in Rotterdam en omgeving kan men een indruk krijgen van de cliëntèle van de spoedeisende psychiatrie in een moderne Nederlandse stad. Ruim 40% bleek bekend in de ggz en werd daar ook weer verder behandeld. Deze groep nam 63% van de frequente contactzoekers voor haar rekening. De auteurs suggereren dat een substantieel percentage van deze groep behoort tot de zogenaamde 'chronische crisispatiënten', met wie de gewone hulpverlening vaak niet goed raad weet, omdat zij door hun enerzijds afwijzende en anderzijds veeleisende en manipulerende gedrag veel weerstand oproepen. De auteurs vragen zich met recht af of voor zo'n groep geen aanvullend hulpaanbod moet worden ontwikkeld. Zij constateren voorts dat de 18% 'passanten', dat wil zeggen eenmalige bezoekers zonder psychiatrische voorgeschiedenis en nazorg, voor een deel in de eerste lijn zou kunnen worden opgevangen, als op lokaal niveau meer psychiatrische deskundigheid ter beschikking zou staan. Voor 36% is het contact met de spoedeisende psychiatrie de deur naar een langer contact met de ggz. Ook hierbij zou men zich kunnen afvragen in hoeverre een beter functionerende eerste lijn de weg naar de ggz al eerder zou hebben kunnen ontsluiten. Meer in het algemeen is het gerechtvaardigd te veronderstellen dat een meer anticiperend, op de preventie van crisissituaties in behandeltrajecten gericht beleid het beroep op de spoedeisende psychiatrie aanzienlijk zou kunnen terugdringen. Het adequaat gebruik van signaleringsplannen, crisisprotocollen en dergelijke moet tot routine worden om dat te kunnen realiseren. Kortom, op inhoudelijke gronden is er veel voor te zeggen dat de problematiek waarmee de spoedeisende psychiatrie wordt geconfronteerd voor een deel kan worden voorkomen of opgevangen in de gewone zorg. Dit heeft implicaties voor een opleiding van de betreffende hulpverleners die hun de benodigde kennis en vaardigheden moet bijbrengen.

### *Organisatorisch niveau*

Ook op organisatorisch niveau kan men de opvang van crisissituaties in de reguliere zorg beter inbouwen. Een goed voorbeeld daarvan is de zogenaamde 'Assertive Community Treatment' (ACT), die in de jaren zeventig van de vorige eeuw is ontwikkeld (zie Stein en Santos, 1998). De ACT biedt intensieve, in teamverband georganiseerd hulp aan niet-opgenomen chronische psychiatrische patiënten. De verantwoordelijkheid voor de 24-uursopvang van crisissen hoort daarbij. In de Verenigde Staten en Canada is dit model effectief gebleken met betrekking tot een aantal parameters, zoals opnamedagen, kwaliteit van leven, huisvesting, contacten met justitie, tevredenheid met de zorg en dergelijke (Van Dijk e.a., 2004). Overigens blijkt dat de implementatie in Nederland kwalitatief nog te wensen overlaat en dat het succes van het model samenhangt met de nauwgezetheid waarmee men het uitvoert. Daarvoor is een grondige verandering van de in Nederland gangbare ambulante zorg voor chronische patiënten nodig.

## **Balans**

Het valt niet te ontkennen, dat het werken in de spoedeisende psychiatrie specifieke kennis en vaardigheden vereist. Om het werk op een kwalitatief verantwoord niveau te kunnen uitvoeren, moet

men hierin grondig getraind worden. Het is van belang dat de eisen voor het werk in de spoedeisende psychiatrie geëxpliciteerd worden. Daarnaast lijken de ontwikkelingen in de toekomst in de richting te gaan van het zo veel mogelijk voorkomen van, anticiperen op en opvangen van crisissituaties in de gewone eerste- en tweedelijnszorg. Dat betekent dat de opleiding in de spoedeisende psychiatrie een vast en herkenbaar onderdeel moet zijn van de basisopleiding en nascholing van psychiaters en andere hulpverleners in de ggz. Het is wenselijk dat door systematische implementatie van intensievere ambulante zorgvormen zoals de ACT, samen met het versterken van de eerste lijn met psychiatrische deskundigheid, de werkers in deze beide settingen vertrouwd zullen raken met het onderkennen van, anticiperen op en hanteren van crisisachtige en/of gevaarlijke situaties. Met name in de begeleiding en behandeling van suïcidale en andere 'moeilijke' patiënten kan op deze wijze vermoedelijk nog veel winst geboekt worden.

Dat neemt niet weg, dat er voor zware, gevaarlijke en in de reguliere zorg niet te hanteren psychiatrische crisissituaties gespecialiseerde opvangmogelijkheden nodig blijven. Met name de opvang van patiënten met heftige psychotische decompensaties met moeilijk hanteerbaar agressief gedrag, al of niet veroorzaakt of uitgelokt door middelenmisbruik, stelt hoge eisen aan de teams die zich daarmee bezighouden. De agressie- en geweldsproblematiek is de laatste jaren een steeds prominenter plaats in de spoedeisende psychiatrie gaan innemen. Een aandachtsgebied, vergelijkbaar met dat van de ouderenpsychiatrie of de consultatieve psychiatrie, is daarom zeker te verdedigen, even afgezien van hoe dat geregeld zou moeten worden in de Nederlandse verhoudingen. Het aandachtsgebied zou dan de spoedeisende psychiatrie in de volle breedte moeten omvatten. Dat wil zeggen niet alleen de 'ambulante' spoedeisende psychiatrie, maar ook de klinische spoedeisende psychiatrie van de gesloten opnameafdelingen, die steeds meer zijn te beschouwen als vormen van 'crisis hospitalization'. Het zou zich het best kunnen positioneren in het grensgebied van de klinische en forensische psychiatrie, met onderdelen van de consultatieve psychiatrie, de ouderenpsychiatrie en de psychiatrie van verslavingsziekten. Kortom, het zou een echt nieuw deelspecialisme kunnen worden, met een duidelijk eigen werkterrein.

## Literatuur

- Allen, M.H. (2002). Preface. In M.H. Allen (Red.), *Emergency psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing inc.
- Allen, M.H., Forster, P., Zealberg, J. & Currier, G. (2002). *Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: a review and model program descriptions*. Washington (DC): American Psychiatric Association Inc.
- Brasch, J., Glick, R.L., Cobb, T.G. & Richmond J. (2004). Residency training in emergency psychiatry: a model curriculum developed by the education committee of the American Association for Emergency Psychiatry. *Academic Psychiatry*, 28, 95-103.
- Breslow, R.H. (2002). Structure and function of psychiatric emergency services. In M.H. Allen (Red.), *Emergency psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing inc, 1-33.
- Dijk, B.P. van, Roosenschoon, B.J., Kroon, H. & Mulder, C.L. (2004). Modelgetrouwheid van Assertive Community Treatment in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 931-944.
- Hengeveld, M.W., Vleugel L., Gaag, R.J. van der, e.a. (Red.) (2009). *Herziening opleiding en onderwijs psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Mulder, C.L. & Wierdsma, A.I. (2002). Voor wie is de acute dienst? Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 523-533.
- Schneider, S.M., Hamilton, C.G., Moyer, P., e.a. (1998). Definition of emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 5, 348-351.
- Stein, L.I. & Santos, A.B. (1998). *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York: W.W. Norton & Company.
- Tilburg, W. van (2000). Generalisatie versus specialisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 225-229.