Abstracts Jaarsymposium Spoedeisende GGZ 2022

**9:00 – 9:30 Ontwikkelingen Acute GGZ 2022: “We hebben al een GMAP. Wat nu weer?” Jeroen Zoeteman, psychiater/directeur behandelzaken**

In de periode 2020-2024 wordt de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) geïmplementeerd. De GMAP (spreek uit: Gémap) is de multidisciplinaire ketenstandaard die is ontwikkeld na de knelpunten analyse van SiRM uit 2015, waarbij de GGZ crisisdiensten en ketenpartners hun gemeenschappelijke uitgangspunten hebben geformuleerd. Relevant is dat de GMAP gebruikt wordt om in een regio een regioplan Acute Psychiatrie te ontwikkelen, met bijbehorende bekostiging. Waar staan we nu met de implementatie, welke ontwikkelingen verdienen onze aandacht nog, en is de ontwikkeling van de GMAP afdoende?

**09:30 – 10:15 Suïcidepreventie: uitdagingen en aanbevelingen – Derek de Beurs, chief science officer Trimbos Instituut, hoofd epidemiologie, Klinisch Psycholoog.**

Achtergrond: Ondanks verschillende nationale initiatieven en een sterke ggz daalt het aantal suïcides in Nederland en Vlaanderen niet zoals gehoopt.

Doel: Inzicht geven in het huidige suïcidepreventiebeleid in Nederland en Vlaanderen, en in de bewijsvoering rondom de effectiviteit.

Methode: Bespreken van initiatieven voor universele, selectieve en geïndiceerde preventie en de bewijsvoering hiervoor in verschillende reviews en meta-analyses.

Resultaten: Zowel in Nederland als Vlaanderen is er een nationale agenda suïcidepreventie. Het is lastig om het directe effect van de verschillende initiatieven op de landelijke suïcidecijfers aan te tonen, onder andere omdat suïcidaliteit relatief weinig voorkomt en door meerdere factoren beïnvloed wordt.

Conclusie: Er zijn nauwelijks bewezen effectieve strategieën voor suïcidepreventie. Dit wil niet zeggen dat suïcidepreventie geen zin heeft, maar het noopt tot bescheidenheid en het zoeken naar andere vormen van evaluatie met andere uitkomstmaten.

**10:15 – 10:45 Hoe overleef ik mijn doodsgedachtes? – Bodine de Walle, sociaal pedagoog (Winnaar Jan Mokkenstormprijs).**

Bodine de Walle (1951), is sociaal pedagoog en geest achter ‘Hoe overleef ik mijn doodsgedachten?’; een cursus waar mensen die worstelen met doodsgedachten deze een plaats leert geven. De cursus werkt effectief aan de creatie van agentschap over de persoonlijke ervaring, relatie en houding tegenover doodsgedachten. Vanuit haar eigen ervaring als iemand die leeft met een diagnose Bi-polaire stoornis 2, heeft de Walle waardevolle lessen en ervaringen kunnen sublimeren in deze cursus. Als geen ander weet ze wat wel en niet werkt in de zoektocht naar de verlichting van suïcidale klachten die vaak als ‘cadeautje’ verbonden zijn aan het hebben van een depressie. De jury van de Jan Mokkenstorm prijs 2021 sprak met lof over het project en verkoos deze tot winnaar omdat iets dergelijks nog niet bestaat in de praktijk. Het project zet het individu in zijn of haar eigen kracht en werkt op die manier aan een duurzaam effect omdat deze uit de persoon zelf komt. Een project dat meebuigt met de draagkracht van de GGZ en veelbelovend is.

**11:30 – 12:00 Het belang van een klinische behandeling; De plaats van de kliniek binnen de ambulantiserende GGZ– Nicki Vos, psychiater Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.**

Veel gehoorde uitspraken in het kader van de ambulantsiering zijn: ‘Opname is slecht’, ' Een opname moet zoveel mogelijk voorkomen worden.‘ of ' Opname is ook schadelijk.‘ Klinische en ambulante zorg lijken lijnrecht tegenover elkaar te staan. De klinische zorg zit in een verdomhoekje. In deze presentatie wordt antwoord gegeven op de vraag: Geeft opname symptoom reductie? En op zorgorganisatie niveau: Wat kunnen we zeggen als klinische zorg vergeleken wordt met ambulante zorg?

Een alternatief voor een klinische opname is intensieve behandeling thuis (IBT). Een andere vergelijking voor klinische zorg kan gemaakt worden met (F)ACT zorg. In de eerste plaats is de overweging dat een verblijf in de kliniek, ook als daar goede zorg wordt geboden, de kwaliteit van leven, de behandeling en het herstel van cliënten niet ten goede komt. Ambulante hulp biedt in dit opzicht veel meer mogelijkheden om aan te sluiten bij de fysieke, sociale en maatschappelijke omstandigheden van cliënten en hun daaruit voortkomende praktische, psychiatrische en sociaal-maatschappelijke hulpvragen. Daar komt bij dat onderzoek in de loop der jaren heeft laten zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen – ook diegenen die langdurig in een intramurale setting verblijven – zelf doorgaans een sterke voorkeur hebben voor zelfstandig wonen en ambulante hulp te krijgen. De actuele belangstelling voor de mogelijkheden tot ambulantisering komt echter niet alleen voort uit zorginhoudelijke motieven maar ook uit financiële overwegingen. Zorg is complementair en niet alternatief. Uit studies blijkt dat klinische en ambulante zorg geen ‘plus/min model is’. Een hogere capaciteit van ambulante zorg correleert met ook een hogere capaciteit klinische zorg. Nederland scoort met name op ambulante zorg i.v.m. klinische zorg hoger dan andere landen. In de periode tot 2010 is er een verschuiving geweest naar beschermd wonen maar na 2010 is de verschuiving gestabiliseerd.

Conclusies: Klinische behandeling is niet evident goed of slecht. Klinische zorg is niet beter of slechter als alternatieve (ambulante) zorg. Pas op voor bestuurlijke besluiten, ze zijn gebaseerd op visies. Klinische en ambulante zorg zijn complementair en niet alternatief.

**12:00 – 12:15 Zonder ingrijpen hadden we hem een keer dood aangetroffen. Verslaving, wilsbekwaamheid en Wet verplichte GGZ – een casus door Dick van Etten, Verpleegkundig Specialist Jellinek Amersfoort**

Hoe kom je samen op één lijn als een patiënt of cliënt niet zelf kan beslissen? Verpleegkundig specialist Dick van Etten (55), regiebehandelaar verslavingszorg bij Jellinek Amersfoort, gaat veel op huisbezoek bij mensen met verslavingsproblemen en co-morbiditeit. “Op verzoek van de familie gingen we op bezoek bij een man met een alcoholverslaving”, vertelt Dick. “Hij zat vol met blauwe plekken als gevolg van valpartijen. We vermoedden Korsakov en wilden hem opnemen, maar hij zag totaal het probleem niet. De arts oordeelde dat de man wilsonbekwaam was. Met een zorgmachtiging lieten we deze cliënt gedwongen opnemen in een verpleeghuis. Vreselijk, maar zonder ingrijpen hadden we hem een keer dood aangetroffen.” “Wel of niet medicatie slikken, wel of geen detox: wie wilsbekwaam is, ziet vaak prima de consequenties van een beslissing. Wie ben ik om iemand daar vanaf te praten? Cliënten motiveren in hun keuzes is onderdeel van ons werk – maar óók hen respecteren.” “Bij wilsonbekwame cliënten is samen beslissen onmogelijk en overleggen we met de familie, een mentor, partner, vriend of de huisarts. Het lastige is dat iemand vandaag wilsonbekwaam kan zijn en morgen wilsbekwaam, bijvoorbeeld als een behandeling aanslaat. Dat checken we voortdurend. Alleen een arts kan die inschatting maken, dus praten we erover in het multidisciplinair overleg.” “Het gebeurt in mijn vak vaker dat samen beslissen niet lukt, vooral in acute situaties. Zo trof ik een keer een cliënt thuis die net bloed had gespuugd. Hij wilde niet dat ik een ambulance zou bellen. Een enorm dilemma voor mij. Uit angst dat hij zou overlijden, heb ik toch de huisarts gebeld. Dat vertelde ik hem eerlijk: als ik zo’n beslissing neem vind ik dat belangrijk. De huisarts concludeerde dat hij wilsbekwaam was. Daarom ondernamen we geen verdere actie. Zijn dochter wist de man uiteindelijk toch te overtuigen dat er een ambulance moest komen.”

**13.45 - 14.30 Zorg en veiligheidsvraagstukken in de acute psychiatrie (PANEL DISCUSSIE aan de hand van 3 casussen)**

**Aram van Reijsen, psychiater/manager Crisisdienst Anteszorg, Parnassia**

**Petra Smit, Officier van Justitie, Openbaar Ministerie Amsterdam**

**Margot Snijders, politie Amsterdam**

**14.30 - 15.00 Corona opvang in de GGZ, terugblik in Brabant – René Voesenek, adviseur in de Zorg, programma manager GGZ Breburg.**

In deze voordracht wordt de impact van de corona-maatregelen en epidemie op de acute psychiatrie in Brabant. Centrale boodschappen zijn dat gedurende de pandemie een goede samenwerking tussen ziekenhuizen en GGZ is gerealiseerd, en dat onder regie van ROAZ een unieke constructieve samenwerking gecreëerd tussen GGZ, Ziekenhuizen, GGD, ambulance in de organisatie van de acute crisisketen. Hierbij zijn de ziekenhuizen ontlast door het minimaliseren van overloop naar SEH voor beoordelingen psychiatrie. Deze ontwikkelingen zijn onderbouwd met monitor cijfers over beoordelingen op SEH s en crisisdiensten. Door een tekort aan PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen) was er veel spanning onder het verplegend personeel aan het begin van de pandemie. Ook was veel discussie over de prioritering van vaccinatie voor patiënten en personeel. Voor Covid verdachte patiënten zijn aparte COVID-units en stromen gecreëerd. Het aantal bedden, wijze van organisatie en ervaringen qua organisatie worden beschreven. Voor een zogenaamd Code zwart scenario is vervoer opgezet. Politie was bereid om het vervoer van psychiatrische patiënten te doen, wanneer er geen ambulance vervoer meer beschikbaar zou zijn.

Vervolgens zullen inzicht worden geboden in de maatschappelijke effecten van corona op de acute psychiatrie. Op basis van cijfers over aantal beoordelingen en gebruik bedden op COVID-afdelingen blijkt dat er weinig corona-besmette patiënten in acute psychiatrie waren. In het algemeen was er geen toename in het aantal meldingen en beoordelingen acute psychiatrie. Vervolgens is er gekeken naar de impact van het ontbreken van toeristen in de stad gehad op de crisisketen.

CAVE Ramp na de ramp: misschien moet voor de acute psychiatrie de echte ramp nog komen: de economische recessie, psychologische gevolgen van Covid besmettingen en IC behandelingen.

**15.30 - 16.00 Streettriage Twente – Gerard Bresser, Teamchef Zorg&Veiligheid Poliie Oost-Nederland en Harm Gijsman, psychiater/manager zorg Dimence.**

Het idee achter Street-triage is simpel en doeltreffend. Een team van een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en een politieagent reageert als eerste op meldingen van overlast door ‘mensen met verward gedrag’ die bij de politiemeldkamer binnenkomen. Wanneer zij gezamenlijk in de Street-triagewagen arriveren, beoordelen zij ter plekke de problemen: is inzet van psychiatrische zorg nodig of zijn er lichamelijke klachten en moet iemand naar de spoedeisende hulp? Als er sprake is van strafbare feiten wordt iemand overgedragen aan Justitie.

Snelle triage: Een snelle triage voorkomt dat mensen op verkeerde plekken in het systeem terechtkomen of lang moeten wachten op adequate vervolgzorg (bijvoorbeeld een onnodig verblijf op het politiebureau of wachten op een beoordeling door de crisisdienst). De persoon met verward gedrag kan direct in de Street-triagewagen worden meegenomen naar een geschikte vervolgplek. Een snelle triage ontlast andere hulpverleners of bezorgde burgers.

Resultaten: Street-triage is een goede manier om verwarde burgers in crisis tegemoet te treden vanwege de gecombineerde inzet van veiligheid en zorg. Hierdoor worden verwarde burgers sneller en beter geholpen (juiste zorg op de juiste plek). Het is van belang om Street-triage in te zetten in een regio met voldoende meldingen en tegelijk een korte aanrijtijd. De inzet van Street-triage werkt alleen wanneer hiervoor apart medewerkers worden vrijgehouden.

**16.00 - 16.30 Excited Delirium Sy. en arrestatie gerelateerd geweld – Simon Heuts, psychiater i.o. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam/ en Lianne Dijkhuizen, forensisch arts bij GGD IJsselland.**

Achtergrond: Personen met een acute verwardheid kunnen in een medische noodsituatie terecht komen bij aanhouding door politie, met soms een fatale afloop. Dit beeld is bekend komen te staan als het opwindingsdelier. Zowel in de medisch-wetenschappelijke literatuur als in de publieke media is hierover ophef ontstaan.

Doel: Overzicht bieden betreffende de pathofysiologische, epidemiologische en klinische aspecten van het opwindingsdelier, van de controverse en mogelijkheden tot preventie van fatale uitkomst. Methode: Een literatuuronderzoek in de PubMed database.

Resultaten: Vijfentwintig studies werden geïncludeerd, waarvan één systematische review en één research synthese. Het opwindingsdelier komt met name voor bij jonge, lichamelijk gezonde mannen die onder invloed zijn van drugs en/of een psychiatrische stoornis. Er bestaan twee pathofysiologische theorieën; de centrale dopaminerge en de catecholaminerge hypothese. Op zowel medisch-wetenschappelijk als maatschappelijk vlak is er controverse over het bestaan van het ziektebeeld en over de doodsoorzaak. Er zijn sterke aanwijzingen dat de mortaliteit verminderd kan worden door tijdige herkenning, de-escalatie en medische behandeling.

Conclusie: Het opwindingsdelier is een ernstige complicatie van een drugsintoxicatie of een psychiatrische stoornis, die kan optreden bij fysieke aanhouding. Verbeterde samenwerking tussen GGZ en politie zou fatale aflopen kunnen voorkomen.

**16.30 - 17.00 Samenvatting en afsluiting - Jeroen Zoeteman**