

Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam

De organisatie van een psychiatrische eerstehulp post

In Amsterdam hoeven verwarde ordeverstoorders niet meer opgesloten te worden in een politiecel. Op de Eerste Hulp voor psychiatrische patiënten worden ze opgevangen, onderzocht en doorverwezen naar de beste zorg.

De eerste hulp aan psychiatrische patiënten in Amsterdam haalde de afgelopen jaren geregeld de media, en helaas niet altijd in positieve zin. Zo bleek dat verwarde mensen vaak langdurig in een politiecel moesten wachten op een psychiatrische beoordeling en opname. Hierdoor werd de politie opgehadeld met de zorg voor psychiatrische patiënten. Om dit probleem op te lossen sprak men het volgende af: 'Mensen in crisis moeten niet in politiecellen verblijven, tenzij dat justitieel noodzakelijk is. Behandeling van de crisis gebeurt niet op het politiebureau maar zoveel mogelijk waar mensen wonen of verblijven, of bij de crisisdiensten zelf.' (Amstelzorgakkoord, 2000). Een jaar later stelde burgermeester Cohen echter vast dat verwarde mensen nog steeds veel te lang in politiecellen zaten. Voor de politie was toen de grens bereikt. Onder grote belangstelling van de media werd een speciale *screeningsruimte* geopend voor patiënten in crisis. Na drie (!) dagen werd deze alweer gesloten omdat hij niet functioneerde – en dat kwam vooral omdat de partijen zich niet aan de afspraken hielden.

Na dit drama mengden de gemeente Amsterdam en het zorgkantoor zich in deze kwestie. Onder leiding van de gemeentesecretaris werd een nieuw plan ontwikkeld om de afspraken tussen politie, GGD en GGZ te borgen. Er kwam een duidelijke taakverdeling: de politie signaleert, beveiligd en

BERNARDT, VAN OENEN, DEKKER & MULDER

transporteert; de afdeling Vangnet & Advies van de GGD doet de eerste *screening* in de openbare ruimte (OGGZ), de huisarts of de Eerste Hulp doet de *screening* binnen de gezondheidszorg (AGGZ), de regionale crisisdiensten interveniëren, en de GGZ behandelt (Steketee & Vernimmen, 2003). Tegelijkertijd besloten de drie Amsterdamse GGZ-instellingen een gezamenlijke crisisopvang in te richten onder de naam Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. In november 2003 werd de psychiatrische Eerste Hulp-post een feit.

De dagelijkse leiding van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam berust bij Mentrum, met een mandaat van GGZ Buitenamstel en AMC De Meren. De tweehoofdige leiding heeft buiten kantooruren volmacht om direct te handelen, bijvoorbeeld door opnameplekken zeker te stellen binnen de drie GGZ-instellingen. Een procesmanager van de politie, een procesmanager van de GGD, de afdeling Vangnet & Advies en de eerdergenoemde leiding zijn 7x24 uur bereikbaar voor overleg over problemen in de keten of voor het fiatteren van uitzonderingen op de regels.

De ruim zeventig hulpverleners van de Spoedeisende Psychiatrie komen uit de Acuuut Behandelteams (voorheen de regionale crisisdiensten) van de drie GGZ-instellingen. Zij hebben jarenlange ervaring en vaak ook een speciale affiniteit met de bijzondere en uitdagende doelgroep. Zeven dagen in de week, 24 uur per dag komen bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam OGGZ-meldingen binnen. Overdag worden deze OGGZ-consulten gedaan door medewerkers van het Acuuut Behandelteam (ABT) van Mentrum. Buiten kantooruren nemen alledrie de instellingen deel aan de triage. Daarnaast handelt de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam buiten kantooruren ook AGGZ-meldingen af. Tijdens kantooruren zijn de ABT's in hun eigen regio hiervoor verantwoordelijk. Crisisinterventie bij kinderen wordt verricht door het mobiel crisisteam (MCT), dat verbonden is aan de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is gehuisvest in de Onderzoeksruijnte, een speciaal aangebouwde vleugel van de psychiatrische kliniek Centrum/Oud West van Mentrum, waar ook het Acuuut Behandelteam is gevestigd. De onderzoeksruijnte bevat een meldkamer, twee spreekkamers en vier beveiligde kamers. In de meldkamer is dag en nacht een B-verpleegkundige aanwezig. De spreekkamers worden ook gebruikt voor het opvangen van familie en andere betrokkenen. De beveiligde kamers zijn voorzien van observatiecamera's, een bel om de portier of verpleegkundige op te roepen, een matras, een poef en een klok. Ze zijn geschilderd in rustgevende kleuren. Patiënten kunnen muziek beluisteren, schrijven of tekenen. Er zijn eigen portiers die verantwoordelijk zijn voor de veiligheid. Zonodig is er direct politieondersteuning, want het gebouw grenst aan een politiebureau. Verder zijn er altijd een psychiater, een arts en een spv aanwezig.

SPOEDEISENDE PSYCHIATRIE IN AMSTERDAM

Iedere ochtend bespreken de hulpverleners die de voorgaande avond of nacht hebben gewerkt, per 'video-conferentie' alle ontvangen meldingen, de gepleegde interventies en het gekozen beleid. Naast de dienstdoende manager en een 'onafhankelijke' psychiater zijn dat de ABT-medewerkers, hulpverleners van de Tijdelijke Overbruggingsafdeling, een opname-unit voor tijdelijke opvang in het geval dat acute opname in een psychiatrisch ziekenhuis niet onmiddellijk gerealiseerd kan worden, en hulpverleners van het beddenhuis van GGZ Buitenamstel, een unit voor vrijwillige opnames. Als de crisisinterventie voor een patiënt moet worden voortgezet, plant men een afspraak bij het ABT dat het dichtst in de buurt zit van de patiënt en diens 'systeem'.

829

De crisiszorgketen

- De politie is gebeld door de Sociale Dienst, en treft daar een
- schreeuwende en schoppende man aan, die verward overkomt. Zodra
- de agenten de situatie onder controle hebben, bellen ze Vangnet &
- Advies, waarvan een medewerker na twintig minuten ter plaatse is.
- Aan de SPV van Vangnet & Advies vertelt de man dat hij achtervolgd
- wordt door de IRA, die zijn uitkering heeft afgenomen om de oorlog in
- Irak te bekostigen. De SPV vindt het noodzakelijk dat de man ter
- beoordeling naar de Onderzoeksruijme gaat en geeft aan de politie een
- 'vervoersindicatie' af. De politie brengt hem naar de Onderzoeksruijme.
- ruimte.

Het signaleren, transporteren en beveiligen van de patiënt is primair de taak van de politie. In de keten van de crisisafhandeling kan de politie volstaan met het bellen van één telefoonnummer. Vangnet & Advies is dan binnen een half uur ter plaatse. De patiënt hoeft niet eerst naar een politiecel, maar kan, op indicatie van Vangnet & Advies, direct naar de Onderzoeksruijme worden gebracht. Daar wordt hij of zij (na door de politie te zijn gefouilleerd) geplaatst in een van de vier beveiligde kamers, en overgedragen aan de GGZ. De patiënt verblijft nu in een GGZ instelling, die verder verantwoordelijk is voor de gang van zaken.

Dit is een belangrijk verschil met de vroegere situatie (Mulder & Dekker, 2006). De winst voor de patiënt is dat hij snel en adequaat geholpen wordt. De winst voor de politie is drieërlei. Ten eerste hoeven agenten niet meer 'aan te modderen' met verwarde burgers. Ten tweede hoeven ze niet meer te wachten tot er een hulpverlener van een crisisdienst komt en een eventuele opname geregeld is – dat levert de politie per incident ruim zeven

BERNARDT, VAN OENEN, DEKKER & MULDER

uur tijds winst op. Ten derde wordt de politie niet langer opgezadeld met het vraagstuk wat ze verder aanmoet met een zich wonderlijk gedragende burger; de afhandeling is nu immers in handen van de GGZ.

Twijfelt een portier van de Onderzoeksruijnte of hij de veiligheid van de patiënt en de medewerkers kan garanderen, dan roept hij de hulp in van een collega van het psychiatrische ziekenhuis. Desnoods kan hij de politie om (onmiddellijke) assistentie vragen. In de eerste periode na de start van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam gebeurde dit in 22% van de gevallen. Dit is gedaald tot 8% in 2006, mede dankzij de ervaring die de portiers inmiddels hebben opgebouwd. Als alle beveiligde kamers bezet zijn, kunnen mensen worden overgebracht naar daartoe aangewezen politiebureaus die beschikken over speciale cellen. Tot nu toe is dit slechts tien keer voorgekomen.

Screening en verwijzers

Screening is de taak van Vangnet & Advies. Van de mensen die worden gezien door de medewerkers van Vangnet & Advies samen met de politie, komt ongeveer 30% terecht bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam. De overige 70% wordt verwezen naar de verslavingszorg of de maatschappelijke opvang, of gaat terug naar huis. Voor de medewerkers van Vangnet & Advies is het zaak om er voortdurend op te letten dat 'patiënten' die door de politie zijn opgepakt, niet eerst strafrechtelijk worden vervolgd. Is dit toch het geval (bijvoorbeeld als een verwarde patiënt zijn huis in brand heeft gestoken) dan komt de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam naar het politiebureau. Dit gebeurt in 4% van het totaal aantal contacten per jaar. De *screening* door Vangnet & Advies is zeer adequaat: de mensen die naar de Onderzoeksruijnte worden vervoerd, blijken nagenoeg allemaal te lijden aan een psychiatrische stoornis. Behalve Vangnet & Advies kunnen ook huisartsen, EHBO's en andere erkende verwijzers de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam buiten kantooruren inschakelen.

Bijna de helft van de consulten van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam wordt in de Onderzoeksruijnte uitgevoerd. Dit betreft de verwijzingen via V&A (OGGZ). Ongeveer een kwart gebeurt bij de patiënt thuis (AGGZ); dit betreft verwijzingen van de huisartsen.

SPOEDEISENDE PSYCHIATRIE IN AMSTERDAM

Tabel	Locatie van het consult (2005)	
Onderzoeksruiimte	1253	44%
Politiebureau	114	4%
Subtotaal doorverwezen door politie, GGD (GGZ)	1367	48%
Huisbezoek	683	24%
GGZ-instellingen	256	9%
EHBO	143	5%
Elders	398	14%
Subtotaal doorverwezen door huisartsen en andere erkende verwijzers (AGGZ)	1480	52%
Totaal	2847	100%

831

Interventie

De kerntaak van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is het verzorgen van acute psychiatrische beoordelingen . Hieronder vallen activiteiten en verrichtingen op acuut psychiatrisch, sociaal-psychologisch en relationeel terrein. Het betreft een overbrugging van de periode (maximaal 24 uur) totdat contact mogelijk is met een (toekomstig) reguliere behandelaar. De interventies beperken zich doorgaans tot één contact.

- In de Onderzoeksruiimte van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
- zit een 52-jarige Engelsman; zijn vrouw staat huilend bij de
- verpleging. De vrouw vertelt dat ze vanwege hun 25-jarig huwelijk een
- bezoek aan Amsterdam brengen en dat ze in een coffeeshop besloten
- eens een hasjcake te nemen; zij een klein hapje, hij de rest, ‘Want het
- werkte helemaal niet.’ Een paar uur later was hij niet meer te volgen,
- klampte mensen aan, regelde het verkeer, liep over auto’s en
- verkondigde bizarre ideeën – totdat de politie ingreep. In de
- Onderzoeksruiimte toont de man zich angstig en achterdochtig. De spv
- gaat bij hem zitten. De man geeft aanvankelijk nauwelijks antwoord
- op vragen en loopt opgewonden door de ruimte. De spv neemt
- uitgebreid de tijd. De man kalmeert langzamerhand en is na veel
- overreding uiteindelijk bereid een slaappil te nemen. Vervolgens laat
- hij zich zonder verder verzet met de ambulance naar de Tijdelijke
- Overbruggingsafdeling vervoeren, waar hij zijn 25-jarige
- huwelijksnacht viert. Zijn vrouw wordt uitgebreid voorgelicht over de
- behandeling van een drugspsychose en er wordt een hotel voor haar
- geregeld. Na twee dagen vertrekt het echtpaar terug naar Wales;
- geschrokken, maar dankbaar voor de goede zorgen.

BERNARDT, VAN OENEN, DEKKER & MULDER

Tussen 14.00 uur en 22.00 uur is het grootste aantal hulpverleners paraat (in totaal tien) omdat de ervaring leert dat in die tijd de meeste consulten aangevraagd worden. Tot 22.00 uur is altijd een psychiater aanwezig.

- Een verwarde man, Harry S., wordt door de politie afgeleverd bij de
- Onderzoekruimte, waar hij wordt ontvangen door de portier en de B-verpleegkundige. Harry is naakt zijn huis uitgelopen. Zijn buurvrouw
- merkte dat op en belde 112. De medewerker van Vangnet & Advies die
- er door de politie bijgehaald was, vond dat hij een angstige en verwarde
- indruk maakte. De portier en B-verpleegkundige begeleiden Harry
- naar een van de vier beveiligde kamers. Ze stellen hem op zijn gemak,
- geven hem koffie of thee en iets te eten en komen regelmatig langs om
- te vertellen hoe lang het nog zal duren voordat er een arts beschikbaar
- is. De dienstdoende arts en SPV gaan dan met Harry in gesprek. Ze
- proberen contact met hem te krijgen, maar dat gaat heel moeizaam. Hij
- is angstig en afwijzend en wil geen informatie geven. Na enige tijd
- aandringen geeft hij echter het telefoonnummer van zijn ouders.

Het eerste behandelcontact heeft veel invloed op het beloop op lange termijn. Daarom is het in een crisissituatie van des te meer belang om een goed contact tot stand te brengen. Dit is vaak niet eenvoudig, zeker wanneer mensen tegen hun wil zijn binnengebracht en vanuit hun psychose achterdochtig of agressief zijn. Daarom besteden de hulpverleners veel tijd aan het winnen van vertrouwen. Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam gaat er bovendien van uit dat behalve de patiënten zelf, ook familieleden en betrokkenen recht hebben op steun. Ook als een patiënt de hulpverleners geen toestemming geeft om contact op te nemen met familieleden of betrokkenen, kunnen ze dat in noodsituaties toch doen (Van Oenen & Bernardt, 2006).

Behandelen

Tijdens het eerste gesprek met de cliënt verzamelen de hulpverleners zo veel mogelijk informatie om een (soms voorlopige) diagnose te stellen en snel de juiste zorg te kunnen bieden. Deze zorg kan variëren van een korte ambulante behandeling bij een Acuuut Behandelteam (BT), een vrijwillige opname, een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, of terugverwijzing naar de regulier behandelaar of verwijzer.

In totaal onderzoekt de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam een kleine drieduizend volwassen cliënten per jaar. Zoals gezegd bestaat de bemoeienis in verreweg het grootste deel van de gevallen uit een eenmalig

SPOEDEISENDE PSYCHIATRIE IN AMSTERDAM

contact. Slechts 7% van de cliënten wordt vaker dan eenmaal, en 1% wordt vaker dan tien keer gezien. Naast de volwassen cliënten ziet het mobiel crisisteam jaarlijks ongeveer zeshonderd cliënten onder de 23 jaar. Bij eenderde van de patiënten wordt een psychotische stoornis vastgesteld. Bij 12% is sprake van een depressieve stoornis, eveneens in 12% van de gevallen wordt alcohol- of drugsmisbruik vastgesteld, bij 13% is in de eerste plaats sprake van relatieproblemen, misbruik of mishandeling.

833

Vervolgbehandeling

De Acut Behandelteams begeleiden en behandelen de cliënten die door de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam worden overgedragen voor voortgezette crisisbehandeling en de cliënten die door huisartsen en andere verwijzers binnen kantooruren worden verwezen voor acute crisisopvang. Een kerntaak van deze teams is dus, naast de acute beoordeling, de verlengde crisis-interventie. Dit houdt in dat ze een korte intensieve behandeling aanbieden om opname te voorkomen of de klachten zover te doen verminderen dat de patiënt kan worden terugverwezen naar de huisarts. Bij iedere crisisbehandeling is het de bedoeling om uiteindelijk het probleemoplossend vermogen van patiënt en diens omgeving te vergroten, zodat na de crisis een hoger niveau van functioneren kan worden bereikt of ten minste het oude niveau van functioneren kan worden hersteld (Van Oenen & Bernardt, 2006).

Unieke constructie

De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam is een noviteit in Nederland: de bejegening van verwarde ordeverstoorders gebeurt niet meer onder verantwoordelijkheid van de politie maar van de GGZ. In de Onderzoeksruijnte is het traditionele onderscheid tussen OGGZ en AGGZ opgeheven. Een psychiatrische patiënt die met de politie in aanraking komt, wordt niet meer in een politiecel opgesloten, maar overgebracht naar GGZ-voorziening waar hij of zij wordt opgevangen en psychiatrisch onderzocht. Wie zich in het openbaar verward gedraagt, wordt dus niet meer in de eerste plaats behandeld als crimineel of ordeverstoorder, maar als iemand die mogelijk psychiatrische zorg behoeft. Deze unieke voorziening levert voor alle betrokken partijen een aantal belangrijke voordelen op: de psychiatrische patiënt wordt niet meer als een crimineel opgebracht, de politie hoeft geen werk te verrichten waar ze niet voor opgeleid is en bespaart veel 'oppastijd' en energie, en de hulpverlening kan haar werk onder optimale omstandigheden verrichten en bespaart veel reistijd. Het fundament van deze constructie rust op vier pijlers.

BERNARDT, VAN OENEN, DEKKER & MULDER

Samenwerking tussen politie, GGD en GGZ

Politie en GGZ hebben door de verschillende aard van hun werkterrein verschillende doelstellingen, werkwijzen en prioriteiten. De politie waarborgt orde en veiligheid voor het collectief, de GGZ biedt zorg voor het welzijn van het individu. Als beide partijen zich verschansen op hun eigen domein, vallen verwarde ordeverstoorders al snel tussen wal en schip: er zijn altijd argumenten aan te voeren waarom de *andere* partij verantwoordelijk is. Het streven om psychiatrische patiënten buiten de politiecel te houden, kan daarom alleen worden gerealiseerd als zowel de politie als de GGZ bereid is om soepel om te gaan met dit dilemma en bereid is tot toenadering tot de andere partij. Dat betekent dat de politie zich bereid verklaart om verwarde patiënten aan te houden, zorgzaam vast te houden en te vervoeren, en de GGZ zich bereid verklaart om ordeverstoorders te ontvangen en te onderzoeken, en haar eigen beveiliging optimaal te organiseren.

De GGD is hierin de flexibele intermediair die steeds een snelle, praktische en belangeloze schifting en overdracht kan bewerkstelligen doordat ze zich niet hoeft bezig te houden met de inhoudelijke orde- of zorgproblematiek.

Samenwerking tussen GGD-instellingen

De regio Amsterdam is van oudsher het verzorgingsgebied van drie verschillende GGZ-instellingen. Vooral nu steeds meer het accent gelegd wordt op marktwerking en concurrentie, is het geen sinecure om drie instellingen (elk met eigen werkwijzen en voorzieningen) onder één regie te brengen, zowel organisatorisch, inhoudelijk als financieel. De samenwerking wordt inhoudelijk ondersteund door intensief werkoverleg in de vorm van het bovengenoemde dagelijkse gezamenlijke video-overleg, ochtendrapport en door gezamenlijke deskundigheidsbevordering. Veel organisatorische problemen kunnen vroegtijdig worden opgelost door de procesmanagers, die een uitgebreid mandaat hebben en die 24 uur per dag bereikbaar zijn. Verder zijn met alle betrokken partijen duidelijke financiële afspraken gemaakt over te leveren menskracht, productie en faciliteiten, waarbij (mede door de druk van de politiek en het zorgkantoor) alle partijen zich bereid verklaren niet op alle slakken zout te leggen.

Op één lijn met Justitie

Op voorhand is veel te doen geweest over het karakter van de Onderzoeksruimte: moest het een dependance van de politie worden (waar de afgeleverde burger in feite in verzekerde bewaring werd gesteld) of een dependance van de GGZ (waar de betreffende zorgwekker op vrijwillige basis te gast was bij de hulpverleners)? Die kwestie spitste zich toe op de vraag hoe je moet omgaan met een passant die zichzelf bij de politie meldt met een vraag om hulp en dan

SPOEDEISENDE PSYCHIATRIE IN AMSTERDAM

(omdat de agenten en de GGD-medewerkers vinden dat hij of zij een verwarde indruk maakt) wordt vervoerd naar de Onderzoekruimte: op wiens gezag kan deze persoon tegen zijn zin worden vastgehouden in een afgesloten onderzoekskamer?

Geraadpleegde juristen (Legemaate, 2001) concludeerden na bestudering van een aantal (Europese) wetten dat een constructie waarbij de regie bij de GGZ ligt, niet onrechtmatig is. Dat neemt echter niet weg dat deze constructie hulpverleners opzadelt met een soms lastige combinatie van taken: ze zijn immers zowel cipier als zorgverlener. Met deze gecompliceerde verhouding wordt op creatieve wijze omgegaan door een zo duidelijk mogelijk verschil aan te brengen tussen het beveiligingspersoneel en de hulpverleners. Daarnaast worden cliënten in de Onderzoekruimte (binnen de mogelijkheden van hun vaak onvrijwillige verblijf) zo gastvrij en servicegericht mogelijk ontvangen – mede om te benadrukken dat het om een hulpverleningsfaciliteit gaat.

835

Naadloze aansluiting OGGZ en AGGZ

De behandelinhoudelijke meerwaarde van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam ligt in de naadloze aansluiting van interventie en behandeling. Doordat in de 7x24 uren dienst medewerkers van alle drie de ABT's participeren, is het makkelijk om de acute interventie te laten overgaan in een voortgezette crisisbehandeling. Hierdoor wordt *drop-out* en verdere escalatie voorkomen. Doordat de medewerkers allen ervaren en goed getraind zijn in crisisinterventie, kunnen ze optimaal anticiperen op complexe crisissituaties. Zorgvuldig onderhoud van deze vier pijlers is noodzakelijk voor een instelling die zich ten doel stelt 'openbare crisisinterventie' te leveren. Daarom worden voortdurend meerdere aspecten van de samenwerking geëvalueerd en wordt regelmatig deskundigheidsbevordering voor de hulpverleners georganiseerd. Dankzij de blijvende inspanning van alle partijen, is het overgangsgebied tussen zorg en ordehandhaving geen niemandsland meer.

**Noten**

- * De Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam heeft ook een website: www.spoedeisende-psychiatrieamsterdam.nl.

- ** Met dank aan R. Zegerius, hoofd Vangnet & Advies, GGD en J. van Veen, regionaal pro-

jectcoördinator Politie Amsterdam-Amstelland.

Literatuur

- Legemaate, J. (2001). *Rapportage voor Dienst Welzijn Amsterdam*. Amsterdam: Dienst

BERNARDT, VAN OENEN, DEKKER & MULDER

Welzijn.

Mulder, W.G., & J.J.M. Dekker (2006). De kwaliteit van de zorg.kwaliteiten. In: R.A. Achilles, R.J. Beerthuis & W.M. van Ewijk (red.), *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*. Amsterdam: Benecke, 565-574.

Oenen, F.J. van, & C. Bernardt (2006). Veranderingsgerichte crisisinterventie: visie, methode en technieken. In: R.A. Achilles, R.J. Beerthuis & W.M. van Ewijk (red.), *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*. Amsterdam: Benecke, 79-126.

Steketee, E.F., & R. Vernimmen (2003). Rapport: Ontwerp procesmodel. Project: 'Verbeteren stedelijke crisisketen' (intern rapport).

Summary

C.M.L. Bernardt, F.J. van Oenen, J.J.M. Dekker & W.G. Mulder

► 'Emergency psychiatry in Amsterdam. How a psychiatric first aid station is organized'

After an unsuccessful effort in 2001 to streamline the facilities for confused people in Amsterdam, in 2003 an approach that was new to the Netherlands was introduced with the help of the municipality and the care office: A psychiatric first aid station. The care of confused people who disturb the peace no longer falls under the responsibility of the police, it is now a task for mental health care workers. Close cooperation between the police, the Area Health Authority and mental health care workers with the clear agreements it entails, serves as the basis for a system in which care-givers can focus completely on providing care.

Personalia

Drs C.M.L. Bernardt (1950) is GZ-psycholoog en manager Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam

en Acuut Behandelteam Mentrum GGZ Amsterdam. Tevens is hij supervisor bij de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie.

Adres: Clemens.Bernardt@Mentrum.nl

Drs F.J. van Oenen (1957) is arts en systeem-therapeut bij het Acuut Behandelteam Mentrum GGZ Amsterdam. Tevens is hij supervisor bij de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie.

Prof.dr J.J.M. Dekker (1955) is psycholoog en hoofd Onderzoek Mentrum en bijzonder hoogleraar aan de afdeling Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit, Amsterdam

Drs W.G. Mulder (1954) is psychiater en geneesheer directeur van Mentrum GGZ Amsterdam en manager Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam.