

Urgentiepsychiatrie in België; een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg

R. BRUFFAERTS, K. DEMYTTENAERE, S.J. CLAES

SAMENVATTING De urgentiepsychiatrie is in België een vakgebied dat vooral tot ontwikkeling is gekomen na 2 federale projecten (resp. in 1993 en 2001). Thans zijn er 10 gesubsidieerde psychiatrische spoedafdelingen in België, met ongeveer 13.000 patiënten per jaar. De meeste patiënten hebben stoornissen die verband houden met middelengebruik (39%) en stemmingsstoornissen (17%). Meer dan 40% wordt verwezen naar een psychiatrische kliniek. Patiënten die zich steeds opnieuw aanmelden ('draaideurpatiënten') maken een belangrijke proportie uit van de populatie, maar er zijn ook nieuwe patiënten. Onderzoek suggereert dat het bieden van een continue zorg dit draaideurfenomeen kan reduceren. Er bestaat echter momenteel geen uniform beleid voor het behandelen van psychiatrische spoedgevallen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 35-39]

TREFWOORDEN België, epidemiologie, spoedeisende psychiatrische hulp, urgentiepsychiatrie

De Amerikaanse, maar ook de Europese geestelijke gezondheidszorg is sinds twee decennia structureel erg veranderd. Er bestaat een ver doorgevoerde tendens tot het de-institutionaliseren van de zorg. Hierdoor worden patiënten minder lang opgenomen en zij zijn dus vaker en sneller georiënteerd op het hervatten van het 'gewone leven' in de maatschappij. Een opvallend gevolg van deze verschuiving is het verhoogde aantal patiënten dat zich op algemene spoedgevallendiensten aanmeldt met emotionele en/of psychiatrische symptomen.

Deze systematische stijging trok de aandacht van zowel hulpverleners als beleidsmakers, begaan met respectievelijk het grote verloop van psychiatrische patiënten op spoedgevallendiensten en de grote financiële kosten die hiermee gepaard gaan. In dit kader ontstonden geleidelijk psychiatrische urgentiediensten, die aanvankelijk alleen het snel doorverwijzen van patiënten (triage) als doel had-

den (Gerson & Bassuk 1980).

Gezien de stijgende incidentie van psychiatrische spoedgevallen, het grote aantal 'draaideurpatiënten' en het algemeen maatschappelijk belang van het uitbouwen van een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg (Murray & Lopez 1996), is het anno 2008 een uitdaging de urgentiepsychiatrie te toetsen aan een zich ontwikkelende maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg.

DE ONTWIKKELING VAN DE URGENTIEPSYCHIATRIE IN BELGIË

De urgentiepsychiatrie in België is een jonge discipline. Vóór de jaren negentig was er nauwelijks sprake van het systematisch implementeren van psychiatrische expertise op algemene spoedgevallendiensten. Een eerste pilotproject rond urgentiepsychiatrie werd in 1993 geïnitieerd door de Belgische federale overheid. Deze voorzag in een

financiering voor de uitbouw van de urgentiepsychiatrie in 4 spoedgevallendiensten verspreid over België. De doelstellingen centreerden zich vooral rond het 'snel managen' van (volwassen) patiënten die zich met een psychiatrische problematiek aanmeldden op de spoedgevallendienst. Een tweede golf pilotprojecten vond plaats in 2002. Hierbij werd, voor patiënten met gecombineerd gebruik van middelen en psychiatrische crisis, de nadruk gelegd op een kortdurende behandeling in combinatie met *casemanagement*. Deze tweede golf voorzorg in de financiering van 9 centra gespreid over België. De subsidies waren voldoende voor de uitbouw van een programma van 5 ligdagen voor 4 bedden, met een grote nadruk op continuïteit van zorg (onder meer door *casemanagement*).

Anno 2008 zijn er in België nog 8 (één centrum stapte uit het project) door de overheid gesubsidieerde spoedafdelingen waar personen in psychiatrische crises (al dan niet met comorbide middelengebruik) terecht kunnen. Deze spoedafdelingen zijn alle gelegen in stedelijke gebieden en geografisch goed gespreid over België: Antwerpen, Brussel, Gent, Genk, Leuven, Brugge, Luik en Namen.

DE URGENTIEPSYCHIATRISCHE PRAXIS

In de meeste gesubsidieerde afdelingen urgentiepsychiatrie worden patiënten opgenomen in een programma dat voorziet in het evalueren van de somatische en psychiatrische toestand van de patiënt, het evalueren en behandelen van de crisis en het bieden van adequate nazorg (De Clercq & Dubois 2001). Hoewel mobiele psychiatrische teams vaak de voorkeur zouden genieten in de behandeling van psychiatrische urgenties, zijn deze niet voorzien in de uitvoering van de pilotprojecten. Bij de federale pilotprojecten rond urgentiepsychiatrie is er elke dag van de week een 24-uursbeschikbaarheid van een arts in opleiding tot psychiater. Daarnaast hebben alle diensten die worden gesubsidieerd door de pilotprojecten minstens één psychiater-supervisor, een aantal klinisch psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen en één arts in opleiding tot psychiater.

Aangezien alle projecten samenwerken met de algemene spoedgevallendienst kan er steeds een beroep worden gedaan op een urgentiearts indien nodig.

EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologisch onderzoek op het vlak van de urgentiepsychiatrie in België is relatief schaars. Gegevens zijn enkel beschikbaar voor België en vijf Belgische ziekenhuisregio's (Brussel, Gent, Leuven, Antwerpen en Charleroi), gespreid over 22 jaar (Bruffaerts e.a. 2008; Spoooren e.a. 1996).

Het vóórkomen van psychiatrische spoedgevallen in België Op populatieniveau wordt het aantal patiënten dat in België een spoedgevallendienst consulteert met een psychiatrisch probleem geraamd op 13.000 personen per jaar, met een gemiddelde frequentie van 2,6 aanmeldingen per persoon (Bruffaerts e.a. 2008). Dit betekent op jaarbasis om en nabij de 34.000 psychiatrische patiëntencontacten op de spoedgevallendienst. Wellicht is dit een onderschatting; in onderzoek vanuit de spoedgevallendiensten zelf komt men op 1600-3300 patiënten per locatie per jaar (Bruffaerts e.a. 2004; Spoooren e.a. 1996).

De meeste patiënten zijn 30-39 jaar oud (ongeveer 28%), gevolgd door patiënten met een leeftijd van 20-29 jaar (ongeveer 27%). Ongeveer de helft is mannelijk; de meerderheid (ongeveer 59%) is samenwonend en niet werkend op het moment van de verwijzing (71%).

Aanmeldingsproblemen en mentale stoornissen Het gebruik van middelen is de belangrijkste primaire aanmeldingsklacht (ongeveer 30%), gevolgd door depressieve symptomen (18%), suïcidepoging (9%) of angstige of psychotische symptomen (beide 5%) (Bruffaerts e.a. 2008; Spoooren e.a. 1996). De meest voorkomende geclusterde DSM-III-, DSM-III-R- en DSM-IV-diagnoses zijn de aan middelen gebonden stoornissen (gemiddeld 39%; uitersten: 22-50). Ook stemmingsstoornissen (gemiddeld 17%; uitersten: 9-20), psy-

chotische stoornissen (gemiddeld 11%; uitersten: 3-15), aanpassingsstoornissen (gemiddeld 10%; uitersten: 7-17) zijn vaak voorkomende stoornissen op de spoedgevallendienst.

Verwijzers, psychiatrische voorgeschiedenis en het draaideurfenomeen De meeste patiënten kwamen op eigen initiatief (33-54%), gevolgd door patiënten die verwezen waren door een professionele hulpverlener (21-51%) of die kwamen op aandringen van familieleden of vrienden (15-25%). Verwijzingen door de politie waren relatief schaars (ongeveer 10%).

Tussen 46 en 63% had een psychiatrische opname in het verleden en ongeveer één op drie (28-32%) had reeds eerder een beroep gedaan op de spoedgevallenafdeling. Voor een derde was de spoedgevallenafdeling een eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg. Personen met een DSM-diagnose van psychotische of een aan middelen gebonden stoornis rapporteerden vaker het meermaals gebruiken van de spoedgevallenafdeling. Van de patiënten met een geschiedenis van minstens één voorgaande spoedaanmelding of psychiatrische opname consulteerde 44-53% de spoedgevallenafdeling binnen de 8 weken na ontslag uit de vorige setting. Dit draaideurfenomeen werd enkel voorspeld door niet-klinische variabelen: werkloosheid en een kortdurende vorige opname (voor het cohort met een vorige opname), ontslag tegen advies of het niet accepteren van nazorg indien deze werd voorgesteld (Bruffaerts e.a. 2004).

Wat gebeurt er met patiënten na hun aanmelding op de spoedgevallenafdeling? Ongeveer de helft van de patiënten werd opgenomen in een psychiatrische setting na hun aanmelding op de spoedgevallenafdeling (44-53%). Patiënten met psychose of suicidale problemen of met agressieproblematiek werden het vaakst opgenomen. Dat was ook het geval voor patiënten met een DSM-IV-diagnose stemmingsstoornis of een psychotische stoornis (Bruffaerts e.a. 2004). Opvallend was dat patiënten jonger dan 20 jaar tot 25% minder

kans hadden om te worden opgenomen. Ook de psychiatrische voorgeschiedenis had een belangrijke impact op de kans te worden opgenomen.

Van de patiënten die naar ambulante zorg werden verwezen, is de therapietrouw met de voorgestelde nazorg gering. In een multicenterstudie vond men dat 41-69% van de patiënten inging op hun eerste nazorgafspraken, maar dat slechts 22-37% deze nazorg ook daadwerkelijk voortzette (Spooren e.a. 1998). Het aanbieden van een continue zorg verhoogde de therapietrouw bij de nazorgafspraken.

Evoluties in epidemiologie en in het vakgebied De urgentiepsychiatrie is een vakdomein in volle evolutie. Dit heeft vooral te maken met de stijgende incidentie van aanmeldingen: in België 58% over een periode van 4 jaar. Een verschuiving is bovendien ook te merken in de klinische patiëntprofielen. Zo werd in de Leuvense urgentiepsychiatrie tussen 2002 (met 2149 aanmeldingen) en 2006 (met 2372 aanmeldingen) een significante stijging vastgesteld van het aantal primaire DSM-IV-diagnoses stemmingsstoornissen (van 20% in 2002 naar 27% in 2006) en middelengebonden stoornissen (van 20 naar 29%) (Bruffaerts e.a. 2008). Binnen de toegenomen middelengebonden stoornissen is vooral het gebruik van opiaten erg gestegen (van 0 naar 10%) alsook het polygebruik van middelen (van 31 naar 51%).

Een belangrijke verschuiving deed zich ook voor bij de verwijzers. In Leuven zag men het aantal verwijzingen van de huisarts significant dalen tussen 2002 en 2006 (van 36 naar 22%) in vergelijking met andere verwijzers. Dit impliceert onder andere dat er meer verwijzingen zijn van de urgentieartsen (een indicatie voor een vaker voorkomende comorbiditeit met somatische ziektebeelden), professionele hulpverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg (zoals psychologen en psychiaters) en 'verwijzingen' vanuit het thuismilieu van de patiënt.

Een andere ontwikkeling betreft de oprichting van de Vlaamse Vereniging voor Urgentiepsychiatrie (VVUP), die als sectie binnen de Vlaamse

Vereniging voor Psychiatrie een forum vormt voor praxis, onderzoek en beleid binnen het veld.

BESLUIT

Praktijk, structuur en organisatie van de urgentiepsychiatrie in België zijn sinds 1993 erg veranderd. Vóór het federale pilotproject van 1993 was er amper sprake van een georganiseerd geheel van urgentiepsychiatrische diensten en/of teams die, ingebed in de somatische spoedgevallenafdeling, voor diagnostiek, behandeling en doorverwijzing van patiënten met psychiatrische en/of emotionele problemen instonden. De twee federale pilotprojecten rond urgentiepsychiatrie (in 1993 en 2002) hebben het landschap grondig gewijzigd. Zo werd niet alleen bepaald dat de behandeling van deze problemen een plaats had binnen een (in essentie somatische) spoedgevallenafdeling, maar gaandeweg werd ook een meer kortdurende en continue crisisgerichte zorg benadrukt en geïmplementeerd.

Door de jaren is de spoedgevallenafdeling in België een belangrijke ingangspoort geworden voor patiënten in psychiatrische crises met een brede waaier van emotionele problemen. Bekend is dat in België – ondanks de hoge dichtheid van voorzieningen – personen met emotionele problemen het zoeken van hulp erg lang uitstellen (Bruffaerts e.a. 2007). Men kan zich daarom afvragen of het niet zinvol zou zijn de triagefunctie uit te breiden met een screenings- en/of behandelingsmodaliteit waarmee men de vraag van de patiënt en het aanbod van de zorg beter op elkaar kan afstemmen. Het gebruik van het triagemodel binnen de urgentiepsychiatrie zou kunnen resulteren in een ‘re-institutionalisering’ van de geestelijke gezondheidszorg, met langduriger en intensievere zorg voor patiënten die dat nodig hebben. Behalve aan een aantal innovaties op het gebied van de klinische praxis refereert literatuur ook vaker aan een aantal veranderingen op het gebied van de organisatie van de urgentiepsychiatrie. Zoals vaker is gesteld (Kates & Humphrey 1993), zou het ontwikkelen van (urgentie)psychiatrische netwerken lei-

den tot een meer optimale en continue zorgverlening.

LITERATUUR

- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2004). Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* (Washington DC), 55, 685-690.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.
- Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2008). Emergency psychiatry in the 21st century. Critical issues for the future. *European Journal of Emergency Medicine*, 15, 276-278.
- De Clercq, M., & Dubois, V. (2001). Crisis intervention models in the French-speaking countries. *Crisis*, 22, 32-38.
- Gerson, S., & Bassuk, E. (1980). Psychiatric emergencies: an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 137, 1-11.
- Kates, N., & Humphrey, B. (1993). Psychiatric networks: they make sense, but do they work? *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 319-323.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Ed.) (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Spooren, D.J., Jannes, C., Henderick, H., e.a. (1996). Epidemiology of psychiatric emergency referrals in four regions of Belgium. *Crisis*, 17, 15-21.
- Spooren, D., van Heeringen, C., & Jannes, C. (1998). Strategies to increase compliance with out-patient aftercare among patients referred to a psychiatric emergency department: A multi-centre controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 28, 949-956.

AUTEURS

R. BRUFFAERTS is licentiaat psychologie en dr. medische wetenschappen en is werkzaam als psycholoog-diagnosticus in het UZ Gasthuisberg en als docent aan de Katholieke Universiteit Leuven.

K. DEMYTTENAERE is psychiater, gewoon hoogleraar en diensthooft Psychiatrie van het UZ Gasthuisberg, Leuven.

S.J. CLAES is psychiater en hoogleraar Psychiatrie en is verbonden aan de Dienst Psychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. S.J. Claes, UZ Gasthuisberg,

Dienst Psychiatrie, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: stephan.claes@uz.kuleuven.ac.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-7-2008.

SUMMARY

Emergency psychiatry in Belgium; a challenge for the mental health services – R. Bruffaerts, K. Demyttenaere, S.J. Claes –

In Belgium emergency psychiatry is a discipline that has developed only recently, following two federal pilot projects, one in 1993 and one in 2002. At present there are 10 subsidised psychiatric emergency rooms (PERS) in Belgium, serving about 13,000 patients annually. Many of those seeking help are ‘revolving-door’ patients, but the PERS also serve patients who have had no prior contact with the mental health care service. The disorders that are encountered most often have to do with substance abuse (about 30%) and mood disorders (17%). More than 4 in 10 patients were admitted to a psychiatric clinic after being referred to a PERS. Research suggests that the link to continuous care may reduce the ‘revolving-door’ phenomenon.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 35-39]

KEY WORDS Belgium, emergency psychiatry, emergency psychiatric help, epidemiology