

Psychiatrische aanmeldingen op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel, 2003-2012

S. VEECKMAN, I. HUBLOUE, D. LAUWAERT, F. MATTHYS

- ACHTERGROND** Hoewel de spoedgevallendienst in België een belangrijke toegangspoort is tot de geestelijke gezondheidszorg, zijn er weinig gegevens over de patiëntenpopulatie met spoedeisende psychiatrische stoornissen, noch over de evolutie ervan. Verschillende studies beschrijven een toename van patiënten met psychiatrische problemen op de spoedgevallendienst, waarbij het vooral gaat om relatief jonge mensen.
- DOEL** De psychiatrische aanmeldingen op de spoedgevallendienst van het UZ Brussel beschrijven over een periode van 10 jaar.
- METHODE** Alle patiënten die zich aanmeldden met een psychiatrisch probleem werden bestudeerd (n = 6519). Daarbij keken wij naar de variabelen: leeftijd, geslacht, diagnose, uur van aankomst, verwijzing, bestemming en aanvraag voor een gedwongen opname.
- RESULTATEN** De grootste groep patiënten was 26-45 jaar oud. Bij vrouwen zagen we meer depressieve stoornissen, bij mannen waren er meer psychotische en aan middelen gebonden stoornissen. 60% meldde zich op eigen initiatief aan. Het aantal patiënten dat na een spoedconsult terug naar huis keerde, daalde. Een kwart van de patiënten kwam na 8 uur 's avonds en voor 8 uur 's morgens. Het aantal aanvragen voor een gedwongen opname steeg, ongeveer 60% daarvan mondde uit in een gedwongen opname.
- CONCLUSIE** De resultaten tonen het belang van de psychiatrische zorg op een spoedgevallendienst aan en vertonen sterke gelijkenissen met gegevens van vergelijkbare studies, met specifieke kanttekeningen door de nabijheid van een grote stad.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 323-331

TREFWOORDEN België, ontwikkeling, spoedeisende psychiatrie, spoedgevallendienst



De Belgische gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een vrije toegang tot de eerste, tweede en derde lijn. Ergeldt een stelsel van ziekteverzekering met een bijna absolute therapeutische vrijheid voor behandelaar en patiënt. Daardoor kan elke patiënt hulp zoeken waar en wanneer hij of zij maar wil. De huisarts heeft geen 'poortwachtersrol'.

Voor acute psychiatrische problemen zijn er, naast de huisarts, weinig alternatieven voor de spoedgevallendienst (SPGD), het equivalent van spoedeisende hulp in Nederland

(Philips e.a. 2010). Mobiele psychiatrische crisisteamen waren in de Brusselse regio nog niet actief tijdens dit onderzoek.

Door de toegenomen de-institutionalisering en de tendens om de opnameduur te verkorten of zo kort mogelijk te houden, is de SPGD een steeds belangrijker functie gaan innemen bij de opvang, behandeling en doorverwijzing van mensen met psychiatrische problemen (Bruffaerts e.a. 2008; Mulder e.a. 2008; Seletti e.a. 2001; Spooren e.a. 1996). Veel chronische psychiatrische patiënten stoppen of ver-

waarlozen hun ambulante begeleiding. De onregelmatige behandeling op de SPGD is dan vaak de enige vorm van zorgverlening (De Fruyt 2003; Hillard 1994). Het aantal patiënten dat zich op de SPGD aanmeldt met psychiatrische problemen schommelt in de literatuur tussen 3,5% en 7%, en dit relatieve aandeel stijgt elk jaar (Bruffaerts e.a. 2004; Boudreaux e.a. 2009; Hazlett e.a. 2004; Seletti e.a. 2001; Villari e.a. (2007) spreken over een aandeel van 15%.

Onderzoeken van de patiëntenpopulatie op een SPGD zijn relatief schaars. Er zijn weinig specifieke en duidelijke gegevens te vinden over de epidemiologische aspecten van de psychiatrische aanmeldingen op een SPGD.

Verklaring voor psychiatrische aanmeldingen op SPGD

Mulder en Van Hemert (2011) vermelden een aantal factoren die van invloed zijn op het aantal psychiatrische aanmeldingen op de SPGD. Eén daarvan is stedelijkheid. In grote steden melden zich meer mensen met psychiatrische problemen aan op een SPGD dan in landelijke gebieden. Dit grotere aantal kan niet worden verklaard door patiëntenkenmerken zoals sociale omstandigheden, ernst van de symptomen of gevaar voor zichzelf of anderen, maar lijkt eerder te maken te hebben met de aantrekkingskracht die de grote stad uitoefent op mensen met psychiatrische problemen (Jenner e.a. 1997). Ook een lage sociaaleconomische status vergroot het risico op een psychiatrische aanmelding.

Het frequent gebruikmaken van de SPGD is ook een indicator (draaideurfenomeen). Frequent gebruik van de SPGD blijkt geassocieerd met een psychiatrische voorgeschiedenis, sociaaleconomische problemen, alleenstaand zijn, het mannelijk geslacht, een psychotische, aan middelen gebonden of een persoonlijkheidsstoornis en meer zelfverwijzing (Mulder & Wierdsma 2002).

Aantallen psychiatrische consulten

Het aantal patiënten dat in België een SPGD consulteert met een psychiatrisch probleem wordt geraamd op 13.000 personen per jaar. Dezelfde patiënten consulteren de SPGD vaak meerdere keren, met een gemiddelde frequentie van 2,6 aanmeldingen per patiënt en per jaar. Dit betekent jaarlijks ongeveer 34.000 psychiatrische patiëntencontacten op de SPGD. En wellicht is dit nog een onderschatting (Bruffaerts e.a. 2008).

Er wordt een toename vastgesteld van aanmeldingen op de SPGD van mensen met een psychiatrisch probleem (Boudreaux e.a. 2009; Smart e.a. 1999; Spooren e.a. 1996). Bruffaerts e.a. (2008) en Hazlett e.a. (2004) stellen vast dat de verdeling mannen-vrouwen ongeveer gelijk is. In een eerdere studie van Bruffaerts e.a. (2004) vertegenwoordigen vrouwelijke patiënten 56% van de aanmeldingen.

AUTEURS

STEVEN VEECKMAN, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Ziekenhuis Brussel, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

IVES HUBLOUE, diensthoofd Spoedgevallendienst Universitair Ziekenhuis Brussel, voorzitter onderzoeksgroep Urgentie- en Rampengeneeskunde, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

DOOR LAUWAERT, stafmedewerker Spoedgevallendienst Universitair Ziekenhuis Brussel en onderzoeksgroep Urgentie- en Rampengeneeskunde, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

FRIEDA MATTHYS, diensthoofd Psychiatrie Universitair Ziekenhuis Brussel, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

CORRESPONDENTIEADRES

Steven Veeckman, Universitair Ziekenhuis Brussel, Laarbeeklaan 101, B 1090 Jette, België.
E-mail: Steven.Veeckman@imelda.be

Strijdige belangen: dr. Matthys meldde persoonlijke betalingen van Lundbeck en Johnson & Johnson, buiten het in dit artikel beschreven onderzoek.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 20-10-2014.

Andere studies tonen een klein overwicht van mannen (Mulder e.a. 2008; Spooren e.a. 1996). De populatie van de spoedeisende psychiatrie bestaat uit relatief jonge patiënten, waarbij de leeftijdsgroep 20-39 jaar oververtegenwoordigd is (Bruffaerts e.a. 2008; Hazlett e.a. 2004; Seletti e.a. 2001; Spooren e.a. 1996).

Hoewel de huisarts de belangrijkste verwijzer is voor de SPGD, komen de meeste patiënten op eigen initiatief (Bruffaerts e.a. 2008; De Fruyt 2003; Mulder e.a. 2005). In de steden bedraagt dit aandeel zelfs meer dan 50% (Spooren e.a. 1996). Patiënten die frequent naar de SPGD komen, komen vaker op eigen initiatief (Mulder & Wierdsma 2002).

Vervolgbeleid

Verskillende factoren bepalen of een patiënt met psychiatrische problemen wordt opgenomen: kenmerken van de patiënt, arts, druk van familie en vrienden, organisatie maar ook de beschikbaarheid van bedden (Mulder e.a. 2005). Bruffaerts e.a. (2008) stellen vast dat ongeveer de helft van de aangemelde patiënten wordt opgenomen in een psychiatrische setting na hun aanmelding op de SPGD. Boudreaux e.a. (2009) besluiten dat 54% van de aangemelde psychiatrische spoedgevallen terug naar huis gaat.

Wat betreft de gedwongen opnames (go's) is er een toename van de globale incidentie (Mulder e.a. 2008; Mulder & van Hemert 2001; Nys & Vandenberghe 2008). In Vlaanderen vertoont de incidentie van go's een stijgende tendens. Over de periode van 1999-2008 steeg de incidentie van go's van 27 naar 47/100.000 inwoners/jaar. In Brussel, waar de incidentie beduidend hoger lag (78/100.000 inwoners/jaar in 1999), werd over dezelfde periode een lichte daling vastgesteld naar 76/100.000 inwoners in 2008 (Schoevaerts e.a. 2013). In de meerderheid van de gevallen gaat het om mannen. Verklaringen voor de stijging van het aantal go's zijn naast de verstedelijking ook de veranderingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, toegenomen kwetsbaarheid van de patiënt, afgenomen therapietrouw, verminderde sociale steun en maatschappelijke tolerantie van afwijkend gedrag (Schoevaerts e.a. 2013; Van Ewijk & Gijsbers van Wijk 2008).

Het doel van ons onderzoek is een beschrijving te geven van de psychiatrische aanmeldingen op de SPGD van het Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ Brussel) over een periode van 10 jaar (2003-2012).

METHODE

Setting

Het UZ Brussel is gevestigd in Jette, een gemeente behorend tot het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het ziekenhuis beschikt over een erkende Mobile Urgentie Groep (MUG) en telt 721 bedden met jaarlijks 28.000 opnames en 400.000 ambulante consultaties (www.uzbrussel.be). De SPGD van het UZ Brussel is één van de drukste en grootste van België, met jaarlijks meer dan 60.000 patiënten. De psychiater of arts in opleiding tot psychiater (ASO) is overdag continu aanwezig en 's avonds en 's nachts telefonisch oproepbaar. De werkverdeling tussen de erkende psychiater en de ASO psychiatrie is ongeveer gelijk. Er is een psychiatrische afdeling (PAAZ) met 30 bedden. De SPGD beschikt over een *holding care unit* waar patiënten gedurende maximaal 24 uur kunnen worden opgenomen en geobserveerd (voor somatische, heelkundige, psychiatrische of andere problemen).

Op de SPGD van het UZ Brussel wordt een vrij groot aantal patiënten door de politie binnengebracht voor psychiatrisch onderzoek als spoedprocedure voor go. Samen met vier andere Brusselse ziekenhuizen neemt het UZ Brussel deze taak op zich bij toerbeurt. Deze patiënten zijn zowel afkomstig uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als uit de Vlaamse Rand rond Brussel.

Populatie

In dit retrospectief onderzoek bestudeerden wij alle patiënten die werden gezien door een psychiater of ASO psychi-

atrie (op verzoek van de spoedarts) op de SPGD van het UZ Brussel over de periode van 2003-2012.

Gegevensverzameling

We maakten gebruik van de database die op de SPGD zelf wordt bijgehouden, met systematische registratie van patiënt- en behandelgegevens.

Voor elke patiënt werd informatie verzameld betreffende verschillende variabelen: leeftijd, geslacht, diagnose, uur van aankomst, verwijzing en bestemming. Ook bekeken we het aantal procedures in het kader van een gedwongen opname. De gegevens in verband met gedwongen opnames en de bestemming van de patiënt bleken pas vanaf 2008 correct te worden bijgehouden en deze bestudeerden wij dan ook alleen voor de jaren 2008-2012.

Diagnose

Als diagnose werden de stoornissen geanalyseerd zoals vermeld op de geneeskundige verklaring op basis van de *International Classification of Diseases, ninth revision* (ICD-9). ICD-9 is een syndromaal classificatiesysteem en maakt het mogelijk om tot een diagnostische hypothese te komen. Deze classificatie is vergelijkbaar met *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (Andrews e.a. 1999; Giel 1996; van Yperen e.a. 1992). De diagnostische hypothesen werden vervolgens onderverdeeld in 17 categorieën van voorlopige diagnoses. We baseerden ons daarbij op de belangrijkste, tentatieve diagnose, zoals die door de psychiater op de SPGD werd gesteld tijdens een eerste consult, met beperkte informatie over de psychiatrische voorgeschiedenis. Vaak was er meer dan één psychiatrische ziekte aanwezig of werd een differentiaaldiagnose opgesteld.

We maakten ook een groep waarbij een alcoholprobleem en een depressieve stoornis samen werden gequoteerd. Deze stoornissen komen immers vaak samen voor (Gea e.a. 2013). Van de patiënten met een depressieve stoornis heeft 16% ook een alcoholprobleem, tegenover 7% in de algemene bevolking (Sullivan e.a. 2005). Volgens Boden en Fergusson (2011) verdubbelt de aanwezigheid van één van beide stoornissen het risico voor de tweede stoornis. Dit effect is niet uitsluitend toe te schrijven aan gemeenschappelijke onderliggende genetische factoren en omgevingsfactoren. Er zou wel degelijk een oorzakelijk verband zijn tussen beide.

Analyse en ethische aspecten

De aangemelde patiënten werden beschreven aan de hand van de eerder vermelde variabelen. Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel.

RESULTATEN

Aantal aanmeldingen

In totaal werden over 10 jaar 6519 patiënten op de sPGD van het uz Brussel onderzocht door een psychiater (TABEL 1). Van hen waren 3311 mannen (50,8%) en 3208 (49,2%) vrouwen. Er waren dus iets meer mannelijke dan vrouwelijke patiënten, maar dit verschil was klein.

De laatste jaren zagen we een toename van het aantal psychiatrische aanmeldingen op de sPGD. De psychiatrische aanmeldingen volgden daarmee de stijging van het totaal aantal patiënten op de sPGD van het uz Brussel.

Leeftijden

De grootste groep patiënten was 26-45 jaar oud en vertegenwoordigde bijna de helft van alle aanmeldingen, zowel bij mannen als bij vrouwen (TABEL 2). Boven de 55 jaar was er een sterke daling van het aantal psychiatrische aanmeldingen. De leeftijdsverdeling voor beide geslachten vertoonde een vergelijkbaar verloop. Op jongere leeftijd zagen we iets meer mannelijke patiënten. Vanaf de leeftijd van 66 jaar meldden zich procentueel meer dan twee maal zoveel vrouwen met psychiatrische problemen aan dan mannen.

Tentatieve diagnose

De belangrijkste redenen voor aanmelding op de sPGD waren depressieve stoornissen, psychotische stoornissen en middelen- of alcoholmisbruik, gevolgd door aanpassingsstoornissen, bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Relatieproblemen en sociale problemen

TABEL 1 Overzicht van het totaal aantal psychiatrische aanmeldingen op de spoedgevallendienst, UZ Brussel per jaar (2003-2012)

	Mannelijke patiënten	Vrouwelijke patiënten	totaal
2003	343	362	705
2004	309	271	580
2005	236	279	515
2006	242	300	542
2007	276	251	527
2008	335	304	639
2009	369	354	723
2010	353	339	692
2011	421	393	814
2012	427	355	782
Totaal (%)	3311 (50,8%)	3208 (49,2%)	6519 (100%)

TABEL 2 Leeftijdsverdeling van de aangemelde psychiatrische patiënten op de spoedgevallendienst, UZ Brussel per jaar (2003-2012)

Leeftijd in j	Mannelijke patiënten (n = 3311)		Vrouwelijke patiënten (n = 3208)	
	Aantal	%	Aantal	%
< 26	632	19,1	489	15,2
26-35	815	24,6	660	20,6
36-45	831	25,1	809	25,2
46-55	589	17,8	646	20,1
56-65	303	9,2	306	9,5
66-75	92	2,8	186	5,8
> 75	49	1,5	112	3,5

kwamen slechts in beperkte mate voor als belangrijkste aanmeldingsklacht.

Als we de diagnoses volgens geslacht vergeleken, kwamen bij vrouwen meer affectieve stoornissen voor en minder psychotische stoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen, in vergelijking met mannen. Depressieve en psychotische stoornissen kwamen bij mannelijke patiënten het vaakst voor en vertegenwoordigden elk ongeveer 20% van het totaal aantal aanmeldingen (TABEL 3). Bij 20,4% van de mannelijke patiënten was er sprake van een alcoholgerelateerde stoornis (misbruik, verslaving of intoxicatie) al dan niet gecombineerd met een depressieve stoornis. 32,1% van de vrouwelijke patiënten meldde zich aan met een depressieve stoornis; het aantal psychotische stoornissen bedroeg net geen 13%. Bij de vrouwelijke patiënten ging het in 10,8% van de gevallen om een alcoholgerelateerd probleem.

De combinatie van een alcoholprobleem en een stemmingsstoornis kwam in dit onderzoek minder voor bij vrouwen (3,1% vrouwelijke versus 4,9% mannelijke patiënten). Het aantal intoxicaties andere dan alcohol was bij vrouwen (4,5%) dan weer dubbel zo hoog als bij mannen (2,0%).

In 3% van de gevallen, mannen en vrouwen, ging het om eet- of slaapstoornissen, een vraag naar voorschrift, geen of een uitgestelde diagnose ('andere', tabel 3). Het relatief aantal patiënten dat vroegtijdig opstapte, schommelde rond de 4%.

Uur van aanmelding

In totaal meldde driekwart van de patiënten zich aan tussen 8:00 uur en 20:00 uur, een kwart na 20:00 uur en voor 8:00 uur. Het hoogste aantal aanmeldingen (30%) kwam

TABEL 3 Overzicht van de tentatieve psychiatrische diagnoses op de spoedgevallendienst, UZ Brussel per jaar (2003-2012); tussen haakjes de rangorde van de 3 meest voorkomende diagnoses (vetgedrukt)

Diagnose	Mannelijke patiënten		Vrouwelijke patiënten	
	Totaal (n = 3311)	%	Totaal (n = 3208)	%
Depressieve stoornis	637	19,2 (2)	1030	32,1 (1)
Angststoornis	136	4,1	169	5,3
Aanpassingsstoornis	266	8,0	300	9,4 (3)
Bipolaire stoornis	150	4,5	165	5,1
Psychotische stoornis	688	20,8 (1)	410	12,8 (2)
Alcoholmisbruik/verslaving	378	11,4 (3)	156	4,9
Middelenmisbruik/verslaving	197	5,9	99	3,1
Alcohol en depressie	163	4,9	92	2,9
Intoxicatie alcohol	137	4,1	97	3,0
Intoxicatie ander middel	67	2,0	144	4,5
Persoonlijkheidsstoornis	142	4,3	182	5,7
Gedragsstoornis/impulsbeheersing	43	1,3	24	0,7
Dementie/cognitief probleem	21	0,6	44	1,4
Relatieproblemen	30	0,9	52	1,6
Sociale problemen	26	0,8	12	0,4
Andere	104	3,1	93	2,9
Opgestapt	126	3,8	139	4,3

voor tussen 12:00 uur en 16:00 uur. In de voormiddag (8:00-12:00 uur) en tussen 16:00 en 20:00 uur kwam telkens iets minder dan een kwart van alle patiënten; 15% kwam na 20:00 uur op de SPGD langs. Ongeveer 8% kwam na middernacht en voor 8:00 uur. De cijfers voor mannen en vrouwen waren vergelijkbaar.

Verwijzing naar de SPGD

Het aandeel patiënten dat zich aanmeldde op de SPGD van het UZ Brussel zonder verwijzing bedroeg iets meer dan 60% (60,9% bij mannen en 61,3% bij vrouwen); dit cijfer was stabiel over de verschillende jaren. Patiënten die niet op eigen initiatief naar de SPGD kwamen, werden vooral verwezen door de huisarts, een specialist van binnen of buiten het UZ Brussel, kwamen vanuit een ander ziekenhuis of werden binnengebracht door de politie.

Bestemming

Het aantal patiënten dat na het spoedconsult weer naar huis ging, daalde over 5 jaar tot minder dan de helft (TABEL 4).

Het aantal patiënten dat werd opgenomen op de *holding care unit* steeg van ongeveer 20% in 2008 naar 34,9% voor de mannelijke en 29,0% voor de vrouwelijke patiënten in

2012. Het aandeel van patiënten die rechtstreeks vanuit de SPGD werden opgenomen op de PAAZ in het UZ Brussel bleef ongeveer gelijk over de jaren. Een kleine groep patiënten werd opgenomen op een andere afdeling of werd verwezen naar een ander ziekenhuis.

Gedwongen opname

Over een periode van 5 jaar werden er 599 psychiatrische onderzoeken verricht op verzoek van de procureur des Konings in het kader van een ambtshalve opgestarte spoedprocedure; 60,1% daarvan betrof mannen (TABEL 5). Bij 18,9% van alle mannelijke en 13,7% van alle vrouwelijke patiënten met een psychiatrische aanmeldingsklacht (2008-2012) betrof het een psychiatrisch onderzoek in het kader van de spoedprocedure voor go.

Zowel voor mannen als voor vrouwen zagen we tussen 2008 en 2012 een duidelijke stijging van het aantal aanvragen, ongeveer 60% daarvan mondde uit in een go. Dit cijfer was stabiel over de jaren, alleen in het jaar 2008 was dit lager. In een klein aantal aanvragen ging de patiënt akkoord met een vrijwillige opname. Bij mannen was er een geleidelijke stijging van het aantal vrijwillige opnames, bij vrouwen een daling. De meest gestelde diagnose bij go was een psychotische stoornis.

TABEL 4 Bestemming patiënten na psychiatrische evaluatie op de spoedgevallendienst, UZ Brussel per jaar (2008-2012); tussen haakjes het percentage t.o.v. het totale aantal mannelijke of vrouwelijke patiënten

Jaar	Bestemming mannelijke patiënten					Bestemming vrouwelijke patiënten				
	PAAZ	Holding Care Unit	Naar huis	Ander	Totaal	PAAZ	Holding Care Unit	Naar huis	Ander	Totaal
2008	70 (20,9)	69 (20,6)	190 (56,7)	6 (1,8)	335	82 (27,0)	58 (19,1)	161 (53,0)	3 (1,0)	304
2009	71 (19,2)	103 (27,9)	189 (51,2)	6 (1,6)	369	75 (21,2)	94 (26,6)	176 (49,7)	9 (2,5)	354
2010	69 (19,5)	104 (29,5)	171 (48,4)	9 (2,5)	353	89 (26,3)	76 (22,4)	159 (46,9)	15 (4,4)	339
2011	81 (19,2)	131 (31,1)	202 (48,0)	7 (1,7)	421	88 (22,4)	114 (29,0)	176 (44,8)	15 (3,8)	393
2012	77 (18,0)	149 (34,9)	196 (45,9)	5 (1,2)	427	92 (25,9)	103 (29,0)	153 (43,1)	7 (2,0)	355
2008-2012	368 (19,3)	556 (29,2)	948 (49,8)	33 (1,7)	1905	426 (24,4)	445 (25,5)	825 (47,3)	49 (2,8)	1745

DISCUSSIE

Patiënten met een psychiatrisch probleem vertegenwoordigen in dit onderzoek ongeveer 1% van het totaal aantal patiënten op de spgd. Dit aandeel is stabiel over de 10 bestudeerde jaren. In vergelijking met andere studies (met percentages van 3,5 tot 15) is dit aandeel beperkt (Boudreaux e.a. 2009; Hazlett e.a. 2004; Seletti e.a. 2001; Villari e.a. 2007). Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de urgentiearts een eerste selectie maakt of doordat de lichamelijke aandoening op de voorgrond staat waardoor niet bij elke patiënt met een psychiatrisch probleem ook daadwerkelijk een psychiatrisch advies wordt gevraagd.

Het werkelijk aandeel van aanmeldingen op de spgd waar bij een psychiatrische component aanwezig is, is ongetwij-

feld groter. Deze problemen worden immers niet altijd herkend of niet correct behandeld. Urgentieartsen zijn niet getraind om met dergelijke problemen om te gaan of hebben vooral oog voor somatische problemen. Patiënten ontkennen of minimaliseren de onderliggende psychiatrische oorzaak vaak of zijn er zich niet van bewust (Hazlett e.a. 2004; Spooren e.a. 1996; Villari e.a. 2007).

Dat er op oudere leeftijd meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten zijn, heeft waarschijnlijk te maken met de lagere levensverwachting voor mannen.

De gegevens over de diagnoses vertonen grote gelijkenissen met voorgaand onderzoek (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997; Boudreaux e.a. 2009; Bruffaerts e.a. 2008; Hazlett e.a. 2004; Kamperman e.a. 2003; Spooren e.a. 1996). Het gebruik van psychoactieve stoffen (alcohol en andere middelen) is

TABEL 5 Aantal spoedprocedures voor gedwongen opname (GO), spoedgevallendienst, UZ Brussel, per jaar (2008-2012) en het resultaat na psychiatrische evaluatie

Jaar	Mannelijke patiënten				Vrouwelijke patiënten			
	Totaal per jaar	GO (%)	Geen GO (%)	Vrijwillige opname (%)	Totaal	GO (%)	Geen GO (%)	Vrijwillige opname (%)
2008	63	30 (47,6)	32 (50,8)	1 (1,6)	37	16 (43,2)	18 (48,6)	3 (8,1)
2009	60	40 (66,7)	18 (30,0)	2 (3,3)	42	25 (59,5)	13 (31,0)	4 (9,5)
2010	68	41 (60,3)	25 (36,8)	2 (2,9)	45	25 (55,6)	16 (35,6)	4 (8,9)
2011	81	52 (64,2)	23 (28,4)	6 (7,4)	58	34 (58,6)	20 (34,5)	4 (6,9)
2012	88	56 (63,6)	26 (29,5)	6 (6,8)	57	37 (64,9)	18 (31,6)	2 (3,5)
Totaal 5 jaar	360	219 (60,8)	124 (34,4)	17 (4,7)	239	137 (57,3)	85 (35,6)	17 (7,1)
% van (totaal aantal patiënten)	18,9% (1905)	11,5%	6,5%	0,9%	13,7% (1745)	7,9%	4,9%	1,0%

samen goed voor 18,4% bij vrouwelijke patiënten, bij mannen loopt dit aandeel op tot 28,3%. Mulder en Van Hemert (2011) merken op dat druggebruik niet altijd betrouwbaar is vast te stellen en waarschijnlijk ondergerapporteerd is. Doordat we ons alleen baseren op de primaire tentatieve diagnose en middelenmisbruik veelal niet als (belangrijkste) probleem wordt ervaren, is dit zeker mogelijk. Een groot aantal patiënten meldt zich aan met een ander, voor hen acuter, psychiatrisch probleem, zonder het middelenprobleem te vermelden (Bruffaerts e.a. 2004). Een relatief groot aandeel van 4% van de aangemelde patiënten met psychiatrische problemen verlaat vroegtijdig de srgd. Smart e.a. (1999) concluderen dat patiënten die zich met psychiatrische problemen aanmelden op de srgd een significant hogere kans vertonen om de srgd te verlaten zonder een arts te hebben gezien in vergelijking met alle andere patiënten die zich aanmelden. Mogelijk is de verklaring hiervoor dat psychiatrische problemen vaak minder prioriteit krijgen op de srgd en deze patiënten daardoor langer moeten wachten.

Als we naar de bestemming van de patiënt kijken, komen we tot een opmerkelijke vaststelling. Het aantal patiënten dat na een psychiatrisch spoedconsult weer naar huis gaat, toont een dalende lijn. Steeds meer patiënten verblijven enige tijd op de holding care unit ter observatie. We vermoeden dat het hierbij vooral gaat om patiënten die geïntoxiceerd zijn, niet in staat zijn tot een adequaat gesprek of bij wie controle of monitoring nodig is. Een andere verklaring kan zijn dat er op het moment van de psychiatrische evaluatie geen bed voor een opname ter beschikking is en de patiënt in afwachting van een opname nog even op de holding care unit blijft. Ook medisch-juridische redenen kunnen een mogelijke verklaring bieden.

We stellen vast dat 5% meer vrouwelijke patiënten rechtstreeks worden opgenomen op de pAAZ dan mannelijke patiënten. Men zou kunnen vermoeden dat als vrouwen zich met een psychiatrisch probleem aanmelden op de srgd het probleem hetzij ernstiger is, hetzij als ernstiger wordt ingeschat.

Beperkingen van deze studie

Deze retrospectieve studie heeft enkele belangrijke beperkingen. Zo is er geen rekening gehouden met de etnische en sociaaleconomische status van elke patiënt. De Brussels regio wordt immers gekenmerkt door zijn multicultureel karakter. Dit vertaalt zich ook in de patiëntenpopulatie van het uz Brussel waar zich veel allochtone patiënten aanmelden. De rol van migrantspecifieke factoren moet echter wel genuanceerd worden (Kamperman e.a. 2003; Knipscheer & Kleber 2005). Vooral sociaaldemografische factoren zoals opleidingsniveau, het hebben van werk, sociale steun, comorbiditeit en copingstrategieën spelen

een belangrijke rol bij het vóórkomen van psychiatrische problemen en zijn zo doorslaggevend voor de verschillen in gezondheidsproblemen tussen bevolkingsgroepen. Mensen van allochtone origine behoren vaker tot de lagere sociaaleconomische klasse, zijn vaker werkloos, slechter behuisd, groeien op in een minder stabiele situatie of zijn het slachtoffer van discriminatie (Selten 2002). De cultuurverschillen zelf zijn dus waarschijnlijk niet de bepalende factor. Ook met therapeutgeassocieerde variabelen, zoals diens ervaring, achtergrond en persoonlijkheid, werd geen rekening gehouden.

We baseren ons op de tentatieve diagnose gesteld op de srgd, zonder gebruik te maken van gestandaardiseerde vragenlijsten of andere psychiatrische instrumenten om de diagnose te detecteren. Naar verwachting gaat het hier om voorlopige diagnoses die het acute toestandsbeeld beschrijven en die later in het behandeltraject worden bijgesteld. Mogelijk zijn er verschillen te verwachten tussen de diagnose gesteld door een erkende psychiater en de aso psychiatrie. Die laatste is vaak onervaren of onzeker wat kan leiden tot onderrapportage of zelfs overrapportage van bepaalde stoornissen (Lin e.a. 2003). Er is ook geen rekening gehouden met comorbiditeit. Het is bekend dat patiënten vaak lijden aan meer dan één psychiatrische stoornis tegelijk (Andrews e.a. 2001; Bijl e.a. 1997).

Nederlands onderzoek toont dat 41% van de patiënten met psychiatrische problemen meer dan één contact heeft met de srgd per jaar (Mulder & Wiersma 2002). Eén op de drie patiënten heeft al eerder een beroep gedaan op de srgd (Bruffaerts e.a. 2008). De verzamelde gegevens in dit onderzoek omvatten elke individuele aanmelding en geen patiënten. Wij maakten geen onderscheid tussen frequente gebruikers en patiënten die zich eenmalig op de srgd aanmelden.

Het aantal psychiatrische onderzoeken in het kader van een spoedprocedure voor go vertegenwoordigt een vrij groot aandeel van alle psychiatrische aanmeldingen, waardoor bepaalde resultaten kunnen worden beïnvloed. Dit werd niet verder bestudeerd, maar is kenmerkend voor een ziekenhuis in een grootstedelijke omgeving. Sinds 2008 neemt dit aantal toe in het uz Brussel. We hebben te weinig gegevens om dit te extrapoleren naar het gehele Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het was onze bedoeling om patiënten met een psychiatrisch probleem op de srgd van het uz Brussel te beschrijven en eventuele tendensen weer te geven. We hebben de gegevens dan ook niet statistisch gewogen en hebben geen rekening gehouden met de opbouw van de algemene Belgische bevolking.

De sterkte van dit onderzoek is dat het een belangrijk aspect van de psychiatrie betreft waarvan de wetenschappelijke literatuur beperkt is, in een geestelijke gezond-

heidszorg in volle evolutie. Er werd een groot aantal patiënten (6519) bestudeerd over een langere periode in een context waar de psychiatrische stoornis niet steeds de aandacht krijgt die haar toekomt.

CONCLUSIE

De resultaten over gebruikers van de spgd van het uz Brussel met psychiatrische problemen komen grotendeels overeen met de bevindingen in vorig onderzoek. Het aantal

aanvragen voor go neemt toe. Het aantal patiënten met een psychiatrisch probleem die na het spoedconsult weer naar huis gaan, is de laatste jaren gedaald. De grootte van het absolute aantal patiënten dat zich jaarlijks met psychiatrische problemen aanmeldt, duidt op het belang van de spgd voor deze patiënten. Bijkomend onderzoek over de spoedeisende psychiatrie is aan te bevelen, onder meer om de verborgen stoornissen te detecteren.

LITERATUUR

- Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psych* 2001; 178: 145-53.
- Andrews G, Slade T, Peters L. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psych* 1999; 174: 3-5.
- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 2453-60.
- Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011; 106: 906-14.
- Boudreaux ED, Allen MH, Claassen C, Currier GW, Bertman L, Glick R, e.a. The psychiatric emergency research collaboration-01: methods and results. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 51: 515-22.
- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Claes SJ. Urgentiepsychiatrie in België: een uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 35-9.
- Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 146-53.
- Ewijk W van, Gijsbers van Wijk CMT. Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam: een historische gevalsbeschrijving. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 41-6.
- Fruyt J De. Urgentiepsychiatrie: zoekend naar een eigen plaats, woordenschat en middelen. *De agenda Psychiatrie* 2003; 27: 1-6.
- Gea A, Beunza JJ, Estruch R, Sanchez-Vilegas A, Salas-Salvado J, Buil-Coliales P, e.a. Alcohol intake, wine consumption and the development of depression: the PREDIMED study. *BMC Medicine* 2013; 11: 192.
- Giel R. DSM-IV of ICD-10, een schijnprobleem? *Tijdschr Psychiatr* 1996; 38: 6.
- Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2004; 11: 193-5.
- Hillard JR. The past and future of psychiatric emergency services in the US. *Hosp Comm Psychiatry* 1994; 45: 541-3.
- Jenner JA, Brook FG, Jenner BNWJ, Geelhoed APJ, Hodiamont PPG, Kozutic Z. Urbanisatiegraad en gebruikers van de RIAGG-crisisdiensten. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1997; 75: 172-6.
- Kamperman AM, Komproe IH, De Jong JTVM. Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45: 315-26.
- Knipscheer JW, Kleber RJ. Migranten in de ggz: empirische bevindingen rond gezondheid, hulpzoekgedrag, behoeften en waardering van zorg. *Tijdschr Psychiatr* 2005; 47: 753-9.
- Lin D, Martens J, Majdan A, Fleming J. Initial psychiatric assessment: A practical guide to the clinical interview. *BCMJ* 2003; 45: 172-3.
- Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 452-7.
- Mulder CL, Uitenbroek D, Broer J, Lendemeijer B, van Veldhuizen JR, van Tilburg W, e.a. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000-2004. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 331-6.
- Mulder CL, van Hemert AM. Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie. In: Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM. *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Amsterdam: Benecke; 2011. p. 23-35.
- Mulder CL, Wierdsma AI. Voor wie is de acute dienst? Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers. *Tijdschr Psychiatr* 2002; 44: 523-31.
- Nys H, Vandenbergh J. Gedwongen psychiatrische opname: ontwikkelingen in Vlaanderen. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 55-60.
- Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Family Practice* 2010; 11: 88-95.
- Schoevaerts K, Bruffaerts R, Mulder CL, Vandenbergh J. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 45-55.
- Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. *Ann Méd Psychol* 2001; 159: 160-6.
- Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental health triage in emergency medicine. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 57-66.

- Spooren DJ, Jannes C, Henderick H, van Heeringen K. Epidemiology of psychiatric emergency referrals in four regions of Belgium. *Crisis* 1996; 17: 15-21.
- Selten JP. Epidemiologie van schizofrenie bij migranten in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2002; 44: 665-75.
- Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression. *Am J Medicine* 2005; 118: 330-41.
- Villari V, Rocca P, Bogetto F. Emergency psychiatry. *Minerva Med* 2007; 98: 525-41.
- Yperen TA van, Couterier GLG, Gerritzen HMJA. ICD-10 en de classificatie van psychiatrische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 1992; 34: 439-45.

SUMMARY

Psychiatric applications at the emergency department of the Brussels University Hospital between 2003 and 2012

S. VEECKMAN, I. HUBLOUE, D. LAUWAERT, F. MATTHYS

- BACKGROUND** Although the emergency department in Belgian hospital is an important gateway to mental health care, there is lack of information about the way in which this population has evolved. Various studies have reported on the increasing numbers of patients with psychiatric problems, particularly in the younger age group.
- AIM** To focus on the psychiatric applications at the emergency department of the Brussels University Hospital over a period of 10 years.
- METHOD** All patients who arrived with a psychiatric problem were studied with regard to the following variables: age, gender, diagnosis, time of arrival, referral, destination and application for compulsory admission. The 10-year study involved a total of 6,519 patients.
- RESULTS** The largest group of patients were aged between 26 and 45. We noted that there were more depressive disorders in women than in men, but men had more psychotic and substance-related disorders. 60% of the applicants came on their own initiative. The number of patients who returned home after an emergency consultation declined over the period of time under study. About 25% of the patients arrived at the hospital after 8 p.m. and before 8 a.m. There was an increase in the number of persons requesting compulsory admission; about 60% of these actually resulted in a compulsory admission.
- CONCLUSION** The results demonstrate the importance of psychiatric care in an emergency department of a general hospital and are remarkably similar to the results of other studies. However, some of the comments on the Brussels situation are influenced specifically by the metropolitan area in which the hospital is situated.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)5, 323-331

KEY WORDS Belgium, emergency psychiatry, emergency department, evolution over time