

Ziekenhuispsychiatrie

1. Inleiding

1.1. Algemeen

1.1.1. Psychiatrie in de Nederlandse ziekenhuizen

In de Nederlandse ziekenhuizen vindt psychiatrische medisch specialistische zorg plaats binnen de psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) en psychiatrische universitaire klinieken (PUK). Er zijn ook ziekenhuizen met alleen een psychiatrische consultatieve dienst en/of Medisch Psychiatrische Unit. In sommige ziekenhuizen is de psychiatrische zorg uitbesteed aan een GGZ-instelling, in andere ziekenhuizen zijn geïntegreerde afdelingen psychiatrie en medische psychologie ontstaan. Psychologische specialistische zorg in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd door klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen en is geen onderwerp van deze generieke module (zie [Raakvlakken met andere disciplines](#)). Psychiatrische zorg in de Nederlandse ziekenhuizen beslaat op sommige locaties het hele vakgebied van de psychiatrie (PAAZ en PUK) en op andere locaties voornamelijk de zorg voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Laatstgenoemd deelgebied, dat wel de ziekenhuispsychiatrie 'in engere zin' genoemd wordt, is het onderwerp van deze generieke module.

1.1.2. Ziekenhuispsychiatrie (in engere zin)

Ziekenhuispsychiatrie is geïntegreerde specialistische psychiatrische zorg geleverd door een psychiater in een algemeen ziekenhuis of universitair medisch centrum (UMC).

Specialistische psychiatrische zorg wordt gedefinieerd als zorg die zich kenmerkt door een sterke diagnostische functie en/of complexe behandeling waarvoor medisch-specialistische expertise nodig is onder verantwoordelijkheid van een psychiater. Geïntegreerde psychiatrische zorg wordt gekenmerkt door afstemming tussen psychiater en somatisch specialist zoals dat bij uitstek het geval is bij [Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#).

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Visiedocument afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie 2015-2019. 2015, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

1.1.3. Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Er is sprake van complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Visiedocument afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie 2015-2019. 2015, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

wanneer:

- een somatische en psychiatrische aandoening gelijktijdig voorkomen en er sprake is van een onderlinge negatieve beïnvloeding van de aandoening(en);

en/of

- de ernst en/of aard van de somatische en/of psychiatrische ziekte gelijktijdig somatische en psychiatrische medisch-specialistische behandeling vereist.

Deze generieke module richt zich op de zorg voor volwassen patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit in het algemeen ziekenhuis of UMC. Deze zorg wordt geleverd op de polikliniek, dagbehandeling, door de psychiatrische consultatieve dienst, op de spoedeisende hulp (SEH), kliniek van PAAZ en PUK en Medisch Psychiatrische Units (MPU's).

1.1.4. Toepasbaarheid op PAAZ en PUK

PAAZ-en en PUK-en, leveren naast de zorg voor ziekenhuispatiënten met psychiatrische comorbiditeit, ook (hoog)gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Bron: Gezondheidsraad, Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014: Den Haag.

Dit deel van de psychiatrische zorg in het ziekenhuis wordt in deze generieke module niet nader uitgewerkt. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ontwikkelt op dit moment de 'Veldnormen Psychiatrische Afdelingen Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)', waarnaar in toekomstige versies van deze generieke module verwezen kan worden als het om (hoog)gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis gaat.

De werkgroep adviseert de aanbevelingen en indicatoren van deze generieke module ook van toepassing te laten zijn op PAAZ-en en PUK-en, voor zover het afdelingen betreft die in de meerderheid van de gevallen patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit behandelen. Naar inzicht van de werkgroep is een dergelijke brede geldigheid goed mogelijk, gezien het algemene karakter van de in deze module geprioriteerde waarden (zie [Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden](#) en de in de commentaarrondes ontvangen reacties die daartoe oproepen).

Voor een organisatorische beschrijving van de Nederlandse ziekenhuispsychiatrie verwijzen we u naar [Organisatie van zorg](#).

1.1.5. Raakvlakken met andere disciplines

De zorg voor ziekenhuispatiënten met psychiatrische comorbiditeit wordt niet exclusief geleverd door psychiaters en psychiatrisch verpleegkundigen. Op medisch-specialistisch vlak is er overlap met onder meer de klinisch geriater, internist en neuroloog. Op psychologisch vlak met GZ- en klinisch (neuro)psychologen die ook wel worden aangeduid als medisch psychologen. Soms zijn ook vaktherapeuten betrokken. Op psychosociaal gebied is er raakvlak met maatschappelijk werkenden en geestelijk verzorgers. Voor complexe farmacologische onderwerpen is er raakvlak met ziekenhuisapotheker en/of klinisch farmacoloog. Om focus aan te brengen in deze generieke module is ervoor gekozen de raakvlakken en overlap met deze partners te benoemen, zonder de aanpalende indicatiegebieden volledig uit te werken.

Verdere bespreking van de raakvlakken volgt in [Organisatie van zorg](#).

1.2. Doelstellingen

Verschillende landelijke initiatieven richtten zich de afgelopen jaren op het formuleren van kwaliteitsnormen voor de zorg voor volwassen patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Voorbeelden hiervan zijn: de Richtlijn Consultatieve Psychiatrie

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

en Veldnormen Medisch Psychiatrische Units.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.

Deze initiatieven hebben een duidelijke basis gelegd voor kwaliteitsdefinities in de ziekenhuispsychiatrie.

Niet eerder hadden patiënten, verzekeraars en zorgprofessionals anders dan de psychiater gezamenlijk hun inbreng in een overkoepelend kwaliteitsdocument als deze generieke module. De ontwikkeling van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie biedt de mogelijkheid tripartiet te beschrijven wat 'goede zorg' is en op basis van deze kwaliteitsdefinities kwaliteitsindicatoren vast te stellen. Hiermee kan de ziekenhuispsychiatrie haar toegevoegde waarde nader inzichtelijk maken. De kwaliteitsdefinities en indicatoren zijn primair bedoeld voor zorgverbetering in de eigen organisatie, en niet geschikt voor 'benchmarking'.

De toepasbaarheid en haalbaarheid van deze generieke module Ziekenhuispsychiatrie en de bijbehorende indicatoren is onderzocht in een haalbaarheidsstudie, die is uitgevoerd in 10 Nederlandse ziekenhuizen in de periode april tot en met juni 2016 (zie [Samenvatting resultaten haalbaarheidsonderzoek](#)).

Een implementatie- en onderhoudsplan wordt uitgewerkt in [Kwaliteitsindicatoren](#), mede op basis van de resultaten van de haalbaarheidsstudie achtergronddocument [Samenvatting resultaten haalbaarheidsonderzoek](#).

1.3. Doelgroepen

1.3.1. Patiënten met psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis

De literatuur over ziekenhuispsychiatrie onderscheidt 5 categorieën van ziekenhuispatiënten met psychiatrische comorbiditeit:

I	Psychiatrische presentatie van somatische ziekte
II	Psychiatrische complicatie van somatische ziekte of de behandeling daarvan
III	Somatische presentatie van psychiatrische aandoening
IV	Somatische complicatie van psychiatrische aandoening of behandeling
V	Comorbide somatische en psychiatrische aandoeningen

Tabel: Diagnostische groepen van ziekenhuispatiënten met zowel somatische als psychiatrische of gedragsproblemen

Binnen deze categorieën zijn patiënten te classificeren binnen de bestaande classificatiesystemen, zoals de Diagnostic and Statistical Manual

Bron: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). 2013.

en International Classification of Diseases:

Bron: Levenson, J., Textbook of Psychosomatic Medicine. 2010, American Psychiatric Publishing.

Deze categorieën worden in [Inhoud van de zorg](#) nader uitgewerkt in zorgvragen en zorgintensiteiten.

Patiënten met [complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#) vormen een kwetsbare patiëntengroep. Deze patiëntengroep kenmerkt zich in de praktijk als volgt:

- Zij hebben regelmatig een acute, en altijd complexe zorgvraag;
- Naast lichamelijke beperkingen speelt vaak pijn, malaise en (groot) ongemak;
- Er is frequent sprake van negatieve beïnvloeding van de verstandelijke capaciteiten;
- Vanuit de psychiatrische aandoening is er vaak sprake van dysfunctionele coping en slechtere therapietrouw.

Door deze kenmerken ontstaan in de praktijk de volgende bedreigingen:

- Aantasting van de lichamelijke integriteit, letsel of overlijden;
- een hogere kans op het niet onderkennen of foutief labelen van somatische problemen als gevolg van stigma;
- overdrachtsfenomenen en discontinuïteit, in het slechtste geval met 'patient bounce' tot gevolg.
- Dreigende inperking van de autonomie en afhankelijkheid van hulpverleners waardoor de mogelijkheden tot herstel worden beperkt;
- Ineffectieve en mede daardoor dure zorg.

Hierdoor ontstaan de volgende zorgbehoeften:

- De zorgvraag komt niet altijd van de patiënt, maar ook regelmatig van de medische en/of verpleegkundige staf van het ziekenhuis. Daarnaast presenteren patiënten zich op de SEH omdat naasten, wijkteams, huisartsen, GGZ-crisisdiensten, politiebeamten en ambulancepersoneel dit noodzakelijk achten;
- Diagnostiek/behandeling vindt plaats in een algemeen ziekenhuis of UMC;
- Gelijktijdige en geïntegreerde medische en verpleegkundige interventies zijn nodig;
- Daarbij zijn vaak veel verschillende hulpverleners betrokken;
- In een minderheid is er behoefte aan electieve derdelijnszorg (bijv. elektroconvulsietherapie).

In [Inhoud van Zorg](#) en [Organisatie van zorg](#) worden deze bedreigingen geadresseerd.

Waar in deze Generieke module wordt gesproken over patiënten, moet men ook denken aan hun naasten. Een uitwerking van het betrekken en ondersteunen van familiesysteem en mantelzorgers bij de zorg aan patiënten met psychiatrische problematiek is te vinden in de [generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#).

1.3.2. Omvang van de doelpopulatie

Bij ten minste 25% van de volwassen patiënten in het ziekenhuis is naast de somatische aandoening ook sprake van een psychiatrische stoornis en/of gedragsprobleem. Deze psychiatrische comorbiditeit heeft een negatieve invloed op de prognose: patiënten met zowel een somatische als psychiatrische aandoening zijn zieker, kennen een hogere zorgconsumptie en slechtere functionele uitkomsten dan patiënten met alleen een psychiatrische aandoening of alleen een somatische ziekte.

Bron: Kathol, R., et al., Epidemiologic trends and costs of fragmentation. Med Clin North Am, 2006. 90(4): p. 549-72.

Andersom heeft in Nederland 50% van de GGZ-patiënten per jaar een of meer contacten in het ziekenhuis.

Bron: van Schijndel, M.A., et al., Analyse DBC-data 2009-2012: ziekenhuiszorg en GGZ. 2015

(ongepubliceerd)

Ten minste een kwart van de ziekenhuispatiënten heeft dus een comorbide psychiatrische aandoening, en de helft van de GGZ-patiënten een somatische aandoening of klacht waarvoor ziekenhuisbezoek vereist is.

Consultatieve psychiatrie

De internationale literatuur geeft consultatio's van tussen de 1 en 6% van de ziekenhuisopnames.

Bron: Huyse, F.J., et al., Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2001. 23(3): p. 124-132.

Kuhn, W.F., et al., The tip of the iceberg: psychiatric consultations on an orthopedic service. *Int J Psychiatry Med*, 1988. 18(4): p. 375-82.

Rothenhausler, H.B., et al., Patterns of psychiatric consultation in an Austrian tertiary care center - results of a systematic analysis of 3,307 referrals over 2 years. *Psychiatr Danub*, 2008. 20(3): p. 301-9.

In Nederland zijn ongeveer 4,3 miljoen ziekenhuisopnames per jaar,

Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, StatLine. 2016, <http://statline.cbs.nl/> Den Haag, Heerlen.

extrapolerend vanuit de internationale literatuur worden tussen de 43.000 en 258.000 klinische patiënten in consult gezien. Uit landelijke declaratiegegevens blijkt dat in 2014 circa 28.000 DOT-producten consultatieve psychiatrie zijn gedeclareerd. Ten opzichte van voornoemde 25% comorbiditeit zijn zowel de verwachte als de gedeclareerde aantallen lager. De gescheiden financieringssystemen maken een goede schatting lastig; DBC-GGZ-producten zijn hierbij niet meegenomen en er werd geen koppeling tussen declaraties binnen de medisch specialistische zorg (MSZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gemaakt. Er is bovendien geen onderzoek voorhanden dat het verschil verklaart in termen van indicatie of noodzaak.

Polikliniek en MPU

Getallen over poliklinische en MPU-zorg zijn in de literatuur niet beschikbaar en financiering is vaak gebaseerd op lokale afspraken. MPU's kennen in Nederland geen aparte financieringstitel; de financiering is lokaal bepaald door een combinatie van DOT en/of DBC-GGZ-producten. Ook uit declaratiegegevens is de huidige omvang van deze zorg dus niet gemakkelijk te geven.

Concentratie en spreiding

Naar aanleiding van de regionale verschillen in organisatie en aanbod van zorg, zoals beschreven in Organisatie van zorg, en de kwaliteitsdefinities die zijn neergelegd in deze generieke module stelt de werkgroep voor om de huidige en gewenste concentratie en spreiding van ziekenhuispsychiatrische zorg in Nederland te onderzoeken.

1.4. Uitgangspunten

De inhoud van deze generieke module is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- Relevante richtlijnen
- Inventarisatie huidig gebruik van kwaliteitsindicatoren
- Specifieke knelpunten
- Literatuuronderzoek
- Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden

- Samenwerking met andere projecten
- Toetsingkader

1.4.1. Relevante richtlijnen

Richtlijnen en Veldnormen over Ziekenhuispsychiatrie

De Generieke module Ziekenhuispsychiatrie bouwt voort op de richtlijn Consultatieve Psychiatrie,

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

de Veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units,

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.

het 'Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry'

Bron: Trigwell, P., Kustow, J., Santhouse, A., Gopinath, R., Aitken, P., Reid, S., Wilson, N., Martin, K. Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry (FROM-LP). 2015 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/FRLP02.pdf>.

en de 'Quality Standards for Liaison Psychiatry Services'.

Bron: Psychiatric Liaison Accreditation Network. Quality standards for liaison psychiatry services. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Standards 4th edition 2014.pdf>.

Nederlandse kwaliteitsdocumenten die de werkgroep speciaal relevant acht voor de doelgroep

De volgende multidisciplinaire richtlijnen zijn speciaal relevant voor de doelgroep:

- De richtlijn Consultatieve psychiatrie uit 2008 en de nog op te leveren herziene richtlijn Consultatieve psychiatrie (2017);
- De reeds opgeleverde Generieke modules Acute Psychiatrie (2017), en Destigmatisering (2017) en de nog op te leveren Generieke module Ouderenpsychiatrie (2016);
- De richtlijnen Delier uit 2014 en Delirium uit 2004 voor wat betreft diagnostiek en behandeling van alcoholonthoudingsdelirium;
- De nog op te leveren richtlijn Intoxicaties: eerste opvang in het ziekenhuis (2017);
- De richtlijn Suïcidaal Gedrag en de nog op te leveren Generieke module Suïcidaal gedrag (2017);
- De Richtlijn Dementie;
- De richtlijn SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten) en somatoforme stoornissen en de nog op te leveren Zorgstandaard SOLK (2017);
- Alle stoornis-specifieke richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie waaronder de Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol;
- Het KNMG-standpunt 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen' en het addendum daarop 'Verbetering van medische zorg voor kwetsbare ouderen met psychiatrische aandoeningen';
- Het KNMG 'Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid' dat als bijlage 9 is toegevoegd aan de publicatie 'Van wet naar praktijk, implementatie van de WGBO – deel 2';

- Het rapport 'Psychiatrische en psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen'.

Psychiatrische, psychologische en psychosociale zorg bij een somatische indexaandoening

Via de [Richtlijndatabase van IKNL en Kennisinstituut van Medisch Specialisten](#) zijn 40 relevante richtlijnen gevonden waarin de zoektermen psychiatrisch, psychologisch of psychosociaal genoemd worden. Een uitgebreide beschrijving van de zoekmethodiek en een samenvatting van de aanbevelingen uit de gevonden richtlijnen is toegevoegd in achtergronddocument [Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#). Zie ook de paragrafen [Screening](#), [Psychologische zorg](#) en [Psychosociale zorg](#).

1.4.2. Inventarisatie huidig gebruik van kwaliteitsindicatoren

Het projectteam voerde een landelijke telefonische interviewronde uit naar het gebruik van kwaliteitsindicatoren in de consultatieve psychiatrie en MPU's; 77 van de 90 Nederlandse ziekenhuizen zijn geïnterviewd over hun psychiatrische consultatieve dienst, en 90 van de 90 ziekenhuizen hebben geantwoord op de vraag of zij een vorm van klinische zorg (een medisch psychiatrische unit; een MPU) voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit hebben. Van die 90 ziekenhuizen gaven 40 aan een MPU-achtige voorziening te hebben; 37 van deze 40 afdelingen lieten zich interviewen over het gebruik van kwaliteitsindicatoren.

Gebruik van kwaliteitsindicatoren in de consultatieve psychiatrie

Van de geïnterviewde ziekenhuizen met een consultatieve dienst houdt 58% geen van de procesindicatoren bij die voorgesteld worden in de richtlijn Consultatieve Psychiatrie,

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

zie ook [Kwaliteitsindicatoren](#). De meest gebruikte procesindicatoren (18%) zijn de tijd tussen consultaanvraag en consultbezoek en het percentage consulten met interne en externe follow-up. 51% van de consultatieve diensten houdt een of meer structuurindicatoren bij, 42% een of meer procesindicatoren. 19% van de ziekenhuizen geeft aan een of meer uitkomstindicatoren op de consultatieve dienst te gebruiken. De meest genoemde zijn complicaties (11%) en de Delier Observatie Schaal (DOS): 7% van de geïnterviewde consultatieve diensten vermeldt deze indicator te gebruiken. Het werkelijke gebruik van de DOS ligt waarschijnlijk hoger, aangezien deze screening vaak door verpleegkundigen op de afdelingen of door de afdeling geriatrie wordt gedaan in kader van het Veiligheidsmanagementsysteem.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Kwaliteitsindicatoren Basisset ziekenhuizen 2015. 2014: Utrecht

Gebruik van kwaliteitsindicatoren op medisch psychiatrische units

De 37 ziekenhuizen met een MPU gebruiken allemaal een vorm van kwaliteitsindicatoren. De meest gebruikte indicatoren zijn symptoomschalen: de Symptom Checklist-90 (SCL90), de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Deze vragenlijsten worden gebruikt op respectievelijk 47%, 44% en 36% van de MPU's.

1.4.3. Specifieke knelpunten

Door de werkgroep werden drie knelpunten geïdentificeerd die in deze generieke module extra aandacht behoeven:

- Stigmatisering

Verminderen van het stigma rond psychiatrische patiënten en bevorderen van een adequate benadering door zorgprofessionals was op verzoek van zowel patiëntenvertegenwoordiging als professionals in de werkgroep een aandachtspunt bij het opstellen van deze generieke module.

- Verantwoordelijkheidsverdeling en ketenzorg

In 2012 deed de Inspectie voor de Gezondheidszorg een thematisch toezichtonderzoek naar de ketenzorg rond psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. 2013.

Een van de belangrijkste conclusies was dat zorgorganisaties onvoldoende (schriftelijke) afspraken maakten rond ketenzorg voor deze doelgroep. De Generieke module verheldert hoe ketenzorg rond deze patiënten geregeld moet zijn.

- Casefinding

Hoewel de prevalentie van psychiatrische aandoeningen in het ziekenhuis hoog is, kan slechts een deel van de patiënten (zie [Omvang van de doelpopulatie](#)) hiervoor behandeld worden, omdat de behandelcapaciteit beperkt is. De uitdaging is de patiënten te behandelen, van wie de te verwachten verbetering in kwaliteit van leven het grootst is.

Deze knelpunten zijn verwerkt in de geprioriteerde waarden en het [Literatuuronderzoek](#).

1.4.4. Literatuuronderzoek

Het projectteam voerde een literatuuronderzoek uit naar waarden, definities en indicatoren achter goede zorg. Door het projectteam werd een literatuuronderzoek gedaan met de volgende onderzoeksvraag:

"Welke definities en indicatoren worden gebruikt voor het definiëren en meten van kwaliteit van zorg voor klinische ziekenhuispatiënten met somatische-psychiatrische comorbiditeit, die zorg krijgen in de consultatieve psychiatrie en op Medisch Psychiatrische Units?"

De poliklinische zorg voor ziekenhuispatiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit is niet goed af te grenzen in een zoekstrategie, die daarom is beperkt tot de klinische zorgvormen. Indien toepasbaar zijn definities en indicatoren voor de consultatieve en klinische setting vertaald naar de poliklinische zorg.

De databases Embase, MEDLINE (Ovid), PsycINFO (Ovid), Cochrane, Pubmed en Google Scholar werden doorzocht met behulp van zoektermen uit de syntax in Achtergronddocument [Syntax literatuuronderzoek](#). Er werden 278 geschikte referenties gevonden. Naar de in de vorige paragraaf benoemde knelpunten verantwoordelijkheidsverdeling & ketenzorg, destigmatisering en casefinding werd eveneens beknopt literatuuronderzoek gedaan.

De uitkomsten van het literatuuronderzoek zijn verwerkt in [Inhoud van de zorg](#) en [Kwaliteitsindicatoren](#).

1.4.5. Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden

Op basis van het [Literatuuronderzoek](#) is een lijst van 40 aspecten van kwaliteit gemaakt. Kwaliteitsdefinities uit de literatuur zijn voorgelegd aan de leden van de werkgroep, die een individuele prioritering maakten. Samen met de vertegenwoordigers uit de adviesgroep is vervolgens tot consensus over een beperkte set van kwaliteitsaspecten gekomen tijdens een Invitational Conference op 30 oktober 2015. De rangorde van de patiëntvertegenwoordiging heeft daarbij extra gewicht gekregen, waarbij de door de patiënten hoogst geprioriteerde waarden alsnog zijn toegevoegd aan de top 5: destigmatisering en gezamenlijke regievoering.

Vervolgens zijn de knelpunten uit [Specifieke knelpunten](#) geïntegreerd. De tabel geprioriteerde waarden achter goede ziekenhuispsychiatrische zorg hieronder geeft het resultaat van dit proces weer. De zeven geprioriteerde waarden dienen als raamwerk voor deze generieke module. In [Patiëntenperspectief](#) zijn ook niet-geprioriteerde kwaliteitsaspecten vanuit patiëntperspectief opgenomen. Zoveel mogelijk evidence based werken is tot slot niet als waarde geprioriteerd, maar wordt door de werkgroep beschouwd als vanzelfsprekend uitgangspunt.

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Tabel : Geprioriteerde waarden achter goede ziekenhuispsychiatrische zorg

1.4.6. Samenwerking met andere projecten

Voor deze module is samengewerkt met de projectteams van de Generieke modules [Comorbiditeit](#) (voorzitters namen deel aan elkaars werkgroep) en [Destigmatisering](#) (participatie in de focusgroep).

Inhoudelijk is deze generieke module voorgelegd aan de projectleiders van de 39 generieke modules en zorgstandaarden gericht op volwassen patiënten ter becommentariëring en afstemming.

1.4.7. Toetsingskader

Deze generieke module Ziekenhuispsychiatrie is geschreven aan de hand van het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden en Meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland. Derhalve beschrijft de module de ziekenhuispsychiatrische zorg vanuit het perspectief van de patiënt, normeert de module wat kwalitatief goede zorg is vanuit het perspectief van patiënt, aanbieder en verzekeraar en maakt de module die kwaliteit meetbaar door er valide meetinstrumenten aan te koppelen.

1.4.8. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

2. Patiëntenperspectief

2.1. Wensen en ervaringen van patiënten ziekenhuispsychiatrie

Om bouwstenen voor zorg vanuit patiënten- en familieperspectief te concretiseren heeft het Landelijk Platform GGZ het visiestuk Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel

Bron: Mors, Y., Kamevaar, A. M., Visiedocument GGZ cliënten- en familieorganisaties Levenskunst in de GGZ. 2015, Werken aan vraagsturing.

en de Basisset Kwaliteitscriteria GGZ

Bron: Landelijk Platform GGZ, Basisset Kwaliteitscriteria GGZ, geformuleerd vanuit een cliënten- en familieperspectief. 2015.

ontwikkeld. Deze stukken vormen de grondslag voor Patiëntenperspectief. Ook zijn door een van de patiëntvertegenwoordigers negatieve ervaringen van patiënten verzameld. Deze hebben gediend als inspiratiebron bij het kiezen van kwaliteitsdefinities en zijn opgenomen in achtergronddocument [Negatieve ervaringen van patiënten](#).

2.1.1. Algemene uitgangspunten

Gezondheid gaat vanuit het perspectief van de patiënt over veerkracht en vitaliteit, een leven kunnen leiden binnen de grenzen van de mogelijkheden ondanks ziekte en zorgen. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel van gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. Het is zorg op basis van de menselijke maat met als motto: 'Zie de mens, niet het etiket'.

Deze benadering van gezondheid sluit aan bij de formulering van de Artseneed. Daarin wordt immers gesproken over zieken verzorgen, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.

Bron: Commissie Herziening Artseneed, Nederlandse artseneed. 2010, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra: Utrecht.

Dat geldt ook als er sprake is van een combinatie van psychiatrische en somatische problematiek.

2.1.2. Het doel van zorg: zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven

Mensen zoeken hulp bij psychiatrische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder

ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.

Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.: Mensen zoeken hulp bij psychiatrische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven (Huber, 2014). Stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie moet het doel zijn van zorg. Zorg draait om het herstellen van de veerkracht en de vitaliteit van mensen, zodat ze weer in staat worden gesteld om zoveel mogelijk zelfstandig hun leven te leiden. Het gaat om het functioneren van de patiënt in zijn of haar context. Niemand is perfect en iedereen moet (leren) leven met zijn of haar (on)mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden en (leren) omgaan met de stressoren in het leven. Uiteindelijk moet behandeling leiden tot een vermindering van de lijdensdruk en verbetering van de kwaliteit van leven.

Stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie moet het doel zijn van zorg. Zorg draait om het herstellen van de veerkracht en de vitaliteit van mensen, zodat ze weer in staat worden gesteld om zoveel mogelijk zelfstandig hun leven te leiden. Het gaat om het functioneren van de patiënt in zijn of haar context. Niemand is perfect en iedereen moet (leren) leven met zijn of haar (on)mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden en (leren) omgaan met de stressoren in het leven.

Uiteindelijk moet behandeling leiden tot een vermindering van de lijdensdruk en verbetering van de kwaliteit van leven.

2.1.3. Gezamenlijke besluitvoering

Het verhaal van mensen met psychiatrische problemen is vaak een verhaal over een leven, inclusief het leven van naasten, dat door de problemen (gedeeltelijk) in beslag wordt genomen. Herstel kan worden gezien als het proces om jezelf weer gezond te voelen. De relatie tussen de patiënt, diens naasten en de hulpverlener is cruciaal voor herstel. Gezamenlijk proberen patiënt, naasten en behandelaar(s) antwoorden op de hulpvraag van de patiënt te vinden. Ze hebben elkaar nodig bij de zoektocht naar gepaste zorg. Tijdens die zoektocht worden in vier etappes een aantal vragen gesteld, namelijk hulpvraag (wat is je probleem en hoe is het gekomen), indicatie (wat wil je bereiken en wat pakken we aan), therapie (wat gaan we doen en wat is het resultaat) en evaluatie (wat is ons oordeel en hoe gaan we verder). De etappes verlopen gedeeltelijk parallel en iteratief en de antwoorden moeten aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de patiënt in zijn/haar relationele en maatschappelijke context.

2.1.4. Donabedian's model in relatie tot kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg.

Bron: Donabedian, A., Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. 1980, Health Administration Press: Michigan.

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in de kwaliteitsperceptie van patiënt en behandelaar(s). Indien de patiënt iets anders verwacht dan de behandelaar beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen tussen patiënt en behandelaar(s) uiteenlopen. Het is dus noodzakelijk om helderheid te verkrijgen over de verwachtingen van de patiënt en de bedoelingen van de behandelaar(s) ten aanzien van de

ziekenhuispsychiatrische behandeling. Verder is het belangrijk om aandacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie naast de kwaliteit van de interventie. Het concept is uitgewerkt in vier domeinen.

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden.
	<i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt.
	<i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.
	<i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen.
	<i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

2.2. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

De stukken hieronder geven per geprioriteerde waarde [Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden](#) aan welke specifieke aandachtspunten er zijn vanuit het patiëntenperspectief, en in welke onderdelen van de Generieke module deze aandachtspunten zijn uitgewerkt. Waar in deze tabel 'hem' of 'zijn' staat, kan evengoed 'haar' worden gelezen.

2.2.1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven

De zorg is gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven van de patiënt, behoud of verbetering van het zelfstandig functioneren en het herstellen van veerkracht en vitaliteit. De persoonlijke context van de patiënt is hierbij met het oog op maatwerk van belang. De behandelaars stimuleren de zelfredzaamheid van de patiënt, waardoor de patiënt met inachtneming van diens wensen, behoeften en mogelijkheden zo veel mogelijk onafhankelijk van hulpverleners verder kan leven en op een voor hem betekenisvolle manier deel kan nemen aan de samenleving.

Dit onderwerp wordt nader uitgewerkt in: [Diagnostiek en indicatiestelling](#), [Monitoring](#), [Behandeling](#), [begeleiding, terugvalpreventie](#) en [Herstel, participatie, re-integratie](#).

2.2.2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars

Patiënt centraal en zorg in triade

Het persoonlijke verhaal van de patiënt vormt het startpunt voor de zorg en de behandelaar probeert aan te sluiten bij het verklaringsmodel en de betekenisverlening van de patiënt.

De behandelaar verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de behandelaar. Ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet als rolmodel, zodat de patiënt zich bewust kan worden van zijn mogelijkheden en hoop kan krijgen voor de toekomst. De behandelaar blijft het zelfinzicht van de patiënt stimuleren en geeft de patiënt zoveel mogelijk regie over de zorg en zijn leven. De patiënt moet bijvoorbeeld ook zelf een psychiatrisch consult kunnen aanvragen.

De patiënt kan (indien mogelijk) wisselen van behandelaar, indien de klik ontbreekt of de voortgang stagneert.

De behandelaar volgt het tempo van het herstelproces van de patiënt en wijst de patiënt op mogelijkheden van lotgenotencontact.

Shared decision making

Er moet zoveel mogelijk worden uitgegaan van shared decision making (gedeelde besluitvorming).

Bron: Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., et al., Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine, 2012. 27(10): p. 1361-1367.

..Behandel- en begeleidingskeuzes worden zoveel mogelijk samen gemaakt. Gezamenlijke regievoering kan niet zonder goede informatievoorziening; de hulpverlener vervult waar mogelijk de rol van adviseur en coach. De patiënt krijgt zicht op wat de behandelkeuzes inhouden, op wat die keuzes voor hem of haar betekenen en maakt in overleg met de behandelaar(s) een afweging. De bedoeling is van een initiële voorkeur naar een geïnformeerde keuze te komen.

Bron: Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., et al., Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine, 2012. 27(10): p. 1361-1367.

In een multidisciplinair overleg (MDO) is, indien gewenst, plaats voor de patiënt en/of de door hem afgevaardigde familie. Zo wordt samen gekomen tot passende zorg.

De patiënt wordt voorgelicht over de mogelijkheden tot deelname aan de cliëntenraad, de aanwezigheid van vertrouwenspersonen, keuzevrijheid, de mogelijkheid van een tweede mening en het contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen.

De behandelaar betreft de naasten bij het zelfmanagement van de patiënt en houdt daarbij rekening met hun belastbaarheid en welzijn. Voor een goede zorg is aandacht voor het systeem van belang. Naasten worden betrokken bij het zorgproces en kunnen meebeslissen als de patiënt daar toestemming voor geeft.

Dit onderwerp wordt nader uitgewerkt in:

- Diagnostiek en indicatiestelling
- Monitoring
- Behandeling, begeleiding, terugvalpreventie
- Herstel, participatie, re-integratie

2.2.3. Continuïteit en ketenzorg

Continuïteit van behandelaars en van informatie

De zorg volgt de patiënt en de zorg is rondom de patiënt georganiseerd. Vanuit patiëntperspectief is continuïteit van behandelaars belangrijk. Overplaatsing van patiënten naar andere afdelingen (intern of extern) moet zoveel mogelijk vermeden worden, tenzij overplaatsing noodzakelijk is om een adequate, passende en veilige omgeving voor de patiënt te waarborgen.

Het medisch dossier is voor alle betrokken behandelaars (en zo mogelijk voor de patiënt) toegankelijk, waarbij de manier van dossievoering gericht is op continuïteit van informatie. Gebruikers van het gedeelde dossier stellen zich op de hoogte van de beschikbare gegevens over een patiënt, zodat de patiënt zijn verhaal niet telkens hoeft te herhalen.

Ketenzorg

De zorg die in het ziekenhuis geleverd is, wordt indien geïndiceerd zonder onderbreking vervolgd in de

ambulante situatie. Daartoe moet persoonlijke samenwerking worden gezocht met verwijzers en nazorginstanties. De betrokken hulpverleners hebben zicht op het regionale zorgaanbod en de patiënt gaat goed geïnformeerd naar huis. De huisarts heeft een spilfunctie in het organiseren van zorg rond de patiënt. Indien noodzakelijk betreft de behandelaar het welzijnsdomein (zorg in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO) bij de zorg.

Dit onderwerp wordt nader uitgewerkt in:

- Diagnostiek en indicatiestelling
- Behandeling, begeleiding, terugvalpreventie
- Herstel, participatie, re-integratie
- Ketenzorg
- Betrokken zorgverleners
- Samenwerking

2.2.4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden

Respectvolle behandeling

Voorwaarde voor goede zorg is dat de behandelaar over de juiste kwalificaties beschikt en voortdurend aan zijn competenties bouwt. De inhoud van de zorg is gestoeld op de meest recente kennis. Personeel benadert alle patiënten in het ziekenhuis gelijkwaardig, respectvol en vrij van oordelen.

Medisch specialisten en verpleegkundigen moeten ten minste in staat zijn psychiatrische aandoeningen op te merken en te beoordelen of een psychiatrisch consult nodig is.

Bron: van der Meer, R. Tweedeling spoedzorg doet patiënt tekort. Medisch Contact 2016 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/Tweedeling-spoedzorg-doet-patient-tekort.htm>.

Door scholing worden behandelaars beter toegerust om patiënten respectvol en vrij van oordelen te blijven bejegenen. In een ziekenhuis zou daarom op reguliere basis (bij)scholing van professionals over psychiatrische comorbiditeit plaats moeten vinden, ten minste op de spoedeisende hulp (SEH). Dit werkt destigmatiserend

Bron: Kenniscentrum Phrenos, Stichting Samen Sterk zonder Stigma, en GGZ Drenthe, Wegwijzer Stigmabestrijding in de GGZ. 2014.

en houdt de (ziekenhuis)zorg toegankelijk voor patiënten met psychiatrische comorbiditeit.

Dit onderwerp wordt nader uitgewerkt in:

- Vroege onderkenning en preventie
- Competenties
- Achtergronddocument Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis

2.2.5. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening

Tijdigheid

Tijdigheid is van belang in alle fasen van het behandelproces: van vroege onderkenning, tot diagnostiek, behandeling en overdracht. Patiënten lijden niet door onnodig lange wachttijden; dit geldt zowel voor de MPU,

een (poli)klinisch consult als spoedbeoordeling op de SEH. Bij voorkeur wordt een consult zo vroeg mogelijk aangevraagd, voordat er een 'crisis' is ontstaan. De consultgever is vervolgens ook snel ter plaatse. Na afronding van de behandeling vindt tijdige overdracht plaats, niet alleen op medisch vlak maar ook tussen andere betrokken disciplines.

Dit onderwerp wordt nader uitgewerkt in:

- Vroege onderkenning en preventie
- Diagnostiek en indicatiestelling
- Betrokken zorgverleners

2.2.6. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Ruimtelijke faciliteiten

Ruimtelijke faciliteiten maken een goede (spoed)beoordeling mogelijk; aan de patiënt en zijn naasten wordt een veilige, rustige omgeving geboden, met privacy voor de patiënt.

Dit onderwerp wordt nader uitgewerkt in:

- Vroege onderkenning en preventie
- Organisatie van zorg Competenties

2.2.7. Niet geprioriteerde kwaliteitscriteria

Niet alle kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief zijn overgenomen als aanbeveling of indicator in [Inhoud van zorg](#), [Organisatie van zorg](#), en [Kwaliteitsindicatoren](#) van de generieke module. Het toepassen van dwang- en drangmaatregelen en het thema kosteneffectiviteit zijn niet in deze generieke module geprioriteerd als waarde of speerpunt. Over dwang en drang wordt een separate generieke module ontwikkeld. Kosten van implementatie zijn wel onderwerp van de [haalbaarheidsstudie](#) naar deze generieke module.

3. Zorg rondom ziekenhuispsychiatrie

3.1. Inleiding

Zorg rondom ziekenhuispsychiatrie vangt aan met een toelichting op [Donabedian's model](#) voor het evalueren van kwaliteit van zorg. Vervolgens worden [Kernelementen van ziekenhuispsychiatrische zorg](#) weergegeven: indicaties, interventies en de setting. In [Zorgprofielen](#) wordt de zorgprofielmatrix geïntroduceerd. Deze [matrix](#) geeft een indeling van de verschillende zorgvragen in relatie tot het zorgaanbod. Hierdoor wordt de samenhang tussen ziekenhuispsychiatrische zorg en zorg op de verschillende somatische afdelingen, de SEH, psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) en psychiatrische universitaire kliniek (PUK) benadrukt. De matrix is tevens een hulpmiddel om geïntegreerde zorg voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit af te bakenen van 'enkelvoudige' zorgvragen.

3.1.1. Model

De Generieke module Ziekenhuispsychiatrie maakt gebruik van Donabedian's model voor het evalueren van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van zorginstellingen.

Bron: Donabedian, A., Evaluating the quality of medical care (1966 repub). Milbank Q, 2005. 83(4): p. 691-729.

Uitgangspunt in Donabedian's model is dat kwaliteit van medische zorg wordt gemeten aan de hand van vooraf gedefinieerde waarden en daaraan verbonden doelen. Hieronder zie je een overzicht van de voor deze generieke module geprioriteerde waarden (zie ook [Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden](#)).

Waarden

1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

De waarden en doelen worden voor wat betreft inhoud en organisatie van zorg uitgewerkt in [Inhoud van de zorg](#) en [Organisatie van zorg](#). Vervolgens kan met behulp van structuur-, proces en uitkomstindicatoren (zie [Kwaliteitsindicatoren](#)) worden vastgesteld of de zorg ook aan deze doelen en waarden voldoet.

3.1.2. Kernelementen van de zorg

Doelgroep en klinische problemen

De patiëntenpopulatie met somatische-psihiatrische comorbiditeit is heterogeen van aard, bijvoorbeeld wat betreft aandoeningen, symptomen, functioneren en leeftijd. De inhoud van de zorg is dus per definitie maatwerk, waarbij als er sprake is van [complexe somatisch-psihiatrische comorbiditeit](#) geïntegreerde zorg een middel is om zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven te verbeteren en zorggebruik en kosten te reduceren.

Bron: Kathol, R., et al., Epidemiologic trends and costs of fragmentation. Med Clin North Am, 2006. 90(4): p. 549-72.

Tabel hieronder geeft een overzicht van de klinische problemen waarbij psihiatrische expertise in het ziekenhuis geboden kan zijn. De tabel is gebaseerd op "The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting"

Bron: Bronheim, H.E., et al., The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. Psychosomatics, 1998. 39(4): p. S8-S30.

en het 'Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry

Bron: Leigh, H., Streltzer, J., Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. 2015, Springer International Publishing.

en aangepast naar aanleiding van de commentaarrondes.

1. Agressie, agitatie, impulsiviteit en andere gedragsproblemen	15. Nagebootste stoornis
2. Angst of paniek	16. Psychotische symptomen
3. Alcohol- en drugsmisbruik, inclusief intoxicatie met en onttrekking van middelen	17. Slaapstoornissen
4. Suicidaal gedrag	18. Maligne neurolepticasyndroom
5. Een veranderd bewustzijn	19. Katatonie
6. Patiënt-staf interactieproblemen	20. Psychofarmacologie bij patiënten met een somatische aandoening
7. Beoordelen van een psychiatrische voorgeschiedenis	21. Zwangerschapsgerelateerde psychiatrie
8. Delirium	22. Psychiatrische zorg op de intensive care
9. Dementie of cognitieve beperking	23. Psychiatrische manifestaties van somatische en in het bijzonder neurologische aandoeningen
10. Depressie	24. Wettelijke en bestuurlijke dienstverlening/advisering, zoals medebeoordeling van de wilsbekwaamheid en onvrijwillige opname er sprake is van (een vermoeden op) psychiatrische problematiek
11. Eetstoornissen	
12. Persoonlijkheidsstoornissen	
13. Posttraumatische-stressstoornis	
14. Somatisch-symptoomstoornissen en pijn	

Tabel: Problemen waarvoor psychiatrische expertise in het ziekenhuis geboden kan zijn

Rollen van de psychiater in het ziekenhuis

De psychiater voert als medisch specialist diagnostiek, advisering en/of (mede)behandeling uit bij patiënten in het ziekenhuis. Psychiatrie is een van de Nederlandse poortspecialismen.

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit. NR/CU-209 Regeling medisch specialistische zorg. 2012 Geraadpleegd op 16 augustus 2016; beschikbaar op: <http://www.nza.nl/>.

Eén van de belangrijkste klinische functies van de ziekenhuispsychiater op de niet-psychiatrische afdelingen van het ziekenhuis is het faciliteren van de somatische behandeling; dit is veelal de primaire reden dat de patiënt in het ziekenhuis komt. In de rol van consultgever heeft de ziekenhuispsychiater twee meesters: de patiënt en de consultvrager. Voor de dokter staat het belang van de patiënt voorop. De verplichting richting de consultvrager behelst het dienen van het belang van de consultvrager, het betreffende ziekenhuis en de maatschappij als geheel.

Bron: Leigh, H., Nature and evolution of consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine. 2015. p. 3-10.

Historisch betekende de 'liaisonrol' dat een psychiater werkte binnen een somatisch medisch team. Tegenwoordig wordt hieronder ook verstaan:

Bron: Leigh, H., Nature and evolution of consultation-liaison psychiatry and psychosomatic medicine. 2015. p. 3-10.

- Het verspreiden van kennis en vaardigheden aan patiënten, artsen, verpleegkundigen, het steunsysteem van de patiënt en het gezondheidszorgsysteem. In opleidingsziekenhuizen behelst de onderwijsfunctie daarnaast het opleiden van artsen in opleiding tot specialist, een bijdrage leveren aan opleiding tot GZ-psycholoog of klinisch psycholoog en de opleiding van studenten van verschillende disciplines;
- Het verbinden van somatische en psychiatrische kennis en vaardigheden en het faciliteren van communicatie en begrip tussen patiënt en staf;
- Wettelijke en bestuurlijke dienstverlening en advisering, zoals medebeoordeling van de wilsbekwaamheid en onvrijwillige opname wanneer er sprake is van (een vermoeden op) psychiatrische problematiek. Zie ook:

Tabel: Problemen waarvoor psychiatrische expertise in het ziekenhuis geboden kan zijn, punt 24.

Tot slot kan de psychiater op zijn of haar 'eigen' afdeling (polikliniek, dagbehandeling, MPU, kliniek van PAAZ of PUK) en in sommige gevallen op de SEH, hoofd- of regiebehandelaar zijn (zie [Verantwoordelijkheidsverdeling in het ziekenhuis](#)).

Rollen van de CPV en VS ggz in het ziekenhuis

De consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV) geeft adviezen aan collega-verpleegkundigen in het ziekenhuis, gericht op het oplossen of voorkomen van (aan patiënten gerelateerde) werkproblemen. Van "consultatie" spreekt men als er door de hulpverleners over een patiënt en/of patiënt gerelateerde werkproblemen wordt gesproken zonder dat de patiënt gezien wordt door de consultgever. Interventies van verpleegkundigen zijn gericht op het vergroten van kennis, vaardigheden en inzicht van de consultvrager. Daarmee dragen ze bij aan de liaisonfunctie van de psychiater, zoals hierboven omschreven. In direct patiëntencontact kunnen CPV's bijdragen aan de follow-up van patiënten. Zie ook [Verpleegkundige competenties](#).

3.1.3. Zorgprofielen

Ziekenhuispsychiatrische patiëntenzorg is, gezien de grote variatie aan combinaties van aandoeningen en zorgvraagwaarte, maatwerk. Toch zijn wel generieke zorgprofielen aan te merken die de zorg nader omschrijven. Met behulp van deze zorgprofielen kunnen interventies en de bijbehorende inclusie- en exclusiecriteria worden uitgewerkt naar mate van complexiteit.

De werkgroep is van mening dat de zorgprofielen hier vooral dienen als afbakening van de ziekenhuispsychiatrie 'in engere zin' ([Ziekenhuispsychiatrie](#)) ten opzichte van enkelvoudige zorgvragen, en niet zozeer om specifieke interventies te definiëren. Zoals eerder besproken, bestaat overlap met aanpalende indicatiegebieden ([Raakvlakken met andere disciplines](#)). De zorgprofielen zijn opgebouwd uit een zorgvraag en een zorgintensiteit, waardoor duidelijker wordt welke mate van zorg, setting en benodigde expertise past bij de behoefte(n) van een individuele patiënt.

3.1.4. Zorgvragen

De tabel, Zorgvragen in de ziekenhuispsychiatrie, hieronder beschrijft verschillende psychiatrische zorgvragen zoals die zich kunnen voordoen in een ziekenhuisomgeving. De tabel is een hulpmiddel bij de afbakening van zorgvragen die wel (donkerblauwe cellen) en niet (lichtblauwe cellen) tot de ziekenhuispsychiatrie 'in engere zin' behoren. Zie voor de definitie ook [Ziekenhuispsychiatrie](#). De lichtblauw gekleurde cellen tonen de overgang naar 'enkelvoudige' (niet comorbide) zorgvragen. Met enkelvoudig wordt hier bedoeld: enkel op somatisch of enkel op psychiatrisch gebied. In die overgang kan nog sprake zijn van een ziekenhuispsychiatrische indicatie aan de hand van de criteria genoemd onder [Zorgprofielen – Zorgintensiteit](#).

Een zorgvraag kan acuut of chronisch zijn op zowel somatisch (kolommen) als psychiatrisch gebied (rijen), bij bekende of onbekende aandoeningen. Ter illustratie zijn per zorgvraag korte klinische vignetten weergegeven, gekoppeld aan de diagnostische groepen uit [Doelgroepen](#):

1. Psychiatrische presentatie van somatische ziekte
2. Psychiatrische complicatie van somatische ziekte of de behandeling daarvan
3. Somatische presentatie van psychiatrische aandoening
4. Somatische complicatie van psychiatrische ziekte of behandeling
5. Comorbide somatische en psychiatrische aandoeningen

Naar deze groepen wordt in de tabel met de betreffende Romeinse cijfers verwezen. Ter verduidelijking zijn in de tabel klinische vignetten weergegeven, gekoppeld aan de diagnostische categorieën uit [Doelgroepen](#). Deze vignetten dekken vanwege de vele mogelijke combinaties van aandoeningen echter slechts een klein deel van

het indicatiegebied.

	ACUUT ONBEKEND SOMATISCH	ACUUT BEKEND SOMATISCH	CHRONISCH SOMATISCH	GEEN SOMATISCHE MORBIDITEIT (MEER)
ACUUT ONBEKEND PSYCHIATRISCH	<i>Bijvoorbeeld</i> I Anti-NMDA-encefalitis die zich presenteert met maniforme psychose II Mammacarcinoom in de voorgeschiedenis en cognitieve stoornissen IV Acute invaliderende lichamelijke klachten, mogelijk op basis van conversie/nagebootste stoornis/SOLK	<i>Bijvoorbeeld</i> II De patiënt die verward raakt na een hartoperatie II De kankerpatiënt die het leven niet meer ziet zitten II Een patiënt die bij ernstige exacerbatie COPD last krijgt van paniekaanvallen	<i>Bijvoorbeeld</i> VI De patiënt met diabetes die zichzelf toenemend verwaarloost en zijn bloedsuikers niet goed meer reguleert I Psychotische ontregeling bij Ziekte van Parkinson op basis van infectie	<i>Bijvoorbeeld</i> Patiënt die na een auto-intoxicatie somatisch is vrijgegeven maar aanhoudend suïcidaal is
<i>zorgvraagnummer</i>	1	2	3	4
ACUUT BEKEND PSYCHIATRISCH	<i>Bijvoorbeeld</i> VI Verdenking maagcancinoom bij een depressieve patiënt VI De hoogzwangere vrouw met een ontregeling van haar bipolaire stoornis	<i>Bijvoorbeeld</i> VI Patiënt met een recidief ernstige depressie die daardoor behandeling voor pneumonie weigert VI De hoogzwangere vrouw met een ontregeling van haar bipolaire stoornis	<i>Bijvoorbeeld</i> VI Recidief depressie bij SLE	<i>Bijvoorbeeld</i> Depressie bij gecorrigeerde ernstige ondervoeding
<i>zorgvraagnummer</i>	5	6	7	8
CHRONISCH PSYCHIATRISCH	<i>Bijvoorbeeld</i> V Bipolaire stoornis + nierfalen bij lithium V Zorgmijdende psychotische patiënt met (verdenking op het) syndroom van Wernicke V (Verdenking op het) maligne neuroleptica syndroom	<i>Bijvoorbeeld</i> VI Persoonlijkheidsstoornis en ontregeling diabetes mellitus VI Acute hartfalen bij chronisch opgenomen psychotische patiënt met schizofrenie	<i>Bijvoorbeeld</i> V Schizo-affectieve stoornis + metabool syndroom bij antipsychotica	<i>Bijvoorbeeld</i> Herstelde botbreuken na sprong vanuit aanhoudende psychose
<i>zorgvraagnummer</i>	9	10	11	12
GEEN PSYCHIATRISCHE MORBIDITEIT (MEER)	<i>Bijvoorbeeld</i> In de verre voorgeschiedenis eenmalige depressie nu diagnostiek darmobstructie	<i>Bijvoorbeeld</i> Hersteld delirium bij nog verder te behandelen pneumonie	<i>Bijvoorbeeld</i> Herstelde steroidpsychose bij COPD	
<i>zorgvraagnummer</i>	13	14	15	

Tabel: Zorgvragen in de ziekenhuispsychiatrie.

De lichtblauwe cellen in de tabel hierboven tonen de overgang naar enkelvoudige zorgvragen, waarin nog steeds sprake kan zijn van een psychiatrische hulpvraag in het ziekenhuis aan de hand van de criteria genoemd onder [Zorgprofielen - Zorgintensiteit](#).

3.1.5. Zorgintensiteit

De zorgintensiteit is afhankelijk van de ernst van de bedreigingen, zowel veroorzaakt door de somatische aandoening als door het psychiatrisch toestandsbeeld en/of de gedragsproblemen en met name ook de interactie tussen beide (zie [Patiënten met psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis](#)).

Grotere zorgintensiteit stelt zwaardere eisen aan de fysieke omgeving en noodzakelijke verpleegkundige zorg. Afhankelijk van de noodzakelijke zorgintensiteit kunnen patiënten behandeld worden binnen verschillende ziekenhuispsychiatrische settings: polikliniek, dagbehandeling, consultatieve psychiatrie (inclusief SEH) en Medisch Psychiatrische Unit. Bepaalde zorgvragen kunnen, zoals te zien in de zorgprofielmatrix (Tabel –

[Zorgprofielmatrix](#)), in meerdere settings beantwoord worden. De setting wordt bepaald door:

- De ernst van het lijden op zowel somatisch als psychiatrisch vlak en daaruit voortvloeiend;
- de benodigde intensiteit en complexiteit van verpleegkundige zorg;
- de eisen aan fysieke omgeving en beschikbare materialen.
- De mate van functioneren van de patiënt;
- De voorkeur en bereidheid van de patiënt en diens omgeving en;
- De beschikbare (alternatieve) mogelijkheden.

A. Polikliniek

Voor behandeling op de polikliniek (zorgintensiteit A) geldt dat zowel de somatische als de psychiatrische zorgvraag in een poliklinische setting kan worden beantwoord. Het betreft patiënten met een lage tot matige somatische zorgvraagzwaarte en een lage tot matige psychiatrische zorgintensiteit.

Medische en/of verpleegkundige follow-up van deze patiënten kan in frequentie variëren van wekelijks tot jaarlijks, afhankelijk van de ernst en actualiteit van de bedreigingen en de voorkeuren van de patiënt. Langer durende poliklinische (na)zorg in het ziekenhuis kan – gezien de complexiteit van de problematiek – tot de opties behoren.

B. Dagbehandeling

Zorgintensiteit B (dagbehandeling) bevindt zich tussen polikliniek en Medisch Psychiatrische Unit in. Het betreft patiënten met een lage tot matige somatische zorgintensiteit en een matige tot grote psychiatrische zorgintensiteit.

Medische follow-up van deze patiënten kan variëren van dagelijks tot enkele keren per maand, afhankelijk van de ernst en actualiteit van de bedreigingen en de voorkeuren van de patiënt.

C. Consultatieve en/of spoedeisende psychiatrie

Bij zorgintensiteit C (consultatief en/of spoedeisend) is er per definitie een somatische opname-indicatie of spoedeisende hulpvraag. Het betreft patiënten met een matige tot grote somatische zorgintensiteit en een lage tot matige psychiatrische zorgintensiteit. In de spoedeisende situatie kan ook sprake zijn van een 'enkelvoudige' psychiatrische zorgvraag, waarbij er geen onmiddellijk te identificeren somatische zorgvraag is.

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie adviseert vervolcontacten te verrichten indien na een eerste consult een advies tot verdere diagnostiek of behandeling gegeven wordt. Vervolgcontacten dienen ook om na te gaan of de gegeven adviezen voor diagnostiek en behandeling daadwerkelijk zijn opgevolgd, zo nodig hierop aan te dringen of hier zelf zorg voor te dragen.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Medische of verpleegkundig specialistische follow-up van deze patiënten kan variëren van meerdere keren per dag tot wekelijks, afhankelijk van de ernst en actualiteit van de bedreigingen en de voorkeuren van staf en patiënt. Regelmatig zal ook sprake zijn van een eenmalig intercollegiaal consult.

De responstijd in de spoedeisende setting is genormeerd in procesindicator P4 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#) en [Tijdscheiding zorgverlening](#)).

D. Medisch Psychiatrische Unit

Wanneer zowel de somatische als de psychiatrische zorgvraag een klinische opname vereisen, of de negatieve interactie tussen beide zorgvragen een klinische opname noodzakelijk maakt, is er sprake van zorgintensiteit D (MPU). Het betreft patiënten met matige tot grote somatische zorgintensiteit en matige tot grote psychiatrische zorgintensiteit.

De Veldnormen Medisch Psychiatrische Units

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014
Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>

geven aan welke zorgvragen dan beantwoord kunnen worden. De medische follow-up is hier eenmaal per dag of intensiever; verpleegkundige zorg is continu beschikbaar.

3.1.6. Zorgprofielmatrix

In de zorgprofielmatrix (Tabel hieronder) worden de zorgvragen uit tabel Geprioriteerde waarden achter goede ziekenhuispsychiatrische zorg gecombineerd met de zorgintensiteiten tot zorgprofielen (An, Bn, Cn en Dn). Voor de volledigheid staan ook de grensgebieden aan somatische en psychiatrische zijde vermeld in tabel Zorgprofielmatrix hieronder.

ZORGINTENSITEIT						
	A <i>polikliniek</i>	B <i>dagbehandeling</i>	C <i>Consultatief en/of spoedeisend</i>	D <i>MPU</i>	PAAZ/PUK	Somatische ziekenhuiszorg
ZORGVRAGEN	1			D1		
	2		C2	D2		
	3	A3	B3	C3	D3	
	4				4	
	5		C5	D5		
	6		C6	D6		
	7	A7	B7	C7	D7	
	8				8	
	9	A9	B9	C9	D9	
	10		C10	D10		
	11	A11	B11			
	12				12	
	13					13
	14					14
	15					15

Tabel: Zorgprofielmatrix

3.2. Vroege onderkenning en preventie

Vroege onderkenning van (een risico op) psychiatrische comorbiditeit is van belang omdat psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis bij tenminste 25% van de patiënten voorkomt,

Bron: Maroufi, M., et al., Consultation-liaison psychiatry in a general hospital. J Res Med Sci, 2006. 11(3): p. 193-197.

Happell, B., M. Summers, en J. Pinikahana, Measuring the effectiveness of the national Mental Health Triage Scale in an emergency department. *Int J Ment Health Nurs*, 2003. 12(4): p. 288-92.

zie [Patiënten met psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis](#).

Psychiatrische comorbiditeit kan complicerend zijn voor de somatische behandeling en/of kan het beloop van zowel de somatische als de psychiatrische aandoening ongunstig beïnvloeden: er is een grotere kans op complicaties, mortaliteit en hogere zorgconsumptie.

Bron: Kathol, R., et al., Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am*, 2006. 90(4): p. 549-72.

Omdat psychiatrische comorbiditeit effectief kan worden behandeld, kunnen bij tijdige interventie slechte uitkomsten beperkt of voorkomen worden.

Eenvoudige preventieve interventies en kortdurende behandelinterventies, lijken in de praktijk het meest effectief als deze worden uitgevoerd door de behandelaar met wie de patiënt al een behandelrelatie heeft. Dit betreft in het ziekenhuis vaak de somatisch medisch specialist. Na signalering en screening hoeft doorverwijzen dus niet per se het doel te zijn. Wel moet een meer gespecialiseerde hulpverlener beschikbaar zijn om op indicatie de benodigde diagnostiek en indicatiestelling te verrichten; dit onderwerp komt in [Diagnostiek en indicatiestelling](#) aan de orde. Signalering en screening vindt voornamelijk plaats op de Spoedeisende Hulp, in de setting van een somatische polikliniek of in de consultatieve setting.

Aan de hand van de geprioriteerde waarden (tabel hieronder) is uitgewerkt hoe de vroege onderkenning van psychiatrische comorbiditeit en een eventuele aanvullende zorgbehoefte verbeterd kunnen worden (zie [Signalering](#)). Ook wordt de wetenschappelijke bewijsvoering rond algemene screening op psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis besproken in [Screening](#). Een derde manier om dit klinische 'probleem' te benaderen is uitgaan van somatische richtlijnen, eveneens besproken in [Screening](#).

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Vroege onderkenning en preventie adresseert

3.2.1. Signalering

Signalering draait om het herkennen van de eerste aanwijzingen dat er sprake kan zijn van psychiatrische comorbiditeit en daarmee gepaard gaand een aanvullende zorgbehoefte.

Bijvoorbeeld:

- In sommige ziekenhuizen wordt het bezoek aan de Spoedeisende Hulp als aanleiding gezien om te screenen op problematisch alcoholgebruik met behulp van Audit-C en MAST.
- In de VMS-afspraken en door de IGZ is vastgelegd dat de opname van een patiënt met een leeftijd van boven de 70 jaar reden is om te screenen op delirium.

Als niet is vastgelegd bij welke specifieke signalen de zorgbehoefte verder moet worden gescreend dan is

signalering vaak gebaseerd op de intuïtie van de behandelaar of eventueel op het verzoek van de patiënt. Vooral op de SEH wordt psychiatrische comorbiditeit echter regelmatig over het hoofd gezien.

Bron: Happell, B., M. Summers, en J. Pinikahana, Measuring the effectiveness of the national Mental Health Triage Scale in an emergency department. *Int J Ment Health Nurs*, 2003. 12(4): p. 288-92.

Liaisonfunctie

Om vroege herkenning van psychiatrische comorbiditeit te verbeteren is het van belang dat de ziekenhuispsychiatrie een liaisonfunctie vervult. In dit kader behelst die functie enerzijds het opzetten van vaste samenwerkingsverbanden

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

en anderzijds het onderwijzen van collegae medisch specialisten, arts-assistenten en verpleegkundigen over signaleren van psychiatrische comorbiditeit en een eventuele aanvullende zorgbehoefte.

Bron: Leigh, H., Streltzer, J., *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2015, Springer International Publishing.

Participatie in de medische staf en deelname aan ziekenhuiscommissies kan hier eveneens aan bijdragen (zie ook [Kernelementen van de zorg - Rollen van de psychiater in het ziekenhuis](#)). De werkgroep adviseert bij het invullen van de liaisonfunctie, aansluiting te zoeken bij de (somatische) aandachtsgebieden en de bestaande patiëntenpopulatie van het ziekenhuis.

Scholing van niet-psychiatrisch opgeleide medische en verpleegkundige disciplines

Scholing van niet-psychiatrisch opgeleide medische en verpleegkundige disciplines kan helpen de signalering van psychiatrische comorbiditeit te vergroten.

Bron: Tadros, G., et al., Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist*, 2013. 37(1): p. 4.

Het verzorgen van structurele scholingsactiviteiten zorgt voor goede inbedding in de ziekenhuisorganisatie: naamsbekendheid, versterking van samenwerkingsverbanden en makkelijker en laagdrempeliger 'vindbaar' en 'aanspreekbaar' zijn. Ook kan scholing helpen om stigmatisering tegen te gaan.

Bron: Kenniscentrum Phrenos, Stichting Samen Sterk zonder Stigma, en GGZ Drenthe, *Wegwijzer Stigmabestrijding in de GGZ*. 2014.

In de visie van de werkgroep verdient het aanbeveling de scholing primair te richten op medewerkers die het vaakst te maken hebben met comorbide ernstige psychiatrische problematiek en gedragsstoornissen, zoals de SEH waar naar schatting 1-9% van de patiënten een comorbide psychiatrische aandoening heeft.

Bron: Morphet, J., Innes, K., Munro, I., O'Brien, A., Gaskin, C.J., Reed, F. et al., Managing people with mental health presentations in emergency departments—A service exploration of the issues surrounding responsiveness from a mental health care consumer and carer perspective. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2012. 15: p. 148-155.

Centers for Disease Control and Prevention. *Emergency Department Visits by Patients with Mental Health*

Disorders. Morbidity and Mortality Weekly Report 2013 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6223a4.htm>.

Letsel Informatie Systeem. Acute zorg→Cijfers & Context→Gebruik acute zorg. 2013 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/gebruik-acute-zorg-node-gebruik-seh-naar-diagnose>.

Naar aanleiding van de bevindingen in het achtergronddocument [Haalbaarheidsonderzoek](#) is structuurindicator S3 over het aanbieden van een scholingsprogramma voor niet-psychiatrische disciplines beperkt tot de SEH (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)). In het achtergronddocument [Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis](#) vindt u een lijst van onderwerpen. Het overzicht is niet uitputtend, maar kan gebruikt worden voor het richten van onderwijsactiviteiten. Organisatorische aspecten van dit onderwijs zijn uitgewerkt in [Competenties](#).

3.2.2. Screening

Screening op psychiatrische aandoeningen in het ziekenhuis is alleen zinvol als het screeningsinstrument aan bepaalde criteria voldoet:

1. Er is een voldoende hoge prevalentie;
2. De aandoening waarop gescreend wordt moet in potentie ernstige consequenties hebben voor de patiënt;
3. De test moet nauwkeurig zijn met een klein risico op vals positieven om onnodige diagnostiek, kosten en bijwerkingen zoals stigmatisering te voorkomen;
4. De test moet bij voorkeur goedkoop, simpel en acceptabel voor de patiënt zijn;
5. Een effectieve behandelmethode is beschikbaar; en
6. Behandeling van de aandoening na detectie door screening moet een beter resultaat opleveren dan behandeling na routinematige klinische presentatie. De voordelen in verhouding tot de potentiële schade moeten liefst consequent zijn aangetoond binnen kwalitatief hoogwaardige gerandomiseerde, gecontroleerde studies met een voldoende lange follow-up.

Literatuuronderzoek

De werkgroep voerde een literatuuronderzoek uit naar algemene screening op psychiatrische comorbiditeit bij volwassenen en ouderen in de consultatieve en liaisonpsychiatrie en MPU's. Een volledige beschrijving van de zoekactie vindt u in het achtergronddocument [Syntax literatuuronderzoek](#). Een beperking van dit onderzoek is dat het zich richt op algemene screening en dat artikelen over specifieke aandoeningen en populaties zijn geëxcludeerd.

Aanbevelingen ten aanzien van screening

De literatuur beschrijft verschillende generieke instrumenten om somatische en psychiatrische gezondheidsrisico's en -behoeften in kaart te brengen. De meeste instrumenten richten zich op psychiatrische gezondheid

Bron: Clarke, D.M., G.C. Smith, en H.E. Herrman, A comparative study of screening instruments for mental disorders in general hospital patients. INT J PSYCHIATRY MED, 1993. 23(4): p. 323-337.

Fink, P., et al., A brief diagnostic screening instrument for mental disturbances in general medical wards. J Psychosom Res, 2004. 57(1): p. 17-24.

Lee, M.B., et al., Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. J Formos Med Assoc, 2003. 102(10): p. 687-94.

Schmitz, N., et al., Properties of the Symptom Check List (SCL-90-R) in a psychosomatic consultation-liaison setting. Psychol Rep, 2002. 90(3 Pt 2): p. 1201-1207.

Schriger, D.L., et al., Failure of a patient-centered intervention to substantially increase the identification and referral for treatment of ambulatory emergency department patients with occult psychiatric conditions: a randomized trial. BMC Emerg Med, 2005. 5(1): p. 2.

met specifieke screeningsinstrumenten voor bijvoorbeeld depressie,

Bron: Fritzsche, K., et al., The psychosocial evaluation of medically-ill inpatients - accordance between mental disorders and self-rated psychosocial distress. Psychosoc Med, 2005. 2: p. Doc11.

of zijn gericht op een specifieke doelgroep, zoals patiënten met astma, kanker, multipele sclerose, dementie, hart- en vaatziekten of psychiatrische aandoeningen.

Bron: Asadi-Lari, M. en D. Gray, Health needs assessment tools: progress and potential. Int J Technol Assess Health Care, 2005. 21(3): p. 288-97.

Boutin-Foster, C., S.J. Ferrando, en M.E. Charlson, The Cornell Psychiatric Screen: A brief psychiatric scale for hospitalized medical patients. Psychosomatics, 2003. 44(5): p. 382-387.

Onderzoek, onder andere op de SEH,

Bron: Murphy, J.G., G.S. Fenichel, en S. Jacobson, Psychiatry in the emergency department: factors associated with treatment and disposition. Am J Emerg Med, 1984. 2(4): p. 309-314.

laat zien dat het van belang is om binnen het ziekenhuis niet alleen te screenen op somatische en psychiatrische, maar ook op sociale complexiteit.

Bron: Murphy, J.G., G.S. Fenichel, en S. Jacobson, Psychiatry in the emergency department: factors associated with treatment and disposition. Am J Emerg Med, 1984. 2(4): p. 309-314.

de Jonge, P., et al., Referral pattern of neurological patients to psychiatric Consultation-Liaison Services in 33 European hospitals. Gen Hosp Psychiatry, 2001. 23(3): p. 152-157.

In het verleden bleek toepassing van de Complexity Prediction Instrument (COMPRI) als een screener gevolgd door afname van het INTERMED Complexity Assessment Grid (IMCAG) interview

Bron: Huyse, F.J., et al., 'INTERMED': A method to assess health service needs. I. Development and reliability. Gen Hosp Psychiatry, 1999. 21(1): p. 39-48.

een goede trapsgewijze manier om biopsychosociaal complexe patiënten te detecteren bij interne geneeskunde

Bron: de Jonge, P., C.H. Latour, en F.J. Huyse, Implementing Psychiatric Interventions on a Medical Ward: Effects on Patients' Quality of Life and Length of Hospital Stay. Psychosomatic Medicine, 2003. 65(6): p. 997-1002.

maar ook bij nefrologie en maag-, darm en leverziekten.

Bron: de Jonge, P., C.H. Latour, en F.J. Huyse, Implementing Psychiatric Interventions on a Medical Ward: Effects on Patients' Quality of Life and Length of Hospital Stay. *Psychosomatic Medicine*, 2003. 65(6): p. 997-1002.

De COMPRI en de IMCAG kunnen worden afgenomen door getrainde zorgverleners. De INTERMED-methode ondersteunt vervolgens klinische besluitvorming, waarbij een verpleegkundige een coördinerende rol speelt.

Bron: Latour, C.H., et al., A method to provide integrated care for complex medically ill patients: the INTERMED. *Nurs Health Sci*, 2007. 9(2): p. 150-7.

Nadeel van voornoemde instrumenten is de tijdsinvestering. Onlangs is er een zelfinvulversie van de IMCAG ontwikkeld en gevalideerd, de INTERMED Self-Assessment (IMSA), die als tijdbesparend alternatief voor de IMCAG kan worden ingezet. De IMSA wordt ingevuld door de patiënt zelf, zo nodig met ondersteuning van familie of zorgverlener.

Er is enig bewijs dat verbetering van deze algemene screening de totale effectiviteit van behandeling verhoogt. Het risico op vals-positieven ligt echter rond de 50%

Bron: Thombs, B.D., et al., Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Jama*, 2008. 300(18): p. 2161-71.

en de voordelen in verhouding tot de potentiële schade zijn nog niet voldoende aangetoond in gerandomiseerde, gecontroleerde studies. Het invoeren van generieke screeninginstrumenten wordt door de werkgroep daarom niet legitiem geacht.

De werkgroep adviseert naar aanleiding van het literatuuronderzoek dus geen generieke screening bij alle ziekenhuispatiënten. Wel adviseert de werkgroep om specifieke screeningsactiviteiten op te zetten in geselecteerde patiëntenpopulaties, gericht op detectie van de meest voorkomende psychiatrische problemen en het vroegtijdig opsporen van 'complexe' patiënten.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Achtergronddocument [Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis](#) geeft een overzicht van de aanbevelingen die richtlijnen over somatische aandoeningen doen ten aanzien van opsporing en behandeling van psychiatrische comorbiditeit. Screening zou bij uitstek plaats moeten vinden op de somatische afdelingen. Verantwoording van de totstandkoming is te vinden in [Relevante richtlijnen](#)- Psychiatrische, psychologische en psychosociale zorg bij een somatische indexaandoening en achtergronddocument [Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#).

Andere praktische handreikingen om screening in geselecteerde populaties uit te werken, zijn (zie [Signalering](#)):

- Aansluiten bij de (somatische) aandachtsgebieden/de patiëntenpopulatie van het ziekenhuis;
- Het opzetten van vaste, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden waarin vroege herkenning een van de doelen is;
- Implementatie van de richtlijnadviezen uit achtergronddocument Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

Bovenstaande betekent dus concreet dat de keuze voor de focus van screeningsprogramma's gericht op psychiatrische comorbiditeit afhankelijk zijn van de (somatische) patiëntenpopulaties die in het betreffende ziekenhuis behandeld worden.

3.3. Diagnostiek

In deze paragraaf worden de kwaliteitsaspecten bij diagnostiek, indicatiestelling en behandeling beschreven aan de hand van de geprioriteerde waarden (Tabel hieronder). Ook worden kwaliteitsindicatoren geformuleerd.

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Diagnostiek en indicatiestelling adresseert

Kenmerkend voor de aard van de ziekenhuispsychiatrische problematiek, is dat de diagnostiek vaak en bij voorkeur multidisciplinair van opzet is. Verschillende medisch specialisten (in opleiding), verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, klinisch (neuro)psychologen, GZ-psychologen, ziekenhuisapothekers, klinisch farmacologen en andere paramedische en psychosociale disciplines kunnen betrokken zijn. Afhankelijk van de behandelfase waarin de patiënt zich bevindt, is de inzet van al deze verschillende professionals meer of minder vereist.

Bij een verdenking op [Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#) vindt diagnostiek plaats door of onder supervisie van de psychiater. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zowel het medisch-psychiatrische als het biopsychosociale model.

Bron: Fonds Psychische Gezondheid. Over het bio-psycho-sociale model. 2016 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.psychischegezondheid.nl/page/204/bio-psycho-sociale-model.html>.

Engel, G.L., The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977. 196(4286): p. 129-36.

Shah, P. en D. Mountain, The medical model is dead – long live the medical model. The British Journal of Psychiatry, 2007. 191(5): p. 375-377.

De psychiater stelt de psychiatrische diagnose(n) vast en classificeert volgens de Diagnostic and Statistic Manual of International Classification of Diseases.

Bron: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5). 2013.

World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD-10). Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

Klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen kunnen binnen hun deskundigheidsgebied diagnosticeren. Eventueel kunnen de gevolgen van de ziekte en beperkingen voor het dagelijks leven van de patiënt worden geclassificeerd volgens de International Classification of Health and Functioning (ICF).

Bron: WHO Family of International Classifications, Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health 2007, Bohn Stafleu van Loghum.

Als sprake is van een behandelindicatie, hangt de keuze voor een setting zoals beschreven in [Zorgprofielen](#) en [Zorgintensiteit](#) af van: de mate van functioneren van de patiënt, de ernst van het lijden op zowel somatisch als psychiatrisch vlak (inclusief verpleegkundige complexiteit en eisen aan de fysieke omgeving), de voorkeur en de bereidheid van de patiënt en diens omgeving.

3.3.1. Goede samenwerking tussen disciplines

Gezien de betrokkenheid van verschillende disciplines (zie [Diagnostiek en indicatiestelling](#)), worden diagnostische opties en behandelindicaties bij voorkeur multidisciplinair besproken.

Samenwerkingsafspraken

De werkgroep adviseert om de werkwijze en verantwoordelijkheden in de multidisciplinaire samenwerking rond ziektebeelden en aandachtsgebieden in schriftelijke vorm vast te leggen en regelmatig te vernieuwen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

Bron: KNMG, Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2010: Utrecht

Waar het specialistische Geestelijke Gezondheidszorg betreft moeten samenwerkingsafspraken worden vastgelegd in een kwaliteitsstatuut.

Bron: Landelijk Platform GGZ, et al., Model Kwaliteitsstatuut 2016.

Organisatorische inbedding

Met alleen het schriftelijk vastleggen van een gewenste samenwerking is kwaliteitsverbetering volgens de werkgroep nog niet gerealiseerd. Daadwerkelijk regelmatig samenwerken rond complexe patiënten vereist continuïteit van behandelaars, beschikbaarheid, onderlinge bekendheid en bereikbaarheid. Dit is het best geborgd als de verschillende professionals eenzelfde aanstelling bij een ziekenhuis genieten en elkaar ook overstijgend ontmoeten bij stafvergaderingen, ziekenhuiscommissies en bij- en nascholing. Vanuit de ziekenhuispsychiatrische staf wordt derhalve een relevante bijdrage binnen het ziekenhuis verwacht. Zie ook structuurindicatoren S2, S3 en V3 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#).

Verwijsmogelijkheden

In het "Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32" (Afspraak uniforme (private) invulling van publieke norm over de verwijzer (2014 en verder), pagina 12)

(Afspraak uniforme (private) invulling van publieke norm over de verwijzer (2014 en verder), pagina 12) : GGZ Nederland, et al. Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32. 2014.
[Meer informatie](#)

stelden GGZ Nederland, Platform Meer GGZ, Zorgverzekeraars Nederland, VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants het volgende minimum ten aanzien van geldige verwijzers naar de curatieve (gespecialiseerde) GGZ:

- Huisarts;
- Medisch specialist (inbegrepen zijn: de psychiater van een GGZ-instelling of PAAZ, specialist ziekenhuis,

specialist ouderengeneeskunde);

- Straatdokter.

Laagdrempelige verwijzing is noodzakelijk voor goede samenwerking, continuïteit en ketenzorg, vroege opsporing en tijdige zorg, kernwaarden in deze generieke module.

De werkgroep constateert dat in sommige ziekenhuizen, andere medisch specialisten nog altijd niet rechtstreeks naar de psychiater kunnen verwijzen. Dit is onwenselijk, en in tegenspraak met bovenstaande norm. De werkgroep pleit ervoor dat ook GZ- en klinisch (neuro)psychologen, werkzaam in het ziekenhuis, rechtstreeks naar de psychiater kunnen verwijzen. Zie ook het standpunt van de werkgroep over schotten in de financiering van zorg.

3.3.2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars

Shared decision making

Na diagnostiek wordt met de patiënt en diens naasten besproken wat de verschillende diagnostische en behandelopties zijn, wat daarvan de voor- en nadelen zijn, wat deze voor- en nadelen betekenen in de situatie van de patiënt en welke prioritering gekozen wordt.

Bron: Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., et al., Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine, 2012. 27(10): p. 1361-1367.

Indien overleg met de patiënt niet mogelijk is (bijvoorbeeld door verminderd bewustzijn, mutisme, verwardheid en/of een levensbedreigende situatie), wordt de patiënt beknopt geïnformeerd en vindt indien mogelijk overleg met naasten plaats. In een later stadium wordt de patiënt uitgebreider geïnformeerd en vindt alsnog overleg plaats. Het belang van gedeelde besluitvorming of 'shared decision-making' is in deze generieke module vastgelegd in procesindicator P1 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

Patiënttevredenheid

Om patiëntgerichte zorg te bevorderen, vindt de werkgroep het belangrijk dat in alle stadia van de behandeling (diagnostiek, indicatiestelling en/of behandeling) de betrokkenheid van de ziekenhuispsychiatrie wordt geëvalueerd vanuit het perspectief van de patiënt. Patiënttevredenheid is daarom als procesindicator P2 verbonden aan deze generieke module. Nota bene: het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz bezig is met het ontwikkelen van overstijgende kwaliteitsindicatoren op het gebied van patiëntervaringen. Dit kan leiden tot het vervangen van procesindicator P2.

Bron: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Presentatie projectleidersbijeenkomst oktober 2016.

3.3.3. Tijdige zorgverlening

Er zijn aanwijzingen dat door de psychiater gegeven adviezen beter opgevolgd worden indien deze adviezen eerder tijdens de opname of tijdens de periode van medebehandeling gegeven worden.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Om vroege betrokkenheid van de ziekenhuispsychiatrie te bevorderen, is het van belang actief multidisciplinaire samenwerking op te zetten rond aandachtsgebieden of specifieke ziektebeelden uit de

doelpopulatie van het betreffende ziekenhuis. Nadere uitwerking van de waarde 'Tijdige zorgverlening' vindt u in de paragrafen over [Signalering](#) en [Screening](#), het geven van onderwijs aan artsen en verpleegkundigen (structuurindicator S3, zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)) en het in schriftelijke vorm vastleggen van de werkwijze en verantwoordelijkheden in de multidisciplinaire samenwerking.

De werkgroep heeft drie procesindicatoren vastgesteld (P3 t/m P5 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)), waarmee de tijdigheid van ziekenhuispsychiatrische zorg op de spoedeisende hulp (SEH), in de consultatieve setting en op Medisch Psychiatrische Units aansluiting vindt bij de algemene werkwijze en het acute karakter van de ziekenhuiszorg.

De tijdigheidsnormen zijn mede opgesteld naar aanleiding van de discussie rondom de organisatie van psychiatrische spoedzorg en in goed overleg met de werkgroep van de [generieke module Acute psychiatrie](#). In het rapport 'Acute geestelijke gezondheidszorg - Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten'

Bron: KNMG, Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO, deel 2 - informatie en toestemming. 2004.

concluderen partijen (crisisdiensten, inEen, LHV, NVSHA, ZN) dat de patiënten op de SEH soms lang moeten wachten op psychiatrische beoordeling. Dit blijkt vooral het geval in ziekenhuizen waar een GGZ-crisisdienst deze beoordelingen verzorgt.

De [generieke module Acute psychiatrie](#) normeert tijdigheid als de 'maximale tijd van melding bij juiste hulpverlener tot de start van een beoordeling'. Op de spoedeisende hulp is per definitie sprake van urgentiegraden 0 (uitval vitale functies), 1 (levensbedreigend voor persoon of omgeving) of 2 (spoed). De normtijden die de generieke module Acute psychiatrie voor urgentiegraden 1 en 2 hanteert zijn 15 minuten tot 1 uur en daarmee in grote lijnen compatibel met de in deze module gekozen procesindicator P3 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)). Procesindicator P3 normeert de tijd tussen oproep en beoordeling door een a(n)ios psychiatrie of psychiater op de SEH op 30 minuten, daarmee aansluitend bij de standaard in veel ziekenhuizen.

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Behandeling, begeleiding, terugvalpreventie adresseert

3.4.1. Hoofddoel van de behandeling

Zoals beschreven in [Wensen en ervaringen van patiënten](#), moet behandeling primair leiden tot verbetering van het zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven. Dit is tevens de hoogst geprioriteerde waarde van deze generieke module (zie Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Behandeling, begeleiding, terugvalpreventie adresseert).

Uit de landelijke inventarisatie [Inventarisatie huidig gebruik van kwaliteitsindicatoren](#) blijkt dat er geen

consensus bestaat over het gebruik van uitkomstindicatoren. Verschillende ziekenhuizen gebruiken verschillende combinaties van uitkomstindicatoren, die bovendien slechts een deel van de behandelde aandoeningen dekken. Dat is niet verwonderlijk, gezien de grote heterogeniteit van de doelgroep voor wat betreft (combinaties van) somatische en psychiatrische aandoeningen.

Het ligt daarom voor de hand een generieke maat te kiezen die enerzijds de breedte van de behandelde klinische problemen kan dekken, en anderzijds correspondeert met de belangrijkste geprioriteerde waarde van deze generieke module: zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven (Zie Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Behandeling, begeleiding, terugvalpreventie adresseert, zie ook [Wensen en ervaringen van patiënten](#)).

De werkgroep heeft gekozen voor de EQ-5D-5L (zie U1 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)), omdat:

1. Het een generiek instrument is, en valide toepasbaar voor zowel somatisch zieke als psychiatrische zieke patiënten;
2. De EQ-5D-5L eenvoudig en snel door patiënt in te vullen is;
3. Dit instrument geen hoge eisen stelt aan de cognitieve vermogens van de patiënt en;
4. Ook kan worden ingevuld door een naaste of zorgverlener, wanneer de patiënt zelf niet in staat is (Euroqol).

De EQ-5D-5L wordt al vaker gebruikt als 'Patient Reported Outcome Measure' (PROM) in Routine Outcome Monitoring (ROM) van de gezondheidszorg. Het merendeel van de wetenschappelijke publicaties op dit gebied gaat over de 3-level versie van de EQ-5D (EQ-5D-3L). Tegenwoordig wordt echter meestal de 5-level versie gebruikt (EQ-5D-5L). In Zweden wordt deze vragenlijst standaard gebruikt in alle Zweedse medische kwaliteitsregisters voor vrijwel alle somatische en psychiatrische interventies. Per jaar wordt de vragenlijst meer dan 100.000 keer afgenomen, zowel voor als na de interventie, als ook tijdens follow up. Een dergelijk initiatief is ook gaande in Alberta, Canada en in Engeland. Een voorbeeld van de Zweedse studie is de publicatie van Rolson

Bron: Rolson, O., et al., Patient-reported outcomes in the Swedish Hip Arthroplasty Register: results of a nationwide prospective observational study. J Bone Joint Surg Br, 2011. 93(7): p. 867-75.

en voor Engeland Nuttall.

Bron: Nuttall, D., D. Parkin, en N. Devlin, Inter-provider comparison of patient-reported outcomes: developing an adjustment to account for differences in patient case mix. Health Econ, 2015. 24(1): p. 41-54.

De EQ-5D is vaak gebruik in de geestelijke gezondheidszorg om de (kosten-)effectiviteit van interventies vast te stellen.

Bron: Mulhern, B., et al., Using generic preference-based measures in mental health: psychometric validity of the EQ-5D and SF-6D. Br J Psychiatry, 2014. 205(3): p. 236-43.

Er zijn ook kritische geluiden, maar een beter alternatief vergt meer onderzoek.

Bron: Brazier, J., Is the EQ-5D fit for purpose in mental health? Br J Psychiatry, 2010. 197(5): p. 348-9.

Brazier, J., et al., A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures. Health Technology Assessment, 2014. 18(34).

3.4.2. Gezamenlijke regievoering

De interventies die nodig zijn voor de behandeling, begeleiding en terugvalpreventie bij somatisch-psychiatrische comorbiditeit worden gevormd door de combinatie van interventies zoals die genoemd staan in de richtlijnen van zowel de psychiatrische als somatische aandoening, zie ook Achtergronddocument [Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#).

De werkgroep merkt op dat het onderzoek waarop richtlijnen zijn gebaseerd vaak geen rekening houdt met comorbiditeit. Interventies zijn daarom maatwerk, waarbij de voorkeuren van de patiënt en diens naasten in aanmerking genomen moeten worden (zie [Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars](#)). Behandelopties worden bij voorkeur in multidisciplinair verband gewogen (zie [Goede samenwerking tussen disciplines](#)).

3.4.3. Integratie van zorg

In eerdere paragrafen werden liaisonactiviteiten (inclusief onderwijs), screening in specifieke populaties en het opzetten van vaste multidisciplinaire samenwerkingsverbanden aanbevolen om de samenwerking met andere disciplines te bevorderen.

Zowel de Richtlijn consultatieve psychiatrie

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

als de Veldnormen Medisch Psychiatrische Units

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.

adviseren de ziekenhuispsychiatrie zoveel mogelijk te organiseren vanuit het ziekenhuis zelf, met het oog op het faciliteren van geïntegreerde zorg. Samenwerken ontstaat pas echt door 'samen doen'. De werkgroep heeft inbedding in de ziekenhuisorganisatie vastgelegd in structuurindicator S1 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

3.4.4. Continuïteit van behandelaars

De patiëntvertegenwoordiging in de werkgroep benadrukt het belang van continuïteit van hoofd/regiebehandelaars. Uitgangspunt is dat de zorg de patiënt volgt, in plaats van andersom. Vanuit het perspectief van de patiënt moet wisseling van behandelaars zoveel mogelijk vermeden worden (zie [Monitoring](#)).

Dit betekent dat er een inspanningsverplichting bestaat bij de psychiater en andere professionals binnen de ziekenhuispsychiatrie om voor de patiënt met een langer durend probleem een vaste behandelaar toe te wijzen die de patiënt volgt gedurende het gehele behandeltraject. Het verdient de aanbeveling dat de patiënt zijn of haar vaste behandelaar(s) houdt in de overgang van specifieke somatisch-psychiatrische comorbiditeitszorg naar reguliere, 'enkelvoudige' psychiatrische en/of somatische zorg. Indien er sprake is van een kortdurende interventie, zoals bijvoorbeeld in de consultatieve dienst of eenmalige diagnostische consulten, is deze aanbeveling minder relevant.

3.5. Monitoring

Gezien de grote verscheidenheid aan combinaties van somatische en psychiatrische ziektebeelden is de frequentie van monitoring een onderdeel van het behandelplan, zoals ingeschat door de hoofd- dan wel regiebehandelaar (zie ook [Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars](#)) in overleg met de bij behandeling betrokken disciplines, de patiënt en zijn naasten. De somatisch medisch specialist monitort de eigen behandeling. Daarbij worden de volgende uitgangspunten gehanteerd, aan de hand van de geprioriteerde waarden in de Tabel hieronder.

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Monitoring adresseert

3.5.1. Uitgangspunten monitoring in de ambulante setting

In de ambulante setting (polikliniek, dagbehandeling), wordt ten minste elke zes weken, of bij een lagere contactfrequentie eens per jaar, gemonitord of nog sprake is van [Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#). Bij een resterende enkelvoudige (somatische of psychiatrische) zorgvraag (zie [Doelgroep en klinische problemen](#)) wordt de patiënt verwezen voor vervolgzorg binnen de gespecialiseerde GGZ (PAAZ, PUK of GGZ-instelling), afdeling medische psychologie dan wel somatische ziekenhuisafdeling. Zie ook [Continuïteit van behandelaars](#).

3.5.2. Uitgangspunten monitoring in de klinische setting

In de klinische setting (consultatieve psychiatrie, Medisch Psychiatrische Unit), wordt dagelijks gemonitord 1) of een klinische setting nog nodig is, en 2) of nog sprake is van [Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#).

3.5.3. Vervolgzorg en verwijzing

Wanneer sprake is van een 'enkelvoudige' somatische of psychiatrische zorgvraag (zie [Kernelementen van zorg - Doelgroep en klinische problemen](#)), wordt de patiënt verwezen voor psychiatrische vervolgzorg binnen de gespecialiseerde GGZ (PAAZ, PUK of de GGZ buiten het ziekenhuis) dan wel voor somatische vervolgzorg naar de desbetreffende somatische ziekenhuisafdeling. Vervolgzorg kan in dit opzicht dus ook betekenen het afschalen van zorg binnen hetzelfde ziekenhuis. Zie ook [Continuïteit van behandelaars](#).

3.6. Herstel, participatie en re-integratie

De aanzet naar herstel, participatie en re-integratie vraagt bij somatisch-psychiatrische comorbiditeit meer en vaak multidisciplinaire inzet. Zoals beschreven in [Wensen en ervaringen van patiënten](#), moet behandeling primair leiden tot verbetering van het zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven. Hierbij hoort het hernemen van eigen regie en herstel van het vermogen tot aanpassen, in het licht van de uitdagingen van het leven in lichamelijk, mentaal en sociaal opzicht. Indien verbetering van de symptomen niet (meer) haalbaar

blijkt, zal ingezet moeten worden op een zo optimaal mogelijk functioneren met blijvende of zeer langzaam herstellende beperkingen. In deze paragraaf worden aan de hand van de geprioriteerde waarden (zie Tabel hieronder) aanbevelingen gedaan ten aanzien van het proces van herstel, re-integratie en eventuele langdurige en chronische GGZ.

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische GGZ adresseert

3.6.1. Continuïteit van zorg na een MPU-opname

Wanneer geen sprake meer is van [complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#), maar van een 'enkelvoudige' psychiatrische zorgvraag is vanuit patiëntperspectief continuïteit van behandelaars gewenst. MPU's die zijn gesitueerd in een ziekenhuis met een PAAZ of PUK, kunnen de zorg na MPU-opname 'afschalen' bij gelijkblijvende regiebehandelaar (zie [Goede samenwerking tussen disciplines](#) - Hoofdbehandelaar / regiebehandelaar). PAAZ- en PUK-bedden hebben zo een belangrijke rol in de overgang van ziekenhuispsychiatrische zorg naar de gespecialiseerde GGZ.

3.6.2. Redenen voor langer durende behandeling in de ziekenhuispsychiatrie

Het kan geïndiceerd zijn dat een patiënt onder behandeling van de psychiater in het ziekenhuis blijft, bijvoorbeeld omdat er aanhoudend somatisch-psychiatrisch overleg nodig is, omdat er een adequate behandelrelatie tot stand is gekomen, of omdat de patiënt dit nadrukkelijk wenst.

Zeker indien de risico's op (hernieuwde) acute complexe comorbiditeit als redelijk tot hoog worden ingeschat is de aanbeveling om de patiënt in het ziekenhuis te blijven vervolgen.

3.6.3. Doorverwijzing

Indien de zorgvraagzwaarte sterk is verminderd, er sprake is van een 'enkelvoudige', chronische of zeer langzaam herstellende problematiek en er laag risico is op (hernieuwde) acute complexe comorbiditeit kan een patiënt worden doorverwezen van het ziekenhuis naar een andere behandelsetting. Afhankelijk van de resterende zorgvraag kan dit zijn naar bijvoorbeeld de gespecialiseerde GGZ, medische psychologie, generalistische basis GGZ, (psycho-geriatrische) verpleeghuizen, huisartsenzorg inclusief POH-GGZ of ondersteuning vanuit de WMO. [Zorgketen](#) geeft een volledig overzicht. Doorverwijzing gebeurt in samenspraak met de patiënt en diens naasten, met gelegenheid voor overleg en uitleg.

3.6.4. Informatieoverdracht

Bij (door)verwijzing hoort een goede en vlotte overdracht. Zowel de NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts – tweedelijns GGZ,

Bron: Buiting, C., P. Rijnierse, en M. Oosterkamp, NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011.

de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Bron: KNMG, Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2010: Utrecht.

als de Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ

Bron: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz. 2016.

zijn hier relevant. Als er sprake is van een wachttijd moet de verwijzende behandelaar of de huisarts met de patiënt en zijn of haar naasten een plan maken wat er in de tussentijd moet gebeuren om continuïteit en veiligheid te bieden.

In alle situaties geldt dat de psychiater er zorg voor dient te dragen dat de gegeven adviezen over psychiatrische behandeling/diagnostiek, die van invloed zijn op de periode na (somatische) opname, worden vermeld in de ontslagdocumenten. Deze adviezen kunnen in samenspraak met de somatisch medisch specialist in diens ontslagbrief worden opgenomen, of in een aparte brief vermeld worden. Afspraken hierover moeten worden toegevoegd aan de samenwerkingsafspraken zoals bedoeld in [Goede samenwerking tussen disciplines](#) en zijn vastgelegd in structuurindicator S4 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

4. Organisatie van zorg

4.1. Organisatorische randvoorwaarden

Verschillen in de organisatie van de ziekenhuispsychiatrische zorg in Nederland zijn voor een belangrijk deel historisch ingegeven.

Sommige ziekenhuizen hebben een volledig aanbod (variant I in Tabel hieronder): een polikliniek (A), psychiatrische consultatieve dienst (PCD, Ca en/of Cb) en Medisch Psychiatrische Unit (D) met facultatief een dagbehandeling. In andere ziekenhuizen zijn de varianten II, III, IV en V te vinden.

Variant	Omschrijving	Zorgintensiteit	Setting
I	Volledig aanbod	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
II	Alleen Medisch Psychiatrische Unit en consultatief en/of spoedeisend	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
III	Alleen polikliniek en consultatief en/of spoedeisend	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
IV	Alleen consultatief en/of spoedeisend	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
V	Geen aanbod	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit

Tabel: Huidige organisatorische variatie

Volgens de Veldnormen Medisch Psychiatrische Units (zie

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.

en structuurindicatoren V1 t/m 10 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)) is variant II (alleen MPU en PCD zonder poli) niet toegestaan. Immers, de Veldnormen stellen dat ziekenhuizen met een MPU naast een consultatieve dienst, ook een polikliniek moeten hebben om continuïteit van zorg te kunnen leveren. In vijf van de 37 onderzochte ziekenhuizen werd variant II bij een landelijke inventarisatie in 2015 (zie ook [Inventarisatie huidig gebruik van kwaliteitsindicatoren](#)) wel aangetroffen.

Bron: van Schijndel, M.A., et al., Landelijke inventarisatie ziekenhuispsychiatrie. 2015 (ongepubliceerd)

Onderscheid tussen variant III en IV (zie Tabel hierboven) was op basis van deze inventarisatie niet te maken. Er zijn ook ziekenhuizen waar het niet mogelijk is een psychiater in consult te vragen (variant V, Tabel hierboven).

De Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie stelt dat elk ziekenhuis over voldoende consultatief psychiatrische capaciteit moet beschikken, en over 24-uurs beschikbaarheid daarvan.

Bron: Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie, et al. Psychiatrie in algemeen en academisch ziekenhuis. 2010 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nfzp.nl/wp-wp->

De werkgroep ondersteunt deze stellingname, en vindt dat in een ziekenhuis als minimumvariant binnen 24 uur een psychiater of a(n)ios psychiatrie onder supervisie van een psychiater in consult moet kunnen worden gevraagd (structuurindicator S1 deel A en procesindicator P4 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)). Deze normering leidt tot het gewenste landschap in Tabel Beoogde varianten of 'levels' van ziekenhuispsychiatrische zorg hieronder.

Variant	Omschrijving	Zorgintensiteit	Setting
I	<i>Volledig aanbod</i>	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
II	<i>Consultatief en/of spoedeisend met ten minste polikliniek voor kortdurende nazorg</i>	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
III	<i>Minimumvariant: consultatie van psychiater of a(n)ios mogelijk binnen 24 uur</i>	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit

Tabel: Beoogde varianten of 'levels' van ziekenhuispsychiatrische zorg

4.1.1. Polikliniek

Er bestaan geen Nederlandse kwaliteitsdocumenten die specifiek op poliklinische ziekenhuispsychiatrische zorg zijn gericht. Poliklinische zorg kan zijn gericht op langer durende behandeling als daar een indicatie toe bestaat, afronding van diagnostiek, goede indicatiestelling voor vervolgzorg, of overbrugging tot vervolgzorg (zie ook [Herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische GGZ](#)). De beschikbaarheid van een polikliniek is vastgelegd in structuurindicator S1 deel B, zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#).

4.1.2. Dagbehandeling

De insteek van een eventueel aanwezige dagbehandeling kan gericht zijn op het bieden van structuur en het voorkomen van opname bij patiënten met diverse somatisch-psychiatrische comorbiditeit (generieke insteek) en/of de behandeling van specifieke somatisch-psychiatrische comorbiditeit (specifieke insteek).

4.1.3. Psychiatrische consultatieve dienst (setting consultatief en/of spoedeisend)

De Richtlijn consultatieve psychiatrie doet verschillende aanbevelingen voor de organisatie van de consultatieve psychiatrie,

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

die zijn verwerkt in deze generieke module.

Enkele aanbevelingen ten aanzien van follow-up en uitvoering van behandeladviezen in de consultatieve zorg vindt u in [Goede samenwerking tussen disciplines](#) en [Monitoring](#).

Spiedconsulten op de SEH

In het kader van de spoedzorg vormen de afdelingen spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen een spil in de eerste opvang van patiënten met ernstige psychiatrische ontregelingen en/of comorbide somatische aandoeningen. Een SEH is een 24-uurs voorziening die laagdrempelig toegankelijk is. Verwijzende partijen zijn hier onder meer huisarts, andere medisch specialisten, psychiaters uit ggz-instellingen, politie, ambulancedienst, naasten en patiënten zelf.

Voor spoedconsulten op de SEH is in deze generieke module een tijdigheidsnorm (zie [Tijdige zorgverlening](#)) opgesteld, mede naar aanleiding van het rapport '[Acute geestelijke gezondheidszorg - Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten](#)'.

Bron: SiRM in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S. Acute Geestelijke Gezondheidszorg: knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. 2015 Geraadpleegd op 1 december 2016

In dat rapport wordt verder gesteld dat niet alle [SEH's](#) met een profiel Acute Gedragsstoornissen

Bron: Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (SEH). Rapportage Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. 2009 Geraadpleegd op 1 december 2016.

voldoende in staat zijn tot crisisopvang. Het SEH-profiel [Acute Gedragsstoornissen](#) zou daarnaast onvoldoende specifiek zijn.

Bron: SiRM in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S. Acute Geestelijke Gezondheidszorg: knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. 2015 Geraadpleegd op 1 december 2016.

De werkgroep vindt daarom dat ziekenhuizen zich moeten buigen over de lokale invulling van de psychiatrische spoedzorg, zeker wanneer zij een SEH-profiel Acute Gedragsstoornissen hebben. Het SEH-profiel Acute gedragsstoornissen gaat uit van:

- Directe beschikbaarheid van een consultatief psychiater en een consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
- Een ruimte op de SEH, die geschikt is voor de opvang van patiënten in crisis en het uitvoeren van (lichamelijk) onderzoek;
- Beschikbaarheid van psychiatrische opnamecapaciteit.

Een voorbeeld van lokale uitwerking van het SEH-profiel Acute Gedragsstoornissen is te vinden via de 'Focusgroep Acute Psychiatrie' van [TraumaNet AMC](#).

De responstijd van psychiatrische professionals is volgens de werkgroep een extra aandachtspunt, wanneer bij het organiseren van psychiatrische spoedzorg externe partijen betrokken zijn. De richtlijn Consultatieve psychiatrie adviseert daarnaast om ook de veiligheid van professionals mee te laten wegen bij het plannen van de ruimtelijke faciliteiten.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

4.1.4. Medisch Psychiatrische Units

Organisatorische randvoorwaarden voor [Medisch Psychiatrische Units](#)

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014
Geraadpleegd op 1 december 2016.

zijn beschreven in de Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Deze normen zijn door de werkgroep als structuurindicatoren V1 t/m V10 overgenomen (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie komt in 2017 naar aanleiding van een landelijk onderzoek tot nadere operationalisatie van de Veldnormen, waarna de tekst van bovenstaande structuurindicatoren kan worden aangepast. Herziening van de [Veldnormen Medisch Psychiatrische Units](#) staat voor 2019 gepland.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014
Geraadpleegd op 1 december 2016.

4.1.5. Beschikbaarheid en bereikbaarheid van behandel faciliteiten

De werkgroep is met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Visiedocument afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie 2015-2019. 2015, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

van mening, dat ziekenhuizen die zich richten op meer complexe medische zorg - in ieder geval de UMC's en STZ-ziekenhuizen - een volledig geoutilleerde ziekenhuispsychiatrische afdeling zouden moeten hebben (variant I in Tabel Beoogde varianten of 'levels' van ziekenhuispsychiatrische zorg). Een volledig geoutilleerde afdeling ziekenhuispsychiatrie bestaat uit een MPU conform de [Veldnormen Medisch Psychiatrische Units](#),

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014
Geraadpleegd op 1 december 2016.

een psychiatrische consultatieve dienst conform de Richtlijn consultatieve psychiatrie en een polikliniek (zie ook structuurindicator S1 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

4.1.6. Huidige organisatorische variatie

Variant	Omschrijving	Zorgintensiteit	Setting
I	Volledig aanbod	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
II	Alleen Medisch Psychiatrische Unit en consultatief en/of spoedeisend	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
III	Alleen polikliniek en consultatief en/of spoedeisend	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
IV	Alleen consultatief en/of spoedeisend	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit
V	Geen aanbod	A	Polikliniek
		(B)	(Dagbehandeling)
		Ca	Consultatief
		Cb	Spoedeisend
		D	Medisch Psychiatrische Unit

4.2. Betrokken zorgverleners

Betrokken zorgverleners kunnen, naast medisch specialisten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, ook psychologen, psychotherapeuten en psychosociale hulpverleners (zie ook [Verpleegkundige zorg](#), [Psychologische zorg](#) en [Psychosociale zorg](#)) zijn. Zoals beschreven in [Raakvlakken met andere disciplines](#) is ervoor gekozen de raakvlakken en overlap met deze partners te benoemen, zonder die betreffende indicatiegebieden volledig uit te werken. Zie ook [Verantwoordelijkheidsverdeling in het ziekenhuis](#) en beschrijving van de [Zorgketen](#).

Wanneer de nadruk ligt op psychologische, psychosociale of existentiële hulpvragen, kan een patiënt direct of na beoordeling (indien beschikbaar) worden verwezen naar een GZ-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog, het medisch maatschappelijk werk en/of de geestelijk verzorger.

Kwaliteitsaspecten betreffende de betrokken zorgverleners worden hieronder samengevat in het licht van de geprioriteerde waarden (zie Tabel hieronder).

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die 'Betrokken zorgverleners' adresseert

4.2.1. Medisch-specialistische zorg

Medisch specialisten die betrokken kunnen zijn bij de zorg voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn in ieder geval, maar niet exclusief: psychiaters, internisten (ouderengeneeskunde), neurologen, klinisch geriaters, gynaecologen, chirurgen, intensivisten en SEH-artsen en diegenen die in opleiding zijn voor deze specialismen.

Klinisch geriaters en internisten ouderengeneeskunde behandelen de kwetsbare oudere patiënt in het ziekenhuis. Vaak heeft de kwetsbare oudere een combinatie van lichamelijke, psychiatrische en sociale problemen. Het is van belang naar aanleiding van het type patiënt en de aard van de psychiatrische ontregeling te kijken bij welke specialist een patiënt het beste terecht kan, waarbij een goede samenwerking en afstemming tussen de verschillende specialismen van groot belang is.

4.2.2. Verpleegkundige zorg

De verpleegkundige zorg aan ziekenhuispatiënten met [Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#) wordt verleend door verpleegkundigen van de somatische verpleegafdeling, MPU-verpleegkundigen, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Zowel MPU-verpleegkundige als Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige zijn vooralsnog geen officiële specialisatie. Tabel hier geeft een overzicht van de verschillende verpleegkundige rollen in de ziekenhuispsychiatrie, het vereiste niveau en de bijbehorende BIG-registratie.

Afdeling/dienst	Verpleegkundig functionaris	Niveau	Wet BIG
Somatische verpleegafdeling en SEH	Verpleegkundige MBO/HBO	MBO HBO	Art. 3
MPU	Verpleegkundige MBO/HBO, waarbij conform de Veldnormen Medisch Psychiatrische Units vereist is dat elke dienst zowel somatische als psychiatrische expertise aanwezig is [1].	MBO HBO	Art. 3
	Verpleegkundig specialist ggz	HBO+MANP	Art. 14
Psychiatrische consultatieve dienst	Consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV). CPV is een functieaanduiding en geen officiële specialisatie.	HBO	Art. 3
	Verpleegkundig specialist ggz	HBO+MANP	Art. 14

Tabel: Verpleegkundigen in de ziekenhuispsychiatrie, MBO = Middelbaar Beroepsonderwijs, HBO = Hoger beroepsonderwijs, MANP = Master Advanced Nursing Practice.

Advies ten aanzien van opleidingsnorm MPU-verpleegkundigen

In de commentaarrondes ontstond discussie over de veldnorm dat MPU-verpleegkundigen minimaal MBO-4 opgeleid moeten zijn (structuurindicator V7 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)), gezien de complexe somatische en psychiatrische problematiek die op MPU's gediagnosticeerd en behandeld wordt. De werkgroep ondersteunt deze kritiek, en adviseert uit te gaan van minimaal HBO-opgeleide verpleegkundigen.

4.2.3. Psychologische zorg

Conform [Goede samenwerking tussen disciplines](#) en [Monitoring](#) kan bij nadruk op psychologische problemen, een patiënt direct of na beoordeling worden verwezen naar de afdeling Medische Psychologie als die in het betreffende ziekenhuis aanwezig is (GZ- of klinisch (neuro)psychologen).

Zie voor inclusiecriteria de rapporten '[Medische psychologie - de toepassing van de klinische psychologie in het ziekenhuis](#)' van het Nederlands Instituut van Psychologen, sectie PAZ

Bron: Landelijke Vereniging Medische Psychologie, Medische psychologie - de toepassing van de klinische psychologie in het ziekenhuis, Sectie Psychologen in Algemene en Academische Ziekenhuizen, Editor. 2012

en 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bron: Delnoij, D. en C. Diepeveen, Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen. 2015.

4.2.4. Psychosociale zorg

Hieronder valt het medisch maatschappelijk werk en de geestelijke verzorging. Nadere omschrijving is te vinden in het document Behandelmodules medisch maatschappelijk werk

Bron: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers en Movisie. Medisch maatschappelijk werk in algemene ziekenhuizen: modules als bouwstenen voor de hulpverlening. 2009 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <https://www.movisie.nl/publicaties/transparant-aanbod-medisch-maatschappelijk-werk-algemene-ziekenhuizen>.

en de [Beroepsstandaard Geestelijke Verzorging](#).

Bron: Vereniging van Geestelijk VerZorgers. Beroepsstandaard Geestelijk Verzorger. 2015 Geraadpleegd op 1 december 2016.

Conform [Goede samenwerking tussen disciplines](#) en [Monitoring](#) kan bij nadruk op psychosociale of existentiële problemen, een patiënt direct of na beoordeling worden verwezen naar het medisch maatschappelijk werk en/of de geestelijk verzorger. Zie ook het rapport 'Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen' in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bron: Delnoij, D. en C. Diepeveen, Psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen. 2015.

4.2.5. Verantwoordelijkheidsverdeling in het ziekenhuis

De werkgroep adviseert om de werkwijze en verantwoordelijkheden in de multidisciplinaire samenwerking rond ziektebeelden en aandachtsgebieden in schriftelijke vorm vast te leggen en regelmatig te vernieuwen. De richtlijn Consultatieve psychiatrie (NVvP 2008) adviseert daarbij om expliciet afspraken te maken over door de psychiater uitschrijven van medicatieorders op de consultvragende afdeling.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

4.2.6. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling en het Kwaliteitsstatuut GGZ

De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Bron: KNMG, Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2010: Utrecht.

en/of het Kwaliteitsstatuut GGZ

Bron: Landelijk Platform GGZ, et al., Model Kwaliteitsstatuut 2016.

van toepassing.

De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

Bron: KNMG, Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2010: Utrecht.

dateert uit 2010 en beoogt de randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgverleners (taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, communicatie, afstemming) te expliciteren en verduidelijken. Deze handreiking is van toepassing op het brede veld van zorgverleners. Daarnaast is voor de gespecialiseerde GGZ het model kwaliteitsstatuut GGZ als verplichte veldnorm van kracht per 1-1-2017. In dit model staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, wordt geleverd.

4.2.7. Hoofd- en regiebehandelaar

Omdat de ziekenhuispsychiatrie zich bevindt op de scheidslijn van en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kunnen professionals zowel te maken met de regelgeving uit zowel Medisch Specialistische Zorg als de Geestelijke Gezondheidszorg. Anders gezegd: de inrichting van het hoofdbehandelaarschap is afhankelijk van het type psychiatrische zorg (of: de financiering daarvan) die het ziekenhuis levert. Daarnaast bestaat er vaak een lokale regeling verantwoordelijkheidsverdeling, waarin de rollen van hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent zijn beschreven.

Bron: KNMG, Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 2010: Utrecht.

De DOT-producten consultatieve psychiatrie vallen binnen de medisch specialistische zorg (MSZ); DBC-GGZ-producten binnen de GGZ.

In de medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen, financiering via DOT) is het hoofdbehandelaarschap belegd bij een medisch specialist. In de gespecialiseerde GGZ (ggz-instelling, financiering via DBC-GGZ, sectie III kwaliteitsstatuut) is de aanwezigheid van een regiebehandelaar een vereiste, conform de eisen die het Kwaliteitsstatuut GGZ

Bron: Landelijk Platform GGZ, et al., Model Kwaliteitsstatuut 2016.

daaraan stelt, waaronder:

1. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces;

2. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt en draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinair team wordt afgestemd en getoetst;
3. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

In de ziekenhuispsychiatrische praktijk kan het dus voorkomen dat de psychiater zowel een regiebehandelaar (GGZ) als hoofdbehandelaar (MSZ) is in relatie tot de patiënt. Uitzondering hierop is de consultatieve psychiatrie die binnen de DOT-systematiek valt. De psychiater is dan per definitie hoofdbehandelaar in het kader van de DBC-registratie, en kan in relatie tot collegae medisch specialisten optreden als medebehandelaar en consultant.

Hoewel het voor de hand ligt dat de psychiater in de ziekenhuispsychiatrische praktijk ([Ziekenhuispsychiatrie](#) in deze generieke module) als medisch specialist regiebehandelaar is, biedt het kwaliteitsstatuut GGZ ruimte voor andere disciplines. Vanzelfsprekend moet aan het begin van een zorgtraject worden vastgesteld wie de hoofd-/regiebehandelaar

Bron: Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep. 2015.

is en wie de medebehandelaars zijn. Zie ook [Verpleegkundige competenties - Samenwerking en taakherschikking](#).

4.2.8. Uitgangspunten behandelverantwoordelijkheid en supervisie per setting

A. Polikliniek

Op multidisciplinaire poliklinieken worden structurele afspraken gemaakt over de inrichting van het hoofd-/regiebehandelaarschap. Op monodisciplinaire poli's is de aanbiedende medisch specialist hoofd-/regiebehandelaar.

In de poliklinische context onderzoekt de psychiater-supervisor minstens eenmaal ook zelf de patiënten van de a(n)ios samen met de aios, en verder zo vaak als de a(n)ios of de supervisor dit nodig achten.

B. Dagbehandeling

Op een multidisciplinaire dagbehandeling worden structurele afspraken gemaakt over de inrichting van het hoofd-/regiebehandelaarschap. Op een monodisciplinaire dagbehandeling is de aanbiedende medisch specialist hoofd-/regiebehandelaar.

In de context van dagbehandeling onderzoekt de psychiater-supervisor minstens eenmaal ook zelf de patiënten van de a(n)ios samen met de aios, en verder zo vaak als de a(n)ios of de psychiater-supervisor dit nodig acht. Zie ook '[Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie](#)', paragraaf 4.2 'Leermiddelen dagelijkse patiëntenzorg'.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. HOOP 2.0: Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie. 2016 Geraadpleegd.

C. Consultatieve en/of spoedeisende psychiatrie

De psychiater kan hier zowel hoofd-/regiebehandelaar als medebehandelaar zijn.

Bij verblijf op een somatische verpleegafdeling is de behandelend somatisch medisch specialist hoofdbehandelaar en de psychiater medebehandelaar/consultant. Bij verblijf op een psychiatrische verpleegafdeling is de behandelend psychiater hoofdbehandelaar en de behandelend somatisch medisch

specialist medebehandelaar/consulent.

De Richtlijn consultatieve psychiatrie adviseert dat de consultatief psychiater alle patiënten voor wie hij of zij behandelverantwoordelijkheid neemt zelf ook ziet.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

De werkgroep van deze generieke module constateert dat dit in de praktijk niet altijd nodig is in het geval van een supervisesituatie. Dan zullen de ernst van de problematiek en de mate van ervaring van de supervisor de aard en frequentie van de supervisie bepalen: in de spoedeisende en consultatieve behandelcontext worden de patiënten van de a(n)ios mede beoordeeld door de supervisor wanneer de arts-assistent of de supervisor dat nodig achten. De werkgroep van deze generieke module stelt daarom dat in de consultatieve psychiatrie de superviserend psychiater betrokkenheid toont ten aanzien van alle patiënten voor wie hij of zij behandelverantwoordelijkheid neemt. Zie ook 'Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie' in [Betrokken zorgverleners - Leermiddelen dagelijkse patiëntenzorg](#).

D. Medisch Psychiatrische Unit

Conform de [Veldnormen Medisch Psychiatrische Units](#) kunnen hier zowel de somatisch medisch specialist als de psychiater hoofdbehandelaar zijn. Dit zal in de praktijk afhankelijk zijn van de situering van de MPU. Indien de MPU voortkomt uit een PAAZ of PUK zal de psychiater hoofd/regiebehandelaar zijn; indien de MPU zijn oorsprong vindt in een somatische verpleegafdeling zal de desbetreffende medisch specialist hoofdbehandelaar zijn.

In de klinische context onderzoekt de supervisor minstens eenmaal ook zelf de patiënten van de a(n)ios samen met de aios, en verder zo vaak als de a(n)ios of de supervisor dit nodig acht. Nieuw opgenomen patiënten worden binnen 24 uur door de supervisor of diens dienstdoende waarnemer onderzocht, bij voorkeur in aanwezigheid van de a(n)ios. Zie ook 'Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie' in [Betrokken zorgverleners - Leermiddelen dagelijkse patiëntenzorg](#).

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. HOOP 2.0: Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie. 2016 Geraadpleegd; beschikbaar op: <http://psychiatrieonderwijs.nl/local/contentpages/index.php?item=1&subitem=1217>.

4.2.9. Zorgketen

De externe zorgketen bestaat uit huisartsen en hun praktijkondersteuners GGZ, ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken in de gespecialiseerde GGZ en generalistische basis GGZ, verslavingszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, revalidatiecentra, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, andere ziekenhuizen en thuiszorg.

Bron: van Schijndel, M.A., et al., Landelijke inventarisatie ziekenhuispsychiatrie. 2015 (ongepubliceerd)

4.3. Samenwerking

In deze paragraaf worden aan de hand van de geprioriteerde waarden (Tabel hieronder) aanbevelingen gedaan ten aanzien van ketenzorg en informatie-uitwisseling binnen en buiten het ziekenhuis.

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. <i>Continuïteit en ketenzorg</i>
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. <i>Goede samenwerking tussen de betrokken disciplines: integratie van zorgverlening</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Samenwerking adresseert

4.3.1. Randvoorwaarden voor goede samenwerking binnen het ziekenhuis

Organisatorische randvoorwaarden voor goede samenwerking en geïntegreerde zorg in de ziekenhuispsychiatrie zijn:

1. Adequate organisatorische inbedding in de ziekenhuisorganisatie;
2. De mogelijkheid informatie over de behandeling van een patiënt te delen met samenwerkingspartners buiten de eigen discipline;
3. Kennisdeling over somatisch-psychiatrische comorbiditeit;
4. Beschikbaarheid van (spoedeisende) ziekenhuispsychiatrische faciliteiten met de mogelijkheid om continuïteit van zorg te bieden aan zowel poliklinische als klinisch opgenomen patiënten.

Om deze basisvoorwaarden te zekeren heeft de werkgroep structuurindicatoren S1 t/m S3 geformuleerd (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)). Procesindicatoren P3 t/m P5 normeren tijdigheid van spoedeisende psychiatrische zorg op de spoedeisende hulp (SEH), consultatief psychiatrische zorg op somatische opname-afdelingen of poliklinieken en spoedopnames op Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

4.3.2. Ketenzorg

Tabel hieronder geeft de belangrijkste interne en externe samenwerkingspartners per setting weer.

	Polikliniek (A)	Dagbehandeling (B)	Consultatief en/of spoedeisend (C)	MPU (D)
EIGEN ZIEKENHUIS				
SEH	Verwijzer		Verwijzer	Verwijzer
Somatische opnameafdeling van eigen ziekenhuis	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
Afdeling medische psychologie	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
Eigen polikliniek of dagbehandeling	-	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
Psychiatrische consultatieve dienst eigen ziekenhuis	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	-	Verwijzer Vervolg zorg
Medisch Psychiatrische Unit	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	-
PAAZ of PUK				
ZIEKENHUISZORG				
Somatische opnameafdeling van ander ziekenhuis				Verwijzer
Psychiatrische consultatieve dienst ander ziekenhuis	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
Medisch Psychiatrische Unit ander ziekenhuis	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
PAAZ of PUK	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
GESPECIALISEERDE GGZ				
GGZ-instelling, zowel klinisch als ambulant (inclusief verslavingszorg, K&J GGZ) en vrijgevestigde praktijken	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
GGZ-crisisdienst				Verwijzer
GENERALISTISCHE BASIS-GGZ				
GGZ-instelling, zowel klinisch als ambulant (inclusief verslavingszorg, K&J GGZ) en	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
vrijgevestigde praktijken				
REVALIDATIEZORG				
Algemene revalidatiecentra	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg
Revalidatiecentra gespecialiseerd in psychiatrische comorbiditeit	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg
VERPLEEGZORG				
(PG-) verpleeghuis	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg
EERSTELIJN				
Huisarts en POH-GGZ	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg	Verwijzer Vervolg zorg
Wijkteams voor maatschappelijke ondersteuning en indicatiestelling aanvullende zorg als thuiszorg en begeleid wonen	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg	Vervolg zorg

Tabel: Belangrijke interne en externe ketenzorgpartners

4.3.3. Specificatie van het zorgaanbod en vormen van een functioneel netwerk

Het zorgaanbod van verschillende instanties in de keten ([Tabel](#)) moet wederzijds duidelijk zijn, en het ziekenhuis moet afspraken maken met het voor- en achterland over verwijzing en behandeling van patiënten.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. 2013.

Het grote aantal hulpverleners en hulpverlenende instanties benadrukt de noodzaak van zorgcoördinatie, communicatie en verslaglegging. Ketenzorgafspraken moeten dus ook gaan over aansluiting en bereikbaarheid. Complementariteit van taken en activiteiten en coördinatie kunnen zo per regio te worden vastgelegd, afhankelijk van de lokaal beschikbare faciliteiten en expertise(s). Een centraal ziekenhuis vormt voor ziekenhuispsychiatrische zorg dan een functioneel netwerk

Bron: Gezondheidsraad, Hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg. 2014: Den Haag.

met onder andere ziekenhuizen en GGZ-instellingen.

De Veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.

stellen dat er samenwerkingsafspraken moeten zijn met verwijzers en nazorginstanties, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Doel van deze afspraken is duidelijkheid te scheppen over de somatische en psychiatrische behandelmogelijkheden van de MPU en een soepele samenwerking te bewerkstelligen. De werkgroep vindt het belangrijk dat ook voor de andere ziekenhuispsychiatrische settingen dergelijke afspraken bestaan. Die zijn daarom afgeleid van de Veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units. Tabel hieronder geeft een overzicht van de noodzakelijke inhoud van regionale samenwerkingsafspraken per ziekenhuispsychiatrische setting.

	Polikliniek (A)	Dagbehandeling (B)	Consultatieve psychiatrie (C)	Medisch Psychiatrische Unit (D)
Verwijscriteria	X	X	X	X
Ontslagcriteria	X	X	X	X
Aanmeldingsprocedure	X	X	X	X
Verdering van verantwoordelijkheid tussen verwijzer en ontvanger	X	X	X	X
Structureel overleg	X	X	X	X
Opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid	X	X	X	X
Terugplaatsingsafspraken en -garantie rond ontslag				X

Tabel: Noodzakelijke onderwerpen waarover regionale ketenzorgafspraken gemaakt moeten worden, per ziekenhuispsychiatrische setting A t/m D

4.3.4. Hoogspecialistische GGZ

In de GGZ vormen de huisarts/praktijkondersteuner de eerste lijn, is er de generalistische basis GGZ, en vormen GGZ-instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene en universitaire ziekenhuizen de gespecialiseerde GGZ. Naast de gespecialiseerde GGZ bestaat de hoogspecialistische GGZ. Er is geen volledig overzicht van de zorgverleners en organisaties die hoogspecialistische geestelijke gezondheidszorg verlenen. De werkgroep concludeert dat het in ieder geval gaat om UMC's, afdelingen die zijn erkend door stichting TopGGZ en/of de Stichting Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen (STZ).

Net als in de somatische zorg is hoogspecialistische GGZ verweven met kennisontwikkeling en kwaliteitsimplementatie en vervullen hoogspecialistische afdelingen vaak ook een opleidingsfunctie. Hoogspecialistische GGZ is tot slot van belang voor het vragen van een second opinion, consultatie en advies bij een expert.

4.3.5. Eerstelijnsconsultatie

Huisartsen geven aan dat zij veel waarde hechten aan een goede bereikbaarheid van psychiaters in het ziekenhuis voor overleg. Deze wens sluit nauw aan bij het beleid dat steeds meer zorg in de eerste lijn moet plaatsvinden. De werkgroep beveelt aan dat hiertoe dagelijks een psychiater beschikbaar en bereikbaar is. Hierbij moet worden opgemerkt, dat niet alle ziekenhuizen (vooral de niet-PAAZen en PUKs) de mogelijkheid hebben om verwijzingen van de huisarts aan te nemen.

4.3.6. Informatie-uitwisseling

De generieke module [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz \(LGA\)](#) en de NHG-richtlijn informatie-uitwisseling

Bron: Buiting, C., P. Rijnierse, en M. Oosterkamp, NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011.

beschrijven waaraan overdracht van informatie moet voldoen. Structuurindicator S4 ligt aan de basis van een lokaal informatieprotocol (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

4.3.7. Verwijzerstevredenheid

Om continuïteit, ketenzorg en goede samenwerking tussen disciplines te realiseren is het noodzakelijk om de samenwerking met verwijzers te evalueren. Uitkomstindicator U2 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)) is mede gebaseerd op het Framework for Routine Outcome Monitoring in Consultation Liaison Psychiatry.

Bron: Trigwell, P., Kustow, J., Santhouse, A., Gopinath, R., Aitken, P., Reid, S., Wilson, N., Martin, K. Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry (FROM-LP). 2015 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/FRLP02.pdf>.

4.4. Competenties

In deze paragraaf zijn het beschrijven van benodigde competenties en (bij)scholing van de betrokken hulpverleners middelen om stigmata op psychiatrische aandoeningen te verminderen, goede samenwerking tussen disciplines te bevorderen en de kwaliteit van het zorgaanbod voor de doelgroep te vergroten. Zie Tabel hieronder voor de corresponderende waarden.

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit
4. <i>Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden</i>
5. <i>Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. <i>Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten</i>

Tabel: Groen gearceerd zijn de geprioriteerde waarden die Competenties adresseert

4.4.1. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden

De belangrijkste vertaling van de waarde 'destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden' ligt in het bevorderen van kennis over psychiatrische comorbiditeit en competenties op het gebied van de ziekenhuispsychiatrie. De overtuiging van de werkgroep is hiermee stigmatisering van psychiatrische klachten in het ziekenhuis te verminderen en samenwerking te bevorderen. De werkgroep beveelt daarom aan professionals in de ziekenhuizen op te leiden, en bij- en na te scholen aan de hand van de competenties die zijn geformuleerd in [Medische competenties](#) en [Verpleegkundige competenties](#).

4.4.2. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening

Om herkenning en het hanteren van psychiatrische comorbiditeit door niet-psychiatrisch opgeleide artsen en verpleegkundigen te bevorderen, stelt de werkgroep voor de ziekenhuispsychiatrie verantwoordelijk te maken voor scholing van ten minste de niet-psychiatrisch geschoolde professionals op de spoedeisende hulp (SEH). Psychiaters en verpleegkundigen kunnen deze scholing, die is vastgelegd in structuurindicator S3 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)), uitvoeren. Scholing past binnen de liaisonrol zoals omschreven in [Kernelementen van zorg - Rollen van de psychiater in het ziekenhuis](#).

4.4.3. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars

De competentie 'shared decision making' wordt door de werkgroep voor alle zorgverleners werkzaam binnen ziekenhuispsychiatrische settings extra onder de aandacht gebracht door middel van procesindicator P1 (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

4.4.4. Medische competenties

Voor de vereiste competenties van artsen en medisch specialisten wordt uitgegaan van het CanMeds model.

Bron: KNMG. CanMEDS. 2015 Geraadpleegd op 24 juni 2015; beschikbaar op: <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Rubrieken/CanMEDS.htm>.

CanMeds bevat zeven hoofdcompetenties, te weten: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Bij het formuleren van de binnen de ziekenhuispsychiatrie benodigde competenties is gebruik gemaakt van Amerikaanse literatuur over consultatieve psychiatrie

Bron: Bronheim, H.E., et al., The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. Psychosomatics, 1998. 39(4): p. S8-S30.

en samengewerkt met de Afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Competenties van alle in een ziekenhuis werkzame artsen

Alle artsen die werkzaam zijn in een ziekenhuis zouden volgens de werkgroep ten minste de symptomen van de volgende psychiatrische aandoeningen moeten kunnen herkennen:

- Delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen
- Angststoornissen
- Stemningsstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Eetstoornissen
- Psychotische stoornissen

Deze aandoeningen komen vaak voor bij (de behandeling van) somatische aandoeningen.

Daarnaast zouden artsen in het ziekenhuis op de hoogte moeten zijn van diagnostiek en medisch handelen bij de volgende potentieel levensbedreigende psychiatrische ontregelingen: katatonie, suïcidaliteit, maligne neurolepticasyndroom en serotoninesyndroom.

In achtergronddocument [Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis](#) wordt voor verschillende somatische aandoeningen beschreven welke psychiatrische en psychiatrie zorgvragen kunnen voorkomen en waar in de bijbehorende somatische richtlijn informatie over psychiatrische comorbiditeit staat. Screeningsadviezen zijn te vinden in achtergronddocument [Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#). De werkgroep constateert dat in veel somatische richtlijnen de informatie over psychiatrische comorbiditeit summier te noemen is. Positieve voorbeelden zijn de richtlijn Diabetes mellitus type 1

Bron: Nederlandse Internisten Vereniging, Richtlijn Diabetes Mellitus type I. 2014.

en de richtlijn signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes.

Bron: Nederlandse Diabetes Federatie (werkgroep diabetes en depressie), Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. 2013, Nederlandse Diabetes Federatie.

Competenties van psychiaters werkzaam in het ziekenhuis

De basiscompetenties die psychiaters aan het eind van hun opleiding moeten hebben worden beschreven in opleidingsplan [HOOP 2.0](#),

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. HOOP 2.0: Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie. 2016 Geraadpleegd.

in het bijzonder tabel Competentieprofiel van de psychiater. Naast de algemene competenties, zijn voor het uitoefenen van psychiatrie in de ziekenhuizen de volgende competenties extra van belang:

Bron: Bronheim, H.E., et al., The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. Psychosomatics, 1998. 39(4): p. S8-S30.

- Bekwaamheid in verhelderen van reden van verwijzing (consultvrager versus patiënt);
- Kennis over diagnostiek, beloop en behandeling van psychiatrische stoornissen in de context van somatische ziekte;
- Beoordeling in hoeverre psychiatrische ontregeling wordt veroorzaakt door lichamelijke ziekte, zwangerschap, medicatie of middelenmisbruik;
- Bepleiten van aanvullend onderzoek bij aanwijzingen voor of ter uitsluiting van een onderliggende somatische conditie die bijdraagt aan de psychiatrische ontregeling;
- Het beoordelen van neuropsychiatrische dysfunctie: gedrags- en psychiatrische stoornissen vanuit neurologische tekorten';
- Het diagnosticeren en behandelen van (ernstige) middelenonttrekking en drugsgeïnduceerde psychiatrische stoornissen;
- Kennis van het behandelen van psychiatrische stoornissen in de zwangerschap en het kraambed;
- Psychofarmacologie bij somatisch zieke patiënten: polyfarmacie, interacties, afwijkende farmacokinetiek (zoals bij lever-, nier- en hartaandoeningen of zwangerschap);
- Het beoordelen en behandelen van aan pijn-gerelateerde psychiatrische problematiek;
- Hanteren van een systeemtheoretisch perspectief op de ziekenhuissetting en vanuit dat perspectief interventies kunnen toepassen;
- Samenwerken met collega's van andere specialismen;
- Ambassadeurschap voor patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit;
- Uitvoeren van kortdurende psychotherapeutische (inclusief systeemtherapeutische) interventies;
- Rapportage aan niet-psychiatrisch geschoolde verwijzer: beknopt, zonder afkortingen en psychiatrisch jargon en gericht op vraag van aanvragend arts;
- Indicatiestelling en eerste globale beoordeling van beeldvormende technieken;
- Indicatiestelling en beoordeling van neuropsychologisch onderzoek;
- Indicatiestelling en uitvoering van elektroconvulsietherapie (ECT);
- Advisering bij ethische vragen rond patiënten met psychiatrische klachten of aandoeningen;
- Het doen van medisch-juridische beoordelingen inzake bijvoorbeeld wilsbekwaamheid of wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) en in de toekomst Wet Verplichte GGZ (WVGGZ);
- Het adviseren en/of assisteren bij planning van ontslag en nazorg.

Deze competenties zijn geformuleerd in samenhang in de tabel [Problemen waarvoor psychiatrische expertise in het ziekenhuis geboden kan zijn](#), en aangepast naar aanleiding van de commentaarrondes.

4.4.5. Verpleegkundige competenties

Voor goede zorgverlening binnen de ziekenhuispsychiatrie zijn verpleegkundige competenties cruciaal.

Bron: van Waarde, J.A., et al., De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2004. 148(5): p. 209-211.

Alberque, C., et al., The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit: A European experience. Psychosomatics, 2009. 50(4): p. 354-361.

Bij het formuleren van de vereiste competenties van verpleegkundigen wordt uitgegaan van het CanMeds-model.

Bron: KNMG. CanMEDS. 2015.

CanMeds bevat zeven hoofdcompetenties in het verpleegkundig domein, te weten: vakinhoudelijk handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit en kwaliteit.

Bron: Verpleegkundigen & verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundige, deel 3. 2012 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: [http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder dan 2010/3_profiel verpleegkundige_def.pdf](http://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/3_profiel_verpleegkundige_def.pdf).

De competenties zijn verwoord in samenwerking met afgevaardigden van V&VN-afdeling Consultatieve psychiatrie, de beroepsvereniging voor consultatief psychiatrisch verpleegkundigen (CPV) en verpleegkundig specialisten GGZ werkzaam in de consultatieve psychiatrie. Ook is afstemming gezocht met de verpleegkundige afvaardiging in de richtlijncommissie herziening Richtlijn consultatieve psychiatrie.

Verpleegkundige rollen en beroepen in de ziekenhuispsychiatrie zijn verpleegkundigen op niet-psychiatrische afdelingen, Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige (CPV), Verpleegkundig Specialist GGZ (VS ggz) en MPU-verpleegkundigen. Voor alle verpleegkundige functies in de ziekenhuispsychiatrie geldt dat de beroepsbeoefenaar op zijn eigen opleidingsniveau de zeven CanMeds rollen beheerst. Deze worden niet afzonderlijk uitgeschreven. Het niveau van functioneren valt vanuit de competentieprofielen volgens CanMeds niet altijd goed te herleiden. Bij de volgende uitgewerkte verpleegkundige functies zijn de CanMeds competenties op een toenemend complexiteitsniveau ontwikkeld. Hierbij worden drie soorten complexiteit onderscheiden: complexiteit van zorg, complexiteit van de context en de complexiteit van redeneren. In de praktijk bestaat interactie tussen deze soorten complexiteit.

Bron: Hogeschool van Amsterdam (HBO-Verpleegkunde), CanMEDS, Competentieset van de HBO-V, HvA. 2012: Amsterdam.

4.4.6. Verpleegkundigen op niet-psychiatrische ziekenhuisafdelingen

Bron: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist, deel 4. 2012 Geraadpleegd op 1 december 2016.

De algemene competenties van verpleegkundigen zijn terug te vinden in de [Beroepsprofielen V&V2020](#). Hun deskundigheid is het kunnen observeren en beredeneren wanneer zorgverlening belemmerd raakt vanwege psychiatrische comorbiditeit. Voor deze verpleegkundigen moet duidelijk zijn op welke manier binnen het eigen ziekenhuis psychiatrische consultatie te vragen is. In de praktijk betekent dit dat zij de CPV of verpleegkundig specialist GGZ rechtstreeks kunnen consulteren. Het primaire proces van zorgverlening kan door de consultatieve dienst door coaching en adviezen ondersteund worden. Desgewenst kan de verpleging verzoeken om bijvoorbeeld casuïstiekbespreking, een bijdrage aan moreel beraad of bijscholing over veel voorkomende comorbiditeit. Deze werkwijze kan tevens bijdragen aan destigmatisering, door het bieden van een rolmodel in de omgang met patiënten met psychiatrische comorbiditeit, het bieden van handelingsperspectief en aanreiken van kennis.

4.4.7. Verpleegkundigen op de psychiatrische consultatieve dienst

Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige (CPV)

De CPV is een verpleegkundige (HBO-niveau, artikel 3 wet BIG) die de competenties bezit zoals beschreven in het [Beroepsprofiel Verpleegkundige](#).

Bron: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist, deel 4. 2012 Geraadpleegd op 1 december 2016.

Een meer uitvoerige beschrijving op het gebied van consultatief psychiatrische competenties is te vinden in het

beroepsdeelprofiel van de 'Verpleegkundig consulent Liaisonpsychiatrie'.

Bron: V&VN, Verpleegkundig Consulent Liaisonpsychiatrie. 2004.

De CPV werkt nauw samen met de consultatief psychiater ten behoeve van zorg aan somatische zieke patiënten die tevens psychiatrische en/of gedragsproblematiek hebben. De CPV verricht consultatie aan verpleegkundigen en geeft onderwijs over relevante onderwerpen.

De CPV heeft een eigen afdeling bij V&VN, bedoeld voor onderling advies, uitwisseling en nascholing.

Met de opkomst van de Verpleegkundig specialist GGZ zal op sommige plaatsen de CPV-functie opgaan in deze relatief nieuwe functie, op andere plekken zullen de functies naast elkaar bestaan en onderling moeten afstemmen.

De Verpleegkundig Specialist GGZ (VS ggz)

Een verpleegkundig specialist is een master-opgeleide verpleegkundige die wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee hij of zij individuele behandelrelaties aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling.

Bron: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist, deel 4. 2012 Geraadpleegd op 1 december 2016.

De verpleegkundig specialist staat ingeschreven in het specialistenregister (artikel 14) van de Wet BIG. Hierdoor is hij of zij samen met de psychiater en de klinisch psycholoog een van de drie specialisten in de geestelijke gezondheidszorg.

Bron: Boonstra N en Kronenberg L, De verpleegkundig specialist GGZ als spil in een vernieuwende, cliëntgerichte, kosteneffectieve GGZ. 2015, Boonberg: Zwolle.

Voor de VS werkzaam in de consultatieve psychiatrie gelden de competenties zoals beschreven in het Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist.

Bron: Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020. Beroepsprofiel verpleegkundig specialist, deel 4. 2012 Geraadpleegd op 1 december 2016.

De bevoegdheidsgrenzen worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid en het deskundigheidsgebied. Daarnaast geldt de bevoegdheid voor handelingen van een beperkte complexiteit, die veelvuldig voorkomen en waarvan de risico's zijn te overzien. De handelingen dienen te worden uitgevoerd volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Samenwerkingsafspraken dienen per individuele werksituatie te worden vastgelegd.

Bron: De Bruijn-Geraets D.P., et al., Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. 2015, Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg: Maastricht.

In alle gevallen bewaakt de VS scherp de grenzen van de eigen deskundigheidsgebied en bekwaamheid; de verantwoordelijkheid hiervoor ligt uitsluitend bij de VS zelf. Indien de zorg die een patiënt nodig heeft zijn of haar bekwaamheid te boven gaat, kan de VS de patiënt doorverwijzen en/of andere disciplines consulteren.

Onderscheid consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist GGZ

De verpleegkundig specialist onderscheidt zich van de CPV op een aantal gebieden, te weten: het opstellen van medisch-psychiatrische differentiaaldiagnosen, het indiceren en bijstellen van het voorschrift van bepaalde psychofarmaca, het bieden van adviezen op organisatorisch niveau, het geven van onderwijs op post HBO-niveau en het initiëren van wetenschappelijk onderzoek.

Beide beroepsbeoefenaars hebben gemeen; patiëntenzorg, onderwijs, consultatie en kwaliteitsontwikkeling.

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde en Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Beroepsdeelprofiel GGz-Verpleegkundige.

In tegenstelling tot de verpleegkundig specialist werkt de CPV niet als behandelverantwoordelijke. Door het in werking stellen van het experimenteerartikel 36a in de wet BIG met de daarbij behorende algemene maatregel van bestuur op 1 januari 2012 kan de verpleegkundig specialist een zelfstandige behandelrelatie aangaan met een patiënt.

Bron: Minister van VWS, Algemene maatregel van bestuur. 2011: Staatsblad Koninkrijk der Nederlanden.

De wettelijke zelfstandige bevoegdheid is inmiddels wetenschappelijk onderzocht en doelmatig en effectief bevonden.

Bron: De Bruijn-Geraets D.P., et al., Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. 2015, Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg: Maastricht.

Daarnaast heeft de verpleegkundig specialist GGZ met ingang van 2017 de rol van regiebehandelaar in de GGZ.

Bron: Landelijk Platform GGZ, et al., Model Kwaliteitsstatuut 2016.

Deze bevoegdheid maakt het herschikken van taken tussen VS en medisch specialisten beter mogelijk.

4.4.8. MPU-verpleegkundigen

Op basis van de [Veldnormen MPU](#) moet een MPU-verpleegkundige in staat zijn zorg te dragen voor de patiënt met (kans op) onder andere:

- Acute somatische verslechtering;
- Zuurstofafhankelijkheid;
- Ondervoeding en problemen met vocht en voedingsintake;
- Toediening van parenterale voeding, vocht, medicatie, bloed;
- Wondzorg;
- Blaaskatheterisatie;
- Maaghevel/maagsonde, PEG-sonde;
- Totale ADL-afhankelijkheid, immobiliteit waarbij bedverpleging;
- Rolstoelafhankelijkheid;
- Terminale zorg, zorg rond overlijden;
- Gevaarlijk gedrag bij onderliggende psychiatrische aandoening, toepassen VBI;
- Verstoring van realiteitstoetsing, cognitieve/executieve hersenfuncties.

MPU-verpleegkundigen hebben basiskennis van de werking van psychofarmaca en psychiatrische bijwerkingen van niet-psychiatrische geneesmiddelen.

Te allen tijde moet op de MPU gelijktijdige somatische en psychiatrische verpleegkundige expertise aanwezig zijn op minimaal MBO-4-niveau. De werkgroep van deze generieke module merkt op, dat het gezien de complexiteit van de patiënten op MPU's, wenselijk is om verpleegkundigen op HBO-niveau in te zetten.

Gezien de grote variatie in de mogelijke comorbide somatische en psychiatrische problematiek is een uitputtende opsomming van kennis van de ziektebeelden waarover MPU-verpleegkundigen moeten beschikken niet realistisch. Wel kan gesteld dat:

- Iedere MPU-verpleegkundige een breed ontwikkelde klinische blik op het gebied van somatische zorg heeft, waarbij kenmerken worden herkend van tenminste: ontregelde diabetes, saturatiedaling, tensiedaling, infectie, sepsis, bewustzijnsdaling en overvulling;
- Iedere MPU-verpleegkundige symptomen herkent van angst- en paniekstoornis, depressie, delirium, suïcidaliteit, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie en algemene kennis heeft van deze ziektebeelden;
- De observatie van klachten en symptomen, het klinisch redeneren teneinde deze te interpreteren en op basis hiervan tot verpleegkundige diagnoses en interventies te komen tot de kerncompetenties behoren, daarbij voortdurend zicht houdend op de interacties tussen onderliggende somatische en psychiatrische (werk)diagnose en medicatiegebruik;
- Casuïstiek van dien aard kan zijn dat het niet altijd mogelijk is om volgens verpleegkundige protocollen te werken. De uitdaging is gelegen in het toepassen van bruikbare interventies uit deze protocollen in samenhang met de context van het moment. Vindingrijkheid en 'out-of-the-box denken' zijn belangrijke competenties;
- Samenwerken met andere disciplines is van groot belang. Naast dat er vaak meerdere somatische en psychiatrische medisch specialisten betrokken zijn, moet steeds beoordeeld worden welke overige disciplines de zorg volwaardig kunnen maken en welk moment hiervoor geschikt is. De MPU-verpleegkundige vervult een rol in het concreet tot stand komen van deze samenwerking, onder meer rondom de dagelijkse visites en het MDO. Ook bredere samenwerking binnen de ziekenhuisorganisatie is relevant omdat met regelmaat specialistische verpleegkundige expertise nodig kan zijn, terwijl de MPU-verpleegkundige niet bevoegd en bekwaam is bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten. Het is daarom aan te bevelen binnen het ziekenhuis werkafspraken te maken hoe de MPU-verpleegkundige collega's kan consulteren. Ook verdient de aanbeveling een verpleegkundig specialist GGZ te kunnen consulteren bij complexe verpleegtechnische problemen.

Bij het samenstellen van een team MPU-verpleegkundigen zal de ene verpleegkundige vooral somatische en de andere verpleegkundige vooral psychiatrische ervaring hebben opgedaan in eerdere functies. Om beide uitgangspunten te faciliteren, wordt aangeraden de te zijner tijd landelijk erkende opleiding voor MPU-verpleegkundigen te volgen.

4.4.9. Samenwerking en taakherschikking

Bij taakherschikking neemt de verpleegkundig specialist de regierol op zich; bij taakdelegatie delegeert de arts een taak naar de verpleegkundig specialist en bij taakverschuiving neemt de verpleegkundig specialist een bepaald taakgebied van de arts over. In het kader van regieverantwoordelijkheid gaat het er veel meer om dat de verpleegkundig specialist binnen de consultatieve psychiatrie de regie kan voeren en specialistische deeltaken, zoals psychiatrische diagnostiek en behandeling, aan een psychiater vraagt. De verpleegkundig specialist is in sommige ziekenhuizen de continue factor.

De wijze waarop aan de zelfstandige behandelrol van de verpleegkundig specialist GGZ in de praktijk vorm en inhoud wordt gegeven, is afhankelijk van lokale afspraken. De verpleegkundig specialist GGZ zal samen met de (consultatief) psychiater werkafspraken aangaande taakherschikking moeten maken. Zo ontstaat duidelijkheid over ieders inzetbaarheid en taakafbakening, zowel binnen het team consultatieve psychiatrie als naar consultvragers in het ziekenhuis. Een hulpmiddel hierbij is de handreiking rondom taakherschikking door de verpleegkundig specialist, opgesteld door onder andere de beroepsorganisaties van medisch specialisten en VS (KNMG, V&VN, NAPA 2012). Verder is een werkformulier opgesteld door de Werkgroep Taakherschikking van de Federatie Medisch Specialisten, ondersteund door de V&VN – Verpleegkundig Specialisten. De Federatie Medisch Specialisten heeft verschillende hulpmiddelen voor taakherschikking en taakdelegatie naar verpleegkundig specialisten op een themapagina over taakherschikking.

Het vastleggen van werkafspraken dient twee doelen: 1) het specificeren van de taakherschikking als instrument voor een doelmatiger organisatie van de zorg en 2) het beheersen van risico's, met name wat betreft de patiëntveiligheid. In de feitelijke vastlegging dienen verpleegkundig specialist en psychiater het takenpakket met het oog op deze doelen en binnen de wettelijke kaders uit te werken. Afspraken ten aanzien van supervisie en overlegmomenten over bijvoorbeeld suïcidedreiging kunnen in dit formulier worden meegenomen.

Landelijk is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden in het kader van taakherschikking een continu proces in beweging. Uit onderzoek naar taakherschikking in de praktijk, blijkt dat er stappen worden gemaakt maar er ook terughoudendheid is. Nieuwe beroepsgroepen moeten voor een deel hun waarde bewijzen en ook binnen de consultatieve psychiatrie zal er op basis van wederzijds vertrouwen en getoonde competenties optimaal gebruik gemaakt kunnen worden van de verpleegkundig specialist.

Bron: Wallenburg, I., M. Janssen, en A. de Bont. De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. 2015.

4.5. Kwaliteitsbeleid

De ziekenhuispsychiatrie maakt als integraal onderdeel van het ziekenhuis ook deel uit van het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. De Raad van Bestuur is integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. In het model kwaliteitsstatuut GGZ

Bron: Landelijk Platform GGZ, et al., Model Kwaliteitsstatuut 2016.

staat beschreven welke zaken er geregeld en vastgelegd moeten zijn per 1-1-2017, zie ook [Verantwoordelijkheidsverdeling](#) in het ziekenhuis. Medisch specialisten en andere BIG-geregistreerde hulpverleners zijn verantwoordelijk voor hun eigen medisch handelen conform de eisen die de wet en de beroepsverenigingen hieraan stellen. Zij nemen deel aan de visitatie- en nascholingstrajecten van hun beroepsorganisatie. Dit houdt in dat er geoperationaliseerde kwaliteitsinstrumenten ingezet worden om middels PDCA-cycli de kwaliteit zo hoog mogelijk te houden, te denken valt aan IFMS-trajecten, veiligheidsrondes en periodieke evaluatie van kwaliteitsindicatoren die bijvoorbeeld in deze generieke module worden voorgesteld. Op verschillende wijzen moet het patiëntenperspectief onderdeel zijn van het kwaliteitsbeleid – bijvoorbeeld door aanwezigheid van ervaringsdeskundige bij scholing, het met de cliëntenraad bespreken van uitkomstindicatoren en het scholingsprogramma voor *shared decision making*.

4.6. Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

De ziekenhuisomgeving biedt – vanwege de verhoogde prevalentie van psychiatrische stoornissen (zie [Patiënten met psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis](#)) - een goede kans voor opsporing en behandeling. Tijdige herkenning van psychiatrische comorbiditeit is een voorwaarde voor effectieve interventie, maar vertraging in het herkennen en behandelen van psychiatrische aandoeningen bij ziekenhuispatiënten komt vaak voor en kan leiden tot slechtere uitkomsten en chroniciteit. Tijdige, evidence-based behandeling is dus noodzakelijk om zowel zorg- als economische uitkomsten te verbeteren. Om tijdige zorg mogelijk te maken, is beschikbaarheid en een goede organisatorische integratie van psychiatrische behandeling een noodzakelijke voorwaarde. Deze Generieke module Ziekenhuispsychiatrie doet daarom aanbevelingen over beschikbaarheid (structuurindicator S1 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#) en [Beschikbaarheid en bereikbaarheid van behandelafdelingen](#)) en bereikbaarheid (zie Implementatie- en onderhoudsplan - Capaciteitsberekening) van behandelafdelingen, vroege herkenning (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)) en tijdige zorg (zie [Tijdige zorgverlening en procesindicatoren](#) P3 t/m P5 in [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

4.7. Financiering

4.7.1. Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

4.7.2. Specifiek

Op dit moment wordt de medisch specialistische ziekenhuiszorg gefinancierd, verantwoord en gedeclareerd middels DOT-producten en de GGZ-zorg middels DBC-GGZ. Er zijn DOT's consultatieve psychiatrie, waarmee psychiatrische consultatieve en poliklinische zorg vanwege comorbide psychiatrische aandoeningen afgerekend kan worden. Voor de zorg voor ziekenhuispatiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit zijn lokaal verschillende financieringsafspraken gemaakt. Hierbij is er soms zowel DOT als DBC GGZ financiering en soms wordt de financiering geregeld door interne budgetherverdeling. De Medisch Psychiatrische Units die uitgaan van een PAAZ of PUK worden, bij gebrek aan een aparte financieringscategorie, vaak gefinancierd vanuit het GGZ budget en gedeclareerd middels DBC GGZ met een zwaardere ligdagcategorie (minimaal E conform de Veldnorm).

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. 2014 Geraadpleegd op 1 december 2016; beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>.

De huidige tweedeling in financieringssystemen (GGZ-zorg en Medisch Specialistische Zorg (MSZ)) hindert een goede organisatie van zorg en zou wat de werkgroep betreft op zo kort mogelijke termijn herzien moeten worden. Hierbij ziet de werkgroep twee oplossingsrichtingen:

1. meer mogelijkheden binnen de GGZ-declaratiesystematiek voor declaratie van kostenverhogende somatische comorbiditeit en het afrekenen van somatisch aanvullend onderzoek of;
2. uitbreiding van de DOT-systematiek met ziekenhuispsychiatrische zorgproducten (als aanvulling op de reeds bestaande DOT consultatieve psychiatrie).

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

5.2. Inleiding

De Generieke module Ziekenhuispsychiatrie maakt gebruik van Donabedian's model voor het evalueren van de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van zorginstellingen.

Bron: Donabedian, A., Evaluating the quality of medical care (1966 repub). Milbank Q, 2005. 83(4): p. 691-729.

Uitgangspunt in Donabedian's model is dat kwaliteit van medische zorg wordt gemeten aan de hand van vooraf gedefinieerde waarden en daaraan verbonden doelen. De tabel hieronder geeft een overzicht van de voor deze generieke module geprioriteerde waarden (zie ook [Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden en Model](#)).

De werkgroep heeft aan de hand van de geprioriteerde waarden (zie de tabel Geprioriteerde waarden achter goede ziekenhuispsychiatrische zorg hieronder) 24 indicatoren voorgesteld: 17 structuurindicatoren, 4 procesindicatoren en 3 uitkomstindicatoren. Voor een aantal waarden is gekozen om eerst de structuur en/of de procesaspecten met behulp van indicatoren nader in kaart te brengen en daarmee op een basisniveau te brengen, voordat er uitkomstindicatoren bijgehouden moeten worden.

De indicatoren zijn primair gericht op interne kwaliteitsverbetering. Het vergelijken van resultaten op met name de uitkomstindicatoren tussen de ziekenhuizen is vooralsnog niet mogelijk, omdat geen adequate correctie beschikbaar is voor verschillen in prognose van de onderzochte patiëntenpopulatie. Dit is onderwerp van vervolgonderzoek (zie [Gebruik van indicatoren](#)).

Waarden
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven
2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
3. Continuïteit en ketenzorg
4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening
7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel faciliteiten

5.3. Keuze van de indicatoren

De waarden zijn het resultaat van literatuuronderzoek, integratie van knelpunten uit de Nederlandse praktijk (stigmatisering, ketenzorg, casefinding) en prioritering door de werk- en adviesgroep (zie [Raamwerk: zeven geprioriteerde waarden](#)). De prioritering van deze waarden geeft aan wat patiënten, professionals en verzekeraars op dit moment als de belangrijkste (verbeter)thema's zien voor de zorg gericht op ziekenhuispatiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit. De waarden en doelen zijn voor wat betreft inhoud en organisatie van zorg uitgewerkt in [Inhoud van de zorg](#) en [Organisatie van zorg](#).

Op basis van de geprioriteerde waarden, rekening houdend met de inhoud van relevante kwaliteitsdocumenten ([Relevante richtlijnen](#) - Richtlijnen en Veldnormen over Ziekenhuispsychiatrie) en een landelijke inventarisatie naar het gebruik van kwaliteitsindicatoren ([Inventarisatie huidige gebruik van kwaliteitsindicatoren](#)) worden in kwaliteitsindicatoren voorgesteld. Zo is bij de ontwikkeling van deze generieke module gebruik gemaakt van de kwaliteitsdefinities achter bestaande indicatoren uit de richtlijn Consultatieve Psychiatrie:

Bron: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

beschikbaarheid en continuïteit van zorg (verwerkt in S1), organisatorische inbedding (verwerkt in S2) en tijdigheid (verwerkt in P3, P4 en P5). Ook zijn de [Veldnormen Medisch Psychiatrische Units](#) overgenomen als structuurindicatoren V1 t/m V10. Daarnaast heeft de werkgroep 4 structuurindicatoren, 5 procesindicatoren en 2

uitkomstindicatoren toegevoegd. De indicatoren over patienttevredenheid, verwijzerstevredenheid en tijdigheid zijn mede gebaseerd op het recent verschenen Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry (2015, Royal College of Psychiatrists).

Bron: Trigwell, P., Kustow, J., Santhouse, A., Gopinath, R., Aitken, P., Reid, S., Wilson, N., Martin, K. Framework for Routine Outcome Measurement in Liaison Psychiatry (FROM-LP). 2015 Geraadpleegd op 1 december 2016.

Beschikbaar op: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/FRLP02.pdf>

De totale indicatorenset bestaat uit 14 structuurindicatoren, 5 procesindicatoren en 2 uitkomstindicatoren (zie [Overzicht kwaliteitsindicatoren Generieke module Ziekenhuispsychiatrie](#)).

De haalbaarheid van deze indicatorenset is onderzocht in een haalbaarheidsonderzoek onder 10 Nederlandse ziekenhuizen. De resultaten van dit haalbaarheidsonderzoek zijn samengevat in achtergronddocument [Samenvatting resultaten haalbaarheidsonderzoek](#). Uit het haalbaarheidsonderzoek blijkt dat het meten van de in Kwaliteitsindicatoren voorgestelde indicatorenset haalbaar is en als relevant wordt beoordeeld door de bevraagde patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars en managers. Ook blijken de genormeerde indicatoren implementeerbaar.

5.4. Overzicht van indicatoren

	Omschrijving	Waarden
STRUCTUURINDICATOREN		
<i>Overstijgende structuurindicatoren</i>		
S1	Beschikbaarheid - In elk ziekenhuis is het mogelijk om binnen 24 uur psychiatrische consultatie te verrichten (zie ook procesindicator P4); - Ziekenhuizen met een psychiatrische consultatieve dienst hebben tevens ten minste een polikliniek voor kortdurende nazorg; - Ziekenhuizen met een MPU hebben zowel een psychiatrische consultatieve dienst en een polikliniek voor ziekenhuispsychiatrie (deze deelindicator is gelijk aan structuurindicator V5).	<i>Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen</i>
S2	Organisatorische inbedding Professionals op de polikliniek, dagbehandeling, de psychiatrische consultatieve dienst en de Medisch Psychiatrische Unit zijn organisatorisch goed ingebed in het ziekenhuis. Met deze inbedding wordt tenminste bedoeld: - Gebruik van een gemeenschappelijk medisch dossier waarin dossiervoering van psychiatrische en somatische behandelaars wederzijds raadpleegbaar is; - Specifiek voor psychiaters - Deelname aan accreditatie-, visitatie- en scholingsprogramma's van het ziekenhuis; - Deelname aan stafcommissies en protocolontwikkeling van het ziekenhuis; - Lidmaatschap van de vereniging medische staf/het stafconvent.	<i>Goede samenwerking; Continuïteit en ketenzorg</i>
S3	Bijscholingsprogramma Het ziekenhuis heeft ten minste een bijscholingsprogramma ziekenhuispsychiatrie (zie ook bijlage 4 Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis) voor niet-psychiatrisch opgeleide artsen en verpleegkundigen werkzaam op de spoedeisende hulp (SEH). Het bijscholingsprogramma voorziet in structurele jaarlijkse (bijscholing voor deze disciplines: nabesoreken van casuïstiek is onvoldoende.	<i>Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden; Vroege opsporing en tijdige zorgverlening</i>
S4	Informatieoverdracht Het ziekenhuis heeft een protocol over informatieoverdracht rond de zorg voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit conform de eisen uit Informatieoverdracht.	<i>Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking tussen disciplines; integratie van zorgverleners</i>

- Meer informatie over Beschikbaarheid: zie Organisatorische randvoorwaarden
- Meer informatie over Organisatorische inbedding: zie Randvoorwaarden voor goede samenwerking binnen het ziekenhuis
- Meer informatie over Informatieoverdracht: zie Informatieoverdracht

STRUCTUURINDICATOREN		
Structuurindicatoren specifiek voor MPU's (overgenomen van Veldnormen Medisch Psychiatrische Units [1])		
V1	Geïntegreerde diagnostiek en behandeling, zorgvraagzwaarte Een MPU voorziet in geïntegreerde, klinische psychiatrische en somatische diagnostiek en behandeling. De zorgvraagzwaarte komt overeen met die van een reguliere psychiatrische en somatische (opname)afdeling.	Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen
V2	24/7 beschikbaarheidsfunctie, competenties medisch specialisten, zorgvragen - Een MPU biedt 24/7 multidisciplinaire diagnostiek, verpleging en behandeling; - De betrokken medisch specialisten zijn ervaren en geschoold in het behandelen van patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Ook zijn zij bekend met de werkwijzen van de MPU en het ziekenhuis; C. De veldnorm bevat een niet-limitatieve lijst met tien zorgvragen die op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd kunnen worden (zie de tekst van deze veldnorm [1]).	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen; Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden; Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening
V3	Organisatorische inbedding Zorg op de MPU is organisatorisch volledig ingebed in algemene of universitaire ziekenhuizen (zie ook structuurnorm S2).	Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening
V4	Aansturing en bedrijfsvoering De aansturing en de bedrijfsvoering van een MPU dienen geborgd te zijn met zowel bedrijfsmatige expertise als medisch inhoudelijke expertise en dienen aan te sluiten bij de gebruikelijke organisatievorm van het betreffende ziekenhuis.	Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking
V5	Continuïteit en interne ketenzorg Het ziekenhuis met een MPU moet ook een consultatieve psychiatrische dienst en polikliniek voor ziekenhuispsychiatrie hebben.	Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking
V6	Continuïteit en externe ketenzorg Een MPU heeft samenwerkingsafspraken met verwijzers en nazorginstanties binnen en buiten het ziekenhuis. Deze schriftelijke samenwerkingsafspraken behelzen: opname- en ontslagcriteria, aanmeldingsprocedure, verdeling van verantwoordelijkheid tussen verwijzende instelling, verwijzend medisch specialist en MPU-psychiater, terugplaatsingsafspraken en -garantie rond ontslag, structureel overleg en opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid.	Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking
V7	Verpleegkundige expertise en bezetting De MPU beschikt over zowel somatische als psychiatrische verpleegkundige expertise. Verpleegkundigen zijn minimaal MBO-4 geschoold en per dienst zijn beide expertises aanwezig. De verpleegkundige bezettingsnorm is minimaal 1,0 fte per bed (zie circulaire Nederlandse Zorgautoriteit [2], Nederlandse Zorgautoriteit [3]).	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen
V8	Beschikbare niet-medische professionals Op een MPU is het mogelijk minimaal de volgende professionals te betrekken bij de zorg voor de patiënt: activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en GZ-psycholoog.	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen
V9	Ruimtelijke voorzieningen De ruimtelijke voorzieningen van de MPU maken zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk. Op de MPU zijn ruimtelijke voorzieningen aanwezig die zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk maken. Dit betekent dat ten minste de volgende ruimtelijke faciliteiten aanwezig moeten zijn: - Een of meerdere afzonderingsruimtes of faciliteiten voor veilige fixatie op bed of in stoel; - Een of meerdere eenpersoonskamers met voorzieningen voor zuurstoftoediening, infusen en totale bedverpleging; - Een bereidingsruimte voor medicatie, waarin volgens de huidige richtlijnen o.a. intraveneuze medicatie kan worden voorbereid; - Voldoende opslagruimte voor verpleegkundige materialen benodigd bij de somatische zorg.	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen
V10	Beschikbaarheid elektroconvulsieve therapie (ECT) ECT is voor patiënten op de MPU 24/7 drempelloos en snel beschikbaar. Dit kan door in het eigen ziekenhuis een ECT-faciliteit ter beschikking te hebben, of door daarover met andere MPU's bindende afspraken te hebben vastgelegd over het gebruik van de ECT-faciliteit in geval van een spoedindicatie.	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen

Meer informatie over complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit: zie [Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#).

PROCESINDICATOREN		
Overstijgende procesindicatoren		
P1	Shared decision making Shared decision making wordt geïmplementeerd in alle ziekenhuispsychiatrische. Bespreking van voortgang binnen het team van zorgverleners vindt tenminste eenmaal per jaar plaats.	Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
P2*	Patiënttevredenheid Bij afsluiting van de zorg wordt (schriftelijk) naar de patiënttevredenheid gevraagd. Verbeterpunten worden ten minste jaarlijks besproken binnen het team van behandelaars. Aan de hand van het haalbaarheidsonderzoek en landelijke ervaringen met <i>routine outcome monitoring</i> is deze indicator genormeerd op 50% van de behandeltrajecten en is de setting consultatieve psychiatrie uitgesloten van routinematige metingen. Er zijn verschillende manieren om naar patiënttevredenheid te vragen, waarbij de CQ-index een veelgebruikt instrument is. De keuze van het instrument staat de ziekenhuizen vrij, maar het gebruikte instrument moet ten minste een combinatie van kwantitatieve (bijvoorbeeld: ken een cijfer toe) en kwalitatieve evaluatie (bijvoorbeeld: wat vond u goed aan de zorg, wat kan verbeterd worden) bevatten.	Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars
*Nota bene: het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ bezig is met het ontwikkelen van overstijgende kwaliteitsindicatoren op het gebied van patiëntervaringen. Dit kan leiden tot het vervangen van procesindicator P2 [4].		

Meer informatie over ziekenhuispsychiatrische settings: zie [Zorgprofielen](#) en [Zorgintensiteit](#).

Meer informatie over het haalbaarheidsonderzoek: zie [Resultaten haalbaarheidsonderzoek GM Ziekenhuispsychiatrie](#).

Procesindicatoren specifiek voor consultatieve psychiatrie en spoedeisende hulp (SEH)		
P3	Tijdigheid consulten op de spoedeisende hulp (SEH) Consulten op de SEH worden binnen 30 minuten verricht, gemeten vanaf het moment van oproep tot komst van de a(n)ios psychiatrie of psychiater. Dit is het geval in 85% van de consulten. Het betreft urgentiegraden 1 en 2 uit de Generieke module Acute psychiatrie [5].	Vroege opsporing en tijdige zorgverlening; Goede samenwerking; Continuïteit en ketenzorg; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen
P4	Tijdigheid reguliere consulten Reguliere consulten worden op werkdagen binnen 24 uur na aanvraag verricht, gemeten van het moment van aanvraag tot het noteren van conclusie en beleid in het dossier. Dit is het geval in 85% van de consulten. De norm is gebaseerd op het haalbaarheidsonderzoek. N.B. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater, eventueel na overleg met de consultvrager.	Vroege opsporing en tijdige zorgverlening; Goede samenwerking; Continuïteit en ketenzorg; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen
Procesindicator specifiek voor Medisch Psychiatrische Units		
P5	Tijdigheid MPU-opnames De wachttijd van indicatiestelling tot spoedopname op de Medisch Psychiatrische Unit is maximaal 24 uur. Dit is het geval in 85% van de spoedaanmeldingen. Of het spoed betreft, is ter inschatting aan de opnemend psychiater.	Vroege opsporing en tijdige zorgverlening; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelafdelingen

UITKOMSTINDICATOREN		
Generieke uitkomstindicatoren		
U1	Verschilscore kwaliteit van leven De EQ-5D-5L wordt aan het begin en eind van een behandeltraject afgenomen. De verschilscore wordt gemeten bij 50% van de behandeltrajecten op polikliniek, dagbehandeling en Medisch Psychiatrische Unit. Binnen de consultatieve psychiatrie is het gebruik van deze indicator in het haalbaarheidsonderzoek niet haalbaar gebleken.	<i>Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven</i>
U2	Verwijzerstevredenheid Jaarlijkse steekproef van de verwijzerstevredenheid met betrekking tot alle nieuwe patiënten in een periode van een kalendermaand. "In relatie tot de zorg voor deze patiënt, hoe beoordeelt u de zorg door onze afdeling? (0-10 schaal)? Wat vond u goed aan de zorg door onze afdeling? Wat kan er verbeterd worden?"	<i>Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking</i>
*Nota bene: Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ werkt op dit moment aan een generieke set kwaliteitsindicatoren [4]. De werkgroep heeft bij de ontwikkeling van deze generieke module nadrukkelijk voor een generieke uitkomstmaat (U1, de EQ-5D-5L) gekozen en niet voor symptoom- of ziektespecifieke maten. Belangrijkste argument hiervoor is de heterogeniteit aan (combinaties van) aandoeningen binnen de patiëntenzorg waarop deze module van toepassing is. De EQ-5D-5L kan in de ogen van de werkgroep dus alleen worden vervangen door een instrument met eenzelfde (generieke) grondslag.		

Meer informatie over haalbaarheidsonderzoek: zie [Resultaten haalbaarheidsonderzoek GM Ziekenhuispsychiatrie](#).

Meer informatie over de generieke uitkomstmaat (U1, de EQ-5D-5L): zie [Hoofddoel van de behandeling](#).

5.5. Voorstel voor operationalisatie van de kwaliteitsindicatoren

De werkgroep doet in deze paragraaf per indicator een voorstel voor de operationalisatie van de gekozen kwaliteitsindicatoren. In de nadere uitwerking van het implementatieplan kunnen deze voorstellen worden uitgewerkt.

Structuurindicator S1 Beschikbaarheid

Structuurindicatoren S1 t/m S4 kunnen worden getoetst door middel van een schriftelijke vragenlijst.

Structuurindicator S2 Organisatorische inbedding

Het antwoord op structuurindicator S2 kan worden ondersteund door een overzicht van deelname aan deelname aan accreditatie-, visitatie- en scholingsprogramma's, staf- en protocolcommissies en notulen van de vereniging medische staf/het stafconvent.

Structuurindicator S3 Bijscholingsprogramma

Door het aanleveren van het programma en de deelnemerslijsten van de aangeboden scholing.

Structuurindicator S4 Informatieoverdracht

Door het aanleveren van het gehanteerde lokale protocol informatieoverdracht. Toetsing van dat protocol aan de eisen die zijn verwoord in [Informatieoverdracht](#).

Structuurindicator V1 t/m V10

Middels een schriftelijke vragenlijst, gebaseerd op een eerdere landelijke inventarisatie.

Bron: van Schijndel, M.A., et al., Medisch Psychiatrische Units in Nederland: goede zorg voor de patiënt met somatisch-psychiatrische comorbiditeit? Geaccepteerd voor publicatie in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2017.

Procesindicator P1 Shared decision making

Middels een schriftelijke vragenlijst, onderbouwd door notulen en werkafspraken, gemaakt naar aanleiding van het bedoelde overleg.

Procesindicator P2 Patiënttevredenheid

Middels aanleveren van het gebruikte instrument en de responspercentages. Toets op voorwaarde dat het gebruikte instrument ten minste een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie bevat.

Procesindicator P3 Tijdigheid consulten op de spoedeisende hulp (SEH)

Middels een overzicht van de spreiding in consulttijden, gemeten van oproep tot komst van de a(n)ios psychiatrie of psychiater op de SEH.

Procesindicator P4 Tijdigheid reguliere consulten

Middels een overzicht van de spreiding in consulttijden, gemeten van oproep van de a(n)ios psychiatrie of psychiater tot verslaglegging in het dossier.

Procesindicator P5 Tijdigheid MPU-opnames

Middels een overzicht van de wachttijden voor spoedopname tot plaatsing op een MPU. Of het spoed betreft, is ter inschatting aan de opnemend psychiater.

Uitkomstindicator U1 Kwaliteit van leven (EQ-5D-5L)

De EQ-5D-5L wordt aan het begin en eind van een behandeltraject afgenomen. De verschillscore wordt gemeten bij 50% van de behandeltrajecten op polikliniek, dagbehandeling en Medisch Psychiatrische Unit.

Uitkomstindicator U2 Verwijzerstevredenheid

Te meten door een jaarlijkse steekproef van de verwijzerstevredenheid met betrekking tot alle nieuwe patiënten in een periode van een kalendermaand.

5.6. Gebruik van indicatoren

Het belangrijkste doel van de voorgestelde indicatoren is het verbeteren van de eigen praktijk.

Een afdeling kan zo bepalen welke aspecten van de zorgverlening verbeterd kunnen worden en de indicatoren gebruiken om te zien of de beoogde verbeteringen ook de gewenste effecten hebben, door de eigen resultaten over de tijd te vergelijken.

Het vergelijken van resultaten op de indicatoren tussen verschillende afdelingen is vooralsnog niet mogelijk. Voor een eerlijke vergelijking is het noodzakelijk dat er een adequate correctie voor de verschillen in onderliggende prognose van de betreffende patiëntenpopulatie plaatsvindt. Deze correctie is op dit moment niet beschikbaar. Voor het identificeren en meten van relevante prognostische of 'casemix' factoren wordt op dit moment een projectaanvraag voorbereid, in samenwerking met vertegenwoordigers van de Nederlandse Internisten Vereniging en Nederlandse Vereniging voor Neurologie. De werkgroep acht het op dit moment niet mogelijk om (het presteren van) verschillende afdelingen op basis van de huidige indicatoren met elkaar te vergelijken.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Negatieve ervaringen van patiënten

De patiëntvertegenwoordiging in de werkgroep verzamelde onder patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit en hun naasten negatieve ervaringen met de ziekenhuiszorg.

De ervaringen zijn geordend aan de hand van 10 zorgaspecten uit de 'Basiset Kwaliteitscriteria vanuit Patiëntenperspectief'. De citaten worden cursief weergegeven. Deze ervaringen vormden een inspiratiebron voor de werkgroep van deze generieke module: bij het opstellen van knelpunten, het prioriteren van waarden en het kiezen van indicatoren.

Zorgaspect	Citaat
Regie over de zorg	<i>"Voor mijn gevoel was ik alles kwijt, toen ik in het ziekenhuis terecht kwam vanwege mijn boulimia en diabetes. Ik werd geprikt wanneer het de verpleging uitkwam, moest eten, drinken en spuiten zoals zij dat wilden. Dat ik dit ontzettend moeilijk vond maakte niemand iets uit. Ik kreeg rustgevende medicatie voorgeschreven, waar ik niet om gevraagd had, maar die ik wel in diende te nemen. Dit zorgde voor een deuk in mijn zelfvertrouwen."</i>
Effectieve zorg	<i>"In het ziekenhuis deden ze een kort psychologisch onderzoek. Ik werd depressief bevonden en medicatie werd gestart. Toen deze niet werkte, werd ik overgezet op andere medicatie. Het ging steeds slechter met me. Toen ik werd opgenomen, bleek er nog veel meer aan de hand te zijn. Ik had een posttraumatische stressstoornis, vanwege mijn misbruikverleden. Ik was inmiddels een half jaar en vele medicijnen verder toen ik eindelijk hulp kreeg die ik nodig had. Ik kreeg EMDR-therapie, wat heel goed werkte. Mijn klachten namen af. Maar ik was wel al bijna een jaar ziek en had geen baan meer. Achteraf denk ik dat als er meteen grondig onderzoek was gedaan en EMDR-therapie was gegeven, dat de klap veel kleiner was geweest."</i>
Toegankelijke zorg	<i>"Mijn vriendin zat al langere tijd thuis, ze was manisch. Daarnaast had ze door een eerdere suïcidepoging zoveel schade opgelopen, dat lopen, eten en bewegen moeizaam gingen. Ze vermagerde zienderogen. Ik heb in die tijd talloze malen gebeld met de huisarts, die weinig kon. Ook de crisisdienst scheepte me vaak af, ik werd van het kastje naar de muur gestuurd, terwijl mijn vriendin bleef blowen en nauwelijks at of sloep. Ik was totaal uitgeput toen mijn vriendin eindelijk de hulp kreeg die ze nodig had in het ziekenhuis. Als er eerder adequaat was opgetreden, was het waarschijnlijk nooit zo erg geworden. Nu waren er zoveel hulpverleners betrokken, die nauwelijks contact met elkaar hadden, dat de drempel om hulp te krijgen gigantisch bleek"</i>
Continuïteit van zorg	<i>"Toen ik eenmaal met ontslag ging uit het ziekenhuis, was ik weliswaar psychiatrisch en lichamelijk vooruitgegaan, maar nog lang niet de oude. Ik zat thuis en had geen idee wat ik met mezelf aan moest. Van een plek vol zorg zat ik nu hulpeloos alleen op de bank. Mijn appartement raakte al snel verwaarloosd en ook mijn zelfzorg was ver te zoeken. Ik deed niets en verviel al gauw in oude gewoontes, zoals overdag slapen, slecht eten en veel drinken. Mijn buurman hielp af en toe, maar na een aantal maanden leidde de situatie tot een nieuwe opname, terwijl ik zo graag thuis wilde blijven."</i>
Informatie, voorlichting en educatie	<i>"Toen mijn moeder na een zelfmoordpoging op de SEH terecht kwam, was ze niet veel meer dan een hoopje ellende. Haar maag werd leeggepompt en er liepen mensen af en aan. Ik wist niet wat er gebeurde of wat ze gingen doen met mijn moeder en ik maakte me ernstige zorgen. Niemand vertelde me wat ze had. Ik hoopte dat ze haar zouden opnemen en helpen. Na vier uur wachten kreeg ik echter te horen dat ze weer mee naar huis kon en dat ze maar wat beter moest eten. Er was niemand om mij te steunen of te vertellen wat ik moest doen. Ik voelde me ontzettend in de steek gelaten. Ik was al die tijd haar mantelzorger, maar heb nooit enige ondersteuning ontvangen. Uiteindelijk leidde dit bij mij tot overspannenheid, die mijns inziens voorkomen had kunnen worden."</i>
Emotionele ondersteuning, empathie en respect	<i>"Toen ik op de SEH terecht kwam, waren al mijn spieren verstijfd, kataton. Ik kon niks, zelfs niet praten, maar ik hoorde alles. De chirurg die kwam om een snee te hechten maakte er met een groepje co-assistenten een 'leuke' les van. Ondertussen was ik de controle over blaas en darmen kwijt. Toen de verpleging eindelijk doorhad</i>

	dat ik in mijn eigen vuil lag, begonnen ze te ruziën over wie 'die vieze troep' moest opruimen. Ik kreeg een luier om. Ik schaamde me rot, maar kon niks zeggen. Ik voelde me vernederd. Toen een verpleegkundige opmerkte dat het allemaal 'aandschtrekkerij' was, was voor mij de maat vol. Maar de frustratie maakte de kramp in mijn lijf nog veel erger, dus ik kon er niks mee. Ik werd overgebracht naar de MPU, maar dit gebeurde zonder goede overdracht. Ik heb meer dan 24 uur in een luier gelegen die totaal verzadigd was. Niemand kwam me verschonen en ik kon zelf niet om hulp vragen. Ik heb me nog nooit zo vies en hulpeloos gevoeld."
Patiëntgerichte omgeving	"De eerste hulp is geen plek voor mensen met een psychiatrisch probleem, dat heb ik wel gemerkt. Na een suïcidepoging hoorde ik de verpleegkundigen op de gang roepen 'of iemand dat 'TSje' (TS = Tentamen Suicide) kon 'leegpompen'. Ik had totaal geen privacy en voelde me een object in plaats van een mens. Wat een stigmatisering zeg, alsof psychiatrische ziektes je eigen schuld zijn! In verband met mijn slecht functionerende nieren werd ik opgenomen op de MPU in het ziekenhuis. Er werd goed voor mij gezorgd, zeker op fysiek gebied. Ook hadden ze een programma met verschillende therapieën. Ik miste echter wel iemand om mee te praten, iemand die me begreep. De verpleegkundigen hadden er in elk geval geen tijd voor. Later kwam ik in contact met een ervaringsdeskundige, die een soortgelijke situatie had meegemaakt. Ze stond naast me en haar begrip en optimisme hielpen mij meer dan alle infusen bij elkaar."
Veilige zorg	"Mijn suïcidale zoon was na een moeilijke periode thuis eindelijk opgenomen op de PAAZ. Hij heeft autisme en reageert zichzelf vaak af door met zijn hoofd te bonken, zijn huid open te bijten of zichzelf met iets scherp te beschadigen. Daarom werd hij in de separeer gezet. Ik vond het vreselijk om mijn zoon zo te zien en niemand kon me vertellen hoe lang hij daar moest zitten. Mijn zoon leek nu veilig en wel in een rustige omgeving te zitten. Hij zou wondzorg krijgen voor de ontstoken bijtewonden op zijn arm. Na twee dagen werd ik echter gebeld, dat mijn zoon zichzelf ernstig had verwond. Het bleek dat de verpleging in het ziekenhuis geen aandacht had besteed aan het doorzoeken van de spullen die hij mee had genomen. Veilig hoor, zo'n separeerruimte. In plaats van antibiotica en verband om zijn arm had hij nu met een glasscherf de toestand verergerd. Ik maakte me ernstige zorgen!"
Kwaliteit van zorg transparant	"Toen ik op de MPU lag, was ik zo depressief dat ik psychotisch werd. Er werd gestart met een behandeling van elektroshocks. Dit vond ik een eng idee. Er werd me niks verteld over de bijwerkingen en over de werkzaamheid van die behandeling. Of hoe lang het zou duren. Omdat de arts vond dat ik een bipolaire stoornis had, schreef hij ook nog lithium voor. Ik wilde weten hoe hij daarbij kwam, dus ik wilde mijn dossier inzien. Ik heb daar recht op. Dat duurde eindeloos, ze vonden me te ziek daarvoor. Toen ik een klacht in wilde dienen hierover, was er niemand die mij kon vertellen hoe dat in zijn werk ging. En dat er een vertrouwenspersoon was, wist ik niet. Het leek alsof de hulpverlening er alles aan deed om hun fouten te verbloemen. Mocht het nog een keer nodig zijn dat ik word opgenomen, dan zal ik zeker op zoek gaan naar een kliniek die eerlijk is over het doen en laten. En ik heb de cliëntenraad een brief gestuurd over mijn ervaringen, zodat het in de toekomst misschien voorkomen kan worden"
Kosten transparant	"Niemand had mij verteld dat je eerst naar je huisarts moet gaan voordat je naar het ziekenhuis gaat. Ik zat al vreselijk in de problemen omdat ik door mij OCD nergens meer tijd en energie voor had. Bij een uit de hand gelopen schoonmaakactie had ik brandwonden opgelopen. En de behandeling daarvan in het ziekenhuis moest ik zelf betalen, omdat ik door de stress meteen naar de eerste hulp was gegaan. Had niemand me dat even kunnen vertellen? Dat soort dingen maakt de OCD nog erger!"

6.2. Syntax literatuuronderzoek

Algemeen literatuuronderzoek

Syntax voor Embase

('liaison psychiatry'/exp OR ((consulta* OR liaison) NEAR/3 (psychiatr* OR psychosomatic* OR psychologic* OR mental)):ab,ti) AND ('quality control'/de OR 'medical audit'/de OR 'total quality management'/de OR 'validation process'/de OR 'health care quality'/de OR 'performance measurement system'/de OR 'quality control procedures'/de OR 'patient satisfaction'/exp OR 'good clinical practice'/de OR 'program evaluation'/exp OR 'outcome assessment'/de OR 'clinical evaluation'/de OR 'course evaluation'/de OR 'evaluation study'/exp OR

'cost-effectiveness analysis'/de OR 'follow up'/de OR 'protocol compliance'/de OR (((qualit* OR performanc* OR outcome) NEAR/3 (control* OR management* OR measur* OR indicator* OR defin* OR guideline*)) OR ('quality of' NEXT/3 (health* OR care*)) OR ((effectiv* OR improv*) NEAR/3 measur*) OR ((effectiv* OR outcome*) NEAR/6 (care OR treatment OR clinical OR consult* OR interven*)) OR (quality NEXT/1 (improvement* OR evaluat* OR assurance*)) OR audit OR efficiency OR 'clinical feasibility' OR advan* OR evaluat* OR success OR successful* OR valuable OR 'adequate care' OR ((implement* OR concordan* OR nonconcordan* OR complian* OR noncomplian* OR adher* OR nonadher* OR follow*) NEAR/3 (recommend* OR protocol OR doctor*)) OR ((patient* OR client* OR consultee*) NEAR/3 (satisf*)) OR 'follow up'):ab,ti) AND [english]/lim NOT ((child/exp OR (child* OR pediater* OR paediatr*):ab,ti) NOT (adult/exp OR (adult* OR elderly):ab,ti)) NOT ([Conference Abstract]/lim OR [Letter]/lim OR [Note]/lim OR [Editorial]/lim)

Literatuuronderzoek naar algemene screening gericht op psychiatrische comorbiditeit in het ziekenhuis

Zoektermen

- MPU en synoniemen;
- Consultatieve (-liaison) psychiatry en synoniemen;
- Screening, assessment, needs, recognition, comorbidity, validity/reliability/sensitivity/specificity en synoniemen.

Inclusie

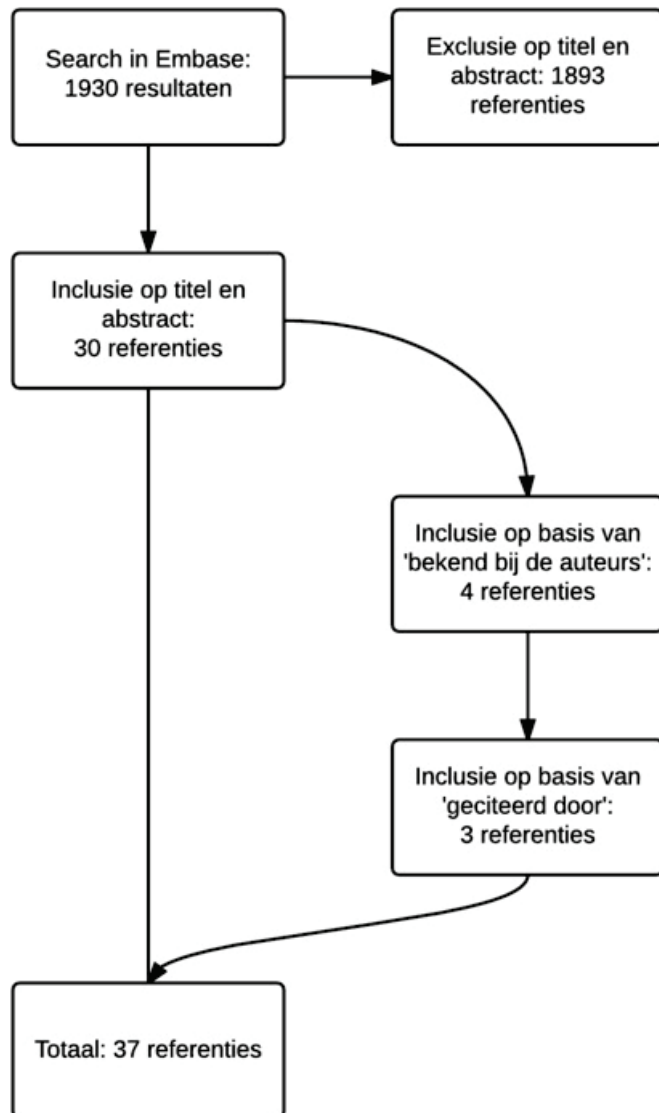
- Screening op psychiatrische aandoeningen/klachten/zorgbehoeften;
- Screening in ziekenhuis setting;
- Screening van volwassenen en ouderen.

Exclusie

- Screening op 1 specifieke aandoening in 1 specifieke populatie;
- Screening in niet-ziekenhuissetting;
- Screening van kinderen;
- Alleen abstract, brief of editorial.

Syntax voor Embase

((consulta* OR liaison) NEAR/3 (psychiatr* OR psychosomatic* OR psychologic* OR mental)):ab,ti AND ('quality control'/de OR 'medical audit'/de OR 'total quality management'/de OR 'validation process'/de OR 'health care quality'/de OR 'performance measurement system'/de OR 'quality control procedures'/de OR 'patient satisfaction'/exp OR 'good clinical practice'/de OR 'program evaluation'/exp OR 'outcome assessment'/de OR 'clinical evaluation'/de OR 'course evaluation'/de OR 'evaluation study'/exp OR 'cost-effectiveness analysis'/de OR 'follow up'/de OR (((qualit* OR performanc* OR outcome) NEAR/3 (control* OR management* OR measur* OR indicator* OR defin* OR guideline*)) OR ('quality of' NEXT/3 (health* OR care*)) OR ((effectiv* OR improv*) NEAR/3 measur*) OR ((effectiv* OR outcome*) NEAR/6 (care OR treatment OR clinical OR consult* OR interven*)) OR (quality NEXT/1 (improvement* OR evaluat* OR assurance*)) OR audit OR efficiency OR 'clinical feasibility' OR advan* OR evaluat* OR success OR successful* OR valuable OR 'adequate care' OR ((patient* OR client* OR consultee*) NEAR/3 (satisf*)) OR 'follow up'):ab,ti) AND [english]/lim NOT ((child/exp OR (child* OR pediater* OR paediatr*):ab,ti) NOT (adult/exp OR (adult* OR elderly):ab,ti)) NOT ([Conference Abstract]/lim OR [Letter]/lim OR [Note]/lim OR [Editorial]/lim)



Figuur: Resultaten van het literatuuronderzoek naar vroege onderkenning en preventie in de ziekenhuispsychiatrie

6.3. Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit

Via de [Richtlijndatabase van IKNL en Kennisinstituut van Medisch Specialisten](#) zijn 60 richtlijnen gevonden waarin de zoektermen psychiatrisch, psychologisch of psychosociaal genoemd worden. Tien daarvan werden niet relevant bevonden omdat deze zorg voor kinderen behandelen (Autismespectrumstoornis bij kinderen/jeugd, Cervixcarcinoom, Counseling na prenataal vastgestelde schisis, Craniosynostose, Depressie bij jeugd, Erfelijke darmkanker, Inflammatoire, darmziekten bij kinderen, Medisch begeleiden kinderen met Downsyndroom, Pediatrisch delier, Pijnmeting en behandeling bij kinderen, Somatische oorzaken afwijkend voedingsgedrag, Te vroeg en/of small for gestational age). Van de 50 overgebleven richtlijnen behandelen er vijftien primair psychiatrische aandoeningen. De resterende 35 richtlijnen betreffen patiënten met een primair somatische aandoening. Zeven richtlijnen werden niet gevonden via de richtlijndatabase en zijn door de werkgroep aan dit zoekresultaat toegevoegd: de richtlijnen over HIV, Hartinfarct, Hartfalen, Epilepsie, Chronische Nierschade, Hepatitis B en Hepatitis C. Na het doorlezen van deze 42 richtlijnen zijn zes richtlijnen geëxcludeerd, omdat zij het screenen van psychiatrische comorbiditeit niet behandelden (behandeling van

patiënten met Chronische Nierschade (CNS), Epilepsie, Hartinfarct, Hepatitis B, Hepatitis C, Polyfarmacie bij ouderen). In de resterende 36 richtlijnen werd viermaal verwezen naar een nog niet geïnccludeerde richtlijn. De totale inclusie betreft 40 richtlijnen.

Overzicht richtlijnen

Bij overige producten is een samenvatting van de richtlijnaanbevelingen te vinden.

6.4. Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis

Structuurindicator S3 (zie [Overzicht van indicatoren](#)) gaat over scholing van niet psychiatrische geschoolde professionals op het gebied van psychiatrische comorbiditeit en gedragsproblemen. Ter ondersteuning van de implementatie van deze structuurindicator is deze bijlage ontwikkeld. De bijlage kan worden gebruikt als onderlegger voor het vormgeven van liaisonactiviteiten, screening en scholing. Zie ook [Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit](#). Richtlijnaanbevelingen over somatisch-psychiatrische comorbiditeit.

Scholingsonderwerpen

Met behulp van richtlijnen over indexaandoeningen of aandachtsgebieden is onderstaand overzicht van psychiatrische zorgvragen ontwikkeld, met verwijzing naar de relevante richtlijn. De richtlijnen zijn te vinden in de [Richtlijnen database](#).

Somatisch indexprobleem	Scholingsonderwerp met verwijzing naar richtlijn
Diabetes	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornissen, psychose, psychofarmacagebruik, coping problemen, therapie-ontrouw. Zie ook richtlijn Diabetes Mellitus 2014, module Psychiatrische patiënt.
Epilepsie	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: psychofarmacagebruik, angststoornissen, simulatie, nageboots te stoornis, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen. Zie ook richtlijn Epilepsie 2013, modules: Neuropsychologisch onderzoek, psychogene niet-epileptische aanvallen en organisatie van zorg.
Geheugenproblemen	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornis, delier, dementie, amnestische stoornis, angststoornissen, slaapproblemen, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen, rouw. Zie ook richtlijn Dementie 2014 submodule neuropsychologisch onderzoek, submodule medicatie neuropsychiatrische symptomen, submodule psychosociale non-farmacologische interventie.
Hartklachten	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornissen, angststoornissen, cognitieve stoornissen, psychofarmacagebruik, relationele/interpersoonlijke problemen, coping problemen, alcoholverslaving. Zie ook richtlijn Hartfalen 2010, submodule depressie en angst, submodule cognitieve stoornissen, Noot 76 en 77. Richtlijn hartevaluatie 2011 zie paragrafen: 3.2 psychiatrische doelen; 3.4.3 alcoholgebruik; 5.3 Interventies gericht op psychiatrische doelen; 9.1.2 voorbereiden op fase II met betrekking tot psychiatrische doelen.
Hepatitis B en C	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornis, psychotische stoornis, alcohol of drugs misgebruik, psychofarmacagebruik. Richtlijn behandeling chronische hepatitis-B-virus infectie 2012, paragrafen: evaluatie voorafgaand aan behandeling; Peginterferon. Richtlijn hepatitis C monoïnfectie 2013: 7. indications and contraindications; 9.6 Psychiatric side effects.
HIV	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornissen, dementie, verslaving, psychofarmacagebruik, psychotische stoornissen, manie, therapie-ontrouw, aanpassingsstoornis. European Aids Clinical Society richtlijn 2015: submodule drug dependency and drug addiction, depression: screening and diagnosis, depression: management Classification, doses, safety and adverse effects of antidepressants, drug-drug interactions between antidepressants and ARVs, algorithm for diagnosis & management of HIV-associated neurocognitive impairment in persons without obvious confounding conditions. APA richtlijn Treatment of patients with HIV/AIDS 2000: Psychiatrie en aids 2000 Tijdschrift voor Psychiatrie.
Klachten waarvoor MDL-opname vereist is	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: eetstoornissen, problematisch gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, angststoornis, depressieve stoornis, manie, simulatie, nageboots te stoornis, therapie-ontrouw, psychose/coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen, rouw. Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis 2008: Welke factoren beïnvloeden dieettrouw voor glutenvrij eten?; Tabel 3 Bijwerkingen van dapson. Richtlijn bloedingen tractus digestivus 2010: anamnese: alcoholgebruik? IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis 2013: Q2 Etiology. Richtlijn Diagnostiek en behandeling Cystic Fibrosis 2007: hoofdstuk 6 psychosociale aspecten. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen 2008: hoofdstuk 11 psychologie.
Lichamelijke klachten, die ernstige functionele belemmeringen geven, langer dan drie maanden bestaan en mogelijk versterkt of onderhouden worden door psychiatrisch lijden of psychiatrische lijden veroorzaken	Vaak aangeduid met ernstige SOLK waaronder: moeheid, overmatig zweten, jeuk, onrust, slikklachten, hoofdpijn, duizeligheid, tintelingen, zwakte, pijn op de borst, hartkloppingen, benauwdheid, buikpijn, maagklachten, pijn spieren/gewrichten, trillen, slaapproblemen, verminderde eetlust, brandende ogen (NHG standaard SOLK). Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornis, angststoornis, eetstoornissen, problematisch gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, angststoornis, simulatie, nageboots te stoornis, somatoforme stoornissen, seksueel misbruik, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen, rouw. Richtlijn Fibromyalgie 2002. Richtlijn Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke klachten en Somatoforme stoornissen 2010.
MS	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: depressieve stoornissen, angststoornissen, manie, psychotische stoornissen, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen. Richtlijn Multiple Sclerose 2012, paragraaf 4.5 diagnostiek van psychiatrische en psychosociale problemen; 5.4 behandeling van psychiatrische en psychosociale problemen.
Niet aangeboren hersenletsel	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: cognitieve stoornissen, depressieve stoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen, psychofarmacagebruik, persoonlijkheidsverandering, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen. Richtlijn Behandeling van neuro-psychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel 2007.
Nierfalen waarvoor dialyse	Relevante mogelijke psychiatrische en psychiatrische zorgvragen: psychofarmacagebruik, therapie-ontrouw, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen. Richtlijn chronische nierschade 2009: tabel psychofarmaca. Richtlijn Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik 2013. Guideline for the psychological management of chronic kidney disease patients 2005.

Somatisch indexprobleem	Scholingsonderwerp met verwijzing naar richtlijn
Obesitas met indicatie voor bariatrische chirurgie	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: eetstoornissen, verslaving, psychotische stoornissen, depressieve stoornissen, manie, persoonlijkheidsstoornissen, psychiatrische voorgeschiedenis, coping problemen. Richtlijn morbiditas 2011: submodule pre-operatieve screening morbiditas. Richtlijn Bariatrische psychologie 2014
Oncologie, waaronder ook KNO-tumoren	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: psychofarmacagebruik, depressieve stoornissen, angststoornissen, evaluatie van terminaal zieke of stervende patiënt?, ethisch dilemma/medisch-juridisch dilemma, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen, rouw. Richtlijn detecteren behoeftes psychosociale zorg 2010 Richtlijn oncologische revalidatie 2011: submodule signalering
Orgaandonatie van een nier bij leven	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: psychotische stoornis, verslaving, persoonlijkheidsstoornis, depressieve stoornis. Richtlijn Evaluatie van potentiële donoren voor Levende donor niertransplantatie 2008
Orgaanfalen met indicatie voor transplantatie	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: problematisch gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, angststoornis, depressieve stoornis, coping problemen, therapie-ontrouw. Protocol indicatietelling en selectie voor levertransplantatie 2011: cirrose ten gevolge van alcoholgebruik; tabel 2 absolute en relatieve contra-indicaties tegen levertransplantatie. Guidelines for Heart Transplantation 2007, submodule: inability to comply with complex medical regimen A consensus document for the selection of lung transplant candidates 2014: absolute contraindications The evaluation of renal transplant candidates: clinical practice guidelines 2001: Psychosocial
Parkinson	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: psychotische stoornissen, depressieve stoornissen, persoonlijkheidsverandering, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen. Richtlijn Ziekte van Parkinson 2010: submodule: neuropsychologisch onderzoek bij de ZvP; medicatie mentale stoornis ZvP
Suicidepoging	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: problematisch gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, angststoornis, depressieve stoornis, persoonlijkheidsstoornis, coping problemen, relationele/interpersoonlijke problemen, rouw. Richtlijn diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag 2012
Vervardheid	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: problematisch gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, angststoornis, psychofarmacagebruik, depressieve stoornis, delier, dementie, slaapproblemen. Richtlijn Delier 2013
Ziekte waarvoor interferon behandeling	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: psychiatrische voorgeschiedenis, psychotische stoornissen, depressieve stoornissen, manie. Richtlijn behandeling chronische hepatitis-B-virus infectie 2012: paragraaf: Peginterferon
Ziekte waarvoor prednison behandeling	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: psychotische stoornis, delirium, depressieve stoornissen, angst, manie, psychiatrische voorgeschiedenis. Richtlijn Diagnostiek en behandeling reumatoïde artritis 2009: paragraaf 4.3 Farmacotherapeutisch Kompas: glucocorticosteroïden 5. Bijwerkingen. Per vorm prednison, bijwerkingen. Artikel Judd 2014: Adverse Consequences of Glucocorticoid Medication: Psychological, Cognitive, and Behavioral Effects
Zwangerschap	Relevante mogelijke psychiatrische en psychologische zorgvragen: psychiatrische voorgeschiedenis, psychofarmacagebruik, depressie, psychotische stoornissen. Richtlijn Benzodiazepinegebruik in zwangerschap 2013 Richtlijn SSR-gebruik in zwangerschap 2012

Tabel: Scholingsonderwerpen en richtlijnen - somatische aandoening als index

Indexprobleem	Scholingsonderwerp met verwijzing naar richtlijn
Depressie	Somatisch aandachtspunt: neurologisch, endocrien, hart- en vaatziekten Richtlijn depressie 2013: 6.14 somatische aandoeningen in de diagnostiek Addendum Ouderen 2008: Somatische diagnostiek
Schizofrenie	Voor de volgende psychiatrische aandoeningen is het van belang te letten op de vroege onderkenning van bepaalde somatische problemen. Somatisch aandachtspunt: hart- en vaatziekten COPD, hypertensie, diabetes mellitus, obesitas, metabool syndroom, bewegingsstoornis Richtlijn Schizofrenie 2012: hoofdstuk 4, paragraaf 5. Hoofdstuk 6, 1.7 zorg voor lichamelijke gezondheid;
Elke aandoening waarvoor psychofarmacagebruik	Somatisch aandachtspunt: zwangerschap, maligne neuroleptica syndroom Richtlijn Benzodiazepinegebruik in zwangerschap 2013 Richtlijn SSR-gebruik in zwangerschap 2012 Lareb 2006: maligne neuroleptica syndroom Somatische aandachtspunten: serotoninesyndroom Lareb 2006: Serotoninesyndroom Somatische aandachtspunten: nierfalen Richtlijn Renale bijwerkingen chronisch lithiumgebruik 2013 Somatische aandachtspunten: metabool syndroom Artikel Cahn 2008: Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychotica-gebruik

Tabel: Scholingsonderwerpen en richtlijnen - psychiatrische aandoening als index

6.5. Samenvatting resultaten haalbaarheidsonderzoek

Van april tot en met juni 2016 werd in 10 Nederlandse ziekenhuizen een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd, waarin werd onderzocht in hoeverre de toen opgestelde conceptindicatoren implementeerbaar zijn in het ziekenhuis.

6.5.1. Methode

Alle ziekenhuizen in Nederland werden uitgenodigd mee te doen aan het onderzoek; de selectie van 11 werd gebaseerd op geografische spreiding over het land (Randstad versus overig), zorgaanbod (variërend van MPU, PCD en/of poli tot de minimumvariant met PCD en organisatie vanuit het ziekenhuis zelf of georganiseerd vanuit een GGZ-instelling in de omgeving). De haalbaarheid van de Generieke module en indicatoren werd

onderzocht vanuit het perspectief van patiënten, het perspectief van de zorgverleners, zorgverzekeraars en het management van de betreffende afdeling. De medisch ethische toetsingscommissie van het Erasmus MC gaf aan dat het onderzoek niet WMO-plichtig is.

Het onderzoek werd opgedeeld in twee fasen. De eerste fase stond in het teken van het patiëntenperspectief. Gedurende 1 maand werden alle patiënten gevraagd om hun mening te geven over de geselecteerde kwaliteitsindicatoren. Van de patiënten werd een aantal demografische achtergrondvariabelen genoteerd en door de arts of psychiater werd naast de Clinical Global Impression en Charlson Comorbidity Index bijgehouden hoeveel tijd het kostte om alle vragenlijsten af te nemen.

In fase 2 werd de haalbaarheid van de Generieke module en indicatoren onderzocht vanuit het perspectief van zorgverleners, zorgverzekeraars en het management van de betreffende afdeling middels telefonische interviews en schriftelijke vragenlijsten.

6.5.2. Resultaten

3 academische ziekenhuizen, 6 algemene ziekenhuizen en 1 ziekenhuis waar de psychiatrische zorg vanuit de GGZ wordt georganiseerd deden mee aan het onderzoek. Twee ziekenhuizen hadden een polikliniek en een PCD, 8 ziekenhuizen hadden een polikliniek, PCD en MPU. Eén ziekenhuis trok zich terug. Het betrof een setting met alleen een PCD die georganiseerd is vanuit een naburige GGZ-instelling. De motivatie was tijdgebrek. Zes van de onderzochte ziekenhuizen bevinden zich in de Randstad, vier daarbuiten.

80% van de poliklinische patiënten, 25% van de consultatieve patiënten en 70% van de MPU-patiënten gaven toestemming voor deelname aan het onderzoek. De resterende patiënten weigerden deelname; konden niet meedoen aan het onderzoek vanwege een slechte conditie; waren niet gevraagd door de zorgverlener of deze had te weinig tijd; geen face to face contact; de patiënt was al ontslagen of de patiënt was niet meer op de afdeling.

Van de belangrijkste uitkomstindicator, verschil in kwaliteit van leven volgens de EQ-5D-5L, kon bij 70-75% van de poliklinische en MPU-patiënten een begin- en eindmeting worden gedaan. Op de PCD lukte dit slechts in 25% van de gevallen. Dit was aanleiding om de setting 'consultatieve psychiatrie' uit te sluiten van ROM-metingen. Gezien landelijke ervaringen en de resultaten van dit onderzoek, is de responsnorm voor U1 genormeerd op 50%.

Het verzamelen van gegevens over tijdigheid, lukte over alle procesindicatoren P1 t/m P3 (betreffende tijdigheid op de SEH, somatische verpleegafdelingen en MPU) in meer dan 90% van de zorgtrajecten. Het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars vond de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. In de commentaarrondes leverde de tijdsnormering van SEH-consulteren de meeste reacties op vanuit de psychiaters, die vreesden voor een verzwaring van de dienstbelasting of onvoldoende financieringsmogelijkheden.

Omdat het uitdelen van een folder over gedeelde besluitvorming aan patiënten als onvoldoende relevant werd gezien door patiënten en zorgverleners, werd deze indicator vervangen door de huidige indicator P?? waarin de implementatie van shared decision making en het bewaken van de voortgang daarvan wordt genormeerd. Ook het routinematig vragen naar verwijzers-tevredenheid werd geschrapt vanwege lage responspercentages, en vervangen door een jaarlijkse steekproef.

De structuurindicatoren werden door alle bevroegde partijen gezien als relevant tot zeer relevant voor de kwaliteit van zorg. De meeste discussie ontstond over de voorwaarde van goede organisatorische inbedding uit structuurindicator S1. Vooral ziekenhuizen waarin de GGZ de ziekenhuispsychiatrische zorg levert, merkte op dat zij mogelijk niet aan de inbeddingseisen kunnen voldoen.

Opvallend was dat geïnterviewde managers het moeilijk vonden om een inschatting te maken van de tijd- en kosteninvestering die gepaard zou gaan met invoering van deze Generieke module. In ieder geval uitten zij geen onoverkomelijke bezwaren.

6.5.3. Resultaten van de peiling tijdens de ‘invitational conference’ van 1-9-2016

Op de invitational conference van 1-9-2016 werd aan de vertegenwoordigers van 27 ziekenhuizen gevraagd om per kwaliteitsindicator aan te geven of het haalbaar is binnen 1 jaar aan de indicator te voldoen.

Structuurindicatoren

22 van de 23 ziekenhuizen gaven aan dat het voor hen mogelijk is om binnen een jaar te voldoen aan de structuurindicatoren, S1 t/m S4 en V1 t/m V10. Wel riepen de definities van zorgvraagzwaarte in Veldnorm V1 en het getal van 1,0 FTE in Veldnorm V7 discussie op.

Procesindicatoren

Vijf van de 23 aanwezige ziekenhuizen gaven aan niet aan de tijdigheidsnorm voor de SEH (P3) te kunnen voldoen. De overige tijdigheidsnormen (P2 en P3) werden als haalbaar beoordeeld door alle aanwezigen.

Uitkomstindicatoren

Geen van de 27 aanwezige ziekenhuizen voorzag problemen met het meten van de voorgestelde uitkomstindicatoren. Wel werd het eerder gestelde responspercentage te hoog bevonden, en stelde men voor het te verlagen van 75 naar 50% zodat de norm haalbaar is. Deze aanbeveling werd overgenomen door de werkgroep.

6.5.4. Conclusie

De haalbaarheidsstudie in 10 Nederlandse ziekenhuizen, en de feedback zoals gegeven op de tweede invitational conference, suggereren dat – met de hierboven genoemde aanpassingen – implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren binnen afzienbare tijd mogelijk is.

6.6. Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: InEen en LVVP hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van InEen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De LVVP kan geen oordeel geven over de generieke module Ziekenhuispsychiatrie omdat het de leden van de LVVP niet betreft.

Leden van de werkgroep

prof. dr. J.J. van Busschbach	hoogleraar medische psychologie, Erasmus MC (voorzitter)
drs. T.B. van Benthem	psychiater OLVG, namens Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie
dr. A.D. Boenink	psychiater VU medisch centrum, mede-aanvrager
dr. E. Brusse, neuroloog Erasmus MC	namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie
prof. dr. J.S. Burgers, huisarts te Gorinchem	namens het Nederlands Huisartsen Genootschap
drs. M. Diepenhorst, medisch adviseur VGZ	namens Zorgverzekeraars Nederland
drs. A.M. Kamevaar	namens Landelijk Platform GGZ;
drs. L.A. Klompe,	geriater Catharina Ziekenhuis, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
dr. J.G. Lijmer	psychiater en klinisch epidemioloog OLVG, mede-aanvrager
drs. G. Ouwersloot	klinisch psycholoog Bravis Ziekenhuis, namens Nederlands Instituut van Psychologen
drs. I.H. Post	orthopedagoog ervaringsdeskundige, namens Landelijk Platform GGZ
prof. dr. E. Schadé	emeritus-hoogleraar huisartsgeneeskunde
drs. M.A. van Schijndel	psychiater Rijnstate en onderzoeker Erasmus MC, projectleider en hoofdredacteur, namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
dr. A. Thijs, internist VUMC	gemandateerd door Nederlandse Internisten Vereniging
J.C. Veldhuijzen	verpleegkundige in opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ, gemandateerd door Verpleegkundigen en Verzorgden Nederland
dr. B. Verwey	psychiater Verwey Zicht, vertegenwoordiger namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
dr. J.A. van Waarde	psychiater Rijnstate, mede-aanvrager

Organisaties in de adviesgroep

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen
- GGZ Nederland
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Landelijk Platform GGZ
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor GZ-psychologen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

- Zorgverzekeraars Nederland

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft afgezien van deelname omdat het de ontwikkeling van generieke modules aan de veldpartijen wil overlaten. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft afgezien van deelname omdat somatisch-psychiatrische comorbiditeit niet op de landelijke Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda staat. De Landelijke Vereniging voor Medisch Psychologen heeft afgezien van deelname omdat ze vertegenwoordiging door dr. G. Ouwersloot namens het Nederlands Instituut van Psychologen voldoende vindt. De Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen heeft afgezien van deelname omdat ze niet direct specifieke revalidatiegeneeskundige aspecten verwacht. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft afgezien van deelname omdat het perspectief van de huisartsen bij de ontwikkeling van generieke modules vertegenwoordigd wordt door het Nederlands Huisartsen Genootschap. De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie zag af van becommentariëring vanwege prioritering van andere kwaliteitsstandaarden. InEen zag af van becommentariëring omdat deze module slechts beperkt op eerstelijnszorg ingaat. Prof. dr. E. (Edwin) de Beurs trad terug als adviseur omdat hij zijn visie op kwaliteitsmetingen onvoldoende herkent in de keuzes die de werkgroep maakte: de nadruk ligt naar zijn mening te veel op structuur- en uitkomstindicatoren en het gekozen evaluatie-instrument, de EQ-5D-5L, is naar zijn mening te globaal en er is onvoldoende wetenschappelijk onderzoek of dit instrument gevoelig is om veranderingen in dit domein te detecteren.

Leden van het projectteam

Leden van het projectteam

drs. M.A. van Schijndel	psychiater Rijnstate en onderzoeker Erasmus MC, projectleider en hoofdredacteur, namens Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
drs. P.J. Caarls	arts-onderzoeker bij Erasmus MC, projectmedewerker
