

Veldnormen Psychiatrie in het ziekenhuis

Redactie

Maarten A. van Schijndel MSc, prof. dr. Adriaan H. Honig, dr. Bas Verwey,
dr. Ton Vergouwen en dr. Jeroen A. van Waarde namens de
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie

Utrecht, 29 augustus 2018

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 Psychiatrie in het ziekenhuis	7
1.2 Doelgroepen	7
1.3 Wat zijn veldnormen?	8
1.4 Aanleiding voor deze veldnormen	8
1.5 Een korte geschiedenis	9
1.6 Verantwoording	9
1.7 Herziening	10
2. Inhoud van de zorg	10
2.1 Uitgangspunten voor goede zorg	10
2.2 Verwijzing	10
2.3 Patiëntprofielen en zorgaanbod	11
2.4 Diagnostiek en indicatiestelling	12
2.5 Behandeling	13
2.6 Herstel, participatie, re-integratie, langdurige en chronische GGZ	16
3. Faciliteiten	17
3.1 Ruimtelijke voorzieningen	17
3.2 Personeel	17
3.3 Opleiding van psychiaters	18
4. Organisatie	18
4.1 Aansturing van de medische zorg	18
4.2 Organisatorische inbedding	18
4.3 Ketenzorgafspraken	19
4.4 Kwaliteitsindicatoren	19
Referenties	20

Samenvatting

De afdeling Psychiatrie van een ziekenhuis levert zowel somatisch-psychiatrische comorbiditeitszorg als (hoog) specialistische GGZ binnen het medisch model.

Doelgroepen

Ziekenhuizen bieden zorg aan patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (groep 1; zie ook Tabel 3). Daarnaast bieden ziekenhuizen van oudsher ook zorg aan andere patiëntengroepen, namelijk patiënten met een acute of eerste psychiatrische ontregeling (groep 2, zie ook Tabel 3) en patiënten met een ernstige aandoening waarvoor medisch-specialistische diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk is (groep 3, zie ook Tabel 3).

Deze Veldnormen beschrijven voor de groepen 2 en 3 waaraan kwalitatief hoogwaardige medisch specialistische psychiatrische zorg in het ziekenhuis moet voldoen. Ze zijn daarmee een aanvulling op de eerder gepubliceerde Veldnormen Medisch Psychiatrische Units en de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie, die zich richten op patiënten uit groep 1. Samen vormen deze documenten een compleet kwaliteitskader voor psychiatrische zorg in de Nederlandse ziekenhuizen (zie ook Tabel 4).

‘Patient centred care’

In het kader van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (1) zijn vanuit het perspectief van patiënten, professionals en zorgverzekeraars zeven waarden achter goede psychiatrische zorg in het ziekenhuis ontwikkeld. Deze waarden passen goed bij de hedendaagse conceptualisatie van *patient centred care* (2). Ze zijn gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek en gezamenlijke prioritering door patiënten, professionals en zorgverzekeraars (3). Deze waarden zijn in dit document integraal overgenomen als uitgangspunt voor goede zorg (Tabel 1).

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 1 - Kernwaarden

Beschrijving van de veldnormen

Het psychiatrische zorgaanbod van een ziekenhuis is vastgelegd in het kwaliteitsstatuut en deze informatie is op begrijpelijke wijze toegankelijk voor patiënten (veldnorm 2). De psychiater staat in het ziekenhuis ‘aan de voordeur’ (veldnorm 3) en is laagdrempelig toegankelijk voor verwijzers van binnen en buiten het ziekenhuis (veldnorm 2). De psychiater speelt een sleutelrol in de diagnostiek en behandeling van patiënten (veldnorm 4 en 5), in samenwerking met andere disciplines zoals medisch specialisten (in opleiding), verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, BIG-geregistreerde psychologen, klinisch farmacologen en andere paramedische en psychosociale disciplines. Vanwege haar brede inhoudelijke ‘scope’ hanteert de afdeling Psychiatrie in het ziekenhuis een generiek zorgpad (veldnorm 6). Omdat deze afdelingen zich onder meer richten op acute en eerste psychiatrische ontregelingen, wordt gewerkt conform de NVvP-richtlijn Dwang en drang (veldnorm 7). Verpleegkundige teams hebben naast hun psychiatrische competenties, ten minste basale somatische competenties en er is elke dienst een regieverpleegkundige van HBO-niveau aanwezig (veldnorm 8). Ten minste de internist, neuroloog, activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en BIG-geregistreerde psycholoog kunnen worden betrokken bij diagnostiek en behandeling (veldnorm 9). De afdeling psychiatrie biedt ten minste 1 stageplaats in het kader van de opleiding tot psychiater (veldnorm 10). Uitgangspunt is dat de psychiater regiebehandelaar is (veldnorm 11). Psychiatrische professionals zijn organisatorisch goed ingebed in het ziekenhuis, zoals blijkt uit gebruik van een gezamenlijk medisch dossier en specifiek voor psychiaters deelname aan accreditatie-, visitatie-

en scholingsprogramma's van het ziekenhuis ,deelname aan stafcommissies en protocolontwikkeling van het ziekenhuis en lidmaatschap van de vereniging medische staf/het stafconvent (veldnorm 12). Met de belangrijkste verwijzers en nazorginstanties zijn afspraken gemaakt rond de aanmeldingsprocedure, verwijscriteria, ontslagcriteria, verantwoordelijkheidsverdeling tussen verwijzer en ontvanger (inclusief terugplaatsingsafspraken), structureel overleg en het opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid (veldnorm 13). De kwaliteitsindicatoren van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie zijn integraal van toepassing (veldnorm 14). Tabel 2 geeft een volledig overzicht van deze veldnormen.

Veldnorm	Tekst
Veldnorm 1 <i>Verwijzing</i>	A. Huisartsen, verslavingsartsen, specialisten ouderengeneeskunde, BIG-geregistreerde psychologen en collega medisch specialisten kunnen hun patiënten rechtstreeks verwijzen naar de psychiater in het ziekenhuis als zij een vermoeden hebben op acute of eerste psychiatrische ontregeling (groep 1, Tabel 3); een vermoeden hebben op een ernstige psychiatrische aandoening die medisch-specialistische diagnostiek en/of behandeling behoeft (groep 2, Tabel 3) of een vermoeden hebben op complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (groep 3, Tabel 3). Nota bene: conform Veldnorm 2 Doelgroepen en zorgaanbod' leggen ziekenhuizen in hun kwaliteitsstatuut vast voor welke zorgvragen verwijzing mogelijk is. B. Bij een zwangerschap (swens) en een vermoeden op een van bovenstaande condities kan de verloskundige rechtstreeks naar de psychiater in het ziekenhuis verwijzen. C. Verwijzingen zijn zowel spoedeisend als gepland mogelijk. In spoedeisende situaties komen patiënten via de SEH. D. Wachttijden moeten voldoen aan de Treknormen (4).
Veldnorm 2 <i>Doelgroepen en zorgaanbod</i>	A. In het kwaliteitsstatuut wordt vastgelegd op welke groepen uit Tabel 4 het betreffende ziekenhuis zich richt. Het zorgaanbod kan nader worden gespecificeerd door eventuele specialisaties of exclusiecriteria in het kwaliteitsstatuut op te nemen. B. Voor spoedeisende zorg is op de SEH psychiatrische beoordeling beschikbaar conform de normtijden uit de Generieke module Acute Psychiatrie (5). C. Een samenvatting van de verwijscriteria uit Veldnorm 1 en het zorgaanbod (deze Veldnorm) wordt door het betreffende ziekenhuis beschikbaar gesteld op de website in voor patiënten en verwijzers begrijpelijke taal.
Veldnorm 3 <i>Psychiater aan de voordeur</i>	De psychiater is overdag rechtstreeks bereikbaar voor overleg met verwijzers en eerstelijnsconsultatie. In de dienst is deze bereikbaarheid eventueel geregeld via een voorwacht.
Veldnorm 4 <i>Psychiatrische diagnostiek</i>	Psychiatrische diagnostiek en indicatiestelling gebeurt in het ziekenhuis conform de Richtlijn psychiatrische diagnostiek (6) door de psychiater. Bij de diagnostiek kunnen ook verschillende medisch specialisten (in opleiding), verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, BIG-geregistreerde psychologen, klinisch farmacologen en andere paramedische en psychosociale disciplines betrokken zijn. .
Veldnorm 5 <i>Psychiatrische behandeling</i>	Psychiatrische behandeling gebeurt in het ziekenhuis conform de vigerende richtlijnen en protocollen en waar mogelijk evidence-based, onder regie van de psychiater.
Veldnorm 6 <i>Generiek zorgpad</i>	De afdeling Psychiatrie beschrijft een generiek zorgpad waarin de standaard-onderdelen aanmelding, diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en doorverwijzing worden aan activiteiten van zorgverleners. Dit zorgpad wordt beschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens 'patient journey'.
Veldnorm 7 <i>Dwang en drang</i>	Bij de toepassing van dwang en drang wordt gehandeld conform de NVvP-richtlijn Dwang&Drang.
Veldnorm 8 <i>Verpleegkundig team</i>	Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de kliniek (zie 2.5.3 Behandelsettingen) hebben naast hun psychiatrische competenties, basis somatisch-verpleegkundige vaardigheden. Verpleegkundigen zijn minimaal MBO-opgeleid. Per dienst is ten minste een regieverpleegkundige (HBO-niveau) aanwezig.
Veldnorm 9 <i>Professionals</i>	Binnen de afdeling psychiatrie is het mogelijk minimaal de volgende professionals te betrekken bij de zorg voor de patiënt: internist, neuroloog, activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en BIG-geregistreerde psycholoog.
Veldnorm 10 <i>Opleidingsplaatsen</i>	Afdelingen psychiatrie ondersteunen het opleiden van psychiaters zo optimaal mogelijk door het bieden van stageplaatsen, minimaal 1 per afdeling.
Veldnorm 11 <i>De psychiater als regiebehandelaar</i>	De psychiater is regiebehandelaar van psychiatrische zorg in het ziekenhuis. In het kwaliteitsstatuut zijn de werkwijze en verantwoordelijkheden bij multidisciplinaire samenwerking met andere disciplines vastgelegd.

Veldnorm	Tekst
Veldnorm 12 (GM: S2) <i>Organisatorische inbedding</i>	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; <i>Specifiek voor psychiaters</i> • 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.
Veldnorm 13 <i>Ketenzorgafspraken</i>	Met de belangrijkste verwijzers en nazorginstanties zijn afspraken gemaakt rond de aanmeldingsprocedure, verwijscriteria, ontslagcriteria, verantwoordelijkheidsverdeling tussen verwijzer en ontvanger (inclusief terugplaatsingsafspraken), structureel overleg en het opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid.
Veldnorm 14 <i>Kwaliteitsindicatoren</i>	De kwaliteitsindicatoren van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie zijn integraal van toepassing (1).

Tabel 2 - Overzicht Veldnormen Psychiatrie in het Ziekenhuis

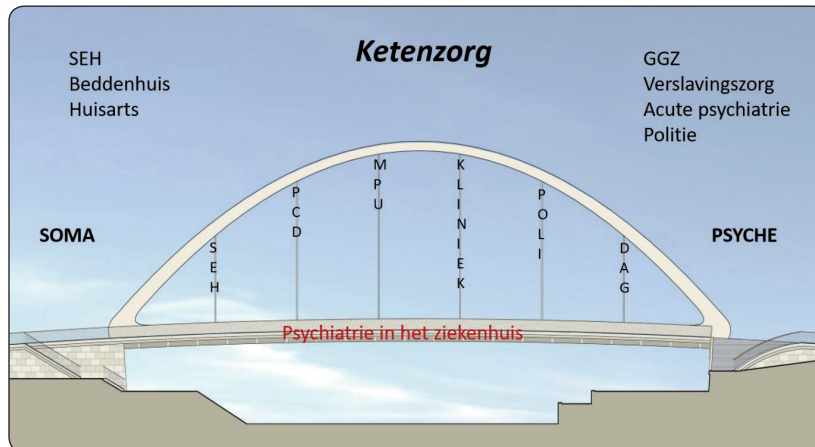
Verantwoording

Deze veldnormen zijn monodisciplinair en consensus-based tot stand gekomen op basis van de expertise van een brede vertegenwoordiging van psychiaters die gebruik maakten van bestaande kwaliteitsdocumenten: de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (1), Generieke Module Acute Psychiatrie (5), Veldnormen Medisch Psychiatrische Units (7), Richtlijn Consultatieve psychiatrie (8) en het Handboek Psychiatrie in het Ziekenhuis (9). De veldnormen zijn vervolgens schriftelijk voorgelegd aan de psychiaters, die zich vertegenwoordigd weten in de Afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Ook werd een invitational conference gehouden met belanghebbende partijen. Het bestuur van de NVvP is daarna gevraagd deze veldnormen te autoriseren (zie ook Tabel 5).

I. Inleiding

I.1 Psychiatrie in het ziekenhuis

De afdeling Psychiatrie van een ziekenhuis levert zowel somatisch-psychiatrische comorbiditeitszorg als (hoog) specialistische GGZ binnen het medisch model. Psychiatrie is een van de poortspecialismen; naar de psychiater in het ziekenhuis kan worden verwezen voor medisch specialistische zorg (10). De psychiater werkt als medisch specialist samen met de patiënt en diens naasten in verschillende rollen en samenwerkingsverbanden aan het bevorderen en behouden van kwaliteit van leven in alle stappen van het zorg- en behandelproces, van voorzorg tot en met nazorg (10). De verschillende rollen en samenwerkingsverbanden waarbinnen de psychiater een brug slaat tussen soma en psyche zijn te vinden in Figuur 1: (poli)kliniek, dagbehandeling, kliniek, spoedeisende hulp en als consulent/medebehandelaar op de somatische afdelingen.



Figuur 1 - Psychiatrie in het ziekenhuis als brug tussen soma en psyche, overgenomen met toestemming van prof.A.H. Honig, naar: *No Health Without Mental Health* (11). **SEH**=spoedeisende psychiatrie op de SEH van het ziekenhuis, **PCD**=psychiatrische consultatieve dienst, **MPU**=Medisch Psychiatrische Unit: de opname-afdeling voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit (groep 1, Tabel 3), **Kliniek**= opname-afdeling voor patiënten met een acute of eerste ontregeling (groep 2, Tabel 3), **Poli**=polikliniek, **Dag**=dagbehandeling, **GGZ**=geestelijke gezondheidszorg.

Voor de somatisch-psychiatrische comorbiditeitszorg bestaat inmiddels een kwaliteitskader dat wordt beschreven in de Veldnormen Medisch Psychiatrische Units (2014, 7) en Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (2017, 1). Deze *Veldnormen Psychiatrie in het Ziekenhuis* beschrijven aanvullend aan voornoemde documenten, de normen waaraan kwalitatief goede, (hoog)specialistische GGZ in het ziekenhuis moet voldoen (zie ook Paragraaf 1.2 Doelgroepen). De afdeling Psychiatrie in een ziekenhuis biedt vanuit het medisch model een alternatief voor de geïntegreerde GGZ-instellingen, die voornamelijk vanuit het sociaal-psychiatrisch model werken. In het ziekenhuis worden, naast patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit, patiënten met een acute of eerste psychiatrische ontregeling en patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening behandeld (zie Tabel 3).

I.2 Doelgroepen

Psychiatrische zorg in de ziekenhuizen richt zich op drie groepen patiënten:

GEÏNTEGREERDE SOMATISCH-PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEITSZORG

- 1 Patiënten met (een vermoeden op) complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit

ALGEMENE PSYCHIATRISCHE ZORG

- 2 Patiënten met (een vermoeden op) acute of eerste psychiatrische ontregeling
- 3 Patiënten met (een vermoeden op) ernstige psychiatrische aandoening die medisch-specialistische diagnostiek en/of behandeling behoeven

Tabel 3 - Doelgroepen Psychiatrie in het ziekenhuis

1.3 Wat zijn veldnormen?

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) schrijft over veldnormen in haar 'IGZ-handboek kader' (12):

'Het is de bedoeling van de wetgever om zorgaanbieders ruimte te laten om vanuit hun expertise en praktijk concrete invulling te geven aan de algemeen geformuleerde wettelijke normen. Zorgaanbieders doen dat door vertaling van wetenschappelijke kennis in criteria voor professioneel handelen. Die leggen ze vast in een professionele standaard met veldnormen. Ze ontwikkelen deze standaard evidence-based, consensus-based, patient-based en/of practice-based. De inspectie baseert haar handhaving waar mogelijk op de veldnormen. De inspectie verklaart dan de veldnorm tot IGZ-handboekskader. Veldnormen zijn geen algemeen verbindende voorschriften; ze hebben de status van een zwaarwegend advies. Dat wil zeggen dat een zorgaanbieder zich in het algemeen aan de veldnorm moet houden, maar er in het belang van de patiënt beargumenteerd en toetsbaar van mag afwijken om tot verantwoorde zorg te kunnen komen. Vanuit handhavingsoogpunt vindt de inspectie dat veldnormen zorgvuldig tot stand moeten zijn gekomen en dat er breed draagvlak voor is.'

De IGJ toetst dus of aan de voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg wordt voldaan, onder andere door gebruik te maken van veldnormen. Binnen de afdeling Psychiatrie wordt gewerkt volgens de vigerende wetten, richtlijnen en protocollen geldend in de algemene en academische ziekenhuizen, welke ook te benoemen zijn als 'instellingen voor medisch specialistische zorg (MSZ)'. Met deze veldnormen 'Psychiatrie in het ziekenhuis' worden concrete kaders vastgesteld voor het organiseren en het bieden van verantwoorde en veilige zorg voor een omschreven doelgroep van patiënten. Ziekenhuizen zijn gehouden aan deze veldnormen, echter - zoals bij elke richtlijn of veldnorm - kan in het belang van de patiënt beargumenteerd en toetsbaar van de veldnorm worden afgeweken.

1.4 Aanleiding voor deze veldnormen

Met vaststelling van de Veldnormen Medisch-Psychiatrische Units door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2014, 7) en de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017, 1) zijn grote stappen voorwaarts gemaakt in het omschrijven van kwalitatief goede zorg voor patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Tabel 3; groep 3). Daarnaast bieden ziekenhuizen van oudsher ook zorg aan andere patiëntengroepen, namelijk patiënten met een acute of eerste psychiatrische ontregeling (Tabel 3; groep 2) en patiënten met een ernstige aandoening waarvoor medisch-specialistische diagnostiek en/of behandeling noodzakelijk is (Tabel 3; groep 3).

Deze Veldnormen beschrijven, vanuit het perspectief van de volwassen patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening, waaraan kwalitatief hoogwaardige psychiatrische zorg in het ziekenhuis moet voldoen. Ze zijn daarmee een aanvulling op de eerder gepubliceerde Veldnormen Medisch Psychiatrische Units en de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie, die zich richten op patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (Tabel 3; groep 3). Samen vormen deze documenten een compleet kwaliteitskader voor psychiatrische zorg in de Nederlandse ziekenhuizen (Tabel 4).

Doelgroepen	Kwaliteitsdocument
GEÏNTEGREERDE SOMATISCH PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEITSZORG 1. Patiënten met (een vermoeden op) complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit	Generieke module Ziekenhuispsychiatrie & Veldnormen Medisch Psychiatrische Units
ALGEMENE PSYCHIATRISCHE ZORG 2. Patiënten met (een vermoeden op) acute of eerste psychiatrische ontregeling 3. Patiënten met (een vermoeden op) ernstige psychiatrische aandoening die medisch-specialistische diagnostiek en/of behandeling behoeven	Veldnormen Psychiatrie in het ziekenhuis (dit document) Veldnormen Psychiatrie in het ziekenhuis (dit document)

Tabel 4 - Kwaliteitskader Psychiatrie in het ziekenhuis

1.5 Een korte geschiedenis

Na een aanvankelijke bloei van de 'klassieke' psychiatrie binnen het ziekenhuis in de jaren 1970, richtte het overheidsbeleid zich op de vorming van decentrale GGZ-instellingen. Dit leidde er in verschillende gevallen toe dat algemene ziekenhuizen hun 'eigen' psychiatrische afdeling organisatorisch overhevelen naar regionale, maar los van het algemeen ziekenhuis functionerende, GGZ-eenheden. Deze ontwikkeling kent als belangrijke nadeel dat ze de scheiding tussen specialistische somatische en psychiatrische zorg vergroot. Specialistische somatische zorg in de GGZ-instellingen ging hiermee voor een belangrijk deel verloren, en psychiatrische zorg in de algemene ziekenhuizen bestond sindsdien veelal uit louter consultatieve zorg, zonder een direct beschikbare klinisch psychiatrische voorziening.

In het kader van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (13) werd afgesproken de ziekenhuispsychiatrie te versterken. Partijen betrokken bij dit akkoord waren van mening dat de huidige tweedeling in zorg voor lichamelijke en psychiatrische ziekten naar de kennis en visie van nu niet meer te verdedigen is. Het zijn voor het grootste deel patiënten met multimorbiditeit die medisch-specialistische zorg nodig hebben. Dit betreft zowel meerdere psychische problemen als een combinatie van somatische en psychische problemen. Het ziekenhuis vormt als setting voor acute en complexe zorg een alternatief voor de GGZ. Complexe psychiatrische problematiek kan worden behandeld vanuit een biomedisch en biopsychosociaal model, waarin zowel biologische, psychologische en sociale aspecten van ziek zijn bij de diagnostiek en behandeling betrokken kunnen worden (14).

1.6 Verantwoording

Deze veldnormen zijn monodisciplinair en consensus-based tot stand gekomen op basis van de expertise van een brede vertegenwoordiging van psychiaters die gebruik maakten van bestaande kwaliteitsdocumenten: de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (1), Generieke Module Acute Psychiatrie (5), Veldnormen Medisch Psychiatrische Units (7), Richtlijn Consultatieve psychiatrie (8) en het Handboek Psychiatrie in het Ziekenhuis (9). De veldnormen zijn vervolgens schriftelijk voorgelegd aan de psychiaters, die zich vertegenwoordigd weten in de Afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Ook werd een invitational conference gehouden met belanghebbende partijen. Het bestuur van de NVvP is daarna gevraagd deze veldnormen te autoriseren (zie ook Tabel 5).

De UMC's (PUK) hebben aangegeven niet te willen participeren in de ontwikkeling van deze veldnormen. Wel is door verschillende UMC's geparticipeerd in de commentaarrondes.

Versie	Datum	Actie	Commentaar
...	...	...	...
0.3	Januari 2018	Bewerkt door MvS en naar mede-auteurs gestuurd voor commentaar	Commentaartabel 1
0.4	Maart 2018	Nieuwe versie naar meelezers in voorbereiding op invitational conference	Geen
		Versie ongewijzigd besproken op invitational conference	Notulen invitational (ingevoegd in commentaartabel 2)
		Versie rondgestuurd voor schriftelijke commentaarronde naar alle leden	Geen
1.0	Juli 2018	Definitieve versie aangeboden aan NVvP bestuur voor autorisatie	Commentaartabel 2
DEFINITIEF	29 augustus 2018	Geautoriseerd door het bestuur	- Het betreft een "levende" Veldnorm die in de toekomst steeds actueel gehouden moet worden, en kan worden uitgebreid met addenda voor bijvoorbeeld kinderen en jeugdigen; - BOPZ-erkenning moet zijn 'BOPZ-aanmerking'; dit is veranderd in de tekst.

Tabel 5 - Versiebeheer

1.7 Herziening

Om van praktische waarde te blijven dienen deze veldnormen over vijf jaar te worden herzien, tenzij op grond van de commentaren, de wetenschappelijke ontwikkelingen of andere opvattingen een herziening eerder nodig wordt geacht door het bestuur van de afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Uitgangspunt bij het opstellen van deze normen was het vastleggen van de huidige praktijk. Vanuit die praktijk kan in de toekomst verder worden toegewerkt naar streefnormen, een prominentere plek voor multidisciplinaire samenwerking en het betrekken van patiënten en hun naasten. Specifieke aandachtspunten bij herziening zijn herziening van het competentieprofiel van verpleegkundigen dat dateert uit 2004 en de positie van de verpleegkundig specialist. Bij herziening van deze veldnormen verdient het verder de aanbeveling om de afzonderlijke kwaliteitsdocumenten uit Tabel 2 samen te voegen en in te korten in een overkoepelend kwaliteitsdocument voor Psychiatrie in het ziekenhuis. Als eerste stap in die richting zal in het najaar van 2018 een samenvatting van deze documenten verschijnen.

2. Inhoud van de zorg

2.1 Uitgangspunten voor goede zorg

In het kader van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (1) zijn vanuit het perspectief van patiënten, professionals en zorgverzekeraars zeven waarden achter goede psychiatrische zorg in het ziekenhuis ontwikkeld. Deze waarden passen goed bij de hedendaagse conceptualisatie van *patient centred care* (2). Ze zijn gebaseerd op een systematisch literatuuronderzoek en gezamenlijke prioritering door patiënten, professionals en zorgverzekeraars (3). De werkgroep achter deze Veldnormen heeft ervoor gekozen deze waarden integraal over te nemen als uitgangspunt voor goede zorg.

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 6 - Kernwaarden (1)

2.2 Verwijzing

Elk ziekenhuis dat psychiatrische zorg levert moet vaststellen welke verwijfsredenen en zorgvragen van patiënten gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden binnen de afdeling psychiatrie. Huisartsen en collega medisch specialisten moeten de mogelijkheid hebben hun patiënten rechtstreeks te verwijzen naar de psychiater als er (in hun ogen) sprake is van een psychiatrische aandoening waarvoor diagnostiek en behandeling door de psychiater vereist is. Directe verwijzing moet ook mogelijk zijn voor specialisten ouderengeneeskunde en BIG-geregistreerde psychologen en bij een zwangerschaps(wens) de verloskundige. In de regel is psychiatrie in het ziekenhuis gericht op meerderjarige patiënten – zowel op volwassenen als ouderen. Voorbeelden van verwijfsredenen zijn acute gedragsstoornissen, bewustzijnsstoornissen, onverklaarde ‘verwardheid’, suïcidaliteit, intoxicaties en onttrekking van middelen. Vaak betreft dit patiënten met onduidelijke gedragingen waarvoor direct psychiatrisch onderzoek noodzakelijk is, of patiënten met een evidente (of reeds bekende) psychiatrische aandoening waarbij een korte lijn met de psychiater vereist is (bijv. bipolaire stoornis, psychotische stoornis, psychotische depressie, delier). Ook kan het voor de patiënt gewenst zijn naar de afdeling psychiatrie verwezen te worden, omdat dan alle voorzieningen voor medisch specialistisch aanvullend onderzoek (zoals bijvoorbeeld beeldvormend en laboratorium onderzoek) onder handbereik zijn.

Ziekenhuizen moeten in hun kwaliteitsstatuut vastleggen voor welke zorgvragen verwijzing mogelijk is. Wachttijden moeten voldoen aan de Treeknormen (4).

Veldnorm 1 Verwijzing

A. Huisartsen, verslavingsartsen, specialisten ouderengeneeskunde, BIG-geregistreerde psychologen en collega medisch specialisten kunnen hun patiënten rechtstreeks verwijzen naar de psychiater in het ziekenhuis als zij een vermoeden hebben op acute of eerste psychiatrische ontregeling (groep 1, Tabel 3); een vermoeden hebben op een ernstige psychiatrische aandoening die medisch-specialistische diagnostiek en/of behandeling behoeft (groep 2, Tabel 3) of een vermoeden hebben op complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit (groep 3, Tabel 3).

Nota bene: conform Veldnorm 2 Doelgroepen en zorgaanbod' leggen ziekenhuizen in hun kwaliteitsstatuut vast voor welke zorgvragen verwijzing mogelijk is.

B. Bij een zwangerschap(svens) en een vermoeden op een van bovenstaande condities kan de verloskundige rechtstreeks naar de psychiater in het ziekenhuis verwijzen.

C. Verwijzingen zijn zowel spoedeisend als gepland mogelijk. In spoedeisende situaties komen patiënten via de SEH.

D. Wachttijden moeten voldoen aan de Treeknormen (4).

2.3 Patiëntprofielen en zorgaanbod

De Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (I) geeft een overzicht van patiëntprofielen. Dit overzicht uit de Generieke module is in het kader van deze veldnormen uitgebreid met extra vignetten gerelateerd aan de doelgroepen van deze veldnormen (zie Tabel 7).

	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 Acuut psychiatrisch ontregelde patiënt waarbij geen sprake is van verdenking op somatische ontregeling. Eerste psychose, depressie, manie, paniekaanval, dwangsymptoom, alcoholintoxicatie.
<i>zorgvraagnummer</i>	1	2	3	4
ACUUT BEKEND PSYCHIATRISCH	<i>Bijvoorbeeld</i> VI Verdenking maagcarcinoom bij een depressieve patiënt	<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 Recidief psychose, depressie, manie, angst, dwang, alcoholintoxicatie.
<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 Acuut 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 Herstelde patiënt met bipolaire stoornis die onderhoudsmedicatie gebruikt.
<i>zorgvraagnummer</i>	9	10	11	12

	ACUUT ONBEKEND SOMATISCH	ACUUT BEKEND SOMATISCH	CHRONISCH SOMATISCH	GEEN SOMATISCHE MORBIDITEIT (MEER)
GEEN PSYCHIATRISCHE MORBIDITEIT (MEER)	Bijvoorbeeld In de voorgeschiedenis eenmalige depressie nu diagnostiek darmobstructie	Bijvoorbeeld Hersteld delirium bij nog verder te behandelen pneumonie	Bijvoorbeeld Herstelde steroïdpsychose bij COPD	
zorgvraagnummer	13	14	15	

Tabel 7 - Zorgvragen in de ziekenhuispsychiatrie. Ter illustratie zijn bij elke zorgvraag als voorbeeld vignetten gegeven. Donkerblauw gearceerd zijn zorgvragen uit groep 1 (patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit, zie Tabel 4). Groen gearceerd zijn zorgvragen uit groepen 2 en 3 (patiënten met een acute of eerste ontregeling en patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening, zie Tabel 4). In de lichtblauw gearceerde cellen is er geen psychiatrische morbiditeit (meer).

Voor patiënten en verwijzers moet het zorgaanbod van de afdeling psychiatrie in het ziekenhuis transparant zijn. Dit aanbod moet volgens Veldnorm 2 worden vastgelegd in het kwaliteitsstatuut van het desbetreffende ziekenhuis. Op de website van het ziekenhuis is een samenvatting van verwijscriteria en zorgaanbod beschikbaar voor patiënten en verwijzers.

Veldnorm 2 Doelgroepen en zorgaanbod

- In het kwaliteitsstatuut wordt vastgelegd op welke groepen uit Tabel 4 het betreffende ziekenhuis zich richt. Het zorgaanbod kan nader worden gespecificeerd door eventuele specialisaties of exclusiecriteria in het kwaliteitsstatuut op te nemen.
- Voor spoedeisende zorg is op de SEH psychiatrische beoordeling beschikbaar conform de normtijden uit de Generieke module Acute Psychiatrie (5).
- Een samenvatting van de verwijscriteria uit Veldnorm 1 en het zorgaanbod (deze Veldnorm) wordt door het betreffende ziekenhuis beschikbaar gesteld op de website in voor patiënten en verwijzers begrijpelijke taal.

2.4 Diagnostiek en indicatiestelling

In het ziekenhuis worden, naast patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit, patiënten met een acute of eerste psychiatrische ontregeling en patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening behandeld (zie Tabel 3). In deze gevallen is direct diagnostiek en/of behandeling door de psychiater vereist. Dit betekent dat de psychiater 'aan de voordeur' van de afdeling psychiatrie staat.

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 (1). Voor verwijzers is de psychiater rechtstreeks bereikbaar, en de psychiater stelt de indicatie voor de te bieden psychiatrische zorg in het ziekenhuis vast. Dit kan vervolgens klinische, dagklinische, poliklinische en/of consultatieve zorg zijn.

Veldnorm 3 Psychiater aan de voordeur

De psychiater is overdag rechtstreeks bereikbaar voor overleg met verwijzers en eerstelijnsconsultatie. Buiten kantoortijden kan deze bereikbaarheid geregeld zijn via een voorwacht.

2.4.1 Psychiatrische diagnostiek

Ten opzichte van andere medisch specialisten, maar ook ten opzichte van andere beroepsgroepen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is de psychiater bij uitstek competent om de somatische, psychische en sociale factoren in kaart te brengen en integraal te formuleren in de psychiatrische diagnostiek ((6), zie ook Tabel 8). In een structuurdiagnose komen biologische, psychologisch en sociale factoren in onderling verband tot hun recht.

Niveau	Activiteiten	Resultaten
classificatie	Psychiatrische anamnese Psychiatrisch onderzoek Somatische anamnese Somatisch onderzoek Eventueel gestructureerd interview	Classificatie volgens de DSM-5 of de ICD-10
diagnostiek	Idem als bij classificatie, maar toegespitst op de vraagstelling of het individu Inclusief gebruik van vragenlijsten en aanvullend neurobiologisch onderzoek	- Stagering - Profilering van factoren relevant voor: - etiologie; - pathogenese; - prognose; - effect van de behandeling - Risicotaxatie
indicatiestelling	- Shared decision making - Periodieke evaluatie	Behandelplan

Tabel 8 - Psychiatrische diagnostiek

Veldnorm 4 Psychiatrische diagnostiek

Psychiatrische diagnostiek en indicatiestelling gebeurt in het ziekenhuis conform de Richtlijn psychiatrische diagnostiek (6) door de psychiater. Bij de diagnostiek kunnen ook verschillende medisch specialisten (in opleiding), verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, BIG-geregistreerde psychologen, klinisch farmacologen en andere paramedische en psychosociale disciplines betrokken zijn.

2.4.2 Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek kan bestaan uit observatie, (neuro)psychologisch onderzoek en (neuro)biologisch onderzoek.

Observatie

Aanvullende psychiatrische observatie kan nodig zijn voor het afronden van psychiatrische diagnostiek. Deze observatie vindt meestal plaats in de dagklinische of klinische setting (zie paragraaf 2.5.3 Behandelsettingen).

(Neuro)psychologisch onderzoek

In het ziekenhuis is aanvullend (neuro)psychologisch onderzoek conform de vigerende beroepsnormen mogelijk. De belangrijkste indicaties zijn onderzoek naar intelligentie, cognitieve achteruitgang en persoonlijkheidsdiagnostiek inclusief aanvullende indicatiestelling voor psychotherapie.

Neurobiologisch onderzoek

Eerste of acute psychiatrische ontregeling.

Bij een eerste of acute psychiatrische ontregeling of indien anamnese/observatie daartoe aanleiding geeft vindt lichamelijk en neurologisch onderzoek, screenend labonderzoek en op aanvulling andere neurobiologische diagnostiek zoals beeldvormend en laboratoriumonderzoek plaats. Het ziekenhuis is bij uitstek geoutilleerd om (aanvullend) somatisch onderzoek te faciliteren.

Somatische consequenties van psychofarmaca

Bij het instellen van sommige psychofarmaca is voorafgaand somatisch onderzoek conform de richtlijnen vereist. Meerdere psychofarmaca hebben somatische consequenties en interacties met andere geneesmiddelen, waaronder psychofarmaca en niet-psychiatrische geneesmiddelen. Cardiovasculair risicomanagement is geïndiceerd bij onder andere tricyclische antidepressiva en antipsychotica, zeker bij het bestaan van meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De aanwezigheid van dergelijke risicofactoren is bij patiënten met een psychiatrische stoornis vaker het geval. Bij het optreden van meer of ernstigere bijwerkingen van psychofarmaca dan verwacht, of achterblijvende werkzaamheid kan aanvullend farmacogenetisch onderzoek geïndiceerd zijn. Bijzondere doelgroepen zijn in

dit verband bijvoorbeeld patiënten met een psychiatrische stoornis tijdens de zwangerschap, of patiënten met neuropsychiatrische ziektebeelden zoals m. Parkinson.

Preoperatieve screening elektroconvulsietherapie

De pre-operatieve screening bij elektroconvulsietherapie staat beschreven in de Richtlijn Elektroconvulsietherapie (15) en in algemene zin in de Richtlijn Het Preoperatieve Traject van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesie (16).

Consultatie van andere medisch specialisten

In het ziekenhuis kunnen naar aanleiding van de somatische anamnese en onderzoek (Tabel 8) laagdrempelig andere medisch specialisten worden geconsulteerd.

2.4.3 Indicatiestelling en behandelsetting

Indicatiestelling

Na afronding van diagnostiek wordt duidelijk of sprake is van een psychiatrische stoornis, en of behandeling in het ziekenhuis of elders is geïndiceerd. In het laatste geval volgt een gericht verwijzingsadvies. Keuzes in de behandeling en begeleiding worden zoveel mogelijk samen met de patiënt gemaakt. Deze 'gedeelde besluitvorming' 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 (17). In een multidisciplinair overleg (MDO) is, indien gewenst, plaats voor de patiënt en/of de door hem afgevaardigde naasten. Zo wordt samen gekomen tot een behandelplan, dat ook de behandelsetting en frequentie van monitoring omvat.

De benodigde behandelsetting wordt bepaald door:

- De ernst van het psychiatrisch lijden en daaruit voortvloeiend
- de benodigde intensiteit en complexiteit van verpleegkundige zorg
- de eisen aan ruimtes en beschikbare materialen
- De mate van somatisch, psychisch en sociaal functioneren van de patiënt,
- De voorkeur en bereidheid van de patiënt en diens naasten en
- De beschikbare (alternatieve) mogelijkheden of beperkingen zoals het ontbreken van outreachende zorg.

Periodieke evaluatie

Periodieke evaluatie is onderdeel van het behandelplan. De regiebehandelaar overlegt hiertoe zo nodig en minimaal eenmaal per jaar met de bij behandeling betrokken disciplines, de patiënt en zijn naasten. Gezien de grote variatie aan ziektebeelden en het vaak multimorbide karakter van patiënten die worden gezien in het ziekenhuis, is de noodzakelijke evaluatiefrequentie ter inschatting aan de regiebehandelaar.

2.5 Behandeling

2.5.1 Kenmerken van de afdeling Psychiatrie in het ziekenhuis

Diagnostiek en behandeling op de afdeling Psychiatrie van het ziekenhuis kenmerkt zich door regievoering door de psychiater over behandelsettings heen, gebruik van het biopsychosociaal model en korte lijnen tussen behandelaars. Hierdoor ligt het accent op continuïteit van zorg en behandelen (Tabel 6), uitgangspunten die door patiënten belangrijk worden gevonden. De afdeling heeft ketenzorgafspraken zoals bedoeld in Veldnorm 1.3 Ketenzorgafspraken.

Veldnorm 5 Psychiatrische behandeling

Psychiatrische behandeling gebeurt in het ziekenhuis conform de vigerende richtlijnen en protocollen en waar mogelijk evidence-based, onder regie van de psychiater.

2.5.2 Generiek zorgpad

De afdeling psychiatrie van het ziekenhuis hanteert een generiek zorgpad. Daarbij staat de psychiater 'aan de voordeur' en voert regie over diagnostiek en behandeling. Eventuele nadere protocollering gebeurt aan de hand

van indicatiegebieden, zoals 'psychiatrie en zwangerschap', 'therapieresistente depressie', 'somatisch onverklaarde lichamelijke klachten', 'cognitieve achteruitgang' en 'katatonie en maligne neurolepticasyndroom'; dus niet per se aan de hand van diagnoses. Eventuele aandachtsgebieden van een afdeling psychiatrie kunnen zo nader vorm krijgen. Een groot voordeel van het generieke zorgpad is dat patiënten niet in de 'verkeerde zorglijn' terecht kunnen komen. (Nieuwe) comorbide problemen worden bij tussentijdse evaluatie geadresseerd.

Veldnorm 6 Generiek zorgpad

De afdeling Psychiatrie beschrijft een generiek zorgpad waarin de standaard-onderdelen aanmelding, diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en doorverwijzing worden aan activiteiten van zorgverleners. Dit zorgpad wordt beschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens 'patient journey'.

2.5.3 Behandelsettings

Tabel 1 beschrijft de kenmerken van de verschillende behandelsettings. In paragraaf 2.4.3 Indicatiestelling en behandelsetting worden criteria voor het kiezen van een behandelsetting beschreven. Conform Veldnorm 2 Doelgroepen en zorgaanbod legt de afdeling Psychiatrie in zijn kwaliteitsstatuut vast welke doelgroepen behandeld kunnen worden.

	Polikliniek	Dagbehandeling	Kliniek
Doelgroep	Brede doelgroep	Brede doelgroep. Soms specifieke indicatiegebieden.	Acute en/of complexe ontregelingen
Doelen, bijvoorbeeld	Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Medisch-psychiatrisch en maatschappelijk herstel 1. Structuur en activering 2. Opname-voorkomend 3. Resocialisatie na klinische opname	Stabilisatie, herstel zelfregie en zelfzorg, ontslasten steunsysteem
Mate van zelfregie	+++	+	-, zeer ernstig verminderd en/of uitputting steunsysteem
Regievoering	Psychiater	Psychiater	Psychiater
Behandelteam	Monodisciplinair (psychiater) Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten	Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten	Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten Multidisciplinair: bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, BIG-geregistreerde psychologen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten, maatschappelijk werkenden, vaktherapeuten
Beperkingen	Geen outreachende zorg (FACT en IHT), op sommige afdelingen wel psychiatrische intensieve thuiszorg tot 2x/week	Geen outreachende zorg (FACT en IHT), op sommige afdelingen wel psychiatrische intensieve thuiszorg tot 2x/week	Op sommige afdelingen geen mogelijkheden voor gedwongen opname

Tabel 9 - Behandelsettings

2.5.4 Juridische aspecten

Gezien de doelgroepen 'acute of eerste psychiatrische ontregeling' en 'ernstige psychiatrische aandoening' (Tabel 4) is de afdeling Psychiatrie in het ziekenhuis idealiter in staat patiënten met een BOPZ- (of in de toekomst Wet Verplichte GGZ) maatregel te behandelen. Afdelingen zonder BOPZ-aanmerking hebben ketenzorgafspraken waardoor patiënten met een BOPZ/WVGZ-titel elders kunnen worden opgenomen.

Veldnorm 7 Dwang en drang

Bij de toepassing van dwang en drang wordt gehandeld conform de NVvP-richtlijn

2.6 Herstel, participatie, re-integratie, langdurige en chronische GGZ

2.6.1 Doel van de behandeling

Behandeling moet primair leiden tot verbetering dan wel herstel 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.

2.6.2 Continuïteit van behandelaars

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. De psychiater en andere professionals binnen de ziekenhuispsychiatrie hebben een inspanningsverplichting om een vaste behandelaar toe te wijzen aan de patiënt met een langer durend probleem. Deze behandelaar volgt de patiënt gedurende zijn of haar gehele behandeltraject. Indien het ziekenhuis onvoldoende faciliteiten heeft om de juiste zorg, gericht op herstel, participatie en re-integratie, te bewerkstellen, verwijst de regiebehandelend psychiater de patiënt door naar een behandelaar en/of instelling die deze zorg wel kan bieden. In het kwaliteitsstatuut van het ziekenhuis is geregeld welke samenwerkingsafspraken er zijn gemaakt met andere instellingen voor de juiste aansluitende zorg.

2.6.3 Langdurige en chronische GGZ

In sommige gevallen biedt de polikliniek van het ziekenhuis ook langdurige en chronische GGZ. Deze patiënten typeren zich door een sterk verhoogde kwetsbaarheid voor terugval in hun chronische aandoening, waarbij een directe lijn met de psychiater essentieel is om direct de zorg te kunnen op- en afschalen. Kenmerkend is dat deze patiënten vaak jarenlang stabiel zijn met laagfrequente bezoeken aan de polikliniek, maar dan opeens intensievere vormen van zorg nodig hebben bij (dreigende) ontregeling. Een klinische opname, dagbehandeling of intensievere en multidisciplinaire poliklinische zorg is dan tijdelijk nodig, totdat het herstel weer is opgetreden en de laagfrequente controles doorgang kunnen vinden.

3. Faciliteiten

3.1 Ruimtelijke voorzieningen

Voor poliklinische, dagklinische en klinische psychiatrische zorg in het ziekenhuis zijn adequate ruimtelijke voorzieningen noodzakelijk, zie het overzicht in Tabel 10.

	Polikliniek	Dagbehandeling	Kliniek
Werkruimtes	Rustige, privacy-bevorderende, comfortabele en veilig ingerichte werkruimtes voor de psychiater en de andere poliklinisch werkzame professionals. Door personeel moet in deze ruimtes ongestoord getelefoneerd, gedictieerd en gerapporteerd kunnen worden.	Multifunctionele therapieruimtes, werkruimtes voor de aanwezige disciplines Door personeel moet in de werkruimtes ongestoord getelefoneerd, gedictieerd en gerapporteerd kunnen worden.	Multifunctionele therapieruimtes, werkruimtes voor de aanwezige disciplines Door personeel moet in de werkruimtes ongestoord getelefoneerd, gedictieerd en gerapporteerd kunnen worden. Vuile en schone ruimte Medicatievoorbereidingsruimte
Spreekkamers	Spreekkamers	Spreekkamers	Voldoende spreekkamers voor de behandelaren
Veiligheid	Alarmsysteem met locatievoorziening	Alarmsysteem met locatievoorziening	Alarmsysteem met locatievoorziening
Gemeenschappelijke ruimtes	Ontvangstruimte / balie Wachtruimte		Huiskamer Sanitaire voorzieningen
Patiëntenkamers			Comfortabele, veilige en prikkelarme slaapkamers; afsluitbare kledingskasten en kluisjes
Ruimtes voor groepstherapie	Facultatief	Voldoende ruimtes waarin in een groep gewerkt kan worden door zowel vaktherapeuten, BIG-geregistreerde psychologen, artsen, psychiaters, psychotherapeuten en verpleegkundigen. Er is aandacht voor privacy en veiligheid.	Voldoende ruimtes waarin in een groep gewerkt kan worden door zowel vaktherapeuten, BIG-geregistreerde psychologen, artsen, psychiaters, psychotherapeuten en verpleegkundigen. Er is aandacht voor privacy en veiligheid.
Dwang en drang			Voor afdelingen met een BOPZ/ WVGZ-aanmerking, faciliteiten conform de Toetsingscriteria van de IGJ (18). In sommige ziekenhuizen is geen mogelijkheid tot BOPZ-opnames (WVGZ) aanwezig, maar kan wel fixatie op bed of stoel plaatsvinden.

Tabel 10 - Ruimtelijke voorzieningen

3.2 Personeel

Verpleegkundigen

Veldnorm 8 Verpleegkundig team

Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de kliniek (zie 2.5.3 Behandelsettings) hebben naast hun psychiatrische competenties (conform de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde (19)), basis somatisch-verpleegkundige vaardigheden. Verpleegkundigen zijn minimaal MBO-opgeleid. Per dienst is ten minste een regieverpleegkundige (HBO-niveau) aanwezig.

Overige disciplines

Omdat op de afdeling psychiatrie algemene psychiatrische zorg wordt geboden, is het noodzakelijk dat diverse disciplines aanwezig zijn om deze zorg te bieden. Voor aanwezigheid van overige disciplines is de volgende veldnorm opgesteld.

Veldnorm 9 Professionals

Binnen de afdeling psychiatrie is het mogelijk minimaal de volgende professionals te betrekken bij de zorg voor de patiënt: internist, neuroloog, activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en BIG-geregistreerde psycholoog.

3.3 Opleiding van psychiaters

Het ziekenhuis is een goede plek om de attitude van een medisch specialist te leren: een medisch specialist is in staat en bereid om samen te werken met andere zorgprofessionals. De specialist zal continu de afweging maken door wie en waar de zorg het beste geleverd kan worden en de medisch specialist beweegt zich in een flexibel netwerk van zorgprofessionals waar de uitkomst van zorg en de behoefte van de patiënt het uitgangspunt is (10). Momenteel is het aantal stageplaatsen voor psychiaters in opleiding beperkt. Om de opleiding tot psychiater maximaal te faciliteren is de volgende veldnorm gesteld.

Veldnorm 10 Opleidingsplaatsen

Afdelingen psychiatrie ondersteunen het opleiden van psychiaters zo optimaal mogelijk door het bieden van stageplaatsen, minimaal 1 per afdeling.

4. Organisatie

4.1 Aansturing van de medische zorg

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 (20) 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 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.

Veldnorm 11 De psychiater als regiebehandelaar

De psychiater is regiebehandelaar van psychiatrische zorg in het ziekenhuis. In het kwaliteitsstatuut zijn de werkwijze en verantwoordelijkheden bij multidisciplinaire samenwerking met andere disciplines vastgelegd. van stageplaatsen, minimaal 1 per afdeling.

Supervisie van artsen door een psychiater

Indien artsen (al dan niet in opleiding) deel uitmaken van het behandelteam, worden deze direct gesuperviseerd door de psychiater. Zie ook 'Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie, paragraaf 4.2 'Leermiddelen dagelijkse patiëntenzorg' (21).

4.2 Organisatorische inbedding

Veldnorm 12 (Generieke Module: structuurindicator 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:

- 1) Gebruik van een gemeenschappelijk medisch dossier waarin dossiervoering van psychiatrische en somatische behandelaars wederzijds raadpleegbaar is
Specifiek voor psychiaters
- 2) Deelname aan accreditatie-, visitatie- en scholingsprogramma's van het ziekenhuis
- 3) Deelname aan stafcommissies en protocolontwikkeling van het ziekenhuis
- 4) Lidmaatschap van de vereniging medische staf/het stafconvent van stageplaatsen, minimaal 1 per afdeling.

4.3 Ketenzorgafspraken

De afdeling psychiatrie heeft samenwerkingsafspraken met haar verwijzers en nazorginstanties, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Doel van deze afspraken is duidelijkheid te scheppen over de psychiatrische behandelmogelijkheden voor ambulante, dagklinische en klinische zorg en een soepele samenwerking.

Veldnorm 13 Ketenzorgafspraken

Met de belangrijkste verwijzers en nazorginstanties zijn afspraken gemaakt rond de aanmeldingsprocedure, verwijscriteria, ontslagcriteria, verantwoordelijkheidsverdeling tussen verwijzer en ontvanger (inclusief terugplaatsingsafspraken), structureel overleg en het opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid.

4.4 Kwaliteitsindicatoren

De werkgroep van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie (I) adviseerde om de kwaliteitsindicatoren van de Generieke module integraal van toepassing te laten zijn voor afdelingen die in de meerderheid van de gevallen patiënten uit groep I (Tabel 4, somatisch-psychiatrische comorbiditeit) behandelen. In veldnorm 14 wordt deze aanbeveling overgenomen.

Veldnorm 14 Kwaliteitsindicatoren

De kwaliteitsindicatoren van de Generieke module Ziekenhuispsychiatrie zijn integraal van toepassing (I).

Referenties

1. van Schijndel M.A., Boenink A.D., Caarls P.J., Gerritse-Kattouw H., Kamevaar A.M., Lijmer J.G., et al. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2017. Beschikbaar op: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-ziekenhuispsychiatrie/>. 
2. Maassen E.F., Schrevel S.J., Dedding C.W., Broerse J.E., Regeer B.J. Comparing patients' perspectives of "good care" in Dutch outpatient psychiatric services with academic perspectives of patient-centred care. Journal of mental health (Abingdon, England). 2017;26(1):84-94.
3. van Schijndel M.A., Caarls P.J., van Wijngaarden J.D.H., Wierdsma A.I., Lijmer J.G., Boenink A.D., et al. Value-based Quality Indicators for General Hospital Psychiatry. Ahead of publication. 2018.
4. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Maximaal aanvaardbare wachttijden (Treeknormen) per zorgsector 2018 [Beschikbaar op: <http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen/58>]. 
5. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Generieke module Acute Psychiatrie. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2017. Beschikbaar op: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-ziekenhuispsychiatrie/>. 
6. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. 2015. Beschikbaar op: <https://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrische-diagnostiek-2015>.
7. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2014 [Beschikbaar op: <http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014>].
8. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2018. 
9. Honig A., Lijmer J.G., Verwey B., van Waarde J.A. (ed.). Handboek Psychiatrie in het Ziekenhuis. Utrecht: De Tijdstroom; 2018.
10. Federatie Medisch Specialisten. Visiedocument Medisch Specialist 2025. 2017. 
11. Royal College of Psychiatrists. No Health Without Mental Health [Beschikbaar op: <https://www.rcpsych.ac.uk/clinicalservice/standards/centreforqualityimprovement/nohealthwithout.aspx>]. 
12. Inspectie voor de Gezondheidszorg. IGZ-handhavingskader - Richtlijn voor transparante handhaving. 2013. Beschikbaar op: https://www.igz.nl/Images/IGZ%20Handhavingskader_tcm294-371520.pdf. 
13. Ministerie van VWS en veldpartijen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014. 2012. Beschikbaar op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>. 
14. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2017.
15. Van den Broek W.W., Birkenhäger T.K., de Boer D., Burggraaf J.P., van Gemert B., Groenland T.H.N., et al. Richtlijn Elektroconvulsietherapie, tweede herziende versie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie / De Tijdstroom; 2010.
16. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Richtlijn Het Peroperatieve Traject Utrecht 2011. 
17. Elwyn G., Frosch D., Thomson R. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine. 2012;27(10):1361-7.
18. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toetsingscriteria voor een Bopz-aanmerking in de Geestelijke Gezondheidszorg, versie 27-2-2018. 2018. Beschikbaar op: <https://www.igj.nl/documenten/toetsingskaders/2016/11/03/toetsingscriteria-bopz-aanmerking>. 
19. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde. GGZ-verpleegkundige. 2004. Beschikbaar op: https://www.venvn.nl/Portals/1/Afdelingen/BDP_GGZ-verpleegkundige.pdf. 
20. Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, GGZ Nederland, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten, Nederlands Instituut van Psychologen, InEen, et al. Model Kwaliteitsstatuut 2016.
21. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. HOOP 2.0: Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie 2016 [Beschikbaar op: <http://psychiatrieonderwijs.nl/local/contentpages/index.php?item=1&subitem=1217>]. 