

# VELDNORMEN

MEDISCH PSYCHIATRISCHE UNITS

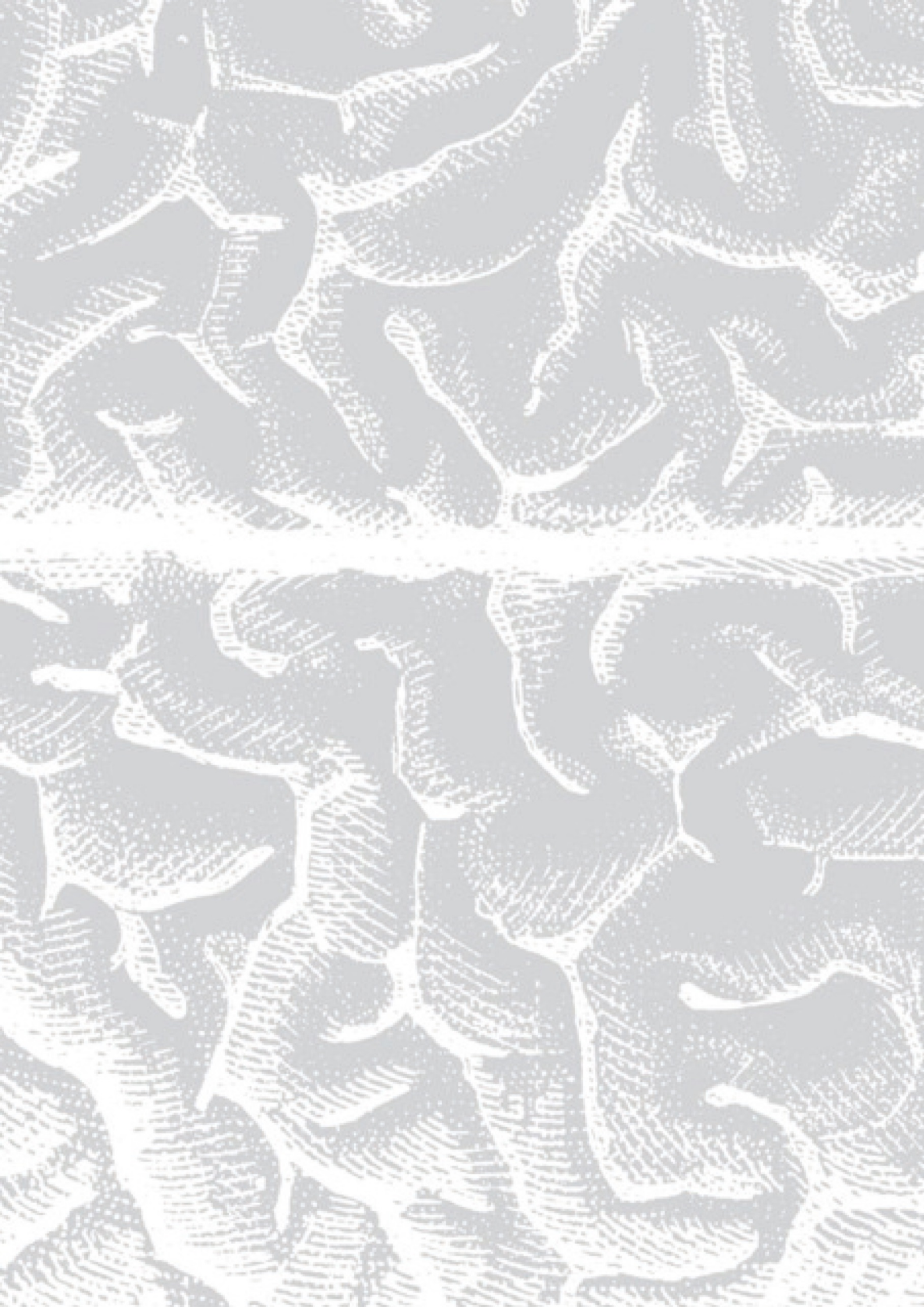




# VOORWOORD

Medisch psychiatrische units (MPU's) zijn opname-units voor geïntegreerde specialistische somatische en psychiatrische diagnostiek en behandeling in algemene en academische ziekenhuizen. Deze veldnormen kwamen tot stand door inspanningen van de Werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) onder redactie van: dr. J.A. van Waarde, drs. M.A. van Schijndel, dr. I.K. Lampe, drs. J.M. Hegeman, drs. F.J.E. Balk, drs. P.J.H. Notten, drs. M.J.W.T. Scherders, drs. C.B. Portier en drs. J.A.M. van de Laar. Deze werkgroep is opgericht naar aanleiding van afspraken die gemaakt zijn in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 over het versterken van de ziekenhuispsychiatrie.

*Utrecht, juni 2014*



## DOCUMENTVERSIEBEHEER

<i>Datum</i>	<i>Versie</i>	<i>Opmerkingen</i>
05-02-2013	0.1	Eerste concept
05-04-2013	0.2	Tweede concept na bespreking interne werkgroep versterking ziekenhuispsychiatrie
03-05-2013	0.3	Derde concept na consultatie afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie (afdeling van de NVvP)
31-10-2013	0.4	Vierde concept na invitational conference en schriftelijke consultatieronde (externe consultatie)
13-12-2013	0.5	Vijfde concept na consultatie afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie (afdeling van de NVvP)
28-01-2014	0.6	Zesde concept na schriftelijke consultatieronde (extern)
20-03-2014	1.0	Definitieve versie veldnormen MPU



# INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Documentversiebeheer	5
Inhoudsopgave	7
Kader	9
Thematoezicht	9
Wat zijn veldnormen?	9
Verantwoording	10
Inleiding	11
Epidemiologie en kosten van somatisch-psihiatrische comorbiditeit	11
Effectiviteit van psychiatrische behandeling	11
Complexe comorbiditeit: de ziekenhuispsychiatrie	11
Veldnormen medisch psychiatrische units	13
Eenduidige terminologie	13
Psychiatrisch en somatisch zorgaanbod op een MPU	13
Minimale veldnormen voor de Nederlandse situatie	14
Veldnorm 1	14
Veldnorm 2	15
Inbedding van een MPU	15
Veldnorm 3	16
Veldnorm 4	16
Veldnorm 5	16
Veldnorm 6	17
Personeel	17
Veldnorm 7	18
Veldnorm 8	18
Ruimtelijke voorzieningen	18
Veldnorm 9	18
Elektroconvulsietherapie (ECT)	18
Veldnorm 10	19
Vervolg	21
Herziening veldnormen	21
Capaciteitsberekening	21
Referenties	23





## THEMATOEZICHT

In 2012 deed de Inspectie voor de Gezondheidszorg een landelijk onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van zorg voor psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit<sup>1</sup>. Dit onderzoek richtte zich op de zorg voor patiënten met zowel somatische als psychiatrische aandoeningen in alle multifunctionele eenheden, regionale gezondheidscentra en medisch psychiatrische units in Nederland. De conclusies van dit onderzoek zijn als volgt:[1]

<sup>1</sup> Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van meerdere somatische of psychiatrische aandoeningen.

1. Afspraken tussen partners van zorgketens ontbreken regelmatig.
2. Er worden knelpunten ervaren in de samenwerking met ketenpartners bij de groep patiënten met complexe problematiek. Deze knelpunten betreffen vooral wederzijdse afspraken over taken en verantwoordelijkheden, informatie-uitwisseling en afstemming over diagnostiek, behandeling en begeleiding van de psychiatrische patiënt.
3. De raden van bestuur van ziekenhuizen en ggz-instellingen beseffen dat het urgent is om de problematiek van de psychiatrische patiënt met ernstige somatische comorbiditeit in de zorgketen op te lossen en hiervoor actief samenwerking te zoeken.

De resultaten van het thematoezicht overtuigden de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) van de noodzaak om eenduidige minimale veldnormen voor medisch psychiatrische units (MPU's) vast te stellen. Waar mogelijk zal binnen deze veldnormen een relatie worden gelegd met de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. [2] Deze veldnormen worden vastgesteld door het werkveld, dat zich vertegenwoordigd weet door de leden van de werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie van de NVvP. De veldnormen Medisch Psychiatrische Units worden binnen de NVvP getoetst door de afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie. Daarna volgt externe becommentariëring vanuit de medische specialismen interne geneeskunde, neurologie en heelkunde onder regie van de Orde van Medisch Specialisten. De inspectie volgt deze ontwikkeling in 2013 en in 2014.

De NVvP geeft met deze notitie uitvoering aan de noodzaak om eenduidige minimale *Veldnormen Medisch Psychiatrische Units* vast te stellen.

## WAT ZIJN VELDNORMEN?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg schrijft over veldnormen in haar 'IGZ-handhavingkader' (2008):

*'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 gaat ervan uit dat het veld in een veldnorm de criteria benoemt aan de hand waarvan*



*professioneel handelen wordt beoordeeld en de veldnorm zorgverleners in dat opzicht (rechts)zekerheid verschaft over de criteria aan de hand waarvan zij zullen worden beoordeeld.'*

Samengevat: de Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst de voorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg onder andere door gebruik te maken van veldnormen. Op de MPU wordt gewerkt volgens de vigerende wetten, richtlijnen en protocollen die gelden voor algemene ziekenhuizen of universitaire medische centra (instellingen voor medisch-specialistische zorg). Met de veldnormen MPU worden concrete kaders voor het organiseren en het bieden van verantwoorde en veilige zorg voor een bijzondere doelgroep van patiënten geboden. Zorgaanbieders zijn gehouden aan deze veldnormen, echter - zoals bij elke richtlijn of veldnorm - in het belang van de patiënt kunnen zij hiervan beargumenteerd en toetsbaar afwijken.

### VERANTWOORDING

Deze veldnormen zijn tot stand gekomen op basis van diverse documenten die sinds 2007 zijn verschenen, [3] en na uitgebreide discussies met deskundigen, verenigd in de werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie van de NVvP. Ook andere betrokkenen hebben hun bijdrage geleverd aan de totstandkoming van deze minimale veldnormen, namelijk de genoemde wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en het Landelijk Platform GGz. Dit gebeurde via een invitationale conference en schriftelijke consultatierondes. De aangepaste veldnormen zijn vervolgens voorgelegd aan ziekenhuispsychiaters, vertegenwoordigd in de afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie van de NVvP. Het bestuur van de NVvP heeft daarna deze notitie geautoriseerd.

Het ontwikkelen van veldnormen is geen doel op zich; de patiënt moet er beter van worden. Het algemene ziekenhuis of het UMC en de psychiaters moeten er daadwerkelijk kaders aan kunnen ontleen bij beslissingen in het opname- en behandelbeleid bij patiënten met een ingewikkelde combinatie van een somatische en een psychiatrische aandoening. Om van praktische waarde te blijven dienen deze veldnormen in ieder geval over 5 jaar te worden herzien. Op grond van de commentaren, de wetenschappelijke ontwikkelingen of andere opvattingen kan eerder een herziening nodig worden geacht.

# INLEIDING

## EPIDEMIOLOGIE EN KOSTEN VAN SOMATISCH-PSYCHIATRISCHE COMORBIDITEIT

Bij patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen, is de prevalentie van psychiatrische stoornissen sterk verhoogd: deze wordt geschat rond de 40%.<sup>[4]</sup> Omgekeerd komen vrijwel alle somatische aandoeningen vaker voor bij patiënten met een psychiatrische ziekte.<sup>[5]</sup> Somatisch-psychiatrische comorbiditeit gaat gepaard met verhoogde morbiditeit, mortaliteit, zorggebruik en kosten.

Om een idee te krijgen van de kosten van somatisch-psychiatrische comorbiditeit onderzochten Kathol en collega's in 2005 retrospectief de gegevens van meer dan 250.000 Amerikaanse verzekerden.<sup>[6]</sup> Gemiddeld waren de zorgkosten van patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit in deze studie 2-4 keer zo hoog als die van degenen zonder psychiatrische comorbiditeit; ongeveer 80% van deze kostenstijging bleek bovendien toe te schrijven aan hogere kosten van somatische behandeling. Studies naar de opnameduur van ziekenhuispatiënten met psychiatrische comorbiditeit laten zien dat deze patiënten gemiddeld 10-100% langer opgenomen waren dan patiënten zonder deze comorbiditeit.<sup>[7-14]</sup> Uit een recenter onderzoek bleek dat patiënten die een ambulantly psychiatrisch hulpverleningscontact hadden gehad vaker (her)opgenomen werden in het algemene ziekenhuis dan patiënten zonder zulke ambulante zorg.<sup>[15]</sup>

## EFFECTIVITEIT VAN PSYCHIATRISCHE BEHANDELING

Behandeling van psychiatrische symptomen blijkt in verschillende studies samen te gaan met een significante verbetering van de lichamelijke gezondheid en het lichamelijk functioneren van patiënten.<sup>[16-18]</sup> In het genoemde onderzoek van Kathol et al. naar de claims van verzekerden bleek verder dat klinische verbetering op psychiatrisch vlak samenging met een substantiële reductie van zorgkosten.<sup>[6]</sup> Dit trad niet op bij patiënten die een blijvend beroep deden op de geestelijke

gezondheidszorg.<sup>[6]</sup> Voor veel psychiatrische aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen, delirium en middelenmisbruik, is herhaaldelijk aangetoond dat psychiatrische interventie, juist in een medische setting, leidt tot significante reductie van kosten.<sup>[5]</sup> Het is dus aannemelijk dat de behandeling van psychiatrische comorbiditeit bij somatisch zieke patiënten leidt tot een betere algehele gezondheid en minder zorggebruik en -kosten.<sup>[5]</sup>

## COMPLEXE COMORBIDITEIT:

### DE ZIEKENHUISPSYCHIATRIE

Men spreekt van complexe somatische en psychiatrische comorbiditeit wanneer:<sup>[19]</sup>

1. een somatische en psychiatrische aandoening tegelijkertijd voorkomen bij een patiënt en/of
2. er sprake is van een onderlinge negatieve beïnvloeding van de aandoeningen of de behandeling daarvan, waarbij
3. de ernst van zowel de somatische als de psychiatrische ziekte gelijktijdige medisch-specialistische diagnostiek en behandeling vereist.

Negatieve wederzijdse beïnvloeding van somatische en psychiatrische ziekte kan, zoals eerder benoemd, resulteren in een ernstiger ziektebeloop, moeizamere



behandeling en een slechtere prognose van zowel de somatische als de psychiatrische aandoening.[5] Nauwe samenwerking tussen andere medisch specialist(en) en de behandelend psychiater is dan een voorwaarde om de diagnostiek en behandeling tot een goed einde te brengen of om het ziektebeloop zo gunstig mogelijk te beïnvloeden. Deze nauwe samenwerking tussen psychiater en andere medisch specialist(en) is een vorm van geïntegreerde medisch-specialistische zorg. Zodra óf de psychiatrische óf de somatische problematiek beter beheersbaar is geworden, kan meestal (opnieuw) worden volstaan met parallelle zorg.

Complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit is het domein van de ziekenhuispsychiatrie in het algemeen of academisch ziekenhuis. In Nederland zijn daarvoor de volgende vormen van ziekenhuispsychiatrische zorg beschikbaar:

- de MPU voor klinische, geïntegreerde zorg voor patiënten met complex somatisch-psychiatrisch lijden;
- de consultatieve psychiatrische zorg voor patiënten opgenomen op de spoedeisende hulp of somatische afdelingen in het ziekenhuis;
- de poliklinische comorbiditeitszorg in samenhang met het ziekenhuis.

De in deze notitie beschreven *minimale veldnormen* betreffen primair de MPU. Echter, ze gelden ook voor deze zorg in de keten met de consultatieve psychiatrische zorg, de ambulante huisartsenzorg en de ggz-crisisdienst, de klinische algemene psychiatrische zorg (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), psychiatrische universiteitskliniek (PUK) en/of ggz-instelling) en de poliklinische psychiatrische (comorbiditeits)zorg.

# VELDNORMEN MEDISCH PSYCHIATRISCHE UNITS

## EENDUIDIGE TERMINOLOGIE

Sinds de jaren tachtig zijn wereldwijd MPU's opgezet om aan de zorgbehoefte van klinisch opgenomen patiënten met complexe somatisch-psihiatrische comorbiditeit te voldoen.[20] MPU's zijn verpleegafdelingen die gelijktijdig kunnen voorzien in behandeling van zowel somatische als psychiatrische zorgvragen.[21] Behandeling op een MPU is aangewezen wanneer de ernst van de somatische aandoening het onmogelijk maakt patiënten op een reguliere klinisch-psihiatrische afdeling (zoals de PAAZ, PUK of ggz-instelling) te diagnosticeren en/of te behandelen of wanneer een reguliere somatische afdeling onvoldoende geëquipeerd is om de ernst van de psychiatrische aandoening adequaat te kunnen behandelen.[6,8,11]

In Nederland werden medisch psychiatrische units afwisselend met de term 'psychiatrisch medische unit' (PMU) of 'medisch psychiatrische unit' (MPU) aangeduid, samenhangend met verschillen in bekostiging en inbedding in de ziekenhuisorganisatie. In de internationale literatuur is de meest gebruikte term 'medisch psychiatrische unit'.

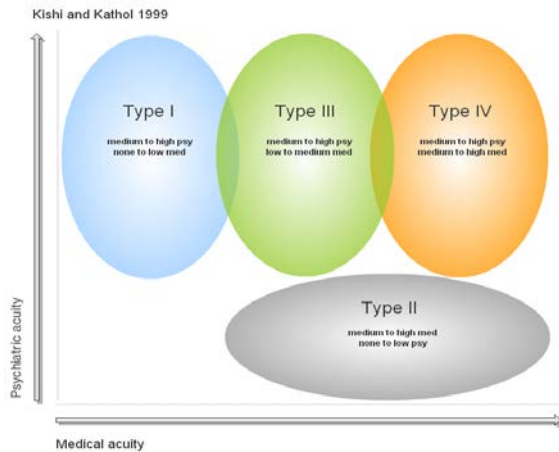
De afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie van de NVvP heeft, om redenen van eenduidigheid en internationale aansluiting, besloten vanaf januari 2013 de term 'medisch psychiatrische unit' (MPU) te hanteren voor klinische voorzieningen gericht op somatisch-psihiatrische comorbiditeit.

## PSYCHIATRISCH EN SOMATISCH ZORGAANBOD OP EEN MPU

Roger Kathol, de al eerder genoemde Amerikaanse autoriteit op het gebied van MPU's, typeerde deze afdelingen op basis van de somatische en psychiatrische

zorgzwaarte waarin een afdeling voorziet. Kathol en zijn collega's onderscheidden vier typen: [20,22]

Type I	gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte en lage somatische zorgzwaarte
Type II	gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte en geen tot lage psychiatrische zorgzwaarte
Type III	gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte en lage tot gemiddelde somatische zorgzwaarte
Type IV	hoge somatische zorgzwaarte en gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte



Figuur 1 Grafische weergave van de typering van MPU's volgens Kishi en Kathol[22]

### MINIMALE VELDNORMEN VOOR DE NEDERLANDSE SITUATIE

In Nederland bestaat een breed aanbod gericht op klinisch-psychiatrische zorg: ggz-instellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en psychiatrische universiteitsklinieken zijn in verschillende mate in staat om gelijktijdig ook somatische zorg te leveren. Het is daarbij noodzakelijk om tot een eenduidige definiëring te komen van de zorg zoals die geleverd wordt op een MPU. Daartoe zijn de volgende veldnormen opgesteld:

#### Veldnorm I

Het type zorg waarin een medisch psychiatrische unit (MPU) kan voorzien, betreft geïntegreerde psychiatrische en somatische diagnostiek en behandeling van patiënten waarvoor een klinische setting voor medisch-specialistische zorg vereist is. Op een MPU kunnen patiënten met een gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals dat kan op een algemene ziekenhuisafdeling. Daarnaast kunnen op de MPU patiënten met een gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals op een psychiatrische (opname)afdeling.

Indien men de te hanteren zorgzwaarte op de Nederlandse MPU vertaalt naar de genoemde internationale onderverdeling,[20, 22] dan valt een Nederlandse MPU onder type IV volgens Kathol et al. Een klinische type IV-zorgvoorziening is namelijk in staat om patiënten met elke somatische zorgzwaarte te behandelen zoals een algemene ziekenhuisafdeling dat kan. In de praktijk is het onderscheid met type III-zorgvoorzieningen niet scherp. Immers, zowel type III- als type IV-zorgvoorzieningen kunnen zorgen voor patiënten met gemiddelde somatische zorgzwaarte en psychiatrisch patiënten met een hoge zorgzwaarte. Dat een MPU het predicaat 'type IV' heeft, wil niet zeggen dat er geen 'type III-patiënten' kunnen liggen.

#### Zorgaanbod en multidisciplinaire samenwerking

Voor verwijzers moet duidelijk zijn welke patiënten op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en/of verpleegd kunnen worden. Om doelmatige en veilige patiëntenzorg te kunnen bieden bij zowel ernstige psychiatrische als ernstige somatische problematiek, moet men op de MPU multidisciplinair samenwerken vanuit diverse medisch-specialistische vakgebieden. Het algemeen en academisch ziekenhuis en de medische staf hebben hiertoe meestal de verschillende verantwoordelijkheden, bevoegdheden en onderlinge taakverdeling vastgelegd in een samenwerkingsprotocol. Dit betreft bijvoorbeeld het hoofd- en medebehandelaarschap en consulentenschap.

De volgende veldnorm is opgesteld over het vereiste zorgaanbod en de multidisciplinaire samenwerking op de MPU, om aan de complexe zorgvragen van patiënten te kunnen voldoen:









Consultatieve Psychiatrie.[2] De psychiatrische consultatieve dienst heeft een belangrijke rol bij signalering van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis: de MPU-indicatiestelling. Ook kan de dienst de patiënt eventueel volgen indien behandeling op een reguliere somatische verpleegafdeling (of op de intensive care) aan de orde is.

Een MPU is geen op zichzelf staande eenheid en er zijn twee organisatievormen mogelijk: inbedding in een PAAZ of in een PUK en inbedding in een somatische afdeling van een (algemeen of academisch) ziekenhuis. De positie van de MPU is vergelijkbaar met een somatische intensive-careafdeling. Patiënten komen hier tijdelijk omdat hun zorgbehoefte groter is dan de zorg die de reguliere somatische en reguliere psychiatrische afdeling kunnen bieden. Dit betekent dat er voorafgaande aan de MPU-opname betrokkenheid is geweest door een verwijzer (huisarts, andere medisch specialist, psychiater of andere ggz-professional vanuit een ggz-instelling) en ook dat de patiënt terugverwezen of doorverwezen wordt naar andere vormen van begeleiding indien geen MPU-zorg meer nodig is. Te denken valt dan aan terugkeer naar huis, naar een reguliere somatische afdeling, naar een reguliere psychiatrische afdeling (PAAZ, PUK of ggz-instelling) of verpleeghuis (somatisch, psychogeriatrisch of RIBW). Vanwege het momenteel veelal ontbreken van ketenzorgafspraken is de volgende veldnorm opgesteld:

#### **Veldnorm 6**

Een MPU heeft samenwerkingsafspraken met haar verwijzers en nazorginstaties, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Doel van deze afspraken is duidelijkheid te scheppen over de somatische en psychiatrische behandel mogelijkheden van de MPU en een soepele samenwerking te bewerkstelligen. 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.

#### **Wettelijk kader**

Op de MPU wordt gewerkt volgens de vigerende wet- en regelgeving en daaruit voortvloeiende specifieke richtlijnen en protocollen. Omdat de MPU ook patiënten met ernstige psychiatrische ontregelingen moet kunnen opnemen en behandelen, geldt dit ook voor de wettelijke kaders voor het toepassen van dwang en drang. Een MPU moet in staat zijn somatisch-psychiatrisch zieke patiënten met een Bopz-maatregel (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, in de toekomst Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg) te diagnosticeren, te behandelen en te verplegen. Dit stelt eisen aan personeel en ruimtelijke voorzieningen, waarvoor in deze notitie minimale veldnormen zijn vastgesteld.

#### **PERSONEEL**

##### **Verpleegkundigen**

Gelijktijdige aanwezigheid van somatisch-verpleegkundige en psychiatrisch-verpleegkundige expertise is in een minimale bezetting te allen tijde nodig op een MPU.

De somatisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: bekwaamheden op het gebied van infusie van medicatie en vloeistoffen, zuurstoftoediening, katheterisaties, sonderen, wondverzorging, terminale verpleegkundige zorg en bewaking vitale functies op het niveau van een algemeen verpleegkundige.

De psychiatrisch-verpleegkundige expertise betreft onder andere: hanteren van een empathische en motiverende gespreksvoering, omgaan met machteloosheid, agressie en structuurloosheid, risicotaxatie, en toepassen van vrijheidsbenemende maatregelen.

De volgende veldnorm is daarom opgesteld:





de MPU bij uitstek een behandelafdeling is waar patiënten die ECT nodig kunnen hebben, worden opgenomen, gediagnosticeerd en behandeld, is de volgende veldnorm opgesteld:

**Veldnorm 10**

Voor MPU-patiënten dient ECT 24 uur per dag, 7 dagen per week, drempelloos en snel beschikbaar te zijn. Dit kan door in het eigen (algemeen of academisch) 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.



## VERVOLG

### HERZIENING VELDNORMEN

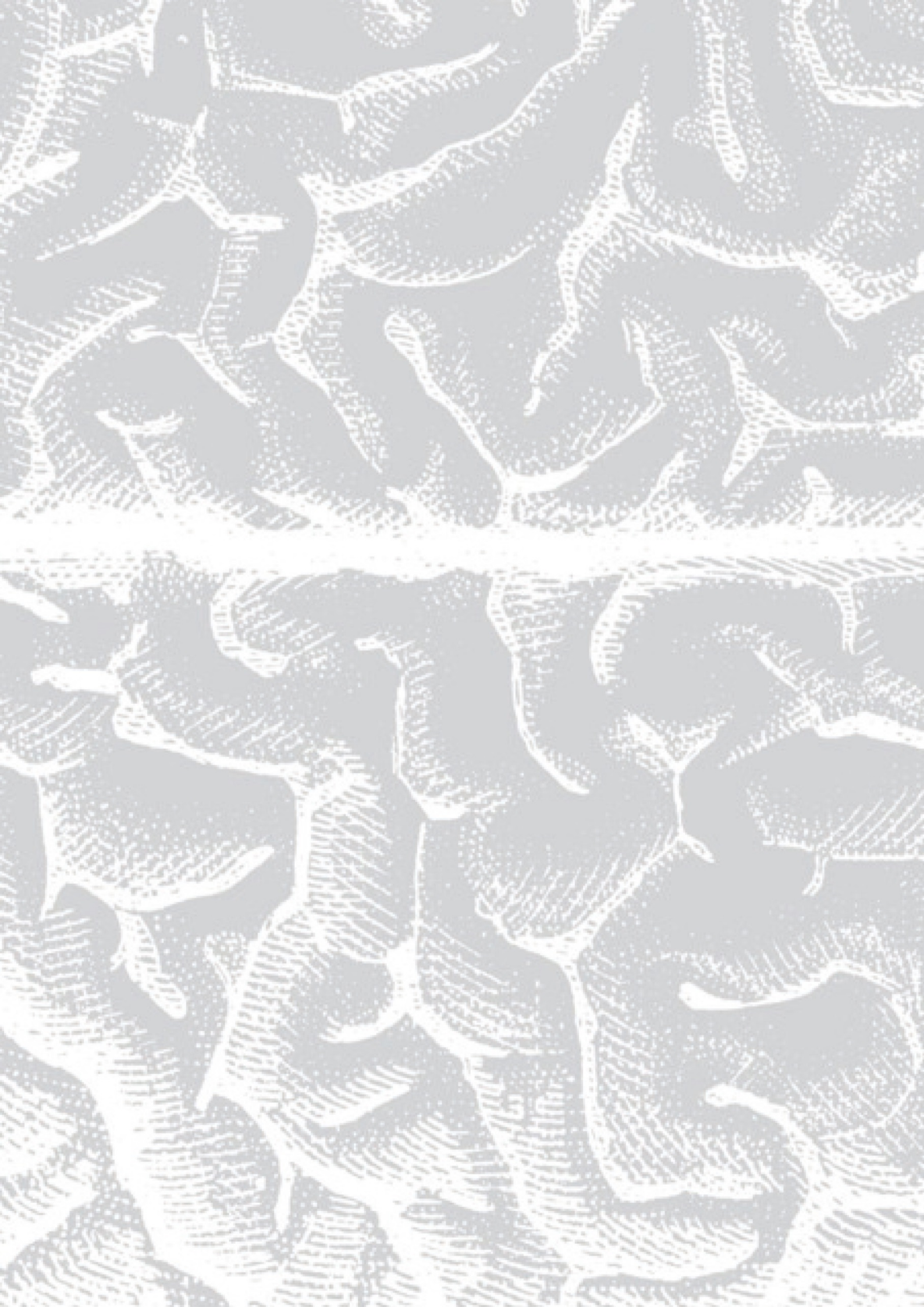
Deze veldnormen worden in een vijfjarige cyclus herzien onder regievoering van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Het streven is de komende herziening multidisciplinair, dat wil zeggen in gezamenlijkheid met de bij de patiëntenzorg op MPU's betrokken (wetenschappelijke verenigingen) van somatisch medisch specialisten, uit te voeren. De ambitie is daarbij op te schuiven van minimumnormen naar streefnormen.

### CAPACITEITSBEREKENING

Ten tijde van het opstellen van de veldnormen is er onvoldoende informatie beschikbaar over de huidige Nederlandse situatie om een uitspraak te kunnen doen over de vraag hoeveel MPU-capaciteit nodig zal zijn op basis van deze minimale veldnormen. De werkgroep doet daarom het volgende voorstel:

In een vervolgtraject wordt een capaciteitsberekening uitgevoerd gericht op de in de veldnormen opgestelde doelgroepen. Deze capaciteitsberekening kan aanleiding zijn tot een herverdeling van MPU-capaciteit per regio en daarmee tot een optimale concentratie en spreiding van ziekenhuispsychiatrische functies. MPU-zorg betreft hoog-complexe zorg waarbij concentratie van zorg zal leiden tot hogere zorgkwaliteit, en een minimale schaalgrootte tot grotere doelmatigheid.

Het plan van aanpak voor de capaciteitsberekening wordt in de eerste helft van 2015 gepresenteerd door de Werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie.



## REFERENTIES

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Resultaten van het thematoezicht naar de ketenzorg rond psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- 2 Leentjens AFG, Boenink AD, van Croonenborg JJ, van Everdingen JJE, van der Feltz-Cornelis CM, van der Laan NC, et al. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008. [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)
- 3 Nederlandse Werkgroep ter bevordering van Psychiatrische-Medische Units. Checklist Randvoorwaarden voor Psychiatrische-Medische Units. NFZP; 2007.
- 4 Waarde JA van, Richter C, Müller ME, Verwey B, et al. De medisch-psychiatrische unit: meerwaarde voor patiënten, artsen en ziekenhuizen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 209-11.
- 5 Kathol RG, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am* 2006; 90: 549-72.
- 6 Kathol RG, McAlpine D, Kishi Y, Spies R, Meller W, Bernhardt T, et al. General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 160-7.
- 7 Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 878-82.
- 8 Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS, Larson DB. The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 173-6.
- 9 Lyons JS, Larson DB, Burns BJ, Cope N, Wright S, Hammer JS. Psychiatric co-morbidities and patients with head and spinal cord trauma. Effects on acute hospital care. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10: 292-7.
- 10 Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1498-503.
- 11 Morris PL, Goldberg RJ. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay in gastroenterology patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 77-82.
- 12 Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS, Fahs M, Lebovits A, Paddison PL, et al. Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1044-9.



- 13 Fulop G, Strain JJ, Fahs MC, Schmeidler J, Snyder S. A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics* 1998; 39: 273-80.
- 14 Wancata J, Benda N, Windhaber J, Nowotny M. Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 8-14.
- 15 Borckardt JJ, Madan A, Barth K, Galloway S, Balliet W, Cawley PJ, et al. Excess health care service utilization and costs associated with underrecognition of psychiatric comorbidity in a medical/surgical inpatient setting. *Qual Manag Health Care* 2011; 20: 98-102.
- 16 Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129: 613-21.
- 17 Lin EH, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 2428-9.
- 18 Callahan CM, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, et al., Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 367-73.
- 19 Visiedocument afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie. 2010, [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)
- 20 Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T. Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992; 33: 376-86.
- 21 Kathol RG. Cost outcomes on a medical psychiatry unit. *J Psychosom Res* 2010; 68: 293-4.
- 22 Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting: The type IV program. *Psychosomatics* 1999; 40: 345-55.
- 23 NZa. Tariefbeschikking tweedelijns curatieve ggz 2013, TB/CU-5062-01, [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
- 24 NZa. Tariefbeschikking Tariefbeschikking DBC's en overige producten gespecialiseerde GGZ 2014, TB/CU-5070, [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
- 25 TNO. TNO-rapport 2013 R10446. Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting. Soesterberg: TNO; 2013.
- 26 GGZ Nederland. Intensive Care in de ggz. Op weg naar veldnormen. Amersfoort: GGZ Nederland; 2010.
- 27 Broek van den WW, Birkenhäger TK, de Boer D, Burggraaf JP, van Gemert B, Groenland THN, et al. Richtlijn elektroconvulsie therapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)





