



Richtlijnen
database

Consultatieve psychiatrie

Inhoudsopgave

Consultatieve psychiatrie	1
Inhoudsopgave	2
Organisatie van psychiatrische consultgeving	5
Uitgangsvraag	5
Aanbeveling	5
Inleiding	5
Conclusies	5
Samenvatting literatuur	7
Zoeken en selecteren	11
Referenties	12
Evidence tabellen	14
Overwegingen	26
Bijlage	43
ALGEMENE INLEIDING	43
IMPLEMENTATIEPLAN	47
INDICATOREN	52
KENNISLACUNES	55
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	56
Competenties van de consultatief psychiater	60
Uitgangsvraag	60
Aanbeveling	60
Inleiding	60
Conclusies	61
Samenvatting literatuur	61
Zoeken en selecteren	69
Referenties	69
Overwegingen	70
Bijlage	86
ALGEMENE INLEIDING	86
IMPLEMENTATIEPLAN	90
INDICATOREN	95
KENNISLACUNES	98
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	99
Psychiatrische consultgeving	103
Uitgangsvraag	103
Aanbeveling	103
Inleiding	104
Zoeken en selecteren	105
Referenties	106
Overwegingen	109
Bijlage	134
ALGEMENE INLEIDING	134
IMPLEMENTATIEPLAN	138
INDICATOREN	142
KENNISLACUNES	146
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	147
De consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist	151
Uitgangsvraag	151

Aanbeveling	151
Inleiding	151
Zoeken en selecteren	153
Referenties	153
Overwegingen	155
Bijlage	174
ALGEMENE INLEIDING	174
IMPLEMENTATIEPLAN	178
INDICATOREN	182
KENNISLACUNES	186
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	187
De effectiviteit van liaisonactiviteiten	191
Uitgangsvraag	191
Aanbeveling	191
Inleiding	191
Conclusies	191
Samenvatting literatuur	192
Zoeken en selecteren	195
Referenties	196
Evidence tabellen	197
Overwegingen	201
Bijlage	217
ALGEMENE INLEIDING	217
IMPLEMENTATIEPLAN	221
INDICATOREN	226
KENNISLACUNES	229
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	230
Verbeteren van de opvolging van adviezen	234
Uitgangsvraag	234
Aanbeveling	234
Inleiding	234
Conclusies	235
Samenvatting literatuur	235
Zoeken en selecteren	238
Referenties	239
Evidence tabellen	241
Overwegingen	244
Bijlage	261
ALGEMENE INLEIDING	261
IMPLEMENTATIEPLAN	265
INDICATOREN	270
KENNISLACUNES	273
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	274
Rol consultatief psychiater bij wilsbekwaamheid	278
Uitgangsvraag	278
Aanbeveling	278
Inleiding	278
Conclusies	279
Zoeken en selecteren	279
Referenties	279

Overwegingen	280
Bijlage	300
ALGEMENE INLEIDING	300
CHECKLIST VOOR HET BEOORDELEN VAN DE WILSBEKWAAMHEID	304
IMPLEMENTATIEPLAN	306
INDICATOREN	310
KENNISLACUNES	313
VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE	314

Organisatie van psychiatrische consultgeving

Uitgangsvraag

Hoe kan psychiatrische consultgeving het beste georganiseerd worden?

Aanbeveling

Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met integratie van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft.

Integreer bij voorkeur de consultatief kinderpsychiater in het ziekenhuis. Indien dit niet mogelijk is, maak afspraken over hoe kinderpsychiatrische expertise gewaarborgd kan worden.

Inleiding

Er bestaan verschillende organisatievormen van psychiatrische consultgeving in algemene ziekenhuizen. Ten eerste zijn er verschillen in de mate waarin het consultatief psychiatrisch team een integraal onderdeel is van het ziekenhuisbedrijf. Dit varieert van instellingen waar de consultatief psychiater in dienst van het ziekenhuis is, deel uitmaakt van de medische staf van het ziekenhuis en er intensief wordt samengewerkt tussen psychiaters en andere medisch specialisten, bijvoorbeeld in Medisch Psychiatrische Units of andere multidisciplinaire settings, tot constructies waarbij een psychiater uit een andere instelling, bijvoorbeeld een regionale GGZ-instelling een beperkt aantal uren beschikbaar is voor consultgeving in het ziekenhuis. Ook zijn er verschillen in het stadium waarin het consultatief psychiatrisch team wordt ingeschakeld, variërend van zeer proactieve modellen waarbij de psychiatrische consultgeving screenend al betrokken wordt aan het begin van iedere opname of SEH-bezoek, tot ziekenhuizen waarbij de psychiater pas in beeld komt als de behandelend specialist op complicaties rondom psychiatrische pathologie stuit. Ten derde is er variatie in de wijze waarop psychiatrische consultgeving op de spoedeisende hulp (SEH) georganiseerd kan worden. Tot slot is er variatie in de rol van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, waarbij er verschillen bestaan in termen van patiëntgebonden activiteiten maar ook ten aanzien van liaisonactiviteiten zoals het opleiden van niet psychiatrisch geschoold medisch personeel. De evidentie voor verschillende modellen van inbedding van de consultatief werkzame verpleegkundige wordt beschreven in de module Consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist en de module Effectiviteit liaisonactiviteiten.

Conclusies

zeer laag	Het implementeren van een spoedeisende psychiatrische dienst op de SEH kan een positief effect hebben op de wachttijden van patiënten. Er zijn geen aanwijzingen dat het implementeren van een spoedeisende psychiatrie dienst op de SEH een gunstig effect heeft op opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënttevredenheid en frequentie van heropname. <i>Bronnen (Paton, 2016; Tadros, 2013; Woo, 2007; McDonough, 2004; Sinclair, 2006; Wand, 2011)</i>
zeer laag	Het implementeren van een multidisciplinaire spoedeisende kinderpsychiatrische dienst op de SEH kan een positief effect hebben op de wachttijden van patiënten en kan leiden tot minder psychiatrische opnames. <i>Bronnen (Sheridan, 2016; Newton, 2011)</i>
zeer laag	Er zijn geen aanwijzingen dat het invoeren van een proactief consultatief psychiatrisch team, waarbij systematisch alle nieuwe opnames in een algemeen ziekenhuis gescreend worden en intensieve follow-up plaatsvindt, leidt tot een reductie in opnameduur in vergelijking met standaardzorg vanuit een consultatief psychiatrisch team. <i>Bronnen (Levenson, 1992; Desan, 2011; Tadros, 2013; Sledge, 2015)</i>
zeer laag	Er zijn geen aanwijzingen dat routinematig screenen van patiënten opgenomen op een somatische afdeling gevolgd door een consult bij de psychiater leidt tot betere kwaliteit van leven in vergelijking tot een strategie waarbij de consultatief psychiater in consult gevraagd kan worden indien de behandelend arts dat wenselijk acht. <i>Bronnen (Gater, 1998)</i>
zeer laag	Er zijn geen aanwijzingen dat geïntegreerde medische zorgmodellen leiden tot een afname in de gemiddelde opnameduur bij patiënten met een psychiatrische aandoening in vergelijking met standaardzorg vanuit een consultatief psychiatrisch team. <i>Bronnen (Hussain, 2014)</i>

Samenvatting literatuur

Proactieve organisatievormen van de consultatieve psychiatrie

Vijf studies beschrijven de effecten van proactieve organisatievormen van de consultatieve psychiatrie (Levenson, 1992; Gater, 1998; Desan, 2011; Tadros, 2013; Sledge, 2015).

Levenson (1992) beschrijft de resultaten van een gerandomiseerd klinische onderzoek (randomized controlled trial, RCT) waarbij op het niveau van afdelingsteams is gerandomiseerd. De interventiegroep bestond uit 256 patiënten bij wie een psychiatrische consultatie is verricht, meestal binnen 24 uur na opname. De consultgeving werd uitgevoerd door één van zes ervaren psychiaters. In de controlegroep werd geen standaard consultgeving verricht. Uitkomstmaten waren opnameduur, medische kosten en lichamelijk functioneren en gezondheid (health status).

Gater (1998) rapporteert de resultaten van een kosteneffectiviteitsstudie gebaseerd op een RCT. In de studie zijn patiënten eerst gescreend met behulp van een vragenlijst, de General Health Questionnaire (GHQ-28), en zijn patiënten die op basis van de uitslag van de vragenlijst mogelijk een psychiatrische aandoening hebben) gerandomiseerd over drie groepen, namelijk 1) patiënten beoordeeld door een psychiater, 2) patiënten waarvan de uitkomsten van de screening in het medische dossier zijn opgenomen en waarbij de behandelend arts mag bepalen of psychiatrische consultgeving wenselijk is, en 3) patiënten waarvan de uitkomsten van de screening niet kenbaar zijn gemaakt aan de behandelend arts. De uitkomstmaten zijn kwaliteit van leven na zes maanden en kosten vanuit een maatschappelijk perspectief, dat wil zeggen medische kosten, kosten die de patiënt heeft gemaakt en kosten ten gevolge van productiviteitsverlies.

Desan (2011) beschrijft de resultaten van een observationele studie naar de effecten van een proactief consultatiemodel gericht op het beoordelen van alle opnames, waarbij deze vergeleken worden met de zorg zoals geboden voorafgaand aan de introductie van deze proactieve werkwijze.

Het artikel van Sledge (2015) rapporteert het vervolg van de studie van Desan (2011). De onderzochte interventie is een proactieve, psychiatergeïnitieerde, multidisciplinaire interventie, geleverd door een zogenaamd Behavioral Intervention Team (BIT). De interventies van dit BIT waren:

1. identificeren van patiënten met gedragsproblemen;
2. regelen van tijdige psychiatrische behandeling;
3. ondersteunen van de medische staf met advies en educatie.

Alle patiënten die werden opgenomen op één van de drie deelnemende medische afdelingen, bij wie het BIT-team werd ingezet en die minder dan 31 dagen waren opgenomen, zijn meegenomen in de

studie. De populatie die interventie door het BIT kreeg is vergeleken met eenzelfde doelgroep voorafgaande aan de introductie van dit BIT-team. Als belangrijkste uitkomstmaat is gekeken naar length of stay (LOS).

Tadros (2013) beschrijft de resultaten van een observationele studie naar het inzetten van een rapid assessment, interface, and discharge team, een zogenaamd RAID-team. De interventie bestaat uit een 24-uurservice met als doel alle patiënten die zich meldden op de SEH binnen één uur te zien en alle acuut opgenomen patiënten binnen 24 uur na opname te beoordelen. De gemiddelde opnameduur en het aantal heropnames gedurende zijn vergeleken met de opnameduur en het percentage heropnames in twee controlegroepen: 1) patiënten opgenomen in de periode voorafgaand aan het invoeren van het RAID-team en 2) patiënten opgenomen in de periode waarin het RAID-actief was maar die niet naar het RAID-team zijn verwezen. Blijkbaar werden niet alle opgenomen patiënten gescreend door het RAID-team. De RAID-groep bestond uit 886 patiënten en de pre-RAID 2873 patiënten, maar de beschreven resultaten zijn gebaseerd op een kleiner aantal gematchte patiënten.

Geïntegreerde medische zorg

Een systematische review (Hussain, 2014) beschrijft een viertal studies waarin de uitkomsten van geïntegreerde zorgmodellen (Slaets, 1997; Kishi, 1999; Baldwin, 2004; Leue, 2010) zijn vergeleken met standaard medische zorg bij patiënten die zijn opgenomen op een afdeling interne geneeskunde. De beschreven interventies zijn: een geriatrisch team (Slaets, 1997), geïntegreerde medische en psychiatrische zorg (Kishi, 1999), een liaisonservice op een interne afdeling verzorgd door een verpleegkundige (Baldwin, 2004) en een Medisch Psychiatrische unit (MPU) op een afdeling interne geneeskunde (Leue, 2010). Het aantal patiënten in de interventiegroep varieert van 32 tot 140 en het aantal mensen in de controlegroep van 61 tot 117. De uitkomstmaat is de gemiddelde opnameduur.

Spoedeisende hulp

Paton (2016) beschrijft een systematische review naar interventies gericht op het verbeteren van de GGZ crisiszorg. In dit artikel wordt ook aandacht besteed aan de toegang tot zorg in crisissituaties op de spoedeisende hulp. In deze review zijn vijf studies geïnccludeerd die modellen voor consultatieve psychiatrie beschrijven (McDonough, 2004; Sinclair, 2006; Woo, 2007; Wand, 2011; Tadros, 2013) en twee studies over de effectiviteit van educatieve interventies gericht op medewerkers van de SEH (Cailhol, 2007; Pajonk, 2008). De interventies omvatten: het plaatsen van een psychiatrisch verpleegkundige op de SEH (McDonough, 2004; Sinclair, 2006; Wand, 2011), een RAID-service (Tadros, 2013) en een speciale spoedeisende psychiatrische dienst (Woo, 2007). In de meeste studies is een vergelijking gemaakt met de voorafgaande situatie, waarin er nog geen specifieke service op de SEH was ingericht.

De zorg voor kinderpsychiatrische problematiek op een SEH is zeer verschillend georganiseerd. Newton

(2011) vergeleek twee SEH's: een waar een algemene SEH-arts zorg verleende aan jongeren, soms bijgestaan door een psychiatrische crisisdienst voor volwassenen en een waar de kinderarts ook de kinderpsychiatrische zorg deed. Een recente studie vergelijkt de situatie voor en na de introductie van consultatieve kinderpsychiatrische zorg op een SEH (Sheridan, 2016).

Overige organisatievormen

Tot slot, is een studie geïnccludeerd waarin twee ziekenhuizen vergeleken worden aan de hand van de bezetting van de consultatieve psychiatrie: een met een parttime bezetting en een met een fulltime bezetting (Hosaka, 1999). De studie rapporteert het aantal consulten in beide ziekenhuizen.

Resultaten

Proactieve organisatievormen van de consultatieve psychiatrie

Levenson (1992) rapporteert een lichte toename in opnameduur bij patiënten bij wie standaard binnen 24 uur een psychiatrisch consult is verricht in vergelijking met standaardzorg van 10,2 tot 11,3 dagen en daarmee ook iets hogere gemiddelde kosten gerelateerd aan deze opname (de mediane totale kosten, inclusief kosten van productiviteitsverlies, bedroegen \$8,160 (sd \$11,650) in de interventiegroep versus \$6,358 (sd \$ 8,833) in de controlegroep). Het aantal heropnames (follow up varieerde van 6 tot 21 maanden) was niet significant lager in de interventiegroep (gemiddeld 1,24 keer versus 1,43 keer in de controlegroep). Ook de cumulatieve opnameduur verschilde niet significant tussen beide (14,7 versus 16,6 dagen). Met betrekking tot de metingen van kwaliteit van leven wordt alleen gerapporteerd dat er geen verschillen waren tussen beide groepen.

De studie van Gater (1998) toont een vergelijkbare score voor kwaliteit van leven na 6 maanden (uitgedrukt in Quality Adjusted Life Years, QALYs) tussen de drie behandelstrategieën (patiënt beoordeeld door psychiater gemiddeld 0,872 QALYs, uitkomsten screening in dossier 0,922 QALYs, controlegroep 0,922 QALYs). De mediane totale kosten in beide interventiestrategieën waren niet significant verschillend van de kosten in de controlegroep. De auteurs concluderen dat routinematig screenen van patiënten die worden opgenomen op een interne afdeling geen voordelen heeft.

Een set van drie interventies bestaande uit evaluatie van iedere opname, snelle consultatie en intensieve follow-up was in de studie van Desan (2011) geassocieerd met een significante afname van de opnameduur van 0,9 dagen. Het screenen van nieuw opgenomen patiënten duurde gemiddeld 2,9 minuten per opgenomen patiënt.

Sledge (2015) concludeerde dat het inzetten van een BIT de opnameduur kon verkorten met 0,64 dag, bij patiënten die korter dan 31 dagen zijn opgenomen in het ziekenhuis.

Tadros (2013) vond een niet-significante reductie van de gemiddelde opnameduur van 0,9 dag.

Daarnaast claimen zij een relatieve risicoreductie op heropname van 65% door introductie van het RAID-model. Tados suggereert dat dit tot een afname van bezetting van 22 bedden zou leiden in een ziekenhuis met 600 bedden. Tot slot wordt een toename aan psychiatrische diagnostiek genoemd, welke echter niet gekwantificeerd is.

Geïntegreerde medische zorg

Hussain (2014) rapporteert dat de resultaten van de vier studies niet eenduidig te interpreteren zijn. Twee studies laten een toename in gemiddelde ligduur zien (met vijf respectievelijk 16 dagen); één studie rapporteert een afname in de gemiddelde ligduur met vijf dagen en één studie rapporteert geen verschil in ligduur. In verband met heterogeniteit van de studies was geen meta-analyse mogelijk. Hosaka (1999) concludeert dat de studie aanwijzingen levert dat een fulltime model consultatieve psychiatrie kostendekkend is maar geen financiële winst genereert voor het ziekenhuis.

Spoedeisende hulp

Paton beschrijft de resultaten van een systematische literatuurstudie naar het implementeren van een spoedeisende psychiatrische dienst op de SEH. Naast de eerdergenoemde resultaten van de studie van Tados (2013), rapporteert Paton dat Woo (2007) vooral een significante afname in wachttijden vonden naast een afname van het gebruik van dwang- en drangmaatregelen. Een afname in opname- en heropnamefrequentie werd niet gevonden. McDonough (2004) vond eveneens met name een afname in wachttijd. Sinclair (2006) vond geen afname in wachttijden op de SEH noch een toename in patiënttevredenheid na het installeren van een spoedeisende psychiatrische dienst op de SEH.

Newton (2011) vond dat meer kinderspsychiatrische consultgeving gedaan werd op de SEH met een psychiatrische crisisdienst. Er werden minder kinderspsychiatrisch consulten verricht op de SEH met alleen een dienstdoend kinderarts. In beide organisatievormen ontbrak een consistente methodiek voor kinderspsychiatrische beoordelingen en waren de afspraken na ontslag van de SEH vaak onduidelijk.

Implementatie van een multidisciplinair team van een kinderspsychiater en een maatschappelijk werker die ook kortdurende nazorg bood, resulteerde in een kortere wachttijd op de SEH, waarbij de gemiddelde SEH-opnameduur daalde van 24 naar 20 uur, en er nadien minder kinderspsychiatrische opnames nodig waren (OR 0,35, 95% CI 0,17 tot 0,71) (Sheridan, 2016). Daarnaast was er een toename in aanvragen voor kinderspsychiatrische beoordelingen.

Overige organisatievormen

Hosaka (1999) beschrijft het aantal patiënten dat wordt gezien door een psychiater in twee ziekenhuizen in de tijd. In het ziekenhuis met een fulltime psychiater wordt een snelle toename in het aantal patiëntencontacten gezien, van 89 tot 505 patiënten per maand, gedurende een periode voor negen maanden, terwijl de stijging in het ziekenhuis met de parttime psychiater minder sterk is, van 23

naar 48 patiënten per maand. Het aantal verwijzingen vanuit een klinische afdeling varieert van 4 tot 11 per maand in het ziekenhuis met de fulltime psychiater en varieert tussen 0 en 7 in het ziekenhuis met de parttime psychiater. In de studie worden geen klinische uitkomsten gerapporteerd.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor de effecten van proactieve organisatievormen op de gemiddelde opnameduur is met twee niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias); tegenstrijdige resultaten (inconsistentie) en de onzekerheid (imprecisie).

De bewijskracht voor de effecten van geïntegreerde organisatievormen op de gemiddelde opnameduur is met drie niveaus verlaagd gezien beperkingen in de onderzoeksopzet (risk of bias); tegenstrijdige resultaten (inconsistentie) en de onzekerheid (imprecisie).

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag met betrekking tot de organisatie van de consultatieve psychiatrie te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:
Wat is de effectiviteit en doelmatigheid van specifieke (innovatieve) organisatievormen van het consultatief psychiatrisch team, waaronder proactieve organisatievormen en geïntegreerde medische zorg?

P: patiënten die zijn opgenomen op een somatische afdeling in het ziekenhuis of patiënten die zich meldden bij de SEH van een ziekenhuis en die in aanmerking komen voor een psychiatrisch consult, verricht door een psychiater, een consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist GGZ;

I: organisatiemodellen van het consultatief psychiatrisch team, waaronder proactieve organisatievormen van de consultatieve psychiatrie en geïntegreerde medische zorg;

C: oorspronkelijke organisatiestructuur waar de specifieke interventie mee wordt vergeleken;

O: uitkomstmaten, waaronder opnameduur, aantal heropnames, kosteneffectiviteit en kwaliteit van zorg.

Studies gericht op het evalueren van de effectiviteit van consultatieve psychiatrie, waarin een organisatievorm van consultatieve psychiatrie is vergeleken met een situatie zonder consultatieve psychiatrie zijn geëxcludeerd. Studies gericht op niet-patiëntgebonden activiteiten, doorgaans aangeduid als liaisonactiviteiten, worden behandeld in de module De effectiviteit van liaisonactiviteiten.

Relevante uitkomstmaten

In verband met de verwachting slechts een beperkt aantal studies naar de effectiviteit van verschillende organisatievormen te vinden, zijn vooraf geen specifieke uitkomstmaten als belangrijk of essentieel gespecificeerd.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (OVID) en Psycinfo is met relevante zoektermen gezocht naar studies naar verschillende organisatievormen van de consultatieve psychiatrie. In verband met de grote mate van overlap in zoektermen van de module De effectiviteit van liaisonactiviteiten, is één zoekstrategie uitgewerkt voor beide uitgangsvragen. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording.

De literatuurzoekactie leverde 1176 treffers op (344 abstracts bij systematische reviews en RCT's en 832 abstracts bij diverse designs, zoals kosteneffectiviteitsstudies). Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: klinische vergelijkende studies of systematische reviews van studies, de interventie omvat een organisatie van de consultatief psychiatische team in klinische setting. Studies gericht op het evalueren van de effectiviteit van consultatieve psychiatrie, waarin een organisatievorm van consultatieve psychiatrie is vergeleken met een situatie zonder consultatieve psychiatrie zijn geëxcludeerd. Op basis van titel en abstract werden 25 potentieel relevante studies geselecteerd. Na raadpleging van de volledige tekst, werden 17 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en acht studies definitief geselecteerd. Met deze zoekstrategie werden ook één studie met betrekking tot kinder- en jeugdpsychiatrie gevonden en geïnccludeerd. Additioneel werd één recente studie met betrekking tot kinder- en jeugdpsychiatrie aangedragen door een werkgroep lid. De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten zijn opgenomen in de evidence tabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk of bias-tabellen.

Referenties

Baldwin R, Pratt H, Goring H, et al. Does a nurse-led mental health liaison service for older people reduce psychiatric morbidity in acute general medical wards? A randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2004;33:472-478.

Bestuurlijk akkoord GGZ 2013-2014. Rapport. Den Haag; 2012.

Brown JF. Emergency Department psychiatric consultation arrangements. *Health Care Management Rev*. 2005;30:251-61.

Bujoreanu S, White MT, Gerber B, et al. Effect of Timing of Psychiatry Consultation on Length of Pediatric Hospitalization and Hospital Charges. *Hospital paediatrics*. 2015;5(5):269-275.

- Cailhol L, Allen M, Moncany AH, et al. Violent behavior of patients admitted in emergency following drug suicidal attempt: a specific staff educational crisis intervention. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:424.
- Desan PH, Zimbrea PC, Weinstein AJ, et al. Proactive psychiatric consultation services reduce length of stay for admissions to an inpatient medical team. *Psychosomatics*. 2011;52(6):513-20.
- Gater RA, Goldberg DP, Evanson JM. Detection and treatment of psychiatric illness in a general medical ward: a modified cost-benefit analysis, *Journal of psychosomatic research*. 1998;45(5):437-448.
- Hosaka T, Aoki T, Watanabe T, et al. General hospital psychiatry from the perspective of medical economics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999;53:449-453.
- Hussain M, Seitz D. Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: A systematic review. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2014;55(4):315-25.
- Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting: the type IV program. *Psychosomatics*. 1999;40:345-355.
- Leue C, Driessen G, Strik JJ, et al. Managing complex patients on a medical psychiatric unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *J Psychosom Res*. 2010;68:295-302.
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. A Randomized Controlled Study of Psychiatric Consultation Guided by Screening in General Medical Inpatients. *Am J Psychiatry*. 1992;149:631-637.
- McDonough S, Wynaden D, Finn M, et al. Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. *Accid Emerg Nurs*. 2004;12:318.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017 Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>
- Newton AS, Ali S, Hamm MP. Exploring Differences in the Clinical Management of Pediatric Mental Health in the Emergency Department. *Pediatr Emer Care*. 2011;27: 275-283.
- NHS (2016) Guideline Achieving Better Access to 24/7 Urgent and Emergency Mental Health Care Part 2: Implementing the Evidence-based Treatment Pathway for Urgent and Emergency Liaison Mental Health Services for Adults and Older Adults Guidance. NHS England. Publications Gateway Reference 05958. Via <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/11/lmhs-guidance.pdf>.
- Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:360-6.

- Paton F, Wright K, Ayre N, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess*. 2016;20(3):1-162.
- Shaw RJ, Wanbolt M, Bursch B, et al. Practice Patterns in Pediatric ConsultationLiaison Psychiatry A National Survey. *Psychosomatics*. 2006;47:4349.
- Sheridan DC, Sheridan J, Johnson KP, et al. The effect of a dedicated psychiatric team to pediatric emergency mental health care. *The Journal of Emergency Medicine*. 2016;50(3):e121e128.
- Sinclair L, Hunter R, Hagen S, et al. How effective are mental health nurses in A&E departments? *Emerg Med*. 2006;23:68792.
- Slaets J, Kauffmann R, Duivenvoorden H, et al. A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosom Med*. 1997;59:585591.
- Sledge WH, Gueorguieva R, Desan P, et al. Multidisciplinary Proactive Psychiatric Consultation Service: Impact on Length of Stay for Medical Inpatients. *Psychother Psychosom*. 2015;84:208216.
- Tadros G, Salama RA, Kingston P, et al. Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist Online*. 2013;37:4-10.
- Wand T, White K, Patching J, et al. An emergency department-based mental health nurse practitioner outpatient service: part 1. *Int J Ment Health Nurs*. 2011;20:392400. participant evaluation.
- Werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (conceptversie). <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/>.
- Woo BK, Chan VT, Ghobrial N, et al. Comparison of two models for delivery of services in psychiatric emergencies. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29:48991.
- Woodgate M, Garralda ME. Paediatric Liaison Work by Child and Adolescent Mental Health Services Child and Adolescent Mental Health. 2006;11(1):1924.

Evidence tabellen

UV1a Evidence table for systematic review of RCTs and observational studies (intervention studies)
Research question: UV1 effectiveness of different organisational models of care of psychiatric consultations

Study reference	Study characteristics	Patient characteristics	Intervention (I)	Comparison / control (C)	Follow-up	Outcome measures and effect size	Comments
-----------------	-----------------------	-------------------------	------------------	--------------------------	-----------	----------------------------------	----------

Hussain 2014	Systematic review; randomized controlled trials and quasi-experimental (e.g., controlled before-and-after studies) 4 studies: 1. Slaets 1997 2. Kishi and Kathol 1999 3. Baldwin 2004 4. Leue 2010	inclusion • English language • Evaluated IMCs compared with usual medical care or another model of psychiatric care	Integrated models of care: 1. Multidisciplinary joint treatment by a geriatric team in addition to usual care on a general medicine ward. (n=140) 2. integrated medicine and psychiatry treatment program with the provisions of an acute medicine as well as a psychiatric ward. Administered through the dept. internal medicine. (n=105) 3. Nurse-led mental health liaison service in addition to usual care on internal medicine wards. (n=59) 4. Medical-psychiatric unit located on an internal medicine ward in the gastroenterology section. (n=32; Patient admitted to MPU only)	C=patients admitted to general medicine/internal ward 1. Patients aged 75 y and older admitted to a general medicine ward. (n=97) 2. Patients admitted to the general internal medicine, gastroenterology, endocrinology, cardiology, and pulmonary wards identified by nursing supervisors as requiring psychiatric evaluation (n=105) 3. Patients aged 65 y and older admitted to a general medicine ward. (n=61) 4. Similar patient population requiring psychiatric and medical management, but admitted to general medicine wards. (n=117; Patients admitted to both IMC and Medical wards)	No information	Length of stay LOS 1. LOS was significantly reduced in the IMC (19.7 versus 24.8d) as compared with the control group. 2. LOS was increased IMC when compared with control wards (17.5 versus 12.5d; $P=0.01$). 3. LOS of IMC patients was comparable to the control group (27.8 versus 29.5; $P=0.76$) 4. A significantly increased LOS for patients admitted to IMC compared with control group (24.1 versus 8.2); costs associated with psychiatric illness were higher on the IMC compared with the control wards, whereas medical costs were lower on the IMC	They defined IMCs for MIPD as models of care where Psychiatrists and general medical physicians, either in isolation or in combination with other allied health staff, were integrated within a single team to provide care to an entire inpatient population. Abstract and article reviewed independently by 2 authors Cochrane risk of bias tool used to describe potential risk of bias the heterogeneity of the included studies precluded a meta-analysis of outcomes
Paton 2016	Systematic review Psychiatric liaison models: 5 studies 1. Tadross 2013 2. Woods 2007 3. McDonough 2004 4. Wand 2011 5. Sinclair 2006 educational interventions to ED staff: 2 studies	Studies on interventions aimed at improving access to crisis care in the ED Number of included articles ($n=16$) • NICE guidelines, $n=9$ • Review of reviews, $n=1$ • Systematic reviews, $n=6$ 1. $N=6413$ 2. $N=200$ 3. $N=60$					Review on Mental health crisis (broad) GRADE (by authors review) Liaison teams: -Readmission: relative effect not estimable, 6613 participants (2 studies) GRADE very low -Waiting times: relative effect not estimable, 6901 participants (3 studies) GRADE very low Educational intervention: -violence; 479 participants, GRADE very low -medication use; 646 participant, GRADE

[illegible]

		interv entio n					
		20. Befor e interv entio n					
		21. ED staff did not receiv e an educa tional interv entio n					
		22. 7 mont hs					
		23. 12 mont hs					
		24. 12 mont hs					
		25. –					
		26. 12 mont hs					
		27. 12 mont hs					
		28. 12 mont hs					
		29. 0.9 bed- days per patie nt (797 bed- days saved over 8 mont hs) after RAID, not stat. sign. (p =0.31) ; reduc ed risk of read missi on after RAID comp ared with contr ols [hazar d ratio (HR) 2.45, 95% CI 2.33 to 2.57]					
		30. No differ ences betwe					

		en grou ps on admis sion or read missi on, but reduc tions in waitin g times, seclus ion and restra int, provis ion of emer gency medic ation				
		31. reduc tion in mean waitin g time (befor e, 235 minut es; after, 36 minut es)				
		32. largel y positi ve feedb ack (no comp ariso n)				
		33. no stat. sign. differ ences in waitin g times or servic e user satisf action				
		34. reduc tion in the risk of violen t behav iour [risk ratio (RR) 0.37, 95% CI 0.21 to 0.63].				
		35. prop ortion of				

		correctly identified and documented suicide attempts or suicide ideation was slightly higher in intervention (59.4%) compared with control (50%).					
--	--	---	--	--	--	--	--

Draper 2000	Systematic review 8 uncontrolled studies acute psychogeriatric units: 1. Zube nko 1992 2. Wattis 1994 3. Zube nko 1994 4. Moss 1995 5. Riordan 1996 6. Heeren 1997 7. Djernes 1998 8. Draper 1998 RCTs consultation liaison in elderly 1. Strain (1991) 2. Cole (1991) 3. Slaets (1997) search to 1998 in Medline\PsycINFO and Cochrane Collaboration databases; English language papers	1. N=120 Alzheimer and behavioural complications 2. N=61 elderly 3. N=205 4. Major depression 5. N=110 mean age 74 6. N=60 aged 65+ 7. N=148 75+ 8. N=88 median age 80 9. 65+ with hip fractures 10. n=452 65+ referred to MD geriatric team 11. 75+ admitted to medical unit	Acute service delivery old age; I: Service delivery by medical\adult psychiatry and consultation/liaison services were included 1. university affiliated geriatric psychiatry unit 2. university affiliated acute PGU 3. university affiliated geriatric psychiatry research unit 4. university affiliated acute PGU 5. acute PGU in psychiatric hospital 6. 3 acute PGUs in psychiatric hospitals 7. university affiliated acute PGU 8. University affiliated acute PGU 9. liaison screening 10. geriatric psychiatry consultation 11. psychogeriatric intervention	1. None 2. None 3. None 4. None 5. None 6. None 7. None 8. None 9. Traditional consultation 10. No consultation 11. Usual care	No information	clinical outcomes (MMSE, depression scale, stress scale...) only the conclusions of individual studies are presented 1. Improvement in global and specific scores 2. Depressed patients improved; demented patients not 3. 50% reduction on HRSD (no definition) 4. 86% improved greatly or somewhat 5. Depressed patients improved 6. 40% fully recovered 7. Patients with depression and delirium improved 8. 82% recovered fully or partially 9. Reduced length of stay, reduced hospital costs 10. Small positive effect on psychiatric symptoms and functional status 11. Better physical function at discharge; shorter length of stay; fewer readmissions	Narrative review No information on results of review (number of abstracts; inclusion, exclusion). Search method is shortly described but presentation of findings not systematic. "Three models of CL service for the elderly have been proposed: general CL services taking responsibility for the elderly; CL service provision by old age psychiatry services and a collaboration between CL and old age psychiatry. No studies compared the effectiveness of the models" -
-------------	---	---	---	--	----------------	--	--

Evidence Table UV1b: observational studies and randomised controlled trials investigating models of care of psychiatric consultation

Study reference	Study characteristics	Patient characteristics	Intervention (I)	Comparison / control (C)	Follow-up	Outcome measures and effect size	Comments
-----------------	-----------------------	-------------------------	------------------	--------------------------	-----------	----------------------------------	----------

Desan 2011	Observational study (before-after study) USA No information about funding	All cases admitted and discharged within 33 days intervention period in fall 2008 (control all cases admitted during 5 similar 33 day periods prior to and after intervention)	a proactive consultation model involving review of all admissions, rapid consultation, and close follow-up. Period: 33-day period in the fall of 2008 N=62 admissions	consultation-as-usual; consultations by a psychiatric consultation team when requested by medical team and follow up consultation visits until psychiatric issues were judged resolved C pre: 5x 33-day periods prior to intervention period N=257 C post: 5x 33-day periods after intervention period N=274	Admission period	Mean length of stay I: 2.9 days (sd 2.12) C pre: 3.81 days (sd 3.01) C post: 3.66 days (sd 3.92) P<0.05 Consultations / 100 cases I: 22.6% C pre: 9.3% C post: 12% P<0.05 Consultation latency I: 1.44 days (sd 0.88) C pre: 3.52 (sd 3.01) C post: 2.64 days (sd 2.58) P<0.05	
De Jong 2003	Observational study The Netherlands Grant by VAZ/CVZ	All patients admitted to medical wards (general internal medicine; nephrology and gastroenterology) at risk for increased health care use (COMPRI score >5) and needing biopsychosocial care (INTERMED score >20) Excl: <2 days admission	Patients with scores above thresholds were immediately discussed with responsible doctor and nurse; CL nurse offered interventions (alcohol counselling, prevention delirium, referral, initiation post-discharge care) N=100 Period: Sep 2000 to May 2001	Control: care as usual; COMPRI en INTERMED scores were kept hidden from ward staff N=93 Period: Feb 2000 to Aug 2000	Admission period 231 patients gave informed consent; at discharge 193 alive	LOS I: 12 days (7-21.75) C: 13 days (7-24.5) NB subgroups ≥65 yrs I: 11.5 days (7-21.25) C: 16 days (9-31.5) QoL, SF-36 I, mean (sd) N=81 (81%) Physical funct. 28.3 (25.5) Social funct 48.6 (25.0) Role- physical 11.4 (25.9) Role-emotional 41.6 (47.0) Mental health 50.2 (25.5) Vitality 21.8 (22.4) Pain 60.6 (32.2) General health 40.2 (20.6) C, mean (sd) N=62 (67%) Physical funct. 35.8 (28.8) Social funct 41.1 (28.9) Role- physical 13.7 (29.9) Role-emotional 27.4 (41.6) Mental health 47.0 (22.9) Vitality 34.5 (19.7) Pain 54.9 (33.6) General health 34.3 (17.6) Multivariate analysis (sex, age, COMPRI, INTERMED): significant effect of sex (not for intervention) NB referral to CL psychiatry control period: 26% intervention period: 64%	QoL data only for small part of participants and different % missing between groups (67% in control period, 81% in intervention period) No blinding In analyses no correction for comorbidities (overlapping with screening instrument?) Patients in intervention group were older

Hosaka 1999	Observational study Japan University-affiliated hospitals ca 400 beds for inpatients, no beds for mentally ill Cost analysis (comparison incoming funding with salary costs), no full economic evaluation	All patients seen by psychiatrist at psychiatry service in general hospital	Psychiatry service with fulltime (FT) psychiatrist (5 days/ week); General hospital A (380 beds); Fulltime psychiatrist began work with outpatients in psychiatry (no psychiatric beds) and provided CL services in general wards.	Psychiatry service with part-time (PT) psychiatrist (once a week) General hospital B (445 beds); part-time psychiatrist began working with outpatients and provided CL services in general wards	-	Number of patients and reimbursement No. patients seen / month FT: raised from 89 (start) to 505 (9 months later) PT: raised from 23 to 48 No. first visits/ month FT: ranged from 29 and 55 / month PT: ranged from 7 and 15 / month No. referrals from ward or outpatient / month FT: between 13 and 28 / month PT: between 2 and 13 / month No follow up visits FT: raised from 36 (start) to 464 (9 months later) PT: raised from 8 to 41 "Both services covered the salary of the psychiatrist with the reimbursement funds."	All activities of psychiatric department; not only psychiatric consultation No clinical outcome measures; No individual patient data
Levenson 1992	RCT + extra control group (observational) Cost analysis, no full economic evaluation	Patients admitted to general medical teams, with high Medical Inpatient Screening Test scores (high levels of psychopathology or pain)	A psychiatric consultation, which usually occurred within 24 hours. Consultation provided by 6 psychiatrists. consultations were not highly structured but followed a standard clinical format that included chart review, patient interview, and contact with physicians, nurses, and family as appropriate. (N=256)	Control not to receive consultation; regular psychiatric consultation remained available. N=253 Additional control group (C2): patients seen in period before intervention period (not randomised) N=232	3 months after discharge: 41% (N=197) of the patients could be contacted, 76% (N=150) of whom completed the interview	Data on physical functioning, ADL, health status not reported ("there were no differences") Health care utilization: Length of stay, mean I: 11.3 days (sd 11.7) C: 10.2 days (sd 18.3) P<0,02 Total hospital costs (1st admission), mean I: \$8,160 (sd 11,650) C: \$6,358 (sd 8,833) P<0,02 Number of rehospitalizations (FU 6 - 21 months), mean I: 1.24 (sd 2.07) C: 1.43 (sd 2.30) P value n.s Cumulative length of stay (FU 6 - 21 months) , mean I: 14.7 days (sd 27.6) C: 16.6 (sd 29.8) P value n.s. Cumulative costs (FU 6 - 21 months), mean I: \$9,541 (sd 23,296) C: \$11,759 (sd 23,729) P value n.s.	No detailed definition of "high medical inpatient screening test scores" Limited information on control period. 77 subjects in the experimental group did not receive consultation because of early discharge, transfer, or death (not excluded from analysis). subjects were randomized at the level of their ward team High % lost to follow up; but rehospitalisation data based on hospital records Costs: no information which cost categories were included and how calculated

Leue 2010	Observational study; The Netherlands University medical centre between 1998 and 2004 cost analysis; no full economic evaluation	Patients referred by GPs, hospital consultants; Complex psychiatric and somatic comorbidity varying from chronic somatic diseases and combined affective disorders to functional syndromes and somatoform disorders or chronic severe mental illness ; Not patients with high suicidal risk All patients admitted to MPU or medical ward between 1998 and 2004 and admitted at least once to the MPU 149 patients: 32 patients only admitted to MPU 117 patients admitted to MPU and medical ward (other observation periods)	medical psychiatric unit (MPU) located on internal ward; type III/IV unit for patients with medium or high severity of psychiatric or somatic disorders 3 consultants; gastroenterologist, cardiologist, psychiatrist; also psychologist, somatic and psychiatric nursing staff and occupational therapist MPU: 160 28-day observation periods	medical wards 464 28-day observation periods	From 1 year prior to index admission until 1 year after index admission	Difference for MPU versus general wards in mean change in costs (=costs after index admission minus before index admission) - cost of psychiatric intervention +euro 165; 95% CI +euro 25 to +euro 305; P<.05; - cost of medical service use -euro 104; 95% CI -euro 174 to -euro 35; P<.01). - cost of LOS +euro 202; 95% CI +euro 170 to +euro 235; P<.001). - total costs +euro 263; 95% CI +euro 68 to +euro 458; P<.05). length of stay - MPU: mean 24.1 days (sd 11.3) - Ward: 8.2 days (sd 13.0)	Study also included in review by Hussain et al (2014), see evidence table UV1a Limited information about control group In total 149 patients and 624 observation periods. Of these 160 periods at MPU. Many patients (117/160) stayed both an period at MPU and at a general ward (prior to MPU or after MPU) Possible cross over effects (if observation period at medical ward after MPU period) Limited information on cost calculations Costs included medical service use, bed costs, psychiatric intervention
Newton 2011	Retrospective, observational study Canada Comparison of characteristics of 2 urban tertiary care emergency department (EDs)	Random sample of all pediatric mental health presentations between April 2004 and March 2006 Mean age 15.1 yrs (sd 2.5) % male. Control: 39.6% Intervention: 44.7%	Psychiatric-resourced ED Having in-house psychiatric resources for clinical management Care provided by general emergency medicine-trained physicians with access to crisis management, incl on-site psychiatric consultation N=416 visits	Pediatric-resourced ED Care provided by pediatric emergency medicine – trained physicians with no regular on-site psychiatric services N=164 visits		Intervention: in 45.4% primary ED care provider =mental health crisis staff Psychiatric consultation Intervention: 34,1% Control 27.4% Assessment of suicidality Intervention: 73.1% Control: 48.8% Assessment physical Intervention: 47.1% Control: 81.1% Brief counselling Intervention: 76.9% Control 43.9% Crisis intervention Intervention: 5% Control 6.1% Discharge to mental health service Intervention: 46.2% Control 23.8%	Populations differed regarding age, ED accompaniment (control ED mostly family, intervention mostly police), discharge diagnosis, triage level, Authors' conclusion: "consistent and comprehensive clinical management of pediatric mental health presentations was lacking in EDs that had pediatric and psychiatric resources"

Sheridan 2016	Before and after design USA	All patients <19 yrs with mental health disease diagnosis codes at pediatric tertiary care ED Participants identified by searching electronic medical records Mean age 13.5 yrs (control), 13.9 yrs (intervention) % male Control: 57% intervention: 35% Past mental history Control: 86.8% Intervention 75.2% % not suicidal Control: 51.8% Intervention: 41.9%	Multidisciplinary team in pediatric emergency department (PED), inclusive child psychiatrist, pediatric mental health social worker devoted to PED Social worker had ability to follow children up to 1 month on outpatient basis Consulted children directly at PED and started family therapy directly at bedside October 2013 to October 2014 N=129 visits	No multidisciplinary team June 2012 to June 2013 N=83 visits	Admission period	Median Length of stay (LOS) Control: 24.0 hours Intervention: 20.9 hours "intervention, suicidal status and final diagnosis were sign associated with LOS" Restraint use Control: 18% Intervention: 14% After correction, no difference in restraint use Disposition, % admitted to inpatient psychiatric facility Control: 42% Intervention: 24% After control for age, suicidal status, final diagnosis, decrease in admission, OR 0.35 (95%CI 0.17 to 0.71)	Data on outcomes measures collected from medical records No information about situation before implementation of multidisciplinary team Groups of patients in the two periods differed regarding % male, past mental history, % suicidal
Sledge 2015	Before and after design USA tertiary-care academic medical center funded by the George D. and Esther S. Gross Research Endowment	patients admitted to 3 inpatient medical units length of stay <31 days receiving mental health intervention (consultation liaison or BIT)	a proactive, mental health professional-initiated, multidisciplinary intervention delivered by the behavioral intervention team (BIT) 1. Identify patients behavioural problems 2. Ensure timely psychiatric treatment 3. Assist medical service staff (advice and education) BIT nurse screened all new patients weekly (by list); BiT nurses decides who would see new patients at risk; BIT in conjunction to medical team decide on options: full psychiatric consultation, management by medical team, referral to specific care/ward after discharge Period: August 2009 to June 2010	internist-initiated, conventional consultation (CC) as usual treatment (reactive) Period: August 2008 to June 2009	Admission period	Mean length of stay (based on medical records) Patients with psychiatric intervention and LOS<31 days I: 6.65 days (sd 5.76) (n=509) C: 7.29 days (sd 5.76) (n=535) difference: 0.64 days P=0.004 All patients I: 5.58 days (sd 9.12) (n=5490) C: 5.87 days (sd 8.9) (n=5251) Difference: 0.29 days P=0.001	Related to study by Desan 2011 (continuation study) Different selection possible for the two periods (all screened versus those who were seen during consultation)

Tadros 2013	Observational study; before-after design UK City hospital Funding:?	all emergency admissions with a mental health diagnosis (category F, ICD-10); age 16 yrs and older; length of stay more than 1 day During the period of the evaluation, in total there were 2258 referrals to RAID. The RAID group consisted of 886 in-patients (407 male, 479 female), pre-RAID 2873 patients (1686 male, 1187 female), RAID-influence 2654 in-patients reasons for referral to the RAID team were: self-harm (32%), depression (18%), dementia (18%), alcohol-related problems (13%), psychosis (9%), anxiety (4%) drug misuse (4%) and others (2%).	The Rapid Assessment, Interface and Discharge (RAID) service a rapid response, 24-hour, 7 days a week, age-inclusive service and comprehensive range of mental health specialties, including old age, working age, postnatal mental health and substance misuse. service aims at a 1-hour target for assessing patients who present to A&E and a 24-hour target for assessing patients on all wards Additionally, RAID offers brief follow-up clinics within City Hospital The RAID team provided formal and informal training to the acute hospital staff. formal training: 2 days' training on dementia, depression, delirium and dignity every 3 months & a 1-hour weekly session on different mental health issues.	1. retrospective control group (pre-RAID): all emergency admissions with a mental health diagnosis; admitted between 1 December 2008 and 31 July 2009 2. RAID-influence group; all emergency admissions with a mental health diagnosis that were not referred to RAID but had a discharge date in period RAID team was operational measuring RAID indirect effect.	Analyses: in cohorts of matched cases (age, gender, health resource group, season) resulting in small subgroups of patients: RAID: 79 of 886 in-patient referrals (8.9%) Pre-RAID unknown number of patients RAID-influence: 359 of 2654 patients (13.5%)	length of hospital stay and readmission rates, including length of survival in the community after discharge. mean length of stay RAID (n=79): 9.4 days Pre-RAID (n=?): 10.3 days Saved days per patient: 0.9 (p=0.31) RAID-influence (n=359) 5.2 days: Pre-RAID (n=?) 8.4 days Saved days per patient: 3.2 (p<0.001) Total savings over 8 months were 9290 bed days in the hospital (n=?); which will equate 38 bed per day Number of Readmissions (period?): RAID: 4% (n=?) Pre-RAID: 15% (n=?) P? Survival (no readmission): hazard ratio for pre-RAID vs. RAID group was 2.45 (95%CI 2.33 to 2.57) RAID model decreases the hazard of readmission by 65% from the pre-RAID group	Possible bias due to selection (small numbers in matched cohorts) Total group of emergency admissions with mental diagnosis between Dec 2009 and July 2010 split up in two groups: RAID & RAID-influence (RAID and pre-RAID different selections) Limited information on number of included patients and number of patients on which the calculations were based. Limited information on uncertainty around estimated results RAID-influence group: apparently not all admitted patients were screened. Included in syst review Paton 2016 No information on uncertainty (only p-values)
-------------	--	---	---	---	--	---	--

IQR interquartile range; QoL Quality of life; sd standard deviation; LOS length of stay; FU follow up

Evidence Table UV1c Economic Evaluations

Author	Year	Country	Population	Interventions	Study design	Perspective	Time horizon	Outcomes	Discounting %
Gater	1998	UK	All patients admitted to medical ward, both medical routine and emergency admissions Identified as having probable psychiatric illness after using screening questionnaire (General Health Questionnaire, score >10/11) Excl: patients already receiving psychiatric care	1. Assessment by psychiatrist (within 48 hours) (n=47) 2. Physicians informed of probable psychiatric illness (results of questionnaire in medical notes) (n=50) 3. Control group (patients identity not disclosed to staff involved); option of referral to liaison psychiatry service remained as usual (n=56)	Alongside RCT	Societal (medical costs, out-of-pocket-costs, costs of productivity loss)	6 months	Quality of life using Rosser Index (calculated from retrospective series of indices)	none

Author	Year	Price year (currency)	Intervention costs	Total costs	Incremental costs	Total effectiveness	Incremental effects	ICER	Cost-effective?
Gater	1998	unknown	Median costs: GHQ screening £ 4.21 Staff psychiatrist £8.76 Median psychiatric and social work costs 1. £ 13.17 2. £ 17.96 3. £0.45	Median total NHS costs 1. £1886 2. £994 3. £1225 Median total costs (incl productivity) 1.£ 3679 2.£ 2137 3.£ 3015	Median offset NHS costs 1. £ -492 2. £ +151 Median offset total costs 1. £ -804 (95%CI - 1025 to +34) 2.£ +412 (95%CI - 248 to +537)	1. 0.872 (95% 0.746 to 0.928) 2. 0.922 (0.888 to 0.952) 3. 0.922 (0.878 to 0.948)	Not reported	Not calculated	"the results of this study have not shown benefits from routine screening for psychiatric disorder among general medical in-patients"

Overwegingen

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. De uitkomstmaten in de geïnccludeerde studies zijn veelal gedefinieerd in termen van bedrijfseconomische efficiency, waaronder veranderingen van opnameduur of frequentie van heropname. Soms ligt deze efficiency in lijn met kwaliteit van zorg. Een kortdurende opname bijvoorbeeld kan beide doelen dienen. Vaak is dit echter ook niet het geval. Brown (2005) laat zien dat de keuze voor een organisatie model voor acute consultatieve psychiatrie doorgaans ingegeven is door bedrijfseconomische motieven. Onderzoek waarbij ziektegebonden uitkomstmaten of maten voor kwaliteit van leven als primaire uitkomstmaat gebruikt zijn, ontbreken vrijwel.

Proactieve consultatie

De geïnccludeerde studies naar de effecten van een proactieve organisatievorm laten geen duidelijke voordelen zien ten opzichte van gebruikelijke zorg en termen van kwaliteit van leven of algemeen functioneren. Bij twee van de drie recentere studies wordt een beperkte afname van de opnameduur

gezien (minder dan één dag). Vanuit patiëntperspectief is de verkorting van de opnameduur klinisch niet relevant, maar vanuit macro-economisch perspectief is deze reductie wellicht nog interessant.

Echter, de geïnccludeerde studies hebben betrekking op grote ongedefinieerde patiëntgroepen die met een veelheid aan klachten en diagnoses zijn opgenomen. Gerichtte screening op psychopathologie binnen welomschreven patiëntengroepen kan zeker zinvol zijn (bijvoorbeeld naar stemmingsklachten naar een doorgemaakt myocardiinfarct), en op dat terrein is veel onderzoek voorhanden. Bij dat soort onderzoek gaat het echter niet om de organisatie van een consultatief team als geheel en is daarom bij deze richtlijn buiten beschouwing gelaten.

Ziekenhuispsychiater geïntegreerd in het ziekenhuis

De geïnccludeerde studies laten geen voordelen zien van integratie van ziekenhuispsychiater in het ziekenhuis voor wat betreft *economische* uitkomstmaten. Voor de Nederlandse situatie is de vraag of het voor de patiënt waarde toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis. De werkgroep is echter van mening dat goede integratie belangrijk is en dat dat de kwaliteit van zorg zal verbeteren. Met integratie in dit kader wordt bedoeld dat de consultatief psychiater lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017).

De geïnccludeerde studies gebruiken echter geen uitkomstmaten die over dit aspect duidelijkheid geven. Wanneer de psychiater integraal deel uitmaakt van de ziekenhuisorganisatie en de medische staf van het ziekenhuis zal hij zijn collega-medisch specialisten beter kennen, waardoor het bottom-up ontwikkelen van multidisciplinaire samenwerking en het maken van afspraken daarover makkelijker zal zijn. Daarnaast is hij beter in staat om omgevingsfactoren binnen het ziekenhuis te beïnvloeden die invloed hebben op de kwaliteit van de consultatief psychiatrische zorg. Tot slot, overheid en professionals zijn het erover eens dat geestelijke gezondheidszorg en somatische zorg meer geïntegreerd dienen te worden (Bestuurlijk akkoord GGZ, 2013 tot 2014). Een goed in het ziekenhuis geïntegreerde consultatief psychiatrisch team is bij uitstek een organisatievorm waarin somatische en psychiatrische medische zorg hand in hand gaan.

Kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuiszorg

Over de effecten van consultatieve kinderpsychiatrische zorg zijn nog nauwelijks studies gedaan. De twee geïnccludeerde studies geven aanwijzingen dat het opzetten van een consultatief kinderpsychiatrisch team op de SEH mogelijk leidt tot toename van consultvragen, en mogelijk ook tot afname van de wachttijd en het aantal kinderpsychiatrische opnames. Twee studies laten zien dat er een toename van vraag naar kinderpsychiatrische consultgeving is in ziekenhuizen, maar dat problemen in financiering van deze zorg adequate uitbreiding en organisatie daarvan in de weg staan (Shaw, 2006;

Woodgate, 2006). Resultaten van een retrospectieve studie (Bujoreanu, 2015) suggereren dat vroege betrokkenheid van een kinderpsychiatrisch consulent mogelijk kan leiden tot een kortere opnameduur in vergelijking met kinderen waar op een later moment pas consultatie bij werd gevraagd.

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

0 - - /

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht (voorzitter)
- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaan Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad
- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg

- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooi	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit

patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptrichtlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving) <i>Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de</i>

samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de

	<i>behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoedconsulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijk gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	--

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based

richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werd uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde

artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Zoekverantwoording

Zoekacties zijn opvraagbaar. Neem hiervoor contact op met de Richtlijnen database.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen. Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van

psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen

patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

- Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.
- Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.
- Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.
- Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>
- Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074.
- Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-/transitie>.
- Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbo Instituut.

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn

relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;

- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
- de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterpreteerd. Hiertoe is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbeveling is nagedacht over randvoorwaarden, mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit

document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de vorderingen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	-Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatisch specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaars	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wens met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	- <1jaar	liaisonactiviteiten zullen kosten gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialisten - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van

informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatrisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatrisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatrisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist = master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulerend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke verstorende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door

- meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en

- verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreeerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt zinvol geacht. Geen commentaar;
 5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;
 6. screening op psychopathologie. Zinvol volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
 7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
 8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn).

Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.

- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).

Competenties van de consultatief psychiater

Uitgangsvraag

Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consultgeving op verzoek van andere specialisten te kunnen doen?

Aanbeveling

Gebruik bij de stage consultatieve psychiatrie in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de vorderingen van de AIOS te volgen.

Gebruik bij systematische (zelf-)evaluatie van het functioneren van de consultatief psychiater de specifiek in deze module geformuleerde competenties.

Inleiding

De consultatief psychiater verricht werkzaamheden op de somatische afdelingen en de Spoedeisende Hulp (SEH) van algemene of academische ziekenhuizen, alsook in verpleeghuizen, categorale instellingen en de huisartsenpraktijk. De complexiteit van de somatische en psychiatrische comorbiditeit ingebed in het steunsysteem van de patiënt en de context van het algemeen ziekenhuis stellen specifieke eisen aan de competenties van een consultatief psychiater.

In de Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP 2.0) is een stage consultatieve psychiatrie verplicht onderdeel van de algemene opleiding. De stage kan aaneengesloten (als blokstage) gevolgd worden of gespreid (als lijnstage). Als duur van de stage wordt een maximum van twaalf maanden genoemd. In het aandachtsgebied ouderenpsychiatrie kan de AIOS ervaring opdoen binnen de consultatieve ouderenpsychiatrie, door middel van consulten in een algemeen ziekenhuis of verpleeginstellingen. In het aandachtsgebied kinder- en jeugdpsychiatrie kan een stage consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie gedaan worden.

In HOOP 2.0 worden competenties geformuleerd voor het algemene deel van de opleiding psychiatrie, alsook voor de aandachtsgebieden kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenenpsychiatrie en ouderenpsychiatrie. De in HOOP 2.0 geformuleerde competenties hebben echter niet specifiek betrekking op consultatief-psychiatrische werkzaamheden. Het doel van deze module is specifieke competenties te formuleren voor de consultatief werkzame psychiater. Deze moeten gezien worden als een nadere specificatie van de competenties van de algemeen psychiater werkzaam op het terrein van de consultatieve psychiatrie.

Conclusies

In de nationaal en internationaal gepubliceerde consensusdocumenten is een grote mate van overeenstemming over de competenties die vereist zijn voor het verrichten van psychiatrische consulten.

Samenvatting literatuur

De artikelen omvatten een gezamenlijk consensusdocument van de European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) en de Academy of Psychosomatic Medicine (APM) (Leentjens 2011), waarin de competenties van psychiaters die consulten verrichten worden beschreven. Drie andere publicaties betreffen een lijst van competenties van de consultatief psychiater die door de Sectie Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de NVvP zijn opgesteld als aanvulling op de competenties van de algemeen psychiater (Tuijl, 2005), een artikel van Worley (2009) dat een weergave is van de eindtermen van de subspecialisatie Psychosomatic Medicine, zoals die in 2009 door de American Board of Psychiatry and Neurology geaccepteerd zijn, en een verslag van een vragenlijstonderzoek bij 288 leden van de APM betreft naar de kennis, ervaringen en vaardigheden met betrekking tot het beoordelen van de wilsbekwaamheid (Seyfried, 2013). Daarnaast werden twee brieven aan de redactie gevonden. Azzam en Gopalan (2015) beschrijven de competenties van de consultatief psychiater en benadrukt het belang van vroege specialisatie. Pincus (2011) geeft commentaar op de publicatie van Worley (2009). Via de referentielijst van Leentjens (2011) werd een consensusrichtlijn van de EACLPP voor een stage consultatieve psychiatrie (Söllner, 2007) aan de literatuur toegevoegd. Geen van de bekende Engelstalige tekst- en leerboeken bevatten een hoofdstuk dat ingaat op de vereiste competenties van een consultatief psychiater. Wel werd een hoofdstuk uit een Nederlands tekstboek geïncludeerd waarin competenties besproken worden (Tuijl, 2004)

Resultaten

Competenties in kader van opleidingen worden gebruikelijk geformuleerd aan de hand van de CanMEDS kerncompetenties, die zijn ontwikkeld door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Frank, 1996). De CanMEDS omvat zeven competenties: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. In HOOP 2.0 is deze systematiek gebruikt om de competenties van de psychiater te beschrijven, en ook de meest recente van de geïncludeerde artikelen beschrijven de competenties van de consultatief psychiater op deze manier (Tuijl, 2005; Leentjens, 2011). De werkgroep heeft ervoor gekozen om de specifieke competenties van de consultatief psychiater op dezelfde manier weer te geven. Bij de opsommingen hieronder is uitgegaan van de competenties zoals die geformuleerd zijn in de geïncludeerde literatuur. Daarbij zijn per competentiegebied de competenties die betrekking hebben

op de consultatieve psychiatrie geselecteerd. Er is veel overlap tussen competenties voor de consultatief psychiater en de ziekenhuispsychiater. Competenties die specifiek op de ziekenhuispsychiatrie betrekking hebben en duidelijk niet van toepassing zijn op de consultatieve psychiatrie zijn weggelaten. Algemene competenties voor de psychiater, die wel van toepassing zijn op de consultatieve psychiatrie, maar niet specifiek hiervoor geformuleerd zijn, worden eveneens niet genoemd. Competenties voor de consultatief psychiater die in consensusdocumenten wel genoemd worden, maar niet in HOOP 2.0 genoemd zijn, worden wel genoemd.

Per competentie is aangegeven in welk document de betreffende competentie genoemd wordt en van welke in HOOP 2.0 genoemde competenties de betreffende competentie een verdere specificatie is. Een gedetailleerd overzicht van de specifieke kennis die een consultatief psychiater dient te hebben hoort niet tot de strekking van deze vraagstelling. Hiervoor wordt verwezen naar opsommingen in consensusteksten, zoals die van Gitlin (1996), Bronheim (1998), Herzog (2003) en Söllner (2007). Na het noemen van de competenties in tabelvorm worden deze nog kort toegelicht.

Medisch handelen

Competentie: medisch handelen	Aansluitend bij HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Demonstreert adequate diagnostische en therapeutische vaardigheden met betrekking tot effectieve en ethische zorg voor patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit of functionele aandoeningen	1.1 1.3	Tuijl 2004 Tuijl 2005 Leentjens 2011
Is in staat tot risico-inschatting van patiënten met suïcidaliteit of automutilatie	1.2	Tuijl 2004 Leentjens 2011
Is in staat tot het inschatten van wilsbekwaamheid en het geven van advies bij weigeren van geïndiceerde (somatische) behandeling door de patiënt, weigering van noodzakelijke plaatsing in een instelling na ontslag uit het ziekenhuis, ontslag tegen advies, of euthanasie		Söllner 2007 Worley 2009 Leentjens 2011
Kan het biopsychosociaal model klinisch toepassen	1.2	Tuijl 2004 Tuijl 2005 Söllner 2007 Worley 2009 Leentjens 2011
Indiceert therapeutische interventies waaronder farmacotherapie, kortdurende psychotherapie en elektroconvulsietherapie bij patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit, en kan deze uitvoeren	1.2	Tuijl 2004 Tuijl 2005 Söllner 2007 Worley 2009 Leentjens 2011
Indiceert gerichte verwijzingen voor nabehandeling na ontslag uit het ziekenhuis		Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011
Gebruikt richtlijnen, onderzoeksgegevens en informatietechnologie op een effectieve manier om aanbevelingen in het consult te onderbouwen en uit te leggen aan patiënten en staf	1.4	Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011

De consultatief psychiater diagnosticeert en behandelt patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit, functionele aandoeningen of andere problemen waarvoor hij in consult gevraagd wordt evidence based en op een effectieve, ethisch verantwoorde, integere, respectvolle en betrokken wijze. De behandeling kan onder andere bestaan uit medicatie, psychotherapeutische interventies en/of ECT en verwacht mag worden dat de consultatief psychiater al deze behandelmogelijkheden op een effectieve manier kan toepassen. De consultatief psychiater vindt snel de vereiste informatie en past deze goed toe om de klinische besluitvorming met betrekking tot psychiatrische stoornissen bij somatische patiënten te optimaliseren.

De consultatief psychiater kan een adequate inschatting maken bij suïcidaliteit, automutilatie en andere toestandsbeelden die een potentieel gevaar inhouden. Hij moet wilsbekwaamheid kunnen inschatten bij patiënten die een noodzakelijke (somatische) behandeling weigeren, bij weigering van noodzakelijke plaatsing in een instelling na ontslag uit het ziekenhuis, bij ontslag tegen advies en bij euthanasie, en de behandelend specialist kunnen adviseren hoe hiermee om te gaan.

Bij alle patiëntcontacten wordt uitgegaan van het biopsychosociaal model en worden relevante psychiatrische of psychologische, somatische en omgevingsfactoren gewogen.

Communicatie

Competentie: communicatie	HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten	2.1 2.2	Tuijl 2004 Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011 Söllner 2007
Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.	2.3 3.1	Tuijl 2004 Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011 Söllner 2007
Communiqueert effectief over ethische en juridische vragen met betrekking tot psychiatrische stoornissen bij somatisch opgenomen patiënten		Leentjens 2011

De consultatief psychiater dient in staat te zijn om effectieve behandelrelaties met patiënten op te bouwen, goed te luisteren en doelmatig relevante patiëntinformatie te verkrijgen. De beschikbare medische informatie wordt met de patiënt en indien noodzakelijk of gewenst ook met de familie besproken. De informatie met betrekking tot de psychiatrische stoornis en de somatische aandoening wordt accuraat en efficiënt verzameld. Hiervan wordt vervolgens een verslag gemaakt, inclusief een behandelplan. Duidelijk moet zijn wie de zorg als verwoord in het behandelplan coördineert.

De diagnostische en therapeutische informatie wordt op begrijpelijke wijze gecommuniceerd met de consultvragers. Hierbij wordt tevens aandacht besteed aan het onderscheiden van de manifeste en verborgen hulpvraag en het helder en tactvol formuleren van de bevindingen. De consultatief psychiater moet ook effectief kunnen communiceren met het behandelteam over complexe ethische en juridische vraagstukken die rondom somatische patiënten met psychiatrische problematiek kunnen ontstaan.

Samenwerking

Competentie: samenwerking	HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen, medisch maatschappelijk werkenden en andere beroepsgroepen die bij de behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn	3.1	Tuijl 2004 Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011
Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams	3.1	Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011
Onderhoudt een effectieve professionele relatie met ketenzorgpartners en indien aangewezen met (vertegenwoordigers van) de patiëntenvereniging		

De consultatief psychiater is in staat om adequaat interdisciplinair samen te werken met andere behandelaars, waaronder A(N)IOS van andere disciplines, somatisch medisch specialisten, verpleegkundigen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen, medisch maatschappelijk werkers, etc. Daarnaast is hij ook in staat samen te werken met ketenpartners als huisartsen, verpleeghuisartsen en andere disciplines. Dit geldt eveneens wanneer er niet direct sprake is van psychiatrische

problematiek, zoals vaak het geval is bij non-compliance, wils(on)bekwaamheid (Seyfried, 2013) of bij opvang van patiënten na een tentamen suïcidii. Hierbij kan het ook gaan om advies met betrekking tot het omgaan met moeilijk te hanteren patiënten. Ook in multidisciplinaire teams moeten psychiaters effectief kunnen bijdragen, onder andere door deel te nemen aan MDO's. Van belang is dat de consultatief psychiater zichtbaar is voor de consultvragers en dus ook vaak fysiek aanwezig is op de afdeling van deze consultvragers (Azzam, 2015).

Organisatie

Competentie: organisatie	HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Maakt effectief en doelmatig gebruik van beschikbare middelen en mogelijkheden, en organiseert de consultatief psychiatrische zorg op een effectieve en kosteneffectieve manier.	4.2 4.3	Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011
Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.	6.4	Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011

De consultatief psychiater besteedt bij het organiseren van het werk aandacht aan een balans in patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling. Consultgeving wordt op een effectieve en doelmatige wijze georganiseerd waarbij zorginhoudelijk richtlijnen en standaarden gevolgd worden. Ook buiten de muren van het ziekenhuis, bijvoorbeeld met huisartsen en verpleeghuizen dient samenwerking op een effectieve en patiëntvriendelijke manier georganiseerd te worden. Binnen de organisatie moet er plaats zijn voor verspreiden van kennis en (het promoten) van onderzoek.

Maatschappelijk handelen

Competentie: maatschappelijk handelen	HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Draagt bij aan verbetering van psychiatrische zorg voor patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die op verzoek van andere specialisten in consult gezien worden	5.2	Tuijl 2005 Leentjens 2011
Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden		Tuijl 2005 Leentjens 2011

De consultatief psychiater kent en herkent de biopsychosociale determinanten van aandoeningen met somatische en psychiatrische comorbiditeit en houdt rekening met de invloed van psychologische en sociale factoren op een somatische aandoening. Met deze kennis bevordert hij de kwaliteit van psychiatrische zorg aan somatische patiënten en de kwaliteit van de gezondheidszorg als geheel (Pincus, 2011). Waar nodig verdedigt hij de patiëntbelangen.

Kennis en wetenschap

Competentie: kennis en wetenschap	HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Blijft op de hoogte van actuele ontwikkelingen en richtlijnen door na- en bijscholing	6.3	Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011
Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie	6.2 6.4	Tuijl 2005 Worley 2009 Leentjens 2011

De consultatief psychiater houdt aan de hand van leerboeken, tijdschriften, congresbezoek en nascholing de theoretische kennis bij over aspecten van de consultatieve psychiatrie. Hij is in staat om medische informatie en de wetenschappelijke literatuur kritisch te evalueren. Deelname aan cursorisch onderwijs en patiëntbesprekingen (waaronder bijvoorbeeld bed-side teaching) is wenselijk. Het

bevorderen van de wetenschappelijk vakkennis kan ook in de vorm van het plannen en/of verrichten van wetenschappelijk onderzoek in consultatieve psychiatrie, deelname aan landelijke NVvP commissies, presentaties op congressen en publiceren in medisch wetenschappelijke tijdschriften (Azzam, 2015).

De consultatief psychiater onderhoudt een persoonlijk bij- en nascholingsplan. Desgevraagd wordt onderwijs gegeven aan artsen, (co-)assistenten, (leerling-) verpleegkundigen en paramedisch personeel over de relatie tussen psychiatrische stoornissen, psychosociale factoren en somatische aandoeningen, over het voorkomen van psychosociale problemen bij lichamelijk zieke patiënten, en over de vroege opsporing en behandeling van psychiatrische comorbiditeit bij somatische patiënten. Ook kan een bijdrage geleverd worden aan de voorlichting aan patiënten over de relatie tussen psychiatrisch en lichamelijk functioneren (Tuijl, 2005).

Professionaliteit

Competentie: professionaliteit	HOOP 2.0 competentienummer	Referenties
De consultatief psychiater		
Herkent en erkent zijn eigen beperkingen, zowel binnen de (consultatieve) psychiatrie als binnen andere vakgebieden	7.3	Tuijl 2005 Leentjens 2011
Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen		Tuijl 2005 Leentjens 2011

De consultatief psychiater vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag en kent de grenzen van de eigen competenties. Hierbij hoort ook het besef dat persoonlijke ervaringen en meningen van invloed zijn op de visie op gezondheid en ziekte (Tuijl, 2005).

Bewijskracht

Alle geselecteerde documenten zijn consensusstatements die niet aan wetenschappelijk onderzoek onderworpen zijn. De Europese richtlijn van de EACLPP (Söllner, 2007) kwam tot stand na een formele Delphi procedure waaraan 20 experts op het gebied van de consultatieve psychiatrie uit 14 landen deelnamen. De EACLPP/APM-consensus (Leentjens, 2011) is een review van gepubliceerde richtlijnen en consensus statements, en als zodanig grotendeels gebaseerd op deze Europese richtlijn, alsmede op de kerncompetenties voor de subspecialisatie Psychosomatic Medicine in de Verenigde Staten (Worley, 2009) en het consensusdocument van de Sectie Consultatieve – en Ziekenhuispsychiatrie van de NVvP (Tuijl, 2005).

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, consensusdocumenten, leerboeken en relevante artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie literatuurlijst). Voor deze uitgangsvraag is een systematisch onderzoek van de literatuur verricht. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 24 treffers op, waarvan er 18 bij nadere bestudering geen betrekking hadden op de vraagstelling. Zes artikelen werden geselecteerd voor het beantwoorden van de vraagstelling.

Referenties

Azzam PN, Gopalan P. The Early Career Consultation Psychiatrist: The Superspecialist. *Psychosomatics*. 2015;56(5):603-604.

Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, et al. The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical setting. *Psychosomatics*. 1998;39:S8-30.

Braakman M, Breuning L, Sevinga R. HOOP 2.0: Tweede Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie. Uitgeverij de Tijdstroom. 2016.

Frank JR, Snell L, Sherbino J, et al. Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons. CanMEDS. 2015.

Frank J, Jabbour M, Tugwell P, et al. Skills for the new millennium: report of the societal needs working group. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 1996.

Gitlin DF, Schindler BA, Stern TA, et al. Recommended guidelines for consultation-liaison training in psychiatric residency programs. *Psychosomatics*. 1996;37:3-11.

Herzog Th, Stein B, Söllner W, et al. Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. In: Herzog Th, Stein B, Söllner W, Franz M Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie. Schattauer, Stuttgart. 2003:1-162.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. 2013. http://igz.nl/Images/2013-10-31%20Aikel%20somatische%20comorbiditeit_tcm294-347065.pdf.

Leentjens AFG, Rundell JR, Wolcott DL, et al. Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: Scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP) and the Academy of Psychosomatic Medicine (APM) *Psychosomatics*. 2011;52:19-25.

Pincus HA. Core competencies for fellowship training in psychosomatic medicine: a collaborative effort by the APA Council on Psychosomatic Medicine, the ABPN Psychosomatic Committee, and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*. 2011;52(2):196.

Seyfried L, Ryan KA, Kim SY. Assessment of decision-making capacity: views and experiences of consultation psychiatrists. *Psychosomatics*. 2013;54(2):115-123.

Söllner W, Creed F, the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics Workgroup on training in consultation liaison psychiatry and psychosomatics. European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics: report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. *J Psychosom Res*. 2007;62(4):501-509.

Tuijl JP, van der Mast RC. Opleiding in de consultatieve psychiatrie. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD en Huyse FJ. *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Van Gorcum BV, Assen. 2004:164-172.

Tuijl JP, van Waarde JA. Competencies of the consultation-liaison psychiatrist: a formulation from the general hospital section of the Dutch psychiatric association. *J Psychosom Res*. 2005;59(6):449-450.

Worley LL, Levenson JL, Stern TA, et al. Core competencies for fellowship training in psychosomatic medicine: a collaborative effort by the APA Council on Psychosomatic Medicine, the ABPN Psychosomatic Committee, and the Academy of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*. 2009;50(6):557-62.

Overwegingen

Wetenschappelijk onderzoek naar het effect van het formuleren van competenties op het functioneren van consultatief psychiaters is niet verricht.

Meerdere wetenschappelijke beroepsverenigingen hebben in het verleden consensusdocumenten gepubliceerd waarin opleidingseisen, kennisvereisten en competenties voor consultatief psychiaters of ziekenhuispsychiaters geformuleerd zijn. Enkele daarvan hebben hiervoor gebruik gemaakt van het CanMEDS format. Deze consensusdocumenten zijn bruikbaar voor het formuleren van competenties voor de consultatief psychiater die gebruikt kunnen worden in het kader van de opleiding of verdere specialisatie.

De betreffende documenten hebben allen slechts betrekking op de competenties in de ziekenhuissetting en er wordt geen aandacht besteed aan specifieke competenties voor consultatieve psychiaters die in andere settingen consultgeving doen, zoals in de huisartsenpraktijk of in de verpleeghuissetting. Verwacht mag evenwel worden dat deze competenties in deze settingen niet wezenlijk zullen verschillen van die welke in de ziekenhuissetting gewenst zijn. Verder hebben de

gepubliceerde documenten impliciet alleen betrekking op consultgeving binnen de volwassenenpsychiatrie en ouderenpsychiatrie. Geen aandacht wordt besteed aan kinderpsychiatrische consultgeving. Hier zijn er mogelijk wel specifieke aanvullende competenties te formuleren, gezien het speciële karakter van de kinderpsychiatrie, waarbij rekening moet worden gehouden met het emotionele en intellectuele ontwikkelingsniveau van het kind, het functioneren van het systeem, en de impact van psychiatrische symptomen op de ouders of verzorgers van het kind.

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht (voorzitter)
- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaan Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad

- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg
- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooy	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit

patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptringlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
-------------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving) <i>Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de</i>

samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de

	<i>behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoedconsulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijik gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	---

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based

richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werden uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde

artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Zoekverantwoording

Zoekacties zijn opvraagbaar. Neem hiervoor contact op met de Richtlijnen database.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen. Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van

psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen

patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

- Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.
- Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.
- Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.
- Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>
- Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074.
- Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-/transitie>.
- Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbos Instituut.

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn

relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;

- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
- de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterpreteerd. Hiertoe is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbeveling is nagedacht over randvoorwaarden mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit

document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de vorderingen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	-Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatisch specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaars	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wens met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	- <1jaar	liaisonactiviteiten zullen ten koste gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialisten - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van

informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatrisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatrisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatrisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist = master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke verstorende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door

- meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en

- verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreeerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt zinvol geacht. Geen commentaar;
 5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;
 6. screening op psychopathologie. Zinvol volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
 7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
 8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn).

Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.

- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).

Psychiatrische consultgeving

Uitgangsvraag

Hoe moet psychiatrische consultgeving aan somatisch medisch specialisten en huisartsen idealiter worden uitgevoerd?

Aanbeveling

Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

Stel uzelf altijd op de hoogte van de medische voorgeschiedenis van de patiënt en met name van de aard en ernst van de actuele somatische aandoening, de behandeling en prognose hiervan, voordat het gesprek met de patiënt wordt aangegaan.

Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

Zorg dat de vraag van de consultvrager u duidelijk is. Waarom wordt een consult aangevraagd, waarop wil de consultvrager een antwoord, en wat verwacht hij verder van de psychiater?

Geef uzelf rekenschap van de onzekere en afhankelijke positie waarin de patiënt zich bevindt en het feit dat veel patiënten nooit eerder contact met een psychiater gehad hebben en daarbij mogelijk vooroordelen hebben of zich ongemakkelijk voelen. Stem uw interviewtechniek hierop af.

Overweeg altijd de mogelijke bijdrage van de somatische aandoening en behandeling daarvan aan de psychiatrische klachten.

Formuleer na beoordeling de conclusie en behandeladviezen kort en bondig en geef indien mogelijk een concreet antwoord op een concrete vraagstelling.

Informeer de patiënt en eventueel naasten of mantelzorger over uw bevindingen en advies. Neem behandelbeslissingen zo mogelijk in overleg met patiënt of diens wettelijk vertegenwoordiger volgens de principes van shared decision making.

Zorg voor duidelijke afspraken met de consultvrager over wie verantwoordelijk is voor welk onderdeel van de geadviseerde verdere diagnostiek of behandeling.

Geef duidelijk aan de consultvrager aan wanneer het consult afgesloten wordt en geef daarbij duidelijk aan óf, en zo ja welke, nazorg geregeld moet worden en wie dat doet.

Stem in geval van een kinderpsychiatrisch consult goed af met betrokkenen uit het psychosociaal team en betrek hier altijd de ouders bij het consult.

Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatisch specialisten over de mogelijkheden of onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Inleiding

Voor psychiatrische consultgeving op een somatische afdeling van het ziekenhuis, in verpleeghuizen en categorale instellingen, en in de huisartsenpraktijk gelden dezelfde uitgangspunten en vereisten als bij elke reguliere psychiatrische beoordeling. Deze zijn vastgelegd in de Richtlijn psychiatrische diagnostiek van de NVvP (NVvP, 2015). In deze Richtlijn psychiatrische diagnostiek wordt de consultatieve setting beschreven als een specifieke behandelcontext. Dit heeft te maken met het feit dat er een aantal aspecten zijn die het beoordelen van patiënten op een ziekenhuisafdeling en in de huisartsenpraktijk anders maken dan een beoordeling op een polikliniek psychiatrie of een klinisch-psychiatrische afdeling (NVvP, 2008; Gordon, 2010). Het gaat daarbij om de volgende aspecten:

1. In de ziekenhuissetting kan de aanwezige somatische comorbiditeit psychiatrische beoordeling en behandeling compliceren. Hierbij kan gedacht worden aan meer complexe diagnostiek vanwege mogelijke symptoomoverlap van psychiatrische en somatische aandoeningen, of bijwerkingen van de behandeling daarvan. Ook kan een (medicamenteus) psychiatrisch behandeladvies mogelijk interfereren met de somatische behandeling.
2. Daarnaast is het in deze setting meestal niet de patiënt zelf die om een beoordeling vraagt, maar zijn behandelaar. Soms is de patiënt zich niet bewust van deze consultvraag, of begrijpt hij de reden hiervan niet, ook al is hem dat eerder uitgelegd.
3. Vanuit interactioneel zicht verandert de dyadische arts-patiënt relatie door het aanvragen van een psychiatrisch consult in een meer complexe triade. Met name wanneer er verschil van inzicht is tussen de psychiatrisch en somatisch behandelaar kan dit invloed hebben op de behandeling.
4. In zowel de ziekenhuissetting als de huisartsenpraktijk is de psychiater als consultgever zelf meestal geen hoofdbehandelaar, maar doet hij diagnostiek op verzoek van de hoofdbehandelaar. Bij de behandeling is hij ofwel medebehandelaar ofwel heeft hij een adviserende functie naar huisarts of specialist.

5. Meer dan in de psychiatrische setting zal in de consultatieve setting aandacht besteed moeten worden aan het geven van uitleg over de gestelde diagnose en voorgestelde beleid aan de behandelaars van de betreffende patiënt.
6. Tenslotte zijn de locatie en omstandigheden waarin het consult moet worden uitgevoerd soms niet ideaal, met name in een ziekenhuissetting waarbij er vaak sprake is van een gebrek aan privacy.

Doel van deze module is het expliciteren van deze setting-specifieke aspecten, zodat psychiatrische consultgeving beter aansluit bij de behoeften en verwachtingen van de consultvrager en daardoor effectiever is.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken op het terrein van de consultatieve psychiatrie en relevante wetenschappelijke artikelen die bekend waren bij de richtlijncommissie (zie Tabel 1). Deze literatuur is waar mogelijk aangevuld met wetenschappelijke publicaties die bij de werkgroep bekend waren. Deze publicaties zijn echter vaak van oudere datum, omdat geen recenter onderzoek voorhanden is. Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

Tabel 1 Overzicht van de literatuur die gebruikt werd om het consultproces te beschrijven

1. Amos JJ, Robinson RG (Eds). Psychosomatic medicine. Cambridge University Press, Cambridge 2010, pp 1-14.
2. Beresin EV, Phillips M, Gordon C. The psychiatric interview. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH et al (eds). Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 6th edition, Saunders 2010, pp 25-38.
3. Draper B, Melding P. The assessment. In: Geriatric consultation-liaison psychiatry. Melding P, Draper B (eds). Oxford University Press, Oxford 2001, pp 109-39.
4. Diefenbacher A, Rothermundt M, Arolt V. Aufgaben der Konsiliarpsychiatrie und-psychotherapie. In: Arolt V & Diefenbacher A (Hrsg). Psychiatrie in der klinischen medicine. Steinkopff, Darmstadt 2004, pp 1-18.
5. Gordon C, Phillips M, Beresin EV. The doctor-patient relationship. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH et al (eds). Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 6th edition, Saunders 2010, pp 15-23
6. Herzog T, Stein B, Fröhlich L. Treatment of psychiatric disorders in medically ill patients including the management of emergencies. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreassen NC (eds) new Oxford textbook of Psychiatry; Oxford University Press, Oxford 2000; 1219 –24, pp1237-42.
7. Lackamp JM. The consultation process. In: Amos JJ, Robinson RG (Eds). Psychosomatic Medicine. Cambridge University Press, Cambridge 2010, pp 1-14.
8. Leentjens AFG. Het psychiatrisch consult in het algemeen ziekenhuis. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink, Huijse FJ (red). Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Van Gorcum, Assen 2004, pp36-51.
9. Leentjens AFG, Rundell J, Wolcott DL, Diefenbacher A, Kathol R, Guthrie E. Psychosomatic medicine and consultation-liaison Psychiatry: Scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European Association of Consultation-Liaison Psychiatry (EACLPP) and the Academy of Psychosomatic Medicine (APM). Psychosomatics 2011;52:19-25.
10. NVvP richtlijncommissie Richtlijn consultatieve psychiatrie. Richtlijn consultatieve psychiatrie. De Tijdstroom, Utrecht 2008.
11. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. The psychological care of medical patients. A practical guide. London Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2003; 6-17.
12. Smith FA, Levenson JL, Stern TA. Psychiatric Assessment and Consultation. In: Levenson JL (ed). Textbook of psychosomatic medicine. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2011, pp 3-17

Referenties

Bustamante JP, Ford CV. Characteristics of general hospital patients referred for 5 psychiatric consultation. J Clin Psychiat. 1981;42:338-441.

Callies AL, Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Consultees representations of consultants psychiatric

diagnosis. Am J Psychiat. 1980;137:1250-1253.

Cohen AP en Derkx HHF. Consulent kinder- en jeugdpsychiatrie en het somatisch multidisciplinair team. In: van Weel EAF, van Lier MHM en Verheij F. (redactie). Consultatieve en liaison kinder- en jeugdpsychiatrie. VanGorcum, Assen. 2012.

Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of non-psychiatric physicians toward psychiatric consultation. Hosp Comm Psychiat. 1982;33:1002-5.

DeMaso DR, Martini DR, Cahen LA, et al.; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the psychiatric assessment and management of physically ill children and adolescents. JAACAP. 2009;48:213-33.

Feltz-Cornelis CM van der , Van Oppen P, Adler HJ, et al. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. Psychother Psychosom. 2006;75:282-9.

Goldman SJ, Shaw RJ, DeMaso DR. The pediatric Psychosomatic Medicine Assessment. In: Shaw RJ and DeMaso DR (editors). Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing, Washington DC. 2010:21-46.

Gordon C, Phillips M, Beresin EV. The doctor-patient relationship. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH et al (eds). Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 6th edition, Saunders. 2010:15-23.

Hagestein-de Bruijn, Vergouwen ACM, Lijmer JG, et al. Het gebruik van meetinstrumenten in de ziekenhuispsychiatrie. In: Buwalde VJA, Nugter MA, Van Tilburg W, Beekman ATF. Praktijkboek ROM in de ggz II. De Tijdstroom, Utrecht. 2013:91-99.

Hengeveld MW, Rooymans HG, et al. Assessment of patient-staff and intrastaff problems in psychiatric consultations. Gen Hosp Psychiat. 1987;9:25-30.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. 2017 Generieke module Acute psychiatrie. geraadpleegd 28 mei, via 2017<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-acute-psychiatrie/>.

Netwerk consultatieve - en ziekenhuiskinder- en jeugdpsychiatrie. Visiedocument Consultatieve Ziekenhuis Kinder- en Jeugdpsychiatrie 2015 www.nvvp.net . (beschikbaar op Ledennet van de NVvP).

NVvP. Richtlijn consultatieve psychiatrie. De Tijdstroom, Utrecht. 2008.

NVvP. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. NVvP, Utrecht. 2015.

Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. The psychological care of medical

patients. A practical guide. London Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. 2003.

Schubert DS, Billowitz PA, et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry rate of consultation and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiat*. 1989;11:77-87.

Schwab JJ, Brown J. Uses and abuses of psychiatric consultation. *JAMA*. 1968;205:55-8.

Shakin Kunkel EJ, Thompson TL. The process of consultation and organisation of a consultation-liaison psychiatry service. *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Rundell JR, Wise MG. American Psychiatric Press Inc., Washington D.C. 1996:12-23.

Shaw RJ, Siqueira Bassols AM, Berelowitz M, et al. Pediatric Somatic Medicine. In: Shaw RJ and DeMaso DR (editors). *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Publishing, Washington DC. 2010:3-20.

Silver G, Traube C, Kearney J, et al. Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool. *Int Care Med*. 2012;38:1025-31.

Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. *New Engl J Med*. 1986;314:1407-13.

Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiat*. 1995;52:238-43.

Stokvis PM, Driessens NHC, Lijmer JG, et al. The emperors new clothes: dress and address in hospital psychiatry (submitted)26.

Taylor S, Haase-Casanovas S, Weaver T, Kidd J, Garralda EM. Child involvement in the paediatric consultation: a qualitative study of children and carers' views. *Child Care Health Developm*. 2010;36:678-85.

Vaz FJ, Salcedo MS. A model for evaluating the impact of consultation-liaison psychiatry activities in referral patterns. *Psychosomatics*. 1996;37: 89-98.

Viederman M, Perry SW. Use of a psychodynamic life narrative in the treatment of depression in the physically ill. *Gen Hosp Psychiat*. 1980;2:177-85.

Wise TN, Mann LS, et al. Consultation-Liaison outcome Evaluation System (CLOES): resident or private attending physicians' concordance with consultants' recommendations. *Compr Psychiat*. 1987;28:430-6.

Yager J. Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation: 12

concrete suggestions. Psychosomatics. 1989;30:209-12.

Overwegingen

Het psychiatrisch consult

In deze sectie worden stapsgewijs de verschillende fasen van het psychiatrisch consult besproken, met speciale aandacht voor de specifieke aspecten van beoordelingen op somatische afdelingen in een algemeen of academisch ziekenhuis. Daarbij wordt een chronologische volgorde aangehouden. Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers. Aan het consult zelf kunnen wij de volgende fasen onderscheiden: de aanvraag van het consult, de vraagstelling, het vergaren van voorkennis, het contact met de patiënt, inclusief de beoordeling in engere zin, eventueel supervisie van de assistent in opleiding tot specialist (AIOS), de terugrapportage aan de behandelaar, de behandelfase, de afronding van het consult, de eventuele eindrapportage, en de administratieve afwikkeling. Overwegingen die specifiek betrekking hebben op kinder- en jeugdpsychiatrische consulten en consultgeving in de huisartsenpraktijk worden na het algemene gedeelte besproken.

Samenwerkingsafspraken

Het is belangrijk dat de afspraken waarbinnen gewerkt wordt voor zowel consultvrager als consultgever duidelijk zijn. In het ziekenhuis zijn deze afspraken vaak impliciet en gebaseerd op traditie. De afspraken verschillen in het geval van psychiatrische consulten doorgaans niet van die rond consulten van andere medisch specialisten. De consultatief psychiater, of beter gezegd, het consultatief psychiatrisch team, in het ziekenhuis is in principe 24 uur per dag verantwoordelijk voor de psychiatrische consultgeving en medebehandeling in het ziekenhuis en moet in principe gehoor geven aan elke consultvraag. Afspraken kunnen gemaakt worden over routine-consultaanvragen bij bepaalde patiëntencategorieën (bijvoorbeeld het beoordelen van alle patiënten na een tentamen suïcidii). Ook moeten er duidelijke afspraken zijn wat betreft de opname- of overnamecriteria voor bepaalde patiëntencategorieën op de PAAZ, PUK of MPU van het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij delirante patiënten, patiënten met cognitieve stoornissen of bij gedragsgestoorde patiënten zonder psychiatrische stoornis in engere zin.

De aanvraag van het consult

Afhankelijk van de organisatie van het consultatief team zullen consultaanvragen direct naar de consultgever of triagist gaan, of op een centraal punt, bijvoorbeeld een secretariaat, binnenkomen. Een centraal aanvraagpunt is met name belangrijk wanneer binnen een instelling meerdere consultgevers werkzaam zijn, consultgevers vaak wisselen, of slecht bereikbaar zijn. Een centraal telefoonnummer voor consulten of een elektronisch aanvraagstelsel verlaagt de drempel voor verwijzingen bij de consultvrager. Meestal wordt tegenwoordig echter gebruik gemaakt van een elektronisch aanvraagstelsel. De mogelijkheid van telefonisch contact door de consultvrager voor het geven van

toelichting voorafgaande aan het consult is echter essentieel voor een effectief consult en moet blijven bestaan.

Bij het eerste (digitaal of telefonisch) contact is het belangrijk dat duidelijk is wie de aanvrager van het consult is, bij welk team of welke afdeling de aanvrager hoort en hoe deze te bereiken is. Daarnaast moeten de personalia en de locatie van de patiënt geregistreerd worden. Tot slot moet een korte toelichting van de vraagstelling verkregen worden. Deze toelichting is noodzakelijk om een initiële triage uit te kunnen voeren. Daarbij gaat het met name om het inschatten van de mate van urgentie.

Bepalen van de mate van urgentie

Om de mate van urgentie te beoordelen is het belangrijk duidelijke afspraken over triage te maken. Onderscheid kan gemaakt worden in spoedconsulten, die binnen een uur, of bij escalatie direct verricht moeten worden, semi-spoedconsulten, die op dezelfde dag verricht moeten worden, en reguliere consulten die binnen 24 uur verricht moeten worden. Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische afdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Daarnaast is er een categorie van semi-spoed consulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan onrust, agressie, suïcidaliteit, psychose en ernstige verwardheid. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij consultgeving binnen een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.

Voor het bepalen van de urgentiegraad kan gebruik gemaakt worden van de Generieke module acute psychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017).

De vraagstelling van het consult

Voordat het contact met de patiënt plaatsvindt moet er duidelijkheid zijn over de vraagstelling van het consult. Expliciteren van deze vraag maakt enerzijds de wederzijdse verwachtingen tussen consultvragen en consultgever helder en maakt anderzijds dat een gerichte anamnese kan worden afgenomen om deze vraagstelling te beantwoorden, zodat een ter zake doende terugrapportage aan de behandelaar plaatsvinden. Het afstemmen van het consult op de vraagstelling van de behandelaar leidt tot een grotere tevredenheid bij de behandelaar en een verhoogde consultratio (Schubert, 1989). Ook heeft een adequate afstemming op termijn gerichtere en betere vraagstellingen tot gevolg evenals een afname van spoedconsulten (Vaz, 1996). De beoordeling van de patiënt moet echter niet

beperkt blijven tot de vraagstelling in engere zin. Consulten aangevraagd voor bijvoorbeeld depressie, angst of psychose, kunnen soms ook tot een andere diagnose leiden, zoals die van cognitieve achteruitgang of een delier.

In het algemeen verwacht de consultvrager dat de psychiater een diagnose stelt en een behandeladvies geeft. Het behandeladvies kan een medicamenteus advies zijn, een advies tot verwijzing, of een advies met betrekking tot bejegening (Shakin, 1996). Indien het advies tot psychiatrische vervolgbehandeling gegeven wordt, verwacht de consultvrager doorgaans dat de consultatief psychiater deze verwijzing regelt (Cohen-Cole, 1982).

De timing van de consultaanvraag kan soms ook waardevolle informatie prijsgeven. In de ziekenhuissetting wordt een psychiatrisch consult soms pas aangevraagd wanneer een symptoom of probleem dreigt te escaleren of wanneer de somatische behandeling al bijna is afgerond terwijl het vermoeden op psychiatrische problematiek al langer bestaat. Een situatie die geregeld voorkomt is dat een patiënt na een somatische behandeling niet naar huis ontslagen kan worden in verband bijvoorbeeld een delier of cognitieve problemen.

Dergelijke consultaanvragen kunnen gepaard gaan met het verzoek tot overname naar de psychiatrische afdeling. Het is hierbij zinvol om somatische collega's bewust te maken van het belang van vroegtijdige consultatie van de psychiater. Consultaanvragen in een eerder stadium leiden minder vaak tot overnameverzoeken (Schwab, 1968). Indien dit vaker voorkomt is het raadzaam om afspraken te maken met betrekking tot de meest voorkomende vraagstellingen.

Naast de timing van het consult kunnen een emotionele verwoording van de vraagstelling, een onduidelijke vraagstelling, een onterecht aangegeven urgentie en (het vermoeden van) een verborgen agenda duiden op communicatieproblemen met de patiënt of op stafproblemen (Hengeveld, 1987). Het is in het belang van de patiënt om deze problemen te identificeren en eventueel apart te adresseren in de liaisoncontext.

Het verzamelen van voorkennis

Het argument om de patiënt onbevooroordeeld tegemoet te treden en niet te veel door voorkennis beïnvloed te worden gaat in de consultatieve psychiatrie niet op. De psychiater dient voordat hij de patiënt ziet goed geïnformeerd te zijn over de context van de consultaanvraag, inclusief de somatische diagnose, resultaten van laboratorium- en ander aanvullend onderzoek, de aard en fase van de behandeling en de prognose van de patiënt. Deze contextuele oriëntatie is essentieel voor het winnen van het vertrouwen van de patiënt, en om de informatie die tijdens het gesprek verkregen wordt, alsook de eventuele emotionele reactie van de patiënt, op waarde te schatten (Yager, 1989). Voorinformatie kan verkregen worden door persoonlijk overleg met de consultvrager of verpleging,

maar dit is niet altijd nodig. Wanneer de vraagstelling duidelijk is kan vaak volstaan worden met het bestuderen van de medische status. Uiteraard mag bestudering van het medisch dossier nooit een reden zijn om contact met de huisarts of specialist te mijden.

Indien nodig kan ook met de huisarts (in geval van opname in het ziekenhuis) of met eerdere of huidige GGZ-behandelaars overlegd worden. Indien mogelijk moet hiervoor toestemming aan de patiënt gevraagd worden.

Contact met de patiënt

Tijdstip en plaats

In het ziekenhuis moet bij het plannen van het tijdstip van het consult met een aantal factoren rekening gehouden worden. Bij beoordeling van opgenomen patiënten kan het handig zijn met de verpleging van de betreffende afdeling een tijdstip af te spreken waarop de patiënt gezien wordt, om te voorkomen dat de patiënt net voor diagnostisch onderzoek weg is of weg moet. Bij behoefte aan een heteroanamnese kan gevraagd worden naar bezoek van sleutelfiguren, en binnen of buiten het bezoekuur een afspraak gepland worden. Indien mogelijk moeten eventuele rusttijden van de patiënt gerespecteerd worden.

De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Als dit niet mogelijke is, kan een alternatief zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijik gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2003).

In steeds meer ziekenhuizen worden ziekenhuishygiënische maatregelen en de daarmee verbonden kledingvoorschriften ook van toepassing verklaard op psychiaters. Dit houdt in dat het patiëntencontact aangegaan wordt in een witte jas met korte mouwen, en met ontblote onderarmen vrij van sieraden en horloges. De psychiater dient zich aan dit beleid te conformeren. Dit verhoogt de herkenbaarheid van de consultgever als arts bij zowel de patiënt, als bij de verpleging en collega-artsen. Uit recent onderzoek in de ziekenhuis-psychiatrische setting blijkt dat wanneer de psychiater een witte jas draagt hij door de patiënt ingeschat wordt als minder makkelijk benaderbaar, maar ook als meer competent (Stokvis, submitted).

Communicatie met de patiënt

Meer nog dan bij gewone poliklinische beoordelingen is goede communicatie van groot belang in de

consultatieve setting. Een benaderbare, motiverende houding vergroot de kans dat de patiënt instemt met een eventuele verwijzing of behandeling. Er worden grotere eisen gesteld aan de empathische vermogens van de consultgever. In het ziekenhuis opgenomen patiënten zijn immers uit hun normale leefomgeving weggerukt en lijden aan een lichamelijk ziekte. Dit gaat niet alleen gepaard met lichamelijke klachten, maar ook met emotionele symptomen, onzekerheid, en soms existentiële vragen, zeker wanneer er sprake is van levensgevaar. Voor deze aspecten zal in het contact voldoende aandacht moeten zijn (Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2003). Daarnaast worden hogere eisen gesteld aan de medische kennis van de psychiater. Hij behoort goed geïnformeerd te zijn over de somatische diagnose, behandeling en prognose van zijn patiënt om zijn situatie beter te kunnen inschatten, en vragen van de patiënt beter te kunnen beantwoorden (uiteraard voor zover die betrekking hebben op zijn eigen vakgebied).

De interviewtechniek dient aangepast te worden aan de patiënt. Het merendeel van de patiënten heeft geen ervaring met de psychiatrie. Psychoanalytische technieken met veel ruimte voor vrije associatie en stiltes zijn dan ook zelden geschikt in een consultatieve setting (Shakin Kunkel, 1996). Psychodynamische interpretaties van waargenomen cognities en gedrag kunnen uiteraard wel een functie hebben (Viederman, 1980). In het algemeen moet een meer gesloten interview in relatief korte tijd de informatie opleveren die nodig is voor het beantwoorden van de vraagstelling. Daarbij moet er natuurlijk ook aandacht zijn voor de impact van de ziekte op de patiënt. Vragen naar hoe de opname door de patiënt beleefd wordt en ook of er vertrouwen in de behandeling is kan belangrijke informatie opleveren en eventuele conflicten met de behandelaar in een vroeg stadium duidelijk maken. Eveneens is het belangrijk om ingewonnen informatie gedurende het gesprek terug te geven aan de patiënt. Hiermee kunnen misverstanden voorkomen worden en laat men de patiënt impliciet zien dat er naar hem geluisterd wordt. Steun, bewondering en medeleven zijn hierbij van belang. Aan het eind van het consult moeten de conclusie en het advies ook meegedeeld worden aan de patiënt.

Goede communicatie met de patiënt is belangrijk omdat deze de prognose op verschillende manieren positief kan beïnvloeden. In het cognitieve domein kan het overdragen van informatie naar de patiënt toe leiden tot meer begrip en inzicht in de eigen situatie; op affectief terrein kan goede communicatie bijdragen tot het verminderen van distress en een hogere tevredenheid bij de patiënt; op gedragsniveau kan een goede communicatie leiden tot een betere therapietrouw (Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, 2003).

Eerste kennismaking

Het is goed om er rekening mee te houden dat in de ziekenhuissetting in verreweg de meeste gevallen een psychiatrisch consult niet op verzoek van de patiënt is aangevraagd en de patiënt er zich soms zelfs niet ervan bewust is dat een psychiater bij hem langs zal komen. Het is dan ook aan te bevelen om de patiënt te vragen of hij op de hoogte was van het consult en de reden van het consult nogmaals uit

te leggen aan (Yager, 1989). Ook als de patiënt wél op de hoogte is van het consult, kan het zijn dat hij ten gevolge van vooroordelen of onvoldoende kennis weinig gecharmeerd is van een bezoek van de psychiater. Dergelijke weerstanden moeten herkend en benoemd worden, alvorens verder te gaan met anamnese en onderzoek. Hoewel de aard van de psychiatrische klachten van de patiënt het niet altijd toelaten, dient de consultgever te streven naar een optimaal bevredigend verlopen kennismaking. Bij voorkeur wordt pas overgegaan naar de meer gestructureerde klachtenanamnese wanneer er voldoende vertrouwen is en de patiënt het kader van de beoordeling duidelijk is.

Psychiatrische beoordeling

Hier geldt dezelfde systematiek als bij elk psychiatrisch onderzoek: er moet binnen relatief korte tijd een speciële anamnese afgenomen worden, zicht verkregen worden op de voorgeschiedenis en familieanamnese en een mentale status onderzoek worden verricht, eventueel aangevuld met een of enkele relevante psychometrische schalen. Indien nodig moet ook heteroanamnestische informatie ingewonnen worden. Voor deze onderdelen gelden in principe dezelfde richtlijnen als beschreven in de Richtlijn psychiatrisch diagnostiek (NVvP, 2015).

In verband met eventuele bejegeningadviezen is het zinvol om de anamnese en het psychiatrisch onderzoek niet te strikt te beperken tot de directe vraagstelling, maar ook in het algemeen na te gaan hoe de patiënt tegenover zijn ziekte en de behandeling staat (Royal College of Physicians, 2003). Andere factoren dienen juist niet te uitgebreid besproken te worden. Een eenmalige beoordeling, en zeker tijdens een ziekenhuisopname, is niet een geschikte context om emotioneel geladen onderwerpen bij patiënten in extenso te exploreren. Het gedetailleerd ingaan op bijvoorbeeld gereactualiseerde herinneringen aan seksueel misbruik kan tijdens een opname tot veel emotionele onrust leiden en herstel juist in de weg staan. Globale informatieverzameling is hier het uitgangspunt en niet het aangaan van een therapeutische relatie. Het is in dat geval beter de patiënt een signaal te geven dat zijn probleem begrepen is, en het perspectief van behandeling na herstel of ontslag te scheppen.

Stel na afronding van de beoordeling de patiënt en eventueel naasten of mantelzorger op de hoogte van uw bevindingen en advies. Vertel de patiënt dat zijn behandelaar en huisarts op de hoogte gesteld zal worden van de bevindingen.

Het gebruik van meetinstrumenten.

Meetinstrumenten worden in de klinische praktijk steeds vaker toegepast om beoordelingen te standaardiseren. Afhankelijk van het doel van het meetinstrument kan het hierbij gaan om screening, diagnostiek of ernstbepaling. Screening kan enerzijds een globale screening op de aanwezigheid van niet nader gespecificeerde psychiatrische symptomen betreffen of anderzijds screening op de aanwezigheid van een omschreven psychiatrische aandoening. Ook wat betreft diagnostiek kan het

gaan om het breed diagnosticeren van niet nader gespecificeerde aandoeningen of het diagnosticeren van een omschreven psychiatrische aandoening. Andere meetinstrumenten zijn ontwikkeld voor het bepalen van de ernst van een enkel symptoom of syndroom. Het gebruik van screenings- en meetinstrumenten dient een concreet klinisch doel te dienen. Van de te gebruiken schalen dienen de klinimetrische eigenschappen, waaronder sensitiviteit en specificiteit, in de betreffende doelgroep bekend te zijn.

Verslaglegging en advies

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager. Ook betekent het dat de informatie vooral uitgaat van geobserveerde symptomen en vermelde klachten. De conclusie dient helder en beargumenteerd te zijn en de behandeladviezen eenduidig. Het systematisch benoemen of nummeren van adviezen geeft duidelijkheid en structuur aan de rapportage.

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten en zo mogelijk ook de patiënt toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater te allen tijde toegang tot het volledige medisch dossier en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In het algemeen dient voor verslaglegging het format gebruikt te worden zoals dat gangbaar is binnen het medisch model. Dit volgt een logische opbouw, die aansluit bij de praktijk van somatisch specialisten en huisartsen: reden voor consult, anamnese, psychiatrisch onderzoek, eventueel lichamelijk of neurologisch onderzoek, conclusie en beleid.

Follow-up contacten en behandeling

Indien een eerste beoordeling leidt tot adviezen voor verdere diagnostiek of behandeling, dan moet de rol van de psychiater voor de consultvrager bij de uitvoering hiervan duidelijk zijn. Maak duidelijke afspraken over je rol als consultgever en (indien van toepassing) of dit een intercollegiaal consult of medebehandeling betreft. Bij een intercollegiaal consult beperkt de rol van de psychiater zich tot adviezen, en is de hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan. In geval van medebehandeling dan draagt de psychiater verantwoordelijkheid voor zijn eigen aandeel in de

behandeling. In het verlengde hiervan is het van belang goed af te stemmen wie de psychiatrische medicatie voorschrijft, indien dit onderdeel is van het advies. Er bestaat evidentie (Wise, 1987) dat voorschrijven door de consultgever zelf leidt tot betere opvolging van medicatie adviezen.

Verdere diagnostiek en behandeling dienen zoveel mogelijk plaats te vinden volgens evidence-based richtlijnen die betrekking hebben op de betreffende klacht of aandoening en die door de beroepsvereniging onderschreven zijn.

Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van shared decision making. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. In het geval van wilsonbekwaamheid dient daarbij, indien er geen acute noodzaak is, toestemming aan de wettelijk vertegenwoordiger gevraagd te worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.

Afsluiting van het consult

Voor de hoofdbehandelaar moet duidelijk zijn wanneer de bemoeienis van de psychiater met de patiënt ophoudt. Dit dient duidelijk in het dossier en eventueel in de correspondentie aangegeven te worden. Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de hoofdbehandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.

Afhankelijk van de instelling is het wel of geen gebruik om van elk consult een brief te schrijven. In het ziekenhuis hoeft dit in principe niet, aangezien de hoofdbehandelaar relevante behandelinformatie, waaronder ook die van het psychiatrisch consult, in zijn ontslagbrief dient op te nemen. In ouder onderzoek blijkt evenwel dat slechts in 50% van de gevallen te gebeuren (Callies, 1980), zodat veel consultatieve teams besloten hebben wel hun bevindingen in een brief weer te geven. Bij complexe patiënten, en met name wanneer voor nazorg naar een andere instelling verwezen wordt, kan de indicatie en het voorgestelde beleid beter door de consultgever verwoord worden. In deze wordt geadviseerd een brief te schrijven aan de toekomstig psychiatrisch behandelaar met kopie aan de somatisch hoofdbehandelaar om misverstanden te voorkomen. Een alternatieve oplossing kan zijn dat de consultgever een korte tekst of consultverslag aanlevert die de consultvrager ongewijzigd in zijn brief kan opnemen.

Registratie van activiteiten en verrichtingen

Het registreren van activiteiten en verrichtingen is noodzakelijk om managementinformatie te verkrijgen en productie te factureren aan de zorgverzekeraar. Op basis van managementinformatie kan de personele capaciteit ingeschat en tot op zekere hoogte kwaliteitsverbetering gestuurd worden. Op basis van de gemaakte productie worden nieuwe productieafspraken met de verzekeraar gemaakt. Soms kan het registreren van activiteiten nog andere doelen dienen, zoals het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Registratie van activiteiten en verrichten is derhalve noodzakelijk. Voor de meeste instellingen zal de verplichte registratie in het kader van de DOT (DBC op weg naar transparantie) en DBC GGZ voldoende zijn om deze doelen te bewerkstelligen. Verzekeraars stellen soms aanvullende eisen wat betreft Routine Outcome Monitoring (ROM). Vanwege de speciale en sterk wisselende casemix wordt deze vorm van monitoring in de consultatieve setting niet zinvol geacht (Hagestein-de Bruijn, 2013).

Specifieke overwegingen bij kinder- en jeugdpsychiatrische consulten

Kindergeneeskundeafdelingen beschikken in de regel over een psychosociaal team met klinisch psychologen, pedagogisch medewerkers en maatschappelijk werk. Een consultatief kinderpsychiatrisch team is veelal alleen aanwezig in de academische kindziekenhuizen en sporadisch in de grote perifere ziekenhuizen (Shaw, 2010). Het afstemmen met de verschillende betrokken disciplines is een belangrijk aandachtspunt voor de consultatieve ziekenhuis-kinderpsychiater. Bij voorkeur gebeurt die afstemming op basis van reguliere lokale samenwerkingsafspraken die ook schriftelijk zijn vastgelegd (Netwerk consultatieve en ziekenhuiskinder- en jeugdpsychiatrie, 2015). In die afspraken is het goed aan te geven voor welke problematiek een consultatief kinderpsychiater betrokken wordt. Voorbeelden zijn verdenking op een delier, beoordeling na een tentamen suïcide, eetstoornissen en zodanig ontwrichtende onbegrepen lichamelijke klachten dat schoolgang gehinderd wordt.

Het consultproces wijkt in grote lijnen niet af van wat er gebruikelijk is in de volwassen consultatieve dienst. Het is essentieel de consultvraag zo helder mogelijk te krijgen, zoveel mogelijk relevante voorinformatie te verzamelen en vlot te beoordelen met hoeveel spoed het consult dient plaats te vinden (Goldman, 2010). Soms is er sprake van een vraag achter de vraag en blijkt dat men op een kinderafdeling al langer met een bepaald kind en zijn of haar systeem vastloopt. Het kan zijn dat er spanningen ontstaan zijn in de triade van kind, ouders en behandelteam. Een belangrijk doel is dan om deze behandeling weer in beweging te brengen (Cohen, 2012).

Het grote verschil met de consultatieve psychiatrie bij volwassenen is de bijzondere aandacht die nodig is voor gezin, school en ontwikkelingsperspectief (DeMaso, 2009). Voor een kinderpsychiatrische beoordeling zelf is vaak meer tijd nodig, onder andere vanwege het grote aantal betrokkenen rondom een kind. In de regel zullen ouders en kind zowel samen als ieder individueel gezien moeten worden. In

een kwalitatieve studie gaven sommige gezinnen er de voorkeur aan het kind niet (direct) in het consultatief proces te betrekken (Taylor, 2010), en in uitzonderingsgevallen kan dat inderdaad voldoende zijn. Bij voorkeur dient overleg plaats te vinden met of informatie verkregen te worden van school, betrokken (jeugd)zorg instanties en huisarts. Het ontwikkelingsniveau dient altijd in de beoordeling betrokken te worden en maakt dat sommige aandoeningen moeilijker vast te stellen zijn, zoals een delier bij een baby of een jonge peuter. Toch kan de oriëntatie wel afgemeten worden aan de manier waarop een jong kind contact maakt met zijn ouders. Als hij deze bijvoorbeeld niet lijkt te herkennen, dan is de oriëntatie in persoon gestoord. Net als bij volwassenen is de ernst van een suïcidepoging bij adolescenten vaak niet maatgevend voor de ernst van de onderliggende problematiek door de nog vaak naïeve voorstelling van wat een auto-intoxicatie tot gevolg kan hebben.

Voor het screenen en volgen van de ernst van kinderpsychiatrische aandoeningen zijn specifiek voor deze leeftijdsgroep gevalideerde instrumenten nodig en veelal ook beschikbaar.

Specifieke overwegingen bij consultgeving in de huisartsenpraktijk

Naast de algemene overwegingen zijn er in de huisartsenpraktijk een aantal aspecten die specifiek zijn voor deze setting.

In de huisartsenpraktijk vindt psychiatrische consultgeving doorgaans plaats na overleg met, en dus ook met toestemming van de patiënt. Meestal vindt het consult plaats op afspraak en op een vast tijdstip. Consulten in de huisartsenpraktijk kunnen plaatsvinden in het kader van patiëntenzorg, bijvoorbeeld als de huisarts of POH GGZ advies wil krijgen over de verdere behandeling. Soms echter staat het educatief aspect van het psychiatrisch consult meer op de voorgrond. Er moet in elk geval een duidelijke afspraak zijn of de huisarts zelf wel of niet aanwezig is bij het consult, en dit moet ook voor de patiënt duidelijk zijn. Naast direct patiëntcontact bestaat ook de mogelijkheid tot telefonische consultgeving.

De psychiater kan met de huisarts afspraken maken over welke patiëntencategorieën en patiëntaantallen gezien worden. Ook dienen er duidelijke afspraken te zijn over de mogelijkheden van spoedbeoordelingen van patiënten. Ziet de consultatief psychiater in de huisartsenpraktijk bijvoorbeeld acuut suïcidale of psychotische patiënten, of dienen deze naar de crisisdienst verwezen te worden? Doorgaans gebeurt dit door de crisisdienst en niet in het kader van een consultatieregeling.

Duidelijkheid moet er ook zijn over de behandelrelatie tussen de psychiater en de patiënt. In de huisartsenpraktijk is de psychiater doorgaans consultgever: hij geeft adviezen aan de huisarts of POH, maar heeft zelf geen behandelverantwoordelijkheid. In bepaalde gevallen kan hij medebehandelaar zijn

of de behandeling als hoofdbehandelaar over nemen. In dat geval moet dit duidelijk gedocumenteerd worden. Meestal echter moet, indien behandeling door een psychiater geïndiceerd is, de patiënt verwezen worden. Er moeten duidelijke afspraken zijn over de mogelijkheden van verwijzing naar en opnamemogelijkheden in de instelling waar de consultatief psychiater werkzaam is.

Evenals in het ziekenhuis is in de huisartsenpraktijk een laagdrempelige en motiverende houding belangrijk omdat de patiënt nog moet instemmen met een eventuele verwijzing of behandeling.

Bij consulten in de huisartsenpraktijk is het gebruikelijk dat de consultgever zijn advies in een brief aan de huisarts rapporteert. Vaak is dit ook de enige manier om de informatie in het EPD op te laten nemen. In de huisartsenpraktijk zijn er aanwijzingen dat het schriftelijk aangaan van een behandelcontract (soms ook wel contractering genoemd) een positief effect heeft op de therapietrouw. Bij contractering wordt het schriftelijk consultverslag (ofwel de consultation letter) van de consultgever expliciet met de patiënt besproken en committeert de patiënt zich ook expliciet met de behandeling (Van der Feltz Cornelis, 2006; Smith, 1986; Smith, 1995).

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante

specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht (voorzitter)
- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaan Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad
- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg
- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooy	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit

patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptringlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
-------------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving) <i>Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de</i>

samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de

	<i>behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoedconsulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijk gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	--

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based

richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werden uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde

artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen.

Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als

onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.

Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.

Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.

Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074. Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-transitie>.

Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbos Instituut.

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet

vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;

- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
- de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterviewd. Hiertoe is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbevelingen is nagedacht over randvoorwaarden mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de

richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepel)organisaties van ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de eisen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	- Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatische specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatische specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1 jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaren	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wensen met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	<1jaar	liaisonactiviteiten zullen ten koste gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialismen - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke verstorende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist =master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke verstorende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de

voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreeerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt

- zinnig geacht. Geen commentaar;
5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;
 6. screening op psychopathologie. Zinnig volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging
Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
 7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
 8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn). Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.
- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van

consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).

De consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist

Uitgangsvraag

Wat zijn taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ) respectievelijk consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV)? Hoe kunnen taken van deze specialisten worden afgebakend, onder andere ten opzichte van de psychiater en AIOS?

Aanbeveling

Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Verricht als verpleegkundig specialist initiële psychiatrische diagnostiek en indicatiestelling altijd in overleg met de psychiater.

Maak, na initiële diagnostiek, duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot psychiatrische consulten.

Evalueer periodiek het effect van taakherschikking naar VS GGZ op kwaliteit en effectiviteit van de consultgeving.

Inleiding

Het consultatief psychiatrisch team in het algemeen ziekenhuis heeft bijna altijd de beschikking over één of meerdere consultatief psychiatrisch verpleegkundigen (CPV). De laatste jaren is dit team uitgebreid met de verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ). Deze functie is ontstaan in een tijd van stijgende gezondheidszorgkosten en relatieve schaarste aan artsen, ten behoeve van taakherschikking (Centraal Planbureau, 2006; Gezondheidsraad, 2008; Van Meersbergen, 2011; Ter Maten, 2014).

Inmiddels neemt de VS GGZ een belangrijke positie in de patiëntgerichte zorg in het ziekenhuis in. De CPV en VS GGZ hebben een rol in de verpleegkundige en/of medische diagnostiek, behandeling en zorg aan somatische patiënten met psychiatrische comorbiditeit. Daarnaast zijn zij betrokken bij deskundigheidsbevordering en houden zij zich bezig met kwaliteitsontwikkeling (AVVV, 2004). De verschillen in functie van CPV en VS GGZ worden hieronder toegelicht. De CPV en VS GGZ werken samen met de consultatief psychiater en A(N)IOS (AVVV, 2004), maar hebben overeenkomende en verschillende bevoegd- en bekwaamheden. In deze module worden aan artsen en verpleegkundigen handvatten gegeven hoe de concrete taken en verantwoordelijkheden te verdelen.

Consultatief psychiatrisch verpleegkundige (CPV)

De CPV is een Hbo-opgeleide psychiatrisch verpleegkundige (artikel 3 Wet BIG) die naast één of meer

basisverpleegkundige opleidingen vaak een beroepsgerichte vervolgopleiding heeft gevolgd (Klasema, 2010). Postinitiële opleidingen variëren van kortdurende bij- en nascholingen tot voortgezette opleidingen op post-hbo of academisch niveau (SPV, verplegingswetenschappen). Een formeel leer- of opleidingstraject is er niet (AVVV, 2004).

De CPV bezit dezelfde competenties op Hbo-niveau zoals beschreven in het profiel Verpleegkundige (V&V 2020, 2012). Daarnaast staat een uitvoerige beschrijving van consultatief psychiatrische competenties in het beroepsdeelprofiel van de Verpleegkundig consulent Liaisonpsychiatrie (AVVV, 2004).

Verpleegkundig specialist GGZ, consultatieve psychiatrie (VS GGZ)

Een VS GGZ is een (hbo) master-opgeleide verpleegkundige die haar deskundigheid op het gebied van de GGZ inzet voor een omschreven groep patiënten waarmee 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 (V&V 2020, 2012). De VS GGZ staat sinds 2009 ingeschreven in het specialistenregister (artikel 14) van de Wet BIG. Voor de VS GGZ werkzaam in de consultatieve psychiatrie gelden de competenties zoals beschreven in het algemeen besluit (V&VN, 2009) en beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist (V&V 2020, 2012) waarin een verbijzondering van het deskundigheidsgebied GGZ beschreven staat.

Onderscheid CPV en VS GGZ

De VS GGZ onderscheidt zich van de CPV op een aantal gebieden:

- De VS GGZ stelt medische en verpleegkundige differentiaaldiagnosen op psychiatrisch gebied. De CPV stelt verpleegkundige differentiaaldiagnosen.
- De VS GGZ acteert als regieverantwoordelijk behandelaar in de context van de GGZ (model kwaliteitsstatuut GGZ).
- De VS GGZ gaat binnen een bepaald deskundigheidsgebied in de consultatieve psychiatrie een zelfstandige behandelrelatie met de patiënt aan. De CPV werkt altijd onder supervisie van de consultatief psychiater.
- De VS GGZ indiceert, start, vervolgt de werking en stopt zelfstandig die geneesmiddelen die in haar deskundigheidsgebied vallen en daarbuiten gebeurt dit in afstemming met de psychiater.
- Zowel de CPV als VS GGZ verzorgen onderwijs op de somatische kliniek en in opleidingen. Voor accreditatiepunten in het register specialismen verpleegkunde (RSV) geeft de VS GGZ onderwijs op minimaal vergelijkbaar opleidingsniveau of hoger.
- In tegenstelling tot de CPV dient de VS GGZ verplicht 40 studiepunten per jaar te behalen (inclusief intercollegiale toetsing) om voor herregistratie in het Verpleegkundig Specialisten Register (VSR) in aanmerking te komen (voor vijf jaar).

- De VS GGZ heeft een meer wetenschappelijke oriëntatie dan de CPV.

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 VS GGZ een zelfstandige behandelrelatie aangaan met een patiënt (AMvB, 2011). Daarnaast geldt de bevoegdheid voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen van een beperkte complexiteit, die veelvuldig voorkomen en waarvan de risico's zijn te overzien. Voor de VS GGZ zijn dit: puncties, injecties en het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. De wettelijke zelfstandige bevoegdheid is doelmatig en effectief bevonden (De Bruijn-Geraets, 2015) en minister Schippers heeft aan de Tweede Kamer laten weten de zelfstandige bevoegdheid voor de VS voor de voorbehouden handelingen met ingang van 1 januari 2017 definitief in de Wet BIG te regelen.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken en relevante artikelen die bekend zijn bij de richtlijncommissie (zie literatuurlijst). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat in Nederland de samenstelling van consultatief psychiatrische teams en de contexten waarbinnen deze teams werken niet onderling vergelijkbaar zijn. Dit geldt eveneens internationaal waardoor het niet mogelijk is literatuur te vinden die generaliseerbaar is voor de situatie in Nederland.

Referenties

Allen D. The changing shape of nursing practice: The role of nurses in the hospital division of labour. London: Routledge. 2001.

AMvB. Verpleegkundig specialist, Staatscourant nr 659. 2011.

AVVV. Verpleegkundig Consulent Liaisonpsychiatrie. Utrecht: AVVV. 2004.

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

Bosley S, Dale J. Healthcare assistants in general practice: Practical and conceptual issues of skill-mix change. Br J Gen Pract. 2008;58(547):118-24.

De Bruijn-Geraets DP, Bessems-Beks MCM, van Eijk-Hustings YJL, et al. voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maastricht: Maastricht UMC+, Patiënt & Zorg. 2015.

De Bruin-Geraets DP, van Eijk-Hustings YJL, Vrijhoef HJM. Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(11):2673-2682.

Dubois CA, Singh D. From staff-mix to skill-mix and beyond: Towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*. 2009;7:87-106.

FMS en V&VN. Werkformulier Implementatie Taakherschikking Verpleegkundig Specialist. 2015. Via <http://www.demedischspecialist.nl/file/908/download?token=ZXFTuAWs>

Gezondheidsraad. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants. Den Haag: Gezondheidsraad. 2008.

Gillette J, Bucknell M, Meegan E. Evaluation of psychiatric nurse consultancy in emergency departments project. Royal Melbourne Institute of Technology Bundoora: Faculty of Nursing. Australia. 1996.

Klasema JDM. De CPV, wat wil je ermee? Onderzoeksartikel Master Verplegingswetenschappen. Utrecht: Universiteit Utrecht. 2010.

KNMG, V&VN, NAPA. Handreiking implementatie taakherschikking: implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken: Utrecht. 2012.

Kroezen M, Dijk L van, Groenewegen PP, et al. Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians. *International Journal of Nursing Studies*: 2013 via [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(13\)00242-3/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(13)00242-3/abstract).

Maxwell E, Baillie L, Rickard W, et al. Exploring the relationship between social identity and workplace jurisdiction for new nursing roles: A case study approach. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):622-31.

McDonough S, Wynaden D, Finn M, et al. Emergency department mental health triage consultancy service: An evaluation of the first year of the service. *Accident and Emergency Nursing*. 2004;12(10): 3138.

McNamara P, Bryant J, Forster J, et al. Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 2 preparation, support and role satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17:189-196.

Netherlands Bureau for economic Policy Analysis (Centraal Planbureau), Derks W, Hoevens P, et al. Structurele bevolkingsdaling, een urgente nieuwe invalshoek voor beleidsmakers, The Hague 2006. www.cpb.nl.

NVvP, NIP. Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht:

Trimbos instituut. 2012.

Sharrock J, Bryant J, McNamara P, et al. Exploratory study of mental health consultation-liaison nursing in Australia: Part 1 demographics and role characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17:180-188.

Summers M, Happell B. The quality of psychiatric services provided by an Australian tertiary hospital emergency department: a client perspective. *Accident and Emergency Nursing*. 2002;10:205-213.

Ter Maten-Speksnijder A, Grypdonck M, Pool A, et al. Dutch debate on the NP role: efficiency versus professional development. *International nursing review*. 2014;61:41-54.

V&VN. V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige. Utrecht: V&VN. 2010.

V&VN. V&V 2020 Deel 4 Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Utrecht: V&VN. 2012.

Van Meersbergen W. Task Shifting in the Netherlands. *World Medical Journal*. 2011;57(4):126-130.

Wallenburg I, Janssen M, de Bont A. De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Erasmus Universiteit Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. 2015.

Wand T, Happell B. The mental health nurse: Contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 2001;9:166-176.

Wand T, Schaecken P. Consumer evaluation of a mental health liaison nurse service in the Emergency Department. *Contemporary Nurse*. 2006;21:14-21.

Wand T. Mental health liaison nursing in the emergency department: On-site expertise and enhanced coordination of care. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2004;22(2):25-31.

Overwegingen

Er waren bij de richtlijncommissie geen onderzoeken of publicaties bekend waarin de inzet van de CPV en VS GGZ in een consultatief psychiatrisch team en de afbakening van taken van deze disciplines ten opzichte van die van de psychiater en de A(N)IOS psychiatrie centraal stonden. Wel is bekend dat de organisatie van de consultatieve psychiatrische consultgeving in de verschillende ziekenhuizen in Nederland en daarbuiten verschilt qua teamsamenstelling en aanwezigheid van verschillende disciplines.

Meerwaarde verpleegkundige inbreng

In de internationale literatuur wordt de consultatief verpleegkundige inbreng gezien als subspecialiteit van GGZ-verpleegkunde (Sharrock, 2002; McNamara, 2008). De volgende voordelen worden beschreven: een verbeterde kwaliteit van zorg, meer begrip voor psychiatrische problematiek,

toegenomen deskundigheid en vaardigheden, beter vermogen om psychische en psychiatrische problematiek te herkennen en hiervoor hulp in te schakelen en een verminderde stigmatisatie en angst rondom psychiatrische ziekten (Gilette, 1996; Sharrock, 2008). In studies naar de verpleegkundige rol op de Spoed Eisende Hulp (SEH) komt naar voren dat inbreng van een consultatief psychiatrisch verpleegkundige leidt tot toegenomen tevredenheid van personeel en patiënten, kortere wachttijden en verblijfsduur, groter besef en vertrouwen in relatie tot psychiatrische problematiek, verbeterde behandeling van patiënten, toegenomen deskundigheid en betere verbinding met hulpverleningsinstanties (Gilette, 1996; Wand, 2001; McDonough, 2004; Summers, 2002; Wand, 2006; Wand, 2004). Daarnaast is in een studie in Australië gebleken dat verpleegkundige psychiatrische consultgeving effectief is in verbetering van de kwaliteit van zorg en reductie van kosten wanneer patiënten met psychiatrische problematiek opgenomen worden in het algemeen ziekenhuis (Sharrock, 2008).

In een niet consultatief psychiatrische setting toont recent Nederlands onderzoek (Kroezen, 2013) aan dat artsen en VS over het algemeen neutraal tot licht positief zijn over het voorschrijven van medicatie door een VS. Het onderzoek van Wallenburg (2015) onder VS werkzaam binnen de somatiek en twee VS werkzaam in een GGZ-instelling, laat zien dat de VS vaak een verbindende functie heeft tussen de groep van verpleegkundigen en de medisch specialisten, juist omdat zij beide discourses goed kennen en daarop weten in te spelen. Hoe hier in een consultatief psychiatrische setting tegenaan wordt gekeken is niet bekend.

Samenwerking met de psychiater

De CPV werkt in de zorg aan somatisch zieke patiënten die tevens psychische, psychiatrische en gedragsproblematiek hebben altijd onder supervisie van de consultatief psychiater of de VS.

De VS GGZ gaat binnen een bepaald deskundigheidsgebied in de consultatieve psychiatrie een zelfstandige behandelrelatie met de patiënt aan. De bevoegdheidsgrenzen en verantwoordelijkheden worden bepaald door de opleiding, de eigen deskundigheid en bekwaamheid. De voorbehouden en overige handelingen dienen te worden uitgevoerd volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. In de praktijk blijkt dat nog niet volledig gebruik wordt gemaakt van de wettelijke bevoegdheden van de VS. Daarbij is ruimte die nieuwe professionals in de lokale praktijk krijgen en nemen vaak beperkter dan voorzien in de wet (Wallenburg, 2015). Samenwerkingsafspraken dienen per individuele werksituatie te worden vastgelegd (de Bruijn-Geraets, 2014 en 2015). De VS GGZ dient samen met de consultatief psychiater werkafspraken aangaande taakherschikking te 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 voor de VS, opgesteld door onder andere de beroepsorganisaties van medisch specialisten en VS (KNMG, V&VN, NAPA 2012). In deze handreiking

wordt taakherschikking gedefinieerd als “...de herverdeling van taken tussen beroepsbeoefenaren, waarbij de meer routinematige handelingen worden overgelaten aan bijvoorbeeld verpleegkundigen, VS'en of PA's, zodat artsen zich op meer specialistische handelingen kunnen richten” (KNMG, 2012). Deze definitie van taakherschikking veronderstelt een duidelijke afbakening van taken die kunnen worden overgedragen. Recent onderzoek naar taakherschikking laat echter zien dat de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling in de praktijk vaak veel diffuser en vloeibaarder is (Dubois, 2009; Maxwell, 2012; Allen, 2001; Bosley, 2008).

Afgeleid van de handreiking is een werkformulier opgesteld door de Werkgroep Taakherschikking van de Federatie Medisch Specialisten, ondersteund door de V&VN – Verpleegkundig Specialisten. Met dit formulier kan concreet worden vastgesteld welke taken de VS GGZ in de consultatieve psychiatrie op zich neemt als zelfstandig en regieverantwoordelijk behandelaar ten aanzien van diagnostiek, indiceren van voorbehouden handelingen, het voorschrijven van UR-geneesmiddelen en registraties/ declaratie van bijvoorbeeld DOT's, DBC-GGZ of ROM. (FMS en V&VN, 2015).

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 de risico's, met name wat betreft de patiëntveiligheid. In de feitelijke vastlegging dienen VS GGZ en psychiater het takenpakket zodanig binnen de wettelijke kaders uit te werken, dat beide doelen optimaal gediend zijn. In alle gevallen heeft de VS GGZ de verantwoordelijkheid om scherp de grenzen van haar deskundigheidsgebied en bekwaamheid te bewaken en waar nodig andere disciplines te consulteren.

Verder is het belangrijk dat alle partners (VS GGZ, artsen, ziekenhuismanagement en overheid) samen bewaken dat de randvoorwaarden, zoals financiering, niet verstorend werken op de lokale afspraken en daarmee de beoogde taakherschikking in gevaar brengen (De Bruijn-Geraerts, 2015).

De verdeling van taken en verantwoordelijkheden is een groeiproces en hangt samen met de organisatie van de consultatieve psychiatrie in het ziekenhuis en GGZ-instelling. Taakherschikking gaat over het werkbaar houden van een dynamische en turbulente zorgpraktijk. Zo kan de afwezigheid van een psychiater vragen van een VS GGZ dat zij taken overneemt en draagt de VS GGZ de ene keer zorg voor patiënten met meervoudige problematiek, terwijl de volgende keer patiënten met enkelvoudige problematiek aan haar worden toevertrouwd (Wallenburg, 2015).

Aangezien taakherschikking naar de VS, en in mindere mate naar de CPV, binnen de consultatieve psychiatrie een nieuwe ontwikkeling is, en de eventuele consequenties voor ziektegebonden uitkomsten, kwaliteit van leven en tevredenheid van patiënt en consultvragers onduidelijk is, lijkt het wenselijk om de effecten van taakherschikking periodiek te evalueren en op basis van deze evaluatie de afspraken omtrent taakherschikking aan te passen, te beperken of juist uit te breiden.

Praktische implicaties in de samenwerking

In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoogcomplexere somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaaldiagnostisch redeneren noodzakelijk is, evenals kennis van (afwijkende) labwaarden, metabole ontregelingen en bijwerkingen en interacties van somatische en psychiatrische geneesmiddelen. In beginsel is het daarom aan te bevelen dat alle initiële diagnostiek en indicatiestelling gebeurt in overleg met de psychiater. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de CPV of de VS GGZ, waarbij de VS GGZ een grotere zelfstandigheid kan en mag betrachten, ook als het gaat om bijstellen van medicamenteus beleid. Bij het tot stand komen van deze richtlijn was de DOT-systematiek nog zo dat een VS geen DBC-traject kan openen bij een klinische patiënt en dus ook om financieel-technische redenen moet de DOT geopend worden door de psychiater of ALOS-psychiatrie.

De mate van zelfstandigheid dient binnen iedere werkomgeving nader uitgewerkt te worden in samenwerkingsafspraken, rekening houdend met context en specifieke expertise van de VS. Ten aanzien van de volgende aandachtsgebieden voor de VS GGZ zouden in ieder geval afspraken over taakherschikking moeten worden gemaakt: (medicamenteuze) preventie en behandeling van alcoholonttrekkingsdelieren (waaronder motiverende gespreksvoering en verwijzing naar de verslavingszorg), acute opvang van en nazorg aan suïcidepogers (inclusief stellen van structuurdiagnose en indicatiestelling voor verdere zorg (NVvP, 2012)), (medicamenteuze en psychologische) behandeling van stemmings- en angstklachten bij somatische aandoeningen en behandeling van en begeleiding bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Kinderen en adolescenten

In de consultatieve kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen CPV en VS GGZ een waardevolle toevoeging aan de consultatieve zorg zijn. In de Nederlandse praktijk zijn daarvan enkele voorbeelden. Hun rol en meerwaarde ligt er meestal in dat zij continuïteit van zorg en gezicht bieden en meest samenwerken in een team waartoe ook een kinderpsychiater behoort. Met inachtneming van de verschillen in opleiding en competenties kunnen onder andere worden ingezet bij complexe problematiek, waaronder ook onverklaarde lichamelijke klachten, eetstoornissen en suïciditeit. Zij kunnen voor het verpleegkundig team en andere paramedici van een kinderafdeling het aanspreekpunt zijn voor psychiatrische expertise. Zij kunnen een belangrijke casemanagementfunctie hebben in multidisciplinaire behandelingen.

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht (voorzitter)
- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaanse Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad
- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg
- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooij	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit

patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptringlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
-------------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving) <i>Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de</i>

samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de

	<i>behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoedconsulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijk gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	--

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based

richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werden uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde

artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen.

Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als

onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.

Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.

Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.

Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074. Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-transitie>.

Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbos Instituut.

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet

vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;

- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
- de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterviewd. Hiertoe is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbevelingen is nagedacht over randvoorwaarden mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de

richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepel)organisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de eisen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	- Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatische specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatische specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1 jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaars	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wensen met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	<1 jaar	liaisonactiviteiten zullen ten koste gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialismen - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling) - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke verstorende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist =master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke verstorende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de

voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreeerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt

- zinnig geacht. Geen commentaar;
5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;
 6. screening op psychopathologie. Zinnig volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging
Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
 7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
 8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn). Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.
- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van

consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).

De effectiviteit van liaisonactiviteiten

Uitgangsvraag

Wat is het effect van liaisonactiviteiten op de effectiviteit van consultatieve psychiatrie?

Aanbeveling

Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Inleiding

In de internationale literatuur wordt de term *liaison* vaak gebruikt als overkoepelende term voor de consultatieve psychiatrie. In Nederland gebruiken wij de term liaisonactiviteiten voor interventies gericht op samenwerking en het verkleinen van de kloof tussen de somatische en psychiatrische domeinen, zoals door voorlichting en scholing aan artsen of verpleegkundigen op de somatische afdelingen, aanwezigheid bij multidisciplinaire overlegvormen in het ziekenhuis of het starten van gezamenlijke screeningsactiviteiten op bijvoorbeeld de SEH. Deze activiteiten beogen hiermee een effect te hebben op de omgang met patiënten met psychiatrische problemen, vroegherkenning van psychiatrische problematiek en destigmatisering, waardoor de kwaliteit van zorg en de prognose van de patiënt en kunnen verbeteren (Huyse, 2001). Daarnaast worden ook economische gevolgen verwacht: vermindering van onnodige zorgconsumptie, verkorting van opnameduur en vermindering van heropnames (Fink, 1990; Saravay, 1995; Saravay, 1996; Zolnierek, 2009). Om die reden hechten consultatief psychiaters veel waarde aan dergelijke liaisonactiviteiten. In deze module worden de resultaten beschreven van een systematische literatuuranalyse gericht op de effectiviteit van liaisonactiviteiten.

Conclusies

ZEER LAAG	Het is mogelijk dat de inzet van een RAID-team leidt tot een afname in het aantal heropnames bij patiënten die worden opgenomen op een somatische afdeling (hazard ratio pre-RAID versus RAID =2,45 (95%CI 2,33 tot 2,57)). <i>Bronnen (Tadros, 2013)</i>
-----------	---

ZEER LAAG	Er zijn aanwijzingen dat op somatische afdelingen waar liaisonactiviteiten door de psychiater werden verricht, de somatisch artsen de ondersteuning van de psychiater nuttig te vinden en de consultgeving beter in vergelijking met situaties waarin de consultatief psychiater slechts in consult gevraagd kon worden. <i>Bronnen (Schubert, 1989)</i>
LAAG	Er zijn geen aanwijzingen dat liaisonactiviteiten door een liaisonverpleegkundige leiden tot een relevante afname van de gemiddelde opnameduur bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling en bij wie op basis van een screening depressieve klachten of cognitieve beperking werden gevonden in vergelijking met standaardzorg. <i>Bronnen (Baldwin, 2004)</i>
LAAG	Er zijn geen aanwijzingen dat liaisonactiviteiten door een liaisonverpleegkundige leiden tot een afname van de kans op heropname na ontslag bij patiënten die zijn opgenomen op een somatische afdeling en bij wie op basis van een screening depressieve klachten of cognitieve beperking werden gevonden in vergelijking met standaardzorg. <i>Bronnen (Baldwin, 2004)</i>
ZEER LAAG	Er zijn geen eenduidige aanwijzingen dat liaisonactiviteiten door een <i>Rapid Assessment, Interface and Discharge team</i> (RAID-team) of <i>behavioral intervention team</i> (BIT) leiden tot een afname in de opnameduur van somatisch opgenomen patiënten met psychiatrische klachten. <i>Bronnen (Tadros, 2013; Sledge, 2015)</i>
LAAG	Op een SEH leidt een motiverende interventie tot grotere acceptatie van kinderpsychiatrische nazorg. <i>Bronnen (Grupp-Phelan, 2012)</i>

Samenvatting literatuur

Beschrijving studies

In elk van de vier studies zijn de liaisonactiviteiten een onderdeel van een bredere interventie gericht op het verbeteren van de consultatieve psychiatrie.

Baldwin (2004) beschrijft de resultaten van een RCT naar een interventie gericht op ouderen van 65 jaar en ouder die werden opgenomen op een somatische afdeling van een ziekenhuis en bij wie bij screening een depressie of een cognitieve beperking werd gevonden. In de studie is een vergelijking gemaakt tussen een groep patiënten (n=77) die werden beoordeeld door een consultatief psychiatrisch verpleegkundige waarbij de verpleegkundige zelf enkele interventies kon uitvoeren indien gewenst. Daarnaast vervulde de verpleegkundige een liaisonfunctie waarbij zij personeel informeerde en scholing verzorgde over psychiatrische aandoeningen, voeding en veiligheidsaspecten. Als controle is een groep patiënten (n=76) meegenomen die standaardzorg ontvingen: zorg geleverd door medewerkers van de (acute) afdeling waarbij de mogelijkheid bestond tot verwijzing naar een psychiater of psychiatrisch team. De uitkomstmaten waren scores op vragenlijsten voor depressie (de Geriatric Depression Scale (GDS-30)) en cognitief functioneren (de gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination (MMSE)) na acht weken.

Schubert (1989) beschrijft de resultaten van een studie waarin standaardzorg bestaande uit de mogelijkheid om een consult aan te vragen bij het consultatief psychiatrisch team is vergeleken met additionele liaisonactiviteiten. Vier afdelingen binnen één ziekenhuis deden mee aan het onderzoek. Twee van de vier afdelingen werden random geselecteerd voor liaisonactiviteiten. Op de afdelingen waar de liaison-psychiater werd ingezet, woonde de psychiater de wekelijkse afdelingsrondes bij, nodigde de psychiater expliciet de artsen van de afdeling uit om aanwezig te zijn bij gesprekken met de patiënten (op de afdeling) en probeerde de psychiater informeel aanwezig te zijn op de afdeling om laagdrempelig beschikbaar te zijn voor vragen of overleg. De studie werd uitgevoerd op vier interne afdelingen, waarbij twee afdelingen at random werden geselecteerd voor liaisonactiviteiten. Na een periode van drie jaar is een vragenlijst afgenomen bij de artsen van de interne afdelingen. Hierin werd gevraagd naar het aantal consulten dat is aangevraagd en de mate waarin men tevreden was over de consulten en de aanbevelingen. Tevens zijn de dossiers van de patiënten bestudeerd, waarbij is gekeken in hoeverre uitkomsten van psychosociale aspecten hierin werden vermeld door de arts.

Sledge (2015) rapporteert de uitkomsten van een observationele studie in een academisch centrum. In de studie is het effect van een proactieve multidisciplinaire interventie onderzocht waarbij een gedragsinterventieteam werd ingezet. Dit behavioral intervention team (BIT) team was gericht op het identificeren van patiënten met gedragsproblemen, verzekeren van tijdige psychiatrische behandeling en het ondersteunen van de medische staf onder andere door middel van advies en educatie. De gemiddelde opnameduur in de periode dat dit team actief was (augustus 2009 tot juni 2010) is vergeleken met de gemiddelde opnameduur daarvoor (augustus 2008 tot juni 2009).

Tadros (2013) beschrijft de resultaten van het inzetten van een Rapid Assessment, Interface and Discharge team (RAID-team), een 24 uursservice met als doel alle patiënten die zich meldden op de SEH binnen één uur te zien en alle opgenomen patiënten binnen 24 uur na opname te beoordelen (en screenen op eventuele psychiatrische problematiek). De beschrijving van de interventie is beperkt. De resultaten in termen van gemiddelde opnameduur en het aantal heropnames gedurende een periode van acht maanden dat dit team actief was, zijn vergeleken met de opnameduur en het percentage heropnames in de controlegroep van patiënten opgenomen gedurende een periode van acht maanden voorafgaand aan het invoeren van het RAID-team (pre-RAID) en met een groep van patiënten die werden opgenomen in dezelfde periode waarin het RAID-actief was maar die niet naar het RAID-team zijn verwezen. De RAID-groep bestond uit 886 patiënten en de pre-RAID 2873 patiënten, maar de resultaten zijn gebaseerd op een kleiner aantal gematchte groep patiënten.

Grupp-Phelan (2012) heeft in een gerandomiseerde trial onderzocht wat het effect was van een motiverende interventie bij jongeren die zich op een SEH presenteerden. Indien er bij een screening aanwijzingen waren voor suïcidaliteit, alcoholgebruik, disfunctioneren of depressiviteit, dan werden deze jongeren gerandomiseerd naar ofwel een korte motiverende interventie en verwijzing aangeboden, waarbij zij reminders kregen voor de eerste afspraak, ofwel een standaard verwijzing zonder motiverend interview of reminders.

Resultaten

Tevredenheid

Op somatische afdelingen waar liaisonactiviteiten door de psychiater werden verricht, geven de (somatisch) artsen vaker aan de ondersteuning van de psychiater nuttig te vinden in vergelijking met artsen van afdelingen waar alleen de consultatief psychiater in consult gevraagd kon worden (Schubert, 1989). Door artsen op de afdeling met liaisonactiviteiten wordt het consultatief team vaak als goed of redelijk beoordeeld, terwijl artsen van een afdeling waar alleen de consultatief psychiater in consult gevraagd kon worden, het consultatief psychiatrisch team vaak als slecht of gemiddeld beoordelen. Het aantal aangevraagde consulten was hoger bij de afdelingen waar de liaisonactiviteiten werden uitgevoerd in vergelijking met de afdelingen waar alleen een psychiater in consult gevraagd kon worden (335 versus 260 consulten over een periode van drie jaar). Er werd geen verschil gevonden in de mate waarin psychosociale informatie werd vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt.

Opnameduur

Baldwin (2004) rapporteert geen significant verschil in de gemiddelde opnameduur bij patiënten die werden beoordeeld door een liaisonverpleegkundige in vergelijking met patiënten die standaardzorg ontvingen. De gemiddelde opnameduur in de interventiegroep was 27,8 dagen (sd 27,1) en in de controlegroep 29,5 dagen (sd 31,4) (verschil 1,7 dagen $p=0,755$). Sledge (2015) rapporteert een

significant maar klein verschil in de gemiddelde opnameduur. Patiënten bij wie het proactieve gedragsteam was ingezet waren gemiddeld 5,58 dagen opgenomen (sd 9,12) en patiënten in de controlegroep gemiddeld 5,87 dagen (sd 8,9) (verschil 0,29 dagen, $p = 0,001$). Hoewel significant is dit kleine verschil niet klinisch relevant. Tados (2013) vond geen significante afname in de gemiddelde opnameduur. Patiënten bij wie het RAID-team was ingezet werden gemiddeld 9,4 dagen opgenomen en patiënten in de controlegroep (pre-RAID) gemiddeld 10,3 dagen (verschil 0,9 dagen $p = 0,31$).

Heropnames

In de studie van Baldwin (2004) wordt geen significante afname in het percentage heropnames binnen drie maanden gevonden. Het percentage heropnames was 24,7% bij patiënten die werden beoordeeld door de liaisonverpleegkundige en 27,6% bij patiënten die standaardzorg ontvingen (verschil -3% (95% CI -17% tot 11%). Tados (2013) rapporteert een afname van het aantal heropnames van 11% (preRAID 15% heropname en RAID 4%) maar zij rapporteren niet op welke patiëntaantallen deze data gebaseerd zijn. Zij rapporteren een Hazard ratio (HR) van 2,45 (95% CI 2,33 tot 2,57).

Meewerking aan verwijzing

In de studie van Grupp-Phelan (2012) verschenen 7 van de 11 jongeren (64%) uit de interventiegroep op hun eerste afspraak versus 2 van de 13 jongeren uit de controlegroep (16%), hetgeen een significant verschil is.

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor het effect van de inzet van een liaisonverpleegkundige op de gemiddelde opnameduur is verlaagd in verband met de kans op vertekening (risk of bias) en het gering aantal patiënten dat in de studies geïnccludeerd is (imprecisie). De bewijskracht van het effect van liaisonactiviteiten op de opnameduur is verlaagd in verband met kans op vertekening (risk of bias) en de extrapolatiebaarheid (bias ten gevolge van indirectheid) en het gering aantal patiënten (imprecisie).

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Wat is het effect van liaisonactiviteiten op de consultatief psychiatrische consultgeving en welke financiële consequenties heeft het?

P patiënten opgenomen op een somatische afdeling in het ziekenhuis;

I liaisonactiviteiten;

C geen liaisonactiviteiten;

O kwaliteit van zorg; opnameduur, aantal heropnames na ontslag en kosten van liaisonactiviteiten.

Relevante uitkomstmaten

In verband met de verwachting slechts een beperkt aantal studies te vinden zijn vooraf geen specifieke uitkomstmaten als belangrijk of essentieel gespecificeerd.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (OVID) en Psychinfo is met relevante zoektermen gezocht naar studies naar de effecten van liaisonactiviteiten op de psychiatrische consultgeving. In verband met de grote mate van overlap in zoektermen met de uitgangsvraag over de organisatie van consultatieve psychiatrie, is één zoekstrategie uitgewerkt voor beide uitgangsvragen. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording.

De literatuurzoekactie leverde 1176 treffers op (344 abstracts van mogelijke systematische reviews en RCTs en 832 abstracts van studies met diverse designs). Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: klinische studie of systematische review naar de effecten van liaisonactiviteiten, dat wil zeggen activiteiten gericht op educatie aan of training van medewerkers van somatische afdelingen of SEH. Op basis van titel en abstract werden door het werkgroep lid in eerste instantie 58 potentieel relevante studies voorgeselecteerd. Op basis van de abstracts werden 35 studies als niet relevant voor de uitgangsvraag beoordeeld door de methodoloog. De resterende 26 artikelen zijn fulltext opgevraagd.

Na raadpleging van de volledige tekst, werden vervolgens 21 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en vijf studies geselecteerd. De belangrijkste studiekenmerken en resultaten zijn opgenomen in de evidence tabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk of bias-tabellen.

Referenties

Baldwin R, Pratt H, Goring H, et al. Does a nurse-led mental health liaison service for older people reduce psychiatric morbidity in acute general medical wards? A randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2004;33:472-478.

Fink P. Mental illness and admissions to general hospital: A register investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990;82:458-462.

Grupp-Phelan J, McGuire L, Husky MM, et al. A randomized controlled trial to engage in care of adolescent emergency department patients with mental health problems that increase suicide risk. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(12):1263-8.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. Consultation-liaison service delivery: Results from a European study. *Gen Hos Psych*. 2001;23:124-132.

Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital: a critical review of outcome studies. *Psychosomatics*. 1995;3:233-252.

Saravay, SM, Pollack S, et al. Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153: 397-403.

Schubert DS, Billowitz A, Gabinet L et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation and psychosocial documentation. *General Hospital Psychiatry*. 1989;11:77-87.

Sledge WH, Gueorguieva R, Desan, et al. Multidisciplinary Proactive Psychiatric Consultation Service: Impact on Length of Stay for Medical Inpatients. *Psychother Psychosom*. 2015;84:208216.

Tadros G, Salama RA, Kingston P, et al. Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *The Psychiatrist Online*. 2013;37:4-10.

Zolnierek CD. Non-psychiatric hospitalization of people with mental illness: a systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(8):1570-1583.

Evidence tabellen

Research question: UV5 Effectiveness liaison activities

Study reference	Study characteristics	Patient characteristics ²	Intervention (I)	Comparison / control (C)	Follow-up	Outcome measures and effect size ⁴	Comments
-----------------	-----------------------	--------------------------------------	------------------	--------------------------	-----------	---	----------

Baldwin 2004	RCT UK General medical ward Funding: grant from department of health UK	153 medically ill older people (aged 65 or over) who scored above the threshold for depression and/or cognitive impairment on a brief screening instrument mean age 80.3yrs (sd7.3) 31% admission due to cardiovascular disease	a nurse-led intervention (n=77) a multi-faceted intervention from a registered mental nurse with 3 years of experience. The model has three components: assessment (including of risk), direct interventions and liaison support. Liaison support comprised encouragement of person-centred care, education about mental disorder, nutrition and safety issues, and sign-posting to relevant services.	usual care (n=76) care and treatment delivered by the acute ward staff. This could include referral to the local old age psychiatry team and/or psychiatrist.	8 weeks FU lost to follow up (MMSE / GDS scores) I: 18/77=23% C: 15/76 =20%	Length of stay in hospital (days) I: mean 27.8, sd 27.1 n=77 C: mean 29.5 sd 31.4 n=76 Treatment effect 1.7 p=0.755 Readmitted at 3 months I: 19/77=24.7% C: 21/76=27.6% ARR: -2.9% p=0.677 no significant difference on the Standardised Mini-Mental State Examination (20.3 versus 21.8, adjusted mean difference -0.4, 95% CI -2.1 to 1.3, P =0.63). intervention: significantly lower Geriatric Depression Scale scores 30 versus those receiving usual care (12.2 versus 14.0, adjusted mean difference -2.0, 95% CI -4.0 to -0.1, P =0.043).	Limited information on the educational part. Possible contamination between groups (educational part).
--------------	---	--	---	---	---	--	--

Schubert 1989	Randomised study USA General hospital	No information on patients Subjects: internal medicine interns and senior residents	Liaison activities additional to case-by- case consultation; one CL psychiatrist. Education and training of non- psychiatric physicians. Liaison activities incorporated in normal working routine; initial plan called for participation in work rounds once a week, bedside interviews conducted by consultee and liaison psychiatrist, participation in visitant rounds and informal time on liaison wards. App. 4- 6 hours per week per ward	Case-by-case consultation; rotating psychiatric consultants	3 years	Anonymously questionnaire containing information as: - Estimated frequency of consultation - Type of questions leading to consultation - Usefulness of consultations - Rating psychiatric consultations Received assistance: Liaison group: mostly "moderately useful" Consultation group: mostly "slightly useful" Rating psychiatric consultation service: Liaison group: average to good Consultation group: poor to average Number of consultations: Liaison wards: n=335 consultation wards n=260 p<0.01 Level of documentation of psychosocial issues (judgement based on information in hospital charts): no difference between liaison and control- charts.	Two of four general medical units were assigned randomly to receive liaison services. Consultees at wards were approached by liaison psychiatrist and told that psychiatric consultant wished to join in activities Psychiatrist participated in weekly rounds only during first year of study. Next years he attended once or twice a month Consultees did not join psychiatrist at bedside interviews (lack of interest)
------------------	---	---	---	--	---------	--	--

Sledge 2015	Observational study; before-after design USA tertiary-care academic medical center funded by the George D. and Esther S. Gross Research Endowment	patients admitted to 3 inpatient medical units length of stay <31 days receiving mental health intervention (consultation liaison or BIT)	a proactive, mental health professional-initiated, multidisciplinary intervention delivered by the behavioral intervention team (BIT) 1. Identify patients behavioural problems 2. Ensure timely psychiatric treatment 3. Assist medical service staff (advice and education) BIT nurse screened all new patients weekly (by list); BIT nurses decides who would see new patients at risk; BIT in conjunction to medical team decide on options: full psychiatric consultation, management by medical team, referral to specific care/ward after discharge Period: August 2009 to June 2010	internist-initiated, conventional consultation (CC) as usual treatment (reactive) Period: August 2008 to June 2009	(Duration hospital stay)	Mean length of stay (based on medical records) Patients with psychiatric intervention and LOS<31 days I: 6.65 days (sd 5.76) (n=509) C: 7.29 days (sd 5.76) (n=535) Difference: 0.64 days, P=0.004 All patients I: 5.58 days (sd 9.12) (n=5490) C: 5.87 days (sd 8.9) (n=5251) Difference: 0.29 days, P=0.001	Possibly differences in selection for the two periods (all screened versus those who were seen during consultation) Results reported for 4 different (sub)groups (psychiatric intervention or not; LOS<31 days or all);
-------------	--	--	--	---	--------------------------	---	--

Tadros 2013	Observational study; before-after design UK City hospital Funding:?	all emergency admissions with a mental health diagnosis (category F, ICD-10); age 16 yrs and older; length of stay more than 1 day During the period of the evaluation, in total there were 2258 referrals to RAID. The RAID group consisted of 886 in-patients (407 male, 479 female), pre-RAID 2873 patients (1686 male, 1187 female), RAID-influence 2654 in-patients reasons for referral to the RAID team were: self-harm (32%), depression (18%), dementia (18%), alcohol-related problems (13%), psychosis (9%), anxiety (4%) drug misuse (4%) and others (2%).	The Rapid Assessment, Interface and Discharge (RAID) service a rapid response, 24-hour, 7 days a week, age-inclusive service and comprehensive range of mental health specialties, including old age, working age, postnatal mental health and substance misuse. service aims at a 1-hour target for assessing patients who present to A&E and a 24-hour target for assessing patients on all wards Additionally, RAID offers brief follow-up clinics within City Hospital The RAID team provided formal and informal training to the acute hospital staff. formal training: 2 days' training on dementia, depression, delirium and dignity every 3 months & a 1-hour weekly session on different mental health issues.	1. retrospectiv e control group (pre-RAID): all emergency admissions with a mental health diagnosis; admitted between 1 December 2008 and 31 July 2009 2. RAID-influence group; all emergency admissions with a mental health diagnosis that were not referred to RAID but had a discharge date in period RAID team was operational measuring RAID indirect effect.	Analyses in groups of matched cases (age, gender, health resource group, season) resulting in small subgroups of patients: RAID: 79 of 886 in-patient referrals (8.9%) Pre-RAID unknown number of patients (total of 2873 patients) RAID-influence: 359 of 2654 patients (13.5%)	length of hospital stay and readmission rates, including length of survival in the community after discharge. mean length of stay RAID (n=79): 9.4 days Pre-RAID (n=?): 10.3 days Saved days per patient: 0.9 (p=0.31) RAID-influence (n=359) 5.2 days: Pre-RAID (n=?) 8.4 days Saved days per patient: 3.2 (p<0.001) Total savings over 8 months were 9290 bed days in the hospital (n=?); which will equate 38 bed per day Number of Readmissions (period?): RAID: 4% (n=?) Pre-RAID: 15% (n=?) P? Survival (no readmission): hazard ratio for pre-RAID vs. RAID group was 2.45 (95%CI 2.33 to 2.57) RAID model decreases the hazard of readmission by 65% from the pre-RAID group	Possible bias due to selection (small numbers in matched cohorts; different mean length of stay in control group that was compared to RAID influence group and control group that was used in comparison with RAID subgroup) Total group of emergency admissions with mental diagnosis between dec 2009 and July 2010 split up in two groups: RAID & RAID-influence (RAID and pre-RAID different selections) Limited information on number of included patients and number of patients on which the calculations were based. Limited information on uncertainty around estimated results
-------------	--	---	---	--	---	---	---

Overwegingen

In deze systematische literatuuranalyse gericht op de effectiviteit van liaisonactiviteiten zijn slechts enkele artikelen gevonden. Deze richten zich vooral op de effecten van liaisonactiviteiten op opnameduur en kans op heropname kort na ontslag. Gezien het feit dat de gemiddelde opnameduur in het ziekenhuis sterk is teruggebracht in de afgelopen decennia is ook niet de verwachting dat hier nog veel winst te behalen is. Betere uitkomstmaten zijn hier patiënttevredenheid en tevredenheid van consultvragers. Eén enkele studie richt zich op tevredenheid van consultvragers, terwijl een kinderpsychiatrische studie gekeken heeft naar de opvolging van verwijzadviezen. Er zijn geen onderzoeken naar het effect op kwaliteit van zorg of kostenaspecten van liaisonpsychiatrie.

De werkgroep is echter van mening dat in alle ziekenhuizen waar een consultatief psychiatrisch team werkzaam is, het uitvoeren van liaisonactiviteiten door de consultatief psychiater en consultatief psychiatrisch verpleegkundige of VS GGZ belangrijk is. De primaire doelstellingen van deze

liaisonactiviteiten zijn het bevorderen van vroegsignalering van psychiatrische problematiek, het tegengaan van stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten door deskundigheidsbevordering van medisch personeel werkzaam op somatische afdelingen met het oog om de kwaliteit van geboden zorg op die afdelingen te verhogen. Dit sluit ook aan bij de behoeften zoals die door ervaringsdeskundigen in het kader van ziekenhuispsychiatrie worden omschreven (zie ook het Patiëntperspectief). De werkgroep is van mening dat investering in liaisonactiviteiten leidt tot betere psychiatrische kennis van somatisch personeel en hiermee tot verbetering van de kwaliteit van zorg.

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+),

Maastricht (voorzitter)

- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaaans Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad
- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg
- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooij	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit

patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptringlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
-------------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving) <i>Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de</i>

samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de

	<i>behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoedconsulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijik gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	---

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based

richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werden uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde

artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Zoekverantwoording

Zoekacties zijn opvraagbaar. Neem hiervoor contact op met de Richtlijnen database.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen. Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van

psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen

patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

- Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.
- Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.
- Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.
- Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>
- Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074.
- Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-/transitie>.
- Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbos Instituut.

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn

- relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;
- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
 - de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterpreteerd. Hiertoe is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbeveling is nagedacht over randvoorwaarden mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit

document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepel)organisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de vorderingen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	-Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatisch specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaars	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wens met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	- <1jaar	liaisonactiviteiten zullen ten koste gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialismen - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van

informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatrisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatrisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatrisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist = master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door

- meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en

- verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreeerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt zinvol geacht. Geen commentaar;
 5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;
 6. screening op psychopathologie. Zinvol volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
 7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
 8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn).

Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.

- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).

Verbeteren van de opvolging van adviezen

Uitgangsvraag

Hoe kan de opvolging van adviezen gegeven door de consultatief psychiater, verpleegkundig specialist of consultatief psychiatrisch verpleegkundige aan consultvragers verbeterd worden?

Aanbeveling

Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Volg patiënten bij wie een consult verricht is indien mogelijk op, zodat er zicht is op de opvolging van de gegeven adviezen en het beloop van de psychiatrische behandeling.

Maak duidelijke afspraken over wanneer er sprake is van consultgeving en wanneer van medebehandeling. Daaruit volgt ook wie verantwoordelijk is voor het doorvoeren van geadviseerde medicatiewijzigingen.

Regel zo mogelijk zelf verwijzing of overplaatsing naar een psychiatrische instelling na ontslag van patiënt van de somatische afdeling.

Neem telefonisch contact op met de huisarts indien na ontslag uit het ziekenhuis behandeling door de huisarts dient te worden voortgezet.

Volg bij consultgeving in de huisartsenpraktijk het principe van 'contractering': geef zowel patiënt als huisarts een verslag van het consult en vraag of de huisarts dit met patiënt wilt bespreken.

Inleiding

Psychiatrische consulten kunnen alleen effectief zijn als de door de consultgever gegeven adviezen ook daadwerkelijk opgevolgd worden. Er zijn slechts in beperkte mate gegevens beschikbaar over hoe groot de opvolging van gegeven adviezen in de dagelijkse praktijk is. In een systematische review uit 2010 wordt beschreven dat adviezen met betrekking tot verdere psychiatrische diagnostiek slechts in 56% van de gevallen opgevolgd worden, medicatieadvies in 79% en advies met betrekking tot vervolgbehandeling of overplaatsing na ontslag in 91% (Leentjens, 2010). Over de mate van opvolging van andersoortige adviezen, waaronder advies met betrekking tot bejegening, gedragsmatige of psychotherapeutische interventies en overdracht van informatie bij ontslag, is niets bekend. Om consulten effectiever te laten zijn is het belangrijk om te weten welke factoren geassocieerd zijn met

een betere opvolging van de gegeven adviezen. Hierbij zijn met name die factoren interessant die door de consultgever zelf beïnvloedbaar zijn, omdat deze wellicht gebruikt kunnen worden om de consultgeving effectiever te maken.

Conclusies

	Er zijn geen gerandomiseerde studies gevonden waarin de effectiviteit is onderzocht van interventies gericht op het verhogen van de opvolging van de adviezen vanuit een consultatief psychiatrisch team door medisch specialisten in de ziekenhuissetting.
zeer laag GRADE	Er zijn aanwijzingen dat de opvolging van adviezen aan de huisarts van patiënten die door een consultatief psychiater zijn gezien in het ziekenhuis beter is bij expliciete communicatie over de bevindingen en het geadviseerde vervolg in de vorm van een consultation letter of een telefonisch overleg met de huisarts. <i>Bronnen (Smith, 1995; Burian, 2016)</i>
zeer laag GRADE	De mate van opvolging van adviezen vanuit de consultatieve psychiatrie is mogelijk hoger indien er sprake is van follow-up contacten na de initiële consultatie, er liaisonactiviteiten plaatsvinden, medicatie wordt voorgeschreven door de degene die de consultgeving uitvoerde en indien de consultaanvraag vroeg tijdens opname wordt gedaan. <i>Bronnen (Leentjens, 2010; Neill, 1979)</i>
zeer laag GRADE	Het inzetten van een liaisonverpleegkundige bij het motiveren van patiënten met (een vermoeden van) alcoholmisbruik leidt tot een geringe toename van het aantal patiënten dat een dergelijk programma succesvol afrondt. <i>Bronnen (Hillman, 2001)</i>

Samenvatting literatuur

Slechts één vergelijkende studie is gevonden waarin het effect van interventies gericht op het verbeteren van de opvolging door medisch specialisten van gegeven adviezen vanuit de consultatieve psychiatrie is onderzocht. Deze retrospectieve studie (Hillman, 2001) onderzocht het effect van de

inzet van een liaisonverpleegkundige bij patiënten die werden verwezen naar het consultatief team in verband met een vermoeden op alcoholmisbruik. Het percentage mensen dat startte met een speciaal alcoholprogramma en het programma afrondde in een groep van patiënten verwezen naar een gespecialiseerde verpleegkundige (interventie; n=100) is vergeleken met percentages in een groep van patiënten die werden verwezen naar het consultatief team in de voorafgaande periode toen deze verpleegkundige nog niet beschikbaar was (controle; n=126).

In twee studies werd het effect van interventies gericht op het verbeteren van de communicatie richting de huisarts onderzocht.

Smith (1995) voerden een gerandomiseerde cross-over-studie uit in een universitair ziekenhuis in de Verenigde Staten naar het effect van een consultation letter aan de huisarts op het opvolgen van consultatief-psychiatrische adviezen, en de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de behandeling bij 51 huisartsen die samen 56 patiënten met somatisatie behandelden. Een consultation letter is een schriftelijk weergave van het consult met een duidelijk geformuleerd diagnostisch- of behandeladvies, die doorgaans ook expliciet met de patiënt besproken wordt.

Burian (2016) vergeleek in een prospectieve studie in een groot algemeen ziekenhuis in Duitsland drie manieren om psychiatrische adviezen aan de huisarts, na ontslag van de patiënt, te communiceren bij 116 patiënten opgenomen in een algemeen ziekenhuis: een telefoontje met de huisarts, het meegeven van een schriftelijk verslag van het consult aan de patiënt, of care as usual, waarbij de behandelend arts geacht werd het psychiatrisch advies in de ontslagbrief op te nemen.

Additioneel zijn negen niet-vergelijkende studies gevonden waarin is onderzocht welke variabelen mogelijk gerelateerd zijn voor het al dan niet opvolgen van gegeven adviezen. Het betreft één systematische review en acht retrospectieve cohortstudies. Van de acht retrospectieve studies, zijn de resultaten van zeven studies (Lanting, 1984; Popkin, 1979; Popkin, 1980; Popkin, 1983; Seward, 1991; Wise, 1987; Van Dyke, 1980) tevens meegenomen in de geïnccludeerde systematische review (Leentjens, 2010). Additioneel is een retrospectief cohortonderzoek van Neill (1979) geïnccludeerd.

In de systematische review (Leentjens 2010) zijn 18 retrospectieve cohortstudies geïnccludeerd, waarbij in 13 studies de relatie tussen de mate van opvolging is gerelateerd aan een aantal (vooraf vastgestelde) klinische variabelen. Voor de mate van opvolging is uitgegaan van de definities zoals gehanteerd in de geïnccludeerde studies. Voor potentieel verklarende variabelen is gekeken naar patiëntgerelateerde factoren, karakteristieken van zowel aanvragende specialismen als uitvoerend specialismen, kenmerken van gegeven adviezen en organisatorische factoren. Aangezien in deze review

de verklarende variabelen alleen beschrijvend zijn weergegeven waarbij geen kwantitatieve gegevens over de grootte van een eventuele verband tussen opvolging en de variabelen, zijn de negen retrospectieve cohortstudies tevens apart beschreven in de evidence-tabel.

De studie van Neill (1979) beschrijft de uitkomsten van een retrospectief cohortonderzoek onder 100 patiënten die gezien zijn door het consultatief psychiatrische team. Als uitkomst is gekeken naar de mate van opvolging van adviezen ten aanzien van psychotrope medicatie. De mate van compliance is vergeleken tussen de verschillende typen van medicatie en het type van het gegeven advies, namelijk het starten, stoppen of aanpassen van de dosis van de medicatie.

Resultaten

In het onderzoek van Hillman (2001) is het aantal patiënten met (een vermoeden van) alcoholmisbruik dat start met het alcoholprogramma iets lager bij de groep die gezien werd door de liaisonverpleegkundige in vergelijking met een controlegroep in de periode voorafgaand aan de beschikbaarheid van de liaisonverpleegkundige (50% en 62% respectievelijk, niet statistisch significant). Het aantal patiënten dat het programma start en ook afrondt is iets hoger bij de groep patiënten die is gezien door de liaisonverpleegkundige in vergelijking met de controlegroep (44% versus 25%).

In de studie van Smith (1995) werden de adviezen in de interventiegroep, waarbij de huisarts een consultation letter ontving, beter opgevolgd en leidde dit tot een significante afname van lichamelijke klachten bij patiënten met somatisatie, en tot een significante reductie in zorgkosten.

De opvolging van adviezen in de huisartsenpraktijk was het hoogst indien de consultatief psychiater telefonisch contact met de huisarts had, en het laagst bij care as usual (Burian, 2016). De opvolging van adviezen bij de groep patiënten die een consultverslag mee kreeg zat hier tussenin.

De mate van opvolging was in veel studies beter voor adviezen met betrekking tot medicatie dan bij adviezen met betrekking tot diagnostiek (Lanting, 1984; Leentjens, 2010; Popkin, 1983; Wise, 1987). De mate van opvolging varieerde echter sterk. Voor adviezen met betrekking tot medicatie werd een opvolging tussen de 68 en 98% gerapporteerd (Leentjens, 2010; Neill, 1979). Voor adviezen met betrekking tot de diagnostiek varieerde het percentage opvolging tussen 29 en 75% (Leentjens, 2010).

Leentjens (2010) concludeert dat de opvolging beter is indien er sprake is van follow-up contacten na de initiële consultgeving, er liaisonactiviteiten plaatsvinden, medicatie wordt voorgeschreven door consultgever zelf, de aanvraag van het consult vroeg tijdens opname wordt gedaan en het gaat om een

advies ten aanzien van medicatie. Wise (1987) rapporteren een betere opvolging van medicatieadviezen indien de medicatie werd voorgeschreven door de consultgever zelf (100%) in vergelijking met voorschrijven door behandelend arts (62%; NNT=2.6 (95%CI 2,0 tot 3,9)).

Leentjens et al concluderen dat voor andere variabelen (waaronder de leeftijd van de patiënt, het reeds gebruiken van psychiatrische medicatie op moment van consultgeving, de senioriteit van degene die de consultgeving uitvoert en het type medisch specialisme dat een verzoek tot consultgeving indiende) de resultaten van de afzonderlijke studies elkaar tegenspreken.

Neill (1979) rapporteert dat de mate van opvolging van adviezen ten aanzien van het starten van psychotrope medicatie hoger is bij het voorschrijven van neuroleptica (opvolging 87%) in vergelijking met benzodiazepines (70%) en tricyclische antidepressiva (50%). Zij rapporteren ook de resultaten voor het stoppen van medicatie of het aanpassen van de dosis maar de aantallen per subgroep zijn hierbij erg klein (drie tot acht patiënten).

Bewijskracht van de literatuur

De bewijskracht voor het effect van interventie op de mate van opvolging is laag gezien beperkingen in de onderzoeksofzet (risk of bias) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). De bewijskracht voor de uitkomsten van studies naar verklarende factoren zijn gedefinieerd als zeer laag gezien beperkingen in de onderzoeksofzet (risk of bias) en het geringe aantal patiënten (imprecisie). De studies beperken zich veelal tot het rapporteren van het percentage van opvolging per subgroep. Een multivariate analyse ontbreekt veelal. Daarnaast zijn de resultaten van de studies soms tegenstrijdig.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is er een systematische literatuuranalyse verricht naar de volgende zoekvraag:

Zijn interventies gericht op het verbeteren van de adherentie van adviezen gegeven door consultatief psychiater of verpleegkundige effectief?

P: consultvragers vanuit een somatische afdeling in het ziekenhuis;

I: elke interventie gericht op het verhogen van opvolging van adviezen;

C: geen interventie;

O: mate van opvolging van adviezen gegeven door de consultatief psychiater, verpleegkundig specialist of consultatief-psychiatrisch verpleegkundige.

Relevante uitkomstmaten

De werkgroep achtte de mate van opvolging van de in het psychiatrisch consult gegeven adviezen een voor de besluitvorming kritieke uitkomstmaat. De werkgroep definieerde niet a priori de genoemde uitkomstmaten, maar hanteerde de in de studies zelf gebruikte definities.

Naast vergelijkend onderzoek, heeft de werkgroep er bij deze vraagstelling ook voor gekozen om studies die voorspellers van opvolging van adviezen bestuderen te beschouwen, omdat kennis van deze factoren wellicht ook tot adviezen kan leiden om de mate van opvolging van adviezen te verbeteren.

Zoeken en selecteren (Methode)

In de databases Medline (via OVID) en PsychInfo (OVID) is met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerde studies en observationele studies naar interventies gericht op het verbeteren van de opvolging van adviezen van de consultatief psychiater door aanvragend specialisten. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde initieel 342 treffers op. Omdat enkele relevante studies ontbraken is de search aangepast. Deze aanvullende search leverde 236 additionele treffers op. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: betrekking op psychiatrische consultgeving in het ziekenhuis, uitkomstmaat opvolging en als type studie een vergelijkende studie naar het effect van interventies gericht op het verbeteren van de mate van opvolging. Op basis van deze criteria werden slechts twee vergelijkende studies geïdentificeerd die expliciet tot doel hadden het effect van een interventie op de mate van opvolging te bestuderen. Vervolgens is besloten ook niet-vergelijkende studies te includeren waarin is onderzocht welke factoren verklarend kunnen zijn voor de mate van opvolging van adviezen. Omdat in de search breed naar verschillende type studies is gezocht, werd de reeds uitgevoerde search ook voor deze vraag bruikbaar geacht. Op basis van titel en abstract werden 28 additionele studies voorgeselecteerd. Na raadpleging van de volledige teksten van de 30 studies, werden vervolgens 20 studies geëxcludeerd (zie exclusietabel onder het tabblad Verantwoording) en tien studies definitief geselecteerd (één studie naar het effect van interventies gericht op het verbeteren van de opvolging en negen studies naar mogelijk verklarende factoren). Additioneel werden twee studies over consultgeving in de huisartsenpraktijk ingebracht door een werkgroeplid (Smith, 1995; Burian, 2016).

De belangrijkste studiekarakteristieken en resultaten van de geïnccludeerde studies zijn opgenomen in de evidence-tabellen. De beoordeling van de individuele studieopzet (risk of bias) is opgenomen in de risk of bias tabellen.

Referenties

Burian R, Franke M, Diefenbacher A. Crossing the bridge - a prospective comparative study of the

effect of communication between a hospital-based consultation; liaison service and primary care on general practitioners concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *J Psychosom Res.* 2016;86:53-9.

Hillman A, McCann B, Walker NP. Specialist alcohol liaison services in general hospital improve engagement in alcohol rehabilitation and treatment outcome. *Health Bull.* 2001;59:420-23.

Lanting RHH, Hengeveld MW. Outcome of psychiatric consultation in a Dutch university hospital. *Psychosomatics.* 1984;25:619-25.

Leentjens AFG, Boenink AD, Van der Feltz CM. Can we increase adherence to treatment recommendations of the consultation psychiatrist working in a general hospital? A systematic review. *J. Psychosom Res.* 2010;68:303-309.

Mackenzie TB, Popkin MK, et al. Consultation-Liaison Outcome evaluation System part 1. Teaching applications. *J Nervous Mental Dis.* 1981;169:648-53.

Neill JR. Consultation Evaluation. Psychotropic drug recommendations. *Gen Hosp Psychiat.* 1979;1:62-65.

Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Concordance with consultants' recommendations for diagnostic action. *J Nerv Ment Dis.* 1980;168:9-12.

Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Concordance with consultants' recommendations for psychotropic medication. *Arch Gen Psychiat.* 1979;36:386-9.

Popkin MK, Mackenzie TB, et al. Consultation-Liaison Outcome Evaluation System. 1. Consultant-consultee interaction. *Arch Gen Psychiat.* 1983;40:215-219.

Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. The psychological care of medical patients. A practical guide. London Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. 2003.

Seward LN, Smith GC, et al. Concordance with recommendations in a consultation-liaison psychiatry service. *Austral New Zealand J Psych.* 1991;25:243-54.

Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiat.* 1995;52:238-43.

van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Ader HJ, et al. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom.* 2006;75:282-9.

Van Dyke C, Rice D, et al. Psychiatric consultation: compliance and level of satisfaction with recommendations. *Psychother Psychosom.* 1980;33:14-24.

Wise TN, Mann LS, et al. Consultation-Liaison outcome Evaluation System (CLOES): resident or private attending physicians' concordance with consultants' recommendations. *Compr Psychiat.* 1987;28:430-6.

Evidence tabellen

UV6a Evidence tables: Effectiveness of interventions aimed at increasing physicians adherence to psychiatric advices after consultation

Study reference	Study characteristics	Patient characteristics	Intervention (I)	Control (C)	Follow up	Outcome measures and effect size	Comments
Hillman 2001	Retrospective study; before after design;	Patients referred to liaison or duty psychiatrist because (suspected) alcohol misuse Mean alcohol consumption 245 units/week in control group; 225 units/week in intervention group	Alcohol liaison service Consultation by Specialist alcohol addiction trained psychiatric nurse (n=100)	Patients referred to alcohol rehabilitation programme between June 1996 and May 1997. Consultation by a range of different staff members, inclusive consultant liaison psychiatrist, junior psychiatrist, community psychiatric nurses	6 months	Start alcohol rehabilitation program I: 50/100=50% C: 78/126=62% ARR=-0.12 (95% CI -0.25 to 0.01) Start & completion of 4-6 week period of alcohol rehabilitation I: 44/100=44% C: 31/126=25% ARR=0.19 (95% CI 0.07 to 0.31)	Besides data on alcohol consumption, no data on possible confounding variables; Unclear whether a different selection of patients is included after introducing the alcohol liaison service (comparability of groups)
Burian 2016 USA	Cohort study, prospective	patients referred to CL-service from dept of internal medicine, neurology and surgery for depressive and/or anxious symptoms	TC ("telephone call"): CL-psychiatrists phoned GPs <5 days after consultation (n=39) CR ("consultation report"): Patients were given copies of consultation report after consultation and asked to pass to their GP (n=39)	CAU care as usual; It was left to the treating physician to include recommendations of the psychiatric consultation into the discharge letter all groups: CL-psychiatrists discussed diagnoses and recommendations with patients and medical staff on wards	6 weeks 91 of 116 patients could be contacted (telephone interview); no differences drop out between study groups	GP concordance (only presented in figures, no data on exact %) - In TC group, the number of concordance rates with >75% of implemented recommendations is very high. In contrast, the majority of GPs (58%) of CAU group patients showed concordance rates below 75%. Concordance rates of GPs in the CR group were in between. (p=0.000) Data from figure: High concordance (=rate implemented / total CL recommendations >75%) TC ± 28 GPs CR ± 15 GPs CAU ± 8 GPs	116 of 448 referred patients were included; exclusion: -direct referral to psych. inpatient treatment (35%) - ongoing psych. outpatient treatment (31%) - CL-psychiatrists missed to ask patients for participation (20%)

CL=consultation-liaison, ARR=Absolute risk reduction NNT=number needed to treat, ∞ =infinite, GP =general practitioner, CL=consultation -liaison

UV6b Evidence tables: Predicting variables for physicians' adherence to psychiatric advices after consultation

Study reference	Study characteristics	Patient characteristics	Prognostic factors	Outcome measures and effect size	Comments
Lanting 1984 Netherlands	Cohort study, retrospective 1 Jan – 31 Dec 1979 Consultations by 7 consultants, 4 psychiatric residents; consultant nearly always meets nurses and attending physician Typed consultation letter sent to referring physician and copy to GP	Consecutive patients; 90 consultations with psychotropic drug recommendations; 233 recommendations psychiatric diagnosis and advise	Age, sex, current psychotropic drug use, type of referring service, reason for referral, consultant, professional level, timing consultation, category of psychotropic drug, number of psychotropic drugs, psychiatric diagnosis	Drug recommendations: 72(80%) concordance; 3 (3%) partially concordance, 15 (17%) nonconcordance. None of the variables related significantly tot concordance with drug recommendations Recommendations diagnosis: 114 (49%) concordance; 17(7%) partially concordance, 102 (44%) nonconcordance. Significant relationship for psychiatric diagnosis and advise - reason for referral - type of referring service (general medicine 60% , surgery 33%) - diagnosis (somatoform mental disorder 78% versus other psych diagnosis 49%)	3 cases partial concordance excluded in the analysis. Included in the review by Leentjens et al. 2010
Leentjens 2010	Systematic review including 18 retrospective studies (N 55 – 1072 per study); 13 studies addressed the relation between adherence and clinical variables	Psychiatric consultations in general and academic hospitals	Variables - Patient-related - Consultant related - Consultee-related - Nature of advice - organizational	Only descriptive (no quantitative data); Better adherence for: - follow up after initial consultation - liaison activities - Prescription medication by consultant - consultation requested early during admission - medication advice Contradictory results for other variables: - age patient - current use psychiatric medication - professional level of consultant - nature requesting discipline	Limited information about selection and data extraction. (incl Popkin 1979, Van Dyke 1979, Lanting 1984, Wise 1987, Seward 1991)
Neill 1979 USA	retrospective cohort study, chart review Psychiatric consultation service: psychiatric residents at bedside and at least 1 follow-up visit	100 consecutive patients seen by psychiatric consultation service	type of recommended psychotropic medication	% compliance to start medication (55/76=72%): - neuroleptics, n=32/37=87% - benzodiazepines, n=12/17=70% - TCAs, n=11/22=50% % compliance to discontinue (12/15=80%): - Neuroleptics, n=8/8=100% - Benzodiazepines, n=1/3=33% - TCAs, n=3/4 75% % compliance to adjust: - Neuroleptics, n=3 100% - TCAs, n=1 100%	
Popkin 1979 USA	Retrospective cohort study Adult psychiatric consultation-liaison service of university hospital	110 consecutive psychiatric consultations including psychotropic drug suggestions (133 recommendations, between March 1976 and June 1976)	Type of recommendation Type of medication	Concordance (or partial concordance) with consultants recommendations for psychotropic medication; criteria provided in a table. % nonconcordance: - all recommendations 32/133=24% (95% CI 17-31%) - start psychotropic drug 30/86=35% - adjust drug already being used 0=10=0% - continue drug without change 0/10=0% - discontinue drug: 2/27=7% % nonconcordance: Start Major tranquilizer 11/34=35% Start TCA: 12/33=32% Start minor tranquilizer 7/19=37%	Only percentages reported, no further analysis Included in the review by Leentjens et al. 2010

Popkin 1980	Retrospective cohort study	110 psychiatric consultations including recommendations for diagnostic action, between March – June 1976 and between January-June 1977	Variables related to: - Patient - Consultee - Consultant - Consultation Recommendation characteristics	Concordance with consultants' recommendations for diagnostic action; concordance =recommended action was ordered within 96 hours. Overall concordance in 58/110=53% of recommendations (95% CI 44-62%) Related factors (C=concordance): age patient <29 yrs C: 10/24=42% 30-59 yrs C: 26/50=52% >59 yrs C: 22/29=76% resultant psychiatric diagnosis -Organic mental disorder C: 16/19=84% -other C:42/84=50% days hospitalized after consult C: average 12 days NC: average 6 days (no data on uncertainty) total days hospitalized C: average 18 days NC: average 12 days (no data on uncertainty)	Univariate analysis only Overlapping with Popkin 1983
Popkin 1983	Cohort study, Retrospective	394 psychiatric consultations between March – June 1976 and between January-June 1977	Variables related to: - Patient - Consultee - Consultant - Consultation Recommendation characteristics	Concordance, criteria per type of recommendation provided in a table Significant variables: drugs - current use psychotropic drugs - category of recommendation - timing consultation - previous use of psychotropic drugs - specification of dosage - number of recommendations diagnostic - age of patient - resultant psychiatric diagnosis - days hospitalized after diagnosis - total days hospitalized	Overlapping with Popkin 1979 and Popkin 1980 Only a summary of significant related variables (no detailed information) Univariate analysis only Detailed description of definitions concordance per type of recommendation. Included in the review by Leentjens et al. 2010

Seward 1991 Australia	Cohort study, retrospective General hospital	Inpatients referred to consultation-liaison psychiatry service Inclusion criteria: files: reasonable psychiatric assessment could be made, consultation reports contained sufficient data	Patients characteristics and consultants' characteristics	Concordance for psychotropic drug recommendations (detailed definitions provided) 85.5% concordant 3.2% partially concordant 11% non-concordant % concordance per type of recommendation Start 84% Adjust 85.3% Continue 87.1% Discontinue 87.9% Not to give 89.3% % concordance per type of drug Antidepressant 84.3% Minor tranquilliser 87.2% Major tranquilliser 87.5% Lithium carbonate 100% Other 85.7% Specification of drug and dosage was related to concordance for second drug prescribed. 1st drug (n=168): -specific drug : 81% concordance -no specific drug: 19% concordance -specific dose: 67.9% concordance -no specific dose: 19.4% concordance 2nd drug (n=67): -specific drug : 92.5% concordance -no specific drug: 7.5% concordance -specific dose: 80.6% concordance -no specific dose: 19.4% concordance No other patient, consultee or consultants characteristics had significant relation with concordance drug prescriptions	"the degree of concordance was so great that analysis of variables related to it was limited" categories "specific drugs prescribed" and "specific dosage prescribed" were split up for 1st drug prescribed and 2nd drug prescribed Included in the review by Leentjens et al. 2010
Wise 1987	Cohort study, retrospective Consultation by 10 postresidency consultation-liaison fellows	200 psychiatric consultations Between July 1979 and June 1984; every fifth consultation selected	Consultee - resident - private attending (independent private practitioners)	Concordance (for definitions referred to CLOES, in Popkin 1983) Medication: 78% concordance, related to who wrote orders: -by private medical doctor: 41/66=62% -by consultation-liaison fellow: 36/36=100% NNT=2.6 (95%CI 2.0 to 3.9) not related to type recommendation (start / stop / ..) or timing of consultation Diagnostic advice: 71% concordance Related to wrote orders (no data; only P value)	Data collected using CLOES, consultation-liaison outcome evaluation system, a structured database (described in Popkin 1983) Included in the review by Leentjens et al. 2010
Van Dyke 1980 USA	Cohort study, retrospective Adult medical and surgical wards without a liaison psychiatrist	55 consecutive cases, medical and surgical patients; 185 recommendations (about medication, alter approaches to patient, diagnostic tests, change patients' environment)	Type of recommendation (no definition)	Compliance with recommendations 167 of 185 (90%) recommendations were complied with. Rate compliance did not vary for type recommendation (biological versus psychosocial recommendations).	Records of 6 patients lost. Included in the review by Leentjens et al. 2010

Overwegingen

Op basis van de beperkte evidence ten aanzien van de effectiviteit van liaisonactiviteiten kunnen geen harde aanbevelingen voor de klinische praktijk geformuleerd kunnen worden. Duidelijk is dat naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen nauwelijks onderzoek is gedaan.

Op basis van het literatuuronderzoek kan gesteld worden dat er lichte aanwijzingen zijn dat liaisonactiviteiten de effectiviteit van consulten verhogen. Liaisonactiviteiten leiden doorgaans tot meer kennis en begrip van psychiatrische stoornissen bij consultvragers en tot intensievere samenwerkingscontacten.

Duidelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de consultatief psychiater kunnen ook tot effectievere consulten leiden. De consultgever kan ófwel als consulent slechts adviezen geven ófwel als medebehandelaar een deel van de behandelverantwoordelijkheid van de patiënt over te nemen. Dat laatste leidt uiteraard tot betere opvolging van adviezen, omdat de consultgever zelf de betreffende afspraken maakt of opdrachten geeft. Eén enkele studie laat zien dat indien de lokale situatie dat toestaat het voorschrijven van medicatie door de consultgever tot effectievere behandeling leidt, dat wil zeggen grotere opvolging van medicatieadviezen. Ook mag verwacht worden dat in het geval van advies tot overplaatsing naar een psychiatrische instelling of psychiatrische vervolgbehandeling, de opvolging van adviezen voor deze vervolgbehandeling groter is wanneer de consultgever deze verwijzing zelf regelt.

Indien in de instelling de beschikking heeft over een consultatief psychiatrisch verpleegkundige, dan leidt inzet bij het motiveren van alcoholverslaafde patiënten voor behandeling van hun alcoholverslaving tot een hoger slagingspercentage van deze behandeling. Het betreft hier uiteraard meer een heel beperkt en specifiek onderdeel van de werkzaamheden van een dergelijke consultatief verpleegkundige.

Opvolging van adviezen gegeven bij kinder- en jeugdpsychiatrische consultgeving

Er is geen onderzoek bekend dat bestudeert welke factoren geassocieerd zijn met een betere opvolging van adviezen gegeven in het kader van kinder- en jeugdpsychiatrische consultgeving. Het ligt voor de hand dat enkele factoren die geassocieerd zijn met de mate waarin adviezen worden opgevolgd bij consultgeving in de volwassenen- en ouderenpsychiatrie ook van toepassing zullen zijn bij consultgeving vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Opvolging van consultatief psychiatrische adviezen in de huisartsenpraktijk

Bij de literatuursearch werd twee studies gevonden, waaruit bleek dat communicatie met de huisarts leidde tot betere opvolgen van consultatief-psychiatrische adviezen in de huisartsenpraktijk (Smith 1995; Burian 2016). Een andere studie (Van der Feltz-Cornelis, 2006) toonde aan dat contractering

leidde tot verminderde de ernst van de lichamelijke klachten, verbeterde het sociaal functioneren en verminderde het gebruik van de gezondheidszorg. Bij contractering wordt een schriftelijk consultverslag (ofwel de consultation letter) van de consultgever zowel aan patiënt als huisarts verstrekt, en door de huisarts expliciet met de patiënt besproken die zich vervolgens ook expliciet aan de behandeling moet committeren.

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht (voorzitter)
- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaan Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad

- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg
- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooi	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit

patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptrichtlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
-------------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving) <i>Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de</i>

samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de

	<i>behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoedconsulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijk gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	--

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based

richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werden uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde

artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Zoekverantwoording

Zoekacties zijn opvraagbaar. Neem hiervoor contact op met de Richtlijnen database.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen. Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van

psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen

patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

- Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.
- Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.
- Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.
- Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>
- Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074.
- Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-/transitie>.
- Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbos Instituut.

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn

relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;

- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
- de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterpreteerd. Hiertoe is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbeveling is nagedacht over randvoorwaarden, mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit

document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepel)organisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de vorderingen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	-Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatisch specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaars	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wens met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	- <1jaar	liaisonactiviteiten zullen ten koste gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialismen - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van

informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatrisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatrisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatrisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist = master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulerend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door

- meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en

- verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreeerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt zinvol geacht. Geen commentaar;
 5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;
 6. screening op psychopathologie. Zinvol volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
 7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
 8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn).

Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.

- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).

Rol consultatief psychiater bij wilsbekwaamheid

Uitgangsvraag

Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het beoordelen van de wilsbekwaamheid?

Aanbeveling

Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

Evalueer de beoordeling van de wilsbekwaamheid tijdens de behandeling herhaaldelijk indien de mentale status wisselt en wanneer behandelbeslissingen omdat de wilsbekwaamheid dynamisch is en ter zake een specifieke medische conditie en context wordt vastgesteld.

Beperkt de consultgeving tot het beoordelen van de wilsbekwaamheid ten aanzien van het nemen van een specifieke medische beslissing. Geef geen mening over de aard van de (dwang-)behandeling of de rechtmatigheid van een euthanasiewens.

Maak een inschatting van de kans op herstel van de wilsbekwaamheid en de termijn waarbinnen deze verwacht mag worden indien er sprake is van een behandelbare psychiatrische aandoening.

Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman, 2012).

Inleiding

Een psychiater wordt regelmatig in consult gevraagd voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid van een patiënt. Het beoordelen van wilsbekwaamheid is een competentie die iedere arts in principe moet beheersen. Beoordeling door een psychiater heeft met name meerwaarde in het geval van psychiatrische stoornissen, zoals depressieve of psychotische stoornissen, cognitieve achteruitgang, persoonlijkheidsproblematiek en interactieproblemen met de behandelend arts of verpleging.

De vraag naar de wilsbekwaamheid raakt aan het spanningsveld tussen respect voor autonomie van de patiënt en goed hulpverlenerschap. Dit spanningsveld kan tot praktische dilemma's leiden indien er noodzaak bestaat tot snelle medische interventie tegen de wens van de patiënt in.

In de wetgeving wordt wilsonbekwaamheid omschreven als het niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke behartiging van zijn belangen ter zake (WGBO, art. 7:465 lid 2). Het juridische begrip wilsonbekwaamheid veronderstelt dat de patiënt niet de benodigde vaardigheden heeft om een bepaalde medische beslissing te nemen, en daarmee is de patiënt dan ook niet bevoegd dit te doen. Belangrijk is te realiseren dat het bij wilsbekwaamheid in juridische zin niet om een algemene kwalificatie gaat, maar om een context- en taakafhankelijk begrip. Afhankelijk van de reikwijdte van een beslissing kan een patiënt wilsbekwaam geacht worden voor één bepaalde beslissing, en wilsonbekwaam voor een andere.

In de handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid (Rijksoverheid, 2007) staat geformuleerd: "Een patiënt kan als wilsbekwaam worden beschouwd, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar die mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is." De term beslisvaardigheid dekt beter de lading van het begrip wilsbekwaamheid in de medische praktijk omdat het om een afweging gaat van de capaciteit tot het nemen van een medische beslissing ter zake en niet alleen om een afweging van de wil van de patiënt (Tholen, 2004).

Conclusies

Het beoordelen van wilsbekwaamheid is een competentie die in principe iedere arts moet beheersen. Met name in het geval van psychiatrische stoornissen, zoals depressieve of psychotische stoornissen, cognitieve achteruitgang, persoonlijkheidsproblematiek en interactieproblemen met de behandelend arts of verpleging heeft beoordeling door een psychiater meerwaarde. Er is vrijwel geen onderzoek verricht naar het verrichten van wilsbekwaamheidsbeoordelingen. Wel zijn een aantal handreikingen en expert opinions gepubliceerd die als kader bij beoordelingen kunnen dienen.

Zoeken en selecteren

Om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden is kennisgenomen van bestaande richtlijnen, leerboeken op het terrein van de consultatieve psychiatrie en relevante wetenschappelijke artikelen die bekend waren bij de werkgroep (zie literatuurlijst). Voor deze uitgangsvraag is geen systematische literatuuranalyse verricht, omdat het karakter van deze vraag zich niet goed leent voor beantwoording door middel van een systematische review van origineel wetenschappelijk onderzoek.

Referenties

Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients capacities to consent to treatment. The New Engl J Med.

1988;319:1635-8.

Bouman NH, Van Weel EAF. Algemene aspecten: op het raakvlak. In: Van Weel EAF, Van Lier MHM, Verheij F. Consultatieve en liaison kinder- & jeugdpsychiatrie. Koninklijke Van Gorcum, Assen. 2012:406-08.

Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid, Den Haag: Rijksoverheid. 2007.

Hein I. Childrens competence to consent to medical treatment or research. Academisch proefschrift, Amsterdam University Press, Amsterdam. 2015.

Hindmarch T, Hotopf M, Owen GS. Depression and decision-making Capacity for treatment or research: a systematic review. BMC Medical Ethics. 2013;14:54.

Kramers C, Jansman FGA, Droogleveever Fortuyn H. Een patiënt die na een auto-intoxicatie met paracetamol behandeling weigert. Ned Tijdschr Geneesk. 2006;150:1601-1604.

Manschot GM, Hondius AJK, Van Dijk MM, et al. Behandelimpasse bij een patiënt met paranoïde denkbeelden en een testiscarcinoom doorbroken door gecombineerde inzet WGBO en Bopz. Tijdschr Psychiatr. 2015;57:680-683.

Mertens JBC, Scherders MJWT, Van den Borne BEEM, et al. Beleid bij een psychiatrische patiënt met een levensbedreigende en besmettelijke vorm van longtuberculose die behandeling weigert. Ned Tijdschr Geneesk. 2000;144:480-483.

Tholen AJ. Wilsbekwaamheid en zelfbeschikking. In: Leentjes AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk (red.). Koninklijke Van Gorcum. Assen. 2004;119-36.

Vinkers CH, Van Kraats GB, Biesart MC, et al. Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7229.

Overwegingen

Beoordeling wilsbekwaamheid en afwegingen rondom beslisbevoegdheid

Iemand wordt verondersteld wilsbekwaam te zijn ter zake een medische beslissing, tenzij bij beoordeling het tegendeel wordt vastgesteld. De vraag naar wilsbekwaamheid ontstaat wanneer de behandelend arts van mening is dat zijn patiënt een behandelvoorstel niet begrijpt, de gevolgen van het weigeren van een voorstel onvoldoende overziet of een onlogische redenering volgt in zijn besluitvorming. Het oordeel over de wilsbekwaamheid betreft het denkproces tot het besluit, niet direct de inhoud van het besluit. In de handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid van de Rijksoverheid worden de criteria van Appelbaum en Grisso (Appelbaum, 1988) aangehaald. Om wilsbekwaam een besluit te nemen moet de betreffende persoon in staat zijn om vier stappen te

doorlopen. Het gaat hierbij om het 1) vermogen om de verstrekte informatie feitelijk te begrijpen, 2) de aard van de situatie in te schatten (beseffen en waarderen), 3) de informatie rationeel af te wegen en 4) een keuze tussen (behandel)mogelijkheden te maken en te uiten.

Een keuze die aan genoemde criteria voldoet moet in principe gerespecteerd worden door de behandelend arts, ook als deze het er niet mee eens is. Echter, goed hulpverlenerschap en de professionele standaard dienen hierbij mede in acht genomen te worden. Een voorbeeld hierbij is dwangbehandeling van de patiënt die na een auto-intoxicatie met paracetamol een relatief eenvoudige behandeling weigert, welke leverschade (een ernstig nadeel) kan voorkomen (Kramers, 2006). Bij wilsbekwame patiënten kunnen goed hulpverlenerschap en de beperkingen van de WGBO soms op gespannen voet met elkaar staan.

De beoordeling van de wilsbekwaamheid is gericht op de besluitvaardigheid van een patiënt aangaande een specifieke situatie. De eisen die gesteld worden aan deze besluitvaardigheid zijn hoger naarmate de gevolgen van de genomen beslissing ingrijpender zijn. Gezien het dynamische aspect van de wilsbekwaamheid dient in het geval van wisselende mentale status of in het geval dat behandelbeslissingen langdurende implicaties hebben, de beoordeling herhaaldelijk of periodiek geëvalueerd te worden.

Het is raadzaam de overwegingen per criterium goed en gemotiveerd te beschrijven in het medisch dossier met hieruit voortkomend de conclusie aangaande de wilsbekwaamheid en het gevoerde beleid. De checklist voor de leidraad bij de beoordeling van wilsbekwaamheid (Vinkers, 2014) vormt een goed hulpmiddel bij de evaluatie van de wilsbekwaamheidsbeoordeling (zie aanverwante producten).

Behandeling bij wilsonbekwaamheid en verzet

Bij wilsonbekwaamheid dient de behandelend arts vervangende toestemming te krijgen van de wettelijk vertegenwoordiger mits hiervoor tijd is. In nood dient de arts direct te handelen. In rangorde zijn de wettelijk vertegenwoordigers: een curator of mentor, een schriftelijk gemachtigde, de echtgenoot of partner, een ouder, een kind, een broer of zus. De wettelijk vertegenwoordiger dient de mening van de patiënt naar voren te brengen, zijn wens te behartigen en in zijn belang te handelen. De behandelend arts toetst of dit het geval is. Indien de beslissing van een wettelijk vertegenwoordiger in tegenspraak is met goed hulpverlenerschap van de behandelend arts en hiermee niet in het belang van de patiënt, kan de arts gehouden zijn aan de behandeling van de patiënt.

Bij verzet van de patiënt tegen de behandeling kan deze alleen worden toegepast onder de voorwaarde dat een ernstig nadeel voor de patiënt met de behandeling wordt voorkomen (WGBO: art 7:466). De afweging hierbij geschiedt op basis van de ethische principes van proportionaliteit (staat

het middel in verhouding tot het doel), subsidiariteit (het minst ingrijpende middel toepassen) en doelmatigheid (wordt met het middel het doel bereikt?).

Bij gedwongen behandeling van psychiatrische patiënten met somatisch lijden wordt regelmatig de vraag gesteld binnen welk wettelijk kader (WGBO of BOPZ) behandeling dient plaats te vinden (Manschot 2015). De WGBO geeft een algemeen kader en regelt de rechten en plichten van een behandelaar en patiënt binnen de arts-patiënt relatie. Centraal in deze wetgeving staan de autonomie van de patiënt en de geïnformeerde toestemming. De BOPZ regelt specifiek de rechtsbescherming van een psychiatrische patiënt in geval van een gedwongen opname en is dan ook niet van toepassing binnen de consultatieve psychiatrie.

Wanneer een somatische aandoening wordt geconstateerd en de betrokken patiënt behandeling weigert, ook al is dit op grond van een psychiatrische aandoening, dan gelden niettemin de in de WGBO vastgelegde bepalingen omtrent informed consent, wilsbekwaamheid en gevaar. Toepassing van fixatie en onvrijwillige medicatie is mogelijk, mits deze passen binnen de behandeling en ingezet worden ter afwending van een ernstig nadeel van de patiënt (Mertens, 2000). Bij behandeling van patiënten met een delier op een afdeling in het ziekenhuis vindt behandeling dan ook plaats binnen de kaders van de WGBO, omdat de delirante symptomen een directe uiting zijn van een onderliggende somatische aandoening.

Om tot een gewogen behandelbeleid te komen bij de principes van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, zijn tijd en herhaaldelijke gespreksvoering (indien mogelijk) met de patiënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger noodzakelijk. Hierbij kan ook een compromis tot stand komen waarbij een behandelbeleid geformuleerd wordt met minder ingrijpende maatregelen en medisch suboptimale resultaten, waarmee de patiënt kan instemmen en recht doet aan de subsidiariteit. Echter, indien gedwongen behandeling noodzakelijk wordt geacht, is sprake van exceptie van het zelfbeschikkingsrecht en is het aan te raden een collega arts te consulteren.

Rol van de psychiater

Indien de behandelend arts twijfelt over de wilsbekwaamheid bij zijn patiënt kan hij de psychiater in consult vragen. Alhoewel alle artsen wilsbekwaamheid moeten kunnen beoordelen, is het voorstelbaar dat bij twijfel hierover de psychiater als specialist van de mentale functies, hierin om een oordeel wordt gevraagd. Ook omdat juist psychiatrische beelden de wilsbekwaamheid kunnen verstoren, zal hij in zekere gevallen de daartoe geëigende professional zijn.

De consultvrager dient bij zijn aanvraag helder te vermelden wat het doel van de medebeoordeling van de wilsbekwaamheid is. De medebeoordeling kan zowel gericht zijn op een herevaluatie (second opinion) van het gevolgde proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid door de consultvrager

(bijvoorbeeld bij verzet van de patiënt), als op de mogelijke aanwezigheid van een psychiatrische stoornis. Het psychiatrisch onderzoek hierbij is zowel gericht op de cognitieve functies betrokken bij de beslisvaardigheid, als de aanwezigheid van een eventuele psychiatrische stoornis, die hiermee kan interfereren. Indien sprake is van een psychiatrische stoornis kan de psychiater een informatie geven over de behandelmogelijkheden en de kans op herstel van de wilsbekwaamheid van de patiënt bij succesvolle behandeling, en indien mogelijk ook over de verwachte termijn van effect van behandeling. Op basis van die informatie kan afgewogen worden of het mogelijk is te wachten op herstel van wilsbekwaamheid, zodat de patiënt zelf kan beslissen. Indien de consultvraag aangaande wilsbekwaamheid wordt gesteld in het kader van een euthanasiewens, is het van belang dat de psychiater zich beperkt tot een oordeel over de wilsbekwaamheid in relatie tot de psychische functies en geen uitspraak doet over de rechtmatigheid van de euthanasiewens zelf.

De cognitieve functies die nodig zijn om tot een besluit te komen bij een medische vraag staan centraal bij een wilsbekwaamheidsbeoordeling. Bij bewusteloosheid, ernstige intoxicatie met sedativa en uitgesproken delier is sprake van wilsonbekwaamheid voor het geven van een informed consent. Bij de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis kunnen directe aanwijzingen zijn voor een beperking in de wilsbekwaamheid. De kans op wilsonbekwaamheid is vaak groter bij dementie, psychotische beelden met formele denkstoornissen, ernstige depressies, hevige angst, dissociatieve toestanden en eetstoornissen met ernstig ondergewicht. Bij een ernstige depressie lijkt met name het vermogen om de aard van de situatie in te schatten (beseffen en waarderen) aangedaan (Hindmarch, 2013).

Indien medebehandeling volgt op de consultgeving kan deze gericht zijn op het behandelen van de psychiatrische stoornis of het beïnvloeden van psychosociale factoren die de wilsbekwaamheid negatief beïnvloeden. Gezien de expertise van de psychiater op het gebied van gesprekstherapie en interpersoonlijke communicatie is hij mogelijk in staat motieven achter verzet tegen behandeling bespreekbaar te maken.

Wilsbekwaamheid van minderjarigen

In de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) wordt in de Nederlandse situatie onderscheid gemaakt in kinderen onder de 12 jaar, kinderen tussen de 12 en 16 jaar en kinderen ouder dan 16 jaar. Alhoewel de laatsten voor de wet nog niet volwassen zijn, worden zij voor een medische behandelovereenkomst wel volledig wilsbekwaam geacht. Alleen in de situatie dat zij niet wilsbekwaam worden geacht treden de ouders of voogd op als vertegenwoordigers. Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar eindigt het ouderlijk gezag, maar kan de rechter de ouders of voogd in voorkomende gevallen wel als mentor of curator aanwijzen.

Voor kinderen tussen de 12 en 16 jaar geldt dat dubbele toestemming vereist is; zowel ouders als kind moeten instemmen met het behandelvoorstel. Hierop bestaan twee uitzonderingen. Ten eerste kan

een hulpverlener volstaan met toestemming van alleen de jongere als deze ernstig nadeel zou ondervinden van het nalaten van de behandeling, bijvoorbeeld het voorschrijven van de pil of het behandelen van een soa. Ten tweede kan een arts de wens van de jongere laten prevaleren als deze weloverwogen is. Denk hierbij aan de jongere die een abortus provocatus wil, maar haar ouders niet. In deze gevallen kan het goed zijn om de jongere haar wens schriftelijk te laten vastleggen.

Kinderen onder de 12 jaar worden in de behandelovereenkomst vertegenwoordigd door hun ouders of voogd. Het kind hoeft geen toestemming te geven, maar heeft wel recht op informatie, afgestemd op het bevattingsvermogen van het kind. In de praktijk zijn de rechten van het kind dat wel rekening gehouden dient te worden met zijn of haar wensen. Hoe ouder het kind is, hoe meer dit in het algemeen het geval zal zijn.

Gezien bovenstaande is het relevant om bij kinderen vast te stellen in hoeverre zij in staat zijn om wilsbekwaam een medische beslissing te nemen. Alhoewel de wetgever hiervoor de leeftijd van 12 jaar heeft aangehouden, zijn empirische gronden voor deze leeftijdsgrens schaars en vaak zullen psychologische en emotionele rijpheid betere graadmeters zijn. Intelligentie en complexiteit van het medisch besluit blijken hierin weinig bepalend te zijn (Hein, 2014). Omdat wilsbekwaamheid ook bij kinderen zowel taak- als contextafhankelijk is, is de klinische inschatting hierbij wederom leidend. Naarmate het standpunt van het kind controversiëler is, is een zorgvuldige beoordeling van zijn competentie en vrijwilligheid belangrijker. Bij de klinische beoordeling worden de criteria van Grisso en Appelbaum (zie boven) nagegaan. Bij kinderen dient daarnaast extra aandacht te zijn voor de ervaring en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele factoren (angst en depressie) en emotionele rijpheid, cognitieve capaciteit en stoornissen, en tijd voor besluitvorming (Bouman en van Weel 2012). In gevallen waarbij het standpunt van het kind afwijkt van de arts en/of de ouders kan een neutrale beoordeling van een deskundige, zoals een kinder- en jeugdpsychiater, wenselijk zijn. Daarnaast kan het nuttig zijn om de klinisch psycholoog in consult te vragen.

Autorisatiedatum en geldigheid

Laatst beoordeeld : 01-12-2017

Laatst geautoriseerd : 01-12-2017

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is als houder van deze richtlijn de eerstverantwoordelijke voor de actualiteit van deze richtlijn. De andere aan deze richtlijn deelnemende wetenschappelijk verenigingen of gebruikers van de richtlijn delen de verantwoordelijkheid en informeren de eerstverantwoordelijke over relevante ontwikkelingen binnen hun vakgebied.

Uiterlijk in 2022 bepaalt het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of deze richtlijn

nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

Initiatief en autorisatie

Initiatief : Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Geautoriseerd door:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
- Patiëntenfederatie

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

De richtlijn wordt ter autorisatie voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland en de Nederlandse Internisten Vereniging.

Doel en doelgroep

Doel

Deze richtlijn heeft als doel een standaard te beschrijven voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden (producttypering). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP, 2015).

Doelgroep

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Samenstelling werkgroep

Voor het herzien van de richtlijn Consultatieve Psychiatrie uit 2008 (NVvP, 2008) is in 2015 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van alle relevante specialismen die betrokken zijn bij consulten door een psychiater op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen, op aanvraag van de daar werkzame specialisten.

De werkgroepleden zijn door hun beroepsverenigingen gemandateerd voor deelname. De werkgroep is verantwoordelijk voor de integrale tekst van deze richtlijn.

- Dr. A.F.G. Leentjens, psychiater, werkzaam in Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+), Maastricht (voorzitter)
- Dr. H.N. Sno, psychiater, werkzaam in Academisch Medisch Centrum (AMC), Amsterdam en het Zaan Medisch Centrum (ZMC), Zaanstad
- Dr. C.D. Schubart, psychiater, werkzaam in Tergooi Ziekenhuis, Hilversum
- H.J.H. Kuijpers, psychiater, werkzaam in Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), Tilburg
- Dr. A.L.C. de Vries, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in VU Medisch Centrum (VUmc), Amsterdam
- A. van Baalen, Verpleegkundig Specialist GGZ, werkzaam bij Reinier van Arkel, in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- S.L.E. Lambooy, internist ouderengeneeskunde, werkzaam bij Máxima Medisch Centrum, Eindhoven

Met ondersteuning van:

- Dr. M. Moret-Hartman, epidemioloog, werkzaam bij Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, Utrecht

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de KNAW en KNMG is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
De Vries	Kinder- en jeugd Psychiater	"Lid van bestuur European Professional Association of Transgender Health (EPATH) (onbetaald) Lid landelijke opleidingsdagen kinder- en jeugdpsychiatrie commissie (onbetaald)"	Geen	Geen
Kuijpers	psychiater/medisch manager	verrichten psychiatrische expertises, betaald, vrije vestiging	geen	Geen
Lambooy	internist ouderengeneeskunde, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven	NIV bestuurslid sectie ouderengeneeskunde, onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Euclid studie, Astra Zeneca, tricagrelor-studie	Geen
Leentjens	Psychiater / universitair hoofddocent psychiatrie	- Editor in chief van het Journal of Psychosomatic Research (uitgever Elsevier), betaald - bestuurslid 'European Association of Psychosomatic Medicine (EAPM), onbetaald	Extern gefinancierd onderzoek: Michael J Fox foundation voor Parkinson Research, Stichting ParkinsonFonds, Hersenstichting	geen
Schubart	- Psychiater - medisch manager	- lid commissie kwaliteitszorg NVvP, onbetaald - lid stafbestuur Tergooi ziekenhuis, onbetaald - lid bestuur stichting WAMA (Worldwide Access to Medical Advances), onbetaald	geen	geen
Sno	psychiater AMC 0.6 FTE en psychiater ZMC 0.2 FTE	deskundige rechtbank (betaald)	geen	Geen
Van Baalen	Verpleegkundig specialist GGZ	Freelance docent opleidingsinstelling Ggz-VS-	geen	Geen
Moret	Adviseur richtlijnontwikkeling	Hand- en spandiensten huisartsenpraktijk	Getrouwd met praktijkhoudend huisarts	Geen

Inbreng patiëntenperspectief

Oorspronkelijk was gepland om het patiëntperspectief inzake psychiatrische consultgeving in ziekenhuizen helder te krijgen door het organiseren van een focusgroepbijeenkomst. Het is echter niet

gelukt een groep mensen bijeen te krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de richtlijn niet betrekking heeft op een afgebakende patiëntengroep. Daarnaast gaat de richtlijn om intercollegiale consulten waarbij de psychiater geen hoofdbehandelaar is.

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is kennisgenomen van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie die in dezelfde periode is opgesteld (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). In deze generieke module is een hoofdstuk opgenomen over relevante aspecten vanuit patiëntperspectief, waaronder enkele aandachtspunten die relevant zijn voor de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Dit hoofdstuk is geschreven door een ervaringsdeskundige (op basis van eigen ervaringen en ervaringen van collega-patiënten). De adviseur heeft contact opgenomen met de auteur en heeft toestemming verkregen om de lijst met aandachtspunten mee te nemen bij de herziening van de richtlijn. De conceptrichtlijn is tevens voor commentaar voorgelegd aan de Patiëntenfederatie Nederland.

Het afstemmen van de richtlijn op het patiëntperspectief is een belangrijk uitgangspunt bij het formuleren van nieuwe richtlijnen. De werkgroep heeft bij deze richtlijn gepoogd om een focusgroep met patiënten en ervaringsdeskundigen te organiseren. Hiervoor zijn er contacten geweest met de Patiëntenfederatie Nederland, Het Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ) en de cliëntenraden van de ziekenhuizen waar de werkgroepleden werkzaam zijn, alsook enkele ziekenhuizen daarbuiten. Helaas heeft dit onvoldoende respons opgeleverd om een focusgroep te organiseren.

Om het patiëntenperspectief toch vertegenwoordigd te laten zijn in deze richtlijn heeft de werkgroep contact gezocht met de werkgroep Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie. Bij het tot stand komen van die module is wel een focusgroep gehouden, waarbij patiënten konden aangeven welke waarden zij bij psychiatrische behandeling in het algemeen of academisch ziekenhuis, niet specifiek gericht op consultatieve psychiatrie, belangrijk vonden. Dit heeft geresulteerd in een zevental waarden. Voor zover deze waarden ook betrekking kunnen hebben op de consultatieve psychiatrie zijn in deze module overgenomen en waar nodig herschreven voor toepassing binnen de consultatieve psychiatrie. Tevens staat vermeld waar in deze richtlijn de betreffende waarde besproken wordt.

Waarde	Uitwerking en toelichting
--------	---------------------------

1. Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven	Doel van elke behandeling, ook binnen de consultatieve psychiatrie, is het bevorderen van het functioneren en het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de patiënt. Dit is ook het algemene uitgangspunt en het doel van deze herzien richtlijn Consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt benoemd in de algemene inleiding: <i>Deze richtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het systematisch uitvoeren van intercollegiale psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen.</i>
---	---

2. Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaar	Het vaststellen van het beleid op basis van overleg tussen patiënt en behandelaar ('shared decision making') is doorgaans de gewenste manier om behandelbeleid vast te leggen. De situatie van een patiënt in het ziekenhuis verschilt echter van die van een ambulante of klinische psychiatrische patiënt. De patiënt is vaak lichamelijk ziek en zijn medische toestand kan invloed hebben op de manier waarop de patiënt informatie kan opnemen en verwerken. Denk hierbij aan patiënten die vanwege beademing gesedeerd worden, patiënten met ernstige pijnklachten, met hoge koorts, een delier, of uitputtingsverschijnselen. Ook kunnen er zich soms acute situaties voordoen met gevaar voor de patiënt of anderen, die overleg onmogelijk maken. Hiermee moet bij behandelbeslissingen rekening gehouden worden en, hoewel 'shared decision making' het uitgangspunt blijft, moet hier in praktijk vaker van afgeweken worden. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Indien de aard van de psychiatrische klachten dit mogelijk maakt dient de patiënt geïnformeerd te worden over de voorgestelde behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen evenals over de mogelijke effecten en neveneffecten van de verschillende behandelopties. Op die manier kan de beslissing tot een specifieke behandeling in overleg met de patiënt genomen worden volgens de principes van 'shared decision making'. In het geval van verwardheid, zoals bij een delier, of in het geval van acute agitatie of agressie zal ook zonder overleg behandeld moeten worden. Met de consultvrager moet afgesproken worden wie verantwoordelijk is voor het uitvoeren van specifieke behandeladviezen.</i>
---	--

3. Continuïteit en ketenzorg	Continuïteit van zorg is belangrijk, en duidelijke afspraken omtrent voortzetten van de zorg na ontslag uit het ziekenhuis zijn onontbeerlijk hiervoor, temeer daar de zorg vaak in een andere setting gecontinueerd wordt. Een duidelijke overdracht naar de huisarts, poliklinisch behandelaar of klinische GGZ-instelling is noodzakelijk om goede medicamenteuze en psychotherapeutische follow-up te garanderen. Ook moet voorkomen worden dat de patiënt tussen ontslag uit het ziekenhuis en het opstarten van zorg elders door wachtlijsten of andere zaken tussen wal en schip valt. Indien het mogelijk is ketenzorgafspraken te maken heeft dit de voorkeur. In andere gevallen zal de behandelend arts en/of de consultatief psychiater op de adequate regeling van nazorg moeten toezien. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Ook dient er duidelijkheid te zijn over het afbouwen of voortzetten van medicatie die door de psychiater is voorgeschreven na afronding van het consult of na ontslag uit het ziekenhuis, en over eventuele psychiatrische nazorg. Alhoewel het in principe de taak van de behandelaar is om er zorg voor te dragen dat een eventuele verwijzing geëffectueerd wordt, wordt vaak verwacht dat de psychiater dit doet, en is het in veel gevallen ook pragmatischer om zelf de nazorgafspraken te maken.</i>
-------------------------------------	--

4. Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden	De consultatief psychiater zal stigmatisering van patiënten met psychiatrische problematiek tegen gaan. Dit gebeurt door het bewustzijn van eigen oordelen en opvattingen, en door het onderwijzen van anderen in de consultatieve psychiatrie. Deze waarde wordt besproken in Module 2 (competenties) Competentie: organisatie <i>Promoot kennis en onderzoek op het gebied van psychiatrische en somatische comorbiditeit en functionele aandoeningen.</i> Competentie: maatschappelijk handelen <i>Verdedigt waar nodig de belangen van patiënten met somatische aandoeningen of functionele stoornissen en andere patiënten die in consult op verzoek van andere specialisten gezien worden</i> Competentie: kennis en wetenschap <i>Faciliteert, en draagt bij aan, scholing van studenten, A(N)IOS, andere medisch specialisten en verpleegkundigen op het gebied van de consultatieve psychiatrie</i> Competentie: professionaliteit <i>Realiseert zich de invloed van eigen ervaringen, meningen over gezondheid, ziekte en behandelingen, en ethische overtuigingen op medische beslissingen</i>
5. Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorg	De consultatief psychiater werkt per definitie samen met andere medisch specialisten uit het ziekenhuis die een beroep op hem doen. Daarnaast is er samenwerking met consultatief psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen en andere disciplines. De bijdragen van deze disciplines dienen op elkaar afgestemd te zijn en er moet een goede en laagdrempelige onderlinge communicatie te zijn. Deze waarde wordt op meerdere plaatsen in de richtlijn benadrukt: In Module 3 (consultgeving)

Het meest belangrijk is dat er duidelijkheid is over de samenwerkingsafspraken tussen consultvragers en consultgevers.

Na afronding van het consult moet verslag en advies worden uitgebracht aan de consultvrager. De manier van verslaglegging moet door pragmatische redenen gedicteerd worden en tot doel hebben zo concreet mogelijke behandeladviezen te geven, in de hoop dat daarmee de adherentie met het advies door de consultvrager verhoogd wordt. De inhoud dient zakelijk, pragmatisch en begrijpelijk te zijn en aan te sluiten bij het referentiekader van de consultvrager.

Ook dient de infrastructuur en dossiervoering hierop afgestemd te zijn (UV3 3, consultgeving)

In het ziekenhuis wordt een verslag van het consult (en van eventuele follow-up contacten) waar mogelijk vastgelegd in het gemeenschappelijk medisch dossier of het elektronisch patiëntendossier, waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. In de consultatieve setting is een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier een belangrijke voorwaarde voor adequate informatievoorziening tussen consultvrager en consultgever. Op die manier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

In Module 2 (competenties)

Competentie: communicatie:

Gaat op een effectieve manier een therapeutische relatie aan met de somatisch zieke patiënt en zijn familie, met oog voor culturele en genderspecifieke aspecten

Communiqueert bevindingen van het consult effectief met de patiënt en zijn familie, met betrokken artsen en het behandelteam.

Competentie: samenwerking

Onderhoudt een effectieve professionele relaties met andere medisch

	<i>specialisten, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die bij de behandeling van de somatisch zieke patiënt betrokken zijn</i> <i>Draagt effectief bij aan multidisciplinaire teams</i>
6. Vroege opsporing en tijdige zorgverlening	Consulten dienen zo spoedig mogelijk, en in bepaalde situaties acuut, te worden verricht. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>Binnen het ziekenhuis moeten alle consulten op de Spoedeisende Hulp als spoedconsulten beschouwd worden. Dit geldt ook voor consulten op somatische opnameafdelingen waarbij er sprake is van een ernstige gedragsstoornis gepaard gaande met overlast of gevaar, of een acute ontslagwens bij een mogelijk wilsonbekwame patiënt. Deze consulten dienen zo spoedig mogelijk, zo mogelijk binnen een uur en bij escalatie direct verricht te worden. Daarnaast is er een categorie van semi-spoed consulten welke, gezien het onvoorspelbaar beloop van de symptomen, doorgaans op de dag van aanvraag worden verricht. Te denken valt hierbij aan; onrust, agressie, suïcidaliteit, ernstige verwardheid, psychose en vermoeden op een delier. Andere redenen voor een consultaanvraag, zoals analyse van cognitieve symptomen, depressieve klachten zonder suïcidaliteit, onbegrepen lichamelijke klachten, en verwerkingsproblematiek kunnen op reguliere basis verricht worden, waarbij een termijn van één dag als redelijk wordt beschouwd.</i>

7. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandel­faciliteiten	De werkgroep erkent het belang van adequate faciliteiten en spreekkamers, maar is als 'gast' op andere ziekenhuisafdelingen vaak niet in de gelegenheid inadequate faciliteiten te verbeteren. Doel is daarom wel om binnen de beschikbare faciliteiten zoveel mogelijk aan de wensen van de patiënt wat betreft privacy etc. tegemoet te komen. Deze waarde wordt besproken in Module 3 (consultgeving): <i>De patiënt wordt bij voorkeur gesproken in een aparte kamer die voldoende privacy waarborgt om ook te spreken over symptomen waar de patiënt zich voor schaamt of over intieme details. Een alternatief kan zijn om de zaalgenoten of bezoek te vragen de ruimte gedurende het gesprek te verlaten. Een gevoel van privacy kan gecreëerd worden door het sluiten van de gordijnen rond het bed, en door voldoende te focussen op de patiënt. Een empathische grondhouding waarin blijk gegeven wordt van inlevingsvermogen voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert draagt bij aan het vertrouwen van de patiënt en aan de therapietrouw (Royal College of Physicians & Royal College of Psychiatrists 2003).</i>
--	--

Methode ontwikkeling

Evidence based

Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijn en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Het implementatieplan is te vinden bij de aanverwante producten. Daarnaast werden indicatoren ontwikkeld om de implementatie van de richtlijn in de praktijk te bevorderen. Deze zijn ook te vinden bij de aanverwante producten.

Werkwijze

AGREE

Deze richtlijn is opgesteld conform de eisen vermeldt in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal

breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based richtlijn tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Uitgangsvragen en uitkomstmaten

Tijdens de voorbereidende fase beoordeelde de werkgroep de aanbevelingen uit de eerdere richtlijn (NVvP, 2008) op noodzaak tot revisie. De volgende organisaties werd uitgenodigd voor een invitational conference en gevraagd of zij nog aanvullende knelpunten ervoeren:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Patiëntenfederatie Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

Het verslag van de Invitational Conference kunt u vinden bij de aanverwante producten. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de voorzitter en de adviseur conceptuitgangsvragen opgesteld. Deze zijn met de werkgroep besproken waarna de werkgroep de definitieve uitgangsvragen heeft vastgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

Allereerst zijn de searches zoals beschreven in de richtlijn uit 2008 (NVvP) bestudeerd. Omdat de beschrijving van de uitgevoerde searches beperkt was, is besloten nieuwe searches op te stellen en uit te voeren. Er werd voor de afzonderlijke uitgangsvragen aan de hand van specifieke zoektermen

gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De databases waarin is gezocht, de zoekactie of gebruikte trefwoorden van de zoekactie en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module van desbetreffende uitgangsvraag.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB-) tabellen. De gebruikte RoB-instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration: AMSTAR voor systematische reviews; Cochrane voor gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; ACROBAT-NRS voor observationeel onderzoek.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode. GRADE staat voor Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>) (Atkins, 2004).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, matig, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Matig	- er is matige zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; - de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methodiek.

Overwegingen

Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt (patient values and preferences), kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje Overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en

ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

In de knelpuntenanalyse en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag.

Indicatorontwikkeling

Gelijktijdig met het ontwikkelen van de conceptrichtlijn zijn interne kwaliteitsindicatoren ontwikkeld om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Meer informatie over de methode van indicatorontwikkeling is op te vragen bij het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (secretariaat@kennisinstituut.nl).

Kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolg onderzoek staat in de Kennislacunes.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

Literatuur

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 (2012). Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

NVvP. Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008.

Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group, 2013. Available from http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html.

Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ*. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE. Erratum in: *BMJ*. 2008 May 24;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.

Bijlage

ALGEMENE INLEIDING

Aanleiding voor het herzien van de richtlijn

De richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008 (NVvP, 2008). Een herziening is nodig om de richtlijn te toetsen aan de actualiteit en te laten voldoen aan de criteria van de zogenaamde Richtlijn 2.0 (Adviescommissie Richtlijnen Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, 2011). Daarnaast was herziening formeel noodzakelijk omdat de geldigheidsduur van de richtlijn destijds op vijf jaar gesteld was.

Aanleiding tot het opstellen van de eerste richtlijn Consultatieve Psychiatrie was een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2004, waarbij zowel in algemene als in academische ziekenhuizen een inventarisatie was uitgevoerd naar kwaliteitsaspecten naar de ziekenhuispsychiatrie, waarbij ook de consultatieve psychiatrie betrokken werd. Deze inventarisatie was bedoeld als oriënterend onderzoek met het oog op het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de ziekenhuispsychiatrie. De belangrijkste bevinding van dit onderzoek was dat er een grote variatie in kwaliteit en organisatie bestond in de functie ziekenhuispsychiatrie, inclusief de consultatieve psychiatrie, alsook grote verschillen in de relatie met overige voorzieningen in de GGZ. Deze variatie maakte het moeilijk om een duidelijk oordeel te vormen over de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie in zijn algemeenheid en om te komen met eenduidige prestatie-indicatoren. Bovendien werd de variatie op zichzelf ook als een risico beschouwd: enerzijds vanwege de duidelijke kwaliteitsverschillen tussen de verschillende instellingen en settings, anderzijds omdat het zorgaanbod voor verwijzers en patiënten niet transparant was (Robben, 2005).

In 2008 verscheen daarom de richtlijn Consultatieve Psychiatrie met als doel meer uniformiteit in psychiatrische consulten te bewerkstelligen.

Sinds het verschijnen van deze eerste richtlijn zijn er veel ontwikkelingen geweest en hebben de ziekenhuispsychiatrie en de consultatieve psychiatrie veel veranderingen ondergaan.

Allereerst is het gehele GGZ-stelsel veranderd, waarbij er onderscheid gemaakt wordt tussen huisartsenzorg, generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ). Deze nieuwe indeling moet kosten beheersen door een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ naar huisartsenzorg en de generalistische basis-GGZ te bewerkstelligen.

Tegelijkertijd met de invoering van dit stelsel hebben huisartsen de beschikking gekregen over Praktijkondersteuners (POH's) GGZ die bepaalde taken toebedeeld hebben gekregen. Tot die taken horen klachtverheldering en ondersteuning bij diagnosestelling, het bieden van kortdurende behandeling en begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek en zorg en nazorg voor stabiele psychiatrische patiënten die vanuit de specialistische GGZ worden terugverwezen naar de huisarts. Wanneer de kennis of ervaring van de POH GGZ tekortschiet is in de mogelijkheid van eenmalige consultering van psychiater of psycholoog voorzien. In de ziekenhuissetting hebben consultatief verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hun intrede gedaan, die vaak ook in de consultatieve setting ingezet worden. Daarnaast zijn er veel initiatieven vanuit het veld zelf ontstaan om de kwaliteit van ziekenhuis psychiatrische (inclusief consultatief psychiatrische) zorg te verhogen, zoals de ontwikkeling van de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) en het opstellen van veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units (MPU's) (NVvP, 2014). Verder heeft het feit dat voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg (AGZ) twee financieringssystemen gelden, de diagnose behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT) ook invloed op de werkwijze en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg. Tenslotte is met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Deze ontwikkelingen hebben de praktijk en organisatie van de consultatief psychiatrische zorg veranderd. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van genoemde ontwikkelingen op het gebruik en de kwaliteit van deze zorg is nog nauwelijks verricht.

Om genoemde redenen vindt de NVvP het noodzakelijk dat de richtlijn Consultatieve Psychiatrie wordt geactualiseerd. De herziene richtlijn Consultatieve Psychiatrie beantwoordt de volgende uitgangsvragen:

1. Hoe kan psychiatrische consultgeving het best georganiseerd worden?
2. Welke competenties zijn nodig om psychiatrische consulten te kunnen doen?
3. Hoe dient een psychiatrisch consult verricht te worden?
4. Wat zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de consultatief psychiatrisch verpleegkundige en verpleegkundig specialist?
5. Wat is het effect van liaisonactiviteiten verricht door psychiater, consultatief psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist?
6. Hoe kan de opvolging van adviezen met betrekking tot psychiatrische diagnostiek en/of behandeling door consultvragers vergroot worden?
7. Wat is de rol van de consultatief psychiater bij verzoeken om het inschatten van wilsbekwaamheid?

Doelstelling

Deze richtlijn is bedoeld om een standaard vast te leggen voor het systematisch uitvoeren van psychiatrische consulten. De verwachting hierbij is dat systematisering leidt tot een verbeterde kwaliteit van diagnostiek en behandeling, en tevens tot meer transparantie en toetsbaarheid van handelen. Daarnaast kan de richtlijn gebruikt worden om aan te geven wat een psychiatrisch consult inhoudt en welke eisen eraan gesteld mogen worden ('producttypering'). De richtlijn kan tenslotte ook een bijdrage leveren aan het verbeteren van de intercollegiale communicatie en gebruikt worden als

onderwijsinstrument in de opleiding tot psychiater.

Anders dan in het geval van ziektebeeldgebonden richtlijnen, worden in deze richtlijn geen voorstellen voor concreet en patiëntgebonden beleid gegeven, maar is de richtlijn bedoeld om een standaard vast te leggen voor een bepaald proces: het verrichten van een consult. In de beschrijving van de uitvoering van het psychiatrisch consult wordt deze richtlijn dan ook gezien als een verbijzondering van de in 2015 verschenen herziene Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen (NVvP 2015).

Begripsbepaling en definities

Consultatieve psychiatrie is in Nederland de meest gebruikte term om de werkzaamheden aan te duiden van psychiaters, consultatief psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die consulten verrichten op somatische afdelingen van algemene of academische ziekenhuizen, in categorale instellingen (zoals revalidatieklinieken, epilepsie-instellingen, etc.), op aanvraag van de daar werkzame specialisten, of op verzoek van de huisarts of POH in de eerste lijn (Boenink, 2014). Deze professionals verrichten psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings. Echter, ook wanneer vanuit de generalistische basis GGZ-consulten van een specialistische GGZ-setting worden gevraagd of wanneer binnen dezelfde setting door bijvoorbeeld een behandelend psycholoog een psychiatrische beoordeling wordt gevraagd, wordt doorgaans van een consult gesproken. De grootste gemene deler lijkt het feit dat psychiaters en andere professionals beoordelingen verrichten in het kader van diagnostiek en/of behandeling van patiënten van wie zij niet de hoofdbehandelaar zijn; patiënten die door andere specialisten en/of in een andere setting behandeld worden. Deze richtlijn heeft betrekking op psychiatrische consulten in niet-psychiatrische settings.

Er bestaat vaak verwarring over de termen consult en consultatie. Psychiatrische consultatie is een begrip dat sterk verbonden is met het geestelijke gezondheidszorg (GGZ-) denken uit de jaren zestig, toen Caplan zijn modellen voor mental health consultation introduceerde (Caplan 1963). Bij consultatie ging het destijds primair om het coachen van anderen in het omgaan met complex gedrag. Consultatie in deze betekenis dient meer gezien te worden als een onderdeel van liaisonpsychiatrie, waarbij in algemene zin adviezen over patiënten gegeven kunnen worden zonder deze zelf te hebben gezien. Om deze redenen wordt in deze richtlijn de term consultatieve psychiatrie geprefereerd boven psychiatrische consultatie. Binnen de consultatieve psychiatrie wordt het verrichten van consulten aangegeven met de term consultgeving. Deze term zal ook zo in deze richtlijn gebruikt worden.

Echter, recent is in het kader van ondersteuning van huisarts en POH een consultatieregeling in het leven geroepen, waarbij de mogelijkheid bestaat een consult van psychiater of psycholoog te laten verrichten, met de bedoeling een advies te krijgen dat verdere behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk maakt. In het Vlaamse taalgebied heeft consultatie weer een andere betekenis en is het begrip synoniem met poliklinische contacten.

Liaisonpsychiatrie is de naam voor de werkwijze die consultatief psychiaters ontwikkelden in aanvulling op het consultmodel. Bij liaisonpsychiatrie ligt het focus niet op de patiënt, maar op het systeem van hulpverleners of professionals dat voor de patiënt zorgt. De didactische functie staat hierbij voorop (Strain, 2002). Met name door de in 2009 ingevoerde DBC-GGZ-bekostigingsstructuur, waarbij alleen patiëntgerelateerde verrichtingen vergoed worden, is de liaisonpsychiatrie op de achtergrond geraakt. Ditzelfde geldt ook binnen de DOT-bekostiging, waar ook alleen de face-to-face contacten declarabele verrichtingen zijn.

Afbakening onderwerp

Binnen de consultatieve psychiatrie wordt voortdurend gezocht naar nieuwe vormen van organisatie van zorg die tegemoetkomt aan de behoeften van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit. In ziekenhuizen wordt de klassieke consultgeving bij klinische patiënten steeds meer vervangen door meer structurele vormen van samenwerking binnen multidisciplinaire teams en ketenzorg. Ook vindt er verschuiving plaats van werkzaamheden naar de polikliniek en worden transmurale zorgmodellen ontwikkeld. Al deze ontwikkelingen maken het moeilijk de reikwijdte van deze richtlijn af te grenzen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om zich te beperken tot de klassieke consultgeving: het verrichten van intercollegiale consulten binnen een niet primair psychiatrische setting, zoals de somatische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, verpleeghuizen en categorale instellingen zoals revalidatieklinieken en epilepsiecentra, en de huisartsenpraktijk. Daarnaast heeft deze richtlijn, in tegenstelling tot de oude richtlijn, ook betrekking op de liaisonpsychiatrie. Naar mening van de werkgroep hoort consultatieve psychiatrie ook samen te gaan met liaisonpsychiatrie omdat het de kwaliteit van de zorg voor patiënt kan verbeteren en de effectiviteit van consultgeving kan vergroten.

Met nadruk is ervoor gekozen om poliklinische psychiatrische beoordelingen op verzoek van een collega somatisch specialist niet tot het domein van de richtlijn te laten behoren, omdat deze werkzaamheden niet goed afgrensbaar zijn tegenover reguliere poliklinische beoordelingen en behandelingen zoals die in het kader van multidisciplinaire samenwerking kunnen voorkomen. Ook de organisatie van samenwerking met andere specialismen en ketenpartners blijft buiten beschouwing, omdat de situatie per ziekenhuis verschilt.

De werkgroep heeft er voorts voor gekozen om in deze herziene richtlijn ditmaal ook aandacht te besteden aan de consultatieve psychiatrie voor kinderen en jeugdigen. In een recent uitgebracht visiedocument geeft een netwerk van consultatief werkende kinderpsychiaters het belang aan van laagdrempelige 24/7 beschikbare kinderpsychiatrische consultgeving (Netwerk Ziekenhuis en Consultatieve Kinderpsychiatrie 2015). Deze is, in tegenstelling tot de zorg door klinisch psychologen en GZ-psychologen voor jeugdigen, veelal geen vast onderdeel van kindergeneeskundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de gescheiden financieringssystemen van ziekenhuiszorg en GGZ, waarbij de psychosociale zorg bekostigd wordt vanuit de kindergeneeskundige DOT's, terwijl kinderpsychiatrische betrokkenheid meestal afgerekend wordt binnen een DBC-GGZ, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die weer onder de DOT valt. Extra complicerend daarbij is dat sinds het in werking treden van de nieuwe Jeugdwet (1 januari 2015), gemeenten verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten (website NVvP). Ondanks deze financiële obstakels, zijn inhoudelijk goede argumenten om de consultatieve kinderpsychiatrie breder beschikbaar te laten zijn in de ziekenhuizen. Daarom betreft deze richtlijn ook de consultatieve kinderpsychiatrie.

Richtlijngebruikers

De doelgroep van deze richtlijn wordt in eerste instantie gevormd door psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (AIOS). Daarnaast is deze richtlijn bedoeld om vooral aan andere specialisten en paramedici die psychiatrische consulten aanvragen, duidelijkheid te geven over welke eisen aan een psychiatrisch consult gesteld mogen worden. Voorts kan de richtlijn door andere beroepsgroepen gebruikt worden om er eventueel te ontwikkelen richtlijnen op af te stemmen.

Literatuur

Adviescommissie Richtlijnen. 2011. Medisch specialistische richtlijnen 2.0 Geraadpleegd op 4 januari 2016, via http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2012/Eindrapport_adviescommissie_richtlijnen_okt20111.pdf.

Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie: begripsomschrijving en plaatsbepaling. In: Leentjens AFG, Bannink M, Boenink AD, Huyse FJ. Consultatieve psychiatrie in de praktijk. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen 2004.

Caplan G. Types of mental health consultation. Am J Orthopsychiat. 1963;33:470-81.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2014. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Geraadpleegd op 22 april 2016 via <http://www.nvvp.net/ledennet/onderwerpen/versterking-ziekenhuispsychiatrie>.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. 2015. Richtlijn Psychiatrische diagnostiek. Tweede versie. Utrecht: NVvP.

Netwerk consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. 2015. Visiedocument consultatieve en ziekenhuis kinder- en jeugdpsychiatrie. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=2150>.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>

Robben PBM, Tietema W. Ziekenhuispsychiatrie niet transparant. Medisch Contact 2005;60:1071-1074.

Transitie van de jeugdzorg. Geraadpleegd op 25 april 2016, via <http://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/jeugdwet/-transitie>.

Trimbos Instituut. 2014. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Trimbos Instituut.

CHECKLIST VOOR HET BEOORDELEN VAN DE WILSBEKWAAMHEID

Checklist voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid (Vinkers, 2014)

1. Aanleiding

- Om welke behandelbeslissing gaat het en hoe ingrijpend is deze?
- Wat is de huidige medische toestand?
- Wat is de prognose?
- Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem of toezicht bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis.
- Is er een wilsbeschikking?

2. Besluit tot gestructureerde beoordeling wilsbekwaamheid

- Gaat het om beslissing waarvoor de expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is?
- Zijn er gerede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt? Bijvoorbeeld ongebruikelijke antwoorden, plotselinge toestemming, persistente weigering zonder toelichting, wisselende instemming, verwarde indruk.

3. Informeren patiënt

- Geef uitleg over de reden om de wilsbekwaamheid (nader) te beoordelen.
- Verstrek (nogmaals) adequate informatie over de aard, doel en mogelijke complicaties van voorgestelde behandeling/onderzoek.

- Geef de patiënt voldoende tijd om kennis hiervan te nemen en bespreek de verschillende opties.

4. Voorafgaand overleg

- Bespreek de situatie en aanleiding met de wettelijk vertegenwoordiger/familie.
- Overleg met andere hulpverleners over de situatie om de beoordeling waar nodig multidisciplinair te maken.

5. Beoordeel wilsbekwaamheid

Criteria Appelbaum en Grisso:

- Maken en uiten van een keuze.
- Begrijpen van informatie.
- Beseffen en waarderen van informatie voor de eigen situatie.
- Logisch redeneren.

Voorbeeldvragen:

- Kunt u mij vertellen wat uw beslissing is?
- Kunt u in eigen woorden zeggen wat ik u verteld heb?
- Gelooft u dat u onderzoek of behandeling nodig heeft?
- Wat zullen de consequenties zijn van uw besluit?
- Kunt u mij de voor- en nadelen van het besluit vertellen?
- Kunt u mij op basis van de informatie vertellen hoe u tot uw besluit bent gekomen?

Overweeg inzet beoordelingsinstrument (bijvoorbeeld de MacCAT*).

Zijn er aanwijzingen voor een huidige psychiatrische of cognitieve stoornis die de wilsbekwaamheid beïnvloedt? Zo ja: overweeg dan te overleggen met een neuroloog of psychiater.

6. Bespreek en overleg de beoordeling

- Geef uitleg over de beoordeling en de uitkomst aan patiënt (voor zover mogelijk) en wettelijk vertegenwoordiger.
- Bij wilsonbekwaamheid: bespreek de kans op herstel van wilsbekwaamheid.
- Bij wilsonbekwaamheid: verkrijg vervangende toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger van patiënt.
- Bij verzet van patiënt is er extra zorgvuldigheid nodig bij de bepaling van de noodzaak en kans van slagen onderzoek en/of behandeling.

7. Dossiervorming

- Noteer de indicatie, inhoud en het resultaat van de beoordeling van de wilsbekwaamheid.

- Leg vast wanneer de wilsbekwaamheid geëvalueerd gaat worden. Dit moet regelmatig gebeuren, zeker als deze gedeeltelijk en/of wisselend is.

*MacCAT =MacArthur Competence Assessment Tool

IMPLEMENTATIEPLAN

Inleiding

Het doel van een implementatieplan is de procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen om deze een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. De werkgroep rekent het niet tot haar taak exact weer te geven hoe deze richtlijn geïmplementeerd zal moeten worden. Wel wil zij een aantal voorstellen ter bevordering van de implementatie doen.

Vergoeding Consultatieve Psychiatrie

De financiering van zorg in het kader van consultatieve psychiatrie is een belangrijk knelpunt. Veel knelpunten rond de (organisatie van) de consultatieve psychiatrie hangen samen met de wijze van financiering. Voor psychiatrische behandeling in de algemene gezondheidszorg bestaan op dit moment twee financieringssystemen, de diagnose-behandelcombinatie GGZ (DBC-GGZ) en de DBC op weg naar transparantie (DOT). Met de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet de gemeente verantwoordelijk voor de inkoop van de GGZ-zorg voor kinderen en adolescenten, behalve de consultatieve kinderpsychiatrie die onder de DOT valt.

Problemen met betrekking tot de financiering van consultatief psychiatrische activiteiten zijn onder andere:

- het niet vergoeden van crisis-DBC's op de SEH. Een deel van de psychiatrische beoordelingen op de SEH zijn wel degelijk crisissituaties bij patiënten die om somatische redenen niet geweigerd kunnen worden;
- het niet vergoeden binnen de DBC-GGZ van behandelingen voor gespecificeerde DBC-diagnoses als aanpassingsstoornis, medicatie geïnduceerde bijwerkingen, rouwreactie, zorg voor zowel meerderjarige als minderjarige slachtoffers van seksueel misbruik en lichamelijk geweld. Dit zijn relatief frequent voorkomende diagnoses bij opgenomen patiënten die vaak wel psychiatrische behandeling behoeven omdat deze patiënten vanwege somatische aandoeningen niet geweigerd kunnen worden; daarnaast is het jaarlijks aanpassen van diagnoses waarbij de behandeling niet vergoed (aanpassingsstoornis, rouwproblematiek) wordt problematisch voor zorgplanning. De voorkeur bestaat dat op het niveau van de NZA en/of NZ samen met de NVVP een uniforme en consistente vastlegging van vergoede indicaties wordt nagestreefd waarbij de zorgleveraar niet afhankelijk is van wisselend beleid van de zorginkoper;
- het niet vergoeden van behandelingen waarbij geen hoofdbehandelaar betrokken is of waarbij slechts indirecte tijd gedeclareerd wordt (deelname MDO, intercollegiaal overleg, etc.). Dit bemoeilijkt liaisonactiviteiten zoals deelname aan multidisciplinair overleg. Het verdient aanbeveling dat de vergoeding en verrichtingen voor DOT activiteiten psychiatrie worden gemonitord, geanalyseerd en bijgesteld in nauw overleg tussen de NVVP en NZA;
- de huidige financiering van de DOT staat taakherschikking van de psychiater naar de VS-GGZ in

de weg: in de DOT-systematiek kan de VS-GGZ geen DBC openen bij een klinische patiënt en dient de eerste behoordeling (en opening van een zorgtraject) van alle klinische consulten door een psychiater/arts-assistent gedaan te worden.

De werkgroep is van mening dat een systeem waarbij verschillende parallelle financieringen bestaan (DOT, DBC-GGZ en financiering door de Gemeente), en waarbij het toepasbare systeem afhankelijk is van de situatie van de patiënt, terwijl bovendien specifieke diagnoses van behandeling worden uitgesloten terwijl de patiënt vanwege zijn somatische problematiek niet geweigerd kan worden binnen eenzelfde organisatie en eenzelfde patiëntenpopulatie, niet werkbaar is. Consultatief psychiatrische zorg, en meer in het algemeen, psychiatrische zorg in het ziekenhuis, zou op dezelfde manier verrekend moeten worden als andere medisch-specialistische zorg, zodat het ziekenhuis één enkel financieringssysteem voor alle behandelingen kan hanteren. Dit heeft zowel administratieve als bedrijfseconomische voordelen, waaronder het beperken van de kosten van declaratiesystemen en de daarmee gepaard gaande administratielast. Een dergelijk systeem doet meer recht aan de praktijk van consultatief-psychiatrische zorg in het ziekenhuis en verhoogt de transparantie.

Aandachtspunten bij (kern)aanbevelingen

Daarnaast heeft de werkgroep per aanbeveling randvoorwaarden en mogelijke barrières geïnterviewd. Hierto is een overzicht gemaakt van:

- per wanneer de aanbeveling geïmplementeerd moet kunnen zijn;
- randvoorwaarden om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- mogelijk barrières om de aanbeveling te kunnen implementeren;
- de verwachte impact van implementatie van de aanbeveling op de zorgkosten;
- mogelijke acties om de implementatie van de aanbeveling te bevorderen;
- verantwoordelijke partij voor de te ondernemen acties.

Voor iedere aanbevelingen is nagedacht over randvoorwaarden mogelijke barrières en te ondernemen acties. De bevindingen voor de kernaanbevelingen zijn samengevat in een tabel aan het einde van dit document.

Te ondernemen acties per partij

Hieronder wordt per partij toegelicht welke acties zij kunnen ondernemen om de implementatie van de richtlijn te bevorderen.

Alle direct betrokken wetenschappelijk verenigingen/beroepsorganisaties

- Bekend maken van de richtlijn onder de leden.
- Publiciteit voor de richtlijn maken door over de richtlijn te publiceren in tijdschriften en te presenteren op congressen.
- Controleren van de toepassing van de aanbevelingen middels audits en de kwaliteitsvisitatie.
- Periodiek evalueren van de indicatoren.
- Problematiek met betrekking tot vergoeding (DBC GGZ versus DBC Zorg) aankaarten.

De lokale vakgroepen/individuele medisch professionals

- Het bespreken van de aanbevelingen in de vakgroepsvergadering en lokale werkgroepen.
- Afstemmen en afspraken maken met andere betrokken disciplines om de toepassing van de aanbevelingen in de praktijk te borgen.

De systeemstakeholders (onder andere zorgverzekeraars, (koepelorganisaties van) ziekenhuisbestuurders, IGZ)

- Ten aanzien van de financiering van de consultatieve psychiatrie is het wenselijk dat de NVvP, raden van het bestuur van de ziekenhuizen en NZA de problemen met de huidige financiering en mogelijke oplossingen nader onderzoeken.

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

- Toevoegen van richtlijn aan Richtlijnen database.
- Opnemen van kennislacunes in module aanverwante producten.

Aandachtspunten per kernaanbeveling

Aanbevelingen voor Module 1 Organisatie

1. Integreer de consultatief psychiater en het consultatief psychiatrisch team zo goed mogelijk in het ziekenhuis. Met 'integratie' van de consultatief psychiater wordt in dit kader bedoeld dat deze lid is van de medische staf, deelneemt aan MDO's, deelneemt aan ziekenhuiscommissies, meeschrijft aan interne protocollen en richtlijnen en klinische lessen geeft

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1		geen	-Bereidheid werkgevers - bereidheid werknemers	-Bereidheid werkgevers -bereidheid werknemers	Aandacht blijven vragen voor deze aanbeveling	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 2 competenties

1. Gebruik bij de stage 'consultatieve psychiatrie' in het kader van de algemene opleiding of bij opleiding binnen een aandachtsgebied de specifiek in deze module geformuleerde competenties om de vorderingen van de AIOS te volgen.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	1-3 jaar	geen	Bekendheid met de geformuleerde competenties	- Onbekendheid met geformuleerde competenties - Bereidheid tot verandering van eerdere routine	Disseminatie van de richtlijn	-Richtlijnwerkgroep - NVvP - opleiders psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 3: hoe een consult uit te voeren

1. Verricht aangevraagde consulten binnen een werkdag. Spoedconsulten dienen zo mogelijk binnen een uur verricht te worden, of bij escalerende situaties direct.

3. Streef binnen de instelling naar een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, waar alle specialisten in rapporteren en toegang toe hebben, zodat de consultatief psychiater, alsook de consultatief psychiatrische verpleegkundige en psychiatrisch verpleegkundig specialist altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier, en omgekeerd somatisch specialisten altijd toegang hebben tot het psychiatrisch dossier.

12. Maak in het ziekenhuis duidelijke afspraken met de somatisch specialisten over de mogelijkheden en onmogelijkheden tot opname of overname van specifieke patiëntencategorieën, zoals patiënten met een delier, suïcidale patiënten en patiënten met cognitieve achteruitgang.

Aanbeveling	Tijdspad: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden	Mogelijke barrières	Te ondernemen acties	Verantwoordelijken voor acties	Overige opmerkingen
1	<1jaar	- geen	- voldoende flexibiliteit en capaciteit	- onvoldoende flexibiliteit en capaciteit	- evalueren organisatie psychiatrische consultgeving	- staven psychiatrie	
3	- 1-3 jaar	- indien een dergelijk dossier niet voorhanden is zal dit investeringen met zich meebrengen. Indien geïmplementeerd.	- ICT-eisen	- financiële investering - ICT-randvoorwaarden - bezwaren van een deel van de specialisten en mogelijk ook patiënten in verband met privacyaspecten	- uitleg geven over het medisch belang van volledige toegang tot patiëntendossier door alle betrokken behandelaren	- Psychiatrische staven in algemene en academische ziekenhuizen: uitleg en voorlichting: - Ziekenhuismanagement: investeringen en ICT-randvoorwaarden:	
12	1 à 2 jaar	geen	- Voldoende gelegenheid tot intercollegiaal overleg op stafniveau	- verschil van inzicht of wensen met betrekking tot opname/overname op de Afdeling Psychiatrie	- overleg staf psychiatrie met andere staven	Psychiatrische staven	

Aanbevelingen Module 4: Rol CPV en VS

1. Leg de onderlinge werkverdeling tussen psychiater, AIOS, verpleegkundig specialist en consultatief verpleegkundige wat betreft psychiatrische consultgeving schriftelijk vast.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	, 1 jaar	geen	geen	geen		- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 5: Effectiviteit liaisonactiviteiten

1. Investeer in het ontwikkelen van liaisonactiviteiten om vroegsignalering van psychiatrische problematiek te verbeteren en stigmatisering van patiënten met psychiatrische klachten tegen te gaan.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	Indirect	Beschikbaarheid tijd en middelen	Geen beschikking over middelen en tijd	Liaisonactiviteiten opnemen in beleidsplannen consultatieve psychiatrie	NVvP	

Aanbevelingen voor Module 6: opvolging van adviezen

1. Tracht door middel van liaisonactiviteiten te bevorderen dat in voorkomende gevallen het aanvragen van een psychiatrisch consult zo vroeg mogelijk tijdens de opname gedaan wordt.

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of >3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	<1 jaar	liaisonactiviteiten zullen ten koste gaan van productie	- bekendheid en goed contact met andere specialismen - goede inbedding in het ziekenhuis - mogelijkheid om hier (structureel) tijd voor te reserveren	- liaisonactiviteiten worden binnen het DBC-systeem niet vergoed - gebrek aan inbedding in het ziekenhuis (bijkvoorbeeld bij consultgeving vanuit een GGZ-instelling - te weinig tijd door te grote druk van patiëntenzorg	- mogelijkheden onderzoek om structureel onderwijs te geven aan andere afdelingen of bij te dragen aan andere medisch specialistische of verpleegkundige opleidingen - onderzoeken hoe structureel tijd vrij gemaakt kan worden voor liaisonactiviteiten	- staven psychiatrie	

Aanbevelingen voor Module 7

1. Volg bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van een patiënt de checklist voor wilsbekwaamheid van Vinkers (2014).

2. Noteer de afwegingen in het proces tot beoordeling van de wilsbekwaamheid feitelijk, helder en stapsgewijs in het medisch dossier.

6. Houdt bij beoordeling van de wilsbekwaamheid van kinderen naast de factoren uit de checklist (Vinkers, 2014) ook rekening met de ervaringen en het ontwikkelingsniveau van het kind, systeemaspecten en cultuurgebonden factoren, emotionele rijpheid en cognitieve capaciteit (Bouman en van Weel 2012).

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: <1 jaar, 1-3 jaar of 3-5 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
1	1 à 3 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	
2	<1 jaar	geen	EMD van het ziekenhuis is voor de psychiater toegankelijk	Psychiater heeft geen toegang tot EMD van het ziekenhuis	Realiseren van toegang voor de psychiater tot het EMD van het ziekenhuis	Raad van Bestuur ziekenhuizen	
6	<1 jaar	geen	geen	geen	geen	Behandelend arts	

INDICATOREN

Deze set van indicatoren kwam tot stand op initiatief van NVvP en is ontwikkeld als onderdeel van het project Herziening Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. De richtlijnwerkgroep beveelt de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan om drie kwaliteitsindicatoren te gebruiken om het vakinhoudelijke werk van psychiaters te verbeteren en te uniformeren. De richtlijnwerkgroep verwacht dat de NVvP met de registratie van deze indicatoren een stimulans kan geven aan professioneel handelen in de psychiatrie, om zo te komen tot steeds betere patiëntenzorg. De indicatoren kunnen in de toekomst geïntegreerd worden in de kwaliteitsvisitaties. De indicatorenset en bijbehorende data zijn niet geschikt voor gebruik door externe partijen, zoals zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen.

Indicatoren

Voor elk van de kwaliteitsindicatoren volgt hier telkens een beschrijving gevolgd door een toelichting. De drie indicatoren zijn:

	Indicator	Type
1	<i>Aanwezigheid van gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier</i>	Structuur
2	<i>Verantwoordelijkheden en taken van CPV en VS</i>	Structuur
3	<i>Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht</i>	Proces

De derde indicator, het percentage consulten dan binnen één dag wordt verricht is tevens als indicator geïdentificeerd bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Voor nadere details wordt naar de Generieke Module ziekenhuispsychiatrie verwezen.

Factsheets indicatoren

Gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier

1. Gemeenschappelijk medisch dossier	
Operationalisatie	Aanwezigheid van een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Het snel zien van een patiënt met somatische én psychiatrische klachten tijdens opname in het ziekenhuis is van belang voor goede zorg. Daarvoor zijn een goede inbedding van het consultatief psychiatrisch team in de organisatie en een adequate informatie-uitwisseling tussen hulpverleners van belang. Een gemeenschappelijk medisch dossier is een voorwaarde voor adequate uitwisseling van informatie tussen consultvrager en consultgever. Bij een gemeenschappelijk medisch dossier heeft de consultatief psychiater ten alle tijden toegang tot het volledige somatisch dossier en hebben somatisch specialisten altijd toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

2. Definities

Een gemeenschappelijk (elektronisch) medisch dossier waartoe alle bij de behandeling betrokken specialisten toegang hebben. De consultatief psychiater heeft toegang tot het volledige somatische dossier en somatisch specialisten hebben toegang tot het volledige psychiatrisch dossier.

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Taken en verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist en consultatief psychiatrisch verpleegkundige

2. Verantwoordelijkheden verpleegkundig specialist	
Operationalisatie	Zijn taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig specialist(en) en consultatief psychiatrisch verpleegkundige(n) en psychiater werkzaam binnen het consultatief psychiatrisch team vastgelegd in een protocol? Ja/nee
Teller	Niet van toepassing
Noemer	Niet van toepassing
Type indicator	Structuurindicator
In- en exclusiecriteria	Niet van toepassing
Kwaliteitsdomein	Veiligheid.
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

In veel domeinen kunnen taken van artsen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. In de consultatieve psychiatrie is per definitie sprake van uiteenlopende hoog-complexe somatische en psychiatrische zorg bij patiënten van verschillende leeftijden waardoor breed differentiaal diagnostisch redeneren noodzakelijk is. Bij voorkeur dient alle initiële diagnostiek en indicatiestelling in overleg met de psychiater plaats te vinden. Vervolgens kunnen delen van de behandeling worden uitgevoerd door de verpleegkundig specialist of consultatief psychiatrisch verpleegkundige.

Voor het afbakenen van taken in de multidisciplinaire samenwerking rond psychiatrische consulten moet de onderlinge werkverdeling en taakherschikking tussen de disciplines schriftelijk worden vastgelegd in een document, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke expertise van de verschillende betrokken disciplines en de toewijzing van specifiek complexe medische taken en verantwoordelijkheden aan de arts of psychiater expliciet wordt opgenomen.

2. Definities

Verpleegkundig specialist =master-opgeleide verpleegkundige met deskundigheid op het gebied van de GGZ

3. Registreerbaarheid

Aangezien het een structuurindicator betreft is de registratielast zeer laag.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator.

6. Literatuur

Geen.

Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht

3. Percentage consulten dat binnen één dag wordt verricht	
Operationalisatie	percentage consultatief psychiatrische consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Teller	aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team dat binnen één dag wordt uitgevoerd
Noemer	totaal aantal consulten door psychiater of verpleegkundige van consultatief psychiatrisch team
Type indicator	procesindicator
In- en exclusiecriteria	alleen reguliere consulten. Spoedconsulten zijn uitgesloten. Dit betekent dat consulten op de SEH zijn uitgesloten.
Kwaliteitsdomein	Tijdigheid
Meetfrequentie	Een keer per jaar
Verslagjaar	Afgelopen verslagjaar.
Rapportagefrequentie	Een keer per jaar.

Toelichting

1. Achtergrond en variatie in zorg

Vanuit de patiënten is aangegeven dat tijdige behandeling een belangrijk onderdeel is voor goede zorgverlening (zie module 10 Patiëntperspectief). Ook bij de haalbaarheidsstudie bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie vond het merendeel van de patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars de tijdigheidscriteria relevant in het definiëren van kwaliteit. Doel van deze indicator is te bevorderen dat indien een consult wordt aangevraagd bij een consultatief psychiatrisch team dit consult snel wordt uitgevoerd. Bij reguliere consulten wordt een periode van 24 uur als adequaat beoordeeld.

2. Definities

Binnen één dag: binnen 24 uur na aanvraag van het consult.

Consulten: reguliere consulten. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater. Voor deze definitie is gekozen om niet af te wijzen van de indicator zoals omschreven in de generieke module ziekenhuispsychiatrie.

3. Registreerbaarheid

Het registreren van de gegevens voor deze indicator vergt enige tijd. In het haalbaarheidsonderzoek bij de Generieke module ziekenhuispsychiatrie lukte het verzamelen van gegevens over tijdigheid in meer dan 90% van de zorgtrajecten.

4. Mogelijke versturende factoren

Niet van toepassing.

5. Mogelijke ongewenste effecten

De werkgroep verwacht geen ongewenste effecten bij deze indicator. In een haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd bij de Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie hebben deelnemende ziekenhuizen aangegeven dat zij implementatie van de aan deze Generieke module verbonden kwaliteitsindicatoren, waarbij ook de tijdigheidsnorm als haalbaar werd beoordeeld. Het verzamelen van gegevens over tijdigheid lukte in de haalbaarheidsstudie.

6. Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. 2017. Generieke module Ziekenhuispsychiatrie. Geraadpleegd op 8 juni 2017, via <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl>.

KENNISLACUNES

Inleiding

Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn 'Consultatieve Psychiatrie' is systematisch gezocht naar onderzoeksbevindingen die nuttig konden zijn voor het beantwoorden van de uitgangsvragen. Een deel (of een onderdeel) van de uitgangsvragen is met het resultaat van deze zoekacties te beantwoorden, een groot deel echter niet. Door gebruik te maken van de evidence-based methodiek (EBRO) is duidelijk geworden dat op het terrein van Consultatieve Psychiatrie nog lacunes in de beschikbare kennis bestaan. De werkgroep is van mening dat (vervolg)onderzoek wenselijk is, om in de toekomst een duidelijker antwoord te kunnen geven op vragen uit de praktijk. Om deze reden heeft de werkgroep de belangrijkste lacunes in kennis geprioriteerd en vervolgens per module aangegeven op welke vlakken nader onderzoek gewenst is.

De werkgroep heeft de volgende lacunes in kennis geprioriteerd, waarvoor nader onderzoek het meest dringend is:

Organisatie van de consultatieve psychiatrie

Het onderzoek naar de effecten van verschillende organisatiemodellen van consultatieve psychiatrie is helaas beperkt in omvang en bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Er is behoefte aan studies die systematisch onderzoeken wat het effect is van een proactief consultatief team, het routinematig screenen, een geïntegreerde medische unit of het implementeren van een spoedeisend psychiatrisch team op de SEH op de kwaliteit van zorg in termen van opnameduur, kosteneffectiviteit, patiënt tevredenheid en frequentie van heropname.

Een actuele vraag is of het waarde voor de patiënt toevoegt wanneer de consultgevende psychiater goed geïntegreerd is in het ziekenhuis.

Liaisonactiviteiten

Het is onvoldoende onderzocht of liaisonactiviteiten vanuit het consultatief psychiatrisch team in aanvulling op de mogelijkheid tot het aanvragen van een consult bij patiënten opgenomen op een somatische afdeling of op de SEH leidt tot een afname van de opnameduur of een afname in het aantal heropnames.

Onderzoek moet verricht worden naar effectiviteit van liaisonactiviteiten in termen van verbeterde vroegsignalering en –herkenning van psychiatrische problematiek in het ziekenhuis en verbeterde deskundigheid ten aanzien van psychiatrische problematiek bij somatisch personeel.

Verbeteren opvolgen van adviezen

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar interventies die de effectiviteit van psychiatrische consultgeving kunnen verhogen. Relevante vraag hierbij is in hoeverre specifieke interventies, zoals liaisonactiviteiten of vormen van communicatie met collega-artsen, kunnen leiden tot een betere opvolging van adviezen van de consultatief psychiater.

Inzet verpleegkundig specialist

In toenemende mate worden in het kader van taakherschikking taken en werkzaamheden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Ook binnen de consultatieve psychiatrie. Het is wenselijk het effect hiervan te evalueren. De belangrijkste vraag hierbij is wat het effect is van substitutie van werkzaamheden naar de verpleegkundig specialist op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

VERSLAG INVITATIONAL CONFERENCE

Herziening richtlijn Consultatieve Psychiatrie

De Richtlijn Consultatieve Psychiatrie dateert uit 2008

Voorstel vanuit de werkgroep

Afbakening

1. niet betrekking op diagnostiek en behandeling specifieke aandoeningen;
2. beperkt tot consulten psychiatrie binnen het ziekenhuis (klinische afdelingen en EHBO; niet in huisartsenpraktijk, verpleeghuizen, revalidatiekliniek en categorale instellingen);
3. niet betrekking hebbend op kinderpsychiatrie.

Knelpunten / onderwerpen voor de richtlijn:

1. het proces van consultgeving (standaard formuleren);
2. welke competenties zijn nodig om consulten te kunnen doen;
3. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verpleegkundig specialist/consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
4. beoordelen van wilsonbekwaamheid (rol consultatief psychiater);
5. adviezen aan collega-artsen worden niet altijd opgevolgd (hoe kun je adherentie verbeteren);
6. wanneer is routinematige screening op psychopathologie (bijvoorbeeld depressie en angststoornissen, cognitieve stoornissen) effectief;
7. is routinematige follow-up meting (waaronder ROM) zinvol;
8. hoe kan consultatieve psychiatrie het best georganiseerd worden. Hier ook aandacht voor gevolgen DBC financiering voor specifieke patiëntengroepen, en organisatie van acute beoordelingen op de EHBO.

Reacties op voorgestelde afbakening

1. niet betrekking op specifieke aandoeningen is akkoord;
2. er worden vraagtekens geplaatst bij het weglaten van het onderdeel met betrekking tot huisartsen. In dit kader is het belangrijk te denken vanuit de lijn van ketenzorg. Ook wordt door meerdere aanwezigen aangedrongen op het opnemen van poliklinische consulten / zorglijnen (dat wil zeggen beoordelingen op de polikliniek, bijvoorbeeld op een POP poli of pijnpoli) in de richtlijn. Dit wordt door velen ook als consultatie beschouwd, omdat er antwoord gegeven wordt op een vraag van een verwijzend ander specialisme. Deze activiteiten hebben nu geen status; het is belangrijk deze ergens een plek te geven. Geen commentaar komt op het voorstel verpleeghuizen, revalidatieklinieken en categorale instellingen niet in de richtlijn op te nemen;
3. daarnaast wordt er vanuit het netwerk kinder- en jeugd consultatieve psychiatrie aangedrongen om de kinderpsychiatrie wel in de richtlijn op te nemen, hetgeen gesteund wordt door de voorzitter van de Afdeling Ziekenhuispsychiatrie. In praktijk wordt ook vaak naar kinderen gekeken door psychiater niet gespecialiseerd in kinderpsychiatrie. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor de transitie van adolescenten naar volwassenenpsychiatrie.

Overige commentaren

- suggestie om de definitie van consultatieve psychiatrie te heroverwegen. De positionering in het ziekenhuis verandert. Opnames worden korter en daardoor lastiger om bijvoorbeeld aan casefinding te doen. Casefinding dwz screening voor opname op specifieke poli's zoals diabetes, hartfalen, dialyse is belangrijk aspect. Ziekenhuispsychiater dient daarin een met name sturende en entamerende rol te hebben. De grens tussen klinische en poliklinische consultatie vervaagt en consultatie wordt meer binnen multidisciplinaire settingen verricht. De integratie van somatisch en niet- somatisch zou meer leidend moeten zijn. Een rapport van de IGZ uit 2012 gaat over knelpunten in ziekenhuizen voor patiënten met somatische en psychiatrische aandoening;
- het onderwerp hoe consultatieve dienst in te bedden in het ziekenhuis is belangrijk. Wat moet nog opgetuigd worden? Met wie werk je samen? Wanneer kun je volstaan met een "kale GGZ" waarbij een psychiater een beperkt aantal uur in huis is en wanneer heb je een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) nodig? (NB In Rotterdam loopt een project vanuit GGZ-Nederland met betrekking tot patiënten met complexe problematiek/comorbiditeit (Van Schijndel)).

Reacties op knelpunten, aandachtspunten en suggesties

1. beschrijving consultproces: geen commentaar;
2. competenties: er was discussie of het alleen om competenties van de arts of ook om competenties van de consultatief verpleegkundige/verpleegkundig specialist moet gaan. Voorzitter stelt dat het onjuist is als namens de NVvP competentie-eisen op te stellen voor een andere beroepsgroep. Daarvoor zou de richtlijn multidisciplinair dat wil zeggen samen met de V&VN opgesteld moeten worden;
3. hoewel geen competenties opgesteld kunnen worden voor consultatief verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is het mogelijk in te gaan op de verdeling van taken en verantwoordelijkheden tegen de achtergrond van bevoegdheden en vaardigheden. Enkele aanwezigen benadrukken hier dat het initiële contact altijd met een arts moet zijn, en in enkele ziekenhuizen is dit ook zo afgesproken (ziekenhuispsychiatrie is poortspecialisme met dokter aan de poort conform visiedocument ziekenhuispsychiatrie 2015-2018). Het (opleidings)niveau van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen is niet altijd helder – dit bemoeilijkt het standaardiseren van taken die zij al dan niet kunnen doen. Er wordt toegelicht dat de verpleegkundig specialisten GGZ een zelfstandige BIG-geregistreerde beroepsgroep is die niet meer per definitie onder de verlengde arm constructie van de medicus werkt;
4. opname in de richtlijn van de rol van de psychiater bij beoordeling van wilsbekwaamheid wordt zinvol geacht. Geen commentaar;
5. verhogen van adherentie aan adviezen wordt ook een zinvol onderdeel geacht. Geopperd wordt dat dit mogelijk ook de poliklinische consulten moet betreffen;

6. screening op psychopathologie. Zinvol volgens aanwezigen. Vraag: gaat het hierbij met name om de klinische populatie of ook om de poliklinische populatie? Zie eerdere toevoeging
Gesuggereerd wordt een link te leggen met inbedding in gehele organisatie of zorglijn;
7. routinematige follow up metingen: onderwerp heeft als risico dat het snel medisch inhoudelijk wordt (bij welke aandoening wel of niet). Moeilijk om dit onderdeel af te bakenen. Dit onderwerp past wellicht toch niet binnen deze richtlijn. Voorstel ook om de ROM eruit te laten;
8. organisatie van zorg in consultatieve dienst, op EHBO en binnen ketens is een belangrijk punt. Hoe kun je het best consultatie op de EHBO organiseren. Hoe kun je idealiter je consultatieve dienst organiseren? Het bestaande hoofdstuk over bestaffing is niet meer van toepassing. Er lijkt wel behoefte aan een hoofdstuk over bestaffing 'nieuwe stijl': wat is een wenselijk consultratio per aantal bedden. Het percentage comorbiditeit bij opgenomen patiënten is hoog, maar het aantal consulten psychiatrie is relatief laag. Uitbreiding van de liaisonactiviteiten zal naar verwachting leiden tot extra consulten, met mogelijk weer positieve effecten op andere terreinen: opnameduur en heropnames (Birmingham onderzoek). Witte jas!

Overige commentaren/toevoegingen

- aandacht gewenst voor liaison-activiteiten. Iedereen vindt dat je het moet doen, maar niemand weet wat het effect hiervan is. Het wordt nu ook niet vergoed. Vraagstelling: wat is het effect van liaisonactiviteiten? Is het mogelijk een indicatie te geven van gewenste tijdsinvestering?
- voorstel: onderdelen meer uitwerken als zorg in de keten: wij zien een patiënt maar kort, wat daarna? Wat doet de huisarts? Zie je zelf iemand terug? Hoe organiseer je follow up? Je moet breder kijken dan alleen het beantwoorden van de consultvraag.
- voorstel van de werkgroep is het onderdeel BOPZ- WGBO weg te laten, omdat het gaat om feitelijke kennis. Daarnaast gaat de wetgeving binnenkort op dit punt veranderen met de invoering van de wet Verplichte GGZ (waarschijnlijk tijdens de ontwikkeling van de richtlijn). Mogelijk kan bij het onderdeel liaisonactiviteiten hierover een opmerking gemaakt worden.
- verwijzingen opnemen naar andere richtlijnen waaronder suïciderichtlijn, en naar visiedocumenten ziekenhuispsychiatrie en kinder- en jeugd ziekenhuis en consultatieve psychiatrie

Schriftelijke reacties

- NVKG heeft schriftelijk laten weten mee te willen denken met betrekking tot proces van consultgeving in kader van multidisciplinaire speelveld;
- Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft schriftelijk aangegeven bij beoordelen van effectiviteit van consultatie meer te richten op klinische uitkomstmaten dan op kostenbesparing (paragraaf 1.3.2 overige overwegingen in bestaande richtlijn).