

Het rendement van de ziekenhuispsychiatrie: heden en toekomst

A. HONIG, D. SIERINK, B. VERWEY

- ACHTERGROND** Zorg geboden door de consultatieve en ziekenhuispsychiatrie (czp) vertoont grote diversiteit waardoor deze onvoldoende herkenbaar en beschikbaar is. Dit jaar zijn in een visiedocument van de afdeling czp de contouren van wenselijke zorg aangegeven.
- DOEL** Beschrijven van de kerntaken van de huidige czp-zorg en hoe deze in de toekomst vormgegeven moet worden.
- METHODE** Select overzicht uit ziekenhuispsychiatrische literatuur, gecombineerd met, na consultatie van de beroepsgroep, breed gedragen visie op de toekomst van de ziekenhuispsychiatrie.
- RESULTATEN** Kerntaken van de czp zijn: 1. klinische en poliklinische zorg aan complexe patiënten met een combinatie van somatische en psychiatrische problemen (inclusief verslaving) en 2. acute opvang, diagnostiek en behandeling van patiënten die zich met name via de spoedeisendehulpafdeling (seH) aandienen. Met oog daarop zouden de kwaliteit van opleiding, scholing en financiering van zorg verbeterd dienen te worden.
- CONCLUSIE** Wij bepleiten dat grote algemene en alle academische ziekenhuizen die zorg bieden aan patiënten met complexe problematiek naast een psychiatrisch consultatieve dienst (pcD) met psychiatrische seH-opvang en ziekenhuispolikliniek dienen te beschikken over opnamemogelijkheden zoals een medisch-psychiatrische unit (mpu). Kenmerkend voor de zorg is de rol van psychiater als poortspecialist en het werken als onderdeel van een zorgketen. Partners in deze ketenzorg zijn intern andere medisch specialisten en extern vooral collegae in de ggz en huisartsen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 733-738

TREFWOORDEN consultatieve en liaisonpsychiatrie, medisch-psychiatrische unit, Visiedocument, ziekenhuispsychiatrie



Ziekenhuispsychiatrie is zowel voor patiënten als hulpverleners een onmisbare schakel in de keten van de reguliere ggz en somatische zorg. Opvang, beoordeling en behandeling van patiënten met complexe problemen op zowel psychiatrisch als somatisch vlak vergen specifieke vaardigheden van hulpverleners en opvangmogelijkheden in een somatische setting. Het medische en maatschappelijk rendement hiervan voor zowel patiënten als zorgverleners is aanzienlijk.

Er is in Nederland nog een te grote verscheidenheid naar inhoud en vorm van ziekenhuispsychiatrie. Uit een onderzoek eind jaren negentig van de vorige eeuw bleek al dat

psychiatrische faciliteiten waarover een ziekenhuis beschikt, kunnen variëren van enkele uren per week consultatie door een psychiater in dienst van de lokale ggz tot een volwaardig medisch specialistisch team in dienst van het ziekenhuis met opnameafdeling, dagbehandeling en polikliniek naast een psychiatrisch consultatieve dienst (Jabaaij e.a. 1998). Dat maakt de ziekenhuispsychiatrie tot een lappendeken en beperkt het rendement. Daarmee is deze zorg niet altijd even herkenbaar en onderscheidend van de reguliere ggz en daarmee kwetsbaar.

Deze verscheidenheid komt deels voort uit de positie van de ziekenhuispsychiatrie in relatie tot de ggz in de regio.

Voorts hangt dit samen met ontwikkelingen in de jaren negentig van de vorige eeuw, toen de psychiatrie in algemene en academische ziekenhuizen gemarginaliseerd dreigde te worden. De in nationale en internationale richtlijnen aanbevolen consultatio (het aantal consulten per opnames) van 2-3% bedraagt in Nederland 2,4% (Leentjens e.a. 2009). Tussen 1998 en 2008 werd de klinische capaciteit in ziekenhuizen verminderd met 42%, terwijl er in slechts 16 van de 94 ziekenhuizen een medisch-psychiatrische unit (MPU) werd gerealiseerd (Leentjens e.a. 2009). Door een steeds sterkere scheiding van de somatische en geestelijke gezondheidszorg ontstonden verschillende initiatieven tot herwaardering van de consultatieve en ziekenhuispsychiatrie (Verwey e.a. 2008). Een van de belangrijkste redenen voor herwaardering is de toegenomen complexiteit van in een ziekenhuis opgenomen patiënten, bij wie zowel sprake is van somatische als psychiatrische aandoeningen en die integrale zorg behoeven. Nadat al in 1995 een staatscommissie had gepleit voor ontwikkeling van de consultatieve en ziekenhuispsychiatrie (Commissie Ziekenhuispsychiatrie 1995) is bij de totstandkoming van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord nadrukkelijk gekozen voor versterking ervan. De noodzaak werd nog eens onderstreept door de Inspectie voor de Gezondheidszorg die in 2012 concludeerde dat de zorg voor psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit te wensen overliet (Resultaten van het thematoezicht naar de ketenzorg rond psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit, te vinden op: www.rijks-overheid.nl).

Recent is daarom een nieuw door de leden van de Afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie (ACZP; 2015) geaccordeerd visiedocument ziekenhuispsychiatrie opgesteld. Doel daarvan is de ontwikkeling te bevorderen van specialistisch psychiatrische zorg gelokaliseerd in een algemeen of academisch ziekenhuis, waarbij nauw wordt samengewerkt met medisch specialisten in het eigen ziekenhuis en met externe partners zoals de ggz en huisartsen. Deze ontwikkeling sluit aan bij de huidige opvattingen over de gezondheidszorg, de ggz in het bijzonder, waar onderscheid wordt gemaakt tussen generalistische en specialistische zorg.

In dit artikel geven wij een overzicht van de categorie patiënten waar het in de ziekenhuispsychiatrie om gaat, de daarbij behorende behandelmogelijkheden en wat de kosten en baten daarvan zijn. We schetsen de recente ontwikkelingen op het gebied van de ziekenhuispsychiatrie en geven weer hoe de verdere ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie vormgegeven moet worden.

AUTEURS

ADRIAAN HONIG, psychiater, bijzonder hoogleraar Ziekenhuispsychiatrie, VU Medisch Centrum, psychiater, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en VUmc, Amsterdam.

DUUK SIERINK, psychiater, Tergooiziekenhuizen.

BAS VERWEY, psychiater, Ziekenhuis Rijnstate Arnhem.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Adriaan Honig, OLVG, Jan Tooropstraat 164, 1061 AE Amsterdam.

E-mail a.honig@slaz.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-9-2015.

Primair werkdomein ziekenhuispsychiatrie

Het primaire werkdomein van de ziekenhuispsychiatrie wordt gevormd door de combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen. Psychiatrische stoornissen en somatische aandoeningen komen bij 20 tot 30% van de patiënten samen voor (Hansen e.a. 2001; Jones e.a. 2004). In het algemeen ziekenhuis heeft ongeveer de helft van de patiënten in klinische, poliklinische en dagbehandeling aanzienlijke angst- en depressieklachten (Haverkamp e.a. 2015). Van de opgenomen patiënten heeft 30% een psychiatrische stoornis; het meest komen voor: dementie, delirium, angststoornissen en depressie (Royal College of Psychiatrists 2013). Daarnaast heeft 30-60% van de patiënten op somatische poliklinieken medische klachten die niet voldoende somatisch verklaard kunnen worden met een verhoogde kans op een onderliggende psychiatrische aandoening (Royal College of Psychiatrists 2013). Van de patiënten op de SEH heeft 5% primair een psychiatrische stoornis en bij 10% is alcoholgebruik het belangrijkste probleem (Royal College of Psychiatrists 2004). In het algemeen gaan chronische aandoeningen vaak gepaard met depressie (8-17%) en leidt de combinatie tot meer somatische complicaties en hogere zorgkosten (Egede 2007).

Bij patiënten in behandeling bij de ggz komen vrijwel alle somatische aandoeningen vaker voor, vooral in de groep patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (Kathol e.a. 2006). De levensverwachting van psychiatrische patiënten is 15-25 jaar korter dan die van mensen uit de algemene bevolking (Wahlbeck e.a. 2011). De hoge comorbiditeit is niet alleen te verklaren vanuit een psychologische reactie op een ernstige somatische aandoening of een ongezonde leefstijl bij psychiatrische klachten.

Het is aannemelijk dat gemeenschappelijke endogene factoren van onderliggende somatische en psychiatrische aandoeningen, zoals immuunactivatie en ontregeling van de cortisolhuishouding, een etiologische rol spelen naast een onderlinge negatieve gedragsmatige beïnvloeding van de comorbide ziektebeelden (Ramasubu e.a. 2012)

Kosten en baten van de ziekenhuispsychiatrie

Diagnostiek en behandeling van somatisch opgenomen patiënten met comorbide psychiatrische klachten zijn om meerdere redenen complex. De aanwezigheid van een somatische ziekte bemoeilijkt de herkenning van psychiatrische ziektebeelden omdat angst, moeheid, afvallen en slecht slapen ook somatisch verklaard kunnen worden. Tegelijkertijd blijkt herkenning van psychiatrische klachten ook te leiden tot aarzeling om patiënten te ontslaan, wat mede de opnameduur verlengt. Bovendien worden patiënten met comorbiditeit vaker heropgenomen, overigens zonder dat deze heropname leidt tot gezondheidswinst. Het verbaast dan ook niet dat het samengaan van lichamelijke en psychiatrische aandoeningen gepaard gaat met langere opnames, meer complicaties, minder effect van interventies, toegenomen mortaliteit en hogere kosten (Lyketsos e.a. 2002). Kathol (2006) vond dat de zorgkosten bij comorbiditeit gemiddeld 2 tot 4 keer hoger waren.

De meeste, maar niet alle onderzoeken laten zien dat deze negatieve gevolgen door tijdige en kwalitatief hoogwaardige consultatie en MPU-behandeling substantieel kunnen worden voorkomen en leidt tot kwalitatief betere zorg (Kishi & Kathol 1999; Eytan e.a. 2004; Fava & Sonino 2009; Leue e.a. 2010). Zo leidt beoordeling van patiënten die een suïcidepoging deden door de psychiatrisch consultatieve dienst op een spoedeisende hulp tot minder recidieven (Kapur e.a. 2002), preoperatieve screening bij ouderen tot minder postoperatieve delieren (Deschot 2012).

Een onderzoek naar het effect van een actieve psychiatrisch consultatieve dienst (PCD) liet een significant kortere opnameduur, een daling van het aantal heropnames en forse kostenbesparingen zien. De PCD voorzag naast directe zorgverlening in een uitgebreid scholingsprogramma voor staf en medewerkers, gericht op tijdige herkenning van comorbiditeit, verbetering van omgang met gedragsproblemen, en snellere toeleiding naar passende nazorg (Tadros e.a. 2013).

Recente ontwikkelingen Nederlandse ziekenhuispsychiatrie

Terwijl het aantal psychiatrische bedden in algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) terugliep van 2531 in 1982 tot 932 in 2006 (Jabaaij & Hutschemaekers 1998; Leentjens 2009),

ontwikkelden steeds meer PAAZ'en medisch-psychiatrische units (MPU's), waar patiënten met een combinatie van somatische en psychiatrische stoornissen geïntegreerde, op elkaar afgestemde somatische en psychiatrische zorg krijgen (van Waarde e.a. 2014; Honig e.a. 2014).

Deze MPU's zijn vooral te vinden in de grotere ziekenhuizen, zoals opleidings- en academische ziekenhuizen. Op een MPU zijn professionals in staat hoog complexe gecombineerde somatische en psychiatrische zorg te leveren en zijn er faciliteiten om algemene en geavanceerde diagnostiek te verrichten en behandeling toe te passen. Dit sluit ook aan bij de groei van kennis over en het onderzoek naar de biologische kenmerken van psychiatrische aandoeningen. Inmiddels zijn er door de beroepsgroep veldnormen medisch-psychiatrische units opgesteld, waarmee de kwaliteit van deze afdelingen kan worden gewaarborgd (Werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie 2015).

De ziekenhuispsychiatrische dienst heeft faciliteiten zoals laboratoria en beeldvormend onderzoek tot zijn beschikking; bedverpleging met sonde, infuus, zuurstof en katheeter is mogelijk, perioperatieve begeleiding en elektroconvulsiotherapie kunnen worden toegepast. Deze zorg is 7 x 24 uur beschikbaar, mede omdat 30% van de opnames buiten kantooruren plaatsvinden, meestal via de SEH, regelmatig ook op verwijzing van de acute dienst van de ggz en toenemend via de huisartsenpost. 7 x 24 SEH-opvang en psychiatrische beoordeling voor mensen met acute gedragsproblemen zijn nu mogelijk in 66 van de 91 ziekenhuizen met een SEH. In slechts 42 van deze 66 ziekenhuizen is er psychiatrische opnamecapaciteit. Bij 64 ziekenhuizen zijn er hierover wel afspraken met de lokale psychiatrische crisisdienst (Kommer e.a. 2015).

De toename van acute psychiatrische patiënten op SEH's die recent gesignaleerd is, heeft inmiddels geleid tot initiatieven een ziekenhuispsychiatrische spoedeisende hulp in het ziekenhuis te ontwikkelen. Dit ontlast de SEH en biedt patiënten beter op de behoefte aangepaste zorg in de vorm van acute diagnostiek en behandeling gevolgd door passende doorverwijzing naar ketenzorgpartners binnen en buiten de ggz. Opvang van suïcidepogers met een somatische opname-indicatie gebeurt steeds meer op MPU's waardoor naast de somatische ook direct psychiatrische zorg geleverd kan worden en veiligheid beter gewaarborgd is (Sierink e.a. 2010). Tevens wordt daarmee voldaan aan de kwaliteitsnorm dat alle patiënten na een tentamen suïcidii psychiatrisch beoordeeld moeten worden. Psychiatrische patiënten in het algemeen ziekenhuis krijgen zo meer kans op geslaagde ketenzorg en meer rendement van de geboden zorg.

Ten slotte kunnen verwijzers bij de psychiatrische polikliniek in het ziekenhuis terecht voor specialistische diag-

nostiek en behandeling en zijn vanuit deze poli's initiatieven genomen waarbij multidisciplinaire specialistische zorg voor specifieke patiëntenpopulaties is ontwikkeld. Er bestaat een groeiend aantal poliklinische en dagbehandelingsfaciliteiten met *steppedcare*zorgpaden rond specifieke en complexe somatische stoornissen of aandachtsgebieden, typisch voor het algemeen of academisch ziekenhuis, zoals zwangerschap en psychiatrie, de ziekte van Parkinson, cognitieve stoornissen, verslaving, somatisch onvolgende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en pijn. Kenmerken van dergelijke behandeltrajecten zijn het multidisciplinaire karakter, zowel met andere medische specialismen als daarbuiten met huisartsen en/of zorginstanties. Vervolgzorg wordt gewaarborgd in samenwerking met de ggz en revalidatie-instellingen. Stepped care wordt gegeven door medewerkers op het expertisniveau dat passend is voor het voorliggende probleem zoals verpleegkundigen (denk aan diabetesverpleegkundige of pompfaalverpleegkundigen) onder supervisie van een psychiater of een klinisch psycholoog. Met de eerste lijn zijn succesvolle *collaborativecare*projecten beschreven voor polikliniekpatiënten in het algemene ziekenhuis met depressies bij chronische somatische aandoeningen (van Steenbergen-Weijenberg e.a. 2015). De ziekenhuispsychiatrie is in veel ziekenhuizen uitgegroeid tot een dienst die diagnostiek en behandeling verricht op alle afdelingen van het ziekenhuis, met als specifieke functie de 7 x 24 uur beschikbaarheid voor spoed- en crisismanagement.

Visie op de toekomst

Ziekenhuispsychiatrie wordt in het visiedocument 2015-18 omschreven als psychiatrische zorg voor complexe patiënten in de ziekenhuissetting, bij wie psychiatrische en somatische stoornissen samen voorkomen (complexe problemen en complexe zorg), en waarbij integratie van specialistische psychiatrische en somatische behandeling noodzakelijk is. Daarnaast heeft de ziekenhuispsychiatrische zorg in hoge mate een spoedeisend karakter bij de acute opvang en behandeling van patiënten met psychiatrische, verslavinggerelateerde en andere gedragsproblematiek die gezien worden op de SEH van het algemeen ziekenhuis of universitair medisch centrum. Daarbij heeft de psychiater in het algemeen ziekenhuis de rol van poortspecialist in (acute) diagnostiek en behandeling. Deze acute opvang, diagnostiek en (mede)behandeling worden geboden vanuit de PCD, de (PAAZ/PUK) en/of MPU. De MPU is daarbij toegerust voor *highcare*psychiatrisch zieke en *mediumcare*-somatisch zieke patiënten.

Met deze functies vervult de ziekenhuispsychiatrie een belangrijke rol in de zorgketen met de somatische zorg, de ggz en huisarts. Afhankelijk van lokale omstandigheden

blijft het vanzelfsprekend mogelijk om in samenspraak met de lokale ggz en huisartsen afspraken te maken over additionele zorgtaken die normaliter tot het domein van de ggz behoren.

Voorwaarden

Voor het verwezenlijken van de beschreven visie is een aantal voorwaarden noodzakelijk.

Allereerst dienen alle PAAZ'en en PUK'ken van opleidings- en universitaire ziekenhuizen te beschikken over een MPU-functie. Wat betreft het optimaliseren van complexe somatisch-psychiatrische zorg is het verder ontwikkelen van zorgstandaarden en -paden in samenwerking met partners in de zorgketen binnen en buiten het ziekenhuis van groot belang.

Voor het bevorderen van kwaliteit van zorg is scholing en nascholing van essentieel belang. Recent is voor artsen in opleiding tot psychiater een module ziekenhuispsychiatrie ontwikkeld binnen het landelijk onderwijs. Dit onderwijs kan het beste worden gecombineerd met een verplichte fulltimestage van zes maanden in het algemeen ziekenhuis.

De kwaliteit van de CZP kan men voorts verbeteren door wetenschappelijk onderzoek te bevorderen en specifieke richtlijnen te ontwikkelen. Hiertoe is een Kenniscentrum Ziekenhuispsychiatrie in voorbereiding.

Randvoorwaarde is het realiseren van passende en kostendeckende financiering. Zorgelijk is dat afspraken over bekostiging van somatische en psychiatrische zorg nog steeds grotendeels gescheiden zijn. Dat stimuleert de ontwikkeling van integrale zorgprojecten uiteraard niet. Zo onderhandelt het ziekenhuis separaat met zorgverzekeraars over budgetten voor de somatisch specialistische zorg en die voor de psychiatrische zorg. Het gevolg is dat er geen financiering is geregeld voor een aanzienlijk deel van de reguliere ziekenhuispsychiatrische zorg. Overleg van de aczp met zorgverzekeraars over deze lacune is gaande.

CONCLUSIE

De beschreven visie en uitwerking daarvan zal op termijn hopelijk leiden tot een duidelijk herkenbare ziekenhuispsychiatrie, gericht op kwaliteit en rendement van zorg voor de heterogene groep patiënten in het ziekenhuis, goed ingebed in de opleiding en nascholing van alle psychiaters en adequaat gefinancierd. Het ultieme doel is een toekomstbestendige ziekenhuispsychiatrie als belangrijke schakel tussen somatische en psychiatrische zorg.

LITERATUUR

- Afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie. Visiedocument. Utrecht: NVvP; 2015.
- Deschodt M, Braes T, Flamaing J, Detroyer E, Broos P, Haentjens P, e.a. Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 733-9.
- Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 409-16.
- Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 499-501.
- Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract* 2010; 64: 1155-61.
- Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M, Sondergaard L, Munk-Jørgensen P. Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res* 2001; 50: 199-204.
- Haverkamp GLG, Torensma B, Vergouwen ACM, Honig A. Psychological distress in the hospital setting: A comparison between native Dutch and immigrant patients. *PLoS One* 2015; 10: e0130961.
- Honig A, Visser IJ, Heller HM, Kieviet N, Boenink AD, e.a. Een Medisch-psychiatrische Unit in algemeen ziekenhuis: effectieve gecombineerde somatische en psychiatrische zorg? *Ned Tijdschr Geneesk* 2014; 158: A6520.
- Jabaaij L, Hutschemaekers G. Vraag en aanbod in de PAAZ. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelaars op de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen. Utrecht: Trimbos-instituut; 1998.
- Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1250-7.
- Kapur N, House A, Dodgson K, May C, Creed F. Effect of general hospital management on repeat episodes of deliberately self poisoning: a cohort study. *BMJ* 2002; 325: 866-7.
- Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am* 2006; 90: 549-72.
- Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting: The type IV program. *Psychosom* 1999; 40: 345-55.
- Kommer GJ, Gijzen R, Lemmens LC, Kooistra M, Deuning C. Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van spoedeisende hulp in Nederland. Bilthoven: RIVM; 2015.
- Leentjens AFG, Sonderen I, & Buis WMNJ. Zorgwekkende afname van psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 1998-2006. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 395-9.
- Leue C, Driessen G, Strik JJ, Drukker M, Stockbrugger RW, Kuijpers P, e.a. 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.
- Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to Clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics* 2002; 43: 24-30.
- Ramasubbu R, Taylor VH, Saaman Z, Sockalingham S, Li M, Patten S, e.a. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 91-109.
- Royal College of Psychiatrists. Liaison psychiatry for every acute hospital: integrated mental and physical healthcare. Londen: RCP; 2013. <http://www.rcpsych.ac.uk/usesfulresources/publications/collegereports/cr/cr183.aspx>
- Sierink HD, van Braam Houckgeest F, Lobatto S, Bloemkolk D. Opgang suïcidepogers beter apart. *Med Contact* 2010; 42: 2186-8.
- Steenbergen-Weijnenburg KM van, van der Feltz-Cornelis CM, van Benthem TB, Horn EK, Ploeger R, Brals JW, e.a. Collaborative care voor de behandeling van comorbide depressieve stoornis bij chronisch lichamelijke zieke patiënten op een polikliniek van een algemeen ziekenhuis. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 248-57.
- Tados G, Salama RA, Kingston P, Mustafa N, Johnson E, Pannell R, e.a. The Psychiatrist 2013; 37: 4-10; doi: 10.1192/pb.bp.111.037366.
- Verwey B, van Waarde JA, Huyse, FJ, Leentjens AFG. Consultatieve en ziekenhuispsychiatrie in Nederland: op weg naar psychosomatische geneeskunde. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 139-43.
- Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Munk Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 453-8.
- Werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie. Veldnormen Medisch Psychiatrische Units. Utrecht: NVvP; 2014.

SUMMARY

The tasks and aims of hospital psychiatry today and in the future

A. HONIG, D. SIERINK, B. VERWEY

BACKGROUND Care provided by consultation-liaison (CL) psychiatry and general hospital (GH) psychiatry varies widely. This means that certain services are almost unrecognisable and therefore less readily available to patients.

AIM To describe the core tasks of current CL- and GH-psychiatry care and to suggest how these tasks can best be performed and developed in the future.

METHOD We conducted a selective review of relevant CL- and GH-related literature and combined the information we obtained with the results of a consultation with CL-psychiatrists about how CL- and GH psychiatry should function in the future.

RESULTS Core tasks of CL- and GH-psychiatry are: 1. inpatient and outpatient care for complex patients with combined somatic and psychiatric problems (including addiction) and 2. acute care, diagnosis and treatment of patients referred to the Emergency Department. We gave an outline of how the quality of training can be maintained and/or improved and we suggest ways in which the funding of CL- and GH-psychiatry can be safeguarded and, if possible, increased in the future.

CONCLUSION We strongly recommend that large teaching hospitals and all university hospitals should have at their disposal a psychiatric consultation service that includes psychiatric Emergency Department facilities and specialised CL and GH inpatient and outpatient facility such as a medical-psychiatric unit. The CL- and GH-service should have a psychiatrist as gatekeeper and should be integrated into the hospital's chain of care. Partners in this chain of care are interns who have other medical specialisms, mental health specialists employed at other (mainly psychiatric) hospitals and general practitioners (GPs).

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 733-738

KEY WORDS CL-psychiatry, general hospital psychiatry, medical-psychiatric unit, mission statement