

# Medisch-psychiatrische units in Nederland

## EEN ONDERZOEK NAAR KWALITEIT EN SPREIDING

Maarten A. van Schijndel, Luc A.W. Jansen, Petra J. Caarls, Frank van 't Veer, André I. Wierdsma, Jeroen D.H. van Wijngaarden, Jeroen A. van Waarde en Jan J. van Busschbach

- DOEL** Een van de speerpunten van de geestelijke gezondheidszorg is ziekenhuiszorg voor patiënten met psychiatrische comorbiditeit. In 2014 publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie tien veldnormen voor medisch-psychiatrische units (MPU's). Wij inventariseerden het Nederlandse zorgaanbod aan de hand van deze veldnormen.
- OPZET** Telefonische screening, gevolgd door een vragenlijstonderzoek.
- METHODE** In de periode mei-augustus 2015 werden psychiaters in 90 Nederlandse ziekenhuizen telefonisch benaderd met 4 screeningsvragen. Als de afdeling beantwoordde aan de screeningscriteria voor een MPU, volgde een gestructureerd interview met 51 vragen. Het interviewsript was getoetst aan de veldnormen met behulp van de Delphi-methode.
- RESULTATEN** Uit de screening kwamen 40 afdelingen naar voren die als MPU gekwalificeerd konden worden; daarvan namen er 37 (92,5%) deel aan het volledige interview. De MPU-zorg is ongelijkmatig verdeeld over het land. Geen enkele afdeling voldeed aan alle veldnormen, al was de score relatief goed op deelcriteria die de inhoud van de zorg betreffen. De voornaamste tekortkomingen waren het ontbreken van vooral somatische zorgvoorzieningen, geen continue beschikbaarheid van somatische verpleegkundige expertise, onvoldoende kennis van psychiatrische problematiek bij somatisch specialisten en het ontbreken van ketenzorgafspraken.
- CONCLUSIE** MPU's zijn ongelijk verdeeld over het land; de inhoud van de zorg is adequaat, maar scholing, nauwere multidisciplinaire samenwerking en somatische verpleegkundige expertise tijdens elke dienst kunnen de zorg op MPU's verbeteren. De afdelingen zouden ook meer werk moeten maken van ketenzorgafspraken. De veldnormen zijn te streng gesteld; deze kunnen verbeterd worden door vast te stellen wat noodzakelijke zorg is en een gedifferentieerde weging van deelcriteria toe te passen.

Naar schatting 25-40% van de ziekenhuispatiënten heeft een comorbide psychiatrische aandoening.<sup>1,2</sup> Sommige van deze patiënten kunnen vanwege de ernst van hun somatische aandoening niet worden behandeld in een reguliere klinisch-psychiatrische afdeling of ggz-instelling, maar kunnen vanwege hun psychiatrische aandoening ook niet terecht op een somatische ziekenhuisafdeling.<sup>3</sup> Het gaat bijvoorbeeld om een zorgmijdende psychotische patiënt met het syndroom van Wernicke, een patiënt met een ernstige depressie die een behandeling voor pneumonie weigert of een patiënt die prednison gebruikt en daardoor een 'maniforme psychose' heeft ontwikkeld.<sup>4</sup> Voor deze patiënten zijn sinds de jaren 80 in algemene en academische ziekenhuizen wereldwijd medisch-psychiatrische units (MPU's) opgezet.<sup>2,5</sup> Het bestuurlijk akkoord van juni 2012 verklaarde somatisch-psychiatrische comorbiditeit tot een van de speerpunten van de GGZ.<sup>6</sup> De IGZ constateerde in 2012-2013 dat slechts 25 van de 100 onderzochte ziekenhuizen over een MPU beschikte en signaleerde 2 andere belangrijke knelpunten: ketenzorgafspraken waren onvoldoende geïmplementeerd en er waren geen veldnormen voor MPU's.<sup>7</sup> Deze veldnormen kwamen er in 2014, opgesteld door de

Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Rotterdam.

Drs. M.A. van Schijndel, psychiater (tevens Rijnstate, afd. Psychiatrie, Arnhem); drs. L.A.W. Jansen, expert zorginkoop (tevens Zilveren Kruis, Utrecht); drs. P.J. Caarls, arts-onderzoeker; F. van 't Veer, BSc, student geneeskunde; dr. A.I. Wierdsma, methodoloog; prof.dr. J.J. van Busschbach, medisch psycholoog. Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

Dr. J.D.H. van Wijngaarden, universitair hoofddocent. Rijnstate, afd. Psychiatrie, Arnhem.

Dr. J.A. van Waarde, psychiater.

Contactpersoon: drs. M.A. van Schijndel (mvanschijndel@rijnstate.nl).

**TABEL 1** Indeling van medisch-psychiatrische units naar niveau van zorgzwaarte<sup>3,8</sup>

type	psychiatrische zorgzwaarte	somatische zorgzwaarte
I	gemiddeld tot hoog	laag
II	geen tot laag	gemiddeld tot hoog
III	gemiddeld tot hoog	laag tot gemiddeld
IV	gemiddeld tot hoog	hoog

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in samenwerking met patiënten, zorgverleners, overheid en verzekeraars.<sup>3</sup> De normen gaan uit van 4 typen MPU, ingedeeld naar somatische en psychiatrische zorgzwaarte (tabel 1).<sup>3,8</sup>

In dit onderzoek inventariseren we aan de hand van de veldnormen het zorgaanbod voor ziekenhuispatiënten met ernstige psychiatrische comorbiditeit in Nederland, met als doel de karakteristieken van de verschillende afdelingen en hun geografische spreiding te beschrijven.

## METHODE

### SCREENING OP MPU'S

Om te beginnen screenen we alle 90 Nederlandse ziekenhuizen die op 1 maart 2015 geregistreerd waren in [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl) op aanwezigheid van een afdeling die als MPU te kwalificeren was. Daartoe stelden we psychiaters in deze ziekenhuizen telefonisch 4 screeningsvragen. Vraag 1 was: 'Is uw afdeling een klinische afdeling?' 'Klinisch' betekende dat patiënten meerdere dagen inclusief overnachting op de afdeling kunnen verblijven. Bij een bevestigend antwoord op vraag 1 volgden vraag 2: 'Biedt uw afdeling gelijktijdige somatische en psychiatrische zorg?', vraag 3: 'Biedt uw afdeling diagnostiek en behandeling?' en vraag 4: 'Is uw afdeling verbonden aan een algemeen of academisch ziekenhuis?'

### INTERVIEW MET PSYCHIATERS

De screening werd gevolgd door vragenlijstonderzoek om de implementatiegraad van de veldnormen te achterhalen. Voorafgaand aan het vragenlijstonderzoek operationaliseerden we de 10 veldnormen voor MPU's in een telefonisch interviewscript van 51 gesloten vragen, met ruimte voor toelichting. Na 6 pilotinterviews werd de lijst aangepast en vervolgens werd met de Delphi-methode bepaald welke antwoorden minimaal gegeven moesten worden om aan elk van de veldnormen te voldoen. Dit laatste gebeurde door 7 auteurs van de veldnormen, die in 3 rondes consensus bereikten over alle interpretaties. Per veldnorm werd zo een set minimumcriteria gedefinieerd.

In de periode mei-augustus 2015 nam 1 onderzoeker alle interviews af. Daarna kregen de respondenten een maand de tijd om hun antwoorden te controleren. De onderzoekers beloofden om niet op instellingsniveau over de antwoorden te publiceren. Als tegenprestatie kregen alle respondenten een benchmarkrapport waarin de eigen afdeling werd vergeleken met de landelijke gemiddelden.

### ANALYSE

Op basis van de screeningsvragen, inwoneraantallen per provincie en reisafstand naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis maakten we de spreiding van MPU-bedden over Nederland inzichtelijk. Per postcodegebied bepaalden we het dichtstbijzijnde ziekenhuis; per adherentiegebied deelden we het aantal MPU-bedden door het aantal inwoners.

De antwoorden op de interviewvragen toetsten we aan de minimumcriteria, waarbij 2 onderzoekers de tekstuele toelichtingen interpreteerden. Wanneer zij geen consensus bereikten, werd een derde onderzoeker geraadpleegd. Alle deelcriteria kregen hetzelfde gewicht; niet-voldoen aan 1 deelcriterium betekende dus uitval op de hele veldnorm. Per veldnorm werd berekend hoeveel afdelingen aan de norm voldeden, aan hoeveel deelcriteria gemiddeld werd voldaan en welke deelcriteria het vaakst niet werden gehaald. Het gemiddeld percentage behaalde deelcriteria geeft een schatting van de inspanning die het veld nog moet leveren om de veldnorm te halen.

## RESULTATEN

### MPU-ZORG IN NEDERLAND

Psychiaters in alle 8 academische en 82 algemene ziekenhuizen die in 2015 in de Zorgatlas geregistreerd stonden, beantwoordden de screeningsvragen (respons: 100%). Op basis van hun antwoorden identificeerden wij 40 mogelijke MPU's, waarvan 28 die zichzelf MPU noemden, 5 psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) en 4 die een andere benaming gebruikten; 2 psychiaters weigerden deelname vanwege tijdgebrek en 1 psychiater kreeg geen toestemming voor deelname. Uiteindelijk werd het volledige interview afgenomen bij 37 psychiaters (92,5%). Het vragenlijstonderzoek omvat daarmee 6 (75,0%) academische en 31 (37,8%) algemene ziekenhuizen. Tabel 2 beschrijft de kenmerken van de 37 MPU-afdelingen; 30 (81,1%) waren een afdeling Psychiatrie in een ziekenhuis of maakten daar deel van uit; de overige 7 (18,9%) waren georganiseerd vanuit een ggz-instelling, waarvan 6 gevestigd in de betreffende ggz-instelling. Er waren 34 afdelingen (91,9%) die patiënten konden opnemen met een BOPZ-titel. Een omvang van 11-20 bedden kwam het vaakst voor (45,9% van de afdelingen). Op 8,1% van de afdelingen droeg niet de psychia-

**TABEL 2** Kenmerken van 37 medisch-psychiatrische units in Nederland die in 2015 deelnamen aan een vragenlijstonderzoek

type instelling	n (%)
academisch ziekenhuis	6 (16,2)
algemeen ziekenhuis	31 (83,7)
waarvan georganiseerd vanuit GGZ-instelling	7 (16,2)
aantal bedden	
1-10	16 (43,2)
11-20	17 (45,9)
> 20	4 (10,8)
medische eindverantwoordelijkheid	
psychiater	33 (89,1)
medisch specialist, niet zijnde psychiater	3 (8,1)
gedeelde verantwoordelijkheid	1 (2,7)

ter maar een andere medisch specialist de eindverantwoordelijkheid.

De beddensluidtheid was het grootst in Overijssel en Flevoland (tabel 3); qua reisafstand naar het dichtstbijzijnde MPU-bed vielen Noord-Brabant en Overijssel in positieve zin op (figuur 1). De beddensluidtheid was het laagst in Drenthe, Groningen en Zeeland. Daarbij moet worden aangetekend dat de kwalificatie 'MPU' louter gebaseerd is op onze screeningsvragen en niet op de veldnormen.

#### VELDNORMEN

Tabel 4 geeft per veldnorm aan hoeveel afdelingen eraan voldeden, hoeveel deelcriteria de norm bevatte en aan welk percentage deelcriteria gemiddeld voldaan werd. Geen van de afdelingen voldeed aan alle 10 de veldnormen; 4 afdelingen (10,8%) voldeden aan 8 veldnormen, 7 afdelingen (18,9%) voldeden aan 7 veldnormen, 6 afdelingen (16,2%) voldeden aan 6 veldnormen en 20 afdelingen (54,1%) voldeden aan  $\leq 5$  veldnormen (figuur 2). Aan de veldnormen 2 (21,6%), 7 (18,9%) en 6 (2,7%) voldeden de minste afdelingen. Of een afdeling zichzelf MPU, PAAZ of anderszins noemde, hield geen verband met het aantal behaalde veldnormen.

Hoewel slechts 21,6% van de afdelingen aan alle 57 deelcriteria voldeed, was de gemiddelde implementatiegraad van veldnorm 2 toch hoog (95,8%). De grootste tekortkomingen waren dat de somatisch specialisten op de afdeling vaak geen specifieke ervaring of scholing hadden in de zorg voor patiënten met psychiatrische comorbiditeit (86,5%) en dat veel afdelingen niet beschikten over een voorziening voor separatie (37,8%), parenterale voeding (35,1%), donorbloed (13,5%), terminale zorg (10,8%) of PEG-sondeplaatsing (8,1%).

De gemiddelde implementatiegraad van veldnorm 6 was

erg laag (33,1%). Slechts 1 ziekenhuis had schriftelijke ketenzorgafspraken gemaakt over terugplaatsing, aanmeldingsprocedures, verantwoordelijkheidsverdeling, structureel overleg en bestuurlijke escalatie bij conflicten. De gemiddelde implementatiegraad van veldnorm 7 was 74,1%; op 9 afdelingen (24,3%) was niet altijd zowel somatische als psychiatrische verpleegkundige expertise beschikbaar; 15 afdelingen (41,5%) bleven onder de norm van 1 fte per bed.

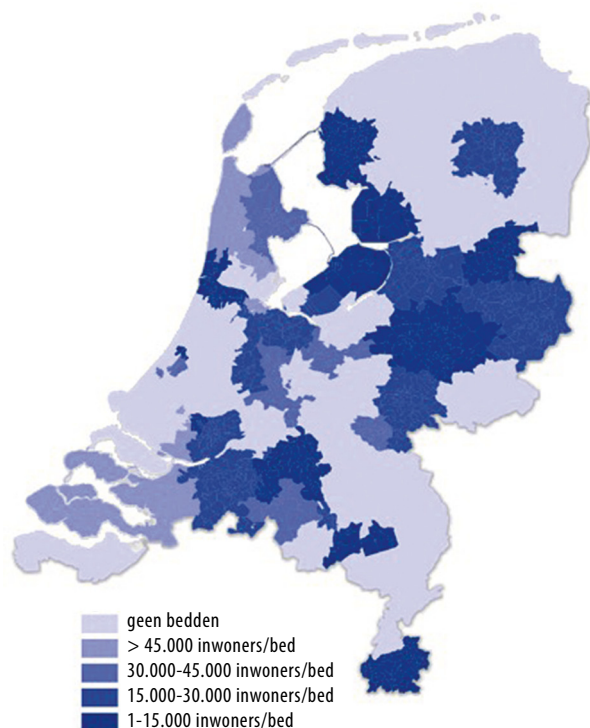
#### BESCHOUWING

Ons vragenlijstonderzoek omvatte 37 (92,5%) van de 40 ziekenhuisafdelingen in Nederland die in principe voldoen aan de kwalificatie 'medisch-psychiatrische unit' (MPU). Geen van de onderzochte afdelingen voldeed aan alle veldnormen. Het aantal afdelingen dat zich MPU noemt, steeg van 25 in 2012-2013 bij het IGZ-onderzoek naar 28 in 2015. Ons onderzoek laat zien dat de benaming 'MPU' geen verband houdt met het aantal veldnormen waaraan de afdeling voldoet; het aantal afdelingen dat MPU-zorg biedt, kan in werkelijkheid dus sterker zijn

**TABEL 3** Het aantal medisch-psychiatrische units in Nederland in 2015, zoals vastgesteld op basis van 4 screeningsvragen\*

provincie	aantal bedden	bedden per 100.000 inwoners
Flevoland	18	4
Overijssel	63	4
Gelderland	62	3
Limburg	44	3
Noord-Holland	85	3
Utrecht	35	3
Friesland	20	3
Noord-Brabant	106	2
Zuid-Holland	62	2
Zeeland	4	1
Drenthe	4	0,8
Groningen	0	0

\* De 4 screeningsvragen werden gesteld aan psychiaters in alle Nederlandse ziekenhuizen die geregistreerd stonden in [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl). Vraag 1: 'Is uw afdeling een klinische afdeling in de zin dat patiënten meerdere dagen inclusief overnachting op de afdeling kunnen verblijven?'. Bij een bevestigend antwoord op vraag 1 volgden vraag 2: 'Biedt uw afdeling gelijktijdige somatische en psychiatrische zorg?', vraag 3: 'Biedt uw afdeling diagnostiek en behandeling?' en vraag 4: 'Is uw afdeling verbonden aan een algemeen of academisch ziekenhuis?' De aldus geïdentificeerde MPU's voldoen niet noodzakelijkerwijs aan de veldnormen.<sup>3</sup>



**FIGUUR 1** Verdeling van bedden in medisch-psi­chiatrische units (MPU's) over Nederland; weergegeven is het aantal inwoners per bed in de adherentiegebieden van alle Nederlandse ziekenhuizen. De lichtgekleurde vlakken zijn de adherentiegebieden van ziekenhuizen zonder MPU.

gestegen – de toegenomen aandacht voor somatische comorbiditeit bij psychiatrische patiënten in de afgelopen jaren maakt dat ook waarschijnlijk. Doordat er nu veldnormen zijn, wordt het mogelijk de groei en de kwaliteit van MPU-zorg beter te monitoren; dit onderzoek levert daaraan een eerste bijdrage.

#### TOEGANKELIJKHEID EN KWALITEIT

De onevenredige verdeling van MPU-bedden over Nederland heeft waarschijnlijk invloed op de toegankelijkheid van MPU-zorg. In Drenthe, Groningen en Zeeland zijn nauwelijks MPU-bedden beschikbaar (zie tabel 3 en figuur 1).

Veel afdelingen voldoen niet aan veldnorm 2: de scholing en ervaring van de somatisch specialisten is onvoldoende toegesneden op de doelgroep en de voorzieningen voor bepaalde, vooral somatische, zorgvragen schieten tekort. Vrijwel alle afdelingen kunnen daarentegen juist wel acute psychiatrische zorgvragen accommoderen. De meeste afdelingen zijn daarom als type III-zorgvoorziening te classificeren en niet als type IV, het type waarop de veldnormen zijn geënt (zie tabel 1).

Deze conclusie wordt ondersteund door de bevinding dat het merendeel van de onderzochte afdelingen georganiseerd is vanuit de psychiatrie, een psychiater als hoofdbehandelaar heeft en niet voldoet aan veldnorm 7 (continue aanwezigheid van somatische verpleegkundige expertise).

Toch kan men voorzichtig concluderen dat het veld hier op de goede weg is, want de gemiddelde afstand tot het halen van veldnorm 2 is gering (zie tabel 4). De norm kan worden gehaald door de voorzieningen voor somatische zorg te verbeteren, door meer nadruk te leggen op somatische verpleegkundige expertise tijdens elke dienst, door scholing van de somatisch specialisten en door multidisciplinaire samenwerking.

Een opmerkelijke bevinding is dat vrijwel geen afdeling voldeed aan veldnorm 6. Schriftelijke ketenzorgafspraken ontbraken bijna overal, terwijl de IGZ in 2013 hierop juist aandrong. In hoeverre die situatie inmiddels is verbeterd, is niet bekend, maar omdat op deze norm het grootste aantal deelcriteria niet gehaald werd, is er nog veel werk aan de winkel.

#### VELDNORMEN

De huidige veldnormen reflecteren de inzichten van 2014 en hun indeling bleek bij het opzetten van dit onderzoek niet altijd logisch.<sup>3</sup> Verschillende veldnormen bestrijken meerdere thema's en sommige thema's komen in meerdere normen terug (zie tabel 4). Er is een aantal domeinen te herkennen: de veldnormen 1, 2, 7 en 8 behelzen het domein 'inhoud van de zorg' (78 deelcriteria); de veldnormen 9 en 10 behelzen het domein 'faciliteiten' (13 deelcriteria) en de veldnormen 3, 4, 5 en 6 behelzen het domein 'organisatie' (28 deelcriteria).

Daarbij komt dat de veldnormen zijn opgesteld als minimumnormen en niet als streefnormen. De combinatie van het hoge aantal deelcriteria en hun absolute karakter – je voldoet eraan of niet – vergroot de kans dat een afdeling een veldnorm niet haalt. Dat geen enkele afdeling voldoet aan alle veldnormen, geeft dus een te pessimistisch beeld van de stand van zaken. Wat ontbreekt, is een vorm van weging tussen de deelcriteria.

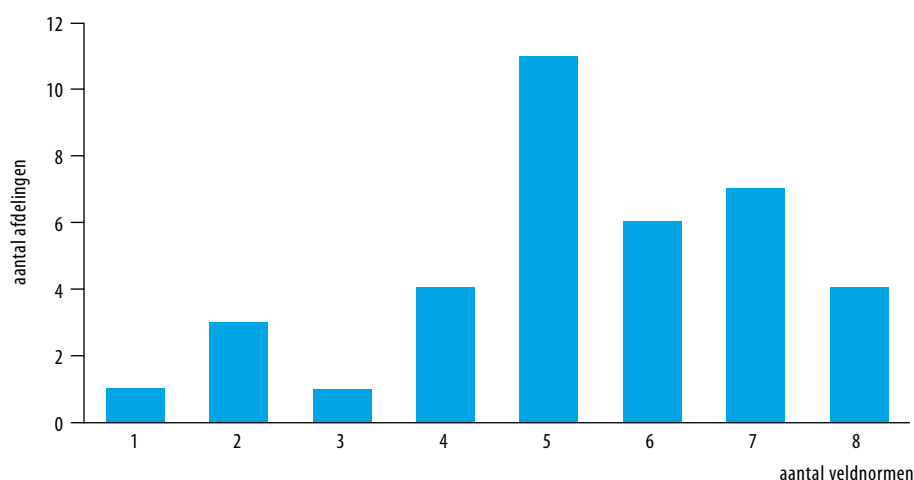
Het wezen van de MPU-zorg ligt in het domein 'inhoud van de zorg': een MPU levert klinische en geïntegreerde somatisch-psi­chiatrische 24-uurszorg, behandelt gecombineerde zorgvragen die niet goed op een reguliere somatische of psychiatrische afdeling te behandelen zijn, betrokken medisch specialisten en verpleegkundigen zijn competent en er zijn bepaalde paramedische disciplines aanwezig. In ons onderzoek haalde slechts 1 afdeling alle veldnormen in dit domein en zou zich dus met recht 'MPU' mogen noemen. Het beeld is echter minder zwart-wit wanneer we kijken naar het gemiddeld aantal behaalde deelitems per domein: 'inhoud van de zorg'

**TABEL 4** Implementatiegraad van de Nederlandse veldnormen voor medisch-psychiatrische units (MPU's) in 37 algemene en academische ziekenhuizen in 2015

veldnorm <sup>3</sup>	haalt de norm* n (%)	deelcriteria; n	implementatie- graad†
1 A Een MPU voorziet in geïntegreerde, klinische psychiatrische en somatische diagnostiek en behandeling. B De zorgvraagzwaarte komt overeen met die van een reguliere psychiatrische en somatische opnameafdeling.	27 (73,0)	9	96,1%
2 A Een MPU biedt 24/7 multidisciplinaire diagnostiek, verpleging en behandeling. B De medisch specialisten zijn ervaren en geschoold in het behandelen van patiënten met complexe problemen. C De veldnorm bevat een niet-limitatieve lijst van 10 zorgvragen die op een MPU behandeld kunnen worden.	8 (21,6)	57	95,8%
3 De medisch-specialistische zorg op de MPU is organisatorisch volledig ingebed in het ziekenhuis.	27 (73,0)	3	85,6%
4 De aansturing en bedrijfsvoering van de MPU zijn geborgd met voldoende bedrijfsmatige en medisch-inhoudelijke expertise, en sluiten aan bij de organisatie van het ziekenhuis.	37 (100)	3	100,0%
5 Het ziekenhuis heeft naast de MPU ook een consultatieve psychiatrische dienst en polikliniek voor ziekenhuispsychiatrie.	32 (86,5)	2	93,2%
6 De MPU heeft ketenzorgafspraken binnen en buiten het ziekenhuis.	1 (2,7)	20	33,1%
7 Op de MPU is in elke dienst voldoende somatische en psychiatrische verpleegkundige expertise aanwezig.	7 (18,9)	5	74,1%
8 De MPU beschikt over ten minste de volgende paramedische disciplines: activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en GZ-psycholoog.	22 (59,5)	7	93,5%
9 De ruimtelijke voorzieningen van de MPU maken zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk.	12 (32,4)	12	90,2%
10 Elektroconvulsieve therapie is 24/7 drempelloos en snel beschikbaar voor patiënten op de MPU.	25 (67,6)	1	67,6%

\* Afdelingen die voldoen aan alle deelcriteria voor de betreffende veldnorm.

† Implementatiegraad: gemiddeld percentage van de deelcriteria waaraan alle geïncludeerde ziekenhuizen voldoen.



**FIGUUR 2** Implementatie van de veldnormen voor medisch-psychiatrische units in 37 somatisch-psychiatrische ziekenhuisafdelingen in Nederland. Weergegeven is hoeveel afdelingen aan hoeveel veldnormen voldoen. Geen enkele afdeling haalde meer dan 8 veldnormen; 4 afdelingen haalden 8 veldnormen; 1 afdeling haalde 1 veldnorm.

## LEERPUNTEN

- Medisch-psychiatrische units (MPU's) verlenen somatische en psychiatrische ziekenhuiszorg aan patiënten die psychiatrisch te ziek zijn voor een reguliere ziekenhuisafdeling en somatisch te ziek voor een afdeling Psychiatrie.
- In Nederland is er sinds 2012 meer aandacht gekomen voor deze complexe patiëntengroep, na een onderzoek van de IGZ en enkele voorvallen met een ongunstige afloop.
- In 2014 zijn er veldnormen opgesteld voor MPU's, maar het is niet precies bekend hoeveel ziekenhuisafdelingen in Nederland deze zorg verlenen en welke zorg zij precies bieden.
- Nederland telt 40 ziekenhuisafdelingen die voldoen aan de kwalificatie 'MPU'; ze zijn ongelijk verspreid en noemen ze zich niet altijd zo.
- Geen van de MPU's in Nederland voldoet aan alle veldnormen; verbetering is vooral nodig op het gebied van somatische zorg en ketenzorgafspraken.
- De veldnormen voor MPU's zouden meer ruimte kunnen bieden voor differentiatie naar zorgzwaarte en voor een weging tussen inhoud, faciliteiten en organisatie van de zorg.

89,9%, 'faciliteiten' 78,9%, 'organisatie' 78,0% (zie tabel 4). De MPU's schieten het minst tekort in hun primaire functie.

#### BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

De interviews zijn afgenomen bij psychiaters die er belang bij hebben om hun MPU positief te doen voorkomen. Dit gegeven kan de resultaten in positieve richting hebben beïnvloed. Bovendien zijn niet alle ziekenhuizen ingegaan op de mogelijkheid om hun antwoorden na afloop van het interview te controleren. Dit kan een punt van aandacht zijn in vervolgonderzoek.

#### OP WEG NAAR STANDAARDZORG

De huidige veldnormen hebben 3 belangrijke tekortkomingen. Ten eerste gaan ze ervan uit dat alle MPU's van het zwaarste type moeten zijn (zie tabel 1), terwijl dergelijke intensieve zorg niet in elk ziekenhuis nodig is. Ten tweede schrijven ze niet voor wat noodzakelijke zorg is: in welke ziekenhuizen moet welke zorg beschikbaar zijn? Ten derde zijn de normen niet gewogen en maken ze geen onderscheid naar domeinen, terwijl het domein 'inhoud van de zorg' het zwaarst zou moeten wegen. Deze tekort-

komingen zullen moeten worden opgelost bij de herziening van de veldnormen, die voor 2019 gepland staat. Vervolgonderzoek zou moeten gaan over wat noodzakelijke zorg is in termen van vraag, gewenst niveau van het aanbod en geografische spreiding.

#### CONCLUSIE

Het aantal medisch-psychiatrische units (MPU's) in Nederland is de afgelopen jaren gegroeid, maar de toegang tot MPU-zorg verschilt nog per provincie. De in 2014 opgestelde veldnormen voor MPU's kunnen in de praktijk goed worden getoetst, maar zijn te streng en te weinig gedifferentieerd naar niveau van zorgbehoefte. Op dit moment voldoet nog geen van de onderzochte afdelingen aan alle veldnormen, maar de tekortkomingen betreffen vooral faciliteiten en organisatie, en minder de primaire zorgfunctie.

De zorg op MPU's kan verbeteren door scholing, nauwere multidisciplinaire samenwerking en het beschikbaar maken van somatische verpleegkundige expertise tijdens elke dienst. Daarnaast moeten de afdelingen meer werk maken van ketenzorgafspraken. Vervolgonderzoek zal zich moeten richten op de definitie van noodzakelijke zorg in termen van vraag, gewenst aanbod en geografische spreiding.

Naast de in de aanhef genoemde auteurs maakten de volgende psychiaters deel uit van de auteursgroep: dr. F.J.E. Balk, Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag; dr. J.M. Hegeman, Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein; dr. I.K. Lampe, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam; drs. P.J.H. Notten, Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg; drs. C.B. Portier, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam; drs. M.J.W.T. Scherders, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven.

Dit project ontving een promotiesubsidie van Medical Research Advisory Committee (Mrace) Erasmus MC, toegekend in 2012 aan M.A. van Schijndel. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz kende aan M.A. van Schijndel, J.G. Lijmer, J.A. van Waarde en A.D. Boenink een subsidie toe voor de totstandkoming van de 'Generieke module ziekenhuispsychiatrie'.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 januari 2017

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D890

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D890](http://WWW.NTVG.NL/D890)**

---

## LITERATUUR

- 1 Kathol R, Saravay SM, Lobo A, Ormel J. Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am.* 2006;90:549-72.
- 2 Hussain M, Seitz D. Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: a systematic review. *Psychosomatics.* 2014;55:315-25.
- 3 van Waarde JA, van Schijndel MA, Lampe IK, et al. Veldnormen medisch psychiatrische units. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2014.
- 4 van Schijndel MA, Boenink AD, Caarls PJ, et al. Generieke module ziekenhuispsychiatrie. Utrecht: Kwaliteitsontwikkeling GGZ; 2016.
- 5 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.
- 6 Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2012.
- 7 Psychiatrie en somatiek erkennen noodzaak tot samenwerking bij psychiatrische patiënten met somatische comorbiditeit. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2013.
- 8 Kishi Y, Kathol RG. Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting: The type IV program. *Psychosomatics.* 1999;40:345-55.