

KWALITEITSSTATUUT

ZIEKENHUISPSYCHIATRIE

‘Te Gast in Elkaars Leven’



Afdeling psychiatrie en medische psychologie

Haarlem Zuid en Hoofddorp

www.spaarnegasthuis.nl

Psychiatrie@spaarnegasthuis.nl

Boerhaavelaan 22

2000 AK Haarlem

Tel. 023-2240030

KVK: 41225010

Inhoudsopgave:

1. Doel van dit document	p.3
2. Beschrijving zorgproces	
a. Verwijzing	p.3
b. Intake	p.5
c. Opname	p.6
d. Samenwerking	p.6
e. Deskundigheidsbevordering	p.6
f. Diagnostiek	p.7
g. Behandeling	p.8
h. Meningsverschillen	p.8
i. Afsluiting en Nazorg	p.9
Bijlage 1: handleiding voor de patiënt	p.10
Bijlage 2: bekwaamheden regiebehandelaren	p.12

1. Doel van dit document

Dit document beschrijft de manier waarop de ziekenhuispsychiatrie binnen de DBC Specialistische GGZ in het Spaarne Gasthuis is georganiseerd en vanaf 2022 zal deze zorg plaatsvinden binnen het ZorgPrestatieModel (ZPM). Het document is geschreven als een reisgids voor de patiënt. De patiënt is te gast in ons ziekenhuis, samen met familie, vrienden, kennissen, huisarts en eventuele overige verzorgers. Daarmee zijn we te gast in elkaars leven. We behandelen onze patiënten zoals we zelf behandeld zouden willen worden. Liefst doen we dat dichtbij huis als het kan, maar ook geconcentreerd op één van onze locaties als dat beter is voor de patiënt. Daarnaast werken we samen met de huisarts, medisch specialisten, het verpleeghuis, wijkverpleging, mantelzorgers en anderen. Samen maken we het beste behandelplan. In dit document beschrijven we het proces van aanmelding, intake, diagnostiek, behandeling en terug verwijzing. Tevens zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen helder geformuleerd. Daarmee wordt duidelijk welke zorg wordt geleverd, hoe de regiebehandelaren van de vakgroepen psychiatrie en medische psychologie denken over het kwaliteitsniveau van de diagnostiek en behandeling en hoe dit in de organisatievorm gekregen heeft. Dit geeft de patiënt de gelegenheid om zelf de regie te voeren in de behandeling. Hierdoor zijn kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar voor de patiënt en diens familie/naastbetrokkenen.

Het statuut helpt in de eerste plaats de patiënt en diens familie om een goed geïnformeerde keuze te maken voor een specifieke behandeling. Het maakt duidelijk wat er onder kwaliteit wordt verstaan en welke kwaliteit van diagnostiek en behandeling de patiënt kan verwachten. In de tweede plaats dient dit document als kader voor werkafspraken binnen en buiten de instelling, waarvoor service-level-agreements moeten worden afgesproken. Tot slot geeft een dergelijk document de zorgverzekeraar en de eigen ziekenhuisorganisatie een beeld van wat er onder kwaliteit wordt verstaat.

2. Beschrijving zorgproces

2A. Verwijzing

Patiënten worden in beginsel verwezen naar de afdeling psychiatrie en medische psychologie door een arts. Dit kan een huisarts zijn, of een arts die werkt voor een specifiek medisch specialisme. Er is iedere werkdag één aangewezen psychiater beschikbaar voor telefonisch overleg over verwijzing. Hiervan kunnen collega-artsen, maar ook psychologen, gespecialiseerd verpleegkundigen en de praktijk ondersteuner van de huisarts (voor GGZ) gebruik maken. De daadwerkelijke verwijzing van een patiënt moet worden verricht door een arts, medeondertekend door een regiebehandelaar, die de patiënt recent nog heeft gezien. Huisartsen maken bij voorkeur gebruik van zorgdomein. De daadwerkelijke verwijzing moet zijn in gescand of elektronisch zichtbaar zijn in het patiëntendossier. Voor ziekenhuispsychiatrie is een verwijzing naar specialistische zorg nodig (zogenaamde verwijzing specialistische GGZ), waarbij sprake moet zijn van het vermoeden van een DSM-diagnose en een verwijzer met AGB-code. Pas als de verwijzing is goedgekeurd door een regiebehandelaar namelijk psychiater of klinisch (neuro)psycholoog, dan kan de patiënt voor intake worden ingepland.

Het is de verantwoordelijkheid van de verwijzer dat de patiënt een verwijzing heeft die voldoet aan de daarvoor opgestelde veldnormen. Een verwijzing met een duidelijke vraag, die informatie bevat over de (psychiatrische) en medische voorgeschiedenis en waaruit duidelijk blijkt wat er al geprobeerd is en wat destijds wel of juist niet heeft geholpen, kan de diagnostiek en behandeling

versnellen. Het Spaarne Gasthuis heeft een regiofunctie op het gebied van de ziekenhuispsychiatrie (bijvoorbeeld als onderdeel van ketenzorg), maar verleent daarnaast ook hoog complex medisch specialistische zorg, deels ook met een boven regionale functie. Op de website van het Spaarne Gasthuis wordt de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling gepubliceerd conform de vigerende beleidsregels van de Nederlandse Zorg Autoriteit. Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde normen (Treek norm) kan aanvangen, stellen we de patiënt en diens zorgverzekeraar hiervan op de hoogte en kan de patiënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar. Tot het moment dat de intake bij de zorgverlener heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt.

Als een patiënt na verwijzing is geaccepteerd voor de wachtlijst voor opname op de MPU of PAAZ, dan blijft de verwijzer voor de patiënt verantwoordelijk totdat de patiënt daadwerkelijk wordt opgenomen. In het geval van een poliklinische second opinion, die is bedoeld om een indicatie te stellen voor opname, blijft de verwijzer tijdens het gehele traject verantwoordelijk.

Veel genoemde verwijfsredenen zijn:

- POP: Psychiatrische klachten of ziekten die samen gaan met kinderwens, zwangerschap of bevalling.
- Psychiatrische klachten die door een (ernstige) lichamelijke ziekte worden veroorzaakt (bijvoorbeeld: kanker, suikerziekte, auto-immuunziekte of een delier).
- Acute of ernstige psychiatrische symptomen die door medicijnen worden veroorzaakt.
- Angst voor ziekenhuisbehandelingen zoals prikken en operaties, maar ook angst voor specifieke lichamelijke ziekten of verschijnselen (angst opnieuw een hartinfarct te krijgen).
- Preventie van psychiatrische decompensatie of dreigende lichamelijke compensatie tijdens verblijf in het ziekenhuis.
- Ouderen- of neuropsychiatrie, waaronder onderzoek naar neuropsychiatrische en cognitieve stoornissen (epilepsie, multiple sclerose, Parkinsonspectrumstoornissen, CVA) en behandeling van neuropsychiatrische problemen (angst/stemming of psychotische stoornissen die daaruit voorkomen).
- Revalidatiepsychiatrie en -psychologie: patiënten die zijn aangemeld voor behandeling bij de revalidatie, van ons ziekenhuis, maar ook bij andere revalidatiecentra uit de regio kunnen psychiatrisch worden beoordeeld en medebehandeld.
- Diagnostiek en/of behandeling voor angst of depressie bij patiënten die vaak al door een GZ-psycholoog, de POH-GGZ en de huisarts zijn behandeld met gesprekken en/of medicatie en waar verbetering stagneert of uitblijft. Een specifieke groep is de groep patiënten die al meerdere medicamenteuze behandelingen voor depressie heeft gehad en bij wie het klinisch instellen op MAO-remmers of ECT-behandeling nog niet zijn geprobeerd.
- Klinische behandeling van gewichtsherstel bij eetstoornissen (bovenregionale functie) voor patiënten met extreem ondergewicht (BMI < 13) of op de voorgrond staande somatische complicaties; tevens indicatiestelling dwangbehandeling of het voorkomen daarvan. We bieden voor deze groep patiënten geen poliklinische zorg, daarvoor verwijzen we patiënten naar instellingen die in eetstoornissen specifiek zijn gespecialiseerd.
- Diagnostiek en behandeling van eerste psychiatrische decompensaties.

- SOLK: somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. Dit betreft lichamelijke verschijnselen zoals afvallen, slaapproblemen en maag-/darmklachten die in het ziekenhuis geanalyseerd worden, met mogelijk een psychiatrische oorzaak of psychosociale onderhoudende factoren. Het betreft lichamelijke klachten waarbij eerder somatisch onderzoek geen bevredigende oorzaak heeft gegeven en waardoor de patiënt toch wordt beperkt. Soms is er daarbij sprake van een depressie of angststoornis. Ook kan er sprake zijn van een stoornis in de pijnbeleving of ontstaan de klachten als inadequate reactie op stress.

2B. Intake

Als de patiënt wordt verwezen, dan nodigt het secretariaat de patiënt uit voor een intakegesprek. Vooraf vult de patiënt een vragenlijst in waarin gezins- en levensomstandigheden aan de orde komen. Tevens zal de patiënt een vragenlijst (Routine Outcome Measurement: ROM) invullen waarin wordt gevraagd naar actuele psychiatrische symptomen. Voor de ROM wordt gebruik gemaakt van de SQ48. De HONOS+ wordt gebruikt voor het bepalen van het zorgvraagtype. Deze lijsten zijn ook beschikbaar via de digitale toegang via Mijn Spaarne Gasthuis. Er kan gebruik worden gemaakt van beeldbellen, monitoring/evaluatie op afstand en inzage en contact met uw specialist via het elektronische patiëntendossier (e-health).

De intake betreft een afspraak van 1,5 uur. Eerst spreekt de patiënt ongeveer 45 minuten met een arts, verpleegkundige of psycholoog, die onder directe supervisie staat van een psychiater of klinisch (neuro)psycholoog. Vervolgens neemt de patiënt weer plaats in de wachtkamer, bespreekt de behandelaar met de supervisor waarover er nog onduidelijkheden zijn en daarna gaan zij samen met de patiënt in gesprek om te komen tot een plan voor diagnose en een voorstel voor behandeling of (terug)verwijzing.

De psychiater of klinisch (neuro)psycholoog die de patiënt bij de intake leert kennen is verantwoordelijk voor de diagnostiek en behandeling van de patiënt. De arts of GZ-psycholoog uit de intake is het eerste aanspreekpunt en stelt nog in de intakeprocedure samen met de patiënt en de psychiater het behandelplan op. De conclusies uit de intake en het behandelplan worden vervolgens besproken in het wekelijkse multidisciplinaire overleg (met arts, psychiater, klinisch (neuro)psycholoog, GZ-psycholoog, (gespecialiseerd) verpleegkundige, maatschappelijk werker, psychomotore therapeut) en daarna wordt de patiënt naar passende behandeling verwezen. Voor een overzicht van de regiebehandelaren en hun onderlinge competenties verwijzen we naar de bijlage.

In sommige gevallen wordt de patiënt in de intake eerst gezien door een coassistent, een psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog of GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, of een verpleegkundig specialist; in dat geval is er altijd een psychiater of klinisch (neuro) psycholoog bij een deel van het intakegesprek aanwezig. Op de dag van de intake wordt de patiënt altijd ook gezien door een psychiater, die regiebehandelaar is. Op indicatie en alleen bij ambulante patiënten kan ook de klinisch (neuro) psycholoog regiebehandelaar zijn. Het gaat dan voornamelijk om patiënten met (neuro)psychiatrische stoornissen waarbij medicatie niet het hoofdbestanddeel van de behandeling vormt en/of waarbij in multidisciplinair teamverband wordt gewerkt. Ziektes waarbij dit aan de orde kan zijn betreffen: ziekte-angst; specifieke fobie; ziekenhuis gebonden PTSS of acute stress stoornis; conversie; angst- of depressieve stoornis als gevolg van een neurologische ziekte zoals Parkinson of als direct gevolg van een maligniteit (oncologie).

Zo nodig kan de klinisch (neuro) psycholoog wel de psychiater in consult vragen om te beoordelen of medicatie toegevoegde waarde heeft. Andersom kan de psychiater ook de klinisch

(neuro)psycholoog in consult vragen bijvoorbeeld bij neurocognitieve of psychologische vraagstukken.

Patiënten die worden verwezen vanwege ECT of het gewichtsherstelprogramma voor eetstoornissen worden eerst uitgenodigd voor een poliklinische intake, eventueel voorafgaand aan opname. Deze behandelingen worden in het Spaarne Gasthuis uitgevoerd als onderdeel van 3^e lijns zorg. Het is daarom van belang dat de verwachtingen van patiënt, familie- en verwijzer overeenkomen met het behandel aanbod en dat er voor deze vorm van behandeling een indicatie bestaat. Vervolgens wordt de indicatie besproken binnen het tenminste wekelijkse overleg van de psychiatervakgroep en/of het wekelijkse multidisciplinaire poli-overleg. Wanneer er een indicatie voor een dergelijke behandeling wordt gezien en de patiënt op vrijwillige basis gemotiveerd is voor opname op de PAAZ, dan zal de senior verpleegkundige, of de waarnemend verpleegkundige die verantwoordelijk is voor de opnameplanning, de patiënt uitnodigen voor opname. Het Spaarne Gasthuis is uitgerust voor zowel reguliere als hoog specialistische (somatisch hoog complexe) ECT behandeling, zo nodig ook met een spoedeisend karakter. Of er sprake is van hoog-complexe behandeling wordt afgestemd in overleg met de anesthesiologie aan de hand van de ASA klasse.

2C. Opname

Patiënten worden opgenomen door de arts-assistent. Zij krijgen bij opname een lichamelijk onderzoek en er volgt dezelfde, of afhankelijk van het opname tijdstip de volgende dag nog een bloedonderzoek, tenzij er reeds recente uitslagen bekend zijn. Als een patiënt binnen kantooruren wordt opgenomen dan wordt deze dezelfde dag nog door een psychiater gezien. Deze psychiater is in beginsel ook de regiebehandelaar. Als de opname buiten kantooruren plaats mocht vinden, dan wordt de patiënt de eerstvolgende werkdag door een psychiater beoordeeld, tenzij er indicatie is om de patiënt nog dezelfde dag te beoordelen. Een dergelijke indicatie kan dwangopname, psychose of suïcidaliteit zijn. Vanuit de kliniek kan een ervaringsdeskundige worden geraadpleegd op het gebied van eetstoornissen.

2D. Samenwerking

De psychiater is regiebehandelaar over alle patiënten die op de PAAZ in het Spaarne Gasthuis zijn opgenomen.

Onze afdeling werkt op structurele basis samen met de afdelingen intensive care, anesthesie, revalidatiegeneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie, maag- darm en leverziekten, bijvoorbeeld door deel te nemen aan multidisciplinaire overleggen. Als de situatie zich voordoet en het is in het belang van de patiënt, dan werkt onze afdeling samen met vrijwel alle andere afdelingen in het ziekenhuis, variërend van de neurologie, ouderengeneeskunde en de chirurgie.

Samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling bij waarneming: Iedere werkdag is er tenminste één psychiater aanwezig. De psychiaters nemen bij onderlinge afwezigheid voor elkaar waar. Zij zijn allen gespecialiseerd in ziekenhuispsychiatrie, electroconvulsietherapie, post-partum psychiatrie en ziekenhuispsychiatrische aspecten van eetstoornissen. Hun werkzaamheden rouleren waardoor ze inhoudelijk goed in staat zijn om voor elkaar waar te nemen en daarin geoefend blijven. Buiten kantooruren wordt er in de diensten samengewerkt met het Rode Kruis Ziekenhuis (RKZ) in Beverwijk. In 2022 zal de samenwerking worden geïntensiveerd rondom de opleiding van artsen in opleiding tot specialist. Er is in de diensten één arts (uit SG of RKZ) die voorwacht heeft onder supervisie van een psychiater. De crisisdienst van GGZ InGeest doet de ambulante beoordelingen vanaf de Spoed Eisende Hulp.

In het geval van ziekte van een behandelaar wordt er binnen de beroepsgroep binnen het Spaarne Gasthuis voor elkaar waargenomen. GZ-psychologen nemen voor elkaar waar. Artsen nemen voor elkaar waar en de psychiaters nemen ook voor elkaar waar. In het geval van langdurige ziekte en afwezigheid is de regiebehandelaar er verantwoordelijk voor dat de patiënten door collega's uit dezelfde beroepsgroep worden waargenomen.

2E. Deskundigheidsbevordering

Ons ziekenhuis toetst bij het aannemen van nieuwe medewerkers of de vereiste diploma's zijn behaald en of de behandelaar is opgenomen in het register (Wet BIG; RGS en inschrijving bij de wetenschappelijke vereniging). Tevens zijn er twee schriftelijke referentiebrieven vereist. Tot slot wordt een verklaring omtrent gedrag (VOG) vereist. Jaarlijks wordt gecontroleerd of er wordt voldaan aan de eisen voor herregistratie. Het ziekenhuis maakt tevens gebruik van IFMS-instrument (Individueel Functioneren Medisch Specialisten) om het individueel functioneren van medisch specialisten te evalueren. Ook de beroepsverenigingen maken gebruik van kwaliteitsvisitatie (eens per 5 jaar: laatste NVvP visitatie was positief en vond plaats in 2020). De regiebehandelaren zien er in het multidisciplinaire overleg en bij het opstellen van verwijs-, evaluatie en ontslagbrieven op toe dat volgens de richtlijnen van het ziekenhuis en beroepsverenigingen wordt gewerkt. De afdeling beschikt over een professioneel statuut voor samenwerking.

2F. Diagnostiek

De diagnose wordt gesteld door de regiebehandelaar die de patiënt tijdens de intake heeft gezien. Vaak is de diagnose na het intakegesprek meteen al duidelijk. Er wordt gediagnosticeerd aan de hand van de richtlijn diagnostiek van de NVvP, waarbij gebruik wordt gemaakt van de standaarden voor psychiatrisch onderzoek. Vanaf 2018 wordt gebruik gemaakt van DSM 5. Dit is de nieuwste versie van het psychiatrisch handboek, bedoeld om de gestelde diagnose te classificeren. Soms is er aanvullende informatie nodig. Dat kan informatie zijn van iemand die de patiënt goed kent (een heteroanamnese), of aanvullend onderzoek door middel van vragenlijsten.

Bij alle patiënten wordt voorafgaand aan en gedurende de behandeling Routine Outcome Measurement (ROM) metingen afgenomen. Het gebruikte meetinstrument voor de ROM is de SQ48. Daarnaast wordt voor diverse specifieke doelgroepen of behandelingen gebruik gemaakt van metingen via vragenlijsten. Voorbeelden van veelgebruikte vragenlijsten (bedoeld voor diagnostiek en meten effect behandeling):

Eetstoornis: EDE

Depressie: HDRS / IDS-SR / BDI

Post-partum: Edinburgh Rating Scale

Cognitieve stoornissen: MMSE / MoCa

Gegevens uit het verleden kunnen ook behulpzaam zijn bij het stellen van de diagnose. Om die reden wordt er informatie opgevraagd bij de huisarts of bij eerdere behandelaren. We zijn benieuwd wat er destijds aan de hand was en wat toen heeft geholpen (bijvoorbeeld overzicht psychiatrische medicatie). Ook informatie over het beloop van de klachten gedurende de levensloop (biografie) kan behulpzaam zijn om te kijken wat er op dit moment aan de hand is. Deze informatie wordt doorgaans door de arts en het secretariaat verzameld. Bij neuropsychiatrische vraagstellingen kan ook gekozen worden voor onderzoek naar het geheugen en concentratie en andere functies met een neuropsychologisch testonderzoek. Dit wordt onder supervisie van de klinisch neuropsycholoog

gedaan. Ook is soms testonderzoek naar de persoonlijkheid nodig. Deze tests en/of vragenlijsten worden door een psycholoog of vergevorderd student psychologie afgenomen en gesuperviseerd door een klinisch (neuro)psycholoog, die de patiënt ook daadwerkelijk heeft gezien. De uitslag hiervan wordt door de klinisch (neuro)psycholoog met u besproken. Verder kan er ook bloedonderzoek, onderzoek van de urine of het hersenvocht, of beeldvormend onderzoek van de hersenen (CT, MRI, EEG) nodig zijn om lichamelijke oorzaken uit te sluiten. Als er wordt gedacht aan een onderliggende lichamelijke oorzaak, dan kan het zijn dat de patiënt wordt terugverwezen of wordt doorverwezen naar een andere medisch specialist (bijvoorbeeld internist, neuroloog, geriater).

Als uit de diagnostiek volgt dat een patiënt een ziekte heeft die niet binnen ons behandelaanbod valt, (bijvoorbeeld ADHD, autisme) of als er bijvoorbeeld geen sprake is van ziekenhuispsychiatrie, of als er een ziekte is waarvan de psychiatrische behandeling langer duurt dan 9 maanden, bijvoorbeeld als er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis of een chronische conversie zonder comorbide depressieve of angststoornis, dan wordt er met de patiënt, zo nodig in overleg met de verwijzer of huisarts, door de arts- of psycholoog gekeken waar de patiënt het beste naar toe kan worden verwezen voor een passende behandeling.

2G. Behandeling

Medicamenteuze behandeling volgt door een arts onder supervisie van een psychiater of door de psychiater zelf. De behandeling wordt vormgegeven aan de hand van de richtlijnen van de NVvP, de KNMG en de protocollen, kwaliteitstandaarden en richtlijnen van het Spaarne Gasthuis zelf. Gesprekstherapeutische behandeling kan door een psychiater, arts, klinisch (neuro)psycholoog, GZ-psycholoog, psychomotore therapeut of een gedragstherapeutisch medewerker zoals een (medisch) maatschappelijk werker of een gespecialiseerd verpleegkundige. We bieden de volgende soorten gesprekstherapeutische behandeling aan:

- Steunende en structurerende gesprekken (5 tot 10 x met heldere focus)
- Cognitieve therapie (max 15x1 uur)
- Gedragstherapie (max 15x1 uur)
- Interpersoonlijke psychotherapie (max 16x1uur)
- EMDR (psychotrauma) behandeling (max 5x 1,5 uur)
- SOLK-groep (1 dagdeel per week gedurende 3 maanden)
- Psychomotore therapie (max 8x)
- Systeeminterventies (max 6 x 1,5 uur)

Behandeling volgt uit het behandelplan. De afdeling wenst een actieve rol van de patiënt en gelooft in het principe van Shared Decision Making (SDM). Binnen de psychiatrie en medische psychologie wordt het succes van de behandeling, nog meer dan bij de somatische collega's, voor een aanzienlijk deel bepaald door de mate van overeenstemming die er met de patiënt is. Samen maken we het beste behandelplan.

Op de kliniek vindt de behandelplan bespreking plaats in aanwezigheid van de patiënt en de familie. Op de polikliniek is de patiënt betrokken bij het opstellen van het behandelplan en worden de bevindingen uit het multidisciplinaire overleg teruggelinkt in een adviesgesprek. Behandelplannen worden, afhankelijk van het soort ziekte en behandeling geëvalueerd in termijnen van: 2mnd / 3mnd / 6mnd / 9 mnd of uiterlijk 12 mnd. Volgens het principe van een stepped care

model ontvangen patiënten een behandeling die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. Kortdurend en dicht bij huis als het kan, langdurend en complex (hoog specialistisch) als het moet.

De klanttevredenheid wordt bij alle klinisch opgenomen patiënten gemeten met de CQI en jaarlijks in steekproef bij de poliklinische patiënten. Poliklinische patiënten wordt tevens gevraagd anoniem een GGZ vragenlijst (CQI) voor patiënttevredenheidsonderzoek in te vullen na afloop van de behandeling. Alle patiënten die zijn behandeld met ECT krijgen een specifiek daarvoor bedoelde evaluatie en patiënttevredenheidsvragenlijst op het moment dat zij met ontslag zullen gaan.

2H. Meningsverschillen of klachten:

Als er onder de betrokken behandelaren een verschil van mening over de behandeling ontstaat, dan wordt dit besproken in het MDO en heeft de regiebehandelaar de beslissende stem. Als de patiënt dat wenst dan kan deze voor een andere regiebehandelaar kiezen, of kan in gezamenlijk overleg worden besloten dat patiënt naar een andere GGZ-aanbieder te verwijzen. Zijn er meerdere regiebehandelaren bij de behandeling betrokken en ontstaat er een verschil van inzicht? Dan heeft de geneesheer-directeur, in ons ziekenhuis is dit tevens de medisch manager, de beslissende stem.

Ontevreden over het beloop van de behandeling?

Bespreek dat dan met de behandelaar en eventueel met de behandelaar en de verantwoordelijk psychiater tezamen. Daarnaast kent het ziekenhuis de mogelijkheid om een klacht in te dienen volgens de vigerende klachtenprocedure van het ziekenhuis. Voor klachten van patiënten die met een BOPZ-maatregel zijn opgenomen is een onafhankelijk psychiater beschikbaar die toegevoegd kan worden aan de klachtencommissie van het ziekenhuis. Tevens kunnen de patiënten zich wenden tot de patiëntvertrouwenspersoon (PVP), die beschikbaar is vanuit de Stichting PVP.

2I. Afsluiting en Nazorg

Na het afsluiten van de behandeling volgt een brief aan de verwijzer en de huisarts. Als de patiënt wordt verwezen naar een andere behandelinstantie, dan gaat de brief bij afsluiting ook naar de instelling waarnaar de patiënt is verwezen. De patiënt kan indien gewenst een afschrift krijgen van deze brief.

Als er vermoedens zijn van kinder- of ouderenmishandeling dan worden deze vermoedens intern besproken, als de vermoedens daarmee blijven bestaan dan worden de vermoedens met de patiënt besproken en als daarna vermoedens blijven bestaan of als er onvoldoende vertrouwen is dat door behandeling van de ouder het gevaar naar de kinderen kan worden afgewend, dan wordt er een melding gedaan bij Veilig Thuis, conform de meldcode.

Als er sprake is geweest van dwangopname of behandeling dan worden de gegevens over de behandeling doorgestuurd aan de inspectie. De ROM-gegevens worden bij de SBG aangeleverd, al is de levering hiervan thans opgeschort in afwachting van de landelijke procedure hierover. Eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen (Argus of VBI) worden genoteerd in het elektronisch patiëntendossier.

De inhoud van dit kwaliteit statuut wordt jaarlijks geëvalueerd door de regiebehandelaren en vastgesteld in de managementteam vergadering (MT). De volgende punten worden in ieder geval besproken: inclusie- en exclusiecriteria van patiënten; behandeling zo veel mogelijk volgens het stepped care model, duur van behandeling, evaluatiemomenten, betrokken disciplines en nazorg.

Vastgesteld op 21-12-2021.

Bijlage 1: Handleiding voor de patiënt

Fase	Wat kan ik zelf doen?
Verwijzing	<p>Uitzoeken of het Spaarne Gasthuis psychiatrische diagnostiek of behandeling voor mijn klachten heeft</p> <p>Zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Wil ik door een psychiater of psycholoog worden behandeld vanwege de gevolgen van lichamelijke klachten? -Heb ik een depressie waartegen al veel is geprobeerd, maar nog geen ECT, ketamine of MAO remmer? -Heb ik een ernstige lichamelijke ziekte die voor psychische klachten zorgt? - Ben ik in het ziekenhuis getraumatiseerd geraakt? - Heb ik een eetstoornis en wil ik met behulp van een ziekenhuisopname van enkele weken mijn gewicht met 500 gram per week proberen te herstellen? - Heb ik problemen met mijn geheugen? - Heb ik psychische problemen en ben ik zwanger of net bevallen?
Aanmelding/ intake	<p>Om de intake zo snel en goed mogelijk te verlopen is het handig om vooraf:</p> <ul style="list-style-type: none"> -De SQ48 in te vullen om een goed beeld te krijgen van de verschillende soorten psychische klachten die ik heb. -Het formulier met betrekking tot mijn levensloop en levensomstandigheden volledig in te vullen. -Bij de apotheek een afschrift te halen met het overzicht van mijn recente medicatie. -Iemand die mij goed kent mee te nemen naar de intake, zodat de arts daardoor een volledig beeld krijgt van mijn problemen. -Na te vragen of er meerdere familieleden zijn die weleens door een psychiater of psycholoog zijn behandeld en wat hen destijds geholpen heeft. -Bedenken welk specifiek, meetbaar, acceptabel en tijdsgebonden doel mijn behandeling moet hebben en hoe ik meet of ik het doel behaal. -Nadenken over het soort behandeling dat ik zou willen: bijvoorbeeld: medicatie, maatschappelijk werk, steunende gesprekken, trauma-behandeling, oefenen met angstige situaties, angstige of sombere gedachten met cognitieve therapie beter onder controle krijgen.
Diagnostiek	<p>Om de diagnostiek te bespoedigen kan ik:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informatie opvragen bij de huisarts of bij eerdere behandelaren over wat er destijds aan de hand was en wat me toen heeft geholpen. -Informatie bij de apotheek opvragen over de psychofarmaca (psychiatrische medicatie) die ik in het verleden heb gebruikt. -Het levensloopformulier invullen. -Een vragenlijst invullen die specifiek gericht is op het meten van de ernst van mijn soort klachten. -In kaart brengen wat de gevolgen van mijn lichamelijke klachten zijn.
Behandeling	<p>Om behandeling te bespoedigen kan ik:</p> <ul style="list-style-type: none"> -In beweging blijven, dus sporten (geldt niet altijd voor anorexia) en onder de mensen komen. -Zuinig zijn met alcohol, drugs en roken. -Iedere dag oefenen met wat de psycholoog mij aanreikt en als huiswerk van mijn vorderingen een dagboek bijhouden. -Een vragenlijst invullen die het beloop van mijn klachten meet.
Afsluiting/Nazorg	<p>Evaluatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Heb ik mijn specifiek, meetbaar, acceptabel en tijdsgebonden doel behaald?

	<ul style="list-style-type: none">-Blijkt uit de vragenlijsten over het beloop van mijn klachten dat mijn klachten minder zijn geworden?-Zo nee, welke soort behandeling zou me dan wel kunnen helpen?-Zo ja, om de kans op nieuwe klachten in de toekomst te verkleinen kan ik:-Alvast met de huisarts bespreken wanneer en hoe mijn medicatie mag worden afgebouwd en afspraken maken over hoe te handelen bij terugval.-Samen met mijn familie en mijn behandelaar een crisis-signaleringsplan en een terugvalpreventie plan opstellen. Dit kan door op te schrijven waarmee mijn klachten destijds begonnen en wat me in de behandeling heeft geholpen.-Vraag aan de behandelaar een kopie van het behandelplan, de behandelbeoordelingen en de ontslagbrief. Zo heb je zelf ook een overzicht.
--	--

Bijlage 2: Bekwaamheden regiebehandelaren:

Drs. Julius A. Segeren (BIG: 19060845801 / AGB: 03068003) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en behaalde zijn basisdiploma in 2003. Hij specialiseerde zich tot psychiater in diezelfde stad in 2010. Hij maakt deel uit van de multidisciplinaire pijnpoli, de HIV poli, de multidisciplinaire Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie en geeft supervisie aan de kliniek. Hij is tevens geneesheer-directeur.

Mr.drs. Judith A. Godschalx (BIG: 19913594101 / AGB: 03103124) studeerde geneeskunde aan de Erasmus MC en behaalde haar diploma tot basisarts in 2010. Ze specialiseerde zich tot psychiater in 2016 in het UMC Utrecht. In haar aandachtsgebied deed ze een stage ouderen- en neuropsychiatrie in het LUMC. Ze is verder opgeleid in EMDR voor psychotrauma (practitioner), IPT voor depressie (supervisor), EFT voor partnerrelatietherapie (gevorderd) en diagnostiek en behandeling volgens het gevolgenmodel voor SOLK.

Drs. Janine A.E.M. van Venrooij (BIG: 19050985801 / AGB: 03069495) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht en behaalde haar diploma tot basisarts in 1999. Ze specialiseerde zich tot psychiater in 2005 in het UMC in Utrecht en beschikt over de aantekening ouderen- en volwassenen psychiater. Ze maakt onderdeel uit van de multidisciplinaire Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie polikliniek.

Drs. Job. J. van der Spelt (BIG: 19908910501 / AGB: 03312023) is opgeleid als huisarts en specialiseerde zich in 2021 tot psychiater. Hij is wat de ziekenhuispsychiatrie betreft opgeleid in het Spaarne Gasthuis. Hij superviseert de kliniek, de consulten en participeert in ECT.

Drs. Carla Quak (BIG: 69048552216 / AGB: 94061803) deed haar opleiding tot basispsycholoog in Leiden en behaalde haar examen in 1992. In 1998 registreerde ze zich tot gedragstherapeut, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Ze is opleider van de psychologen in opleiding tot gezondheidszorg psycholoog en tot klinisch psycholoog.

Drs. Rolf A. Wijvekate (BIG: 89049871525 / AGB: 94004042) deed zijn opleiding tot basispsycholoog in Leiden en behaalde het examen in 1992. Hij specialiseerde zich tot klinisch psycholoog aan de Radboud Universiteit Nijmegen in 2001. Zijn aandachtsgebieden zijn medische psychologische zorg rondom oncologie en de hoofdpijnpoli.

Drs. Tim J.A. Vaessen (BIG: 9912713725 / AGB: 94009612) behaalde in 2005 zijn diploma tot basispsycholoog aan de Universiteit van Amsterdam en ronde in 2010 de opleiding tot gezondheidszorg psycholoog (GZ-psycholoog) af in het Kennemer Gasthuis, vervolgens specialiseerde hij zich tot klinisch neuropsycholoog in het VieCuri Medisch Centrum in Noord-Limburg en tot cognitief gedragstherapeut in 2018. Hij doet promotie onderzoek naar cognitieve klachten bij het Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS) aan de Universiteit van Tilburg.

De regiebehandelaren van onze afdeling zijn onder meer aangesloten bij:

EFT: Stichting EFT Nederland

ISIPT: International Society of Interpersonal Psychotherapy

INS: International Neuropsychological Society

LKPZ: Landelijk Kenniscentrum Psychiatrie en Zwangerschap

LVMP: Landelijke Vereniging Medische Psychologie

NIP: Nederlands Instituut van Psychologen

NVIPT: Nederlandse Vereniging Interpersoonlijke Psychotherapie

NVPO: Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie

NVGzP: Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen

NVN: Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie

NVvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

VEN: Vereniging EMDR Nederland

VCgt: Vereniging Cognitieve therapie en Gedragstherapie

WEN: Werkgroep ECT Nederland