RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Galillélaan 5 - 1210 Brussel

Dienst voor geneeskundige verzorging

TECHNISCHE GENEESKUNDIGE RAAD

Voltallige zitting van XXX

Nota XXX Brussel, XXX

BETREFT

PRO-ACTIEVE ZORG VOOR PATIËNTEN MET PSYCHISCHE KWETSBAARHEID IN EEN NIET-PSYCHIATRISCHE DIENST IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

STAND VAN ZAKEN

In het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025 werd volgende opgenomen: “In 2023 werd in navolging van KCE rapport 338 een aanvang gemaakt met het optimaliseren van de somatische zorg van psychiatrische patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Hierbij werd door het KCE aanbevolen dat van iedere patiënt die wordt opgenomen in een psychiatrische setting een medische controle bij opname zou gebeuren en dat een behandel- en nazorgplan wordt opgesteld dat zowel de psychiatrische als de somatische zorg omvat.

In dit akkoord wordt voorzien dat deze aanpak zal worden verbreed tot de psychiatrische patiënten die in een PAAZ dienst van een algemeen ziekenhuis werden opgenomen.

Hierbij zal het somatisch assessment dat onder meer wordt uitgevoerd door een arts specialist in de inwendige geneeskunde of één van zijn subdisciplines, een arts-specialist in de geriatrie of de neurologie onder dezelfde voorwaarden worden vergoed als de vergoeding voorzien in de psychiatrische ziekenhuizen.

In 2024 zal ook werk worden gemaakt van het ontwikkelen van een psychiatrisch liaison team in elk algemeen ziekenhuis. Dit team zal zich richten tot alle gehospitaliseerde patiënten op somatische diensten waar psychiatrische ondersteuning nodig is. Het belang hiervan zowel naar kwaliteit van de zorg toe als op zorgeconomisch vlak werd aangetoond.

Tenslotte werd reeds in punt 3.2.2.2.1 vermeld dat ook inspanningen worden geleverd op het vlak van de kinderpsychiatrie.”

In de vorige werkgroepen kwam dit punt reeds herhaaldelijk aan bod. De laatste werkgroep heeft Dr. Snoeck het voorstel zelf toegelicht. De werkgroep ging toen akkoord met de verdere uitwerking van het voorstel onder de vorm van een overeenkomst, mits rekening werd gehouden met enkele opmerkingen van de leden van de werkgroep waaronder de vraag de overeenkomst na een periode van 3 jaar te evalueren en de mogelijkheid tot uitbreiding naar de nomenclatuur en naar alle ziekenhuizen te bekijken.

Sinds de laatste werkgroep heeft Dr. Snoeck verder gewerkt aan de uitwerking van een meer gedetailleerd draaiboek. De dienst heeft het voorstel van Dr. Snoeck ontvangen op 07/11/2025.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Nota Dr. Snoeck: Pro-act RIZIV finaal

INHOUD VAN HET VOORSTEL

In deze werkgroep wensen we onderstaande aanzet tot overeenkomst te bespreken. Indien de werkgroep een overeenkomst kan bereiken over onderstaande principes, kan de dienst verder werken aan een voorstel tot overeenkomst. In de nota hieronder worden enkele punten aangehaald om de discussie op gang te brengen.

OVEREENKOMST BETREFFENDE DE FINANCIERING VAN PRO-ACTIEVE ZORG VOOR PATIËNTEN MET PSYCHISCHE KWETSBAARHEID IN EEN NIET-PSYCHIATRISCHE DIENST IN EEN ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Voorwerp van de overeenkomst

De overeenkomst bepaalt de regels betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging ten behoeve van rechthebbenden met een psychische kwetsbaarheid welke zijn opgenomen in een niet-psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.
De overeenkomst omschrijft welke acties zullen worden ondernomen voor deze patiënten tijdens de hospitalisatiefase, de overeenkomst omschrijft ook op welke manier de samenwerking tussen de afdeling waar de patiënt is opgenomen en het psychiatrisch team dat instaat voor de zorg van patiënten met een psychische kwetsbaarheid vorm zal krijgen.
Er zullen twee fasen worden beschreven binnen deze overeenkomst:

- Fase 1: oppuntstelling van het traject en uitwerking van het draaiboek
- Fase 2: pilootfase

De overeenkomst regelt ook de aard en de grootheid van het honorarium van de zorgverleners en van de verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de ondersteunende verstrekkingen die niet door de verplichte ziekteverzekering ten laste worden genomen.

Definities en gebruikte termen

Voor toepassing van deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a) “nomenclatuur”: de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zoals bedoeld in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

b) “rechthebbende": patiënt die aanspraak kan maken op de vastgestelde verstrekkingen in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en opgenomen in een C of D bed van een algemeen ziekenhuis of gekend met een psychiatrische problematiek en opgenomen op een andere afdeling van een algemeen ziekenhuis;

c) ….

Doel van de overeenkomst

Een derde van de patiënten met chronisch somatische aandoeningen hebben psychiatrische comorbiditeit. Door de scheiding van de somatische zorg en de geestelijke gezondheidszorg is er onvoldoende aandacht voor deze psychiatrische problemen. Ze worden dan ook vaak gemist. De klassieke liaisonpsychiatrie werkt immers enkel op vraag van somatische diensten, meestal als zich een crisis voordoet.

Het missen van de psychiatrische comorbiditeit leidt tot slechtere behandeluitkomst, langere opname, snellere heropname en frustratie bij het behandelend team.

Om dit allemaal te verbeteren is een integratie van de GGZ in de somatische geneeskunde nodig met een proactieve en populatie gerichte aanpak en deskundigheidsbevordering. Het is de bedoeling om proactief van bij de opname psychiatrische comorbiditeit te gaan opsporen. Daarnaast wordt via deskundigheidsbevordering en integratie van de GGZ in het behandelende team ook de beleving van de hulpverlener verbeterd.

Doelgroep

doelgroep 1: De in deze overeenkomst gedefinieerde opdrachten en verstrekkingen zijn van toepassing op alle rechthebbenden opgenomen op C en D bedden.

doelgroep 2: Daarnaast moet ook voor patiënten met gekende psychiatrische problematiek (psychose, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen) die zijn opgenomen op andere diensten en waarbij hun problematiek kan interfereren met de contacten met het behandelteam en hun behandeling beroep kunnen worden gedaan op het psychiatrisch team, dit met doel de opname optimaal te laten verlopen.

Criteria waaraan het ziekenhuis moet voldoen

§1. Het ziekenhuis dat wenst toe te treden tot deze overeenkomst moet beschikken over een multidisciplinair psychiatrisch team - bestaande uit;

- Een psychiater
  en
- Psychiatrisch verpleegkundigen
  en/of
- Afgestudeerden in de toegepaste psychologie
  en/of
- Psychologen

De grootte van het behandelteam hangt af van de grootte van het ziekenhuis en het aantal C- en D bedden:

- vereiste voor 50-100 C en D bedden: 0.5 FTE psychiater, 0.5 FTE psychiatrisch verpleegkundige, afgestudeerde in de toegepaste psychologie en/of psychologie
- vereiste voor 100-150 C en D bedden: 1 FTE psychiater, 1 FTE psychiatrisch verpleegkundige, afgestudeerde in de toegepaste psychologie en/of psychologie
- vereiste voor 150-200 C en D bedden: 1.5 FTE psychiater, 1.5 FTE psychiatrisch verpleegkundige, afgestudeerde in de toegepaste psychologie en/of psychologie

§2. Het ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat bereid is routinescreening op GGZ symptomen te introduceren bij opname in C/D bedden en dat hiervoor een draaiboek wil uitwerken.

§3. Het ziekenhuis beschikt over een elektronisch patiëntendossier.

§4. Het ziekenhuis is bereid te investeren in de uitwerking van dit draaiboek door:

- toestemming te geven dat de verpleegkundigen van de afdeling C en D een eerste vragenlijst afnemen
- toestemming te geven dat de verpleegkundige/ (toegepaste) psycholoog van het psychiatrisch team zich integreert op de C en D diensten en deel uitmaakt van het somatische team rond de patiënt

- toestemming te geven dat een psychiatrisch verpleegkundige/ (toegepaste) psycholoog deeltijds worden vrijgesteld voor deelname aan dit project: voor het opmaken van de assessments, opstellen en communiceren behandelplan en kort durende interventies.

De financiering van de verpleegkundige van de afdeling C en D en de financiering van de psychiatrisch verpleegkundige/(toegepaste) psycholoog van het team is niet voorzien in deze overeenkomst. Er worden intussen wel initiatieven genomen om een financiering te verkrijgen via andere wegen.

Betrokken zorgverleners en verbintenissen per zorgverlener

Fase 1: oppuntstelling van het traject en uitwerking van het draaiboek

Screening (doelgroep 1)

1 Verpleegkundige van de afdeling

- Een verpleegkundige van de verpleegafdeling waar de patiënt is opgenomen overloopt met de patiënt een gestandaardiseerde en uniforme vragenlijst voor verslaving Audit-C en voor depressie-suïcidaliteit PHQ2, en een vraag rond illegaal druggebruik of overmatig benzodiazepine/opioïdegebruik(pijnstillers) “gebruikt U illegale drugs of kalmeer/slaappillen of pijnstillers in hogere dosis dan voorgeschreven”. Aangezien het hier gaat om een zelfrapportage vragenlijst gaat kan de patiënt dit ook via een tablet/pc/laptop zelfstandig invullen.
- Voorafgaandelijk wordt de patiënt ingelicht van het doel van het project waarna toestemming wordt gevraagd.
- Het verdient aanbeveling om deze vragenlijsten bij geplande opnames al op voorhand te laten invullen bv. bij de preoperatieve screening. Bij voorkeur gebeurt deze screening binnen de 48 uur na opname.
- Bij overschrijding van een drempelwaarde (Audit-C: 8, PHQ-2: 3) of bij illegaal druggebruik of overmatig benzodiazepine/opioïde gebruik, wordt het psychiatrisch zorgteam gecontacteerd.
- Toestemming wordt verkregen van de behandelende artsen om bij een positieve screening het psychiatrisch zorgteam in te schakelen. De behandelende arts wordt bij elke patiënt via een nota in het dossier op de hoogte gesteld.

2. Psychiatrisch zorgteam

- Een lid van het psychiatrisch team voert een gestandaardiseerde secundaire evaluatie uit. In de secundaire analyse wordt de PHQ-9 voor depressie uitgevoerd en aangevuld met LOES indien een positief antwoord op vraag 9 van PHQ-9 (suïcidetaxatie) en wordt een volledige AUDIT voor alcoholafhankelijkheid afgenomen en verdere drugevaluatie uitgevoerd.
- Bij zelfrapportage via pc/laptop/tablet kan bij positieve screening verder digitaal gewerkt worden.
- Drempelwaarden zijn 16 op Audit en score 15 op PHQ-9, waarna de patiënt wordt geïncludeerd voor vervolgzorg door het psychiatrische zorg team.

Opvolging (doelgroep 1 en 2)

Patiënten kunnen op de volgende manieren instromen:

- Doelgroep 1: Patiënten die op de voorafgaandelijke screening volgende drempelwaarden scoren: 16 op Audit en score 15 op PHQ-9 worden verder opgevolgd door het psychiatrisch zorg team.
- Doelgroep 1: Wanneer er niettegenstaande een negatieve screening, uit dossierstudie of uit overlegmomenten op de afdeling toch zou blijken dat er duidelijke GGZ problemen of vragen zijn dan kan na een assessment door de psychiatrisch verpleegkundige alsnog beslist worden de patiënt te includeren.
- Doelgroep 2: Daarnaast kan elk team bij opname van een patiënt op gelijk welke afdeling van het algemeen ziekenhuis het psychiatrisch zorg team proactief inschakelen bij aanwezigheid van duidelijke of primaire psychiatrische problemen daar deze het opnameverloop kunnen beïnvloeden.

Wanneer zich tijdens de opname plotse psychiatrische problemen voordoen wordt de bestaande liaisonnomenclatuur gebruikt (=reactief).

1. Psychiatrisch zorgteam

- Voor de patiënten die worden opgevolgd door het zorg team psychiatrie gebeuren:

  * assessment door een lid van het zorgteam psychiatrie (niet de psychiater zelf – indien de psychiater zelf de patiënt dient te zien dan wordt overgeschakeld op de klassieke liaisonnomenclatuur)
  * overleg – teambespreking met de psychiater
  * behandelplan voorstel – adviezen rond aanpak problematiek (het behandelplan/advies wordt opgenomen in het patiëntendossier en wordt ook bezorgd aan de behandelend huisarts)
  * evt kortdurende interventies tijdens de opname door een lid van het zorgteam psychiatrie; opvolging van effect/bijwerkingen van medicatie die wordt opgestart

2. Psychiater

De psychiater staat in voor de uitwerking van het project. De psychiater is verantwoordelijk voor het maken van de noodzakelijke afspraken binnen het ziekenhuis en met de verschillende diensten van het ziekenhuis.

De psychiater leidt de teamvergadering – de overlegmomenten en is verantwoordelijk voor het oppuntstellen van het behandelplan van de individuele patiënten.

Er wordt verwacht dat een deel van deze behandelplannen in standaardprocedures zal kunnen worden gegoten (vb vermijden van alcoholdelier bij opnames, doorverwijzingen naar andere organisaties voor verdere begeleiding thuis (vb ELP, AA, ….). Bedoeling is dat na een periode van 2 jaar het deelnemende ziekenhuis zijn draaiboek met afspraken en standaardprocedures kan voorleggen.

Het psychiatrische zorgteam staat ook in voor de verspreiding van de psychiatrische deskundigheid en de psychiatrische benadering binnen het ziekenhuis, onder meer via het aanleren van de systematische opsporing van patiënten met een psychiatrisch profiel en de organisatie van opleidingen of bijscholingen, in het bijzonder van het coachen van het verpleegkundig en paramedisch personeel in het herkennen en omgaan met GGZ problematiek. De psychiater is verantwoordelijk voor de organisatie van deze opleidingen.

Fase 2: pilootfase

Eens het draaiboek en de standaardprocedures op punt staan voor de C- en D- bedden; lijkt het aangewezen nog een pilootfase te draaien onder deze overeenkomst.
Doel van deze pilootfase is het inventariseren van de nood aan individuele overlegmomenten.
Eens het draaiboek en de procedures op punt staan zal vermoedelijk de nood aan de individuele overlegmomenten afnemen.
Op het einde van dit proefjaar willen we zicht krijgen op de indicaties voor individuele overlegmomenten alsook een idee krijgen van het aantal individuele overlegmomenten. Dit kan dan een voorbereidende stap zijn om hiervoor een nummer te introduceren in de nomenclatuur.

Verstrekkingen

1.Forfait per x aantal bedden: de psychiater ontvangt gedurende fase 1 van het traject een vast bedrag naargelang het aantal C en D bedden; dit bedrag vergoedt alle taken van de psychiater tijdens de uitwerking en implementatie van de nieuwe werking met uitzondering van de overlegmomenten. Eindproduct is het draaiboek dat na 2 jaar dient te worden bezorgd aan het begeleidingscomité van deze overeenkomst.

2. honorarium voor een individueel overlegmoment.

xxxhhh Honorarium voor deelname aan en leiding van een multidisciplinair teamoverleg door de arts-specialist in de psychiatrie voor een op een C of D dienst van een algemeen ziekenhuis opgenomen rechthebbende en waarbij voorafgaand intake door een lid van het psychiatrisch team heeft plaatsgevonden.
Het besluit van dit overleg maakt deel uit van het patiëntendossier

De verstrekking xxxhhh mag per rechthebbende maximaal ? keer per ? worden aangerekend.

Verwacht wordt dat het aantal overlegmomenten geleidelijk aan zal afnemen als het draaiboek op punt staat en veel zaken in richtlijnen en standaard procedures zijn gegoten. Een evaluatie van de blijvende nood aan overlegmomenten dient te gebeuren en zal een indicatie geven van de situaties waarvoor dit overleg nodig blijft (zonder dat de bestaande liaisonnomenclatuur hiervoor wordt gebruikt). Dit kan dan later desgewenst in de nomenclatuur worden geïntroduceerd. (vgl advies?)

MOTIVERING

Is reeds opgenomen bij het doel van de overeenkomst.

BUDGETTAIRE WEERSLAG

Van zodra de overeenkomst op punt staat kan een budgettaire analyse gebeuren.

PROCEDURE

OPDRACHT VAN DE TECHNISCHE GENEESKUNDIGE RAAD

De Technische Geneeskundige Raad wordt verzocht zich uit te spreken over het ontwerpvoorstel.

ANNEXE – Bijlage 1

PRO-ACTIEVE ZORG VOOR DE PATIËNT MET PSYCHISCHE KWETSBAARHEID IN EEN NIET- PSYCHIATRISCHE DIENST IN HET AZ

(= proactieve en geïntegreerde liaisonpsychiatrie)

1. INLEIDING EN SITUERING

1.1. Psychiatrische en somatische comorbiditeit

Eén op drie mensen met een chronische aandoening hebben een psychiatrische comorbiditeit, die hun ziekteverloop negatief beïnvloedt (Federatie Medisch Specialisten Nederland; cfr rapport Milliman). Er is een grote unmet need door het missen van deze comorbiditeit, deels door splitsing van de GGZ en somatische zorg in aparte silo's, wat ook wel het cartesiaans dualisme in de zorg genoemd wordt.

De psychiatrische comorbiditeit bij gehospitaliseerde patiënten is in het algemeen hoog en er zijn verscheidene klinisch relevante verbanden en interacties tussen somatische en psychiatrische aandoeningen en de betreffende behandelingen (Levenson (red.), 2019; Stern e.a. (2025); Van Den Eede, 2024).

De psychiatrische liaison voor de somatische patiënt richt zich tot alle opgenomen patiënten op niet-psychiatrische diensten welke een specifieke aanpak behoeven om minstens één van de hierna vermelde redenen:

1° primaire psychiatrische problemen (multimorbiditeit); 2° psychiatrische comorbiditeit (inclusief de multidisciplinaire oppuntstelling); 3° diagnostiek bij atypische klinische beelden; 4° psychofarmacologisch beleid en advies; 5° tendens tot inactiviteit en bedlegerigheid, met toegenomen risico op opname in een instelling en afhankelijkheid bij de activiteiten van het dagelijks leven; 6° psychosociale problemen die opname dreigen te verlengen; 7° ethische kwesties (zoals evaluatie wilsbekwaamheid, beslissen voor een ander en advies bij euthanasieverzoek).

Het is een discipline die in de voorbije 20 jaar gegroeid is, met toenemend wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen en zorgstandaarden op internationaal niveau (Peeters e.a., 2020). In de voorbije jaren werd het belang van een proactieve en geïntegreerde liaisonpsychiatrie benadrukt (Sharpe e.a., 2020; Oldham e.a., 2021), wat zeker ook van belang is in onze Belgische algemene ziekenhuizen (AZn) (Peeters e.a., 2020).

1.2. Huidig projectvoorstel: naar een proactieve screening en zorg

In het klassieke reactieve en vraag-gestuurde liaisonmodel wordt na het vermoeden of vaststellen van een psychisch probleem bij een somatische patiënt die in het AZ verblijft een aanvraag gericht aan de psychiatrische liaison. Het liaisonteam rukt dan uit voor een zaalconsult, met daaropvolgend een geformuleerd advies/behandelaanbeveling in het patiëntendossier. Het probleem stelt zich dat de aanvraag tot een zaalconsult in de praktijk veelal pas naar het einde van de opname toe gebeurt, en dat het advies weinig systematisch wordt opgevolgd.

In het proactieve model gaat men daarentegen uit van populatie gerichte screening bij opname (binnen de 24-48u) van de groep patienten op C en D bedden, aangevuld met verpleegkundige observaties en screening van elementen uit het dossier. Er wordt een bio-psycho-sociaal behandelplan voor proactieve zorg opgesteld met de betrokken intra- en extramurale zorgverleners dat ook verder wordt opgevolgd.

De patiënten die in een andere afdeling dan de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) verblijven en die een psychiatrische comorbiditeit vertonen en/of een psychiatrische hulpvraag uiten, hebben immers recht op kwalitatieve zorg. Zij dienen structureel beroep te kunnen doen op de deskundigheid van het psychiatrisch liaisonteam vanuit een proactief zorgmodel in het AZ. Dit ter versterking van en aanvulling op het reeds bestaande, reactieve, vraaggestuurde psychiatrische liaisonaanbod.

Dit projectvoorstel beslaat alle geïntegreerde en transversale doelstellingen zoals vooropgesteld door de overheid en gedefinieerd binnen de *Quintuple aim*. De integratie van het psychiatrische liaisonteam binnen het somatische team bevordert tevens geestelijke gezondheidszorg (GGZ) deskundigheid waardoor somatische teamleden meer vertrouwd en kwalitatiever kunnen omgaan met co-morbide psychiatrische problemen. Vroegtijdige screening en behandeling wordt ook in verband gebracht met een kortere ligduur, minder heropnames, betere behandeltrouw en kosteneffectieve zorg. Patiënten zijn tevreden dat er naast aandacht voor hun somatische lijden ook aandacht is voor hun psychische beleven. Een algemene en haalbare screening van deze populatie met gevalideerde instrumenten is dan ook zinvol vanuit een *public health* standpunt.

Screening is echter enkel zinvol als er een adequaat behandelplan opvolgt. Om de psychotherapeutische zorg voor iedereen toegankelijk te maken kan eveneens gebruik gemaakt worden van de eerstelijnspsycholoog (ELP), waarbij de afdelingen (en raadplegingen) een ELP-vindplaats vormen.

In het huidige projectvoorstel wordt bij elke gehospitaliseerde patiënt op een C en D bed in het AZ door een teamlid van de verpleegeenheid waar de patiënt verblijft, uiterlijk de dag na de opname, gescreend op depressie en afhankelijkheid met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd instrument. Het projectvoorstel zal in een eerste fase als proef uitgerold worden binnen Belgische AZn om de haalbaarheid, effectiviteit en efficiëntie te evalueren.

2. PROACTIEVE SCREENING

Concreet wordt er bij opname tijdens de verpleegkundige anamnese de vragenlijsten PHQ-2 en Audit-C afgenomen om te screenen op respectievelijk co-morbide depressieve stoornis en afhankelijkheidsproblematiekstoornis in het gebruik van alcohol:

- De Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) is een snelle, tweevoudige screeningstest die wordt gebruikt om een depressieve stoornis te detecteren (Kroeke e.a., 2003).
- De AUDIT-C is een screeningstest voor risicovol alcoholgebruik (Bush e.a., 1998); het is de verkorte versie (3 vragen) van de volledige AUDIT-vragenlijst, die werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO).

Deze informatie versterkt de relevante screeningsinformatie die bekomen werd vanuit een gesprek met een hulpverlener bij opname. Desgewenst kan er aangevuld worden met andere gevalideerde screeningsvragenlijsten Bij positieve screening zal er een verdere evaluatie plaats vinden om na te gaan of er wel degelijk een psychiatrische comorbiditeit aanwezig is, met indien nodig een meer uitgebreide diagnostische oppuntstelling en aanvullend onderzoek. Uiteindelijk wordt voor geïncludeerde patiënten een bio-psycho-sociaal zorgplan opgesteld dat zowel met de betrokken intra- als extramurale zorgverleners (behandelende arts, huisarts, ELP, mobiele team, sociale dienst…) wordt gedeeld.

Dit alles gebeurt volgens de principes van de collaboratieve care (Beck et al., 2025). In tegenstelling tot de klassieke liaison ziet niet de psychiater maar wel het liaisonteam de patiënt.

Pas als er problemen zijn gaat de psychiater de patiënt zien. De psychiater kan hierdoor veel meer patiënten opvolgen waarbij de tijd slim wordt besteed aan complexe psychiatrische problemen, deskundigheidsbevordering en beleid.

3. DOELGROEPEN EN IMPLEMENTATIE

3.1. Afdelingen in het algemeen ziekenhuis

Patiënten opgenomen in een C of D bed. Voor M bedden bestaat reeds een zorgpad perinatale GGZ (Born in Belgium project), voor G bedden is er een geriatrische liaison met aandacht voor GGZ problemen, en voor E bedden lopen er projecten psychiatrische liaison.

Bij C bedden danken we aan suicidepogers op trauma-afdelingen, oncologische heelkunde, delierpreventie bij geplande opnames e.a. Er wordt dus ook gescreend bij geplande opnames in het kader van alcoholisch delierpreventie. Op D bedden eveneens delierpreventie en impact van somatische ziekzijn op mentaal welzijn e.a .

Gekende patiënten met een psychiatrische stoornis (psychose, ontwikkelingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen) vragen eveneens aandacht om de opname optimaal te laten verlopen aangezien hun problematiek kan interfereren met de contacten met het behandelteam en hun behandeling. Hierbij is er contact met de behandelende psychiater.

Er kan geopteerd worden om gradueel te starten in afdelingen waarmee reeds een intensieve samenwerking bestaat inzake GGZ en liaisonpsychiatrie. Er kan voor de opstart van de implementatie in de praktijk ook aangesloten worden op bestaande zorgtrajecten, zoals het zorgpad alcohol en de zelfmoordpreventie binnen het AZ, om de proactieve screening stapsgewijs op een haalbare wijze verder uit te breiden tot een ziekenhuisbrede screening en geïntegreerde zorg.

Stemmingsstoornissen/suïcidaliteit/aanpassingsstoornissen en alcoholafhankelijkheid zijn de meest voorkomende co-morbide aandoeningen/stoornissen in het AZ. Angstklachten komen ook veel voor (van Niekerk e.a., 2022), maar deze worden voorlopig niet meegenomen in de screening omdat ze vaak kaderen in andere stoornissen en er overdiagnostiek kan ontstaan. Neurocognitieve stoornissen die de top 3 vervolledigen nemen we niet mee omdat hiervoor reeds een geriatrische liaison bestaat, met uitzondering van het alcoholdelier in het kader van het ontwikkelen van een zorgpad ontwenning/preventie delier. De bestaande deliriumrichtlijnen worden ook reeds toegepast in verscheidene ziekenhuizen.

3.2. Betrokken actoren en rolverdeling

3.2.1. De patiënt

Na positieve screening volgt een assessment. Bij inclusie wordt samen met de patiënt een behandelplan opgesteld, na geïnformeerde toestemming met het proefproject. Samen met de patiënt wordt volgens de principes van de gedeelde besluitvorming gekeken aan welke problematiek er zal gewerkt worden en hoe dit zal gebeuren,.

3.2.2. De psychiater

Zorgt voor de aansturing van het psychiatrische liaisonteam met bewaken en opvolgen kwaliteit. Volgend op de principes van de collaborative care worden wekelijks de geïncludeerde patiënten met het liaisonteam besproken. Het opstellen van het behandelplan (medicatie, kortdurende interventies, vervolgzorg (ELP-Mobiel team-verwijzing ...)) wordt in teamverband gedaan. De psychiater stelt de medicamenteuze behandeling voor en volgt deze op. De psychiater zet in op deskundigheidsbevordering in samenwerking met psychologen en verpleegkundigen door contacten met collega somatici, informeel ("curbside") en formeel. Het opmaken van zorgpaden (alcohol- en deliriumpreventie, slaaphygiëne, omgaan met storend gedrag e.a.) binnen AZ behoort eveneens tot het takenpakket. Er wordt gestreefd naar een integratie op somatische afdeling door het bijwonen van overlegmomenten. Bij onduidelijkheid, ernstige problemen of deterioratie van een patiënt kan de psychiater deze gaan zien.

3.2.3. De afdelingsverpleegkundige

De screening gebeurt bij opname door de afdelingsverpleegkundige, die hiervoor een specifieke opleiding krijgt. Dit gebeurt met gevalideerde screeningsinstrumenten. Screening op alcoholafhankelijkheid en suïcidaliteit/depressie worden nu ook al door federale/regionale overheden verplicht/aangemoedigd. Deze screening gebeurt binnen de 48 uur tijdens het opnamegesprek.

3.2.4. Het psychiatrisch liaisonteam

Eens er sprake is van een positieve screening komt het psychiatrisch liaisonteam in actie. het team bestaat uit psychiatrische verpleegkundigen, afgestudeerden in de toegepaste psychologie of psychologen. Zij staan in voor de beoordeling van patiënten die positief scoorden op de initiële screening. Indien positieve assessment op de uitgebreidere screening (PHQ-9 boven 15, AUDIT boven 16) wordt de patiënt geïncludeerd. Daarnaast worden ook patiënten opgepikt tijdens de overdracht op de afdeling en via red flags in het dossier en datamining in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Er wordt samen met de patiënt een bio-psycho-sociaal behandelplan opgesteld (medicatie, kortdurende interventies, sociale interventies e.a.). Kortdurende interventies houden onder meer psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, en gedragsactivatie in. Er is een integratie in het somatische team met het volgen van overleg en aanwezig zijn op de afdeling. Tenslotte staan ze ook in voor deskundigheidsbevordering, formeel en via "curb-side" consultation. (?

?? Financiering Caseload per FTE nog te bepalen. 100 C-D bedden ? Starten op pilootdienst, bijv MDL waar hoge comorbiditeit met alcoholproblemen. Daarna progressief uitbreiden over alle D en later ook C diensten. FTE op termijn afhankelijk van aantal C/D bedden ziekenhuis. Inzet van dit team via huidige middelen, bijkomende middelen FOD in kader transmurale projecten of via mobiele team en PZ??

3.2.5. De ondersteunende diensten

Het psychiatrische liaisonteam doet beroep op de maatschappelijk werkers en psychologen van de betrokken afdeling voor verdere beoordeling en opstellen van het behandelplan en de behandeling.

3.3. Evaluatie van het project en uitkomstmaten

Mogelijke uitkomstmaten voor de evaluatie vanuit een PDCA (plan-do-check-act) cyclus zijn:

- Psychische klachten, functies en mentale gezondheid

- Somatische uitkomst en ziektebeloop
- Algemeen functioneren en levenskwaliteit
- Aantal incidenten (delier, agressie, fixatie enz.)
- Tevredenheid patiënt (en familie)
- Tevredenheid interne / externe verwijzer / zorgverlener
- Duurtijd alvorens consult / interventie
- Impact op de opnameduur ("lenght of stay"), heropnamefrequentie, therapietrouw
- Financieel resultaat en economische aspecten

3.4. Draaiboek voor de implementatie in de praktijk

3.4.1. Verpleegkundige screening

Een verpleegkundige van de verpleegafdeling waar de patiënt is opgenomen overloopt met de patiënt een gestandaardiseerde en uniforme vragenlijst voor verslaving Audit-C en voor depressie-suïcidaliteit PHQ2, en een vraag rond illegaal druggebruik of overmatig benzodiazepine/opioïdegebruik(pijnstillers) "gebruikt U illegale drugs of kalmeer/slaappillen of pijnstillers in hogere dosis dan voorgeschreven". Aangezien het hier gaat om een zelfrapportage vragenlijst gaat kan de patiënt dit ook via een tablet/pc/laptop zelfstandig invullen.

Het verdient aanbeveling om deze vragenlijsten bij geplande opnames al op voorhand te laten invullen bv. bij de preoperatieve screening. Bij voorkeur gebeurt deze screening binnen de 48 uur na opname.

Bij overschrijding van een drempelwaarde (Audit-C: 8, PHQ-2: 3, positief op vraag 9 PHQ-9) of bij illegaal druggebruik of overmatig benzodiazepine/opioïde gebruik, wordt het psychiatrisch liaisonteam gecontacteerd die eveneens een gestandaardiseerde secundaire evaluatie uitvoert (het psychiatrisch liaisonteam). Bij zelfrapportage via pc/laptop/tablet kan bij positieve screening verder digitaal gewerkt worden overschrijden drempelwaarden met ook afname van PHQ-9 en Audit.

Via een *service level agreement* (SLA) wordt toestemming verkregen van de behandelende artsen om bij een positieve screening het liaisonteam in te schakelen. De behandelende arts wordt hiervan mondeling of via een nota in het dossier op de hoogte gesteld. Ook de patiënt wordt ingelicht van het doel van het project waarna toestemming wordt gevraagd.

Het somatische team kan bij opname eveneens het liaisonteam proactief inschakelen bij aanwezigheid van duidelijke of primaire psychiatrische problemen daar deze het opnameverloop kunnen beïnvloeden.

Indien zich tijdens de opname plotse psychiatrische problemen voordoen kan de bestaande liaisonnomenclatuur gebruikt worden (=reactief).

Tenslotte kan de geïntegreerde psychiatrisch liaisonmedewerker, na dossieranalyse of naar aanleiding van een overlegmoment, patiënten includeren. Artificiële intelligentie kan op termijn deze taak ondersteunen.

3.4.2. Het psychiatrisch liaisonteam

Het psychiatrisch liaisonteam voert de gestandaardiseerde secundaire evaluatie uit. In de secundaire analyse wordt de PHQ-9 voor depressie, aangevuld met LOES indien een positief antwoord op vraag 9 van PHQ-9 (suïcidetaxatie) en volledige AUDIT voor alcoholafhankelijkheid

afgenomen en verdere drugevaluatie uitgevoerd. Drempelwaarden zijn 16 op Audit en score 15 op PHQ-9, waarna de patiënt wordt geïncludeerd voor vervolgzorg door het psychiatrische liaisonteam.

Het psychiatrisch liaisonteam komt eveneens in actie op vraag van het somatische team als er duidelijke GGZ problemen/vragen zijn of uit dossierstudie/overdracht door het liaisonteam blijkt dat er voldoende ernstige GGZ comorbiditeit is. Na assessment wordt beslist om patiënt al dan niet te includeren.

Als de patiënt geïncludeerd wordt, dan geeft het psychiatrische liaisonteam aanbevelingen aan het zorgteam van de afdeling waar de patiënt verblijft. Adviezen rond aanpak problematiek kunnen voorgesteld worden. Dit wordt in het patiëntendossier opgenomen.

Er wordt eveneens een pluridisciplinair/bio-psycho-sociaal zorgplan met de diagnose en de behandeling opgesteld samen met de patiënt en zijn omgeving . Dit zorgplan maakt integraal deel uit van het dossier van de patiënt en wordt aan de behandelende huisarts overgemaakt. De patiënt wordt toestemming gevraagd voor deze overmaking van informatie. Het zorgplan dient samen met externe relevante zorgactoren te worden doorgesproken zodat er zorgcontinuïteit is.

Voor de patiënten voor wie in de afgelopen week een tussenkomst van hetpsychiatrische liaisonteam plaatsvond, wordt binnen de week een teambespreking georganiseerd.

Hierbij wordt gewerkt volgens de principes van de *collaborative care* (Beck e.a, 2025). De geïncludeerde patiënt wordt gezien door de liaisonmedewerker voor de beoordeling en het opstellen van het behandelplan en uitvoeren van kortdurende interventies (psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, ondersteunende gesprekken e.a.). Wekelijks worden de geïncludeerde patiënten samen met de psychiater besproken. Enkel in geval van complexiteit of toename klachten zal de psychiater de patiënt persoonlijk zien. Het evidence/practice-based behandelplan maakt deel uit van het (somatische) dossier van de patiënt en wordt gedeeld met alle leden van het team.

Met het oog op een goede zorgcontinuïteit en samenwerking met de intramurale zorgverleners, evenals met de extramurale eerstelijnszorg en GGZ-netwerkpartners worden de bevindingen en aanbevelingen overgemaakt aan het zorgteam en de voor de betreffende hospitalisatie behandelende arts-specialist; er worden ook behandelaanbevelingen in het behandelplan geformuleerd ten behoeve van de huisarts teneinde een heropname te vermijden.

Het verslag van de teambesprekingen alsook de aanbevelingen worden in het patiëntendossier opgenomen.

Indien er medicatie opgestart wordt, zal er een opvolging zijn van de effectiviteit en mogelijke nevenwerkingen door de liaisonpsychiater zodat tijdig bijgestuurd kan worden.

Het psychiatrisch liaisonteam is zoveel mogelijk geïntegreerd op de somatische afdeling, door er haar bureau te hebben en er dagelijks aanwezig te zijn op patiëntenbesprekingen en voor informele contacten.

Het psychiatrische liaisonteam staat ook in voor de verspreiding van de psychiatrische deskundigheid (voor basisevaluaties en interventies) en de psychiatrische benadering binnen het ziekenhuis, onder meer via het aanleren van de systematische opsporing van patiënten met een psychiatrisch profiel en de organisatie van opleidingen of bijscholingen, in het bijzonder van het

coachen van het verpleegkundig en paramedisch personeel in het herkennen en omgaan met GGZ problematiek.

4. REFERENTIES

Beck BJ et al. Approaches to collaborative care and behavioral health integration. In: Stern T.A. et al. (Eds.). Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry (8th Edition) 2025, pag. 845-857

Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., Fihn S.D., Bradley K.A. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998; 158(16):1789-1795

E-learning Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen; Federatie Medisch Specialismen, https://dlo.demedischspecialist.nl/

Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. De Patiëntengezondheidsvragenlijst-2: Validiteit van een screeningstest met twee items voor depressie. Medical Care. 2003;41:1284-92

Levenson J.L. (redactie) (2019). Textbook of psychosomatic medicine and consultation liaisonpsychiatry (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing

LOES: https://preventiemethodieken.be/leidraad-opvang-en-evaluatie-suicidaliteit-loes

Milliman rapport: https://edge.sitecorecloud.io/millimaninc5660-milliman6442-prod27d5-0001/media/Milliman/importedfiles/uploadedFiles/insight/2018/Potential-Economic-Impact-Integrated-Healthcare.pdf

van Niekerk M., Walker J., Hobbs H., Magill N., Toynbee M., Steward B., Harriss E., Sharpe M. The Prevalence of Psychiatric Disorders in General Hospital Inpatients: A Systematic Umbrella Review. J Acad Consult Liaison Psychiatry 2022; 63(6), 567-578

Oldham MA, et al. Proactive Consultation-Liaison Psychiatry: American Psychiatric Association Resource Document. J Acad Consult Liaison Psychiatry 2021; 62(2): 169-185

Peeters D., Van Den Eede F., Geerts P.J., et al. (2020). De consultatie-liaisonpsychiatrie in de Belgische ziekenhuizen van de eenentwintigste eeuw: quo vadis? TvGG, 76, 321-330

Stern T.A., Beach S.R., Smith F.A., Freudenreich O., Vranceanu A.-M., Fava M. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry - 8th Edition. Elsevier, 2025

Sharpe M., Toynbee M., Walker J. (2020). Proactive Integrated Consultation-Liaison Psychiatry: A new service model for the psychiatric care of general hospital inpatients. Gen Hosp Psychiatry 2020; 66: 9-15

Van Den Eede F. Verwevenheid van psychische en somatische comorbiditeit in de dagelijkse geneeskundige zorg. Tijdschr Geneesk 2024; 80: 525-527