ZORG PRESTATIE MODEL GGZ & FZ

Handreiking contractering setting
Hoogspecialistische ggz

oktober 2021

Inhoud

A. Toelichting bij de totstandkoming 4

B. Handreiking contractering setting hoogspecialistische ggz 6

Bijlage 1 • Toelichting: Hoogspecialistische zorg door PAAZ en PUK 14

Bijlage 2 • Veldnormen Medisch Psychiatrische Units - NVvP 2014 16

Bijlage 3 • Kwaliteitsindicatoren Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie 19

Bijlage 4 • Criteria voor TOPGGz-keurmerk 23

Handreiking contractering setting 'Hoogspecialistische ggz'

A. Toelichting bij de totstandkoming

Doel en opbouw
Deze handreiking is bedoeld voor zorgverzekeraars en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) om met minimale transactiekosten lokaal te komen tot contractering van hoogspecialistische ggz zoals bedoeld in de gelijknamig setting van het Zorgprestatiemodel (ZPM). Daartoe worden in dit document waar mogelijk objectiveerbare, onderscheidende en op feiten herleidbare criteria aangedragen, die recht doen aan de klinische praktijk en de noodzaak van het hogere tarief voor de hoogspecialistische setting onderbouwen.

In deze handreiking wordt achtereenvolgens ingegaan op:

1. **Doel van deze handreiking**

2. **Uitgangspunten voor deze handreiking**

3. **Definitie hoogspecialistische ggz**

4 **De plaats van de hoogspecialistische ggz in de sector / de zorg-keten en de verwijsroute**

5. **Aspecten van de hoogspecialistische zorg die bijdragen aan hoger percentage indirecte tijd**

6. **Juridische houdbaarheid, incl. normering, verantwoording en spreiding van het aanbod**

7. **Proces om te komen tot een uniform overzicht van aanbieders van hoogspecialistische ggz**

Afbakening: wat wordt niet bekostigd uit het tarief van hoogspecialistische setting

Deze handreiking betreft de contractering van de setting 'hoogspecialistische ggz'. Het tarief voor deze setting is gebaseerd op de directe en indirecte kosten voor patiëntenzorg. Er zijn andere kostenposten, die randvoorwaardelijk zijn voor het leveren van die zorg. De meest relevante worden onderstaand opgesomd, met daarbij de wijze waarop deze kosten zijn verdisconteerd in prestaties of tarieven.

- extra bouwkundige en apparatuurkosten om hoogspecialistische ggz te kunnen leveren - bijvoorbeeld: extra beveiligde kamers bij behandeling van psychiatrisch ontregelde patiënten met infectieuze aandoeningen, steriele ruimtes om intraveneuze medicatie te bereiden, verkoeverkamervoorziening (inclusief apparatuur om de vitale functies van patiënten te bewaken) bij ECT, apparatuur voor afstellen neuromodulator bij experimentele DBS (deep brain stimulation), -> verdisconteert in de prestatie

- kosten voor verblijfsdagen -> bekostiging op basis van het tarief voor verblijfsdagen

- hoogspecialistische diensten voor niet-ingeschreven patiënten (consultatie en advies) -> bekostigingsvraag is onderdeel van gesprek over beoogde beschikbaarheidsbijdrage hoogspecialistische ggz

- infrastructuur en personele inzet voor onderzoek en kennisverspreiding buiten het eigen behandelteam -> bekostiging op basis van beoogde beschikbaarheidsbijdrage hoogspecialistische ggz

Werkgroep

Deze handreiking is het product van een werkgroep waarin vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en van (koepel)organisaties van hoogspecialistische ggz aanbieders zitting hadden. Deze werkgroep rapporteert aan het landelijk Programma Zorgprestatiemodel.

B. Handreiking contractering setting hoogspecialistische ggz

1. Doel van deze handreiking

Deze handreiking is bedoeld als instrument voor zorgverzekeraars en ggz-aanbieders (ziekenhuizen met PAAZ/PUK[1] en ggz-instellingen met TOPGGz[2]-afdelingen) om met vermijding van extra transactiekosten samen in de onderlinge contractonderhandeling te kunnen vaststellen op welke afdeling/ specifiek onderdeel van een afdeling/ locatie (verder te noemen: *afdeling*) er sprake is van hoogspecialistische ggz.

Hiertoe worden de onderscheidende kenmerken van de hoogspecialistische ggz gegeven: de hoogspecialistische zorgvragen van patiënten, de plaats in de sector/ keten, de elementen van het hoogspecialistisch zorgaanbod die bijdragen aan extra indirecte kosten en het aantoonbaar voldoen aan de eigen kwaliteitsnorm voor het aanbieden van hoogspecialistische zorg. De combinatie van deze aspecten rechtvaardigt het contracteren van de "setting hoogspecialistische ggz" in het Zorgprestatiemodel (ZPM).

Stichting TOPGGz, NFU en NVZ stellen een overzicht beschikbaar aan het ZN-kenniscentrum GGZ van afdelingen die voldoen aan de criteria uit deze handreiking, incl. specialisatie en klinische capaciteit (bedden). Deze lijst is het richtinggevende referentiekader voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de contractering van hoogspecialistische ggz.

2. Uitgangspunten voor deze handreiking

bron: Rapportage uitkomsten werkgroep prestatielijst en setting, 4 december 2019

1. *Settings moeten functioneel worden omschreven.* Zie paragraaf 3 onderstaand voor definities.

2. *Settings moeten elkaar uitsluiten.* Zie de omschrijving van de plek in de sector/ keten in paragraaf 4.

3. *Tussen settings moet een substantieel kostenverschil bestaan.* Het gaat hierbij om kostenverschillen voor het leveren van patiëntenzorg die niet op een andere manier door het zorgprestatiemodel worden gecorrigeerd. Zie paragraaf 5 onderstaand voor de inhoudelijke onderbouwing van de extra indirecte kosten.

1 Voor de leesbaarheid wordt in de tekst steeds PUK en PAAZ gehanteerd. Hieronder dient begrepen te worden: dat deel van PUK en PAAZ dat voldoet aan de normen voor de hoogspecialistisch setting zoals nader omschreven in paragraaf 6.1.
2 Deze afdelingen hebben het TOPGG-keurmerk; zij voldoen dus aan alle criteria die hiervoor gelden. Zie verder in paragraaf 6.1 en bijlage 4.

4. *Settings moeten juridische houdbaar zijn (handhaafbaar en controleerbaar).* Zie onderstaande uitwerking in paragraaf 6.

5. *Het hanteren van settings in de bekostiging moet geen grote administratieve belasting met zich meebrengen.* Dit wordt bereikt door aansluiting op bestaande normen en controle daarop; zie paragraaf 6.

6. *Prikkels en gedrag: De mogelijkheid tot gamen/upcoden moet worden beperkt.* De (strenge) normen en toetsing daarop zoals beschreven in paragraaf 6 dammen deze risico's in.

Een algemeen uitgangspunt voor elke setting in het ZPM is dat deze op afdelingsniveau wordt gecontracteerd. Wanneer dit gekoppeld is aan een periodieke accreditatie heeft dit meerdere voordelen:

- aanbieders van hoogspecialistische ggz voldoen aan concrete criteria,
- de setting is functioneel omschreven,
- er is een heldere en harde scheiding met de andere settings,
- het biedt een juridisch sterkere basis,
- dit beperkt de administratieve lasten.
- een transparante accreditatie in combinatie met een concentratie en spreidingsbeleid[3] kunnen bijdragen aan een goede verdeling over het land en capaciteit die past bij de vraag.

Op basis van deze uitgangspunten is een concrete handreiking opgesteld voor de onderhandeling over en contractering van het tarief hoogspecialistische setting tussen zorgverzekeraars en individuele aanbieders.

3. Definitie hoogspecialistische ggz

Patiënten met hoogspecialistische ggz zorgvraag voldoen aan 3 kenmerken:

- de patiënt heeft (een) ernstige, complexe en/of zeldzame aandoening(en) of complicatie(s), of er is sprake van een voorspelbaar ernstig beloop van de klachten voor de patiënt dat vermijdbaar is door het hoogspecialistisch zorgaanbod;
- de patiënt heeft onvoldoende baat gehad of zal naar verwachting onvoldoende baat hebben bij een behandeling conform de professionele standaard in de specialistische ggz;
- de patiënt zal naar verwachting profiteren van hoogspecialistische ggz (de hoogspecialistische behandeling is geïndiceerd voor de patiënt in kwestie).

Deze problematiek vereist complexe én veelal innovatieve kennis en vaardigheden betreffende diagnostiek en/of behandeling. Dit wordt geborgd met een nadere afbakening van de plaats in de sector / keten van hoogspecialistische ggz.

3 Een beleid voor concentratie en spreiding is nog niet beschikbaar ten tijde van het opleveren van de handreiking. In de oplegger bij deze notitie is te lezen dat partijen zich nu inspannen om hier snel invulling aan te geven.

4 De plaats van de hoogspecialistische ggz in de sector / de zorgketen en de verwijsroute

- *Verwijzing* voor hoogspecialistische ggz (3e lijn) gebeurt vanuit de tweede lijn indien diagnostiek en/of behandeling in de specialistische ggz (2e lijn) niet afdoende is gebleken. Soms kan verwijzing direct vanuit de eerste lijn of tweede lijn medisch specialisten worden gedaan, indien de verwijzer inschat dat diagnostiek en/of behandeling in de specialistische ggz niet afdoende zal zijn of (in geval van zeldzame aandoening) niet beschikbaar is. Alle verwijzers hanteren hiervoor dezelfde criteria cq. de relevante beslissingsondersteunende tools.

- *Toetsing op hoogspecialistisch karakter van de zorgvraag*
  De NZa-basisregel is dat iedere patiënt die ingeschreven wordt op een setting, moet voldoen aan de criteria voor die setting. Als tijdens de nadere diagnose en/of behandeling blijkt dat andere interventies (die strikt genomen niet passen bij de setting) (op dat moment) beter passen bij de patiënt, dan kan dat geleverd worden zonder dat de setting aangepast hoeft te worden en tegen het aan de setting toegekende tarief.
  Aanbieders van hoogspecialistische ggz triageren bij aanmelding op basis van de bovenstaande definities in de context van hun eigen doelgroepspecifieke expertise. Dit gebeurt op basis van het klinisch oordeel van een daartoe bevoegd en bekwaam professional met behulp van hierop toegesneden gevalideerde beslissingsondersteunende instrumenten; voor TOPGGz-afdelingen zijn dit de Decision Tools[4], voor MPU op PUK en PAAZ gelden de veldnormen voor de MPU[5], voor niet-MPU patiënten hanteert de PUK artikel 1.4 van de WHOWO. Zo garanderen deze afdelingen dat bij instroom de patiënten voldoen aan de criteria van de hoogspecialistische ggz. Mochten patiënten die bij start van hun behandeling een hoogspecialistisch zorgvraag hadden, in de loop van hun behandeling niet meer voldoen aan die norm, of wanneer er een andere dan een hoogspecialistische behandeling geïndiceerd blijkt, dan heeft dit geen gevolgen voor de toegekende setting hoogspecialistisch, noch voor het daaraan gekoppelde tarief, conform de bovenstaand aangehaalde NZa basisregel. Deze regel is dus geen beperking voor de continuïteit van zorg binnen de hoogspecialistische afdeling.
  Indien de afdeling voor hoogspecialistische ggz ook bij de start van de zorgvraag, zorg biedt voor patiënten met een zorgvraag die buiten de hoogspecialistische criteria valt, dan mag de setting hoogspecialistisch alleen gecontracteerd worden voor het verwachte aandeel van de hoogspecialistische patiënten in de afdelingspopulatie. Voor de afdeling betekent dit dat er een administratieve knip dient te worden gemaakt tussen patiënten die wel en patiënten die niet onder de hoogspecialistische criteria vallen. Administratief ressorteren de professionals dan onder verschillende teams, terwijl in de praktijk naadloos samengewerkt wordt in één team. De aan de patiënt toegekende setting is bepalend voor de declaratie van de verrichte behandeling.
  In het contracteringsgesprek tussen zorgaanbieder en verzekeraar is het

4 https://www.topggz.nl/decision-tools-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plaats
5 https://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014
(ook opgenomen in bijlage 2)

zaak dat aangetoond wordt welk aandeel de hoogspecialistische patiëntenpopulatie betreft, en welk deel daarbuiten valt (en waarop dus een andere setting van toepassing is). In veel gevallen is uit de historie informatie beschikbaar over het aandeel hoogspecialistische patiënten van de afdeling, zoals uit de gegevens van de TOPGGz visitatie en de kwaliteitsvisitaties van de psychiaters op de MPU.

- Inbedding in keten met reguliere specialistische zorg
  Een afdeling voor hoogspecialistische zorg kan alleen adequaat functioneren als er (zo snel mogelijk) afgeschaald kan worden naar zorg in de gespecialiseerde ggz, zodra de hoogspecialistische zorg niet meer nodig is. Dit betekent dat de hooggespecialiseerde afdeling functioneert in een keten met reguliere specialistische ggz, binnen en/of buiten de eigen ggz-instelling/ziekenhuis.

5. Aspecten van de hoogspecialistische zorg die bijdragen aan hoger percentage indirecte tijd

Wat maakt dat hoogspecialistische ggz meer indirecte tijd kost?
Behandelen van patiënten met een hoogspecialistische zorgvraag is individueel maatwerk; richtlijnen bieden veelal geen passend antwoord bij de ernstige, complexe of zeldzame problematiek. In de hoogspecialistische ggz worden daarom ook nieuwe behandelvormen ontwikkeld en het resultaat daarvan wordt onderzocht op effectiviteit. In de hoogspecialistische ggz gaat het per definitie om multidisciplinaire behandeling: voor het verlenen van hoogspecialistische ggz is een infrastructuur nodig waarin verschillende disciplines op hoogspecialistisch kennis- en vaardigheidsniveau samenwerken, ook bij de aanpak van complicaties. Ook bij op- en afschalen is individueel maatwerk noodzakelijk om in afstemming in de keten tot passende vervolgzorg te komen.

De elementen in de hoogspecialistische ggz die bijdragen aan meer indirecte tijdsbesteding aan de patiëntenzorg door behandelaren zijn[6]:

- *langer aanmeldtraject*, bijvoorbeeld doordat uitgebreider dossieronderzoek en intercollegiaal overleg nodig zijn vanwege de veelheid aan eerdere behandelingen voor een of meerdere aandoeningen

- *meer afstemming met ketenzorgpartners bij aanmelding en ontslag*, met name bij aanmeldingen van buiten de regio om de indicatiestelling adequaat te laten plaatsvinden, maar ook de kennisoverdracht naar (meestal) de gespecialiseerde ggz om de zorg weer af te schalen in het kader van benodigde vervolgzorg

- *meer voorbereiding bij het bepalen en regelen van passende complexe diagnostiek* (bijvoorbeeld: dossieranalyse, wetenschappelijke literatuur raadplegen, vooroverleg met collega's, diagnostische onderzoeken plannen zoals MRI-scans, labonderzoek, systeemonderzoek, neuropsycho-

6 De impactanalyses die het NZa in 2020 heeft opgesteld, gaan in op de omvang van de indirecte tijd per groep aanbieders.

logisch onderzoek), incl. kennisoverdracht binnen het behandelteam of naar direct betrokken andere specialisten om hoogspecialistische diagnostiek mogelijk te maken.

- *op maat maken van individueel behandelaanbod* voor vragen waar de bestaande richtlijnen geen passend antwoord bieden, incl. kennisoverdracht binnen het behandelteam om innovatieve, hoogspecialistische behandeling mogelijk te maken

- *meer multidisciplinair overleg* vanwege de betrokkenheid van meerdere specialisten, meer afstemming rond individuele zorgpaden; de kwaliteit van zorg wordt sterk bepaald door de integratie van de interventies van deze diverse specialisten/ disciplines.

6. Juridische houdbaarheid, incl. normering, verantwoording en spreiding van het aanbod

Normen voor aanbieders van hoogspecialistische ggz
Hoogspecialistische ggz wordt geboden in 3 onderdelen van de gezondheidszorg. In elk van die onderdelen worden eigen normen gehanteerd om de status van hoogspecialistische ggz af te bakenen; zie onderstaande tabel. Wanneer een afdeling voldoet aan de criteria van het eigen smaldeel dan geeft dit toegang tot het kunnen contracteren van het ZPM-tarief voor de setting hoogspecialistische ggz.

gezondheidszorg onderdeel	type afdeling	toetsingskader	aantoonbaar met
universitair medisch centrum	Psychiatrische Universitair Kliniek (PUK)	• Veldnormen MPU[7] (alleen van toepassing voor PUKken met een MPU voor dat onderdeel) • Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie[8] • Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek[9]	Kwaliteitskeurmerk (JCI, NIAZ) + Kwaliteitsvisitatie n.t.b.
algemeen ziekenhuis	Medisch Psychiatrische Unit (MPU) als onderdeel van een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	• Veldnormen MPU • Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie	Kwaliteitskeurmerk (JCI, NIAZ) + Kwaliteitsvisitatie n.t.b.
organisatie voor geestelijke gezondheidszorg	Topklinische ggz (TOPGGz-) afdeling	TOPGGz-criteria[10]	TOPGGz-keurmerk (voldoen aan alle criteria)

7 https://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014 - zie ook bijlage 2
8 https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ziekenhuispsychiatrie/kwaliteitsindicatoren - zie ook bijlage
9 In de Wet op het Hoger Onderwijs (WHOHO) wordt de derdelijns functie van de PUK beschreven – zie ook https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_322715_22/1/
10 https://www.topggz.nl/sites/default/files/files/attachment/Criteria%202019-2022%20V20.01.pdf – zie ook bijlage 4

7. Proces om te komen tot een uniform overzicht van aanbieders van hoogspecialistische ggz

De Nederlandse ggz, NFU, NVZ en ZN zullen bij de eerstvolgende aanpassing van de veldafspraken (uiterlijk 1 juli 2022) de inhoudelijke bepalingen uit de handreiking en de samenstelling van de limitatieve lijst evalueren. Aanpassingen kunnen dan worden verwerkt in de update van de veldafspraken die per 2023 van kracht worden.

Voor het aanpassen van criteria waaraan een afdeling moet voldoen om te worden opgenomen op de limitatieve lijst ligt het primaat bij de professionals in het betreffende segment (umc, algemeen ziekenhuis, ggz-instelling). Zij consulteren daarbij partijen van belanghebbenden zoals te doen gebruikelijk bij de ontwikkeling van normen in de sector.

Uiterlijk 31 mei van ieder jaar publiceren Stichting TOPGGz, NFU, NVZ en ZN gezamenlijk een overzicht van afdelingen die voldoen aan de criteria uit de handreiking, inclusief specialisatie en klinische capaciteit (bedden). Het is een limitatieve lijst met aanbieders die aan de inhoudelijke criteria van de handreiking voldoen en die in aanmerking komen voor een contract over het toepassen van de setting hoogspecialistisch. Deze lijst is het richtinggevende referentiekader voor de contractering van hoogspecialistische ggz tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Toelichting: Hoogspecialistische zorg door PAAZ en PUK

Binnen de UMC's (PUK) en op de medisch-psychiatrische unit (MPU) van algemene/topklinische ziekenhuizen (PAAZ) wordt hoogspecialistische zorg geboden aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast heeft de PUK bijkomende academische functies, zoals het opleiden van artsen en doen van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek. De PUK delegeert regelmatig delen van deze academische functies aan de STZ-ziekenhuizen, zoals stageplaatsen voor studenten en bijdragen aan klinisch wetenschappelijke studies.

Derdelijns zorg. Patiënten die voor hoogspecialistische zorg naar de PUK worden verwezen, hebben al veel reguliere behandelingen gehad zonder een bevredigend resultaat. Het gaat dan om second/third/fourth opinions op verzoek van patiënt/regiebehandelaar, gevolgd door collegiaal overleg, een behandeladvies, en/of overname van behandeling door de PUK. Het betreft dan patiënten met complexe klinische problemen, vaak met een combinatie van verschillende psychiatrische en somatische diagnosen, die elders niet adequaat gediagnosticeerd en/of behandeld kunnen worden. Een PUK heeft voor deze complexe patiënten vaak een eigen/additioneel en gepersonaliseerd diagnostiek- en behandelaanbod, waarbij regelmatig verschillende medische, verpleegkundige en paramedische disciplines intensief betrokken zijn. Daardoor verschilt de beroepenmix van ingezette behandelaren door de PUK van de reguliere ggz.

MPU-zorg. Het speerpunt voor de MPU op de PUK/PAAZ zijn de patiënten die naast hun psychiatrische ziekte(n) ook een somatische ziekte(n) hebben, die tevens medisch-specialistische zorg behoeft. In vrijwel alle gevallen betreft het patiënten met zeer heterogene medische problematiek, zowel ten aanzien van de psychiatrische stoornissen als ook de comorbide somatische aandoeningen. De aard en de ernst van de somatische problematiek kan variëren, maar deze is als regel moeilijker te behandelen naast de psychische stoornis(-sen), en patiënten met combinaties van problemen lopen veel meer kans op mortaliteit, morbiditeit en complicaties, met een ongunstig beloop wanneer niet op beide gebieden optimale zorg kan worden geleverd.

Dit vraagt nauwe afstemming tussen de psychiater, andere medisch specialisten, verpleegkundigen en paramedici, vanuit een breed scala aan vakgebieden. Daardoor verschilt de beroepenmix van ingezette behandelaren op de MPU van de reguliere ggz. Patiënten vragen veelal een individueel, op de persoon afgestemd diagnostisch- en behandelplan dat de reguliere richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van de verschillende onderliggende aandoeningen veelal overstijgt. Zowel ten aanzien van de bemoeienis van hoogopgeleide specialisten vanuit verschillende medische disciplines, als ten aanzien van de zorgomgeving vraagt dit aanvullende mogelijkheden ten opzichte van reguliere ggz. Daarnaast zijn voor optimale, veilige en doelmatige hoogspecialistische zorg regelmatig aanvullende hoogspecialistische

diagnostische instrumenten (bijvoorbeeld: bewaking van vitale functies, laboratoriumonderzoek, beeldvormende technieken) in hogere frequentie (bijvoorbeeld: meerdere keren per dag, 24/7 beschikbaarheid van deze faciliteiten) noodzakelijk; dit vraagt meer indirecte tijdsbesteding door de (regie-)behandelaren van de patiënten op de MPU.

De Veldnormen MPU (zie bijlage 2; geautoriseerd door de NVvP, met betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, het ministerie van VWS, ZN, de Nederlandse ggz, de IGJ, de NVZ, de NFU en MIND) geeft de normen waaraan een klinische setting (PAAZ/PUK) moet voldoen om deze hoogspecialistische zorgvragen te kunnen beantwoorden. Dit vraagt om gespecialiseerde afdelingen, meestal binnen een groter geheel van een PUK/PAAZ of somatische afdeling van UMC/algemeen ziekenhuis, waarbij bouwtechnische faciliteiten beschikbaar zijn, breder geschoold medisch en ondersteunend personeel (zowel psychiatrisch als somatisch) aanwezig is, en voldoende personele capaciteit om deze complexe zorg 24/7 te kunnen bieden. De multidisciplinaire, intensieve inzet van hoogopgeleide medisch specialisten geldt regelmatig ook voor de second/third/fourth opinions die klinisch en/of poliklinisch worden gedaan, eveneens conform de veldnormen MPU.

Daarom zullen de ZPM-consulten, gedeclareerd vanuit deze hoogspecialistische setting, de derdelijns PUK en de MPU vanuit PUK/PAAZ, meer indirecte tijd moeten faciliteren om aan deze minimale veldnormen te kunnen voldoen (bijvoorbeeld ten behoeve van meer indirecte tijd voor multidisciplinair overleg, meer uitzoekwerk, meer regelwerk betreffende aan te vragen hoogspecialistische diagnostische onderzoeken, meer afstemming tussen medisch specialismen, huisartsen, apothekers, ambulante GGZ, en indicatiestellers/hulpverleners in de WMO/WLZ, bieden van coaching aan collega-instellingen, bieden van consultatie, et cetera).

BIJLAGE 2

VELDNORMEN Medisch Psychiatrische Units - NVvP 2014[11]

Veldnorm 1 Het type zorg waarin een medisch psychiatrische unit (MPU) kan voorzien, betreft geïntegreerde psychiatrische en somatische diagnostiek en behandeling van patiënten waarvoor een klinische setting voor medisch-specialistische zorg vereist is. Op een MPU kunnen patiënten met een gemiddelde tot hoge somatische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals dat kan op een algemene ziekenhuisafdeling. Daarnaast kunnen op de MPU patiënten met een gemiddelde tot hoge psychiatrische zorgzwaarte gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden, zoals op een psychiatrische (opname)afdeling.

Veldnorm 2 De MPU biedt 24 uur per dag, 7 dagen per week, op maat multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en verpleging. Hierbij wordt een beroep gedaan op de expertise vanuit de psychiatrie en de andere medisch-specialistische vakgebieden, zoals aanwezig in het (algemeen of academisch) ziekenhuis. De medisch specialisten zijn ervaren en geschoold in de behandeling van patiënten met complexe problemen en zij zijn bekend met de werkwijzen van de MPU en het ziekenhuis.

Patiënten met de volgende zorgvragen kunnen op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd worden. Dit betreft een niet-limitatieve opsomming vanwege de grote variabiliteit in de mogelijke comorbide somatische en psychiatrische problematiek.

De MPU-patiënt betreft een patiënt(e) met:

- een kans op acute verslechtering van de somatische toestand, waardoor per direct nodig zijn: aanvullend onderzoek (bv. radiologie, laboratorium, ECG, EEG), specifieke behandeling (bv. operatie, partus, spoed-ECT), medisch-specialistische consultatie (bv. van internist, chirurg, cardioloog, gynaecoloog, neuroloog) en/of specialistische verpleegkundige zorg (bv. intensive care, hartbewaking, mediumcarebewaking van vitale lichaamsfuncties);

- zuurstofafhankelijkheid waarvoor toediening van medische gassen en monitoring van de zuurstofsaturatie noodzakelijk zijn;

- ondervoeding, een inadequate voedsel- en vochtinname en/of het niet mogelijk zijn van orale voeding/vochttoediening, waarvoor parenterale toediening van voeding, vocht, medicatie en/of bloed noodzakelijk zijn (intraveneus, intramusculair en/of subcutaan);

- decubitus, brandwonden en/of operatiewonden, die behandeld en verzorgd moeten worden;

11 http://www.nvvp.net/stream/veldnormen-mpu-juni-2014

- een indicatie voor blaaskatheterisatie en bepaling van blaasresidu;
- een indicatie voor een maaghevel, maagsonde of PEGsonde;
- (totale) ADL-afhankelijkheid en immobiliteit, waarvoor totale bedverpleging noodzakelijk is;
- rolstoelafhankelijkheid, waarbij begeleiding en (poging tot) mobilisatie nodig zijn;
- een terminale zorgbehoefte in de laatste levensfase, waarbij ook verzorging geboden moet worden na het overlijden (inclusief de opvang van de nabestaanden);
- (kans op) gevaarlijk gedrag (bv. agressie, suïcidaliteit) voortkomend vanuit de psychiatrische aandoening, waarvoor noodzakelijk zijn: beschermende maatregelen, behandeling en specifieke verpleegkundige zorg (bv. intensief toezicht op gevaarlijk gedrag, vrijheidsbeneming, beperkingen in bezoek en/of andere prikkels, deescalerende technieken, fixatie op bed, separatie, noodmedicatie);
- een (kans op) verstoring van de realiteitstoetsing, cognitieve en/of executieve hersenfuncties die leidt tot verdwalen, inadequaat handelen en/of potentieel gevaar voor de patiënt(e) en zijn of haar omgeving, waarvoor specifieke verpleegkundige zorg en faciliteiten noodzakelijk zijn.

Veldnorm 3 Medisch-specialistische zorg op de MPU is organisatorisch volledig ingebed in de volgende categorieën van instellingen voor medische specialistische zorg: algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra.

Veldnorm 4 De aansturing en bedrijfsvoering van een MPU dienen geborgd te zijn met zowel bedrijfsmatige expertise als medisch inhoudelijke expertise en dienen aan te sluiten bij de gebruikelijke organisatievorm van de betreffende instelling voor medisch-specialistische zorg.

Veldnorm 5 De instelling voor medisch-specialistische zorg waar een MPU is gevestigd, beschikt tevens minimaal over de ziekenhuispsychiatrische functies consultatieve psychiatrie (conform de NVvP-richtlijn) en een polikliniek.

Veldnorm 6 Een MPU heeft samenwerkingsafspraken met haar verwijzers en nazorginstanties, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Doel van deze afspraken is duidelijkheid te scheppen over de somatische en psychiatrische behandelmogelijkheden van de MPU en een soepele samenwerking te bewerkstelligen. Deze schriftelijke samenwerkingsafspraken behelzen: opname- en ontslagcriteria, aanmeldingsprocedure, verdeling van verantwoordelijkheid tussen verwijzende instelling, verwijzend medisch specialist en MPU-psychiater, terugplaatsingsafspraken en -garantie rond ontslag, structureel overleg en opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid.

Veldnorm 7 Een MPU beschikt ten minste over een verpleegkundig team waarin zowel somatisch- als psychiatrisch-verpleegkundige expertise aanwezig is. Verpleegkundigen op een MPU hebben minimaal kwalificatieniveau 4 (verpleegkundige 2e niveau mbo 4). Per dienst zijn op de werkvloer beide expertisegebieden aanwezig. De verpleegkundige bezettingsnorm is minimaal 1,0 fte per bed[12].

Veldnorm 8 Op een MPU is het mogelijk minimaal de volgende professionals te betrekken bij de zorg voor de patiënt: activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en GZ-psycholoog.

Veldnorm 9 Op de MPU zijn ruimtelijke voorzieningen aanwezig die zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk maken. Dit betekent dat ten minste de volgende ruimtelijke faciliteiten aanwezig moeten zijn:

- één of meerdere afzonderingsruimtes of faciliteiten voor veilige fixatie op bed of in stoel;
- één of meerdere eenpersoonskamers met voorzieningen voor zuurstoftoediening, infusen en totale bedverpleging;
- voldoende sanitaire voorzieningen voor het toepassen van bedverpleging;
- een bereidingsruimte voor medicatie, waarin volgens de huidige richtlijnen o.a. intraveneuze medicatie kan worden voorbereid;
- voldoende opslagruimte voor verpleegkundige materialen benodigd bij de somatische zorg.

Veldnorm 10 Voor MPU-patiënten dient ECT 24 uur per dag, 7 dagen per week, drempelloos en snel beschikbaar te zijn. Dit kan door in het eigen (algemeen of academisch) ziekenhuis een ECT-faciliteit ter beschikking te hebben, of door daarover met andere MPU's bindende afspraken te hebben vastgelegd over het gebruik van de ECT-faciliteit in geval van een spoedindicatie.

12 Uitgaande van verblijfscategorie E waarvoor minimaal 1,0 fte per bed vereist is, zie tariefbeschikking tweedelijns curatieve ggz van de NZa met kenmerk TB/CU-5062-1 (2013) en TB/CU-5070 (2014).

BIJLAGE 3

Kwaliteitsindicatoren Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie

Voor toelichting en operationalisatie:
zie Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie

	Omschrijving	Waarden
	STRUCTUURINDICATOREN *Overstijgende structuurindicatoren*	
S1	**Beschikbaarheid** > In elk ziekenhuis is het mogelijk om binnen 24 uur psychiatrische consultatie te verrichten (zie ook procesindicator P4); > Ziekenhuizen met een psychiatrische consultatieve dienst hebben tevens ten minste een polikliniek voor kortdurende nazorg; > Ziekenhuizen met een MPU hebben zowel een psychiatrische consultatieve dienst en een polikliniek voor ziekenhuispsychiatrie (deze deelindicator is gelijk aan structuurindicator V5).	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
S2	**Organisatorische inbedding** Professionals op de polikliniek, dagbehandeling, de psychiatrische consultatieve dienst en de Medisch Psychiatrische Unit zijn organisatorisch goed ingebed in het ziekenhuis. Met deze inbedding wordt tenminste bedoeld: 1. Gebruik van een gemeenschappelijk medisch dossier waarin dossiervoering van psychiatrische en somatische behandelaars wederzijds raadpleegbaar is; 2. *Specifiek voor psychiaters* 3. Deelname aan accreditatie-, visitatie- en scholingsprogramma's van het ziekenhuis; 4. Deelname aan stafcommissies en protocolontwikkeling van het ziekenhuis; 5. Lidmaatschap van de vereniging medische staf/het stafconvent.	*Goede samenwerking; Continuïteit en ketenzorg*
S3	**Bijscholingsprogramma** Het ziekenhuis heeft ten minste een bijscholingsprogramma ziekenhuispsychiatrie (zie ook bijlage 4 Onderwijs over psychiatrie in het ziekenhuis) voor niet-psychiatrisch opgeleide artsen en verpleegkundigen werkzaam op de spoedeisende hulp (SEH). Het bijscholingsprogramma voorziet in structurele jaarlijkse (bij)scholing voor deze disciplines: nabespreken van casuïstiek is onvoldoende.	*Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden; Vroege opsporing en tijdige zorgverlening*
S4	**Informatieoverdracht** Het ziekenhuis heeft een protocol over informatieoverdracht rond de zorg voor patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit conform de eisen uit Informatieoverdracht.	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking tussen disciplines; integratie van zorgverlening*

	STRUCTUURINDICATOREN *Structuurindicatoren specifiek voor MPU's (overgenomen van Veldnormen Medisch Psychiatrische Units [1])*	
V1	**Geïntegreerde diagnostiek en behandeling, zorgvraagzwaarte** Een MPU voorziet in geïntegreerde, klinische psychiatrische en somatische diagnostiek en behandeling. De zorgvraagzwaarte komt overeen met die van een reguliere psychiatrische en somatische (opname)afdeling.	*Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
V2	**24/7 beschikbaarheidsfunctie, competenties medisch specialisten, zorgvragen** > Een MPU biedt 24/7 multidisciplinaire diagnostiek, verpleging en behandeling; > De betrokken medisch specialisten zijn ervaren en geschoold in het behandelen van patiënten met complexe somatisch-psychiatrische comorbiditeit. Ook zijn zij bekend met de werkwijzen van de MPU en het ziekenhuis; > C. De veldnorm bevat een niet-limitatieve lijst met tien zorgvragen die op een MPU gediagnosticeerd, behandeld en verpleegd kunnen worden (zie de tekst van deze veldnorm [1]).	*Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten; Destigmatisering door verspreiding van kennis en vaardigheden; Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening*
V3	**Organisatorische inbedding** Zorg op de MPU is organisatorisch volledig ingebed in algemene of universitaire ziekenhuizen (zie ook structuurnorm S2).	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking tussen disciplines: integratie van zorgverlening*
V4	**Aansturing en bedrijfsvoering** De aansturing en de bedrijfsvoering van een MPU dienen geborgd te zijn met zowel bedrijfsmatige expertise als medisch inhoudelijke expertise en dienen aan te sluiten bij de gebruikelijke organisatievorm van het betreffende ziekenhuis.	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking*
V5	**Continuïteit en interne ketenzorg** Het ziekenhuis met een MPU moet ook een consultatieve psychiatrische dienst en polikliniek voor ziekenhuispsychiatrie hebben.	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking*
V6	**Continuïteit en externe ketenzorg** Een MPU heeft samenwerkingsafspraken met verwijzers en nazorginstanties binnen en buiten het ziekenhuis. Deze schriftelijke samenwerkingsafspraken behelzen: opname- en ontslagcriteria, aanmeldingsprocedure, verdeling van verantwoordelijkheid tussen verwijzende instelling, verwijzend medisch specialist en MPU-psychiater, terugplaatsingsafspraken en -garantie rond ontslag, structureel overleg en opschalen naar een hoger inhoudelijk en bestuurlijk verantwoordelijk niveau bij conflict of onduidelijkheid.	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking*
V7	**Verpleegkundige expertise en bezetting** De MPU beschikt over zowel somatische als psychiatrische verpleegkundige expertise. Verpleegkundigen zijn minimaal MBO-4 geschoold en per dienst zijn beide expertises aanwezig. De verpleegkundige bezettingsnorm is minimaal 1,0 fte per bed (zie circulaires Nederlandse Zorgautoriteit [2], Nederlandse Zorgautoriteit [3]).	*Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
V8	**Beschikbare niet-medische professionals** Op een MPU is het mogelijk minimaal de volgende professionals te betrekken bij de zorg voor de patiënt: activiteitenbegeleider, maatschappelijk werker, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist, logopedist en GZ-psycholoog.	*Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
V9	**Ruimtelijke voorzieningen** De ruimtelijke voorzieningen van de MPU maken zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk. Op de MPU zijn ruimtelijke voorzieningen aanwezig die zowel psychiatrische als somatische medisch-specialistische zorg mogelijk maken. Dit betekent dat ten minste de volgende ruimtelijke faciliteiten aanwezig moeten zijn: 1. Een of meerdere afzonderingsruimtes of faciliteiten voor veilige fixatie op bed of in stoel; 2. Een of meerdere eenpersoonskamers met voorzieningen voor zuurstoftoediening, infusen en totale bedverpleging; 3. Een bereidingsruimte voor medicatie, waarin volgens de huidige richtlijnen o.a. intraveneuze medicatie kan worden voorbereid; 4. Voldoende opslagruimte voor verpleegkundige materialen benodigd bij de somatische zorg.	*Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
V10	**Beschikbaarheid elektroconvulsieve therapie (ECT)** ECT is voor patiënten op de MPU 24/7 drempelloos en snel beschikbaar. Dit kan door in het eigen ziekenhuis een ECT-faciliteit ter beschikking te hebben, of door daarover met andere MPU's bindende afspraken te hebben vastgelegd over het gebruik van de ECT-faciliteit in geval van een spoedindicatie.	*Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*

	PROCESINDICATOREN *Overstijgende procesindicatoren*	
P1	**Shared decision making** Shared decision making wordt geïmplementeerd in alle ziekenhuispsychiatrische. Bespreking van voortgang binnen het team van zorgverleners vindt tenminste eenmaal per jaar plaats.	*Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars*
P2*	**Patiënttevredenheid** Bij afsluiting van de zorg wordt (schriftelijk) naar de patiënttevredenheid gevraagd. Verbeterpunten worden ten minste jaarlijks besproken binnen het team van behandelaars. Aan de hand van het haalbaarheidsonderzoek en landelijke ervaringen met *routine outcome monitoring* is deze indicator genormeerd op 50% van de behandeltrajecten en is de setting consultatieve psychiatrie uitgesloten van routinematige metingen. Er zijn verschillende manieren om naar patiënttevredenheid te vragen, waarbij de CQ-index een veelgebruikt instrument is. De keuze van het instrument staat de ziekenhuizen vrij, maar het gebruikte instrument moet ten minste een combinatie van kwantitatieve (bijvoorbeeld: ken een cijfer toe) en kwalitatieve evaluatie (bijvoorbeeld: wat vond u goed aan de zorg, wat kan verbeterd worden) bevatten.	*Gezamenlijke regievoering door patiënt en behandelaars*
*Nota bene: het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz bezig is met het ontwikkelen van overstijgende kwaliteitsindicatoren op het gebied van patiëntervaringen. Dit kan leiden tot het vervangen van procesindicator P2 [4].		

	Procesindicatoren specifiek voor consultatieve psychiatrie en spoedeisende hulp (SEH)	
P3	**Tijdigheid consulten op de spoedeisende hulp (SEH)** Consulten op de SEH worden binnen 30 minuten verricht, gemeten vanaf het moment van oproep tot komst van de a(n)ios psychiatrie of psychiater. Dit is het geval in 85% van de consulten. Het betreft urgentiegraden 1 en 2 uit de Generieke module Acute psychiatrie [5].	*Vroege opsporing en tijdige zorgverlening; Goede samenwerking; Continuïteit en ketenzorg; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
P4	**Tijdigheid reguliere consulten** Reguliere consulten worden op werkdagen binnen 24 uur na aanvraag verricht, gemeten van het moment van aanvraag tot het noteren van conclusie en beleid in het dossier. Dit is het geval in 85% van de consulten. De norm is gebaseerd op het haalbaarheidsonderzoek. N.B. Bij een regulier consult is geen sprake van spoed, zoals wordt vastgesteld door de consulterend psychiater, eventueel na overleg met de consultvrager.	*Vroege opsporing en tijdige zorgverlening; Goede samenwerking; Continuïteit en ketenzorg; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*
	Procesindicator specifiek voor Medisch Psychiatrische Units	
P5	**Tijdigheid MPU-opnames** De wachttijd van indicatiestelling tot spoedopname op de Medisch Psychiatrische Unit is maximaal 24 uur. Dit is het geval in 85% van de spoedaanmeldingen. Of het spoed betreft, is ter inschatting aan de opnemend psychiater.	*Vroege opsporing en tijdige zorgverlening; Bereikbaarheid en beschikbaarheid van behandelfaciliteiten*

	UITKOMSTINDICATOREN *Generieke uitkomstindicatoren*	
U1	**Verschilscore kwaliteit van leven** De EQ-5D-5L wordt aan het begin en eind van een behandeltraject afgenomen. De verschilscore wordt gemeten bij 50% van de behandeltrajecten op polikliniek, dagbehandeling en Medisch Psychiatrische Unit. Binnen de consultatieve psychiatrie is het gebruik van deze indicator in het haalbaarheidsonderzoek niet haalbaar gebleken.	*Zelfstandig functioneren en kwaliteit van leven*
U2	**Verwijzerstevredenheid** Jaarlijkse steekproef van de verwijzerstevredenheid met betrekking tot alle nieuwe patiënten in een periode van een kalendermaand. "In relatie tot de zorg voor deze patiënt, hoe beoordeelt u de zorg door onze afdeling? (0-10 schaal)? Wat vond u goed aan de zorg door onze afdeling? Wat kan er verbeterd worden?"	*Continuïteit en ketenzorg; Goede samenwerking*

*Nota bene: Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz werkt op dit moment aan een generieke set kwaliteitsindicatoren [4]. De werkgroep heeft bij de ontwikkeling van deze generieke module nadrukkelijk voor een generieke uitkomstmaat (U1, de EQ-5D-5L) gekozen en niet voor symptoom- of ziektespecifieke maten. Belangrijkste argument hiervoor is de heterogeniteit aan (combinaties van) aandoeningen binnen de patiëntenzorg waarop deze module van toepassing is. De EQ-5D-5L kan in de ogen van de werkgroep dus alleen worden vervangen door een instrument met eenzelfde (generieke) grondslag.

BIJLAGE 4

Criteria voor TOPGGz-keurmerk
Geldig van 1 januari 2019 t/m 31 december 2022

Algemeen

Om het TOPGGz keurmerk te verwerven, vindt een beoordeling plaats van de afdeling (verder omschreven als 'de te visiteren eenheid') die minstens drie jaar gespecialiseerd is in een specifieke patiëntengroep. Er is sprake van team met een duidelijke visie op haar specialisatie en op hoogspecialistische functies. De te visiteren eenheid moet een herkenbare organisatorische eenheid zijn en heeft een op continuïteit gerichte omvang die voldoende is voor uitvoering van alle topklinische functies. De te visiteren eenheid kan ook een zorgprogramma, zorgpad of formeel netwerk zijn rondom een specifieke en duidelijk te beschrijven patiëntengroep. Er moet aantoonbaar sprake zijn van integratie van hoogspecialistische patiëntenzorg, innovatie, patiëntgebonden onderzoek en kennisoverdracht. Er wordt getoetst of de te visiteren eenheid voldoet aan de TOPGGz-criteria. Tevens wordt beoordeeld of alle hoogspecialistische functies van de te visiteren eenheid voldoende geborgd zijn voor minimaal 4 jaar, de looptijd van het keurmerk.

Het keurmerk kan toegekend worden aan afdelingen van ggz-instellingen, afdelingen psychiatrie van UMC's of algemene ziekenhuizen en aan netwerken waarin verschillende zorgaanbieders structureel samenwerken. Het keurmerk wordt verkregen voor een periode van 4 jaar. Daarna vindt standaard hervisitatie plaats.

Beoordeling van de te visiteren eenheid

Om het TOPGGz-keurmerk te verkrijgen moet worden voldaan aan alle criteria. Per criterium worden eisen gesteld aan de onderbouwing. De beoordeling is gebaseerd op 14 criteria met betrekking tot de volgende aandachtsgebieden:

- hoogspecialistische patiëntenzorg
- onderzoek, ontwikkeling en innovatie
- opleiding en kennisverspreiding
- commitment op lange termijn van de raad van bestuur

Toelichting:
De Raad van Bestuur waar de te visiteren eenheid formeel aan rapporteert is verantwoordelijk voor het commitment aan de te visiteren eenheid. Hierover zal ook worden gesproken tijdens de visitatie.

Wijzigingen en herstelbeleid

Na het behalen van het keurmerk is de te visiteren eenheid verplicht relevante wijzigingen die mogelijk van negatieve invloed zijn op het blijven voldoen aan de criteria en het daarop ingezette herstelbeleid **binnen een maand** te melden aan de visitatiecommissie via een mail aan visitatiecommissie@topggz.nl.

Relevante wijzigingen zijn bijvoorbeeld het (gedeeltelijk) vertrek van het boegbeeld, senior onderzoekers of hoogleraar, het (voortijdig) stoppen van een promotie of het wegvallen van de opleidingsplaats van de artikel 14 BIG beroepen. Het ingezette herstelbeleid moet er toe leiden dat de afdeling nog steeds aan de criteria voldoet, c.q. binnen uiterlijk 6 maanden weer zal voldoen. De visitatiecommissie beoordeelt op grond van het ingediende herstelbeleid conform de procedure of een tussentijdse hervisitatie noodzakelijk is (zie verder procedure 2019-2022).

Criteria TOPGGz 2019-2022

Criterium 1. De te visiteren eenheid

Het is duidelijk wat de contouren van de te visiteren eenheid zijn en in welke patiëntengroep zij is gespecialiseerd. Er is binnen de te visiteren eenheid aantoonbaar sprake van integratie van hoogspecialistische patientenzorg, innovatie, patiëntgebonden onderzoek en kennisoverdracht. De te visiteren eenheid heeft een op continuïteit gerichte omvang die voldoende is voor uitvoering van alle topklinische functies. De te visiteren eenheid kan ook een zorgprogramma, zorgpad of formeel netwerk zijn.

Vereiste onderbouwing:
Onderbouw dit met een beschrijving of overzicht van:

a. De doelgroep waarin de te visiteren eenheid is gespecialiseerd: diagnose(s), leeftijdsgroepen (kinderen, jongeren, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen) en eventuele andere kenmerken.
b. Het totaal aantal patiënten dat de te visiteren eenheid jaarlijks behandelt.
c. Alle locaties die onderdeel zijn van de te visiteren eenheid en die daadwerkelijk een bijdrage leveren aan de topklinische functies; geef aan wat de omvang en zorgfuncties zijn (poliklinisch, deeltijdbehandeling, klinisch open en gesloten, thuisbehandeling, crisisopvang) .
d. Het hoogspecialistische zorgaanbod (diagnostiek en behandeling) en waarin dit zich onderscheidt van specialistische ggz.
e. De aansturing van de te visiteren eenheid en de positionering ervan in de (moeder) organisatie (met een organigram van zowel de instelling als de te visiteren eenheid, inclusief de namen van het management).
f. De positionering van de te visiteren eenheid binnen de regionale en landelijke zorgketen rondom de betreffende patiëntengroep.
g. Alle zorginhoudelijke medewerkers die werkzaam zijn voor de te visiteren eenheid, inclusief de academische staf (naam, discipline, functie en % fte).

Criterium 2. Patiëntenpopulatie

Bij minstens 50% van de patiënten van de te visiteren eenheid waarvan de behandeling het afgelopen jaar gestart is, is sprake van een hoogspecialistische zorgvraag. Het betreft patiënten met ernstige, complexe en/of zeldzame aandoening(en), die onvoldoende baat hadden of naar verwachting zullen hebben bij een behandeling conform de professionele standaard in de specialistische ggz en die naar verwachting zullen profiteren van hoogspecialistische ggz.

Vereiste onderbouwing:

a. Geef aan welke criteria de te visiteren eenheid hanteert om te bepalen of de patiënt een hoogspecialistische zorgvraag heeft en in aanmerking komt voor het hoogspecialistische zorgaanbod van de te visiteren eenheid (bij voorkeur met behulp van een wetenschappelijk gevalideerd besluitvormingsinstrument, zoals een decision tool).
b. Geef het percentage patiënten aan met een hoogspecialistische zorgvraag (conform de criteria van 2a) in verhouding tot het totaal aantal patiënten waarvan de behandeling het afgelopen jaar is gestart bij de te visiteren eenheid. Dit moet minimaal 50% zijn. Maak een berekening op basis van gegevens over minimaal 1 kwartaal uit het jaar voorafgaand aan de visitatie.
c. Geef aan welke uitstroomcriteria de te visiteren eenheid gebruikt om de behandeling te beëindigen (zoals in remissie, behandeldoel bereikt, indicatie voor begeleiding, geen of een andere (hoogspecialistische) zorgvraag meer).

Criterium 3. Consultatie & advies en second opinions

De te visiteren eenheid verricht systematisch hoogspecialistische 'consultatie & advies' en 'second opinions'. De te visiteren eenheid heeft hierin aantoonbaar ook een bovenregionale taak.
Onder hoogspecialistische consultatie & advies verstaan we intercollegiaal overleg over (een) individuele patiënt(en) met een behandelaar of een behandelteam in de gespecialiseerde ggz of een daarmee vergelijkbare behandelsetting buiten de eigen eenheid, waarbij de patiënt(en) niet zelf gezien word(t)(en).
Onder second opinions verstaan we een herbeoordeling van een zorgvraag/diagnose of behandeladvies waarbij de patiënt zelf gezien wordt. Deze herbeoordeling kan plaatsvinden op verzoek van een patiënt of diens behandelaar.

Vereiste onderbouwing:

a. Beschrijf welke hoogspecialistische consultatie & advies activiteiten worden aangeboden, wie aanvragers van consultatie & advies zijn en welke professional(s) van de te visiteren eenheid deze consultaties uitvoeren. Het kan hierbij gaan om structurele en/of incidentele vormen (mondeling, schriftelijk, per mail of telefonisch). Geef een schatting van het totaal aantal consultaties en adviezen over minimaal een kwartaal uit het jaar voorafgaand aan de visitatie en geef een schatting van het aandeel van

de bovenregionale consultatie & adviesvragen. Geef een voorbeeld van een typische consultatie & adviesvraag die aan de te visiteren eenheid gesteld wordt en beschrijf wat de consultvrager en de patiënt hieraan zouden kunnen hebben.

b. Beschrijf hoe een second opinion wordt uitgevoerd, wie aanvragers van een second opinion zijn en door welke professional(s) van de te visiteren eenheid deze worden uitgevoerd. Geef een schatting van het aantal second opinions over minimaal een kwartaal uit het jaar voorafgaand aan de visitatie en geef een schatting van het aandeel van de bovenregionale second opinions. Geef een voorbeeld van een typisch verzoek voor een second opinion die aan de te visiteren eenheid gesteld wordt en beschrijf wat de consultvrager en de patiënt hieraan zouden kunnen hebben.

Criterium 4. Boegbeeld

De te visiteren eenheid heeft minimaal één en bij voorkeur meerdere 'boegbeelden'. Hiermee wordt een behandelaar bedoeld die (inter)nationaal erkend wordt binnen de ggz als autoriteit op het gebied van de betreffende patiëntengroep en die uitgebreide en jarenlange expertise heeft in de diagnostiek en behandeling van de specifieke doelgroep van de te visiteren eenheid.

Vereiste onderbouwing:
Een boegbeeld is minimaal twee dagen per week aan de te visiteren eenheid verbonden en daadwerkelijk betrokken bij de patiëntenzorg en het beleid van de te visiteren eenheid. Van boegbeelden wordt verwacht dat zij directe patiëntenzorg verrichten en bij consultaties en second opinions betrokken zijn. Per boegbeeld moet duidelijk worden gemaakt op welk (deel)terrein deze boegbeeld is. Onderbouw of iemand een boegbeeld is met een CV. Uit het cv wordt duidelijk dat behandelaar in kwestie geldt als autoriteit voor de betreffende doelgroep. Een boegbeeld verricht minimaal 16 uur klinische zorg. Het kan ook gaan om twee boegbeelden die samen minimaal 16 uur klinische zorg doen, waarbij elk boegbeeld wel minimaal 16 uur aan de afdeling verbonden is.

Criterium 5. Innovaties

De te visiteren eenheid biedt minimaal twee innovaties aan op het gebied van diagnostiek en/of behandeling. Innovaties kunnen ook betrekking hebben op (terugval)preventie, (vroeg)diagnostiek, risicotaxatie en zelfmanagement. Alle opgevoerde innovaties worden aantoonbaar onderzocht op effectiviteit.

Vereiste onderbouwing:
Beschrijf per innovatie op welke doelgroep de innovatie zich richt, waaruit de innovatie bestaat, wat het innovatieve karakter is voor patiënten, waarin het zich onderscheidt van reguliere zorg en met welk design de innovatie wordt onderzocht op effectiviteit.

NB Hier kan verwezen worden naar onderzoek dat bij criterium 9 wordt opgevoerd.

Criterium 6. Effectmeting

De te visiteren eenheid past aantoonbaar systematische periodieke effect-evaluaties toe om inzicht te verkrijgen in de behandelresultaten. De resultaten worden aantoonbaar gebruikt bij de evaluatie van de individuele behandeling én bij de evaluatie van het zorgaanbod van de te visiteren eenheid.

Vereiste onderbouwing:

a. Geef aan welke meetinstrumenten worden gebruikt om effecten in kaart te brengen en wanneer de meetmomenten zijn.
b. Beschrijf op welke wijze de uitkomsten van effectmetingen worden gebruikt bij de evaluatie - bij voorkeur met de patiënt - van zijn/haar individuele behandeling .
c. Beschrijf de resultaten van het zorgaanbod van de te visiteren eenheid op basis van data op groepsniveau.
d. Beschrijf hoe de te visiteren eenheid inzicht krijgt in de waardering van de zorg door patiënten (en/of hun naasten) en wat de uitkomsten daarvan zijn.
e. Beschrijf hoe de uitkomsten van effectmetingen worden gebruikt bij de evaluatie van het zorgaanbod van de te visiteren eenheid en welke aanpassingen/bijstellingen op basis daarvan gedaan zijn. Geef hiervan een concreet voorbeeld.

NB Afdelingen zijn vrij hoe zij de resultaten beschrijven. Voor de afdelingsinformatie op de TOPGGz-website werken we met een sjabloon dat ook gebruikt kan worden voor de onderbouwing van 6c en 6d.

Criterium 7. Senior onderzoekers

Er zijn minimaal twee gepromoveerde onderzoekers (verder te noemen senior onderzoekers) werkzaam op de te visiteren eenheid. Zij zijn betrokken bij, dan wel verantwoordelijk voor de inhoud en continuïteit van het onderzoeksbeleid van de te visiteren eenheid.

Vereiste onderbouwing:

Alle senior onderzoekers zijn gepromoveerd of hebben een daarmee aantoonbaar vergelijkbaar niveau. Onderbouw dit met CV's van de senior onderzoekers met daarin vermeld hoeveel uur per week zij bij de te visiteren eenheid werkzaam zijn en voor hoeveel uur zij daadwerkelijk onderzoek doen, dan wel betrokken zijn bij onderzoek op de te visiteren eenheid. Eén senior onderzoeker is ten minste drie dagen per week bij de te visiteren eenheid werkzaam en betrokken bij de directe patiëntenzorg. Een tweede senior onderzoeker is voor minimaal één dag in de week werkzaam bij de te visiteren eenheid en kan ook uitsluitend onderzoeker zijn.

Criterium 8. Universitaire inbedding

Er is minimaal één hoogleraar verbonden aan de te visiteren eenheid die aantoonbaar een betekenisvolle bijdrage levert aan de topklinische taken (hoogspecialistische patiëntenzorg, innovatie, patiëntgebonden onderzoek en/of kennisoverdracht). Er is minimaal één formeel samenwerkingsverband met een universiteit en/of UMC waarvan zowel de te visiteren eenheid als universiteit en/of UMC aantoonbaar profiteert.

Vereiste onderbouwing:

a. Licht toe hoe de hooglera(a)r(en) een betekenisvolle bijdrage lever(t)(en) aan de topklinische functies van de te visiteren eenheid en geef aan voor hoeveel uur de hooglera(a)r(en) aan de te visiteren eenheid verbonden is/zijn.
b. Licht toe hoe de te visiteren eenheid en de universiteit en/of het UMC wederzijds profiteren van de samenwerking en voeg de formele samenwerkingsovereenkomst(en) toe. Het kan hierbij gaan om andere universiteiten / UMC's dan waaraan de hoogleraar verbonden is.

Criterium 9. Patiëntgebonden onderzoek

De te visiteren eenheid doet structureel patiëntgebonden onderzoek. Dit onderzoek heeft betrekking op de kwaliteit, effectiviteit en/of efficiëncy van (terugval)preventie, (vroeg)diagnostiek en (innovatieve) behandeling van de doelgroep waarin de te visiteren eenheid is gespecialiseerd en waaraan patiënten van de te visiteren eenheid deelnemen.

Vereiste onderbouwing:

Er is sprake van een onderzoekstraditie van minimaal drie jaar voorafgaand aan de visitatie. Er lopen steeds minimaal twee onderzoeken, waarvan er minstens één een promotieonderzoek is. Het opgevoerde onderzoek hangt samen met de patiëntengroep waarin de te visiteren eenheid is gespecialiseerd.
Onderbouw dit met een overzicht van de lopende onderzoeken over de afgelopen drie jaar (titel, onderwerp, namen van de uitvoerende onderzoekers, startdatum van het onderzoek, fase waarin het onderzoek verkeert). Geef aan welke van de beschreven onderzoeken een promotieonderzoek is, vermeld wie de (co)promotoren zijn. Geef aan op welke wijze de promovendus bij de afdeling betrokken is.

Criterium 10. Wetenschappelijke publicaties

Er zijn in de afgelopen drie jaar minimaal vijf wetenschappelijke publicaties verschenen in 'peer reviewed' wetenschappelijke tijdschriften, waarvan minimaal één in een internationaal tijdschrift. De publicaties gaan expliciet over de topklinische functies en de patiëntengroep waarin de te visiteren eenheid is gespecialiseerd en hangen samen met onderzoek dat op de te visiteren eenheid heeft plaatsgevonden.

Vereiste onderbouwing:
Onderbouw dit met een overzicht van minimaal 5 wetenschappelijke publicaties die de afgelopen drie jaar voorafgaand aan de visitatie verschenen zijn. Vermeld daarbij de auteurs, de datum van publicatie, de titel, het tijdschrift en in welke van de volgende zoekmachines het betreffende tijdschrift is gerefereerd (Pubmed, Medline, PsycINFO, PsycLIT, Embase), bij voorkeur met een link naar het artikel. Minimaal één auteur moet verbonden zijn aan de te visiteren eenheid ten tijde van het schrijven van het artikel. Maak de naam van de auteur(s) die aan de te visiteren eenheid verbonden is/zijn vet.
Verder geldt dat:

- abstracts voor symposia niet als wetenschappelijke publicatie worden beschouwd
- publicaties eveneens kunnen worden goedgekeurd als deze niet in de genoemde medische zoekmachines voorkomen, maar wel in vergelijkbare zoekmachines (bijv. juridische), mits deze artikelen relevant zijn voor de patiëntengroep
- publicaties mogen ook betrekking hebben op voorbereidend laboratorium- of preklinisch onderzoek.

Criterium 11. Kennisoverdracht

Professionals van de te visiteren eenheid leveren een aantoonbare bijdrage aan de ontwikkeling van het vakgebied door kennisoverdracht over de patiëntengroep en het hoogspecialistische zorgaanbod waarin de eenheid gespecialiseerd is.

Vereiste onderbouwing:

a. Geef in een overzicht aan op welke gezaghebbende nationale en/of internationale congressen of symposia voordrachten gehouden zijn, die samenhangen met de betreffende patiëntengroep en het hoogspecialistische zorgaanbod, door professionals verbonden aan de te visiteren eenheid. Dit zijn in de afgelopen drie jaar minimaal drie voordrachten per jaar (lezingen, presentaties, posterpresentaties). Vermeld per jaar de belangrijkste drie voordrachten, de titel van het congres, titel van de voordracht en naam van de professional die de voordracht verzorgd heeft.
b. Beschrijf welke activiteiten professionals verbonden aan de te visiteren eenheid de afgelopen drie jaar hebben ondernomen om kennis over te dragen aan professionals buiten de eigen eenheid over de patiëntengroep en/of het hoogspecialistische zorgaanbod. Geef een aantal voorbeelden zoals bijdragen aan boeken, richtlijnontwikkeling, een zelf georganiseerd symposium, klinische lessen, trainingen, (gast)docentschap op art 14. opleidingen.

Criterium 12. Patiëntenparticipatie

De te visiteren eenheid betrekt aantoonbaar patiënten/ervaringsdeskundigen en/of hun vertegenwoordigers (naast betrokkenen en lokale, regionale of landelijke patiëntenverenigingen) bij de optimalisering en

co-creatie van de topklinische functies (hoogspecialistische patiëntenzorg, innovaties, patiëntgebonden onderzoek en/of kennisoverdracht). Beschrijf de wijze waarop dit wordt gedaan en geef aan wat hiervan de resultaten zijn.

Vereiste onderbouwing:
Geef een beschrijving van de activiteiten van de afgelopen drie jaar waarbij samengewerkt is met patiënten/ervaringsdeskundigen en/of hun vertegenwoordigers en hoe dat geleid heeft tot optimalisering van de hoogspecialistische functies. Dit kan betrekking hebben op:

- de organisatie van de zorg (denk aan ervaringsdeskundig personeel, patiëntgestuurde-informatievoorziening op de website, bijdragen aan activiteiten die patiëntenverenigingen organiseren waarvoor inhoudelijke expertise nodig is)
- het zorgaanbod (denk aan aanpassingen/bijstellingen van het behandelaanbod)
- onderzoek (denk aan mee beslissen over de onderzoekslijn of onderzoeksvragen of in onderzoek participeren)

Criterium 13. Opleidingsplaats voor art. 14 BIG beroepen

De te visiteren eenheid participeert in de opleiding van art. 14 BIG specialisten (psychiater, andere medisch specialist, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist) en heeft minimaal één opleidingsplaats beschikbaar voor een voor de te visiteren eenheid en patiëntengroep relevante art. 14 BIG discipline.

Vereiste onderbouwing:

a. Beschrijf op welke wijze de te visiteren eenheid participeert in de (verschillende) art. 14 BIG specialisten opleidingen. Denk hierbij aan erkenning als praktijkinstelling, erkenning als keuze-onderdeel van een art. 14 opleiding, beschikken over supervisors, beschikken over opleiders, verzorgen van (gast)lessen aan de betreffende opleiding.
b. Geef aan welk(e) art. 14 opleidingsplaats(en) beschikbaar is/zijn op de te visiteren eenheid en wat de daadwerkelijke bezetting daarvan is geweest de afgelopen drie jaar.

Criterium 14. Commitment Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur borgt de kwaliteit en continuïteit van de te visiteren eenheid nu en minimaal de komende 4 jaar (de geldigheidstermijn van het TOPGGz-keurmerk).

Vereiste onderbouwing:

a. De Raad van Bestuur beschrijft het zorginhoudelijk commitment aan de te visiteren eenheid.
b. De Raad van Bestuur beschrijft hoe de verschillende topklinische functies (hoogspecialistische patiëntenzorg, innovatie, patiëntgebonden onderzoek en kennisoverdracht) worden gefinancierd.

Zelfevaluatie en eindoordeel

Toelichting:
De te visiteren eenheid schrijft een korte zelfevaluatie en geeft hierbij aan wat haar sterke en zwakke kanten en ontwikkelpunten voor de komende vier jaar zijn.