

Patiënt met schizofrenie en verslaving gebaat bij meer samenhang in zorgaanbod

Geaggregeerde rapportage van het thematisch toezicht naar de zorg voor de schizophrene patiënt met middelenafhankelijkheid in 33 geïntegreerde GGZ-instellingen

Den Haag, juni 2009

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Schizofrenie en aan schizofrenie verwante psychotische stoornissen behoren tot de ernstigste en meest chronische psychiatrische ziekten. De schattingen van het aantal mensen dat in Nederland lijdt aan schizofrenie, lopen uiteen van 24.000 tot 160.000. Velen hebben op enig moment contact met de geestelijke gezondheidszorg, meer dan 5.000 patiënten worden klinisch behandeld en de kosten van de zorg voor deze groep patiënten zijn vergelijkbaar met de zorgkosten voor diabetes of hartfalen.

De lijdensdruk van patiënten met schizofrenie is hoog en de kans op terugval is aanzienlijk. Doorgaans betekent de ziekte een langdurige, vaak levenslange, afhankelijkheid van professionele zorg. Het lijden wordt niet alleen bepaald door de aandoening zelf, maar ook door de sociale consequenties.

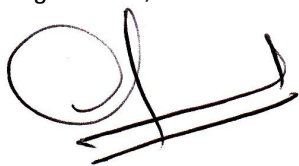
De kwetsbaarheid van deze groep patiënten wordt vergroot wanneer tevens sprake is van problematisch drugs- en alcoholgebruik. Het is bekend dat ongeveer 40 procent van de patiënten overmatig alcohol gebruikt en 20 procent regelmatig cannabis, soms leidend tot verslaving. De behandeling van schizofrenie vraagt een langdurige en intensieve multidisciplinaire inspanning, waarbij de patiëntveiligheid (onder andere middelengebruik, suïcidegevaar, somatische comorbiditeit, medicatieveiligheid) steeds aandacht behoeft.

Het *Meerjarenbeleidsplan 2008-2011* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), voor de GGZ uitgewerkt in de strategische visienota *Sterk van Geest* van 2008, omschrijft het toezicht stoornisgericht en met meer aandacht voor kwetsbare groepen. Tegen die achtergrond heeft de inspectie, in de periode van oktober tot en met december 2008, een thematisch toezichtonderzoek uitgevoerd naar de zorg voor de schizofrenie-patiënt met een verslavingsprobleem. Dit onderzoek is uitgevoerd bij alle 33 geïntegreerde GGZ-instellingen waar diverse zorgarrangementen (dag)klinisch, ambulante, poliklinisch, beschermende woonvorm, integraal worden aangeboden. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de meeste instellingen over het algemeen de schizofreniezorg goed hebben georganiseerd. Op het gebied van een effectief drugspreventiebeleid en een hulpaanbod dat de aanpak van drugsproblematiek integreert, is echter nog veel te winnen. Initiatieven die GGZ Nederland neemt om de drugsoverlast in de GGZ terug te dringen, kunnen hierbij stimulerend en sturend werken. Een andere belangrijke conclusie is dat weliswaar rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt, maar dat van systematische en geborgde patiëntgerichte zorg nog geen sprake is. Tevens laat de betrokkenheid van de familie bij de behandeling te wensen over, terwijl juist de afstemming en samenwerking tussen behandelaar, patiënt en familie de beste behandelresultaten geven. In het verlengde hiervan zijn eenduidige en daardoor vergelijkbare uitkomstmetingen onontbeerlijk. Veel instellingen zijn hiermee bezig en om dit verder te ondersteunen heeft het bestuur van GGZ Nederland in februari 2009 al het startsein gegeven voor het project Routine Outcome Measurement (ROM) GGZ.

Een goede ontwikkeling is dat bijna alle instellingen werken met een elektronisch patiëntendossier. Instellingen moeten zich echter inspannen de dossiers beter bij te houden en hierdoor beter te laten aansluiten bij de zorg.

De belangrijkste maatregelen die door de instellingen in samenwerking met beroeps-
groepen en GGZ Nederland moeten worden genomen, vloeien voort uit bovenstaande
resultaten. Zo zal het beleid om patiënten en familie meer bij de behandeling te
betrekken verder ontwikkeld moeten worden en zal er vanuit het perspectief van
patiëntveiligheid meer aandacht besteed moeten worden aan comorbiditeit en suïcide-
preventie. Tevens zullen de instellingen zorg moeten gaan dragen voor een betere
verslaglegging. In algemene zin zullen de instellingen meer nadruk moeten leggen op
een samenhangend zorgaanbod voor deze doelgroep. Daarnaast is voor elke instelling
een risicogestuurd handavingsplan vastgesteld. 26 instellingen hebben de zorg
zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat patiënten nauwelijks een risico lopen op
onverantwoorde zorg. De inspectie zal bij deze instellingen in 2010 toetsen welke
verdere verbeteringen in de zorg zijn doorgevoerd. Patiënten in zes instellingen lopen
een verhoogd risico op onverantwoorde zorg. Deze instellingen hebben een plan van
aanpak gemaakt om de zorg te verbeteren en de uitvoering van dit plan wordt in 2010
door de inspectie getoetst. Eén instelling levert zorg waarbij patiënten een hoog tot
zeer hoog risico lopen op onverantwoorde zorg. Direct na het vaststellen van het
instellingsrapport is bij deze instelling geïntensiveerd toezicht ingesteld.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Prof. dr. G. van der Wal

Den Haag, juni 2009

Samenvatting

Schizofrenie en aan schizofrenie verwante psychotische stoornissen behoren tot de ernstigste en meest chronische psychiatrische ziekten. De aandoening begint meestal tijdens de adolescentie of de jongvolwassenheid. Het lijden wordt niet alleen bepaald door de aandoening zelf, maar ook door de sociale consequenties. Doorgaans betekent de ziekte dat men langdurig, vaak levenslang, afhankelijk is van professionele zorg. Doordat de stoornis meestal op jeugdige leeftijd begint, is vaak sprake van een gebroken carrièreperspectief met het risico van een lange, soms blijvende arbeidsongeschiktheid. Mensen met schizofrenie zijn kwetsbaar. De stoornis tast de kwaliteit van leven in ernstige mate aan, de lijdensdruk is hoog en de kans op terugval wordt geschat op 70 procent. Deze kwetsbaarheid wordt vergroot wanneer tevens sprake is van de afhankelijkheid van middelen. Zo gebruikt ongeveer 40 procent van de patiënten overmatig alcohol, 20 procent gebruikt cannabis en 7 procent gebruikt cocaïne. De behandeling van schizofrenie vraagt een langdurige en intensieve multidisciplinaire inspanning, waarbij de patiëntveiligheid (onder andere middelengebruik, suïcidegevaar, somatische comorbiditeit, medicatieveiligheid) steeds aandacht behoeft. De behandeling moet worden gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie die in 2005 verscheen. Het is een richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling en de richtlijn is algemeen geaccepteerd als veldnorm. De toepassing en de implementatie van werkzame interventies komen echter in de dagelijkse praktijk soms moeizaam van de grond. De inspectie heeft thematisch toezichtonderzoek naar de zorg voor de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van drugs en/of alcohol uitgevoerd met als doel het stimuleren van een resultaatgerichte, *evidence-based* of *state of the art* werkwijze en het onder de aandacht brengen van goede praktijkvoorbeelden, en daarnaast ook het instellen van een handhavingstraject indien instellingen onvoldoende kwaliteit (op onderdelen) van zorg leveren. Om dit doel te bereiken zijn alle 33 geïntegreerde GGZ-instellingen bezocht. Het onderzoek bestond uit een dossieronderzoek en een toezichtbezoek waarbij is gesproken met de Raad van Bestuur, behandelaren, patiënten en familieleden.

De vraagstelling voor het onderzoek is in hoeverre de zorgverlening aan patiënten met een schizofrene stoornis, waarbij tevens sprake is van middelenaafhankelijkheid, gebaseerd is op de aanbevelingen en handelingsinstructies van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en/of andere *evidence-based* inzichten en welke resultaten hiermee worden geboekt op het gebied van de diagnostiek, zorgorganisatie en farmacotherapie.

Uit de bevindingen blijkt dat de schizofreniezorg bij de meeste instellingen over het algemeen van voldoende kwaliteit is en is grotendeels gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Dit geldt in het bijzonder voor de diagnostiek, de zorgorganisatie en de farmacotherapie. Indien echter tevens sprake is van drugsproblemen heeft slechts een beperkt aantal instellingen een geformaliseerde visie op drugsgebruik die beschrijft hoe binnen de behandeling hiermee moet worden omgegaan en op welke wijze behandeldoelen moeten worden gesteld. Ook ontbreekt het vaak aan beleid om drugsoverlast en drugsgebruik binnen de instelling of op het terrein van de instelling systematisch terug te dringen. Een andere belangrijke conclusie is dat beleid om patiënten en familie bij de behandeling te betrekken onvoldoende wordt toegepast en dan ook onvoldoende herkenbaar is in de praktijk. Dit is opmerkelijk omdat in het algemeen kan worden gesteld dat de beste behandelresultaten worden geboekt als de patiënt wordt betrokken bij zijn of haar behandeling, indien hierbij rekening wordt

gehouden met de wensen van de patiënt en, indien dit mogelijk en gewenst is, afstemming plaatsvindt met familieleden of andere belangrijke personen uit het leven van de patiënt. Op het gebied van de patiëntveiligheid blijkt dat in onvoldoende mate systematische taxatie van het suïciderisico plaatsvindt en dat meer aandacht nodig is voor het voorkomen van het metaboolsyndroom en bewegingsstoornissen, die vooral het gevolg zijn van psychofarmacagebruik en een inactieve levensstijl. Tenslotte laat de kwaliteit van de dossiervoering te wensen over en is hetgeen in de dossiers is opgenomen veelal een onvoldoende weergave van hetgeen in de praktijk plaatsvindt. De belangrijkste maatregelen die de instellingen vóór 2010 in samenspraak met GGZ Nederland moeten nemen, hebben dan ook betrekking op het verder ontwikkelen van beleid om patiënten en familie meer bij de behandeling te betrekken en, vanuit het perspectief van patiëntveiligheid, op meer aandacht voor comorbiditeit en suïcidepreventie. Vóór 2011 moeten instellingen meer nadruk leggen op integrale zorg voor deze doelgroep, gebaseerd op een eenduidige visie op verslaving als comorbiditeit en zorg dragen voor een betere verslaglegging.

Voor elke instelling is een risicogestuurd instellingsspecifiek handavingsplan opgesteld. 26 instellingen hebben de zorg zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat patiënten nauwelijks een risico lopen op onverantwoorde zorg. De inspectie zal bij deze instellingen in 2010 toetsen welke verdere verbeteringen in de zorg zijn doorgevoerd. Patiënten in zes instellingen lopen een verhoogd risico op onverantwoorde zorg. Deze instellingen hebben een plan van aanpak gemaakt om de zorg te verbeteren en de uitvoering van dit plan wordt in 2010 door de inspectie getoetst. Eén instelling levert zorg waarbij patiënten een hoog tot zeer hoog risico lopen op onverantwoorde zorg. Direct na het vaststellen van het instellingsrapport is bij deze instelling geïntensiveerd toezicht ingesteld.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5

1 Inleiding 9

2 Conclusies 13

- 2.1 Schizofreniezorg over het algemeen van voldoende kwaliteit en grotendeels gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2005 13
- 2.2 Aanbod voor behandeling van verslavingsproblemen ontbeert vaak visie 13
- 2.3 Drugspreventiebeleid kan beter 13
- 2.4 Kwaliteit van dossiervoering laat te wensen over en is veelal een onvoldoende weergave van de praktijk 14
- 2.5 Te weinig aandacht voor wens van patiënt en betrokkenheid van familieleden 14
- 2.6 Onvoldoende systematische taxatie van suïciderisico 14
- 2.7 Meer aandacht nodig voor metaboolsyndroom en bewegingsstoornissen 15
- 2.8 Nog niet alle instellingen meten behandeluitkomsten 15

3 Handhaving 16

- 3.1 Aanbevelingen 16
- 3.2 Maatregelen 17
- 3.3 Acties inspectie 17

4 Resultaten 19

- 4.1 Resultaten dossieronderzoek 19
 - 4.1.1 Cannabis- en alcoholgebruik op de voorgrond 19
 - 4.1.2 Diagnostiek op orde, vastleggen gegevens over lichamelijk onderzoek slechts in kwart van de dossiers 20
 - 4.1.3 Behandelplannen aanwezig, informatie over betrokkenheid familie, risicotaxatie suïcide en vastleggen van signalerings- en begeleidingsplannen meestal afwezig 20
 - 4.1.4 Meestal geen informatie over metaboolsyndroom en bewegingsstoornissen in (medicatie)dossier 21
 - 4.1.5 Elektronisch patiëntendossier in de meeste instellingen, gebruik echter niet systematisch 21
- 4.2 Resultaten toezichtbezoeken 22
 - 4.2.1 Bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid 22
 - 4.2.2 Diagnostiek en behandelplan 23
 - 4.2.3 Zorgorganisatie 24
 - 4.2.4 Farmacotherapie 25
 - 4.2.5 Behandeluitkomsten 25
 - 4.2.6 Betrokkenheid familie 26

5 Beschouwing 27

6 Summary 29

Referenties 31

Bijlagen

1	Bezochte instellingen	33
2	Methodologische toelichting	34
3	Toetsingskader en toelichting scorekwalificaties	35
4	Handhavingstraject per instelling	44
5	Samenvatting resultaten toezichtbezoek	46

1 Inleiding

Aanleiding

De strategische visie *Sterk van Geest, naar herstel van regie* van het programma geestelijke gezondheidszorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschrijft het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg voor de jaren 2008–2011. In 2008 staat het toezicht op de zorg voor de schizofrene patiënt die kampt met afhankelijkheid van middelen (drugs en/of alcohol), centraal. Deze keuze is gebaseerd op de belangrijkste uitgangspunten van het *Meerjarenbeleidsplan 2008-2011* van de IGZ: zorg voor kwetsbare groepen, aandoeninggericht toezicht en patiëntveiligheid. Daarnaast is de keuze het gevolg van prioritering van de risico's binnen de GGZ. Patiënten met schizofrenie die tevens afhankelijk zijn van drugs en/of alcohol, lopen een groot risico op gezondheidsschade indien zij zorg ontvangen die van onvoldoende kwaliteit is.

Ter ondersteuning van de praktijkvoering van alle professionals die zijn betrokken bij de zorgverlening aan mensen met schizofrenie, zijn in 2005 aanbevelingen en handelingsinstructies geformuleerd die als 'multidisciplinaire richtlijn schizofrenie' zijn uitgebracht. [1] Het is een richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen patiënten met schizofrenie. De richtlijn is algemeen geaccepteerd als veldnorm en als zodanig bedoeld om in de gehele zorg voor schizofrene patiënten te worden geïmplementeerd. Daarnaast wordt in toenemende mate aandacht besteed aan een geïntegreerde behandeling voor (schizofrene) patiënten die tevens afhankelijk zijn van drugs. [2] De toepassing en de implementatie van werkzame interventies komen echter in de dagelijkse praktijk soms moeizaam van de grond. [3] Het risico op gezondheidsschade dat hierdoor niet is uit te sluiten, bepaalt mede de aanleiding voor en het belang van het toezicht.

Belang

Schizofrenie en aan schizofrenie verwante psychotische stoornissen behoren tot de ernstigste en meest chronische psychiatrische ziekten. De schattingen van het aantal mensen dat in Nederland lijdt aan schizofrenie, lopen uiteen van 24.000 (prevalentie van 0,015 procent) [4] tot 160.000 (prevalentie van 1 procent) [5]. Circa 5.400 patiënten met schizofrenie verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. [4] Uitgaande van demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal patiënten tot 2020 met bijna 8 procent zal stijgen. De kosten van de zorg voor deze groep patiënten wordt geraamd op ongeveer 500 miljoen euro per jaar, vergelijkbaar met de zorgkosten voor diabetes of hartfalen. [6]

Schizofrenie komt in verschillende vormen en gradaties voor en kenmerkt zich door psychotische perioden met symptomen als wanen, hallucinaties en verwardheid, en begeleidende verschijnselen als angst, depressie, achterdocht, opwinding, soms agressiviteit, soms verslaving aan alcohol en drugs en perioden van afwezigheid van ziektebesef en/of ziekte-inzicht. De psychotische perioden worden afgewisseld met remissieperioden waarin sprake kan zijn van enig, soms aanzienlijk, herstel, maar ook van het optreden van symptomen als apathie, vertraging, snelle mentale uitputting, bemoeilijkt denken en vervlakking van het gevoelsleven. Verder kunnen zich depressieve perioden voordoen. De aandoening begint meestal tijdens de adolescentie of de jongvolwassenheid. Het lijden wordt niet alleen bepaald door de aandoening zelf, maar ook door de sociale consequenties. Doorgaans betekent de ziekte dat men langdurig, vaak levenslang, afhankelijk is van professionele zorg. Door de jeugdige leeftijd is vaak

sprake van een gebroken carrièreperspectief met het risico van een lange, soms blijvende arbeidsongeschiktheid .[1]

Schizofrene patiënten zijn een kwetsbare groep. De stoornis tast de kwaliteit van leven in ernstige mate aan, de lijdensdruk is hoog en de kans op terugval is aanzienlijk (70 procent). [6] Deze kwetsbaarheid wordt vergroot wanneer tevens sprake is van de afhankelijkheid van middelen. Ongeveer 40 procent van de patiënten gebruikt overmatig alcohol, 20 procent gebruikt cannabis (ontlokt psychoses) en 7 procent gebruikt cocaïne. Daarbij rookt 75 procent van de patiënten. In algemene zin hoort middelenafhankelijkheid in de top 10 van aandoeningen met de grootste ziektelast. [7] Daarnaast is het voor patiënten een hele opgave om maatschappelijk zelfstandig te kunnen blijven functioneren.

De behandeling van schizofrenie vraagt een langdurige en intensieve multidisciplinaire inspanning, waarbij de patiëntveiligheid (onder andere middelengebruik, suïcidegevaar, somatische comorbiditeit, medicatieveiligheid) steeds aandacht behoeft. Zo wordt de prevalentie van suïcide geschat op 5 tot 10 procent [8, 9] en is de incidentie van suïcides twintig maal zo hoog als in de algemene populatie. [10]

Doelstelling

Om deze gezondheidsrisico's het hoofd te bieden, moet de schizofrene patiënt (die tevens afhankelijk is van middelen) een gerechtvaardigd vertrouwen kunnen hebben in verantwoorde zorg en een goede maatschappelijke participatie. De zorgaanbieder (instellingen en hulpverleners) is onder eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur primair verantwoordelijk voor de uitvoering en de kwaliteit van de zorg, waarbij zorgaanbieders bovendien intrinsiek gemotiveerd zijn om verantwoorde zorg te leveren. De IGZ draagt door onderzoek en handhaving bij aan de bescherming en de kwaliteit van behandeling van kwetsbare groepen. Het doel van het toezicht op de zorg voor de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen, is dan ook het stimuleren van een resultaatgerichte, *evidence-based* of *state of the art* werkwijze en het onder de aandacht brengen van goede praktijkvoorbeelden (*best practices*), en daarnaast ook het instellen van een handhavingstraject door de inspectie als instellingen onvoldoende kwaliteit (op onderdelen) van zorg leveren.

Vraagstelling

De vraagstelling voor dit toezichtproject is als volgt geformuleerd:

- Is de zorgverlening aan patiënten met een schizofrene stoornis, waarbij tevens sprake is van middelenafhankelijkheid, gebaseerd op de aanbevelingen en handelingsinstructies van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en/of andere evidence-based inzichten en welke resultaten worden hiermee geboekt op het gebied van de diagnostiek, zorgorganisatie en farmacotherapie?

En op basis van deze uitkomst:

- Bij welke (onderdelen van) zorgaanbieders is de zorg van zodanige kwaliteit dat de praktijkvoering kan worden aangemerkt als 'goed praktijk voorbeeld' (best practice)? Bij welke (onderdelen van) zorgaanbieders is de zorg zodanig onder de maat dat een handhavingstraject door de inspectie noodzakelijk is?

Onderzoeksmethode

De doelgroep voor dit onderzoek zijn patiënten met een schizofrene stoornis en als comorbiditeit een middelenafhankelijkheid. Middelenafhankelijkheid wordt gedefinieerd als overmatig gebruik van cannabis, cocaïne, heroïne, amfetamine, crack of alcohol, leidend tot afhankelijkheid of verslaving.

Het toezicht richt zich op patiënten die op het moment dat het toezicht wordt uitgevoerd zorg ontvangen van een geïntegreerde GGZ-instelling^[a], (kortdurende) klinische, of ambulante zorg krijgen, waarbij de diagnose schizofrenie is vastgesteld en naar het oordeel van de behandelaar sprake is van middelenafhankelijkheid.

Alle 33 geïntegreerde GGZ-instellingen die zorg leveren aan de doelgroep, zijn bezocht (zie bijlage 1 voor een overzicht van de instellingen en de bezochte locaties, in bijlage 2 wordt de toezichtmethodologie toegelicht). Het onderzoek bestond uit een dossieronderzoek en een toezichtbezoek.

Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek geeft uitsluitsel over de kwaliteit van de dossiervoering voor deze categorie patiënten van de betreffende instelling en van de kwaliteit van de dossiers in het algemeen. Conform de vraagstelling van het toezicht wordt aandacht besteed aan de diagnostiek, de zorgorganisatie en de farmacotherapie.

Toezichtbezoek

Door middel van het toezichtbezoek werd getoetst in hoeverre de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en andere op evidentie gebaseerde richtlijnen, en protocollen werden toegepast. Daarnaast wordt een beeld verkregen van het effect van de behandeling en de zorgverlening. De resultaten van het dossieronderzoek worden hierbij meegenomen.

Gesprekspartners voor het toezicht

Ten behoeve van het toezichtbezoek is gesproken met (een delegatie van) de Raad van Bestuur en de geneesheer-directeur/1e geneeskundige; patiënten met de diagnose schizofrenie en waarvan naar het oordeel van de behandelaar sprake is van middelenafhankelijkheid; behandelaren die verantwoordelijk zijn voor het opstellen van een behandelplan en/of voor de uitvoering van de behandeling bij de doelgroep; familieleden van patiënten.

De Raden van Bestuur van de GGZ-instellingen hebben separaat een rapport ontvangen met de resultaten van het thematisch toezichtonderzoek zoals uitgevoerd in hun instelling. Dit rapport is vastgesteld met inachtneming van het commentaar van de Raad van Bestuur op een conceptversie van het rapport. De vastgestelde rapporten worden tegelijk met dit geaggregeerde rapport gepubliceerd op www.igz.nl.

Op basis van de resultaten van het toezicht is per instelling een handhavingplan vastgesteld om de kwaliteit van zorg (verder) te verbeteren (zie hiervoor paragraaf 3.3).

Toetsingskader

Om tot een verantwoord oordeel te komen maakt de inspectie gebruik van een toetsingskader dat in het bijzonder een uitwerking is van de onderdelen diagnostiek, zorgorganisatie en farmacotherapie van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2005 [1] en de richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van dubbele diagnoseproblematiek [11]. Het toetsingskader bevat toetsingsnormen gebaseerd op indicatoren (zorgaspecten, interventies) waarvoor in meer of mindere mate bewijs is dat ze effectief zijn. Tevens zijn de toetsingsnormen gebaseerd op en aangevuld met aspecten uit de gezondheidswet- en regelgeving. Het gaat hierbij om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet bijzondere

[a] Een geïntegreerde GGZ-instelling is een instelling waar de diverse zorgarrangementen ((dag)klinisch, ambulant, poliklinisch, beschermende woonvorm) integraal worden aangeboden.

opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, in het bijzonder art. 63), de Geneesmiddelenwet, de Algemene wet bestuursrecht en de Gezondheidswet. Het toetsingskader, in het bijzonder de toetsingsnormen en de beoordelingscriteria voor het dossieronderzoek en het toezichtbezoek, zijn in samenwerking met het Trimbos-instituut ontwikkeld.

De inspectie heeft het toetsingskader ter beoordeling en voor commentaar voorgelegd aan een aantal externe deskundigen op het gebied van de schizofreniezorg, de verslavingszorg en de farmacotherapie. Op basis van hun commentaar is het toetsingsinstrument verder aangepast en verbeterd. Daarna is het toetsingsinstrument in een pilot-toezicht uitgeprobeerd.^[b] Dit heeft geleid tot een aantal verdere verbeteringen.

Het toezichtinstrument bevat drie toezichtonderwerpen voor het dossieronderzoek en zes onderwerpen voor het toezichtbezoek (zie bijlage 3 voor een uitwerking van de indicatoren per onderwerp).

Dossieronderzoek:

- 1 Diagnostiek
- 2 Behandelplan
- 3 Farmacotherapie.

Toezichtbezoek:

- 4 Bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid
- 5 Diagnostiek en behandelplan
- 6 Zorgorganisatie
- 7 Farmacotherapie
- 8 Behandeluitkomsten
- 9 Betrokkenheid familie

Generaliseerbaarheid van de resultaten

De inspectie hecht eraan op te merken dat het niet zeker is dat de onderdelen die binnen de 33 GGZ-instellingen zijn bezocht, representatief zijn voor de gehele instelling of voor de schizofreniezorg in zijn algemeenheid in Nederland. Deze - mogelijk selectieve - aanpak heeft onder andere te maken met de grootte van een aantal instellingen en met het gegeven dat een aantal instellingen recent is gefuseerd en nog geen gezamenlijke werkwijze heeft ontwikkeld met betrekking tot de schizofreniezorg. De resultaten en de conclusies van het onderzoek dienen dan ook tegen deze achtergrond te worden gelezen en te worden geïnterpreteerd.

[b] De pilot van het toezicht is uitgevoerd bij Mondriaan te Heerlen en Maastricht.

2 Conclusies

Centraal in dit toezichtproject staat de vraag of de zorgverlening aan patiënten met een schizofrene stoornis, waarbij tevens sprake is van middelenafhankelijkheid, is gebaseerd op de aanbevelingen en handelingsinstructies van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en/of andere evidence-based inzichten en welke resultaten hiermee worden geboekt op het gebied van de diagnostiek, zorgorganisatie en farmacotherapie. Op basis van de bevindingen uit het toezicht komt de inspectie tot de volgende conclusies.

2.1 Schizofreniezorg over het algemeen van voldoende kwaliteit en grotendeels gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2005

Van de 33 bezochte GGZ-instellingen leveren er 26 (79 procent) in algemene zin vrij consistent en systematisch integrale zorg aan schizofrene patiënten. Deze instellingen kenmerken zich in het algemeen door een Raad van Bestuur die haar zorgverantwoordelijkheid voor deze groep patiënten waarmaakt, waarbij een zorgprogramma richtinggevend is voor de behandeling, die vervolgens gebaseerd is op een voldoende informatief behandelplan. Tevens is het zorgaanbod ruim en veelal gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en hebben deze instellingen aandacht voor het systematisch meten van behandeluitkomsten.

Zeven instellingen daarentegen leveren zorg met een onvoldoende integraal aanbod. De zorg voor de schizofrene patiënt is maar beperkt afgestemd op de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Meestal ontbreekt het aan een herkenbare zorgverantwoordelijkheid zoals die door de Raad van Bestuur uitgevoerd zou moeten worden.

Ondanks dat de meeste instellingen over het algemeen zorg van voldoende kwaliteit leveren, laten de volgende conclusies zien dat de zorg voor de schizofrene patiënt met verslavingsproblemen in het bijzonder en de schizofreniezorg in algemene zin verder kunnen worden verbeterd.

2.2 Aanbod voor behandeling van verslavingsproblemen ontbeert vaak visie

De GGZ-instellingen maken in toenemende mate gebruik van behandelmethodieken om verslavingsgedrag van patiënten te veranderen, hetgeen in het verlengde ligt van de richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van dubbele diagnoseproblematiek. Het gaat in het bijzonder om motiverende gesprekstechnieken en cognitieve gedragstherapie, waarvan de werkzaamheid bekend is. Ook wordt steeds meer samengewerkt met instellingen voor verslavingszorg.

Slechts de helft van de instellingen heeft echter een geformaliseerde visie op drugsgebruik, die beschrijft hoe binnen de behandeling hiermee moet worden omgegaan en op welke wijze behandeldoelen moeten worden gesteld.

2.3 Drugspreventiebeleid kan beter

Slechts de helft van de instellingen heeft een beleid om drugsoverlast en drugsgebruik binnen de instelling of op het terrein van de instelling systematisch terug te dringen. De veiligheidsmaatregelen zijn tevens bedoeld om behandeling mogelijk te maken. Het

drugspreventiebeleid wordt op diverse manieren vormgegeven, hoewel instellingen in toenemende mate hierover onderling contact hebben en het beleid uniformeren vanuit de opvatting dat een effectieve behandeling tevens verantwoordelijkheid inhoudt voor de veiligheid van de patiënt.

2.4 Kwaliteit van dossiervoering laat te wensen over en is veelal een onvoldoende weergave van de praktijk

Bijna alle instellingen maken gebruik van een elektronisch patiëntendossier. Dat maakt dat het vastleggen van gegevens systematisch en eenduidig kan gebeuren. De kwaliteit van de dossiervoering is erg wisselend, niet alleen tussen de instellingen, maar ook binnen de instellingen. Tevens bestaat de indruk dat het al dan niet consequent bijhouden van de dossiers afhankelijk is van de betreffende behandelaar. Over het algemeen zijn wel basale zaken zoals de psychiatrische diagnostiek, behandelplannen en medicatieoverzichten in de dossiers aanwezig. Vaak is echter niet te traceren of en zo ja welke afspraken met de patiënt en zijn of haar familieleden zijn gemaakt over hun betrokkenheid bij de behandeling en hoe gehandeld moet worden bij een verslechtering van de toestand van de patiënt. Tevens ontbreekt veelal een systematische weergave van het resultaat van lichamelijke onderzoeken en het risico op suïcide.

2.5 Te weinig aandacht voor wens van patiënt en betrokkenheid van familieleden

In het algemeen kan worden gesteld dat de beste behandelresultaten worden geboekt als de patiënt wordt betrokken bij zijn of haar behandeling, indien hierbij rekening wordt gehouden met de wensen van de patiënt en, indien dit mogelijk en gewenst is, afstemming plaatsvindt met familieleden of andere belangrijke personen uit het leven van de patiënt. Beleid om patiënten en familie bij de behandeling te betrekken, wordt echter onvoldoende toegepast en is dan ook onvoldoende herkenbaar in de praktijk. Slechts vijftien instellingen (45 procent) hanteren een protocol waarin is aangegeven hoe de wensen en behoeften van de patiënt in het behandelplan worden vastgelegd en slechts drie instellingen hebben een dergelijk beleid voor de wensen en de betrokkenheid van familieleden bij de behandeling van de patiënt.

2.6 Onvoldoende systematische taxatie van suïciderisico

Een belangrijke risicofactor in de zorgverlening aan de schizofrene patiënt is het gevaar dat de patiënt zich van het leven berooft. De schattingen over het vóórkomen van suïcide in deze doelgroep lopen uiteen van 5 tot 10 procent. Drugsproblemen vormen hierbij een bijkomende risicoverhogende factor, vanwege toename van de impulsiviteit en mogelijke achteruitgang van de psychische toestand en meestal een neerwaartse sociale spiraal. Het is daarom van belang dat behandelaren systematisch en periodiek het risico op suïcide inschatten en dat met de patiënt en indien mogelijk en wenselijk met zijn of haar familieleden bespreekt. In sommige instellingen is een standaard item voor het vermelden van de mate van suïciderisico in het dossier opgenomen. Zonodig kan een behandelbeleid worden afgesproken om het risico zoveel mogelijk te verminderen. Het ontbreekt echter in 28 van de 33 instellingen aan beleid om periodiek en systematisch risicotaxatie met betrekking tot het suïcidegevaar uit te voeren en het risico te reduceren. Behandelaren schatten het suïciderisico veelal in op basis van vermoedens of signalen, terwijl internationale richtlijnen bestaan die voldoende aanwijzingen geven voor een kwalitatief goed beleid op het gebied van suïcidepreventie. [12]

2.7 Meer aandacht nodig voor metaboolsyndroom en bewegingsstoornissen

Het metaboolsyndroom verwijst naar een combinatie van stoornissen in het glucose- en vetmetabolisme, die leidt tot een drievoudig verhoogd risico op hart- en vaat-aandoeningen. Ongeveer de helft van de patiënten met schizofrenie heeft tenminste één lichamelijke aandoening en een verhoogde kans op het ontwikkelen van een metaboolsyndroom. De belangrijkste risicofactoren zijn een inactieve leefstijl, overgewicht, ongezonde eetgewoonten en de bijwerkingen van vooral de atypische (moderne) antipsychotica. Desondanks heeft maar iets meer dan de helft van de instellingen een geformaliseerd beleid om volgens een vast protocol te testen op het metaboolsyndroom.

Bewegingsstoornissen komen veel voor bij schizofrenie. Deze zijn in het bijzonder het gevolg van het gebruik van antipsychotica. Patiënten kunnen vreemde bewegingen maken en langdurig houdingen aannemen. Doordat patiënten de laatste decennia sneller behandeld worden, is dit zeldzamer geworden, maar het komt nog regelmatig voor. Slechts negen instellingen hebben beleid om patiënten systematisch te testen op het voorkomen van bewegingsstoornissen. In andere instellingen wordt vaak een ad hoc beleid gevoerd.

2.8 Nog niet alle instellingen meten behandeluitkomsten

Bijna alle instellingen meten in meer of mindere mate behandeluitkomsten. Vier instellingen doen dit echter niet of nauwelijks. De meeste aandacht gaat uit naar het meten van de patiëntenwaardering, hierna volgt de mate van sociaal functioneren. Minder aandacht krijgen de symptomatologie, de kwaliteit van leven en de zorgbehoefte. De beperkte aandacht voor zorgbehoeften is opmerkelijk omdat vooral patiënten die langdurig in zorg zijn, het in kaart brengen van deze behoeften belangrijker vinden dan het meten van bijvoorbeeld de psychopathologie. De minste aandacht gaat uit naar het meten van veranderingen in het verslavingsgedrag.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk presenteert de inspectie aanbevelingen voor de GGZ-instellingen, het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), GGZ Nederland en de verschillende betrokken beroepsgroepen om de noodzakelijke voorwaarden te creëren de zorg verder te verbeteren. Daarna volgen de door de GGZ-instellingen zo mogelijk in samenwerking met GGZ Nederland te treffen maatregelen om te bereiken dat de kwaliteit van de zorg voor de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen, zodanig wordt verbeterd dat deze meer patiëntgericht en doeltreffend is. Tot slot volgt een paragraaf over de acties die de inspectie onderneemt op basis van de uitkomst van het thematisch toezicht.

3.1 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de GGZ-instellingen, de belangrijkste beroepsgroepen en belangenverenigingen: GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), vakcommissie GGZ, het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en de koepel van patiënten- en familieorganisaties Landelijk Platform GGZ.

- 1 *Veldnormen verder ontwikkelen.* Het is van belang de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie die dateert uit 2005, te herzien op basis van het resultaat van de meest recente effectiviteitsstudies en systematische reviews. Daarnaast moet worden vastgesteld met welke frequentie de revisie van deze richtlijn moet gebeuren en wie dit, onder welke verantwoordelijkheid, uitvoert.
- 2 *Deskundigheidsbevordering.* De inspectie adviseert de beroepsgroepen een beleidsplan op te stellen dat voorziet in een programma van eisen voor deskundigheidsbevordering, c.q. kennis en vaardigheden die vereist zijn voor een gespecialiseerde multidisciplinaire uitvoering van psychiatrische, verpleegkundige, psychologische en sociaal-maatschappelijke zorg voor patiënten met schizofrenie, waarbij in het bijzonder aandacht is voor middelenafhankelijkheid. GGZ Nederland kan hierbij de rol van regievoerder op zich nemen. De NVvP kan stimuleren dat in de opleiding tot psychiater voldoende aandacht is voor de zorg voor patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn.
- 3 *Drugspreventiebeleid.* De inspectie adviseert GGZ Nederland het al ingezette beleid om een landelijke richtlijn om de drugsoverlast in de GGZ terug te dringen, verder uit te werken en te implementeren.
- 4 *Multicenter wetenschappelijk onderzoek.* De inspectie adviseert de beroepsgroepen samen met wetenschappelijke instituten een beleidsplan op te stellen dat voorziet in de totstandkoming van multicenter wetenschappelijk onderzoek, en dit beleidsplan aan te bieden aan het ministerie van VWS. De focus in het onderzoek ligt op de effectiviteit van interventies, vraagstellingen over patiëntgerichte, veilige en effectieve opvang, begeleiding en behandeling van patiënten met schizofrenie. Hiertoe behoort nadrukkelijk het aandachtsgebied van verslavingsproblematiek.

3.2 Maatregelen

Maatregelen voor zorginstellingen in samenwerking met GGZ Nederland

Zorginstellingen moeten de onderstaande maatregelen uitvoeren, waarbij geldt dat het beleid voor maatregel 1, 2 en 3 in ieder geval vóór januari 2010 is vastgesteld en vóór januari 2011 is geïmplementeerd. Voor maatregel 4,5 en 6 geldt dat het beleid vóór juli 2010 is vastgesteld en vóór juli 2011 is geïmplementeerd.

- 1 *Patiënten- en familiebetrokkenheid.* Alle GGZ-instellingen moeten beleid ontwikkelen, of verder ontwikkelen, om patiënten en hun familieleden meer bij de behandeling te betrekken.
- 2 *Comorbiditeit.* GGZ-instellingen en behandelaren moeten beleid ontwikkelen om systematische controle en geprotocolleerde behandeling op comorbiditeit uit te voeren, meer in het bijzonder voor het testen op het metabool syndroom. De richtlijn 'somatische screening bij psychotische stoornissen' die in voorbereiding is bij de NVvP, kan hiervoor een impuls zijn. Daarnaast moet er meer systematische aandacht zijn voor het voorkomen van bewegingsstoornissen.
- 3 *Suïcidepreventiebeleid.* GGZ-instellingen moeten het suïcidepreventiebeleid nog verder ontwikkelen. Systematische taxatie van het risico en een standaard item hiervoor in het dossier zijn belangrijke onderdelen hiervan. Momenteel is een multidisciplinaire richtlijn suïcidepreventie in ontwikkeling. In combinatie met de taak die GGZ Nederland op zich genomen heeft om aandacht aan dit onderwerp te besteden, is op korte termijn een belangrijke impuls aan de preventie van suïcide te verwachten. Daarbij kan naast de Raad van Bestuur ook een suïcidecommissie, zoals in sommige instellingen als kwaliteitscommissie al actief, een centrale rol spelen.
- 4 *Beleidsontwikkeling.* De GGZ-instellingen die nog in onvoldoende mate de integrale zorg voor patiënten met schizofrenie uitvoeren, moeten dit alsnog gaan doen. Zij kunnen hierbij gebruikmaken van de conclusies uit de afzonderlijke inspectierapportages. Raden van Bestuur van de GGZ-instellingen moeten aangeven hoe de schizofreniezorg verder kan worden gefaciliteerd. De inspectie verwacht dat alle GGZ-instellingen kennis nemen van de bevindingen in dit rapport en op basis hiervan de noodzakelijke verbeteringen op zo kort mogelijke termijn bewerkstelligen.
- 5 *Betere verslaggeving.* Stel als GGZ Nederland in nauw overleg met de professionals een pakket van eisen op waarin staat aan welke maatstaven patiëntendossiers moeten voldoen om te komen tot betere vastlegging van het (multidisciplinair) behandelbeleid.
- 6 *Visie op verslaving.* Ontwikkel een visie op verslaving binnen de zorg voor patiënten die langdurig afhankelijk zijn van zorg en van wisselende functies en voorzieningen gebruikmaken. Formuleer hierbij de implicaties voor de behandeling en breid zo mogelijk het behandel aanbod op het gebied van verslavingsproblemen uit.

3.3 Acties inspectie

De inspectie bepaalt op basis van de bevindingen uit het instellingsrapport, tegen de achtergrond van de kennis van de instelling (geschiedenis, toekomstige ontwikkelingen, voorgenomen fusie, veranderingsgezindheid, algemene kenmerken enzovoorts) welk

handhavingsplan voor de betreffende instelling noodzakelijk is. Dit betekent dat het niet in alle gevallen nodig is dat de instelling een plan van aanpak opstelt naar aanleiding van de bevindingen, dat ter beoordeling aan de inspectie moet worden aangeboden. Het uitgangspunt is dat instellingen zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk worden gesteld de zorg verder te verbeteren. Hierbij zijn vier mogelijkheden:

- 1 Een instelling die naar het oordeel van de inspectie over de hele linie de zorg zodanig heeft georganiseerd en uitvoert dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen geen of een gering risico loopt op onverantwoorde zorg, wordt gevraagd op basis van de bevindingen de zorg verder te verbeteren. De schizofreniezorg en het beleid ten aanzien van middelenafhankelijkheid is onderwerp van gesprek bij het jaargesprek met de inspectie in 2010. Het gaat hierbij om elf instellingen.
- 2 Een instelling die naar het oordeel van de inspectie over de hele linie de zorg zodanig heeft georganiseerd en uitvoert dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen een gering tot matig risico loopt op onverantwoorde zorg, wordt gevraagd op basis van de bevindingen de zorg verder te verbeteren aan de hand van een plan van aanpak. Dit plan van aanpak hoeft echter niet ter beoordeling naar de inspectie te worden gestuurd. Aan de hand van de uitwerking van het plan van aanpak wordt de schizofreniezorg alsmede het beleid ten aanzien van middelenafhankelijkheid onderwerp van gesprek bij het jaargesprek 2010. Het accent ligt in het bijzonder bij de voortgang van de uitvoering en het resultaat van voorgenomen verbeteringen in de zorg zoals weergegeven in het plan van aanpak. Het gaat hierbij om vijftien instellingen.
- 3 Een instelling die naar het oordeel van de inspectie over de hele linie de zorg zodanig heeft georganiseerd en uitvoert dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen een verhoogd risico loopt op onverantwoorde zorg, wordt gevraagd op basis van de bevindingen de zorg verder te verbeteren aan de hand van een plan van aanpak. Dit plan van aanpak wordt ter beoordeling aan de inspectie voorgelegd. Op basis van deze beoordeling wordt een follow-up traject vastgesteld, waarbij de vorderingen bij het verbeteren van de zorg door de inspectie worden gevolgd. Het gaat hierbij om zes instellingen.
- 4 Voor een instelling die naar het oordeel van de inspectie over de hele linie de zorg zodanig heeft georganiseerd en uitvoert dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen een hoog tot zeer hoog risico loopt op onverantwoorde zorg, wordt een handhavingsplan op maat vastgesteld. Dit is het geval bij één instelling. Direct na het vaststellen van de instellingsrapportage is een geïntensifieerd toezicht ingesteld. Aan de hand van een plan van aanpak wordt de voortgang bij noodzakelijk geachte verbeteringen in de zorg door de inspectie nauwgezet gevolgd, onder andere door middel van extra toezichtbezoeken.

De inspectie kan binnen de betreffende handhavingscategorie redenen zien bijvoorbeeld toch een plan van aanpak te vragen of toch een plan van aanpak te willen beoordelen. Daarnaast zijn er instellingen die al op eigen initiatief een plan van aanpak opstellen, zonder dat dat is vereist (zie bijlage 4 voor het handhavingstraject per instelling).

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het dossieronderzoek en van het toezichtbezoek weergegeven. De behandeldossiers zijn onderzocht op twaalf indicatoren die betrekking hebben op de diagnostiek, het behandelplan en de farmacotherapie. Tijdens de gesprekken bij het toezichtbezoek is aandacht besteed aan 39 indicatoren, die de volgende onderwerpen omvatten: bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid; diagnostiek en behandelplan; zorgorganisatie, farmacotherapie; behandeluitkomsten; betrokkenheid familie.

De resultaten zijn ondergebracht in vier beoordelingscategorieën: *afwezig*, *aanwezig*, *operationeel en geborgd*. In bijlage 3 (toetsingsinstrument) is deze beoordeling per indicator uitgewerkt. Tevens wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan goede praktijkvoorbeelden (*best practices*), waarmee andere instellingen hun voordeel kunnen doen.

4.1 Resultaten dossieronderzoek

4.1.1 Cannabis- en alcoholgebruik op de voorgrond

In de 33 instellingen zijn in totaal 682 behandeldossiers onderzocht. De gemiddelde leeftijd van de patiënten waarvan de dossiers zijn ingezien, bedroeg 36,8 jaar (standaarddeviatie = 10,1). De jongste patiënt was 18 jaar en de oudste patiënt 76 jaar. De verblijfsduur in de GGZ varieerde van 1 maand tot 36 jaar, met een gemiddelde van 8,2 jaar (standaarddeviatie = 6,3). Uit tabel 1 blijkt dat het vooral mannen betrof die ambulant werden behandeld en een vrijwillige verblijfsstatus hadden.

	<i>n</i>	(%)
Geslacht		
– Man	593	(87)
– Vrouw	89	(13)
Titel		
– Vrijwillig	494	(72)
– Bopz	182	(27)
Verblijf		
– Ambulant	447	(66)
– Klinisch	227	(33)

In 62 dossiers was geen diagnostiek over de afhankelijkheid van middelen opgenomen. Dat is te verklaren doordat het selectie criterium was dat er volgens de behandelaar sprake moest zijn van middelenafhankelijkheid en dat impliceert dat het niet altijd als diagnose in het dossier hoeft te zijn opgenomen (bijvoorbeeld als de patiënt het gebruik van middelen niet als probleem ziet).

Uit de dossiers bleek dat patiënten vooral afhankelijk waren van cannabis en/of alcohol. Van deze groep was 20 procent zowel van cannabis als van alcohol afhankelijk. De afhankelijkheid van middelen zoals in de dossiers bij de diagnostiek was vermeld is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2
Afhankelijkheid van middelen zoals gediagnosticeerd en in dossiers vastgelegd (n = 600*)

<i>Middel</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Cannabis	346	(58)
Alcohol	292	(49)
Cocaïne/crack	158	(26)
Amfetaminen	78	(13)
Heroïne	27	(5)
XTC	9	(2)
LSD	2	(0,3)
Benzodiazepines	9	(2)
Meerdere harddrugs (niet nader aangegeven)	35	(6)

* 20 dossiers (uit het pilotonderzoek) zijn niet op middelengebruik getoetst, in 62 dossiers was geen diagnose over middelenaafhankelijkheid opgenomen.

4.1.2 Diagnostiek op orde, vastleggen gegevens over lichamelijk onderzoek slechts in kwart van de dossiers

Volgens de dossiers in 30 van de 33 instellingen gebeurde de psychiatrische diagnostiek, op basis van de DSM-IV (TR)-classificatie, volgens een gestandaardiseerde procedure waarbij de vijf afzonderlijke assen van deze classificatie werden gebruikt. Hieronder viel ook de diagnostiek met betrekking tot afhankelijkheid van middelen. Uit de dossiers van drie instellingen bleek dat deze diagnostische procedure weliswaar werd gebruikt maar onvoldoende was gestandaardiseerd.

Hoewel de As III (somatische aandoeningen) van de DSM IV(TR) veelal werd ingevuld, was slechts in dossiers van 26 procent van de instellingen aanvullende informatie te vinden over lichamelijk onderzoek of het weigeren ervan, of laboratoriumuitslagen over middelengebruik of informatie over weigeren van laboratoriumonderzoek.

4.1.3 Behandelplannen aanwezig, informatie over betrokkenheid familie, risicotaxatie suïcide en vastleggen van signalerings- en begeleidingsplannen meestal afwezig

In bijna alle dossiers waren behandelplannen aanwezig; in 79 procent van de gevallen was aangegeven of de patiënt al of niet instemde met het behandelplan en waren deze actueel (niet ouder dan één jaar). Voor 63 procent gold dat de plannen minimaal jaarlijks waren geëvalueerd en zonodig bijgesteld. In 73 procent van de dossiers waren in het behandelplan doelen geformuleerd over de aanpak van de middelenaafhankelijkheid en/of het druggebruik en waren afspraken met de patiënt gemaakt over het al of niet gebruiken van middelen.

In bijna 80 procent van alle dossiers was terug te vinden dat bij de behandeling rekening werd gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt en vaak (61 procent) gebeurde dit door middel van een vastgestelde procedure.

In bijna 74 procent van de dossiers was niet terug te vinden in hoeverre familieleden of andere personen uit de directe omgeving van de patiënt bij de behandeling betrokken werden of konden worden. Ook was niet te achterhalen of de patiënt al dan niet betrokkenheid van familieleden wenste.

In 90 procent van het aantal dossiers was in het behandelplan, of gerelateerd aan het behandelplan, geen informatie te vinden over het al dan niet periodiek uitvoeren van een taxatie voor het risico op suïcide bij de betreffende patiënt. Slechts één instelling had een vastgesteld beleid om minimaal jaarlijks een risicotaxatie uit te voeren bij patiënten die vanwege hun stoornis een verhoogd risico hebben. Veelal ontbraken in de dossiers, gerelateerd aan het behandelplan, signalerings- en/of begeleidingsplannen (bij 76 procent). Slechts in de dossiers van twee instellingen waren actuele signaleringsplannen aanwezig die aantoonbaar waren vastgesteld met de patiënt.

4.1.4 Meestal geen informatie over metaboolsyndroom en bewegingsstoornissen in (medicatie)dossier

Alle instellingen hanteerden in het dossier een medicatiedocument. In 75 procent van het aantal dossiers was dit document actueel en uniek (geen ander gelijksoortig document aanwezig waardoor verwarring kan ontstaan) en in ruim 50 procent van de dossiers was te vinden dat het medicatiegebruik periodiek met de patiënt werd geëvalueerd en zonodig werd bijgesteld.

In ruim 80 procent van de dossiers was geen of slechts summier informatie te vinden over het testen op het metaboolsyndroom (zie ook 2.7) . Veelal ontbraken gegevens over indicatoren van het metaboolsyndroom zoals gewicht, nuchter glucose, vetspectrum, buikomvang, body mass index en bloeddruk. Slechts vier instellingen hadden in hun beleid systematisch aandacht voor het metaboolsyndroom. Dit waren Zwolse Poort, Adhesie/ Demence, GGZ Drenthe en Parnassia Den Haag, waarbij alleen het beleid van Paransssia Den Haag voorzag in een periodieke controle op het voorkomen van metabole stoornissen.

In meer dan 90 procent van de dossiers was geen of zeer beperkte informatie te vinden over het al dan niet voorkomen van bewegingsstoornissen die het gevolg kunnen zijn van het gebruik van medicatie. Slechts één instelling (Adhesie/Demence) voerde op het gebied van bewegingsstoornissen in het algemeen een operationeel beleid.

Uit de dossiers bleek dat 88 patiënten (13 procent) Clozapine gebruikten. Hiervan waren 42 patiënten klinisch opgenomen en 46 patiënten werden ambulante behandeld. Patiënten die Clozapine gebruikten, waren significant jonger dan patiënten die deze medicatie niet gebruikten (33,7 vs 37,1 jaar; $p=0,003$).

Indien de patiënt Clozapine gebruikte, was in het betreffende dossier meer informatie beschikbaar over het resultaat van lichamelijk onderzoek en over indicatoren voor het metaboolsyndroom dan in de dossiers van patiënten die geen Clozapine gebruikten ($p=0,001$).

4.1.5 Elektronisch patiëntendossier in de meeste instellingen, gebruik echter niet systematisch

Van de 33 GGZ-instellingen gebruikten 30 een elektronisch patiëntendossier (EPD). Vijf van deze instellingen hadden het EPD recent ingevoerd en twee instellingen gebruikten naast het EPD nog een papieren dossier. Drie instellingen hadden geen EPD, waarvan één

de introductie had gepland. De kwaliteit van de dossiervoering was wisselend. De traceerbaarheid van de informatie liet te wensen over, dossiers werden onvoldoende consequent ingevuld. Naarmate het EPD langer werd gebruikt was de kwaliteit beter, vooral wanneer antwoordcategorieën waren weergegeven en er een 'involplicht' was voordat kon worden doorgedaan.

4.2 Resultaten toezichtbezoeken

Deze paragraaf behandelt de resultaten van de toezichtbezoeken aan de hand van de zes toezichtcategorieën: bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid; diagnostiek en behandelplan; zorgorganisatie; farmacotherapie; behandeluitkomsten; betrokkenheid familie.

De resultaten van de toezichtbezoeken zijn tevens samengevat weergegeven in tabel 3 (bijlage 5). Ten behoeve van voldoende onderscheidend vermogen tussen de reguliere schizofreniezorg en de aandacht voor verslavingsproblematiek en daarmee een juiste interpretatie van de zorg als geheel, zijn in deze tabel een aantal indicatoren apart opgenomen. Het gaat om het drugspreventiebeleid, het zorgprogramma en het behandel aanbod op het gebied van verslavingsproblematiek.

4.2.1 Bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid

Raden van Bestuur namen veelal hun verantwoordelijkheid, zij het soms beperkt

Van 27 instellingen (82 procent) faciliteerde de Raad van Bestuur de schizofreniezorg in voldoende mate. Ook de behandelaren waren deze mening toegedaan. Deze Raden van Bestuur, op twee na, lieten zich periodiek informeren over de kwaliteit van de zorg en gebruikten deze informatie om het beleid zonnodig bij te stellen. Daarbij werden tevens het managementteam en de Geneesheer-directeur betrokken.

Zes Raden van Bestuur maakten hun verantwoordelijkheid wat betreft het faciliteren van de schizofreniezorg onvoldoende waar. Twee van deze Raden van Bestuur lieten zich wel door het management informeren over de kwaliteit van de zorg.

Periodieke informatieverstrekking aan Raad van Toezicht over schizofreniezorg en drugspreventie was niet erg gangbaar

Iets meer dan de helft (58 procent) van de Raden van Bestuur informeerde de Raad van Toezicht periodiek over de kwaliteit van de zorg, waaronder de zorg voor schizofrene patiënten. Van de resterende dertien instellingen die de Raad van Toezicht niet of beperkt informeren, waren er zes die tevens de schizofreniezorg onvoldoende faciliteerden.

Meer aandacht was nodig voor drugspreventiebeleid

Slechts iets meer dan de helft van de instellingen had een geformaliseerd drugspreventiebeleid dat tevens bekend was bij behandelaren, bij patiënten en bij familieleden van patiënten.

Zes instellingen hadden hun integrale zorgverantwoordelijkheid goed georganiseerd

De Raden van Bestuur van Mondriaan, Meerkanten, Jellinek-Mentrum, GGZ Nijmegen, GGZ Delftland en Delta psychiatrisch centrum hadden hun bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid zodanig vormgegeven dat zij door verschillende disciplines geïnformeerd werden over de zorg voor de schizofrene patiënt, op basis hiervan het

beleid aanpassen, de Raad van Toezicht hierbij betrokken en een breed gedragen drugspreventiebeleid uitvoerden.

4.2.2 Diagnostiek en behandelplan

Psychiatrische diagnostiek was op orde, visie op druggebruik in helft instellingen

De behandelaren van 32 van de 33 instellingen hanteerden consequent de 5-assige DSM IV (TR) classificatie voor het vaststellen van de psychiatrische diagnostiek, waaronder middelenafhankelijkheid. 17 instellingen (52 procent) hadden wat betreft het gebruik van drugs een visie geformuleerd hoe hiermee om te gaan bij de behandeling. De visies gingen over het algemeen uit van geen toegestaan gebruik tijdens de klinische behandeling en gereguleerd gebruik van (soft)drugs voor patiënten die ambulante zorg krijgen.

Bij één instelling schoot de diagnostiek tekort omdat het ontbrak aan diagnostische instrumenten gebaseerd op een visiedocument en een uitgewerkt zorgprogramma.

In een derde van de instellingen geen gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek en testen op middelengebruik

64 procent van de instellingen voerde op een gestandaardiseerde wijze lichamelijk onderzoek uit, waarbij tevens werd getest op middelengebruik. De andere instellingen hadden hiervoor geen beleid (n = 3) of beleid dat onvoldoende resultaat had in de praktijk (n = 9).

Behandelplan met informed consent meestal aanwezig

Bijna alle instellingen (88 procent) brachten het beleid in praktijk dat nagenoeg alle patiënten een geactualiseerd behandelplan hadden (niet ouder dan 1 jaar). Daarbij was het aantoonbaar dat de patiënt al dan niet instemde met het behandelplan door middel van een handtekening of er werd aangegeven dat mondelinge toestemming was verkregen. Patiënten waren op de hoogte van dit beleid.

In minder dan de helft van de instellingen systematische betrokkenheid patiënt en familieleden bij behandeling

Slechts vijftien instellingen (45 procent) hanteerden een protocol waarin was aangegeven hoe de wensen en behoeften van de patiënt in het behandelplan werden vastgelegd, slechts vier instellingen hadden een dergelijk beleid voor de wensen en de betrokkenheid van familieleden bij de behandeling van de patiënt. Als het beleid ten aanzien van de wensen van patiënt en familie aanwezig was, dan waren de patiënten en de familieleden hiervan doorgaans op de hoogte.

GGZ Nijmegen en Altrecht waren de enige instellingen die zowel een adequaat beleid voerden voor de betrokkenheid van patiënt als voor diens familieleden.

Visie op middelengebruik bepaalde aandacht voor formuleren behandeldoelen

Zeventien instellingen hanteerden een visie op het gebruik van middelen tijdens de behandeling. Al deze instellingen en tien die geen of een gebrekkige visie hanteerde, (82 procent), hadden beleid om doelen met betrekking tot middelengebruik en middelenafhankelijkheid in het behandelplan op te nemen op basis van afspraken hierover met de patiënt.

Helpt van de instellingen besteedde onvoldoende aandacht aan signalerings- en begeleidingsplannen

Achttien instellingen besteedden systematisch aandacht aan het opstellen van signalerings- en begeleidingsplannen, die samen met de patiënt werden opgesteld. Dit beleid was herkenbaar voor de patiënten en voor familieleden.

Systematisch beleid taxatie suïciderisico ontbrak veelal

Beleid om periodiek en systematisch risicotaxatie met betrekking tot suïcide uit te voeren waarbij dit tevens werd besproken met de patiënt, ontbrak in 28 van de 33 instellingen.

Nauwelijks instellingen die consistent behandelplanbeleid voerden

Alleen Parnassia & Palier Den Haag en GGZ Nijmegen hadden een min of meer consistent behandelplanbeleid, waarbij Parnassia & Palier Den Haag, zoals vele andere instellingen, aandacht voor familiebeleid ontbeerde en GGZ Nijmegen, zoals vele andere instellingen, te weinig inzet op de taxatie van het suïciderisico.

4.2.3 Zorgorganisatie

Zorgprogramma bijna gemeengoed

27 instellingen (82 procent) hadden een zorgprogramma psychotische stoornissen op basis van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, waaraan de behandelaren de patiënten toewezen.

Zes instellingen beschikten niet over een op deze richtlijn gebaseerd zorgprogramma. Bij deze instellingen werd de noodzaak voor het ontwikkelen van een zorgprogramma en de spoedige implementatie hiervan onderkend.

Tweederde van de instellingen had aanbod behandeling van verslavingsproblemen

Een behandel aanbod, afgeleid van de multidisciplinaire richtlijn, voor de behandeling van verslaving was in 21 instellingen (64 procent) voorhanden. In toenemende mate werd tevens samengewerkt met een verslavingszorginstelling. Veelal werden motiveerende gesprekstechnieken (88 procent) en cognitieve gedragstherapie (82 procent) toegepast.

Veelal een ruim niet-medicamenteus behandel aanbod

20 instellingen beschikten over adequaat functionerende (F)ACT ((functie) assertive community treatment) teams. In 12 instellingen waren weliswaar (F)ACT teams aanwezig, maar deze voldeden niet in alle gevallen aan de voorwaarden wat betreft samenstelling van het team (zoals de aanwezigheid van een verslavingsdeskundige), en een te hanteren caseload. Eén instelling had geen (F)ACT team of een andere vorm van outreachende hulpverlening.

Andere vormen van behandeling die volgens de multidisciplinaire richtlijn bij voorkeur beschikbaar moesten zijn en daadwerkelijk werden toegepast, waren: Systematische rehabilitatiemethodieken (97 procent); Intensieve psychiatrische thuiszorg (94 procent); Acute dagbehandeling / crisisbed (91 procent); Werkprojecten (88 procent); Psycho-educatie patiënt en familieleden (88 procent); Systeem en/of –gezinsinterventies (82 procent).

Patiënten en familieleden waren over het algemeen bekend met dit aanbod. Psycho-educatie werd veelal door hen gewaardeerd.

GGZ Westelijk Noord Brabant, Parnassia & Palier Den Haag, GGZ Drenthe en Lentis hadden het meest complete behandelaanbod.

4.2.4 Farmacotherapie

Uitgangspunten farmacotherapie waren veelal adequaat geformuleerd

26 instellingen (79 procent) hadden een farmacotherapeutische behandelrichtlijn beschikbaar die werd toegepast bij patiënten. Bij 25 van deze instellingen voorzag deze richtlijn tevens in beleid voor het indiceren van en behandelen met Clozapine. Drie instellingen hadden weliswaar een Clozapinebeleid, maar geen farmacotherapeutische richtlijn. Vier instellingen hadden geen (n = 2) of een beperkt bekend (n = 2) Clozapinebeleid.

Helft van de instellingen geen aandacht voor systematisch testen op metabool syndroom

17 van de 26 instellingen die een farmacotherapeutische behandelrichtlijn hadden, voerden beleid om te testen op alle indicatoren van het metabool syndroom, volgens een vast protocol en bij alle patiënten. Op twee instellingen na hadden de andere instellingen hiervoor geen geformaliseerd beleid.

Nauwelijks aandacht voor bewegingsstoornissen

Slechts negen instellingen (27 procent) hadden een beleid om patiënten systematisch te testen op bewegingsstoornissen en van deze instellingen waren er slechts twee die vastgesteld beleid hadden deze test periodiek te herhalen.

Review polyfarmacie in bijna helft van de instellingen afwezig

20 instellingen hadden beleid om het medicatiegebruik van patiënt die meerdere anti-psychotica en/of psychofarmaca en/of andere medicatie van meerdere voorschrijvers gebruiken, periodiek te reviewen.

Twee instellingen hadden compleet farmacotherapiebeleid

GGZ Drenthe had een goed uitgewerkt en gedocumenteerd integraal farmacotherapiebeleid. Ook het farmacotherapiebeleid van Meerkanten was van goede kwaliteit.

4.2.5 Behandeluitkomsten

De meeste instellingen hadden systematische aandacht voor het meten van behandeluitkomsten

30 instellingen maten in meer of mindere mate behandeluitkomsten. Drie instellingen deden dit niet of nauwelijks.

De meeste aandacht ging uit naar het meten van de patiëntenwaardering (85 procent). Hiervoor waren gestandaardiseerde methodieken beschikbaar. De mate van sociaal functioneren werd bij 61 procent van de instellingen in kaart gebracht. Minder aandacht kregen de symptomatologie (55 procent), de kwaliteit van leven (55 procent), de zorgbehoefte (52 procent) en de minste aandacht ging uit naar het meten van veranderingen in het verslavingsgedrag (39 procent)

Goed uitgewerkte uitkomstenmetingen bij vier instellingen

Vier instellingen, GGZ Drenthe, GGZ Delftland, Mondriaan en GGZ Eindhoven en de Kempen hadden een gestandaardiseerde methode om periodiek alle relevante uitkomst-

maten in kaart te brengen, waarbij de meeste aandacht uitging naar het meten van de zorgbehoeften van patiënten.

4.2.6 Betrokkenheid familie

Maximaal de helft van de instellingen hadden beleid voor betrekken familieleden bij de behandeling

52 procent van de instellingen (n = 17) hadden een instellingsbeleid ten aanzien van het betrekken van de familie van patiënten en dit beleid was bekend bij de patiënten en hun familieleden. 14 van deze 17 instellingen brachten daadwerkelijk systematisch het beleid in praktijk om familieleden van patiënten te informeren over de behandel-mogelijkheden voor de patiënt en over de voortgang van de behandeling. Slechts vijf van deze instellingen hadden beleid om wensen van de familieleden ten aanzien van de behandeling in het behandelplan vast te leggen en hiervoor doelen te formuleren.

14 instellingen hadden geen of nauwelijks beleid ontwikkeld om familieleden bij de behandeling te betrekken.

Parnassia & Palier Den Haag had het meest uitgewerkte en consistente familiebeleid.

5 Beschouwing

Uit het thematisch toezichtonderzoek naar de zorg voor de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van drugs en/of alcohol, blijkt dat in de meeste GGZ-instellingen de kwaliteit van de schizofreniezorg van voldoende kwaliteit is, maar dat het drugspreventiebeleid en het aanbod aan behandelmogelijkheden nog onvoldoende zijn geïntegreerd in de zorg. De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie [1] voorziet echter ook niet in een integrale benadering van schizofrenie én verslavingsproblemen, terwijl de prevalentie van middelengebruik hoog is en het drugsgebruik ernstig kan interfereren met de behandeling. De multidisciplinaire richtlijn brengt verslaving als psychiatrische comorbiditeit alleen in verband met farmacotherapie. Een revisie van deze richtlijn zou gebaat zijn bij aanbevelingen en handelingsinstructies wat betreft een integrale benadering van deze dubbele problematiek. Daarnaast kunnen instellingen hun behandelbeleid, meer dan nu gebeurt, actualiseren op basis van effectiviteitsstudies, waaronder vele systematische reviews [13], die via wetenschappelijke publicaties voor zorgprofessionals toegankelijk zijn.

De beste behandelresultaten in de schizofreniezorg worden bereikt door een goede samenwerking en afstemming tussen de behandelaar, de patiënt en diens familieleden. [14] Dat is ook de reden waarom tijdens de toezichtbezoeken met deze partijen is gesproken. Meer dan honderd behandelaren, patiënten en familieleden hebben hun mening en visie gegeven op de verschillende onderwerpen van toezicht. Hoewel patiënten en familieleden over het algemeen veel waardering hebben voor de wijze waarop behandelaren hun werk doen, is het opvallend hoe weinig systematisch behandelaren van deze bestwerkende triade gebruikmaken. Een goede samenwerking maakt het mogelijk ambitieuze en realistische doelen te bepalen voor lange termijn resultaten. Hierdoor kunnen patiënten en hun familieleden positiever over hun diagnose denken en meer grip krijgen op hun mogelijkheden, waarbij niet de permanente tekortkomingen die met de stoornis samenhangen centraal staan maar de remsmogelijkheden en -doelen. [15] Zeker tegen de achtergrond dat het inzicht en de oorzaak en het beloop van de stoornis voortdurend toeneemt. [16]

Patiëntgerichte zorg is een belangrijke dimensie van kwaliteit. De patiënt heeft invloed op de (behandel)beslissingen en behandeldoelen en de zorg is inzichtelijk en transparant. Patiëntgerichtheid zou dan ook, meer dan nu het geval is, als professionele norm moeten gaan gelden en bijvoorbeeld in beroepsopleidingen als zodanig gepresenteerd moeten worden. [17]

Meer aandacht voor de (betrokkenheid van de) patiënt betekent ook meer aandacht voor de gevolgen van de ziekte en de negatieve gevolgen van de (medicamenteuze) behandeling. Niet zelden hebben patiënten met schizofrenie een inactieve leefstijl, overgewicht, ongezonde eetgewoonten en last van bijwerkingen van antipsychotica. Het behoud en het stimuleren van een goede lichamelijke gezondheid van de patiënt is dan ook van het grootste belang. [18, 19] Uit de resultaten van het onderzoek blijkt echter dat het soms ontbreekt aan een routinematige screening, zoals het testen op het metabool syndroom en op bewegingsstoornissen. Ook de verslaglegging over de resultaten van lichamelijk en laboratoriumonderzoek laat te wensen over. Het belang van het opsporen van metabole stoornissen is echter evident [20] en ondanks het toenemende gebruik van atypische (moderne) antipsychotica is het systematisch testen op bewegingsstoornissen zeker aan te bevelen. [21]

Het bieden van veilige patiëntgerichte zorg betekent ook periodieke aandacht voor het risico op suïcide en het opstellen van signalerings- en/of noodplannen in samenspraak met de patiënt en eventueel met diens familie. Uit het onderzoek blijkt dat behandelaren weliswaar aandacht hebben voor suïcidegevaar, maar dat de noodzaak om dit periodiek volgens een vaste methodiek vast te stellen en te bespreken met de patiënt nauwelijks wordt onderkend. Daarentegen wordt deze noodzaak steeds vaker zowel nationaal [12] als internationaal [22] benadrukt. Ook het opstellen van een signaleringsplan of een noodplan ter preventie van psychosen zou tot de routinezorg moeten behoren. [23]

Het wordt steeds duidelijker dat (Functioneel) Assertive Community Treatment ((F)ACT) [24, 25] centraal behoort te staan in de organisatie van de zorg voor patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn. De belangrijkste voordelen van (F)ACT is dat de acceptatie van de behandeling wordt vergroot, opnamen worden voorkomen en dat (F)ACT suïcidegevaar kan verminderen.

In het verlengde hiervan zijn eenduidige en daardoor vergelijkbare uitkomstmetingen onontbeerlijk. Om dit doel na te streven heeft het bestuur van GGZ Nederland in februari 2009 al het startsein gegeven voor het project 'Routine Outcome Measurement (ROM) GGZ'. [26]

6 Summary

Schizophrenia and related psychotic disorders are among the most serious psychiatric illnesses and the most likely to be chronic in nature. In most cases, the condition becomes evident in adolescence or early adulthood. The adverse impact on the patient's quality of life is determined not only by the nature of the condition itself, but also the social consequences of that condition. In many cases, the patient will rely on long-term professional care, possibly for the remainder of his or her life. Because the condition usually develops at a relatively early age, there is also likely to be an adverse impact on the patient's education and career prospects, often resulting in long-term (or sometimes permanent) employment incapacity.

People who suffer from schizophrenia are vulnerable. The condition seriously erodes the patient's quality of life and the likelihood of recurrent psychotic episodes is estimated to be in the order of 70 per cent. This vulnerability is exacerbated when the patient is also dependent on recreational drugs. It is estimated that some 40 per cent of patients with schizophrenia drink alcohol to excess, 20 per cent are regular cannabis users and 7 per cent take cocaine.

The treatment of schizophrenia demands an intensive and sustained multidisciplinary approach, requiring ongoing attention to patient safety (in terms of substance abuse, suicidal ideation, somatic comorbidity, drugs safety, etc.). Treatment should be based on the Multidisciplinary Directive for the Management of Schizophrenia, as published in 2005 [Dutch title: *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie 2005*]. This directive covers all aspects of diagnostics, the organization of care services and treatment itself, and has now been generally accepted as the field norm. Nevertheless, the Health Care Inspectorate notes that progress in the implementation of effective interventions in day-to-day practice has thus far been slow.

The Inspectorate therefore conducted a study of the care services provided to schizophrenic patients who are *also* dependent on recreational drugs and/or alcohol. The purpose of this study was to encourage the adoption of an evidence-based, state-of-the-art methodology whereby best practices can be properly disseminated and applied, and to establish appropriate enforcement measures for use in those instances in which the services provided are deemed to fall below the acceptable standard.

The study involved inspection visits to all 33 integrated service providers for mental health and addiction care ('GGZ departments') in the Netherlands. Inspectors scrutinised patient records and held interviews with managers, practitioners, patients and patients' relatives.

The study sought to examine the degree to which care services provided to this target group (patients with schizophrenia who are also dependent on recreational drugs) are based on the recommendations and instructions included in the Multidisciplinary Directive for the Management of Schizophrenia, and/or on any other evidence-based methods. The study examined the results achieved in the areas of diagnostics, the organization of care services and pharmacotherapy.

The Inspectorate's findings reveal that, overall, most institutions offer care which is of appropriate quality and which is largely based on the multidisciplinary directive,

particularly with regard to diagnostics, organization and pharmacotherapeutic interventions. However, only a limited number of institutions have formulated any standard policy which sets out the approach and treatment aims for patients whose schizophrenia is complicated by a dependency on recreational drugs. Similarly, few institutions have formulated a policy to systematically prevent the use of recreational drugs (and/or drugs-related nuisance) inside the institution or on its premises.

A further significant conclusion is that the existing policy of consulting both the patient and his or her family with regard to the proposed treatment plan is not being adequately observed, and does not therefore form a fully visible component of practice. This is remarkable given that it is generally accepted that the most favourable treatment results are achieved when the patient is fully involved in that treatment, when his or her personal needs are taken into account and, wherever possible and desirable, there is due consultation with family members or other significant people within the patient's own circle.

With specific regard to patient safety, the study concludes that there is inadequate assessment of the suicide risk, and that greater attention must be devoted to the prevention of metabolic syndrome and mobility problems further to the use of psychopharmaceuticals and an inactive lifestyle. Finally, the Inspectorate notes that the quality of patient records and record-keeping practice often falls short of the expected standard. In many cases, the information included in the records does not provide a full and accurate account of the actual situation.

The relevant institutions are required to implement a number of measures, doing so no later than 2010. This will entail consultation and coordination with the sector association, *GGZ Nederland*. The most significant measures address the formulation of policy whereby patients and family members are more closely involved in the treatment plan, and the need for greater attention to be devoted to suicide prevention and comorbidity (in the interests of patient safety). The institutions now have until the end of 2010 to adopt a system of integrated care for the target group, based on the recognition of drug addiction itself as a form of comorbidity. They must also improve procedures surrounding the maintenance of patient records and the content of those records.

An individual risk-based enforcement plan has been produced for each institution. To date, 26 institutions have organized and implemented their care services in a way which minimizes the risk of those services falling short of the required 'responsible' standard. In 2010, the Inspectorate will re-assess these institutions, examining any further improvements which have been implemented and identifying those which are still required.

The Inspectorate concludes that the patients of six institutions are currently at 'moderately elevated' risk of receiving care which falls short of the required responsible standard. These institutions are required to produce an Action Plan which addresses the points for improvement. The Inspectorate will assess the implementation of these plans in 2010. One institution was found to represent a 'high' or 'extremely high' risk of inadequate service provision and was immediately placed under closer supervision.

Referenties

- 1 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie, 2005. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO & het Trimbos-instituut.
- 2 Rooijen S van, Wamel A van, Kroon H. Implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. Trimbos-instituut, juni 2007
- 3 Slooff CJ. Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Stand van zaken: evidence en implementatie. Rede Najaarscongres Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2007.
- 4 www.rivm.nl/vtv (2000).
- 5 Hoogendoorn MLC. Schizophrenia: a study on genetic aspects of a brain disease. 2007; proefschrift. Universiteit Utrecht.
- 6 Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM 2007.
- 7 Jaarverslag, Trimbos-instituut 2006, Utrecht.
- 8 Palmer BA, Pankratz VS, Botswick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 247-253.
- 9 Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull 1998;24:75-85.
- 10 Nordentoft M, Laursen TM, Agerbo E, Qin P, Hoyer EH, Mortensen PB. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981; 97: nested case-control study. BMJ 2004;329:261.
- 11 Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Rapport project Dubbele Diagnose door Verslavingszorg Parnassia, psychomedisch centrum Den Haag, 2003. Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland - project Resultaten Scoren.
- 12 Huisman, A., Kerkhof, A.J.F.M, & Robben, P.B.M. (2007). Richtlijnen voor de behandeling van suïcidale patiënten: een overzicht. In A.H. Schene, F. Boer, J.P.C. Jaspers, B. Sabbe, & J. van Weeghel (Eds.), Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008. (pp. 83-97). 10. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 13 Cochrane collaboration; www.cochrane.org
- 14 Lenior ME. The social and symptomatic course of early-onset schizophrenia: Five year follow-up of a psychosocial intervention. 2002; proefschrift. Universiteit van Amsterdam.
- 15 Os van J, Kahn R. Remissiecriteria voor de diagnose schizofrenie. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2007; 49: 21-26.
- 16 Bakker SC, Hoogendoorn ML, Selten JP et al. Neuregulin 1: genetic support for schizophrenia subsypes. Molecular Psychiatry. 2004; 9: 1061-1063.
- 17 Berwick DM. What patient centred care really means. Presentation: International Forum on Quality and Safety in Health Care. March 18th, Berlin, Germany.
- 18 Os van J, Leucht S. Preface: Treatment optimization in schizophrenia through active patient management – proceedings from two European consensus meetings. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2009; 119 (suppl 438): 5-6.
- 19 Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic Review of Mortality in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64: 1123-1131.

- 20 Scheepers-Hoeks AMJW, Wessels-Basten MJWT, Scherders B et al. Schizofrenie en antipsychotica: samenhang met het metabool syndroom. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2008; 50: 645-654.
- 21 Loonen AJM, Hovens JE. Bewegingsstoornissen meten bij klinisch onderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2006; 48: 647-650.
- 22 American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. 2003. APA (www.psych.org)
- 23 Meijel van B. Relapse prevention in patients with schizophrenia: a nursing intervention study. 2003; proefschrift Universiteit Utrecht.
- 24 Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI:10.1002/14651858.CD000270. pub2.
- 25 Drukker M, Maarschalkerweerd M, Bak M et al. A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. BMC Psychiatry. 2008; 8: 93 Doi: 0:10.1186/1471-244x-8-93.
- 26 www.ggz nederland.nl

BIJLAGE 1 Bezochte instellingen

Mediant	Enschede
GGNet	Apeldoorn
GGZ Drenthe (Evean)	Assen
Dimence (Zwolse Poort)	Zwolle
Meerkanten	Ermelo
De gro	Rivieren
Dordrecht	
Delta psychiatrisch Centrum	Portugaal
Emergis	Kloetinge
GGZ Breburg Groep (GGZ MB)	Tilburg
GGZ Breburg Groep (GGZ regio Breda)	Breda
Parnassia Bavo groep, Parnassia Den Haag en Palier	Den Haag*
Parnassia Bavo groep, Bavo Europoort, locatie Rotterdam	Rotterdam*
GGZ Westelijk Noord Brabant	Halsteren
Reinier van Arkel Groep	's-Hertogenbosch
GGZ Delfland	Delft
Rivierduinen	Leiden en Oegstgeest
GGZ Oost-Brabant	Helmond en Veghel
GGZ Noord en Midden Limburg Groep	Venray
GGZ Eindhoven en de Kempen	Eindhoven
De Gelderse Roos	Wolfheze en Ede
Dimence (stichting Adhesie)	Deventer
Stichting GGZ Nijmegen	Nijmegen
Mondriaan	Heerlen en Maastricht
GGZ Noord Holland Noord	Heiloo
GGZ Dijk en Duin (sinds juli 2008 Parnassia Bavo Groep)	Castricum
GGZ centrum Westfriesland	Hoorn
Stichting Altrecht	Utrecht
Arkin (AMC de Meren)	Amsterdam
Arkin (Jellinek/Mentrum)	Amsterdam
Stichting Buitenamstel Geestgronden	Haarlem
Stichting GGZ Friesland	Leeuwarden
Lentis, Linis	Groningen
Symfora Groep	Amersfoort

* Vanwege de grootte van de instelling zijn meerdere locaties bezocht die voorheen eigenstandige instellingen waren.

BIJLAGE 2 Methodologische toelichting

Toezicht

Het toezicht bestond uit een dossieronderzoek en een toezichtbezoek, die elk op een andere datum plaatsvonden.

1. Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek geeft uitsluitsel over de kwaliteit van de dossiervoering voor deze categorie patiënten van de betreffende instelling en van de kwaliteit van de dossiers in het algemeen. Conform de vraagstelling van het toezicht werd aandacht besteed aan de diagnostiek, de zorgorganisatie en de farmacotherapie. Het dossieronderzoek werd uitgevoerd door toezichtmedewerkers onder verantwoordelijkheid van de inspecteur/projectleider.

Aan de instelling werd gevraagd dossiers ter beschikking te stellen van patiënten waarvan de diagnose schizofrenie is vastgesteld en gedocumenteerd in het dossier en waarvan naar de mening van de behandelaar sprake is van middelenafhankelijkheid. De keuze om de instellingen zelf de dossiers te laten aanleveren was gebaseerd op doelmatigheidsoverwegingen.

Per instelling werden minimaal 20 dossiers onderzocht, waardoor een zinvolle uitspraak is te doen over de kwaliteit van de dossiervoering. Bij middelgrote en grote instellingen was dit aantal 30. Om het dossieronderzoek voldoende aselectief te maken, werd aan de instelling gevraagd meerdere dossiers te selecteren dan het minimaal vereiste. De instellingen met minimaal 20 dossiers leverden 30 dossiers aan, de instellingen met 30 dossiers 40. Bij het bezoek aan de instelling nam de toezichtmedewerker hieruit een aselechte steekproef. De dossiers werden onderzocht met behulp van een gestandaardiseerd toezichtinstrument.

2. Toezichtbezoek

Door middel van het toezichtbezoek werd getoetst in hoeverre de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en andere op evidentie gebaseerde richtlijnen, protocollen en *best practices*, werden toegepast en in hoeverre hierdoor resultaten werden geboekt voor de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg. Het toezichtbezoek werd uitgevoerd door de (accounthouder) inspecteur en een toezichtmedewerker.

Tijdens het toezichtbezoek werd afzonderlijk gesproken met de Raad van Bestuur en de Geneesheer-directeur/1^o geneeskundige, 3 tot 5 behandelaren, 3 tot 5 patiënten en 3 tot 5 familieleden.

De instelling werd gevraagd de selectie van de gesprekspartners te organiseren.

Tijdpad

De dossieronderzoeken vonden plaats in de periode begin oktober tot medio november 2008. De toezichtbezoeken vonden plaats in de periode eind oktober tot medio december 2008.

BIJLAGE 3 Toetsingskader en toelichting scorekwalificaties

<i>Bestuurlijke zorgverantwoordelijkheid</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Beleid van de Raad van Bestuur (RvB) ten aanzien van het realiseren van optimale schizofreniezorg	De RvB heeft niet omschreven hoe de zorg er qua personeel en middelen moet uitzien	De RvB faciliteert de zorg, maar dit is niet herkenbaar bij behandelaren	De RvB faciliteert schizofreniezorg en volgens behandelaren in voldoende mate	De RvB faciliteert optimaal, evalueert haar inspanningen periodiek en stelt zonodig het beleid bij
Informatievoorziening RvB over schizofreniezorg	De RvB heeft geen beleid om zich te laten informeren over de kwaliteit van de zorg	Het beleid is aanwezig, maar de RvB is in onvoldoende mate geïnformeerd over kwaliteit van de schizofreniezorg	De RvB is op de hoogte van de kwaliteit van de schizofreniezorg, en gebruikt deze informatie incidenteel voor bijstelling van het beleid	De RvB is op de hoogte van de kwaliteit van de schizofreniezorg en gebruikt deze informatie periodiek voor bijstelling van het beleid
Overleg RvB – Geneesheer-directeur – managementteam over schizofreniezorg	De RvB overlegt niet met het MT en GD over de kwaliteit van de schizofreniezorg	De RvB overlegt onregelmatig met het MT en GD over de kwaliteit van de schizofreniezorg	De RvB overlegt periodiek met het MT en GD over de kwaliteit van de schizofreniezorg, maar past het beleid onvoldoende aan	De RvB overlegt periodiek met het MT en GD over de kwaliteit van de schizofreniezorg en past het beleid in overleg met het MT periodiek bij
Drugspreventiebeleid	De instelling heeft geen geformaliseerd drugspreventiebeleid	De instelling heeft een geformaliseerd drugspreventiebeleid	Het geformaliseerd drugspreventiebeleid is bekend bij behandelaren, patiënten en familieleden	Het geformaliseerd drugspreventiebeleid is bekend bij behandelaren, patiënten en familieleden en wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
RvB informeert Raad van Toezicht (RvT) over schizofreniezorg	De RvB informeert de RvT niet over de kwaliteit en het beleid rondom de schizofreniezorg	De RvB informeert de RvT over de kwaliteit en het beleid rondom de schizofreniezorg, maar hierover vindt geen overleg plaats	De RvB informeert de RvT periodiek over de kwaliteit en het beleid rondom de schizofreniezorg en dit is onderwerp van gesprek	De RvB informeert de RvT periodiek over de kwaliteit en het beleid rondom de schizofreniezorg, dit is onderwerp van gesprek en naar aanleiding hiervan wordt het beleid periodiek aangepast

<i>Diagnostiek en behandelplan</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Diagnostiek op basis van DSM-IV (TR)	Er is geen beleid om diagnostiek op basis van DSM-IV (TR) classificatie te stellen op alle assen	Er is beleid om diagnostiek op basis van DSM-IV (TR) classificatie te stellen op alle assen (bijv. protocol)	Er is beleid om diagnostiek op basis van DSM-IV (TR) classificatie te stellen op alle assen (bijv. protocol) en behandelaren volgen dit beleid	Het diagnostiek-beleid is vastgesteld, behandelaren volgen dit beleid en het wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Visie op middelen-gebruik en middelen-afhankelijkheid en de gevolgen hiervan voor de diagnostiek	Er is geen visie op middelengebruik en middelen-afhankelijkheid en de gevolgen hiervan voor de diagnostiek	Behandelaren hebben een gemeenschappelijke visie op middelen-gebruik en middelen-afhankelijkheid en de gevolgen hiervan voor de diagnostiek	De visie op middelengebruik en middelenafhankelijkheid is vastgelegd als instellingsbeleid en behandelaren volgen dit beleid	De visie op middelengebruik en middelen-afhankelijkheid is instellingsbeleid, behandelaren volgen dit en het wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Lichamelijk onderzoek	Er is geen beleid voor het gestandaardiseerd uitvoeren van lichamelijk onderzoek	Er is beleid voor het gestandaardiseerd uitvoeren van lichamelijk onderzoek, maar op middelengebruik wordt niet getest	Er is beleid voor het gestandaardiseerd uitvoeren van lichamelijk onderzoek, inclusief test op middelengebruik	Beleid lichamelijk onderzoek wordt uitgevoerd, inclusief test op middelengebruik wordt periodiek herhaald en zonodig bijgesteld
Behandelplan	Geen beleid dat patiënten een recent (< 1 jaar) behandelplan moeten hebben	Het beleid is dat patiënten een recent behandelplan hebben, maar het is geen beleid dat dit wordt ondertekend of wordt aangegeven dat mondelinge toestemming is verkregen.	Patiënten hebben een recent behandelplan, en het beleid is dat dit wordt ondertekend of wordt aangegeven dat mondelinge toestemming is verkregen. Patiënten zij op de hoogte van dit beleid.	Patiënten hebben een recent behandelplan en het instemmings-beleid, waarvan de patiënten op de hoogte zijn, wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Wensen en behoeften van de patiënt	Er is geen beleid om wensen en behoeften van de patiënt in het behandelplan vast te leggen	Er is beleid wensen en behoeften van de patiënt in het behandelplan vast te leggen gelegd, maar niet volgens een standaard protocol (bijv. interview)	Er is een protocol waarin is aangegeven hoe de wensen en behoeften van de patiënt in het behandelplan worden vastgelegd en de patiënten zij hiervan op de hoogte	Wensen en behoeften van de patiënt worden in het behandelplan vastgelegd, volgens een standaard protocol (bijv. interview), dat patiënten zijn op de hoogte en het beleid wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld

<i>Diagnostiek en behandelplan</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Wensen van familieleden	Er is geen beleid om wensen van familieleden in het behandelplan vast te leggen	Er is geen beleid om wensen van familieleden in het behandelplan vast te leggen, maar niet volgens een standaard protocol (bijv. interview)	Er is een protocol waarin is aangegeven hoe de wensen de familieleden in het behandelplan worden vastgelegd en de familieleden zijn hiervan op de hoogte	Wensen van familieleden worden in het behandelplan vastgelegd volgens een standaard protocol, dat bekend is bij familieleden en het beleid wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Doelen met betrekking tot middelengebruik en middelenafhankelijkheid	Er is geen beleid om doelen met betrekking tot middelengebruik en middelenafhankelijkheid in het behandelplan op te nemen	Er is beleid om doelen met betrekking tot middelengebruik en middelenafhankelijkheid in het behandelplan op te nemen, maar er worden geen afspraken met de patiënt gemaakt over het gebruik	Er is beleid om doelen met betrekking tot middelengebruik en middelenafhankelijkheid in het behandelplan op te nemen op basis van afspraken hierover met de patiënt	Het beleid om doelen met betrekking tot middelengebruik en middelenafhankelijkheid in het behandelplan op te nemen in overleg met de patiënt wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Signalerings- en begeleidingsplan	Er worden geen signalerings- en begeleidingsplannen gemaakt	Er worden signalerings- en begeleidingsplannen gemaakt, maar deze worden niet samen met de patiënt opgesteld	Er worden signalerings- en begeleidingsplannen gemaakt, en deze worden samen met de patiënt opgesteld	Er worden signalerings- en begeleidingsplannen gemaakt, deze worden samen met de patiënt opgesteld, en periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Taxatie risico op suïcide	Er is geen beleid om risicotaxatie met betrekking tot suïcide uit te voeren	Er is beleid om risicotaxatie met betrekking tot suïcide uit te voeren	Er is beleid om risicotaxatie met betrekking tot suïcide uit te voeren en de taxatie wordt besproken met de patiënt	Het beleid om risicotaxatie uit te voeren en te bespreken met de patiënt wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld

<i>Zorgorganisatie</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Zorgprogramma psychotische stoornissen /schizofrenie	De instelling heeft geen zorgprogramma op basis van de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie	De instelling heeft een zorgprogramma op basis van de MRL schizofrenie	De instelling heeft een zorgprogramma op basis van de MRL schizofrenie, waaraan de behandelaren de patiënten toewijzen	Het zorgprogramma op basis van de MRL schizofrenie is leidend en wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Behandelaanbod verslavingsproblematiek	Zorgprogramma niet aanwezig of voorziet niet in behandelingsaanbod voor verslavingsproblemen	Zorgprogramma voorziet in behandelingsaanbod voor verslavingsproblemen	Behandelingsaanbod voor verslavingsproblemen wordt toegepast en is bekend bij patiënten	Behandelingsaanbod voor verslavingsproblemen wordt toegepast, is bekend bij patiënten en wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
(Functioneel) Assertive Community Treatment (F)ACT	Geen (F)ACT team of andere vorm van outreaching hulpverlening aanwezig	(F)ACT team is aanwezig, maar voldoet niet aan de voorwaarden wat betreft samenstelling van het team (zoals een verslavingsdeskundige), en de caseload	(F)ACT team is aanwezig, en voldoet aan de voorwaarden wat betreft samenstelling van het team en de caseload, en patiënten maken er gebruik van	(F)ACT team is aanwezig, voldoet aan de voorwaarden wat betreft samenstelling van het team en de caseload, patiënten maken er gebruik van, en de hulpverlening wordt periodiek geëvalueerd
Werkprojecten	Geen werkprojecten aanwezig	Werkprojecten zijn aanwezig, maar de patiënten zijn er niet mee bekend	Werkprojecten zijn aanwezig en patiënten maken er gebruik van	Werkprojecten zijn aanwezig, patiënten maken er gebruik van en de projecten worden periodiek geëvalueerd
Acute dagbehandeling / crisisbed	Is niet beschikbaar	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, wordt ingezet bij patiënten en wordt periodiek geëvalueerd
Intensieve psychiatrische thuiszorg	Is niet beschikbaar	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, wordt ingezet bij patiënten, en wordt periodiek geëvalueerd
Cognitieve gedragstherapie	Is niet beschikbaar	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, wordt ingezet bij patiënten en wordt periodiek geëvalueerd
Motiverende gespreksvoering	Is niet beschikbaar	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, wordt ingezet bij alle patiënten en wordt periodiek geëvalueerd

<i>Zorgorganisatie</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Psycho-educatie patiënt en familieleden	Is niet beschikbaar	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij patiënten en/of familieleden	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij patiënten en/of familieleden	Is beschikbaar, wordt ingezet bij patiënten en/of familieleden en wordt periodiek geëvalueerd
Systematische rehabilitatie methodieken	Is niet beschikbaar, of wel rehabilitatie-aanpak, maar niet volgens systematische methodiek	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij patiënten	Is beschikbaar, wordt ingezet bij patiënten en wordt periodiek geëvalueerd
Systeem en/of -gezinsinterventie	Is niet beschikbaar	Is beschikbaar, maar wordt niet ingezet bij familieleden van patiënten	Is beschikbaar, en wordt ingezet bij familieleden van patiënten	Is beschikbaar, wordt ingezet bij familieleden van patiënten en wordt periodiek geëvalueerd

<i>Farmacotherapie</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Farmacotherapeutische behandelrichtlijn	Er is geen farmacotherapeutische behandelrichtlijn beschikbaar	Er is een farmacotherapeutische behandelrichtlijn beschikbaar	Er is een farmacotherapeutische behandelrichtlijn beschikbaar die wordt toegepast bij patiënten	Er is een behandelrichtlijn beschikbaar die wordt toegepast bij patiënten en die periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld wordt
Clozapinebeleid	Er is geen beleid ten aanzien van het indiceren van en behandelen met clozapine	Er is een beleid ten aanzien van het indiceren van en behandelen met clozapine	Er is een beleid ten aanzien van het indiceren van en behandelen met clozapine, dat wordt toegepast bij patiënten	Er is een beleid ten aanzien van clozapine, dat wordt toegepast bij patiënten en dat periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld wordt
Polyfarmacie	n.v.t.	Patiënt gebruikt meerdere anti-psychotica en/of psychofamaca en/of andere medicatie van meerdere voorschrijvers maar dit wordt niet gereviewed	Patiënt gebruikt meerdere antipsychotica en/of psychofamaca en/of andere medicatie van meerdere voorschrijvers en dit wordt gereviewed.	Patiënt gebruikt meerdere antipsychotica en/of psychofamaca en/of andere medicatie van meerdere voorschrijvers en dit wordt periodiek en systematisch gereviewed.

<i>Farmacotherapie</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Metabool syndroom	Er wordt niet getest op indicatoren voor het metabool syndroom (gewicht, nuchter glucose, vetspectrum, buikomvang, body mass index, bloeddruk)	Er wordt getest op indicatoren van het metabool syndroom, maar niet volgens een vast protocol en niet bij alle patiënten	Er wordt getest op alle indicatoren van het metabool syndroom, volgens een vast protocol en bij alle patiënten	Er wordt getest op alle indicatoren van het metabool syndroom, volgens een vast protocol en bij alle patiënten, en het protocol wordt periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Bewegingsstoornissen	Er wordt niet getest op bewegingsstoornissen	Er wordt getest op bewegingsstoornissen, maar niet systematisch (bijv. met SADIMoD)	Er wordt systematisch getest op bewegingsstoornissen	Er wordt systematisch getest op bewegingsstoornissen en deze tests worden periodiek herhaald

<i>Behandeluitkomsten</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Verslavingsgedrag	Wordt niet gemeten	Wordt wel gemeten, maar niet met een gevalideerd instrument	Wordt incidenteel gemeten met een gevalideerd instrument	Wordt structureel gemeten met een gevalideerd instrument
Symptomatologie	Wordt niet gemeten	Wordt wel gemeten, maar niet met een gevalideerd instrument	Wordt incidenteel gemeten met een gevalideerd instrument	Wordt structureel gemeten met een gevalideerd instrument
Kwaliteit van leven	Wordt niet gemeten	Wordt wel gemeten, maar niet met een gevalideerd instrument	Wordt incidenteel gemeten met een gevalideerd instrument	Wordt structureel gemeten met een gevalideerd instrument
Patiëntwaardering	Wordt niet gemeten	Wordt wel gemeten, maar niet met een gevalideerd instrument	Wordt incidenteel gemeten met een gevalideerd instrument	Wordt structureel gemeten met een gevalideerd instrument
Sociaal functioneren	Wordt niet gemeten	Wordt wel gemeten, maar niet met een gevalideerd instrument	Wordt incidenteel gemeten met een gevalideerd instrument	Wordt structureel gemeten met een gevalideerd instrument
Zorgbehoeften	Wordt niet gemeten	Wordt wel gemeten, maar niet met een gevalideerd instrument	Wordt incidenteel gemeten met een gevalideerd instrument	Wordt structureel gemeten met een gevalideerd instrument

<i>Betrokkenheid familie</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Instellingsbeleid	Er is geen instellingsbeleid ten aanzien van het betrekken van de familie van patiënten	Er is een instellingsbeleid ten aanzien van het betrekken van de familie van patiënten	Er is een instellingsbeleid ten aanzien van het betrekken van de familie van patiënten en dit beleid wordt ten uitvoer gebracht	Er is een instellingsbeleid ten aanzien van het betrekken van de familie van patiënten dat ten uitvoer wordt gebracht en dat periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld wordt
Informatieverstrekking aan familieleden	Familieleden van patiënten uit de doelgroep worden niet geïnformeerd over de behandel-mogelijkheden voor de patiënt	Familieleden van patiënten uit de doelgroep worden geïnformeerd over de behandel-mogelijkheden voor de patiënt	Familieleden van patiënten uit de doelgroep worden geïnformeerd over de behandel-mogelijkheden voor de patiënt en op de hoogte gehouden van de voortgang	Familieleden van patiënten uit de doelgroep worden geïnformeerd over de behandel-mogelijkheden voor de patiënt, worden op de hoogte gehouden van de voortgang en worden periodiek naar hun mening over die voortgang gevraagd
Behandelplan	In het behandelplan wordt geen rekening gehouden met de wensen van de familie van patiënten	In het behandelplan zijn de wensen van de familie van patiënten vastgelegd	In het behandelplan zijn de wensen van de familie van patiënten vastgelegd, en deze wensen komen tot uiting in de gestelde doelen	In het behandelplan zijn de wensen van de familie van patiënten vastgelegd; deze wensen komen tot uiting in de gestelde doelen en worden periodiek geëvalueerd

KWALITEIT VAN BEHANDELDOSSIERS

<i>Diagnostiek</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
DSM-IV (TR)	Geen diagnose aanwezig, of geen volledige DSM-IV	DSM-IV diagnose op alle vijf assen aanwezig, maar niet volgens een standaard procedure gesteld (bijv. interview)	DSM-IV diagnose op alle vijf assen aanwezig en volgens een standaard procedure gesteld	Volledige diagnostiek en de diagnostiek wordt periodiek herhaald en zonodig bijgesteld
Diagnose middelenafhankelijkheid in DSM-IV (TR) diagnostiek of in behandelplan	Geen diagnose middelenafhankelijkheid aanwezig	Diagnose middelenafhankelijkheid aanwezig, maar niet volgens standaard procedure gesteld (bijv. interview)	Diagnose middelenafhankelijkheid aanwezig en volgens standaard procedure gesteld	Diagnose is gestandaardiseerd vastgesteld en wordt periodiek gecontroleerd en zonodig bijgesteld (patiëntenbespreking)
Lichamelijk onderzoek	Geen gegevens over lichamelijk onderzoek aanwezig of weigeren onderzoek	Gegevens over lichamelijk onderzoek of het weigeren ervan aanwezig, of laboratoriumuitslagen over middelengebruik of informatie over weigeren lab onderzoek	Gegevens over lichamelijk onderzoek aanwezig, inclusief laboratoriumuitslagen over middelengebruik	Gegevens over herhaald lichamelijk onderzoek aanwezig, inclusief herhaalde laboratoriumuitslagen over middelengebruik
<i>Behandelplan</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Behandelplan	Geen recent (< 1 jaar) of onvolledig behandelplan aanwezig in dossier	Recent behandelplan aanwezig, maar niet ondertekend door de patiënt (of aantekening van mondelinge toestemming of proces van toestemming verkrijgen)	Recent behandelplan aanwezig en ondertekend door de patiënt (of aantekening van mondelinge toestemming of proces van toestemming verkrijgen)	Operationeel en periodiek (minimaal jaarlijks) geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Aandacht voor wensen en behoeften van de patiënt	Niet genoteerd in behandelplan	Genoteerd in behandelplan, maar niet volgens standaard procedure vastgesteld (bijv. interview)	Genoteerd in behandelplan en volgens standaard procedure vastgesteld (bijv. interview)	Systematische aandacht wensen patiënt en minimaal jaarlijks geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Aandacht voor wensen van familieleden	Niet genoteerd in behandelplan	Incidenteel genoteerd in behandelplan	Systematische aandacht voor wensen van familieleden	De betrokkenheid van familieleden wordt periodiek geëvalueerd en leidt zonodig tot aangepast beleid

<i>Behandelplan</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Doelen met betrekking tot middelen-afhankelijkheid en/of het gebruiken van middelen	In het behandelplan zijn geen doelen over de aanpak van de middelen-afhankelijkheid en/of -gebruik geformuleerd	In het behandelplan zijn doelen over de aanpak van de middelenafhankelijkheid en/of -gebruik geformuleerd	In het behandelplan zijn doelen over de aanpak van de middelenafhankelijkheid en/of gebruik geformuleerd en er zijn afspraken met patiënt gemaakt over het (niet) gebruiken van middelen	Doelen vastgesteld met patiënt en deze afspraken worden periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Taxatie risico op suïcide	Geen risicotaxatie aanwezig in dossier	Risicotaxatie aanwezig in dossier	Risicotaxatie aanwezig in dossier en besproken met de patiënt	Minimaal jaarlijks aandacht voor risicotaxatie en zonodig bijstelling beleid
Signalerings- of noodplan	Geen signalerings- of noodplan aanwezig in dossier (of: n.v.t.)	Signalerings- of noodplan aanwezig in dossier, maar niet actueel (> 1 jaar)	Actueel signalerings- of noodplan aanwezig in dossier en aantoonbaar vastgesteld met de patiënt	Signalerings- of noodplanplan is aanwezig in dossier, is vastgesteld met de patiënt en periodiek geëvalueerd en zonodig bijgesteld
<i>Farmacotherapie</i>	<i>Afwezig</i>	<i>Aanwezig</i>	<i>Operationeel</i>	<i>Geborgd</i>
Medicatie-document (met naam, dosering, zo nodige medicatie)	Medicatie-document niet aanwezig of niet van toepassing of patiënt weigert (score n.v.t.)	Medicatie-document aanwezig maar niet volledig, niet up to date of niet uniek (= geen ander lijstje of aantekeningen aanwezig)	Medicatie-document is volledig, up to date en uniek	Medicatie-document operationeel en het medicatiegebruik wordt periodiek met de patiënt geëvalueerd en zonodig bijgesteld
Metaboolsyndroom	Geen gegevens over testen op het metabool syndroom aanwezig in dossier of n.v.t.	Testen op enkele indicatoren van het metabool syndroom aanwezig in dossier (gewicht, nuchter glucose, vetspectrum, buikomvang, body mass index, bloeddruk)	Testen op alle indicatoren van het metabool syndroom aanwezig in dossier (gewicht, nuchter glucose, vetspectrum, buikomvang, body mass index, bloeddruk)	Operationeel en testen worden periodiek (minimaal jaarlijks) herhaald
Bewegingsstoornissen	Geen gegevens over bewegingsstoornissen aanwezig in dossier of n.v.t.	Gegevens over bewegingsstoornissen aanwezig in dossier, maar niet systematisch vastgelegd (bijv. met SADIMoD)	Gegevens over bewegingsstoornissen aanwezig in dossier, en systematisch vastgelegd	Minimaal jaarlijks testen op alle indicatoren en zonodig aanpassing van het behandelbeleid

BIJLAGE 4 Handhavingstraject per instelling

Elf instellingen hebben naar het oordeel van de inspectie de zorg over de hele linie zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen, geen of een gering risico loopt op onverantwoorde zorg. Dit zijn: GGZ Noord Holland Noord*, Lentis/Linis, GGZ Breburg Groep (GGZ regio Breda), GGZ Westelijk Noord Brabant, Parnassia Bavo groep/Parnassia Den Haag en Palier, GGZ Breburg Groep (GGZ MB), GGZ Drenthe (Evean)*, GGZ Delfland, GGZ Eindhoven en de Kempen*, Stichting Altrecht, Rivierduinen.

* deze instellingen hebben toch een plan van aanpak opgesteld

Vijftien instellingen hebben naar het oordeel van de inspectie de zorg over de hele linie zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen, een gering tot matig risico loopt op onverantwoorde zorg. Dit zijn: GGZ Oost-Brabant, Mondriaan, Symfora Groep, Mediant, Stichting GGZ Friesland*, Stichting Buitenamstel Geestgronden, Arkin (Jellinek/Mentrum), Stichting GGZ Nijmegen*, Dimence (stichting Adhesie)*, De Gelderse Roos, GGZ Noord en Midden Limburg Groep, Delta psychiatrisch Centrum, Dimence (Zwolse Poort), Meerkanten*, De grote Rivieren

* van deze instellingen wordt het plan van aanpak beoordeeld door de inspectie

Zes instellingen hebben naar het oordeel van de inspectie de zorg over de hele linie zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen, een verhoogd risico loopt op onverantwoorde zorg. Dit zijn: GGZ Dijk en Duin, Arkin (AMC de Meren), GGZ centrum Westfriesland, Reinier van Arkel Groep, Parnassia Bavo groep/Bavo Europoort, locatie Rotterdam, GGNet.

Eén instelling heeft naar het oordeel van de inspectie de zorg over de hele linie zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat de schizofrene patiënt die tevens afhankelijk is van middelen, een hoog tot zeer hoog risico loopt op onverantwoorde zorg. Dit is Emergis. Direct na het vaststellen van het instellingsrapport is geïntensiveerd toezicht ingesteld.

BIJLAGE 5 Samenvatting resultaten toezichtbezoek

Tabel 3

Aantal indicatoren per toezichtcategorie en per instelling die minimaal operationeel zijn gescoord

	<i>Zorgverantwoordelijkheid</i>	<i>Drugspreventiebeleid</i>	<i>Diagnostiek</i>	<i>Behandelplan</i>	<i>Zorgprogramma</i>	<i>Behandelaanbod verslaving</i>	<i>Niet medicamenteus aanbod</i>	<i>Farmacotherapie</i>	<i>Behandele uitkomsten</i>	<i>Familiebetrokkenheid</i>
<i>Aantal indicatoren</i>	4	1	3	6	1	1	9	5	6	3
<i>Instelling/</i>	<i>Aantal indicatoren operationeel</i>									
Mondriaan	4	1	3	2	1	1	8	4	6	0
GGZ Oost Brabant	1	0	3	5	1	1	5	3	2	0
Arkin AMC de Meren	3	1	2	3	0	0	8	4	3	0
GGZ Noord Holland Noord	3	0	1	1	1	1	9	2	3	0
Stichting GGZ Nijmegen	4	1	2	5	1	1	7	0	0	0
de Grote Rivieren	4	0	3	4	1	1	7	3	4	0
GGZ Breburg, vh GGZ regio Breda	4	0	2	4	0	1	9	3	1	3
GGZ Noord en Midden Limburg	1	0	2	3	0	1	7	4	4	1
GGZ Westelijk Noord Brabant	3	1	3	2	1	1	9	3	6	2
Reinier van Arkel	2	1	1	2	0	0	4	1	1	0
St. Buitenamstel Geestgronden	3	0	3	4	0	0	9	4	6	0
Parnassia Bavo Den Haag/ Palier	4	1	2	5	1	1	9	4	6	3
GGZ Breburg, vh GGZ Midden Brabant	4	1	3	2	1	1	9	2	1	2
Parnassia Bavo, GGZ Dijk en Duin	0	1	0	0	0	0	5	0	0	2
Arkin, Jellinek/Mentrum	4	1	2	3	0	0	8	4	4	1
Dimence, vh St. Adhesie	4	1	3	4	1	1	8	4	5	2
Meerkanten	4	1	2	4	1	1	8	4	4	2
Stichting GGZ Friesland	3	0	1	2	1	0	8	4	5	0
Lentis, Linis	4	0	3	2	1	0	8	3	6	2
GGZ Drenthe, vh Eean	4	1	3	3	1	1	9	5	6	3

	<i>Zorgverantwoordelijkheid</i>	<i>Drugpreventiebeleid</i>	<i>Diagnostiek</i>	<i>Behandelplan</i>	<i>Zorgprogramma</i>	<i>Behandelaanbod verslaving</i>	<i>Niet medicamenteus aanbod</i>	<i>Farmacotherapie</i>	<i>Behandelaankomsten</i>	<i>Familiebetrokkenheid</i>
<i>Aantal indicatoren</i>	4	1	3	6	1	1	9	5	6	3
<i>Instelling/</i>	<i>Aantal indicatoren operationeel</i>									
Mediant	3	1	2	4	0	0	8	5	2	2
De Gelderse Roos	4	1	1	3	0	1	8	2	5	1
Dimence, vh Zwolse Poort	4	1	3	4	0	1	8	5	6	3
GGZ Delftland	4	1	3	3	1	1	9	5	6	0
GGNet	0	1	1	2	0	0	8	1	1	0
Parnassia Bavo locatie Rotterdam	3	0	1	1	1	1	9	4	0	1
GGZ Eindhoven en de Kempen	4	1	2	5	1	1	9	2	6	3
Symfora groep	3	1	3	4	1	0	6	3	4	2
Delta psychiatrisch centrum	4	1	3	3	1	1	6	4	4	0
Emergis	0	0	1	0	0	0	5	3	2	0
Stichting Altrecht	3	0	3	4	1	1	8	3	4	1
GGZ Centrum Westfriesland	0	0	1	3	0	0	4	1	2	0
Rivierduinen	4	0	2	2	1	1	8	5	5	1

