

**Zelfstandig gevestigde psychiaters in beeld:
voorwaarden voor verantwoorde zorg over
het algemeen aanwezig, maar praktijkvoering
en kwaliteitsbewaking behoeven verbetering**

Den Haag, juli 2009

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Hierbij zend ik u het inspectierapport *Zelfstandig gevestigde psychiaters in beeld: voorwaarden voor verantwoorde zorg over het algemeen aanwezig, maar praktijkvoering en kwaliteitsbewaking behoeven verbetering*. Dit rapport is een weergave van de resultaten van een inventariserend onderzoek naar de praktijk van zelfstandig gevestigde psychiaters. Het onderzoek vond plaats van medio 2006 tot medio 2008.

De inspectie geeft prioriteit aan toezicht op de zorg voor kwetsbare groepen, zoals psychiatrische patiënten. In het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg is vooral nadruk gelegd op behandeling van psychiatrische patiënten in GGZ-instellingen. Systematisch toezicht op behandeling van deze groep door zelfstandig gevestigde psychiaters ontbreekt tot nog toe. In het verleden zijn deze praktijken alleen bezocht naar aanleiding van een melding of calamiteit. Zodoende is er dus weinig bekend over de risico's in en kenmerken van dit praktijkveld. Om die reden is hiernaar een inventariserend onderzoek gedaan. De resultaten van het onderzoek geven een eerste beeld van het praktijkveld. Vanwege het karakter van dit onderzoek gaat het hier dus niet om regulier toezicht.

De onderzoeksresultaten laten een gevarieerd praktijkveld zien, zowel in de zin van behandelaanbod, patiëntenpopulatie als omvang van de praktijk. De zelfstandig gevestigde psychiater voldoet over het algemeen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg en werkt actief aan kwaliteitsontwikkeling.

Hoewel op veel vlakken de zorgverlening op operationeel niveau is, is borging van het zorgproces nog niet in elke zelfstandige praktijk realiteit. Om aan de wettelijke eisen te voldoen, zijn verbeteringen ten aanzien van klachtmogelijkheden, dossiervoering en dossierborging noodzakelijk. Daarnaast is het belangrijk om uit oogpunt van cliëntgerichtheid, transparantie en continuïteit meer aandacht te besteden aan een adequate dossiervoering en -inrichting, schriftelijke vastlegging van waarnemingsafspraken en de scheiding tussen werk- en privédomein. Om de kwaliteit van de praktijk en professionalisering van de zelfstandig gevestigde psychiater te verbeteren, is verdere ontwikkeling gewenst ten aanzien van visitatie, intervisie, patiënttevredenheid en het melden van calamiteiten en suïcides bij de inspectie.

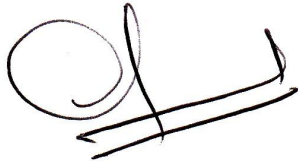
Genoemde onderwerpen vinden hun basis in wetgeving, beroepsnormen en bestaande veldnormen. Voor een aantal belangrijke aspecten zijn echter nog geen veldnormen ontwikkeld. Naast een boodschap voor de individuele zelfstandig gevestigde psychiater dient dit rapport daarom ook als signaal richting de beroepsgroep als geheel; voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ligt een taak om hierop actie te ondernemen en kwaliteitsontwikkeling (verder) te stimuleren. De inspectie vindt nieuwe veldnormontwikkeling belangrijk waar het gaat om vaste dossierinrichting en adequate dossier-

vastlegging, schriftelijke afspraken over waarneming, afspraken over scheiding werk-/privédomein bij een praktijk aan huis, visitatie, intervisie, meldingen van calamiteiten en suïcides aan de inspectie, en patiënttevredenheid.

De inspectie zal met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie afspraken maken over het realiseren van nieuwe veldnormen in 2009 en de implementatie ervan in 2010. De inspectie verzoekt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nieuwe veldnormontwikkeling binnen dit praktijkveld te ondersteunen en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te stimuleren om deze op te stellen voor eind 2009.

De ontwikkeling van nieuwe veldnormen heeft een tweeledig doel. De beroepsgroep kan hierdoor haar kwaliteit van verleende zorg verder verbeteren. Daarnaast kan door normontwikkeling een toetsingskader uitgewerkt worden dat de inspectie kan inzetten bij haar toezichttaak en dat systematisch toezicht op de zelfstandig gevestigde psychiaters in de toekomst mogelijk maakt. Het voornemen is om in 2011 thematisch toezicht uit te voeren binnen dit praktijkveld, als follow-up op dit inventariserend onderzoek.

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, juli 2009

Samenvatting

De inspectie geeft prioriteit aan toezicht op de zorg voor kwetsbare groepen, zoals psychiatrische patiënten. In het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg is vooral nadruk gelegd op behandeling van psychiatrische patiënten in GGZ-instellingen. Systematisch toezicht op behandeling van deze groep door zelfstandig gevestigde psychiaters ontbreekt tot nog toe. In het verleden zijn deze praktijken alleen bezocht naar aanleiding van een melding of calamiteit. Zodoende heeft de inspectie weinig inzicht in het praktijkveld van de zelfstandig gevestigde psychiaters. Om die reden is hiernaar een inventariserend onderzoek gedaan. De resultaten van het onderzoek geven een eerste beeld van het praktijkveld. Vanwege het karakter van dit onderzoek gaat het hier dus niet om regulier toezicht.

De onderzoeksresultaten laten een gevarieerd praktijkveld zien, zowel in de zin van behandel aanbod, patiëntenpopulatie als omvang van de praktijk. De zelfstandig gevestigde psychiater voldoet over het algemeen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg en werkt actief aan kwaliteitsontwikkeling. Hoewel op veel vlakken de zorgverlening op operationeel niveau is, is borging van het zorgproces nog niet in elke zelfstandige praktijk realiteit. Zo voldoet de praktijkvoering van zelfstandig gevestigden soms niet aan wettelijk vereisten als deelname aan een klachtenregeling, het opnemen van het behandelplan en aantekening van bespreking daarvan met de cliënt in het dossier, procedures voor dossiervernietiging en dossieroverdracht en afsluitbare dossierkasten. Uit oogpunt van patiëntenbelang is het noodzakelijk dat de zelfstandig gevestigde psychiaters zo spoedig mogelijk aan het wettelijke vereiste gaan voldoen. Daarbij wordt van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie verwacht dat zij de komende tijd de zelfstandig gevestigde psychiaters attendeert op die voornoemde aspecten van de praktijkvoering die niet voldoen aan de wettelijke vereisten en hen stimuleert die te verbeteren.

Daarnaast is het van belang dat de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie veldnormen ontwikkelt op die onderdelen van de praktijkvoering waarvoor geen wettelijke verplichting geldt: vaste dossierinrichting en adequate dossiervastlegging, schriftelijke afspraken over waarneming, afspraken over scheiding werk-/privédomein bij een praktijk aan huis, visitatie, intervisie, meldingen van calamiteiten en suïcides aan de inspectie, en patiënttevredenheid.

Deze onderzoeksresultaten die een eerste beeld van het praktijkveld geven, vormen de bouwstenen van een te ontwikkelen toetsingskader. Dit kader zal in de nabije toekomst worden gebruikt voor systematisch toezicht van dit praktijkveld.

Inhoudsopgave

Samenvatting 5

1 Inleiding 9

2 Conclusies, aanbevelingen en acties inspectie 14

- 2.1 Voorwaarden voor verantwoorde zorg over het algemeen aanwezig in een divers praktijkveld 14
- 2.2 Praktijkvoering volgt deels wettelijke eisen, beroeps- en veldnormen maar dossierborging, klachtenregeling en formalisering van afspraken nog niet op het vereiste niveau 15
- 2.3 Kwaliteitsbewaking aanwezig maar nog niet structureel verankerd 16
- 2.4 Verdere actie van de inspectie 18

3 Bevindingen ten aanzien van praktijk zelfstandig gevestigd psychiater 19

- 3.1 Algemene praktijkenmerken 19
 - 3.1.1 Zelfstandig gevestigde psychiater vaak man met relatief hoge leeftijd en volledige werkweek 19
 - 3.1.2 Zwaartepunt van deskundigheid op psychotherapie en biologische psychiatrie 19
 - 3.1.3 Farmacotherapie, individuele psychotherapie en begeleidende gesprekken meest toegepast met een behandelduur van gemiddeld anderhalf jaar 19
 - 3.1.4 Gevarieerde patiëntenpopulatie met een duidelijk behandelresultaat 22
 - 3.1.5 Tevredenheidsonderzoek bij patiënten en verwijzers geen gemeengoed 23
 - 3.1.6 Melden van calamiteiten en suïcides nog geen reguliere praktijk 23
 - 3.1.7 Diversiteit in praktijken 23
- 3.2 Professionalisering 24
 - 3.2.1 Meeste zelfstandig gevestigde psychiaters lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 25
 - 3.2.2 Collegiale toetsing in de praktijk voldoende aanwezig 25
 - 3.2.3 Voldoende gebruik van kwaliteitsinstrumenten 26
 - 3.2.4 Eén op de vijf zelfstandig gevestigde psychiaters niet aangesloten bij een klachtencommissie 26
- 3.3 Kwaliteit van behandeling 27
 - 3.3.1 Vastlegging informed consent in behandelplan en dossier onvoldoende 27
 - 3.3.2 Gebruik van indicatiestellingsinstrumenten gangbare praktijk 28
 - 3.3.3 Periodieke evaluatie meestal mondeling en gemiddeld drie keer gedurende de lopende behandeling 28
 - 3.3.4 Richtlijnen Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen het meest toegepast 31
- 3.4 Continuïteit van behandeling en organisatie 32
 - 3.4.1 Vaste dossierinrichting en regeling voor dossieroverdracht geen gangbare praktijk 32
 - 3.4.2 Korte wachttijd en weinig wachtlijsten 33
 - 3.4.3 Afspraken met ketenpartners en afspraken over waarneming over het algemeen niet schriftelijk vastgelegd 34
 - 3.4.4 Informatieverstrekking aan verwijzers onvoldoende 35
 - 3.4.5 Scheiding praktijk/privé niet voldoende geregeld 38

- 4 Beschouwing 39**
- 4.1 Het praktijkveld van de zelfstandig gevestigde psychiater in beeld 39
- 4.2 Ontwikkeling van nieuwe veldnormen 39
- 4.3 Bureau Zichtbare Zorg draagt zorg voor verdere ontwikkeling van indicatoren 40
- 4.4 Overwegingen ten aanzien van follow-up onderzoek door de inspectie 40

- 5 Summary 41**

Bijlagen

- 1 Literatuuroverzicht 43
- 2 Lijst van afkortingen 46
- 3 Risicoprofiel 47
- 4 Onderwerpen bijlagen op www.igz.nl 51

1 Inleiding

Aanleiding en belang

De eerste groep zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg het gefaseerd toezicht (GT) toepast, zijn de psychiaters. Zelfstandig gevestigde psychiaters zijn medisch specialisten die een eigen praktijk hebben en daar patiënten onderzoeken en/of behandelen. Een aantal van hen is alleen werkzaam in een eigen praktijk, een deel van deze psychiaters werkt vaak daarnaast nog in dienstverband, bijvoorbeeld bij een GGZ-instelling.

De inspectie geeft prioriteit aan toezicht op de zorg voor kwetsbare groepen, zoals psychiatrische patiënten. In het toezicht op de geestelijke gezondheidszorg is vooral nadruk gelegd op behandeling van psychiatrische patiënten in GGZ-instellingen. Systematisch toezicht op behandeling van deze groep door zelfstandig gevestigde psychiaters ontbreekt tot nog toe. In het verleden zijn deze praktijken alleen bezocht naar aanleiding van een melding of calamiteit. Zodoende is er dus weinig bekend over de risico's in en kenmerken van dit praktijkveld. Om die reden is hiernaar een inventariserend onderzoek gedaan. De resultaten van het onderzoek geven een eerste beeld van het praktijkveld. Vanwege het karakter van dit onderzoek gaat het hier dus niet om regulier toezicht.

De inspectie heeft behoefte aan een overzicht van de belangrijkste kenmerken van en risico's in de hedendaagse praktijken van de zelfstandig gevestigde psychiaters. Uit gesprekken met de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is gebleken dat het praktijkveld ook hierin geïnteresseerd is in verband met bevordering van de kwaliteit van zorg. De afgelopen jaren hebben de zelfstandig gevestigde praktijken nieuwe ontwikkelingen doorgemaakt. Zo is bijvoorbeeld steeds meer aandacht van de zelfstandig gevestigde psychiater gevraagd voor nieuwe randvoorwaardelijke ontwikkelingen (DBC's, nieuwe zorgverzekeringswet etc). Waakzaamheid is geboden dat de kwaliteit van het primaire proces niet hieronder lijdt. Ook in deze nieuwe situatie kunnen zich risico's voordoen.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek was tweeledig. Enerzijds was het doel om een algemeen beeld te verkrijgen van de zelfstandig gevestigde praktijken door middel van het verzamelen van gegevens over een aantal belangrijke kenmerken van het werk en de patiënten van de zelfstandig gevestigde psychiaters. Anderzijds diende dit onderzoek om een toezichtinstrument met indicatoren te ontwikkelen voor de eerste fase van het gefaseerd toezicht voor zelfstandig gevestigde psychiaters (zie bijlagen www.igz.nl).

Vraagstelling

Voor het vaststellen van relevante praktijktyperingingen moeten de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord:

- 1 Wat bieden zelfstandig gevestigde psychiaters aan behandeling en aan wie; hoe voeren ze deze uit en welke afspraken hebben zij hierover gemaakt en met wie?
- 2 In hoeverre houdt de groep zelfstandig gevestigde psychiaters in de uitvoering van diagnostiek en behandeling zich aan wettelijke bepalingen, de beroepscode en beroepsstandaarden/veldnormen?

- 3 In hoeverre maakt de uitvoering van de zorg systematisch onderdeel uit van een kwaliteitsbewakingscyclus, met daarin aandacht voor intercollegiale toetsing (zoals intervisie en visitatie), in de zelfstandig gevestigde praktijken?

In hoofdstuk 2 en 3 worden achtereenvolgens de conclusies en resultaten ten aanzien van deze onderzoeksvragen weergegeven. Bijlage 4 (zie www.igz.nl) richt zich op de methodologische verantwoording en de bruikbaarheid van het toezichtinstrument. In deze bijlage wordt aangegeven wat bij de zelfstandig gevestigde psychiaters de risicofactoren op kwalitatief onvoldoende psychiatrische behandeling zijn en of de indicatoren voor het bepalen van de risicofactoren toepasbaar zijn om een selectie-instrument te ontwikkelen voor de eerste fase van gefaseerd toezicht bij de zelfstandig gevestigde psychiaters.

De deelrapportage die in de bijlagen (zie www.igz.nl) staat, is overgedragen aan de werkgroep Prestatie-indicatoren Zelfstandig Gevestigde Professionals^[1]. Zij draagt zorg voor een verdere ontwikkeling van de indicatoren.

Onderzoeksmethode

In dit inventariserend onderzoek is gekeken naar de belangrijkste typering van dit praktijkveld. Daarnaast richtte het onderzoek zich op de ontwikkeling van een toezicht-instrument met indicatoren^[2] ten behoeve van risicodetectie. Dit onderzoeksaspect wordt nader uitgewerkt in de bijlagen en betreffen de methodologische verantwoording van het onderzoek, het overzicht van indicatoren, het inspectieformulier en het praktijk-bezoekformulier. Hiervoor wordt verwezen naar www.igz.nl.

Het totale onderzoek vond plaats van medio 2006 tot medio 2008.

Om de populatie van de zelfstandig gevestigde psychiaters in beeld te krijgen werd via het BIG-register een lijst verkregen van 2.344 als psychiater ingeschreven geneeskundigen. Al deze psychiaters ontvingen, in een schriftelijke inventariserende ronde, een korte vragenlijst waarin werd gevraagd hoe zij hun werkzaamheden uitoefenden. Van 2.134 psychiaters werd (na rappel) een reactie terug ontvangen; 210 psychiaters reageerden niet. 516 respondenten gaven aan (deels) werkzaam te zijn in een vrijgevestigde praktijk.

Het inspectieformulier, het IF (zie bijlagen www.igz.nl), bestond uit 50 inventariserende en toetsende vragen. Met behulp van deze vragen werd getracht een beeld te verkrijgen van het praktijkveld, zoals verschillen tussen grote en kleine praktijken, verschillen in werkwijzen en patiëntenpopulaties en verschillen tussen zelfstandig gevestigde psychiaters met alleen een eigen praktijk en zij die daarbij ook een dienstverband in een instelling hebben. Een werkgroep van inspecteurs en methodologen heeft deze vragen ontwikkeld om relevante praktijkinformatie te verzamelen en risico's te kunnen meten. De risicodetectie is nader uitgewerkt in de bijlagen (www.igz.nl).

[1] Deze werkgroep valt onder de projectorganisatie Zichtbare Zorg GGZ. Deze organisatie met een projectbureau, deel uitmakend van de programmadirectie Zichtbare Zorg die ingesteld is door het ministerie van VWS, werkt aan een zorgbrede ontwikkeling van indicatoren. In de werkgroep prestatie-indicatoren zijn alle relevante partijen vertegenwoordigd: het Landelijk Platform GGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg, GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Nederlands Instituut voor Psychologen.

[2] Een meetbaar aspect van de uitkomst, proces of structuur van de zorg, dat een aanwijzing geeft voor een risico voor de gezondheid en het welbevinden van een patiënt.

Bij een beperkt aantal (10) zelfstandig gevestigde psychiaters is in april 2006 een pilot uitgevoerd om de invulbaarheid en de eenduidigheid van de vragen uit het inspectieformulier te testen. Op basis van de resultaten uit deze pilot is de vragenlijst aangepast.

Aan de 516 vrijgevestigde psychiaters en de 210 non-respondenten uit de eerste schriftelijke inventariserende ronde werd vervolgens een inspectieformulier verzonden (n = 726). 618 formulieren werden geheel of gedeeltelijk ingevuld teruggezonden. Een groot aantal (n = 199) psychiaters hiervan bleek alsnog niet of niet meer te voldoen aan de definitie van zelfstandig gevestigde of had inmiddels de eigen praktijk gestopt. Deze psychiaters hebben dus onterecht een formulier toegezonden gekregen. Nadat is gecorrigeerd voor deze groep psychiaters omvat de onderzoekspopulatie uiteindelijk 527 zelfstandig gevestigde psychiaters en bestaat de responsgroep uit 419 respondenten (80 procent). Een aantal respondenten heeft echter niet alle vragen beantwoord, zodat het totaal aantal respondenten per vraag kan variëren.

Het onderzoek betrof alle fasen van de psychiatrische behandeling van patiënten in de praktijk van de zelfstandig gevestigde psychiaters, inclusief alle voorwaarden die aan een zelfstandig gevestigde praktijk kunnen worden gesteld.

Met behulp van het inspectieformulier werd aan de zelfstandig gevestigde psychiaters gevraagd een oordeel te geven over verschillende onderdelen van hun eigen praktijkvoering. Omdat dit het oordeel van de psychiater zelf betreft, bestaat de kans dat bepaalde onderzoeksresultaten positiever zijn uitgevallen dan de praktijk in werkelijkheid uit zou kunnen wijzen. Ook bestaat de mogelijkheid dat de resultaten rooskleuriger zijn als gevolg van de niet-anonieme deelname aan het onderzoek. Hier staat tegenover dat er door de hoge respons sprake lijkt van een representatieve onderzoeksgroep. Daarnaast is het inspectieformulier in het praktijkveld gevalideerd.

In het kader van deze validatie zijn 29 zelfstandig gevestigde psychiaters door inspecteurs bezocht. Deze psychiaters zijn willekeurig geselecteerd uit de drie risicogroepen (hoog/matig/laag). Hierbij zijn, vanwege de grootte van het ingeschatte risico, meer zelfstandig gevestigde psychiaters bezocht uit de hoog-risicocategorie dan uit de matig en de laag-risicocategorie.

Bij dit validatie-onderzoek is nagegaan of het IF geschikt is om risicovolle praktijken van zelfstandig gevestigde psychiaters te detecteren. Het onderzoeksinstrument voor deze fase is een risico-inschattingsinstrument: een gespreksformulier met alle toetsende vragen die betrekking hebben op de kernaspecten professionalisering, kwaliteit van behandeling en continuïteit van behandeling en praktijkorganisatie. Tijdens het gesprek was het bekijken van patiëntdossiers een vast onderdeel. De validatie is dus uitgevoerd met een risico-inschattingsinstrument waarmee de bezoekende inspecteur, op basis van dezelfde toetsende vragen (indicatoren) als die voor het IF zijn gebruikt, een algehele risico-inschatting van de praktijk van de zelfstandig gevestigde psychiater heeft gemaakt. Het oordeel van de inspecteurs over het risico van de zelfstandig gevestigde psychiater werd vervolgens vergeleken met het risiconiveau volgens het IF. Dit leidde tot een uitspraak over de mate waarin de risico-inschatting volgens het IF overeenkomt met de risico-inschatting van de inspecteurs die op bezoek zijn geweest.

Toetsingskader

Voor alle beroepsbeoefenaren geldt dat de uitgevoerde zorg effectief, veilig, doelmatig en cliëntgericht dient te zijn. In instellingen, waar per definitie vele beroepsbeoefenaren veelal in teamverband werkzaam zijn, zorgt een hierop afgestemde omgeving ervoor dat de geleverde zorg aan deze eisen voldoet. In de praktijken van zelfstandig gevestigde

beroepsbeoefenaren ligt de verantwoordelijkheid voor het bieden van verantwoorde specialistische behandeling de facto en volledig bij de zelfstandige beroepsbeoefenaar zelf. Deze dient er voor te zorgen dat aan bovengenoemde criteria wordt voldaan. Artikel 40, lid 1 van de Wet BIG stelt dat degene die in het BIG-register ingeschreven staat en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, zijn beroepsuitoefening zodanig organiseert en zodanig van materieel voorziet, dat een en ander tot verantwoorde zorg leidt. Het uitvoeren van lid 1 van artikel 40 omvat het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Onder kwaliteit verstaat de wetgever niet alleen het methodisch-technisch handelen, maar ook zaken als de houding van de beroepsbeoefenaar tegenover de patiënten en de wijze waarop de beroepsbeoefening is georganiseerd. Tot die organisatie horen bijvoorbeeld de praktijkruimte, de materialen en apparatuur, de medische dossiers, waarneemregelingen en een adequate organisatie van het contact tussen de verwijzende beroepsbeoefenaar en degene naar wie verwezen wordt (MvA, kamerstukken II 19522 nr. 3, p. 61 en 25340 nr. 3, p.3).

Voor het onderzoek van het praktijkveld van zelfstandig gevestigde psychiaters is een risicoprofiel opgesteld (bijlage 3). Dit profiel bevat een omschrijving van een aantal aspecten waarbij ingeschat is dat zich hier waarschijnlijk de grootste risico's voordoen. Het is nadrukkelijk een aanname, op basis van de kennis en ervaring van de betrokken inspecteurs.

Het betreft de volgende aspecten:

- 1 Professionalisering: hierbij gaat het om lidmaatschap van de verschillende beroepsverenigingen, de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater zijn^[3] deskundigheid bevordert, gebruikmaakt van kwaliteitsinstrumenten, contact heeft met collega's om zijn werkwijze te toetsen en verder te ontwikkelen en aangesloten is bij een klachtencommissie.
- 2 Kwaliteit van behandeling: dit behelst de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater informed consent in het behandelplan vastlegt, het verloop en de uitkomsten van de behandeling periodiek evalueert, handelt conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen en protocollen en gebruikmaakt van indicatiestellingsinstrumenten.
- 3 Continuïteit van behandeling en organisatie: dit omvat de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater zorg draagt voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zijn praktijk, afspraken maakt met ketenpartners, informatie verschaft aan verwijzers en patiënten, als ook de vastlegging van de patiëntgegevens en de mate waarin het privé- en werkdomein van de zelfstandig gevestigde psychiater zijn gescheiden.

Per aspect is een aantal indicatoren geformuleerd om de risico's te kunnen meten. Op basis van het risicoprofiel en de geformuleerde indicatoren is het inspectieformulier (IF: zie bijlagen www.igz.nl) ontwikkeld. Daarnaast is gekeken welke vragen naar relevante praktijktyperingen toegevoegd dienen te worden om een beter beeld van de zelfstandig gevestigde psychiaters in Nederland te krijgen. Het IF is samengesteld uit zowel inventariserende vragen als toetsende vragen. De toetsende vragen (indicatoren) zijn gebaseerd op wettelijke, beroeps- en veldnormen.

[3] Omwille van de leesbaarheid wordt in dit rapport 'hij/zijn' geschreven. Waar 'hij/zijn' staat vermeld, kan ook 'zij/haar' gelezen worden.

De gebruikte wettelijke normen vinden hun basis in de volgende wetgeving:

- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO): artikelen 446, 448, 450, 453 en 454.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG): artikel 40.
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ): artikelen 1 en 2.
- Wet bescherming persoonsgegevens (WBP).

Verder is de Beroepscode voor Psychiaters gehanteerd, te weten de artikelen 1.1, 1.3, 1.8, 2.12, 2.15, 2.17, 2.19, 2.3, 2.7, 3.7 en 3.9 (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2003). De NVvP-richtlijnen zijn eveneens betrokken in dit onderzoek, te weten:

- Antipsychoticagebruik bij schizofrene psychosen.
- Bipolaire stoornissen.
- Delirium.
- Diagnostiek en behandeling ADHD.
- Farmacotherapie angststoornissen.
- Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen – 2005.
- Psychiatrische rapportage.
- Voorlichting patiënten GGZ.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen.
- Multidisciplinaire richtlijn depressie.
- Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie.
- Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen.
- Multidisciplinaire richtlijn ADHD.

Daarnaast zijn ook veldnormen gebruikt, waaronder de Treeknorm (veldnorm voor wachttijd in ambulante zorg). Voor de in dit onderzoek gestelde vragen waarvoor geen wettelijke of beroepsnorm beschikbaar was, is een norm gehanteerd die gebaseerd is op de verdeling van de antwoorden van de zelfstandig gevestigde psychiaters op het inspectieformulier. In veel gevallen is deze norm gesteld op de gemiddelde score min (of plus) de standaarddeviatie. In een aantal andere gevallen is gekeken naar de antwoordmogelijkheid die het meest is gekozen. Deze uitkomsten beschouwt de inspectie in dit onderzoek als veldnormen (zie ook bijlagen www.igz.nl). Een voorbeeld daarvan is het lidmaatschap Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en regionale verenigingen. Op de vraag naar een lidmaatschap van een beroepsvereniging antwoordden namelijk de meeste zelfstandig gevestigde psychiaters dat zij lid waren van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

2 Conclusies, aanbevelingen en acties inspectie

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies van dit onderzoek beschreven. De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op de gegevens uit het inspectieformulier. Daarnaast vermeldt het hoofdstuk aanbevelingen naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen en de voornemens die de IGZ heeft voor de komende jaren met betrekking tot de zelfstandig gevestigde psychiaters.

2.1 Voorwaarden voor verantwoorde zorg over het algemeen aanwezig in een divers praktijkveld

Het praktijkveld maakt op een aantal punten een redelijk positieve indruk. Zo wordt bij ongeveer tweederde van de patiënten een duidelijk behandelresultaat bereikt. De kwaliteit van behandeling manifesteert zich vooral in het regelmatig gebruik van kwaliteitsinstrumenten, de bekendheid met de meeste richtlijnen, standaard gebruik van deze richtlijnen, het bespreken ervan in intervisiecontacten, regelmatige periodieke evaluaties en het bereiken van het einddoel van het merendeel van de behandelingen. Ook hangt het lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en een eigen praktijk in combinatie met een dienstverband samen met de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg binnen de eigen praktijk.

De zelfstandig gevestigde psychiaters zijn over het algemeen bekend met (de meeste van) de dertien NVvP-richtlijnen. De meest prominente betreffen de richtlijnen Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen. Hierbij valt op dat het gebruik van richtlijnen samenhangt met een goede toepassing van het behandelplan en dat evaluaties minder vaak voorkomen bij het ontbreken van een behandelplan en het niet-toepassen van richtlijnen.

Verder zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorg (bijvoorbeeld klachtenregeling, toepassing van behandelplan en dossierinrichting) over het algemeen goed geborgd bij grote praktijken. Daarnaast lijkt bij de grote praktijken het toenmalige project Psychiater & Kwaliteit (P&K)^[4] bijgedragen te hebben aan een betere zorgkwaliteit (bijvoorbeeld ten aanzien van het gebruik van indicatiestelling en -toetsing). De continuïteit van de behandeling en organisatie wordt vooral geborgd door afspraken over ziekte- en vakantiewaarneming, afspraken met ketenpartners (meestal GGZ-instellingen), het zich houden aan de wettelijke bewaartermijn van dossiers en de waarborging van scheiding van werk en privé bij een praktijk aan huis.

Het onderzoek toont verder dat het praktijkveld divers is. Zowel de patiëntenpopulatie als het behandel aanbod en de omvang van de praktijken kent vele variaties. De problematiek waarvoor patiënten in behandeling komen, loopt uiteen van persoonlijkheidsstoornissen tot en met gezins- en relatieproblematiek. De zelfstandig gevestigde psychiaters behandelen het vaakst patiënten met een stemmingsstoornis en sluiten vaak verslavingsstoornissen, autistische en psychotische stoornissen van behandeling uit. De professionele deskundigheden variëren van kinder- en jeugdpsychiatrie tot en met psychoanalyse, waarbij psychotherapie de meest prominente is. De omvang van de

[4] 'Psychiater & Kwaliteit' (P&K) was een kwaliteitsproject dat in 1999 op initiatief van VWS, de Orde voor Medische Specialisten en de NVvP werd gestart en eind 2005 werd beëindigd. Het doel was om de zelfstandig gevestigde psychiaters instrumentarium aan te reiken om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren. In samenwerking met de diverse regionale verenigingen van de zelfstandig gevestigde psychiaters zijn er kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals intercollegiaal overleg, indicatiestelling en -toetsing, consultatie aan eerste lijn, farmacotherapie-overleg en kwaliteitsplan.

praktijken is gelijk verdeeld; er komen evenveel grote, middelgrote als kleine praktijken voor. Tenslotte valt op dat de zelfstandig gevestigde psychiaters van een relatief hoge leeftijd zijn en dat veel zelfstandig gevestigde psychiaters die lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, een volledige werkweek hebben.

2.2 Praktijkvoering volgt deels wettelijke eisen, beroeps- en veldnormen maar dossierborging, klachtenregeling en formalisering van afspraken nog niet op het vereiste niveau

De zelfstandig gevestigde psychiaters voeren hun werkzaamheden op een aantal punten conform de geldende wetgeving en binnen de kaders van de Beroepscode voor Psychiaters en de veldnormen van het praktijkveld uit. Zo zijn de meeste zelfstandig gevestigde psychiaters lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de regionale verenigingen. Er is geen sprake van wachtlijstproblematiek. Meestal maken zelfstandig gevestigde psychiaters afspraken ten aanzien van ziekte- en vakantie-waarneming. Vaak wordt een vaste procedure voor indicatiestelling gebruikt, hebben bijna alle patiënten een behandelplan en vindt tijdens de behandeling vaak periodieke evaluatie plaats. Ook zijn veel richtlijnen bekend en een deel ervan wordt standaard gebruikt. Dossiers worden meestal bewaard volgens de wettelijke termijn.

Echter een aantal werkzaamheden voldoet niet aan de geldende wetgeving. Niet elke zelfstandig gevestigde psychiater is bijvoorbeeld bij een klachtencommissie aangesloten. Tevens vormen behandelplannen niet altijd een vast onderdeel van het dossier. Dossier-procedures worden nog onvoldoende toegepast. Vrij veel zelfstandig gevestigde psychiaters beschikken niet over een standaardprocedure voor vernietiging van dossiers en een regeling met betrekking tot dossieroverdracht. Niet elke zelfstandig gevestigde psychiater maakt gebruik van afsluitbare dossierkasten.

Hieronder volgen de aanbevelingen waarin onderscheid wordt gemaakt tussen aanbevelingen en dringende aanbevelingen. Omdat een aantal werkzaamheden van de zelfstandig gevestigde psychiater niet voldoet aan de vigerende wetgeving worden aanbevelingen op dit gebied onder het kopje 'Dringende aanbevelingen' beschreven. Onder het kopje 'Aanbevelingen' worden aspecten vermeld die wel belangrijk zijn voor de praktijkvoering maar waarvoor op dit moment geen veldnormen voorhanden zijn.

Dringende aanbeveling voor de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wordt verwacht dat zij de zelfstandig gevestigde psychiaters de komende tijd attendeert op die aspecten van hun praktijkvoering die niet voldoen aan de wettelijke vereisten, en hen tevens stimuleert die te verbeteren.

Dringende aanbevelingen voor zelfstandig gevestigde psychiaters

- 1 Iedere zelfstandig gevestigde psychiater behoort klachten af te handelen conform de WKCZ en derhalve aangesloten te zijn bij een klachtencommissie.
- 2 Een behandelplan behoort een vast onderdeel te zijn van het dossier.
- 3 Zowel een standaardprocedure voor dossiervernietiging, een regeling voor dossieroverdracht bij pensionering of overlijden als een consequent gebruik van afsluitbare dossierkasten is noodzakelijk.

Een aantal andere werkzaamheden is te beschouwen als ontwikkelpunten, waaraan de zelfstandig gevestigde psychiaters meer aandacht zouden moeten schenken. Bespreking van het behandelplan met de patiënt in combinatie met het aantekenen daarvan in het dossier, vindt vaak niet plaats. Medicatie en aantekeningen van bijwerkingen, periodieke evaluatie, onderbouwing van beslissingen, contacten met derden en risicotaxatie zijn vaak niet als onderdelen in de dossiers opgenomen, respectievelijk schriftelijk vastgelegd. Hoewel de meeste zelfstandig gevestigde psychiaters vaak mondeling afspraken maken met ketenpartners en met collega's over ziekte- en vakantiewaarneming, leggen zij deze afspraken niet altijd schriftelijk vast. Ten aanzien van de scheiding van werk- en privédomein worden vaak geen afspraken gemaakt met huisgenoten.

Aanbevelingen voor zelfstandig gevestigde psychiaters

- 1 Uit oogpunt van cliëntgerichtheid en transparantie is bespreking van het behandelplan met de patiënt én het aantekenen daarvan in het dossier van groot belang.
- 2 Omwille van de navolgbaarheid en transparantie is het belangrijk dat medicatie en aantekeningen van bijwerkingen, periodieke evaluatie, onderbouwing van beslissingen, contacten met derden en risicotaxatie als vaste onderdelen in de dossiers worden opgenomen.
- 3 Met het oog op cliëntgerichtheid, transparantie en vooral continuïteit is het van belang afspraken over ziekte- en vakantiewaarneming schriftelijk vast te leggen.
- 4 Uit oogpunt van privacy is het van belang op het terrein van scheiding van werk- en privédomein bij een praktijk aan huis, afspraken te maken met huisgenoten.

2.3 Kwaliteitsbewaking aanwezig maar nog niet structureel verankerd

Kwaliteitsbewaking betreft de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater zijn deskundigheid bevordert, deelneemt aan kwaliteitsontwikkeling en inhoudelijke en toetsende contacten heeft met patiënten, collega's en instanties. Uit het onderzoek blijkt dat lidmaatschappen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en van een regionale vereniging samenhangen met kwaliteitsbewaking binnen een praktijk en de professionalisering van een zelfstandig gevestigde psychiater (zie ook paragraaf 2.1). Dit komt tot uitdrukking in het deelnemen aan intercollegiale toetsing, visitatie, het gebruik van indicatiestelling en -toetsing en het volgen van bij- en nascholing. Daarnaast zijn NVvP-leden vaker aangesloten bij een klachtencommissie dan niet-leden. Los van het

lidmaatschap van beroeps- en regionale verenigingen valt op dat intervisie een vaste plek op het gebied van de kwaliteitsbewaking heeft verworven.

Uit het onderzoek valt als algemene tendens op dat kwaliteitstoetsing via patiënten en via meldingen aan externe instanties (onder andere de inspectie) niet vaak voorkomt. Bijna de helft van de zelfstandig gevestigde psychiaters inventariseert niet systematisch de tevredenheid onder patiënten. Relatief weinig zelfstandig gevestigde psychiaters geven aan klachten via de klachtencommissie of een tuchtklacht via het regionaal tuchtcollege te hebben ontvangen. Wanneer zelfstandig gevestigde psychiaters te maken hebben met suïcides, suïcidepogingen of andere calamiteiten, wordt dat niet altijd gemeld aan de inspectie. Ook als psychiaters in hun praktijk gevallen van kindermishandeling aantreffen, wordt daarvan niet altijd melding gemaakt bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Aanbevelingen voor de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

- 1 Ter bevordering van de kwaliteit van de praktijkvoering is het (verder) ontwikkelen en implementeren van een landelijk gedragen visitatiesysteem gewenst.
- 2 Meldingen van calamiteiten en suïcides aan de inspectie zijn voor zelfstandig gevestigde psychiaters niet wettelijk verplicht. Echter in het kader van het kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging past het de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie om de zelfstandig gevestigde psychiaters te stimuleren regulier beleid te maken van het melden van calamiteiten en suïcides aan de inspectie. Dit geldt ook voor het melden van kindermishandeling aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.
- 3 Feedback van patiënten over hun behandeling aan de zelfstandig gevestigde psychiater behoeft een systematische aanpak. Het is wenselijk dat deze ontwikkeling gestimuleerd en gefaciliteerd wordt door de beroepsvereniging.
- 4 Het is gewenst dat de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie veldnormen ontwikkelt op die onderdelen van de praktijkvoering waarvoor geen wettelijke verplichting geldt, zoals beschreven in deze en de vorige paragraaf: vaste dossierinrichting en adequate dossiervastlegging, schriftelijke afspraken over waarneming, afspraken over scheiding werk-/privédomein bij een praktijk aan huis, visitatie, intervisie, meldingen van calamiteiten en suïcides aan de inspectie, en patiënttevredenheid. Mogelijk kan voor een aantal van die onderdelen de bestaande handleiding 'Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO' als uitgangspunt dienen.

Aanbevelingen voor de zelfstandig gevestigde psychiaters

- 1 In het kader van kwaliteitsbewaking is het gewenst dat de zelfstandig gevestigde psychiater systematisch de tevredenheid van zijn patiënten inventariseert, zowel tijdens als na beëindiging van de behandeling.
- 2 Uit oogpunt van kwaliteitstoetsing is het gewenst dat het melden van calamiteiten en suïcides aan de inspectie regulier beleid van de zelfstandig gevestigde psychiater wordt. Dit geldt ook voor het melden van kindermishandeling aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.
- 3 Ter bevordering van de professionalisering van de zelfstandig gevestigde psychiater en de ontwikkeling van zijn praktijk dient intervisie als kwaliteitsinstrument blijvend te worden ingezet.

2.4 Verdere actie van de inspectie

Op basis van bovenstaande conclusies en aanbevelingen maakt de inspectie met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie nadere afspraken over het ontwikkelen van nieuwe veldnormen. Met behulp van deze veldnormen, de reeds bestaande veld- en beroepsnormen en de wettelijke vereisten ontwikkelt de inspectie een nieuw toetsingskader voor haar toezicht op dit praktijkveld. De inspectie is voornemens om met behulp van dit nieuwe toetsingskader, in 2011 een thematisch-toezichtronde te organiseren. Hiervoor is het nodig dat de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de nieuwe veldnormen eind 2009 heeft opgesteld en dat in 2010 de zelfstandig gevestigde psychiaters de gelegenheid krijgen deze veldnormen in hun praktijk te implementeren. De inspectie verzoekt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de ontwikkeling van nieuwe veldnormen binnen dit praktijkveld te ondersteunen en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie te stimuleren de normen aan het eind van 2009 gereed te hebben voor implementatie in 2010.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen weergegeven betreffende de praktijk van zelfstandig gevestigde psychiaters. Deze bevindingen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het inspectieformulier.

Enkele algemene praktijkenmerken worden in de navolgende paragraaf beschreven.

3.1 Algemene praktijkenmerken

In deze paragraaf wordt een aantal algemene kenmerken van de zelfstandig gevestigde psychiater, zijn werk en zijn patiënten geschetst.

3.1.1 Zelfstandig gevestigde psychiater vaak man met relatief hoge leeftijd en volledige werkweek

De gemiddelde leeftijd van de 419 respondenten, waaronder 27 procent vrouwen en 73 procent mannen, was 56,1 jaar (standaarddeviatie = 8,4). De oudste respondent was 91 jaar en de jongste 35 jaar. In totaal was men 36 uur per week werkzaam als psychiater, waarvan 22 uur in een eigen praktijk. Van de 419 respondenten had 49 procent alleen een eigen praktijk; 51 procent werkte ook nog in dienstverband. De omvang van de betrokken praktijken was gelijk verdeeld: 33 procent had minder dan 40 patiënten, 33 procent tussen 40 en 100 patiënten en 33 procent meer dan 100 patiënten.

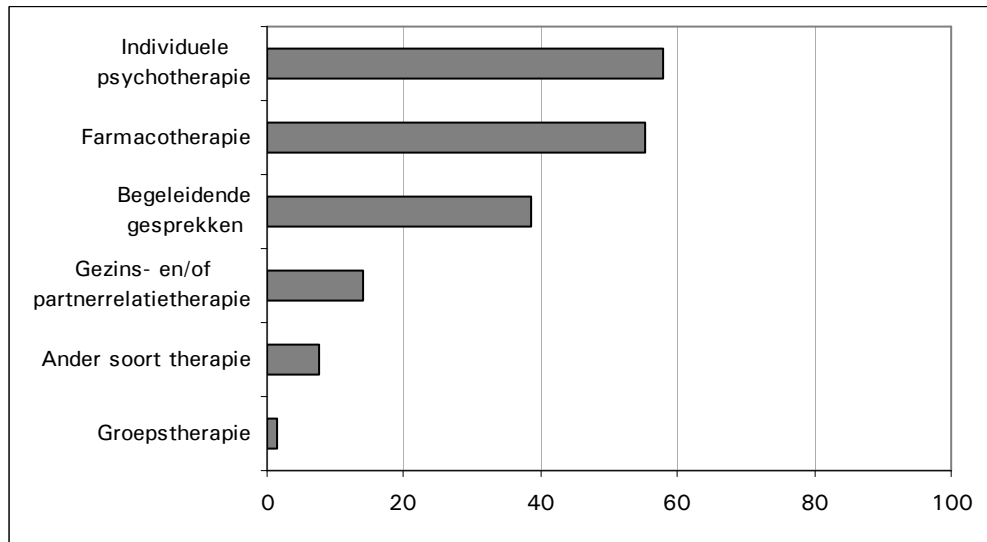
3.1.2 Zwaartepunt van deskundigheid op psychotherapie en biologische psychiatrie

De meeste respondenten hadden twee deskundigheidsgebieden. Er waren zelfstandig gevestigde psychiaters (12 procent) die geen specifiek deskundigheidsgebied hadden aangegeven. Het zwaartepunt bij de specialismen lag op psychotherapie (73 procent) en biologische psychiatrie (32 procent). Een minder zwaar accent kregen de deskundigheidsgebieden sociale psychiatrie (19 procent) en kinder- en jeugdpsychiatrie (18 procent). Een ander accent betrof met name de deskundigheidsgebieden psychoanalyse en transculturele psychiatrie (29 procent). De verwachting van de respondenten was, dat voor hen de komende 5 jaar gemiddeld 28 patiënturen per week en 60 geaccrediteerde bij- en nascholingsuren per jaar realiseerbaar zijn. Jaarlijks is voor herregistratie 40 uur geaccrediteerd onderwijs, bij- en nascholing en minimaal 16 patiëntgebonden uren per week vereist.

3.1.3 Farmacotherapie, individuele psychotherapie en begeleidende gesprekken meest toegepast met een behandelduur van gemiddeld anderhalf jaar

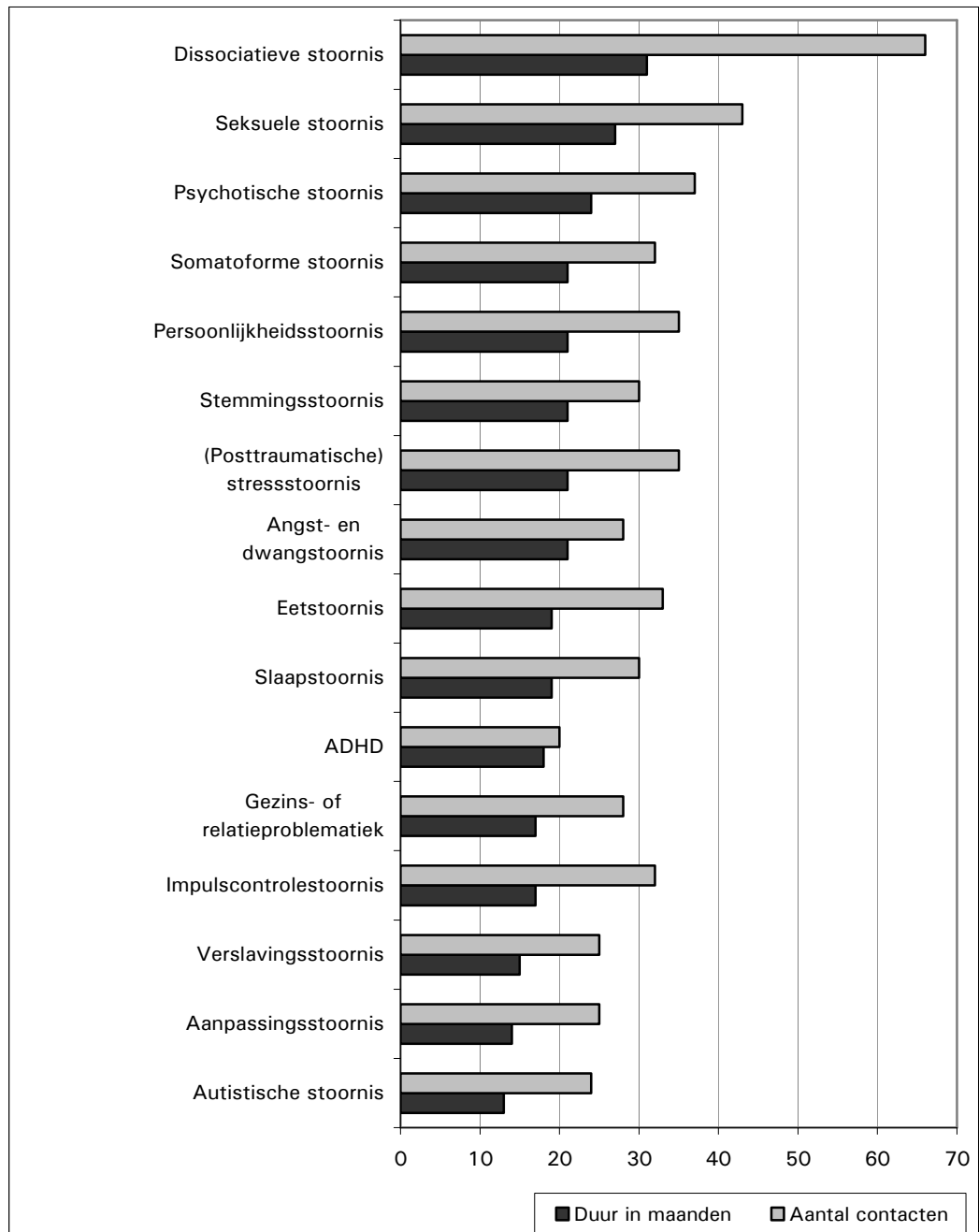
Volgens de respondenten werden bij hun patiënten als behandelvorm farmacotherapie, individuele therapie, begeleidende gesprekken, of een combinatie hiervan, het meest toegepast. Gezins- en /of partnerrelatietherapie of een andersoortige therapie scoorde beduidend lager, terwijl groepstherapie bijna niet werd toegepast (zie figuur 1).

Figuur 1
Toegepaste behandelvormen in percentages



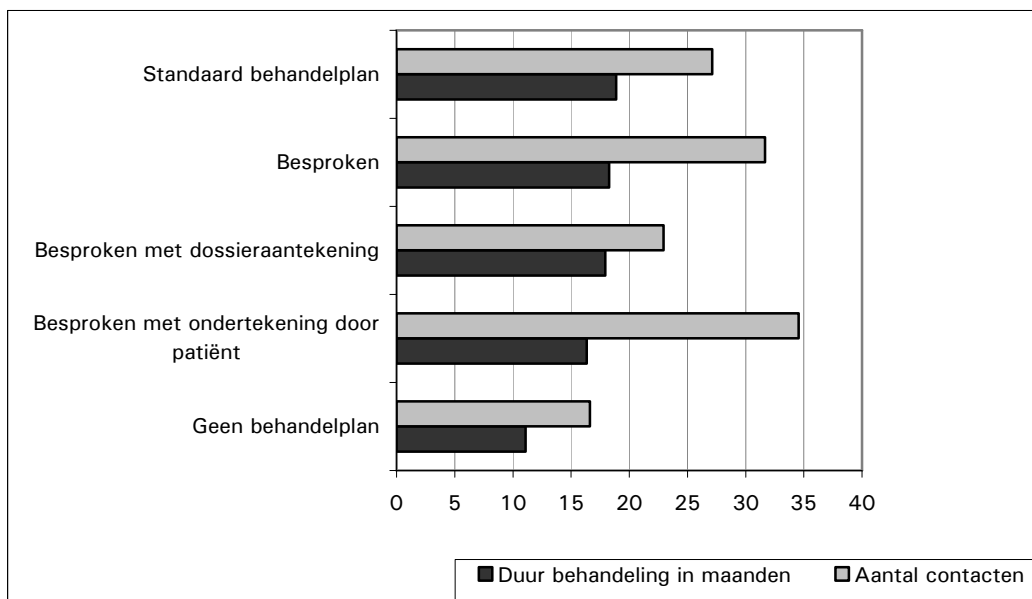
De gemiddelde behandelingsduur was ruim 17 maanden, het gemiddelde aantal individuele contacten daarbij was 26, met een gemiddelde duur van 44 minuten. Bij groepscontacten was de frequentie kleiner (17 keer) en de duur (74 minuten) langer. De gemiddelde duur van een contact varieerde van 41 minuten (psychotische stoornis) tot 55 minuten (autistische stoornis). De gemiddelde duur van de behandeling liep uiteen van 13 maanden bij een autistische stoornis tot 31 maanden bij een dissociatieve stoornis. Het gemiddeld aantal contacten binnen een behandeling varieerde van 20 bij ADHD tot 66 bij dissociatieve stoornissen (zie figuur 2). Gemiddeld zag de zelfstandig gevestigde psychiater een patiënt 23 minuten per week; gelet op de gemiddelde duur van een sessie zou dat betekenen dat de psychiater de patiënt gemiddeld eens per 2 weken zag.

Figuur 2
Duur en frequentie behandeling per stoornis



Patiënten zonder behandelplan hadden minder contacten (17) en een kortere behandelduur (11 maanden) dan patiënten met een behandelplan (respectievelijk gemiddeld 29 contacten en 18 maanden; zie figuur 3).

Figuur 3
Duur en frequentie behandeling in combinatie met behandelplan



Als een richtlijn werd gebruikt (in welke vorm dan ook), duurde de behandeling langer en waren de contacten korter; er zijn geen verschillen gevonden in aantallen contacten. Opvallend genoeg was er een verschil in gemiddeld aantal contacten per maand tussen de groep waarbij geen richtlijn was gebruikt, en de groep waarbij de richtlijn uit het hoofd was gebruikt: de eerste groep had gemiddeld meer contacten per maand.

3.1.4 Gevarieerde patiëntenpopulatie met een duidelijk behandelresultaat

Het totaal aantal patiënten dat de zelfstandig gevestigde psychiaters voor het onderzoek had beoordeeld, bedroeg 2.711. De gemiddelde leeftijd van de beoordeelde patiënten was 40 jaar. Onder het patiëntenbestand waren 53 procent vrouwelijke en 46 procent mannelijke patiënten. Van 1 procent is de vraag naar het geslacht onbeantwoord gebleven.

De patiënten hadden veelal een diagnose stemmingsstoornis (46 procent), persoonlijkheidsstoornis (27 procent), angst- en dwangstoornis (22 procent), of gezins- en/of relatieproblematiek (20 procent). Een deel van de zelfstandig gevestigde psychiaters sloot een of meerdere stoornissen uit van behandeling: een verslavingsstoornis (48 procent), een autistische stoornis (37 procent) en een psychotische stoornis (36 procent). Er waren zelfstandig gevestigde psychiaters (27 procent) die patiënten met alle stoornissen behandelden.

De patiënten van de zelfstandig gevestigde psychiaters waren veelal in behandeling gekomen door verwijzing van de huisarts (58 procent) of op eigen initiatief van de patiënt (21 procent). Einddoel van de behandeling werd bij 65 procent van de patiënten gerealiseerd en 18 procent van de patiënten werd door- of terugverwezen. Bij 7 procent van de patiënten werd de behandeling beëindigd in overleg, bij 6 procent zonder overleg. Bij 3 procent van de patiënten werd de behandeling beëindigd tegen het advies van de zelfstandig gevestigde psychiater in en bij 1 procent van de patiënten werd de behandeling beëindigd door de zelfstandig gevestigde psychiater zelf.

3.1.5 Tevredenheidsonderzoek bij patiënten en verwijzers geen gemeengoed

Van de 414 respondenten deed 48 procent niet aan systematische inventarisatie van tevredenheid onder patiënten. 40 procent hanteerde op één manier patiënttevredenheidsmeting, 12 procent op twee manieren en 1 procent op drie manieren. Van de 217 respondenten die wel tevredenheidsmetingen onder patiënten verrichtten, had 69 procent het exitinterview gebruikt, 48 procent had een andere niet nader aangegeven eigen manier gehanteerd en van een schriftelijke vragenlijst was nauwelijks (8 procent) gebruikgemaakt.

Van de 415 respondenten deed 80 procent niet aan systematische inventarisatie van tevredenheid onder verwijzers. 19 procent hanteerde op één manier een verwijzers-tevredenheidsmeting en 1 procent gebruikte twee manieren. Van de 82 respondenten die een tevredenheidsmeting onder verwijzers uitvoerden, deed 39 procent deze inventarisatie via een mondeling interview, 59 procent deed dit op een andere niet nader aangegeven eigen manier en van een schriftelijke vragenlijst werd nauwelijks (6 procent) gebruikgemaakt.

3.1.6 Melden van calamiteiten en suïcides geen reguliere praktijk

66 zelfstandig gevestigde psychiaters meldden ooit te maken hebben gehad met suïcidepogingen. Gemiddeld betrof dat 2 à 3 pogingen. 44 psychiaters hadden gemiddeld 1 of 2 keer een suïcide meegemaakt in de praktijk. 11 hadden wel eens een suïcidepoging gemeld aan de inspectie, 33 een suïcide.

18 psychiaters meldden in hun praktijk gevallen van kindermishandeling te hebben aangetroffen. Dit betrof gemiddeld 4 tot 5 gevallen. Van deze psychiaters hadden er 15 van één of meer gevallen meldingen gemaakt bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. 7 van de 36 zelfstandig gevestigde psychiaters die meldden een andersoortige calamiteit te hebben meegemaakt, hebben dit ook bij de inspectie gemeld.

3.1.7 Diversiteit in praktijken

Praktijkomvang

Zelfstandig gevestigde psychiaters met een grote praktijk hadden in vergelijking tot collega's met een kleine praktijk vaker een lidmaatschap van een regiovereniging, minder vaak psychotherapie, sloten minder bepaalde stoornissen zoals verslavings-, psychotische en autistische stoornissen uit, maakten vaker gebruik van farmacotherapie, begeleidende gesprekken, gezins- en/of partnerrelatietherapie, maar pasten minder vaak individuele psychotherapie toe. Zij hadden ook vaker een wachttijd voor de intake boven de Treeknorm, namen vaker deel aan indicatiestelling en -toetsing (in het kader van Psychiater & Kwaliteit^[5]), hadden een kwaliteitsplan (P&K) en een visitatie (P&K) gehad. Tevens waren ze vaker aangesloten bij een klachtencommissie, bewaarden hun dossiers beter volgens de wettelijke bewaartermijn, hadden meer onderdelen in hun dossiers, hanteerden het behandelplan beter, verstrekten meer informatie aan verwijzers, en (onder)scheidden beter de praktijk van hun privédoel.

[5] Psychiater & Kwaliteit (P&K) was een kwaliteitsproject dat in 1999 op initiatief van VWS, de Orde voor Medische Specialisten en de NVvP werd gestart en eind 2005 werd beëindigd. Het doel was om de zelfstandig gevestigde psychiaters instrumentarium aan te reiken om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren. In samenwerking met de diverse regionale verenigingen van de zelfstandig gevestigde psychiaters zijn er kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals intercollegiaal overleg, indicatiestelling en -toetsing, consultatie aan eerste lijn, farmacotherapie-overleg en kwaliteitsplan.

Hoe meer patiënten een zelfstandig gevestigde psychiater had, hoe meer farmacotherapie werd toegepast, hoe minder van intervisiebijeenkomsten gebruik werd gemaakt, hoe meer richtlijnen bekend waren en gebruikt werden. In kleinere praktijken was de waarneming minder goed geregeld en werd er minder vaak (4 procent) doorverwezen dan in middelgrote (21 procent) of grote praktijken (19 procent).

Fulltime en parttime praktijken

Zelfstandig gevestigde psychiaters met alleen een eigen praktijk in vergelijking tot hen die ook in dienstverband werkzaam waren, sloten een verslavingsstoornis minder uit, gebruikten iets meer farmacotherapie, begeleidende gesprekken of een combinatie ervan, waren minder vaak lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, hadden vaker een wachttijd voor de intake boven de Treeknorm en hadden vaker geen vaste procedure voor indicatietoetsing. Ook deden zij vaker minder aan intervisie, waren vaker niet bekend met en maakten vaker geen gebruik van richtlijnen, gaven vaker minder informatie aan verwijzers maar hadden wel vaker (schriftelijke) afspraken voor waarneming.

Lidmaatschap vereniging

Van de respondenten was het grootste deel NVvP-lid (zie paragraaf 3.2.1). NVvP-leden hadden in vergelijking tot niet-NVvP-leden vaker een dienstverband naast de eigen praktijk, waren vaker aangesloten bij een (regionale) klachtencommissie en deden vaker geen systematische meting van patiëntentevredenheid. Ook hadden zij vaker een forensisch specialisme, deden zij meer aan bij- en nascholing dan niet-NVvP-leden, maakten vaker gebruik van farmacotherapie, hadden een wachttijd voor de intake boven de Treeknorm, hadden vaker (schriftelijke) afspraken voor waarneming en bewaarden dossiers vaker langer dan de wettelijke termijn.

Leden van een regiovereniging hadden in vergelijking tot niet-regioverenigingsleden vaker een NVvP-lidmaatschap, minder vaak een specialisme ouderenpsychiatrie, klinische psychiatrie en ziekenhuispsychiatrie, maakten vaker gebruik van farmacotherapie en pasten ook vaker gezins-partnerrelatietherapie toe, hadden grotere aantallen patiënten, waren meer bekend met en gebruikten vaker richtlijnen, namen vaker deel aan intercollegiaal overleg (in het kader van Psychiater & Kwaliteit), indicatiestelling en -toetsing (P&K), visitatie (P&K), deden meer aan indicatiestelling, waren vaker aangesloten bij een (regionale) klachtencommissie, bewaarden vaker dossiers volgens de wettelijke bewaartermijn, hadden in de dossiers meer onderdelen en onderscheidten beter hun praktijk van hun privédoel. Verder deden leden van een regionale vereniging in vergelijking tot niet-regioverenigingsleden meer aan bij- en nascholingsuren dan niet-regioverenigingsleden.

3.2 Professionalisering

Het onderzoek trachtte het aspect professionalisering in beeld te brengen door de respondenten te bevragen op onderwerpen als verenigingslidmaatschap, collegiale toetsing, gebruik van kwaliteitsinstrumenten en aansluiting bij een klachtencommissie. De bevindingen zijn afgezet tegen de vigerende wetgeving, veldnormen en de beroepscode voor psychiaters.

3.2.1 Meeste zelfstandig gevestigde psychiaters lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

De meeste zelfstandig gevestigde psychiaters waren lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Daarom is dit lidmaatschap als veldnorm gehanteerd. Van de respondenten voldeed 8 procent respectievelijk 17 procent niet aan de veldnorm die een lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie respectievelijk een regionale vereniging verlangt. Van 419 respondenten was 92 procent lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en 83 procent van een regiovereniging.

3.2.2 Collegiale toetsing in de praktijk voldoende aanwezig

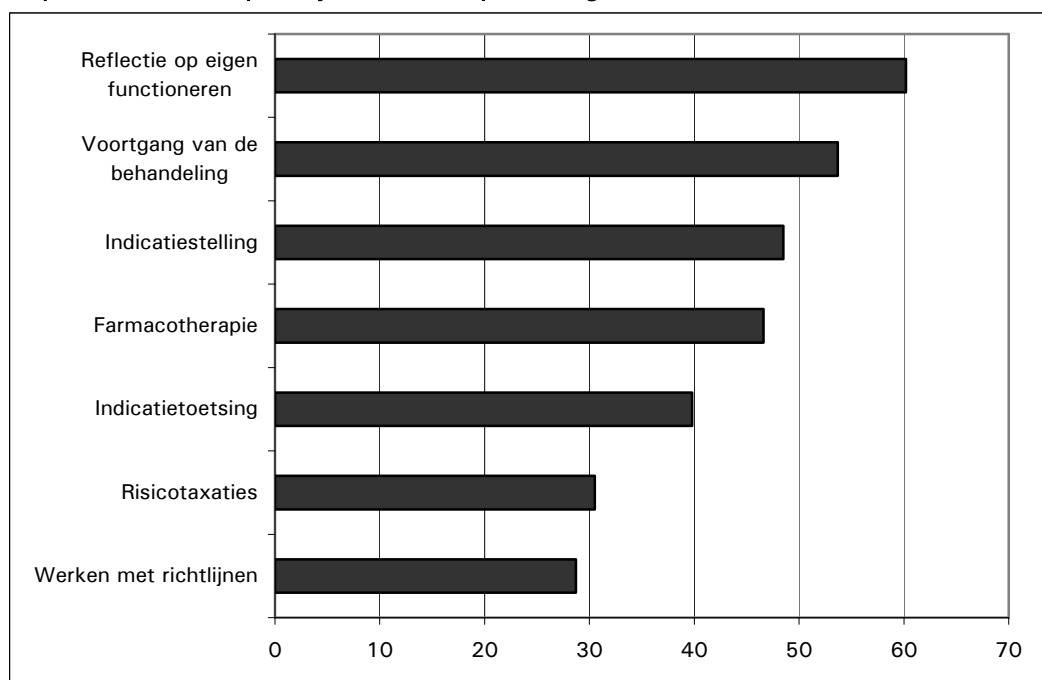
Artikel 1.1 en 1.3 van de beroepscode, artikel 453 van de WGBO en artikel 40 van de Wet BIG vormen de basis voor het bevragen van de respondenten over het onderwerp collegiale toetsing. De norm ten aanzien van intervisiebijeenkomsten is gesteld op 7,16 bijeenkomsten per jaar (veldgemiddelde minus een standaarddeviatie). 12 procent van de respondenten voldeed niet aan de norm. Het gemiddeld aantal intervisiebijeenkomsten dat men in 2005 had bijgewoond, was 18.

De minimumnorm voor de mate waarin onderwerpen tijdens intervisiebijeenkomsten werden besproken, is gesteld op de gemiddelde score min een standaarddeviatie. Van de 395 respondenten voldeed 59 procent niet aan een of meerdere normen; 41 procent voldeed aan alle normen.

Het onderwerp reflectie op eigen functioneren was tijdens 60 procent van deze intervisiebijeenkomsten besproken. De voortgang van de behandeling was in 54 procent, de indicatiestelling in 49 procent, de farmacotherapie in 46 procent, de indicatietoetsing in 40 procent, de risicotaxatie in 30 procent en het werken met richtlijnen in 29 procent van deze intervisiebijeenkomsten aan de orde gekomen (zie figuur 4). Tijdens de intervisie werden twee tot drie richtlijnen besproken. De richtlijnen Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen kwamen daarin het meest aan de orde.

Figuur 4

Besproken onderwerpen bij intervisie in percentages



3.2.3 Voldoende gebruik van kwaliteitsinstrumenten

Artikel 1.1 en 1.3 van de beroepscode, artikel 453 van de WGBO en artikel 40 van de Wet BIG zijn het uitgangspunt bij de in dit onderzoek gestelde vragen naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten.

Psychiater & kwaliteit (P&K) was een kwaliteitsproject dat in 1999 op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Orde voor Medische Specialisten en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie werd gestart en eind 2005 werd beëindigd. Het doel was om de zelfstandig gevestigde psychiaters instrumentarium aan te reiken om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren. Men ontwikkelde in samenwerking met de diverse regionale verenigingen van de zelfstandig gevestigde psychiaters kwaliteitsinstrumenten, zoals intercollegiaal overleg, indicatiestelling en -toetsing, consultatie aan eerste lijn, farmacotherapie-overleg en een kwaliteitsplan. De deelname aan het kwaliteitsproject nam in de loop der jaren toe. Tot op heden plukken de verschillende regionale verenigingen nog de vruchten van hun participatie aan dit project. Intervisie (intercollegiaal overleg) was ook al voor de start van dit project regelmatig succesvol toegepast, maar door het project methodisch verder ontwikkeld. De norm bij deze indicator is dat de psychiater gebruikmaakt van kwaliteitsinstrumenten (bijvoorbeeld van Psychiater & Kwaliteit) en dat hij een vaste procedure voor indicatie-toetsing gebruikt.

32 procent van de zelfstandig gevestigde psychiaters voldeed niet aan de norm ten aanzien van het gebruiken van kwaliteitsinstrumenten (van P&K). Van de 419 respondenten had 67 procent (281) gebruikgemaakt van instrumenten van P&K, 32 procent (132) had dit instrumentarium niet gebruikt en van 1 procent (6) van de respondenten was dit niet bekend. De meeste gebruikers hadden twee instrumenten gebruikt, een geringer aantal één of drie instrumenten. Van de respondenten had 56 procent (233) gebruikgemaakt van intercollegiaal overleg 43 procent (178) van indicatiestelling en -toetsing, 23 procent (94) van farmacotherapeutisch overleg, 15 procent (64) van consultatie aan de eerste lijn en 15 procent (60) van een kwaliteitsplan. In het kader van het toenmalige project Psychiater en Kwaliteit waren 45 respondenten gevisiteerd.

43 procent van de respondenten voldeed niet aan de norm ten aanzien van het gebruiken van een vaste indicatietoetsingsprocedure. Een vaste indicatietoetsing werd door 57 procent gebruikt.

3.2.4 Eén op de vijf zelfstandig gevestigde psychiaters niet aangesloten bij een klachtencommissie

De artikelen 1 en 2 van de WKCZ en artikel 2.19 schrijven voor dat zelfstandig gevestigde psychiaters een regeling treffen voor de behandeling van klachten, patiënten desgevraagd informeren over de klachtmogelijkheden en zich aansluiten bij een klachtencommissie. 19 procent van de 419 respondenten was niet aangesloten bij een (regionale) klachtencommissie; 81 procent was wél aangesloten. Opvallend is dat van de 81 zelfstandig gevestigde psychiaters die zeiden niet aangesloten te zijn bij een klachtencommissie, 51 wel beweerden lid van een regionale vereniging te zijn. Lidmaatschap van een regionale vereniging biedt de mogelijkheid zich aan te sluiten bij de regionale klachtencommissie.

25 zelfstandig gevestigde psychiaters hebben geantwoord in totaal 30 klachten via de klachtencommissie te hebben ontvangen. Van die klachten waren er 6 gegrond verklaard. 43 zelfstandig gevestigde psychiaters hebben ooit een tuchtklacht tegen zich

ingediend gezien, variërend van 1 tot 6 tuchtklachten. In totaal was er 65 keer een tuchtklacht ingediend, waarvan er 5 gegrond waren verklaard.

3.3 Kwaliteit van behandeling

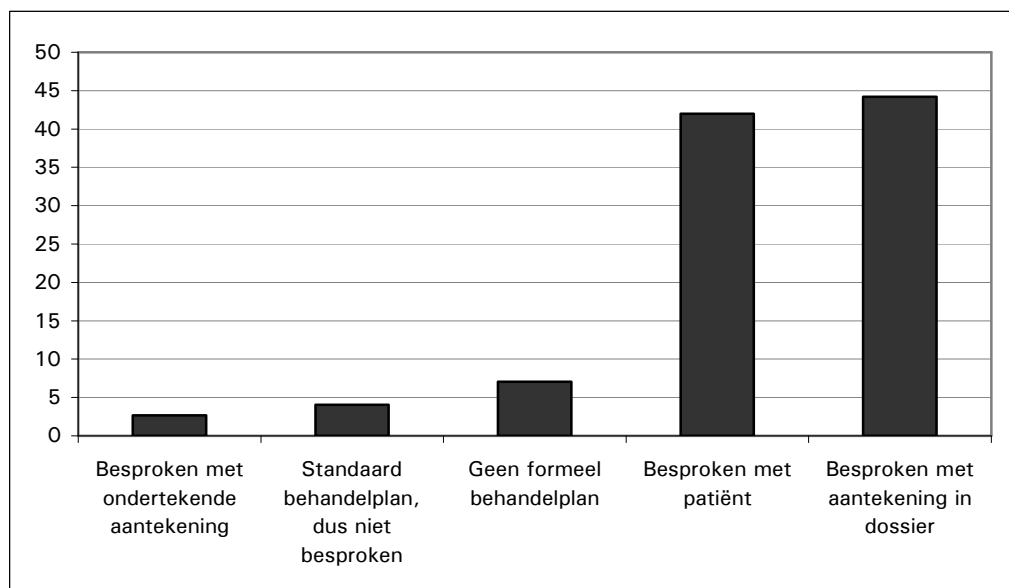
De praktijken van de zelfstandig gevestigde psychiaters zijn onderzocht op de kwaliteit van de behandeling en de praktijkvoering. Er is gevraagd naar onderwerpen als informed consent als onderdeel van het behandelplan, gebruik van indicatiestellingsinstrumenten en richtlijnen en periodieke evaluatie. De bevindingen zijn afgezet tegen de vigerende wetgeving, veldnormen en de beroepscode voor psychiaters.

3.3.1 Vastlegging informed consent in behandelplan en dossier onvoldoende

De artikelen 446, 448, 450 en 454 van de WGBO en de artikelen 1.8 en 2.12 van de beroepscode bepalen dat de zelfstandig gevestigde psychiater in samenspraak met de patiënt een behandelingsovereenkomst moet opstellen en de patiënt moet informeren over de behandeling. Daarnaast schrijven deze artikelen voor dat voor verrichtingen ter uitvoering van de behandeling de toestemming van de patiënt vereist is. De norm in dit onderzoek is gesteld op het bespreken van minimaal 50 procent van de behandelplannen met de patiënt én aantekenen daarvan in het dossier. Ruim de helft (51 procent) van de zelfstandig gevestigde psychiaters voldeed niet aan deze norm. Van de 399 respondenten was bij 44 procent het behandelplan met de patiënt besproken en aangetekend in het dossier, bij 42 procent was dit alleen besproken met patiënt, bij 7 procent was geen formeel behandelplan voorhanden, bij 4 procent werd een standaard behandelplan gebruikt maar dit werd niet met de patiënt besproken en bij 3 procent werd het behandelplan zowel besproken met als ondertekend door de patiënt (zie figuur 5).

Figuur 5

Toepassing behandelplan en vormen van informed consent in percentages

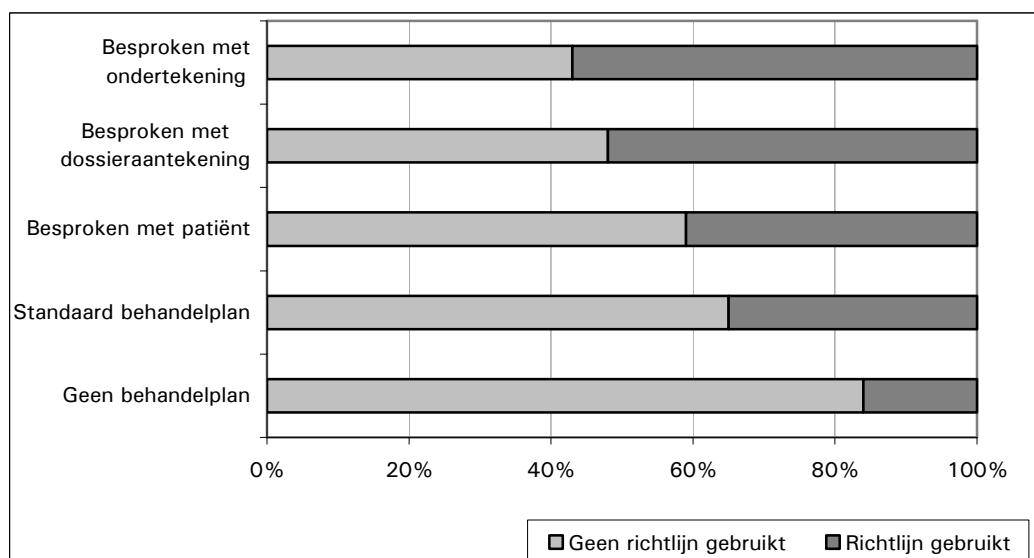


Hoe beter het behandelplan met instemming werd toegepast, hoe meer er gebruik werd gemaakt van richtlijnen, zowel uit het hoofd als erop nageslagen (zie figuur 6). Wanneer geen behandelplan werd toegepast, werd in 94 procent van de gevallen geen richtlijn gebruikt. Wanneer een behandelplan werd gebruikt, besproken met en ondertekend door

de patiënt, werden in 57 procent van de gevallen richtlijnen toegepast. Omgekeerd kan ook gezegd worden dat hoe meer gebruik werd gemaakt van richtlijnen, hoe beter het behandelplan werd toegepast.

Figuur 6

Toepassing behandelplan en richtlijnen



3.3.2 Gebruik van indicatiestellingsinstrumenten gangbare praktijk

Artikel 453 van de WGBO en artikel 2.3 van de beroepscode zijn de basis voor het onderzoek naar het gebruik van indicatiestellingsinstrumenten. Het gebruiken van een vaste procedure voor indicatiestelling is bij deze indicator de norm.

Ook hier speelt het inmiddels beëindigde kwaliteitsproject Psychiater en kwaliteit (P&K) een rol. In dit project werd, zoals ook eerder beschreven, zelfstandig gevestigde psychiaters instrumentarium aangereikt om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren. Er zijn diverse kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals intercollegiaal overleg, indicatietoetsing, consultatie aan eerste lijn, farmacotherapie-overleg, kwaliteitsplan en ook een instrument ten behoeve van indicatiestelling.

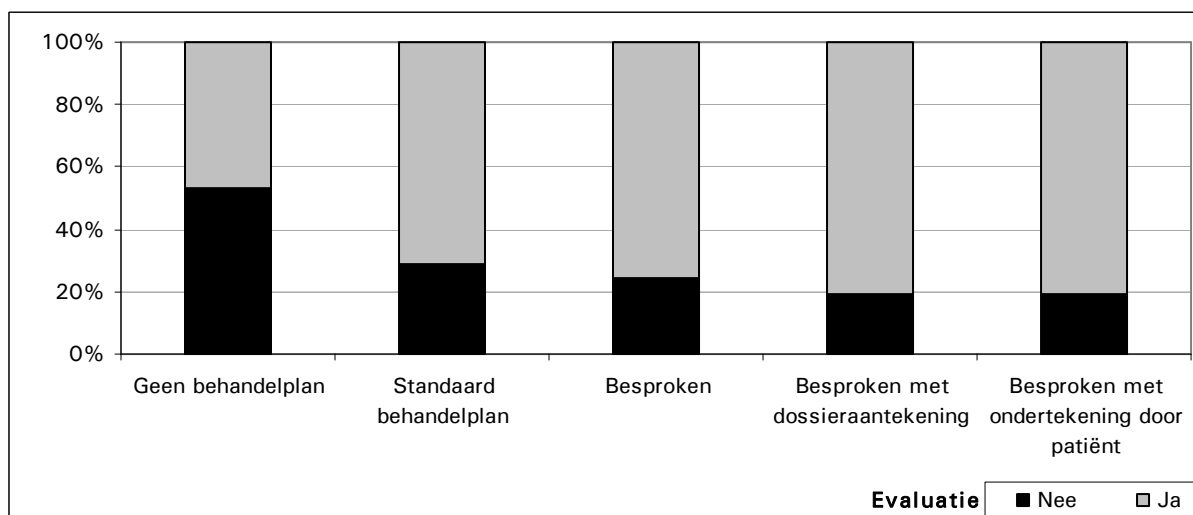
13 procent van de respondenten voldeed niet aan de norm; 87 procent van de zelfstandig gevestigde psychiaters (417) gebruikte een vaste procedure voor indicatiestelling; 37 procent gebruikte daarbij een zelf ontwikkelde procedure.

3.3.3 Periodieke evaluatie meestal mondeling en gemiddeld drie keer gedurende de lopende behandeling

Op basis van artikel 454 van de WGBO en artikel 1.8 van de beroepscode is ook gevraagd of de zelfstandig gevestigde psychiaters regelmatig de behandeling evalueren. Als norm werd gesteld meer dan 0,11 evaluaties per maand (veldgemiddelde minus één standaarddeviatie). Dat betekent dat eens in de 9 maanden de behandeling met de patiënt wordt geëvalueerd. Uit het onderzoek komt naar voren dat 14 procent niet aan deze norm voldeed. Periodieke evaluatie vond plaats bij driekwart van de patiënten. Bij 89 procent gebeurde dit mondeling en gemiddeld 3 keer gedurende de lopende behandeling. Bij ongeveer een derde van de patiënten (32 procent) werd een exitinterview afgenomen.

Hoe vaker gebruik werd gemaakt van een behandelplan waarmee de patiënt had ingestemd, hoe meer periodieke evaluatie tijdens de behandeling plaatsvond. Wanneer er werd gewerkt met een behandelplan dat met de patiënt besproken en door hem ondertekend was, vond bij 81 procent een periodieke evaluatie plaats. Dit gebeurde bij 47 procent wanneer er geen behandelplan was (zie figuur 7).

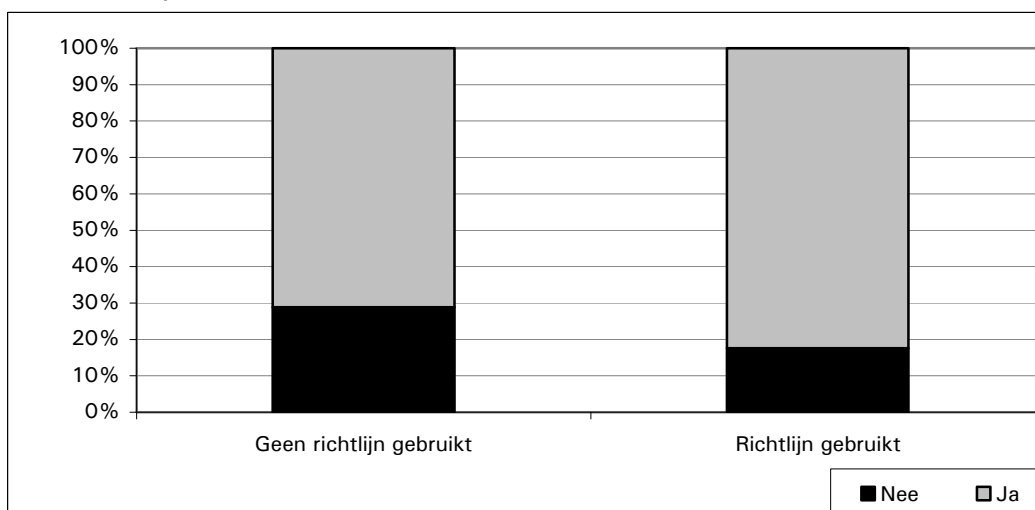
Figuur 7
Toepassing behandelplan en evaluatie



Er werd het meest periodiek geëvalueerd bij behandelingen waarbij het einddoel was behaald (81 procent) en bij behandelingen die eindigen in een door- of terugverwijzing (74 procent). De meeste evaluaties die schriftelijk werden uitgevoerd, vonden plaats als de behandeling eindigde in een door- of terugverwijzing (7 procent) of als deze in gezamenlijk overleg (8 procent) werd beëindigd. In de overige gevallen vond schriftelijke evaluatie nagenoeg niet plaats.

Er werd vaker periodiek geëvalueerd tijdens de behandeling als een richtlijn werd gebruikt; 84 procent als de richtlijn was nageslagen tegenover 71 procent als er geen richtlijn was gebruikt (zie figuur 8).

Figuur 8
Gebruik richtlijnen en evaluatie

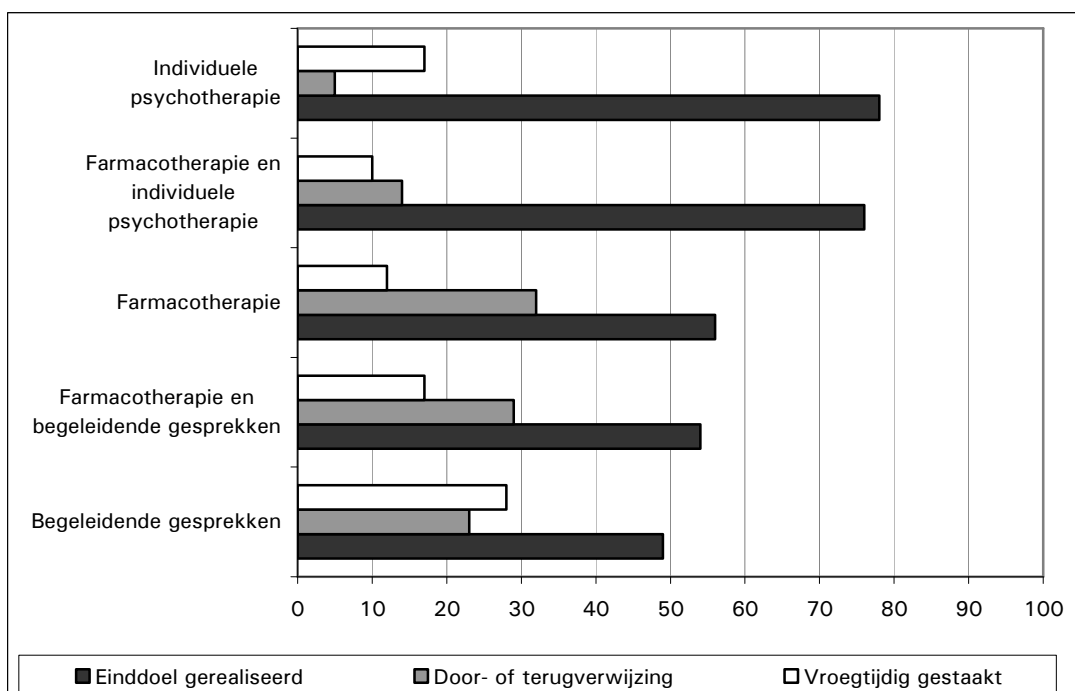


Behandelresultaat

Bij ongeveer tweederde van de patiënten werd het einddoel van de behandeling bereikt. Bij individuele psychotherapie of een combinatie van individuele psychotherapie en farmacotherapie werd vaak het einddoel van de behandeling gehaald, respectievelijk 78 en 76 procent. Door- en terugverwijzing vond het vaakst plaats bij het geven van alleen farmacotherapie (32 procent). Het vroegtijdig staken van de behandeling kwam het vaakst voor bij begeleidende gesprekken (28 procent; zie figuur 9).

Figuur 9

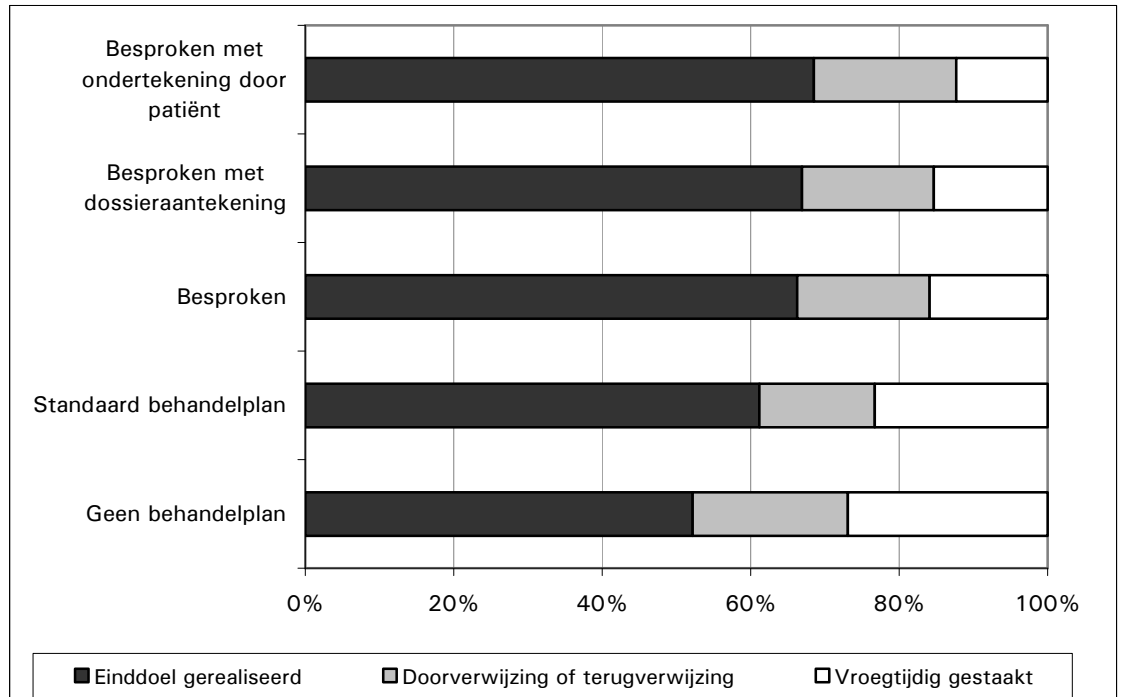
Behandelvorm en einddoel in percentages



Wanneer per stoornis bekeken wordt in hoeverre het einddoel gerealiseerd wordt, valt een aantal zaken op. Bij gezins- en relatieproblematiek werd met behulp van individuele psychotherapie het vaakst het einddoel bereikt (80 procent). Bij zowel angst- en dwangstoornissen, stemmingsstoornissen als persoonlijkheidsstoornissen werd door middel van een combinatie van farmacotherapie en individuele psychotherapie het vaakst het einddoel gehaald (respectievelijk 80, 75 en 71 procent). De behandeling werd het vaakst vroegtijdig gestaakt bij het inzetten van begeleidende gesprekken in geval van persoonlijkheidsstoornissen (49 procent).

Hoe beter het behandelplan met instemming werd toegepast, hoe meer het einddoel van de behandeling werd gerealiseerd en hoe minder behandelingen vroegtijdig werden afgebroken. Bijvoorbeeld: het einddoel werd gehaald bij 68 procent van de behandelingen indien sprake was van een schriftelijk met de patiënt overeengekomen behandelplan. Indien geen sprake was van een behandelplan werd in 52 procent van de behandelingen het einddoel gehaald (zie figuur 10).

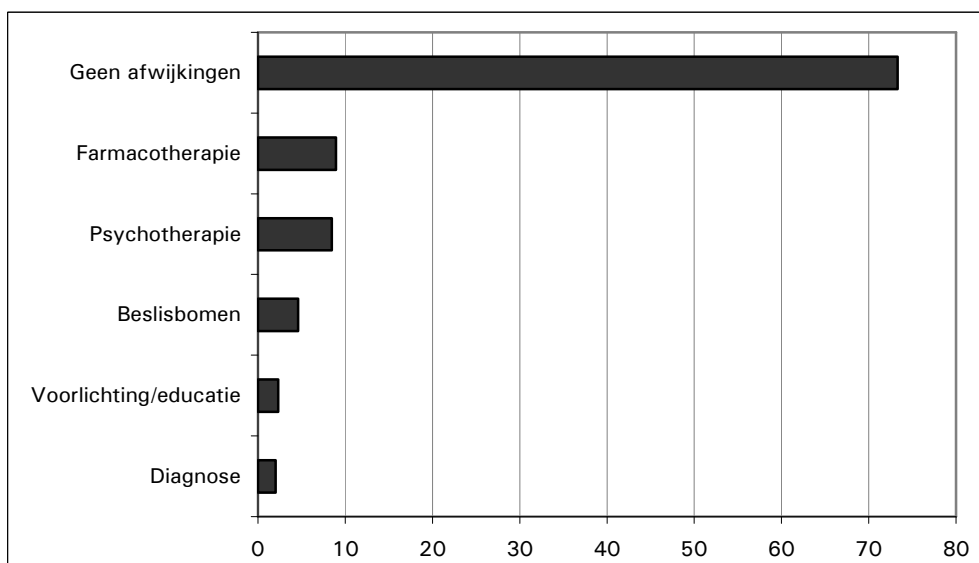
Figuur 10

Toepassing behandelplan en resultaat behandeling**3.3.4 Richtlijnen Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen het meest toegepast**

De zelfstandig gevestigde psychiaters werden, op basis van artikel 453 van de WGBO, artikel 40 van de Wet BIG en artikel 2.3 van de beroepscode, ook bevraagd over het gebruik van dertien NVvP-richtlijnen. Gemiddeld bleek men bekend met tien à elf richtlijnen en werd, gelet op de doelgroep, standaard gebruikgemaakt van vier à vijf richtlijnen. Alle richtlijnen waren bij de meerderheid van de respondenten bekend. Alleen bij Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen werkte een geringe meerderheid van de respondenten standaard met de richtlijn: respectievelijk 56 procent en 58 procent. Op basis van deze resultaten werd als norm gehanteerd dat de zelfstandig gevestigde psychiater bekend is met alle NVvP-richtlijnen (met uitzondering van Delirium) en dat hij de richtlijnen Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen standaard gebruikt bij de betreffende categorie patiënten.

De vraag naar het gebruik van richtlijnen bij patiënten geeft ook aan in hoeverre de zelfstandig gevestigde psychiater aan de norm voldoet die bepaalt dat hij in maximaal 50 procent van de gevallen geen richtlijnen gebruikt. De helft (51 procent) van de respondenten voldeed niet aan deze norm. Indien er gebruik werd gemaakt van een richtlijn week minder dan 30 procent van de respondenten daar van af (zie figuur 11). Twee tot drie van de richtlijnen werden besproken tijdens de intervisie. Hier waren de eerdergenoemde twee richtlijnen het meest besproken: Bipolaire stoornissen en Farmacotherapie angststoornissen.

Figuur 11
Afwijking van richtlijnen in percentages



Zoals eerder in dit hoofdstuk is beschreven, blijkt uit dit onderzoek dat het gebruik van richtlijnen samenhangt met de behandelduur, het gebruik van een (door de patiënt ondertekend) behandelplan en de hoeveelheid uitgevoerde evaluaties. Als een richtlijn werd gebruikt, duurde de behandeling over het algemeen langer en duurden de contacten korter. Daarnaast werd er meer gebruikgemaakt van richtlijnen naarmate het behandelplan beter werd toegepast. Omgekeerd kan ook gezegd worden dat hoe beter het behandelplan werd toegepast, hoe meer gebruik werd gemaakt van richtlijnen. Ook vonden er tijdens de behandeling meer evaluaties plaats als een richtlijn werd gebruikt.

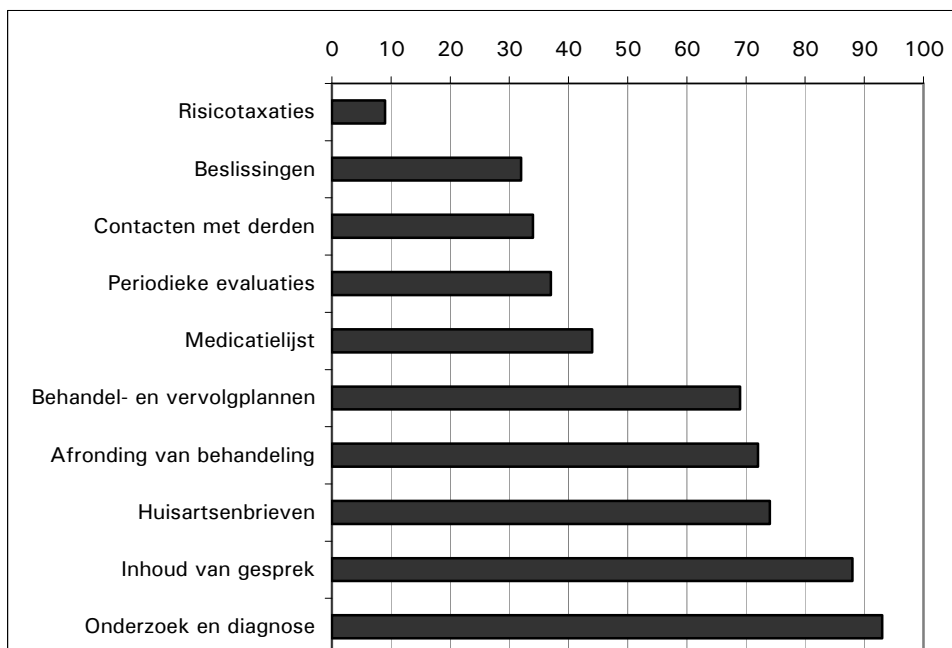
3.4 Continuïteit van behandeling en organisatie

Voor het aspect continuïteit van behandeling en organisatie is gevraagd naar de onderwerpen dossierborging, toegankelijkheid, waarneming, informatieverstrekking aan verwijzers en scheiding tussen de praktijk en het privédoel.

3.4.1 Vaste dossierinrichting en regeling voor dossieroverdracht geen gangbare praktijk

Uit artikel 454 van de WGBO en artikel 1.8 van de beroepscode voor psychiaters blijkt dat de zelfstandig gevestigde psychiater een dossier dient in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. In dit onderzoek is een minimumpercentage per dossieronderdeel als norm gehanteerd, berekend aan de hand van het veldgemiddelde minus één standaarddeviatie. Volgens 400 respondenten waren in de patiëntendossiers onderzoek en diagnose (gemiddeld 93 procent), behandel- en vervolgplannen (69 procent), huisartsenbrieven (74 procent), aantekeningen van de inhoud van de gesprekken (88 procent) en een medicatielijst en aantekeningen van bijwerkingen (44 procent) als vast dossieronderdeel opgenomen. Daarnaast had 72 procent van de respondenten de afronding van de behandeling, 32 procent gemaakte beslissingen, 37 procent periodieke evaluaties, 34 procent contacten met derden en 9 procent risicotaxatie als onderdeel in het dossier opgenomen (zie figuur 12).

Figuur 12
Aanwezige dossiersonderdelen in percentages



Artikel 454 van de WGBO en artikel 2.17 van de beroepscode vereisen eveneens dat zelfstandig gevestigde psychiaters de dossiers minimaal 10 jaar^[6] bewaren. Van de respondenten voldeed 9 procent niet aan deze norm. Van de 416 respondenten had 77 procent geen standaardprocedure voor de vernietiging van dossiers maar bewaarde de dossiers wel volgens de wettelijk verplichte termijn of langer. 23 procent gaf aan wel een standaardprocedure te hebben en eens in de zoveel jaar dossiers te vernietigen.

Artikel 1.8 van de beroepscode heeft betrekking op het maken van aantekeningen met betrekking tot de behandeling in dossiers. Dit impliceert dat in verband met de continuïteit van de behandeling de zelfstandig gevestigde psychiaters afspraken dienen te maken over de overdracht van dossiers. Van de 411 respondenten die de vraag hierover hadden beantwoord, hadden er 212 (52 procent) geantwoord geen afspraken te hebben over dossieroverdracht bij pensioen of overlijden. 199 zelfstandig gevestigde psychiaters (48 procent) hadden een afspraak met een collega van een andere praktijk, intervisiegroep, instelling of anderszins.

3.4.2 Korte wachttijd en weinig wachtlijsten

De in dit onderzoek gehanteerde Treeknorm (Treekoverleg, april 2000) voor ambulante behandeling geeft voor een intakegesprek een maximale wachttijd aan van 28 dagen en voor de periode tussen intake en aanvang van de behandeling een maximale wachttijd van 42 dagen. 16 procent van de zelfstandig gevestigde psychiaters voldeed niet aan de norm voor de intake en 2 procent voldeed niet aan de norm voor aanvang van de behandeling. De meerderheid van de respondenten kende geen wachttijd- of wachtlijstproblematiek; men voldeed hiermee aan de geldende Treeknorm. Er was sprake van een korte wachttijd (gemiddeld 18 dagen voor een intakegesprek en 6 dagen wachttijd tussen intake en behandeling) en een kleine wachtlijst (gemiddeld minder dan 3 patiënten respectievelijk minder dan 1 patiënt). Verreweg de meeste zelfstandig gevestigde

[6] Bewaartermijn is sinds 2006 verlengd van 10 naar 15 jaar.

psychiaters informeerden de patiënt over de wachttijd mondeling tijdens het eerste contact (zie ook paragraaf 3.4.4). Slechts een klein aantal deed dat via de website, de praktijkfolder of anderszins (bijvoorbeeld antwoordapparaat, verwijzer).

3.4.3 Afspraken met ketenpartners en afspraken over waarneming over het algemeen niet schriftelijk vastgelegd

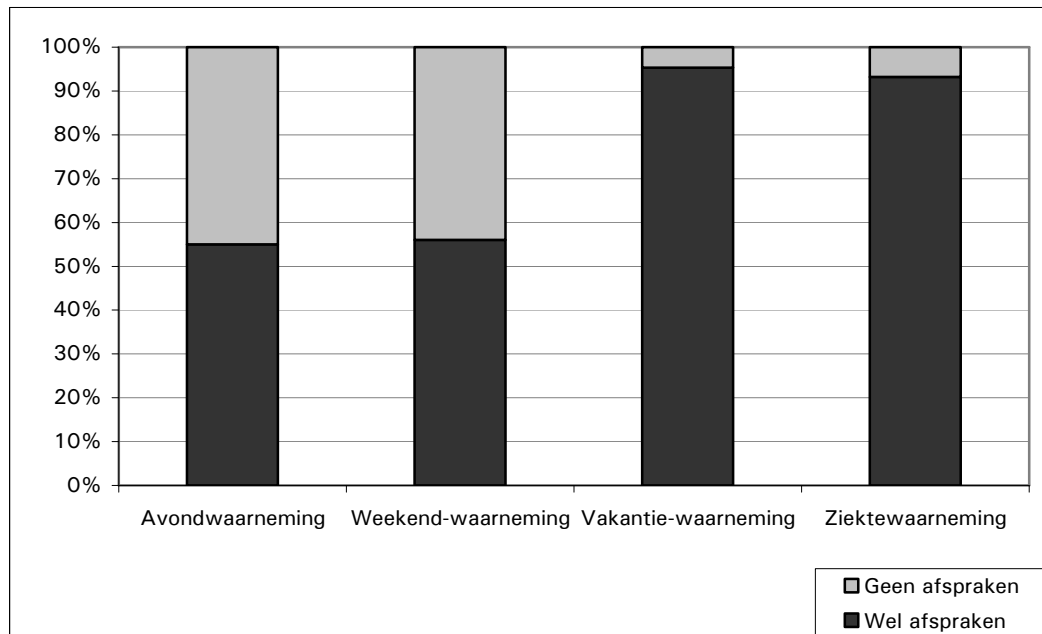
Met een GGZ-instelling werden ten behoeve van de behandeling van patiënten met name afspraken gemaakt over opname (46 procent van de respondenten) en consultatie (39 procent). Met een algemeen ziekenhuis werden voornamelijk afspraken gemaakt over onderzoek (22 procent) en consultatie of opname (18 procent) en met huisartsen vooral over consultatie (41 procent) en onderzoek (29 procent). Met de eerstelijns-psycholoog waren er met name afspraken over consultatie (32 procent) en in mindere mate structureel overleg (13 procent). Tot slot werden met de crisisdiensten vooral afspraken gemaakt over opname (26 procent) of consultatie (25 procent). De meeste afspraken (1,1 per zelfstandig gevestigde psychiater) werden gemaakt met een GGZ-instelling. Van alle gemaakte afspraken gingen de meeste over consultatie en second opinion (1,6 per zelfstandig gevestigde psychiater). Over het algemeen stonden de afspraken niet op schrift.

Op basis van artikel 40 van de Wet BIG en de artikelen 2.7 en 3.9 van de beroepscode is onderzocht in hoeverre zelfstandig gevestigde psychiaters schriftelijke afspraken hebben voor waarneming van de praktijk door anderen tijdens ziekte en vakantie. Aan deze norm bleken de respondenten lang niet altijd te voldoen. Hoewel een minderheid (4 procent) van de zelfstandig gevestigde psychiaters geen afspraken hierover had, bleek 54 procent beide afspraken niet op schrift te hebben.

Van de 419 respondenten heeft 25 procent de vraag over avondwaarneming en 24 procent de vraag over weekendwaarneming niet beantwoord. Van de respondenten die de vraag beantwoordden, had 55 procent afspraken ten aanzien van avondwaarneming en 56 procent afspraken ten aanzien van weekendwaarneming. Bijna de helft van de respondenten had deze afspraak schriftelijk vastgelegd.

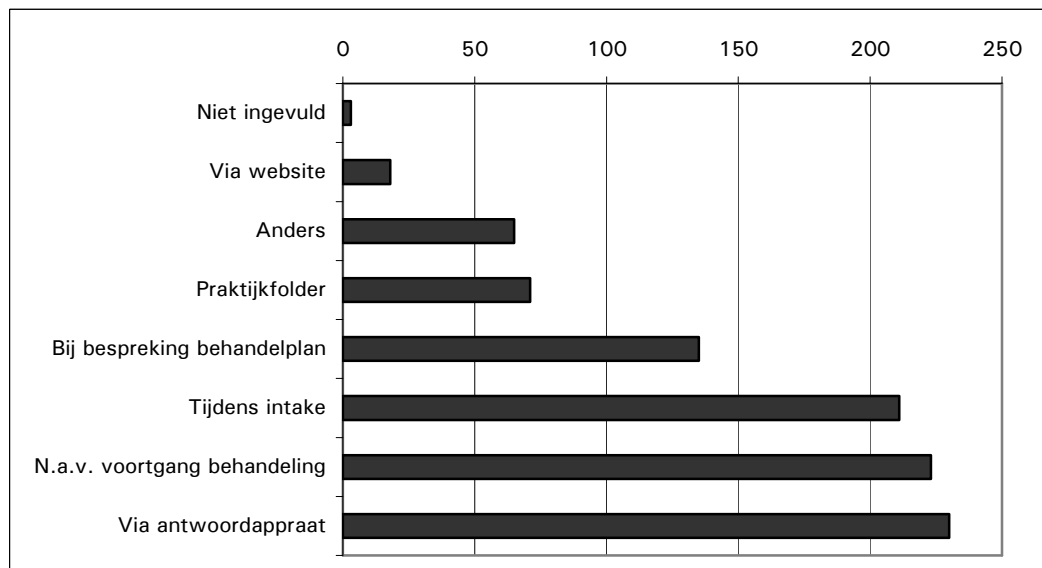
Het maken van afspraken ten aanzien van vakantie- en ziekte waarneming gebeurde aanzienlijk vaker. Van de 419 respondenten heeft 2 procent de vraag over vakantie waarneming en 8 procent de vraag over ziekte waarneming niet beantwoord. Van de respondenten die de vraag beantwoordden, had 95 procent afspraken voor vakantie waarneming en 93 procent afspraken voor ziekte waarneming. Deze waarnemingen waren door ongeveer 40 procent vastgelegd (zie figuur 13).

Figuur 13
Afspraken ten aanzien van waarneming



416 zelfstandig gevestigde psychiaters beantwoordden de vraag hoe de patiënten op de hoogte worden gesteld van afspraken ten aanzien van waarneming en bereikbaarheid. Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat dit vaak via het antwoordapparaat gebeurde (230 psychiaters), mondeling naar aanleiding van de voortgang van de behandeling (223 psychiaters) en tijdens de intake (211 psychiaters) (zie figuur 14).

Figuur 14
Wijze van informeren van patiënt over waarneming in aantallen



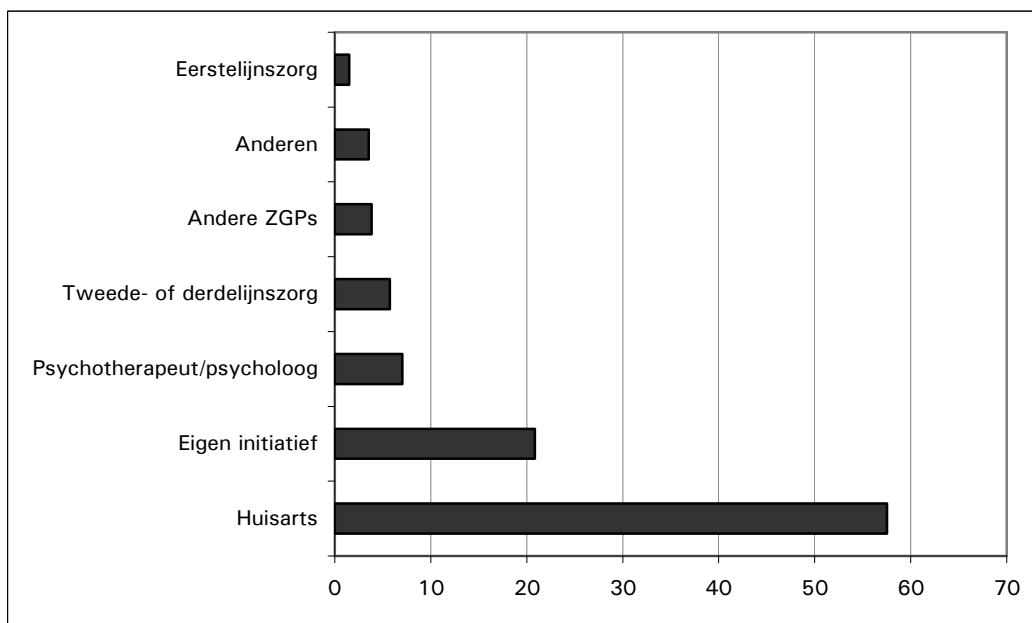
3.4.4 Informatieverstrekking aan verwijzers onvoldoende

78 procent van de patiënten was verwezen door de huisarts of kwam uit eigen initiatief bij de zelfstandige praktijk terecht. Slechts 6 procent was verwezen vanuit de tweede of

derde lijn en 7 procent door zelfstandig gevestigde psychotherapeuten of psychologen (zie figuur 15).

Figuur 15

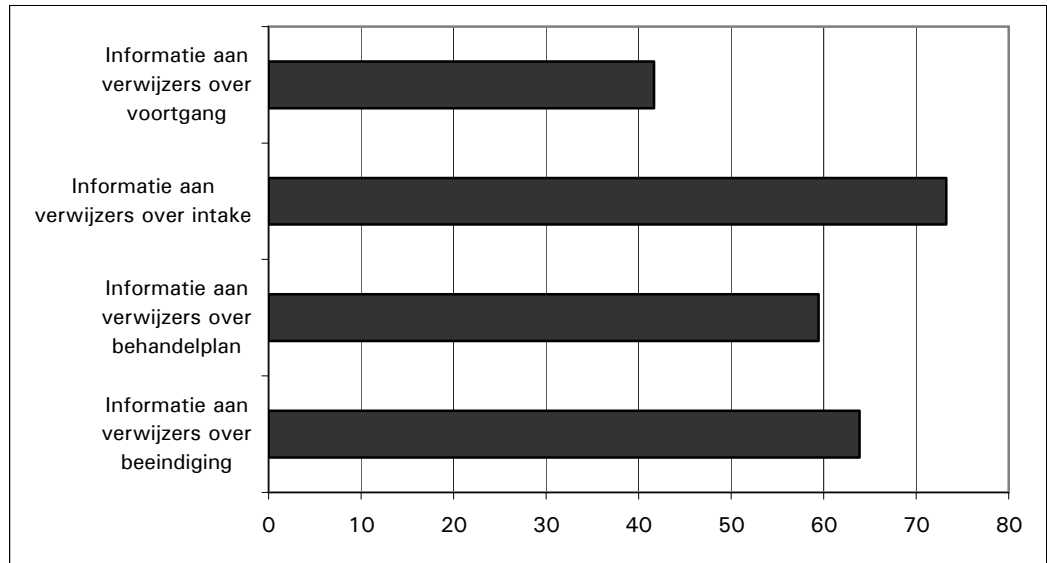
Verwijzing patiënten in percentages



Artikel 3.7 van de beroepscode voor psychiaters schrijft voor dat de zelfstandig gevestigde psychiater informatie aan de verwijzer verstrekt over de intake, behandelplan, voortgang en einde van de behandeling per patiënt. Als norm wordt aangehouden dat de zelfstandig gevestigde psychiater per onderwerp een minimumpercentage haalt (veldgemiddelde minus een standaarddeviatie) ten aanzien van het informeren van de verwijzer over genoemde zaken en dat hij alle informatie schriftelijk verstrekt. Uit het onderzoek komt naar voren dat van de 419 respondenten 47 procent de verwijzer onvoldoende informeerde over een of meerdere onderdelen. Bovendien informeerde een op de vier zelfstandig gevestigde psychiaters (25 procent) de verwijzer onvoldoende op schriftelijke wijze. Volgens 419 respondenten werd bij 73 procent van de patiënten informatie over de intake verstrekt, bij 64 procent over de beëindiging van de behandeling, bij 59 procent over het behandelplan en bij 42 procent informatie aan de verwijzers over de voortgang van de behandeling (zie figuur 16).

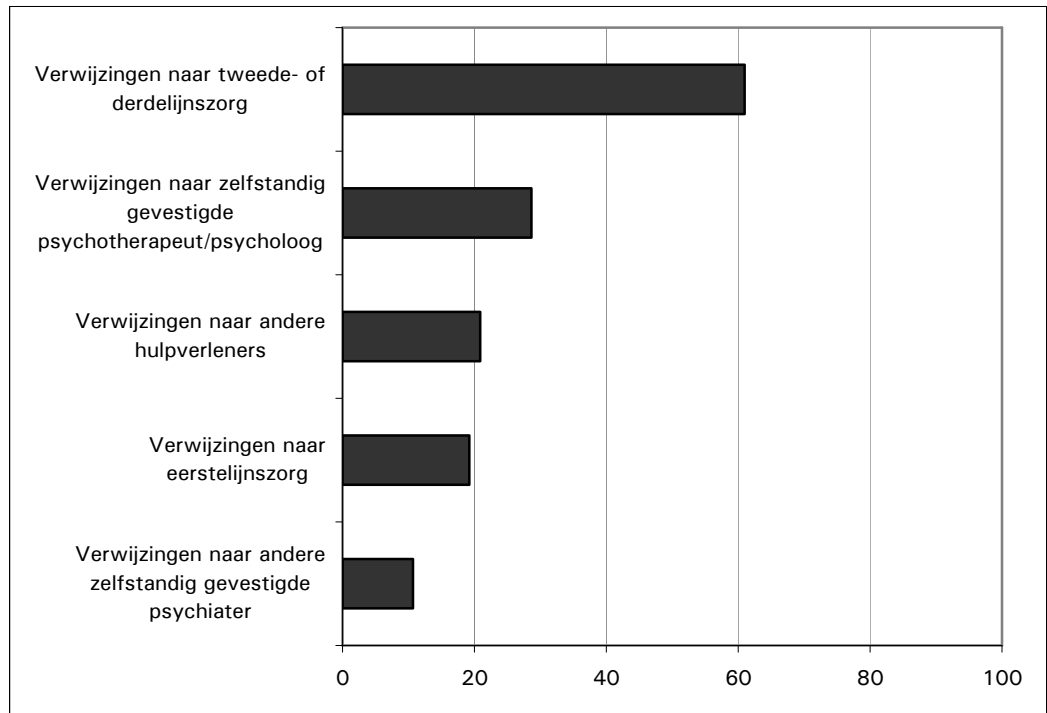
Daarnaast dient de zelfstandig gevestigde psychiater de verwijzer te informeren over de eventuele wachttijd. Uit het onderzoek bleek dat 12 procent van de respondenten deze norm niet haalde.

Figuur 16
Informatie aan verwijzers in percentages



Van doorverwezen patiënten was gemiddeld 54 procent doorverwezen naar de tweede- of derdelijnszorg, 19 procent naar een zelfstandig gevestigde psycholoog of psychotherapeut, 11 procent naar de eerstelijnszorg, 6 procent naar een andere zelfstandig gevestigde psychiater en 11 procent naar andere hulpverleners. Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk (zie figuur 17).

Figuur 17
Doorverwijzingen naar andere hulpverleners in percentages



3.4.5 Scheiding praktijk/privé niet voldoende geregeld

Als laatste is onderzocht in hoeverre de scheiding tussen werk- en privédomein in de praktijk geborgd is. Artikel 2.15 van de beroepscode en de Wet op de privacy waren hierbij het uitgangspunt. De gestelde norm is het hebben van afsluitbare dossierkasten en afspraken met huisgenoten indien de praktijk aan huis gesitueerd is. 70 procent van de zelfstandig gevestigde psychiaters gaf aan afsluitbare dossierkasten te hebben en 54 procent van de zelfstandig gevestigde psychiaters antwoordde dat zij afspraken hadden met huisgenoten. 11 van de 191 zelfstandig gevestigde psychiaters (6 procent) met een praktijk aan huis hadden geen afspraken met huisgenoten.

4 Beschouwing

4.1 Het praktijkveld van de zelfstandig gevestigde psychiater in beeld

Het praktijkveld van de zelfstandig gevestigde psychiaters is tot nu toe onderbelicht gebleven. Niet eerder is hieraan systematisch aandacht besteed. Om een beeld te verkrijgen van de kenmerken van de praktijk, patiënten en werkwijze van de zelfstandig gevestigde psychiaters, heeft de inspectie een inventariserend onderzoek verricht. Over de opzet en uitvoering van dit praktijkonderzoek is meerdere malen contact geweest met de beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat het praktijkveld enerzijds divers is, over het algemeen voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg, aan kwaliteitsontwikkeling doet en anderzijds wel degelijk een aantal verbeteringen behoeft. Een aantal verbeteringen heeft betrekking op wettelijke vereisten. Zo zijn er aanpassingen noodzakelijk op het terrein van dossiervoering, dossierborging en het hebben van een klachtenregeling. Daarnaast zijn er ontwikkelpunten die weliswaar niet wettelijk verplicht zijn, maar uit oogpunt van cliëntgerichtheid, transparantie en continuïteit van groot belang zijn. Het gaat hier om zaken die te maken hebben met dossiervoering, schriftelijke vastlegging van waarnemingsafspraken en de scheiding tussen werk- en privédoel. Ter bevordering van de kwaliteit van de praktijk en professionalisering van de zelfstandig gevestigde psychiater is verdere ontwikkeling gewenst. Zo is een landelijk visitatiesysteem en continuering van intervisie belangrijk, maar ook het systematisch inventariseren van patiënttevredenheid en het melden van calamiteiten en suïcides bij de inspectie.

4.2 Ontwikkeling van nieuwe veldnormen

De onderzoeksresultaten beschouwt de inspectie als een nulmeting van het praktijkveld en als basis voor de ontwikkeling van een toekomstig toetsingskader. Het primaire doel van dit onderzoek is het verkrijgen van meer inzicht in het praktijkveld. Van formeel toezicht is derhalve geen sprake. Dit praktijkonderzoek heeft aandachtspunten opgeleverd voor kwaliteitsverbetering van de praktijk van de zelfstandig gevestigde psychiater. Deze aandachtspunten zijn niet alleen gebaseerd op onvoldoende naleving van de wettelijke en beroepsvereisten, maar ook op reeds bestaande veldnormen. Voor bepaalde aandachtspunten zijn nog geen veldnormen voorhanden. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft als beroepsvereniging een verantwoordelijkheid zorg te dragen voor de ontwikkeling van nieuwe veldnormen op die onderdelen van de praktijkvoering waarvoor geen wettelijke verplichting geldt. Deze betreffen vaste dossierinrichting en adequate dossiervastlegging, schriftelijke afspraken over waarneming, afspraken over scheiding werk-/privédoel bij een praktijk aan huis, visitatie, meldingen van calamiteiten en suïcides aan de inspectie en patiënttevredenheid.

Deze nieuwe veldnormen kunnen onderdeel worden van een toetsingskader voor het praktijkveld van zelfstandig gevestigde psychiaters, zodat systematisch inspectietoezicht in de toekomst mogelijk wordt.

4.3 Bureau Zichtbare Zorg draagt zorg voor verdere ontwikkeling van indicatoren

Een secundair doel van dit onderzoek is de ontwikkeling van indicatoren. Onderzocht is of de ontwikkelde indicatoren voldoende valide zijn om binnen het toezicht gehanteerd te worden. De resultaten laten zien dat onder meer kwaliteitsinstrumenten, richtlijnen-gebruik, het lidmaatschap van een beroepsvereniging, het deelnemen aan collegiale toetsing, waarneming, het verstrekken van informatie aan verwijzers, dossierborging en aansluiting bij een klachtencommissie bruikbare indicatoren zijn. Deze informatie en de methodologische verantwoording ervan is in dit rapport als bijlage opgenomen. Op verzoek van het bureau Zichtbare Zorg zijn deze onderzoeksresultaten ter hand gesteld aan de werkgroep Prestatie-indicatoren Zelfstandig Gevestigde Professionals, die voor de verdere ontwikkeling en voltooiing van de indicatoren zal zorgdragen.

4.4 Overwegingen ten aanzien van follow-up onderzoek door de inspectie

Een vervolg op het inventariserend onderzoek is de ontwikkeling van een nieuw toetsingskader voor thematisch toezicht op dit praktijkveld, waarin wettelijke eisen, beroepsvereisten en veldnormen uitgangspunt zijn. Het onderzoek heeft een eerste beeld gegeven van het praktijkveld en ook aandachtspunten opgeleverd voor kwaliteitsverbetering. Voor bepaalde aandachtspunten zijn geen veldnormen voorhanden. De ontwikkeling hiervan is een taak van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie worden nadere afspraken gemaakt over de ontwikkelingstermijn van deze nieuwe veldnormen en over de implementatietijd ervan in de praktijk van de zelfstandig gevestigde psychiaters. De voorkeur is om eind 2009 over deze veldnormen te beschikken en in 2010 aan de zelfstandig gevestigde psychiaters de gelegenheid te geven de nieuwe veldnormen in hun praktijk te implementeren. Het voornemen van de inspectie is om in 2011 aan de hand van een nieuw toetsingskader een follow-up onderzoek in de vorm van een thematisch toezicht uit te voeren. Hiertoe vormen de onderzoeksresultaten mede met de nieuw te ontwikkelen veldnormen de bouwstenen.

5 Summary

Summary

The Health Care Inspectorate prioritizes its supervision of the care services provided to particularly vulnerable groups such as psychiatric patients. In its monitoring of mental health services, the Inspectorate has focused on the services offered by the 'GGZ departments', i.e. the formally established mental health and addiction care institutions. There has been no systematic examination of the care provided by independent psychiatrists in private practice: the Inspectorate has devoted attention to this sector only in response to reported irregularities or in the event of a serious incident. Accordingly, the Inspectorate has not been able to form an accurate picture of the field. To rectify this omission, the Inspectorate has undertaken a comprehensive survey, the results of which offer an initial impression of independent psychiatric practice in the Netherlands. This study must be regarded as 'incidental', in that it does not form part of the Inspectorate's regular supervisory responsibility at this time.

The results of the study reveal significant variations in several areas, including the size of individual practices, the nature of the services provided and the composition of the patient group. Overall, psychiatrists in private practice may be said to meet the requirements of 'responsible care', and most are actively working to uphold and improve quality. Nevertheless, although several types of care provision are being offered, not all practices have made adequate arrangements to ensure the uniformity and quality of their services. In some cases, procedures fall short of the statutory requirements with regard to opportunities for complaint and redress, the establishment of a formal treatment plan, patient participation (co-determination) in the treatment plan, patient access to his or her case notes, the transfer of information to third parties, and the destruction of case notes once treatment has been completed. In order to protect patient interests, it is essential that independent psychiatrists comply with all statutory requirements, and do so as soon as possible. The professional federation (*Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie*; NVvP) has therefore been requested to bring all relevant aspects to the attention of its members, and particularly those who currently fall short of the statutory requirements. The federation is also expected to be proactive in encouraging improvement.

The Inspectorate considers it essential that the NVvP should also develop a set of field norms with regard to those aspects which are not governed by formal legislation, such as the standardization of patient case notes, procedures surrounding written information, formal agreements to ensure the availability of a second psychiatrist (locum) during the practitioner's absence, arrangements to clearly separate the working and private domains of those psychiatrists with a practice in or adjoining their home, ongoing quality review, peer supervision, the reporting of incidents (including patient suicides) to the Health Care Inspectorate, and monitoring of patient satisfaction.

The results of this study offer a first impression of private psychiatric practice in the Netherlands and provide useful input for the development of a formal assessment framework. It is hoped that this framework can be implemented in the short term, whereupon it will provide a means of ensuring more systematic supervision of the sector in future.

BIJLAGE 1 Literatuuroverzicht

- Brunenberg, W., Rondez, M. & Hutschemaekers, G. (1998). *De psychiater gevolgd*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zorgverzekeraars Nederland (2000). *Treeknormen*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Brink Muinen, A. van den, Wagner, C. (2004). *Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening*. Utrecht: Nivel.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2005). *Herziene profielschets psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2003). *Beroepscode voor psychiaters*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). *Uitgangspunten Gelaagd en Gefaseerd Toezicht*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Berg, M.J. van den, Bakker, D.H. de, Roosmalen, M. van & Braspenning, J.C.C. (2005). *De staat van de huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel.
- Tuijn, S. & Wagner, C. (2006). *Risico-indicatoren voor de GGZ, het gefaseerd en gelaagd toezicht in de GGZ-Care en GGZ-Cure*. Utrecht: Nivel.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

BIJLAGE 2 Lijst van afkortingen

ADHD	Attention Deficit / Hyperactivity Disorder
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG (Wet)	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
BOPZ (Wet)	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
CQ-index	Consumer Quality Index
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GT	Gefaseerd toezicht
IF	Inspectieformulier
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
P&K (project)	Project Psychiater & Kwaliteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet bescherming privacy
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WOK	Centre for Quality of Care Research
ZGP	Zelfstandig gevestigde psychiater

BIJLAGE 3 Risicoprofiel

Inleiding

Voor het onderzoek van het praktijkveld van zelfstandig gevestigde psychiaters is eerst een risicoprofiel opgesteld. Dit profiel bevat een omschrijving van een aantal aspecten waarbij zich waarschijnlijk de grootste risico's voordoen. De aspecten samen geven het behandelingsproces en de risicovolle momenten daarin weer. Per aspect is een aantal indicatoren geformuleerd om die risico's te kunnen meten.

Het risicoprofiel is gebaseerd op kennis en ervaring van de inspecteurs met de zelfstandig gevestigde psychiaters. Tevens is gekeken naar vergelijkbare inspectieformulieren binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en andere relevante literatuur om dit risicoprofiel te ontwikkelen en te onderbouwen.

Risicoaspecten

Als basis voor het risicoprofiel is uitgegaan van de bevindingen en conclusies zoals genoemd in 'De psychiater gevolgd' (Trimbos, 1998) en 'Herziene profielschets psychiater' (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2005), en de indicatoren zoals vermeld in 'Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening' (NIVEL, 2004), 'De staat van de huisartsenzorg' (NIVEL, 2005), en 'Risico-indicatoren voor de GGZ' (NIVEL, 2006). In combinatie met praktijkervaringen van inspecteurs en meldingen over zelfstandig gevestigde psychiaters aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg is een aantal risicoaspecten geformuleerd voor de behandelpraktijk van de zelfstandig gevestigde psychiaters:

- 1 Professionalisering: lidmaatschap van de verschillende beroepsverenigingen, en de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater zijn deskundigheid bevordert en contact heeft met collega's om zijn werkwijze te toetsen en verder te ontwikkelen.
- 2 Kwaliteit van behandeling: de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater handelt conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen en protocollen, als ook het verloop en de uitkomsten van de behandeling periodiek evalueert.
- 3 Continuïteit van behandeling en organisatie: de mate waarin de zelfstandig gevestigde psychiater zorg draagt voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zijn praktijk, afspraken maakt met ketenpartners, informatie verschaft aan verwijzers en patiënten, als ook de vastlegging van de patiëntgegevens en de mate waarin het privé- en werkdomein van de zelfstandig gevestigde psychiater zijn gescheiden.

Per risicoaspect zijn de belangrijkste risico's beschreven die door de inspectie zijn ingeschat. Hiervan uitgaande zijn tenslotte de risico-indicatoren geformuleerd.

- Ad 1 Een zelfstandig gevestigde psychiater werkt over het algemeen meer op zichzelf dan een psychiater en andere specialisten in een instelling. Via lidmaatschap van de landelijke beroepsvereniging, de regionale vereniging van zelfstandig gevestigde psychiaters en andere specifieke beroepsverenigingen houdt de zelfstandig gevestigde psychiater zich op de hoogte van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van onderzoek en behandeling en nieuwe randvoorwaarden (DBC's, nieuwe zorgverzekeringswet etc). In regionaal verenigingsverband vindt collegiale toetsing in de vorm van intervisie aan de hand van casuïstiek plaats. Ook worden in verenigingsverband kwaliteitsbevorderende initiatieven (onder ander indicatietoetsing, intervisie-

methodiek, farmacotherapieoverleg) gestimuleerd. Door lidmaatschap van een landelijke beroepsvereniging en regionale samenwerkingsverbanden treedt de zelfstandig gevestigde psychiater actief in contact met andere collega's om de kwaliteit van zijn professioneel handelen te bevorderen en zich toetsbaar op te stellen. Een andere manier om zich toetsbaar op te stellen is de wettelijke plicht om een klachtenregeling te hebben en aangesloten te zijn bij een (regionale) klachtencommissie.

Indien een zelfstandig gevestigde psychiater geen lid van een landelijke beroepsvereniging of een regionale vereniging van zelfstandig gevestigde psychiaters is, weinig tot geen intervisie met collega's heeft en niet over een klachtenregeling beschikt, bestaat er kans op een meer solistische werkwijze met onvoldoende collegiale en sociale controle en onvoldoende stimulansen voor kwaliteitsontwikkeling van het professioneel handelen.

Ad 2 Een zelfstandig gevestigde psychiater is gericht op diagnostiek en vooral op behandeling (Trimbosinstituut, 1998). Een belangrijke basis voor een kwalitatieve behandeling is een gerichte indicatiestelling(sprocedure), een adequate diagnose, een met instemming van de patiënt tot stand gekomen behandelplan (wettelijke vereiste) en een passend gebruik van richtlijnen en protocollen ('state of the art'). Een periodieke evaluatie is voor de patiënt en zelfstandig gevestigde psychiater een belangrijk feedbackmoment over de voortgang van de behandeling.

In de praktijk van een zelfstandig gevestigde psychiater is de kans op een minder multidisciplinaire kijk op de problematiek van de patiënt tijdens diagnose en behandeling en het risico op minder keuzemogelijkheden in behandelvormen groter dan bij een instelling. Daardoor bestaat de kans op niet optimale indicatiestelling en op minder (variatie in het) gebruik van richtlijnen en protocollen. Anderzijds kan ook het te rigide vasthouden aan richtlijnen een risicofactor vormen, waardoor het specifieke van de behandelrelatie niet tot haar recht komt.

Het bespreken van het behandelplan en het periodiek evalueren van de voortgang van de behandeling bevordert niet alleen de feedback op de gekozen behandelwijze, het behandelresultaat en het methodisch werken, maar vermindert ook het risico op een onvoldoende kwalitatieve behandeling.

Ad 3 Naast diagnostiek en behandeling houdt de zelfstandig gevestigde psychiater zich ook bezig met (het adequaat organiseren van) allerlei randvoorwaarden ten behoeve van de continuïteit van behandeling en praktijkorganisatie. Aan dit aspect kleven risico's door het reserveren van onvoldoende tijd voor en het geven van onvoldoende aandacht aan administratie en registratie, verslaglegging, dossiervorming en -borging, het ontwikkelen van een wachttijdenbeleid, een waarnemingsregeling, het informeren van verwijzers (bij aanvang, tijdens en bij beëindiging van de behandeling), het onderhouden van de communicatie met ketenpartners en het aanpassen van het geleverde zorgaanbod aan veranderingen in de zorgvraag. In aanvulling op dit laatste risico kan ook het besteden van onvoldoende aandacht in het dossier (behandelplan e.d.) aan het circulaire proces van doelen, actie, resultaten, en het bijstellen van doelen en actie worden genoemd.

In een behandelrelatie is het belangrijk dat een patiënt zich veilig en geborgen voelt. Omdat de praktijk van de zelfstandig gevestigde psychiater vaak aan huis is, mogen de patiëntcontacten niet verstoord worden door huiselijke zaken

van de zelfstandig gevestigde psychiater. Dit houdt namelijk het risico in van ineffectiviteit van de behandeling en kan rolverwarring bij de patiënt veroorzaken. Daarnaast is het belangrijk dat de patiëntgegevens goed zijn opgeborgen om de privacy van de patiënt te waarborgen.

Risico-indicatoren

Er worden drie typen indicatoren onderscheiden: uitkomstindicatoren, procesindicatoren en structuurindicatoren.

- 1 De uitkomstindicatoren in dit onderzoek geven een aanwijzing voor “de uiteindelijk tot stand gekomen verandering in een toestand van een patiënt die aan een geneeskundige interventie kan worden toegeschreven”.
- 2 De procesindicatoren geven aanwijzingen over “de interactie van zorgverleners en patiënten, of een opeenvolging van handelingen of gebeurtenissen in de tijd”.
- 3 De structuurindicatoren tenslotte worden gedefinieerd als aanwijzingen voor de “voorwaardenscheppende factoren van de zorgverlening” (definities zoals overgenomen uit NIVEL, 2006 van Donebedian, 1980).

Bij het formuleren van de indicatoren is het streven in eerste instantie relevante uitkomstindicatoren te formuleren om een indicatie te krijgen van de uitkomsten op patiëntniveau. In de praktijk is vooral informatie voorhanden over proces- en structuurindicatoren die een (in)directe relatie hebben met de uitkomsten op patiëntniveau. Voor een volledig beeld van de praktijk zijn dus zowel uitkomst-, als ook proces- en structuurindicatoren nodig.

Omdat de praktijk van een zelfstandig gevestigde psychiater tot op zekere hoogte vergelijkbaar is met die van een huisarts, is bekeken of het mogelijk is aan te sluiten bij de ontwikkeling van prestatie-indicatoren huisartsenzorg. Het NIVEL en het WOK hebben ten behoeve van de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport geschreven ‘De staat van de huisartsenzorg’ (augustus 2005). In dit rapport is op basis van gegevens uit de Nationale Studie 2 de staat van de huisartsenzorg beschreven en is vervolgens een onderbouwde set prestatie-indicatoren voor de huisartsen voorgesteld.

Door het verschil in omstandigheden en aanpak tussen de (tweedelijns) praktijken van zelfstandig gevestigde psychiaters en de (eerstelijns) huisartsenzorg zijn deze prestatie-indicatoren beperkt bruikbaar voor het veld van de zelfstandig gevestigde psychiaters.

De indicator uit de huisartsgeneeskunde, die kan worden gebruikt voor de zelfstandig gevestigde psychiaters, is het informeren van patiënten en het betrekken van patiënten bij de besluitvorming (informed consent).

Omdat de soort behandelingen en ook de kenmerken van de patiëntpopulatie in de praktijk van een zelfstandig gevestigde psychiater tot op zekere hoogte ook vergelijkbaar zijn met die van GGZ-instellingen, is bekeken of het mogelijk is aan te sluiten bij de ontwikkeling van risico-indicatoren voor deze instellingen. Het NIVEL heeft ten behoeve van de Inspectie voor de Gezondheidszorg namelijk het rapport geschreven ‘Risico-indicatoren voor de GGZ’ (2006). In dit rapport is een onderzoek beschreven naar de volledigheid van de set van indicatoren voor het eerste inspectieformulier voor GGZ-instellingen. Op basis van de resultaten van dit onderzoek en na discussie in een zorgbrede externe projectgroep van diverse veldpartijen (koepelorganisatie, beroepsverenigingen, patiëntenorganisatie, zorgverzekeraars en Inspectie voor de Gezondheidszorg) is een nieuwe basisset van indicatoren (november 2006) opgesteld.

Door het verschil in omstandigheden tussen de praktijken van zelfstandig gevestigde psychiaters en de GGZ-instellingen zijn ook deze risico-indicatoren niet direct bruikbaar,

maar dienen deze eerst aangepast te worden aan de situatie van de zelfstandig gevestigde psychiaters.

De risico-indicatoren voor de GGZ-instellingen, die met enige aanpassing bruikbaar zijn voor de zelfstandig gevestigde psychiaters, zijn:

- Wachtijd.
- Evaluatie van de behandeling.
- Gebruik van behandelrichtlijnen.
- Deskundigheid personeel.
- Behandelingsplan met vastgelegde 'informed consent'.

Naast de indicatoren voor huisartsengeneeskunde en GGZ-instellingen is bij het samenstellen van de lijst met risico-indicatoren ook gekeken naar de soort meldingen dat de afgelopen jaren bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is binnengekomen over zelfstandig gevestigde psychiaters en naar de ervaringen van inspecteurs met zelfstandig gevestigde psychiaters. In tabel 1 in paragraaf 5.1 staan de risicoaspecten met bijbehorende risico-indicatoren in meetbare vragen en met de gehanteerde normen (wettelijke, beroeps-, veldnormen) vermeld.

Vragenlijst

Op basis van het risicoprofiel en de geformuleerde indicatoren is het inspectieformulier (IF: zie bijlagen www.igz.nl) ontwikkeld. Daarnaast is gekeken welke vragen naar relevante praktijktyperingen toegevoegd dienen te worden om een beter beeld van de zelfstandig gevestigde psychiaters in Nederland te krijgen. Als voorbeeld voor dergelijke inventariserende vragen is de enquête uit 'De psychiater gevolgd' (Trimbos, 1998) gebruikt. De vragen zijn als inventariserende vragen (29) in een natuurlijke volgorde verweven tussen de toetsende vragen (21) voor de risico-inschatting in de vragenlijst.

Voorbeeld

Inventariserende vragen o.a.:
Hoeveel uur per week bent u werkzaam als psychiater? (meerdere antwoorden mogelijk)
– Gemiddeld ... uur per week als zelfstandig gevestigde psychiater in een eigen praktijk aan huis
– Gemiddeld ... uur per week als zelfstandig gevestigde psychiater in een eigen praktijk elders
– Gemiddeld ... uur per week als zelfstandig gevestigde psychiater in een instelling
– Gemiddeld ... uur per week als psychiater in dienstverband in een instelling
– Gemiddeld ... uur per week als psychiater elders werkzaam, namelijk bij/in ...
Zijn de volgende NVvP-richtlijnen in 2005 besproken tijdens een of meerdere intervisiebijeenkomsten?
– Antipsychoticagebruik bij schizofrene psychosen
– Bipolaire stoornissen
– Delirium
– Diagnostiek en behandeling ADHD
– Farmacotherapie angststoornissen
– Psychiatrisch onderzoek bij volwassenen - 2005
– Psychiatrische rapportage
– Voorlichting patiënten GGZ
– Etc.

DSM-classificatie per patiënt (meerdere antwoorden mogelijk)
– angst- en dwangstoornis
– (posttraumatische) stresstoornis
– stemmingsstoornis
– persoonlijkheidsstoornis
– verslavingsstoornis
– somatoforme stoornis
– psychotische stoornis
– dissociatieve stoornis
– slaapstoornis
– seksuele stoornis
– etc.

De toetsende vragen zijn gebaseerd op wettelijke, beroeps- en veldnormen. In het voorbeeld is in het kader van kwaliteitsbevordering het lidmaatschap van met name de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en een regionale vereniging voor zelfstandig gevestigde psychiaters als veldnorm gebruikt, in het kader van continuïteit van de behandeling voor de wachttijd de Treeknorm (maximaal 28 dagen) als basisnorm gehanteerd en in het kader van de kwaliteit van behandeling voor het gebruik van richtlijnen artikel 2.3 en voor de toepassing van het behandelplan artikel 1.8 van de beroepscode voor psychiaters alsmede artikel 453 van de WGBO als normering genomen (zie bijlagen www.igz.nl).

Bij het samenstellen van de vragen is geprobeerd zoveel mogelijk multiplechoice- of open vragen te stellen waardoor het uitlokken van sociaal wenselijke antwoorden wordt beperkt. Bovendien is de vragenlijst (zie bijlagen www.igz.nl) opgesplitst in een algemeen deel met vragen over algemene praktijkkenmerken en de algemene werkwijze van de zelfstandig gevestigde psychiater en een aparte lijst met specifieke vragen over de laatste 7 afgesloten patiëntdossiers. Voor deze opzet is gekozen om enerzijds het invullen voor de zelfstandig gevestigde psychiater te vergemakkelijken en de data door de Inspectie voor de Gezondheidszorg te kunnen laten aggregeren in plaats van dat de zelfstandig gevestigde psychiater dit zelf moet doen; anderzijds wordt zo weer geprobeerd minder sociaal wenselijke antwoorden uit te lokken.

Toetsende vragen o.a.:

Van welke verenigingen bent u lid? (meerdere antwoorden mogelijk)
– de NVvP
– een regionale vereniging voor zelfstandig gevestigde psychiaters
– etc.
Hoe lang was de gemiddelde wachttijd bij uw eigen praktijk voor een intakegesprek en tussen het intakegesprek en aanvang van de behandeling in 2005?
– ... dagen gemiddelde wachttijd voor een intakegesprek
– ... dagen gemiddelde wachttijd tussen intakegesprek en aanvang van de behandeling
Bent u bekend met en maakt u standaard gebruik van de volgende NVvP-richtlijnen?
– Antipsychoticagebruik bij schizofrene psychosen
– Bipolaire stoornissen
– Delirium
– Diagnostiek en behandeling ADHD
– Farmacotherapie angststoornissen
– Etc.

Behandelplan

- er is geen formeel behandelplan
 - behandelplan is standaard en daarom niet (uitvoerig) besproken met de patiënt
 - besproken met de patiënt
 - besproken met de patiënt, inclusief aantekening in het dossier
 - besproken met de patiënt, inclusief door de patiënt ondertekende aantekening in het dossier
-

BIJLAGE 4 Onderwerpen bijlagen op www.igz.nl

Geïnteresseerden kunnen op de website van de inspectie voor de gezondheidszorg een methodologische verantwoording van de onderzoeksmethode en de bruikbaarheid van het toezichtinstrument vinden. In bijlage 4a wordt vermeld wat bij de zelfstandig gevestigde psychiaters de risicofactoren zijn bij kwalitatief onvoldoende psychiatrische behandeling en of de indicatoren toepasbaar zijn voor het bepalen van de risicofactoren om een selectie-instrument te ontwikkelen voor de eerste fase van het gefaseerde toezicht (GT) bij de zelfstandig gevestigde psychiaters. Hierbij wordt ingegaan op de resultaten van het inspectieformulier (IF), de opmerkingen van de respondenten over het IF met conclusies en suggesties ter verbetering. Ook wordt de validatie van het IF nader beschreven. Om te illustreren hoe de indicatoren, toegekende gewichten en risicopunten in de praktijk werken is tevens een fictief praktijkvoorbeeld opgenomen, waarbij risicobepaling en berekening van de risicoscore nader zijn uitgelegd. Afsluitend worden conclusies getrokken ten aanzien van de bruikbaarheid van het IF in totaliteit, het onderscheidend vermogen van het IF en de onderliggende indicatoren en wordt een aantal suggesties voor verbetering beschreven.

In bijlage 4b wordt een overzicht gegeven van de gehanteerde indicatoren en uiteengezet tot welk type (structuur, proces of uitkomst) het behoort, welke norm is gehanteerd, wat de basis van deze norm is, welke weging en factor voor de berekening van het risico wordt toegepast en wat de onderliggende vragen zijn. Deze indicatoren betreffen lidmaatschap van verenigingen, collegiale toetsing, gebruik van kwaliteitsinstrumenten, klachtenregeling, vastlegging informed consent in behandelplan, gebruik van indicatiestellinginstrumenten, periodieke evaluatie, bekend zijn met of gebruikmaken van richtlijnen, dossierborging, toegankelijkheid tot behandeling, waarneming, informatieverstrekking aan verwijzers over behandeling en wachttijd en scheiding praktijk/privé.

In bijlage 4c is het IF en het praktijkbezoekformulier opgenomen. Het IF bestond uit vragen over de dagelijkse praktijkvoering en behandeling van individuele patiënten. Het praktijkbezoekformulier fungeerde als leidraad voor het bezoek aan de zelfstandig gevestigde psychiaters. De gespreksonderwerpen kwamen overeen met de in het IF gehanteerde onderdelen.

