



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Ambulante ouderenpsychiatrie op de goede weg, verdere verbetering gewenst

Datum Juni 2011

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Vraagstelling en afbakening – 9
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 10

2 Conclusies – 13

- 2.1 Algemene conclusie: ambulante ouderenpsychiatrie op de goede weg, maar verdere verbetering vereist – 13
- 2.2 Lichamelijk onderzoek niet altijd aantoonbaar betrokken bij diagnostiek – 13
- 2.3 Individuele behandelresultaten nog onvoldoende systematisch gemonitord – 13
- 2.4 Volledig en actueel medicatieoverzicht nog niet beschikbaar – 14
- 2.5 Kwaliteit dossiervoering vormt dagelijks probleem – 14

3 Handhaving – 15

- 3.1 Maatregelen onderzochte GGZ-locaties ambulante ouderenpsychiatrie – 15
- 3.2 Aanbevelingen aan GGZ-instellingen, GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – 17
- 3.3 Vervolgacties inspectie – 18

4 Resultaten – 19

- 4.1 Toets normen diagnostiek – 19
 - 4.1.1 Overzicht scores – 19
 - 4.1.2 Bij 1 op de 3 onderzochte locaties diagnostisch lichamelijk onderzoek onvoldoende aantoonbaar – 20
 - 4.1.3 Psychiatrisch onderzoek vrijwel overal operationeel – 20
 - 4.1.4 Bij driekwart onderzochte locaties aantoonbaar gebruik van psycho-diagnostische instrumenten – 20
 - 4.1.5 Aandacht voor de behoeften van patiënt en mantelzorg – 21
 - 4.1.6 Second opinion en consultatie laagdrempelig beschikbaar – 21
 - 4.2 Toets normen behandeling – 21
 - 4.2.1 Overzicht scores – 21
 - 4.2.2 Informeren patiënt, betrekken mantelzorg en instemming behandelplan – 22
 - 4.2.3 Niet-medicamenteuze interventies bij dementie breed ingezet – 23
 - 4.2.4 Monitoren individuele behandelresultaten in ontwikkeling – 23
 - 4.2.5 Actueel en volledig medicatieoverzicht ontbrak – 23
 - 4.3 Toets normen organisatie van de zorg – 24
 - 4.3.1 Overzicht scores – 24
 - 4.3.2 Aan voorwaarden ketenzorg werd voldaan – 24
 - 4.3.3 Bij no show direct vervolgacties – 25
 - 4.3.4 Raden van Bestuur hadden benodigde informatie voor kwaliteitsbewaking – 25

5 Summary – 26

Literatuurlijst – 27

Bijlage 1	Lijst van onderzochte GGZ-locaties en risicoprofielen – 28
Bijlage 2	Toezichtnormen – 30
Bijlage 3	Lijst van afkortingen – 32

Voorwoord

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2010 speciale aandacht besteed aan het groeiende werkveld van de ambulante ouderenpsychiatrie. Het aantal ouderen in Nederland dat psychiatrische zorg nodig heeft, neemt toe. De ziektebeelden in de ouderenpsychiatrie behoren tot de meest ernstige en chronische aandoeningen. Verminderde belastbaarheid en sociale inbedding beïnvloeden het dagelijks functioneren. Kenmerkend is een grote ziektelast voor patiënt en omgeving. Een relatief kleine verandering kan het fragiele evenwicht en de zelfredzaamheid al ernstig verstoren. De buitengewone kwetsbaarheid van ouderen maakt hoogwaardige psychiatrische zorg voor deze groep dus cruciaal.

De uitkomsten van dit inspectieonderzoek zijn overwegend positief. Maar de kwetsbaarheid van de doelgroep vraagt om verdere verbeteringen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor ouderen. Inspecteurs waren herhaaldelijk onder de indruk van de motivatie en de grote betrokkenheid van de behandelaren bij 'hun' ouderen. De samenwerking met ketenpartners is sterk in ontwikkeling.

Ik wil hier met name de vereiste aandacht voor lichamelijk onderzoek in de diagnosefase en het belang van een volledig en betrouwbaar medicatieoverzicht benadrukken. Juist omdat psychische en lichamelijke aandoeningen bij deze kwetsbare oudere patiënten vaak tegelijkertijd voorkomen, in combinatie met het gebruik van medicatie.

Gelukkig krijgt de specifieke zorgverlening aan de oudere GGZ-patiënt steeds meer de erkenning die zij verdient. De aandacht voor het vakgebied neemt toe. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft de ouderenpsychiatrie officieel als aandachtsgebied erkend. Het vakgebied neemt nu een prominente plaats in het curriculum voor de opleiding tot psychiater in. Daarnaast heeft het Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie een doorstart gemaakt; het is vanaf 2011 bij het Trimbos-instituut ondergebracht.

Kortom, de ambulante ouderenpsychiatrie is inmiddels een volwassen vakgebied. Daarbij hoort naar mijn mening ook de ambitie om op korte termijn de nog benodigde verbeteringen te realiseren.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft tussen september en november 2010 de kwaliteit van de ambulante ouderenpsychiatrie binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) getoetst. Aanleidingen hiervoor waren de verwachte toename van het aantal ouderen met psychiatrische problemen, de complexiteit van een goede organisatie van ambulante ouderenzorg en de speciale aandacht van de inspectie voor kwetsbare patiëntgroepen (*IGZ-Meerjarenbeleidsplan 2008-2011*). Bij 33 GGZ-locaties beoordeelde de inspectie in hoeverre de diagnostiek en de behandeling voldeden aan normen voor verantwoorde zorg. Per locatie zijn eventuele risico's op niet-verantwoorde zorg vastgesteld. Dit gebeurde tijdens een toezichtbezoek waarbij de inspectie beleidsstukken inzag, een steekproef van patiëntdossiers bekeek en gesprekken voerde met behandelaren en de Raad van Bestuur. In het onderzoek inventariseerde de inspectie ook de stand van zaken bij ketenzorg (afstemming, coördinatie en samenwerking), goed bestuur en medicatieoverdracht.

De inspectie concludeert dat de kwaliteit van de ambulante ouderenpsychiatrie in veel opzichten gewaarborgd is, maar verdere verbeteringen noodzakelijk zijn. Bij driekwart van de onderzochte GGZ-locaties voldoen de diagnostiek en behandeling aan de normen. Bij een kwart van de locaties zijn echter matige tot hoge risico's op niet-verantwoorde zorg geconstateerd, waarvan bij twee locaties hoge tot zeer hoge risico's in de diagnostische fase. Bij deze locaties (met matige tot zeer hoge risico's) legt de inspectie maatregelen op.

De geconstateerde risico's beperken zich tot een aantal deelgebieden. Het bleek vaak niet goed aantoonbaar dat bevindingen uit een algemeen lichamelijk onderzoek deel uitmaakten van de diagnostiek van ouderen met psychiatrische klachten. Daarnaast bleken de behandelresultaten bij ruim een derde van de locaties nog onvoldoende systematisch op individueel patiëntniveau gevolgd. Ook de kwaliteit van de dossiervoering bleek bij een deel van de locaties onvoldoende, waardoor patiëntgegevens niet beschikbaar of moeilijk toegankelijk waren. Tot slot kwam in het onderzoek naar voren dat een actueel, volledig medicatieoverzicht per patiënt bij 32 van de 33 locaties niet beschikbaar was. Deze opvallende bevinding is door de inspectie echter nog niet meegenomen in het uiteindelijke risico-oordeel. Pas recent (eind 2010) zijn de veldpartijen tot overeenstemming gekomen over de organisatie van de overdracht van medicatiegegevens in de keten. De inspectie gaat deze norm vanaf 2011 handhaven via thematoezicht op medicatieveiligheid in de GGZ.

Positieve bevindingen zijn onder andere de aandacht voor en informatievoorziening aan patiënten en mantelzorgers, het uitgevoerde diagnostisch psychiatrisch onderzoek, de samenwerking in de zorgketen en de inzet van het *stepped care*-principe bij dementie (de voorkeur voor zo licht mogelijke, niet-medicamenteuze interventies).

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Nederland kent een groeiend aantal ouderen met psychiatrische problemen. Dat komt voor een belangrijk deel door demografische ontwikkelingen: niet alleen neemt het aantal ouderen toe; de ouderen worden ook steeds ouder. De vraag naar psychiatrische zorg voor deze groep groeit. Naar verwachting zal het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) door ouderen met psychische of verslavingsproblemen tussen 2010 en 2020 met 18% stijgen¹.

De oudere GGZ-patiënt^a is een bijzonder kwetsbare patiënt. De ziektebeelden binnen de ouderenpsychiatrie – met name dementie, depressie en angststoornissen – behoren tot de meest ernstige en chronische psychiatrische aandoeningen. In tegenstelling tot jongere patiënten lijden ouderen ook vaak aan diverse psychische en/of lichamelijke klachten tegelijkertijd (multimorbiditeit). Daardoor kunnen er verschillende professionals uit andere zorgcircuits tegelijkertijd betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling (bijvoorbeeld de huisarts, medisch specialist, thuiszorg, psychiater). Dat maakt een goede organisatie van de zorg complex.

Dat geldt met name voor de ambulante ouderenpsychiatrie, waarbij de patiënten niet in een instelling zijn opgenomen. De grote verschillen tussen persoonssituaties dwingen vaak tot maatwerk met individuele oplossingen. Deze kwetsbare ouderen hebben aangepaste geïntegreerde zorg nodig in plaats van de klassieke medische benadering met een opeenstapeling van zorgketens bij meervoudige ziektelast². Het is juist deze ambulante patiëntgroep die structureel groeit. Ook wordt de ambulante zorg intensiever: het aantal verrichtingen en contacten per patiënt stijgt³.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (inspectie) heeft niet eerder thematoezicht uitgevoerd naar de risico's in de ambulante GGZ voor ouderen. Eén van de hoofddoelen uit het IGZ *Meerjarenbeleidsplan 2008-2011*⁴ is om meer en gericht aandacht te besteden aan kwetsbare patiëntgroepen. In de uitwerking van de strategische visie op het toezicht op de GGZ, *Sterk van Geest, naar herstel van regie*⁵, is besloten het thematoezicht 2010 te richten op de psychiatrische zorg voor ouderen. De verwachte groei van het aantal oudere patiënten in de ambulante zorg en de complexiteit van de organisatie van de zorg zijn belangrijke redenen geweest om specifiek dit terrein te toetsen op het leveren van verantwoorde zorg. Met dit rapport doet de inspectie verslag van dit onderzoek en de consequenties voor de onderzochte instellingen.

1.2 Vraagstelling en afbakening

Hoofdvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek is: in hoeverre voldoet de ambulante ouderenpsychiatrie van geïntegreerde GGZ-instellingen aan de normen voor verantwoorde zorg?

De inspectie heeft hiertoe bij 33 GGZ-locaties de risico's op niet-verantwoorde zorg beoordeeld. Daarbij onderzocht de inspectie de volgende toezichtthema's:

a Waar een leeftijdsgrens moet worden getrokken is overigens onduidelijk. Door grote inter-individuele verschillen in de mate waarin (biologische) veroudering optreedt, zegt de kalenderleeftijd betrekkelijk weinig. Binnen de ouderenpsychiatrie spreekt men van problemen die samenhangen met de derde en vierde levensfase.

- Diagnostiek
- Behandeling
- Keten van zorg
- Goed bestuur (*Governance*) op het gebied van kwaliteitsbewaking

De toetsing had betrekking op de zorg aan oudere patiënten die op het moment van het onderzoek een behandelingsovereenkomst (WGBO) hadden en ambulante zorg kregen. De stoornissen omvatten in beginsel alle psychiatrische stoornissen die voorkomen in de bekende diagnostische en classificatiesystemen (o.a. DSM-IV en ICD 10). De ambulante ouderenpsychiatrie richt zich naast de cognitieve problematiek, zoals dementie, ook op de diagnostiek en behandeling van bijvoorbeeld depressie, psychoses, of angststoornissen bij ouderen.

De onderzochte GGZ-locaties

De geïntegreerde GGZ-instellingen die ambulante ouderenpsychiatrie aanbieden, doen dat vaak vanuit meerdere locaties. Van elke instelling is in dit onderzoek één locatie onderzocht op risico's op niet-verantwoorde zorg. Bij drie instellingen zijn twee locaties bezocht. De reden hiervoor was bijvoorbeeld een recente fusie. Zie bijlage 1 voor een lijst van de bezochte locaties.

Beperking van de scope van dit onderzoek

De RIAGG's zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gebleven. Ook (de locaties van) GGZ-instellingen die zich alleen richten op ambulante psychiatrische zorg bij dementie (psychogeriatric) vallen buiten de scope van dit onderzoek, net als de klinische ouderenpsychiatrie en de deeltijdbehandeling voor ouderen.

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Toetsing en risico-oordeel

De aanbieders van ambulante ouderenpsychiatrie zijn beoordeeld op de vier toezichtthema's *diagnostiek*, *behandeling*, *keten van zorg* en *goed bestuur* (*governance*). De inspectie heeft voorafgaand aan de bezoeken een toetsingskader voor deze toezichtthema's vastgesteld (zie *Toetsingskader*). Hierin zijn toezichtnormen opgenomen die gebaseerd zijn op diverse veldnormen. Zie voor de toezichtnormen bijlage 2.

Bij de beoordeling van de toezichtnormen waren steeds twee kwalificaties mogelijk: de norm was operationeel (aantoonbaar in gebruik) of niet-operationeel (niet aantoonbaar in gebruik).

Als de inspectie constateert dat een toezichtnorm (en daarmee de onderliggende veldnorm) operationeel is, dan gaat zij er vanuit dat er een laag risico op niet-verantwoorde zorg op dit aspect is. Wordt niet aan toezichtnormen voldaan, dan stelt de inspectie een verhoogd risico op niet-verantwoorde zorg op het betreffende aspect vast.

In dit onderzoek is op grond van de bevindingen over 10 toezichtnormen op de thema's *diagnostiek* (5 normen getoetst) en *behandeling* (5 normen getoetst) per bezochte locatie een risicoprofiel vastgesteld. Omdat de normen voor de toezichtthema's *keten van zorg* en *goed bestuur* (*governance*) recent zijn vastgesteld (eind 2009/begin 2010), zijn de scores op deze toezichtthema's nog niet in het uiteindelijke risico-oordeel meegenomen. In tabel 1 staan de risicocategorieën die voor de thema's *diagnostiek* en *behandeling* zijn onderstaande risicocategorieën gebruikt.

Tabel 1
Indeling risicocategorieën

Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
5 toezichtnormen operationeel	4 toezichtnormen operationeel	3 toezichtnormen operationeel	0-2 toezichtnormen operationeel

Het risicoprofiel voor de thema's *diagnostiek* en *behandeling* vormt de basis voor het handhavingbeleid van de inspectie (zie hoofdstuk 3).

Toezichtbezoek

De beoordeling vond plaats tijdens een locatiebezoek door een inspecteur (tevens accounthouder van de instelling) en een toezichtmedewerker of tweede inspecteur. De locatiebezoeken vonden plaats tussen september en november 2010.

Het bezoek bestond uit de volgende onderdelen:

- 1 Het inzien van de beleidsstukken over ambulante ouderenpsychiatrie.
- 2 Een gesprek met behandelaren (psychiater, specialist ouderengeneeskunde, arts en/of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige).
- 3 Het inzien van 3 tot 6 (elektronische) patiëntdossiers.
- 4 Een gesprek met de Raad van Bestuur.

Kennisgeving resultaten

De Raden van Bestuur van de instellingen hebben separaat een rapport ontvangen met de bevindingen op de betrokken locatie van hun instelling. De inspectie heeft hen de mogelijkheid geboden het locatierapport te controleren op feitelijke onjuistheden. De vastgestelde locatierapporten publiceert de inspectie tegelijkertijd met dit geaggregeerde rapport op www.igz.nl.

Generaliseerbaarheid van de uitkomsten

Een belangrijke kanttekening bij dit onderzoek is dat de uitkomsten zich beperken tot de onderzochte locaties. De resultaten zijn niet te generaliseren naar andere locaties van de instellingen.

Toetsingskader

De toezichtnormen voor *diagnostiek*, *behandeling* en *keten van zorg* zijn gebaseerd op veldnormen uit:

- De CBO Richtlijn diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie, 2005.
- De ketenindicatoren voor dementie, IQ healthcare Nijmegen, 2009.
- De Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, 2009.
- Het Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn angststoornis, versie 1.0, 2008.
- De handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg; 2010.
- Het Addendum ouderen bij de Multidisciplinaire richtlijn depressie, versie 1.0, 2008.

Daarnaast heeft de inspectie gebruikgemaakt van relevante wet- en regelgeving (WGBO, Wet Bopz, Kwaliteitswet zorginstellingen, Geneesmiddelenwet). Voor de toezichtnorm over *goed bestuur (governance)* is gebruikgemaakt van de *Staat van de Gezondheidszorg 2009*, *'De vrijblijvendheid voorbij'* en de *Kwaliteitswet zorginstellingen*.

Het ontworpen toetsingsinstrument met toezichtnormen per thema is vooraf ter beoordeling voorgelegd aan externe deskundigen. Voorafgaand aan de bezoeken voerde de inspectie een pilotbezoek^b uit om de bruikbaarheid van het instrument te toetsen.

b Het pilotbezoek is uitgevoerd bij Dimence in Almelo.

2 Conclusies

2.1 **Algemene conclusie: ambulante ouderenpsychiatrie op de goede weg, maar verdere verbetering vereist**

Bij driekwart van de onderzochte GGZ-locaties is de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling in de ambulante ouderenpsychiatrie gewaarborgd^c. Op deze locaties voldoen de diagnostiek en behandeling op de meeste onderdelen aan de getoetste normen voor verantwoorde zorg. Bij een kwart van de onderzochte locaties zijn echter matige tot hoge risico's op niet-verantwoorde zorg vastgesteld.

Bij twee locaties gaat het om hoge tot zeer hoge risico's in de diagnostische fase. De geconstateerde risico's hebben met name betrekking op diagnostisch lichamelijk onderzoek en het monitoren van behandelresultaten. Daarnaast is gebleken dat actuele, volledige medicatieoverzichten nauwelijks beschikbaar zijn. Meer in het algemeen is de kwaliteit van de dossiervoering bij een deel van de locaties onvoldoende bevonden.

Hoewel het onderzoek laat zien dat een verdere kwaliteitsontwikkeling nodig is, blijkt ook dat er veel goed gaat in de ambulante ouderenpsychiatrie.

Bij de diagnostiek is er veel aandacht voor cliënten; behoeften van zowel patiënt als mantelzorger worden zorgvuldig in kaart gebracht. Vrijwel alle bezochte locaties doen voldoende diagnostisch psychiatrisch onderzoek, waarvan de uitkomsten adequaat in de dossiers worden vastgelegd. En behandelaren ervaren weinig belemmeringen bij het betrekken van andere zorgprofessionals voor consultatie of een second opinion over de diagnostiek.

In de behandel fase spannen instellingen zich in voor goede informatievoorziening aan hun patiënten en het betrekken van het beschikbare steunsysteem. Verder komt uit de toezichtbezoeken duidelijk naar voren dat de behandeling van gedragsstoornissen bij dementie volgens het *stepped care*-principe^d wordt ingezet: niet-medicamenteuze interventies hebben de voorkeur.

Tot slot voldoen de meeste locaties aan recent vastgestelde normen voor de organisatie van de zorg. Raden van Bestuur beschikken over voldoende informatie om op kwaliteit te sturen. Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor ketenzorg. En bij *no show* zetten behandelaren direct vervolgacties in.

2.2 **Lichamelijk onderzoek niet altijd aantoonbaar betrokken bij diagnostiek**

Bij ruim een derde van de onderzochte GGZ-locaties was niet goed aantoonbaar dat een algemeen lichamelijk (inclusief beperkt neurologisch) onderzoek deel uitmaakte van de diagnostiek van ouderen met psychiatrische klachten. Juist bij deze patiëntgroep treden psychische en lichamelijke aandoeningen vaak tegelijkertijd op. Het is voorafgaand aan de behandeling daarom van groot belang goed in beeld te brengen welke klachten waardoor veroorzaakt worden. Uitkomsten van diagnostisch lichamelijk onderzoek – hetzij verricht door de GGZ-instelling zelf, hetzij door ketenpartners – worden echter te weinig aantoonbaar gebruikt bij het vaststellen van de diagnose.

2.3 **Individuele behandelresultaten nog onvoldoende systematisch gemonitord**

Bij ruim een derde van de onderzochte locaties voor ambulante ouderenpsychiatrie worden de effecten van de behandelingen nog onvoldoende systematisch op

c In totaal vielen 14 van de 33 locaties in de categorie 'geen tot gering risico' en 11 van de 33 in de categorie 'gering tot matig risico'.

d Volgens het principe van stepped care krijgen patiënten een behandeling die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. Alleen als deze niet werkt wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling – waaronder medicatie vaak valt.

individueel patiëntniveau gemonitord. Ook *Routine Outcome Measurement (ROM)*^e is bij de meeste locaties nog (sterk) in ontwikkeling. Is ROM wel al ingezet, dan zijn de resultaten vaak nog niet beschikbaar voor de evaluatie van een individuele behandeling. Periodieke monitoring van de patiëntsituatie is evenwel cruciaal voor de effectiviteit van de behandeling.

2.4 Volledig en actueel medicatieoverzicht nog niet beschikbaar

Bij 32 van de 33 onderzochte GGZ-locaties kon men niet beschikken over een actueel en volledig medicatieoverzicht^f per patiënt, of was men niet zeker van de juistheid van de gegevens. De inspectie heeft deze in het oog springende bevinding nog niet meegenomen in de beoordeling van de risico's op niet-verantwoorde zorg; er is alleen geïnventariseerd wat de stand van zaken was.

Ten tijde van dit onderzoek was er nog geen geldende veldnorm. Eind 2010 zijn de veldpartijen^g tot overeenstemming gekomen over de organisatie van de overdracht van medicatiegegevens in de keten⁶. De inspectie handhaaft de norm vanaf 2011 via thematoezicht op zorgketens. Ook is er in 2011 thematoezicht op medicatieveiligheid in de GGZ. Een compleet en actueel medicatieoverzicht waarover alle betrokken zorgverleners kunnen beschikken is uiteraard van groot belang voor de medicatieveiligheid. Zeker in de ambulante ouderenpsychiatrie, waar de kwetsbare patiëntengroep vaak verscheidene geneesmiddelen tegelijk gebruikt en met verschillende behandelaren uit de zorgketen te maken heeft.

De inspectie constateert dat behandelaren van de onderzochte locaties zich zeer bewust tonen van de risico's en deze zoveel mogelijk proberen te beperken. Met verschillende strategieën probeert men eventuele wijzigingen in medicatievoorschriften (door andere voorschrijvers) toch tijdig vast te stellen. Herhaaldelijk rubriceren behandelaren binnen GGZ-locaties echter de beschikbare medicatie-informatie in een elektronisch patiëntendossier (EPD) of zorgdossier onvoldoende eenduidig. Het krijgen van een actueel medicatieoverzicht van een patiënt wordt daardoor in veel gevallen een tijdrovend en complex proces.

2.5 Kwaliteit dossiervoering vormt dagelijks probleem

Behalve de registratie van medicatiegegevens (conclusie 2.4) bleek tijdens de toezichtbezoeken ook de kwaliteit van de dossiervoering bij een deel van de locaties onvoldoende. Patiëntgegevens (bijvoorbeeld over uitkomsten van lichamelijk onderzoek of afstemming met andere zorgverleners) waren herhaaldelijk niet volledig of moeilijk toegankelijk. Ook behandelaren hadden tijdens de inspectiebezoeken moeite om de gevraagde informatie in de dossiers terug te vinden. Onderliggend probleem was vaak het ontbreken van een eenduidige werkwijze in het vastleggen van gegevens, bijvoorbeeld in het gebruik van tabbladen of een mappenstructuur. Patiëntgegevens worden op verschillende plaatsen in een dossier ondergebracht of slechts summier geregistreerd. Het navrante is dat informatie soms wel aanwezig is, maar onnodig moeilijk is terug te vinden. Het probleem speelt zowel bij locaties met papieren dossiers, als bij locaties waar met een EPD gewerkt wordt.

e GGZ-instellingen (leden GGZ Nederland), cliëntorganisaties en beroepsverenigingen startten in 2009 het landelijke ROM GGZ-project. ROM is het 'routinematig' meten van het klachtenbeloop, het dagelijkse functioneren en de kwaliteit van leven van cliënten. ROM is een methode waarmee de GGZ de geleverde zorg inzichtelijk wil maken, evalueren en verbeteren.

f In een medicatieoverzicht staan alle gebruikte geneesmiddelen (al dan niet op recept) tot ten minste drie maanden terug, aangevuld met relevante gegevens over het gebruik.

g Opstellers van de richtlijn *Overdracht van Medicatiegegevens*: ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, Verenso, NVZ, NVZA, Orde, V&VN en ZN. De IGZ en VWS zijn de initiatiefnemers en aanjagers van de richtlijn. Later hebben de FNT, NMT en de VGN zich ook aangesloten. Voor de hier gebruikte afkortingen zie bijlage 3.

3 Handhaving

3.1 **Maatregelen onderzochte GGZ-locaties ambulante ouderenpsychiatrie**

De inspectie heeft per locatie een risicoprofiel vastgesteld op basis van de bevindingen op de toezichtthema's *diagnostiek* en *behandeling*. Een overzicht hiervan per locatie is weergegeven in bijlage 1. Als niet aan een norm werd voldaan, gaat de inspectie uit van een verhoogd risico op niet-verantwoorde zorg. Het risicoprofiel vormt de basis van de maatregelen die de inspectie treft. Deze maatregelen staan hieronder per risicogroep met de betreffende GGZ-locaties aangegeven.

Maatregelen bij de 2 locaties met 'hoog tot zeer hoog' risico

Op de twee locaties waar zich naar het oordeel van de inspectie hoge tot zeer hoge risico's op niet-verantwoorde zorg voordoen, intensiverde de inspectie het toezicht.

Tabel 2

Locaties met 'hoog tot zeer hoog' risico op onverantwoorde zorg

Locaties met 'hoog tot zeer hoog' risico op onverantwoorde zorg
Emergis (Kloetinge)
GGZ Dijk en Duin, PBG (Zaandam)

De locaties hebben een plan van aanpak gemaakt om tot verbeteringen te komen. De inspectie beoordeelde vervolgens dat plan van aanpak en heeft hierover overleg gevoerd met de Raden van Bestuur. Hierbij constateerde de inspectie dat de verbeteractiviteiten de kwaliteit van zorg binnen de ambulante ouderenpsychiatrie op deze locaties op korte termijn kan verhogen. De inspectie blijft de voortgang van de ingezette verbeteractiviteiten de komende tijd volgen. De locaties voeren zes maanden na invoering van het plan een interne audit uit om de stand van zaken te bepalen. Hierover rapporteert de Raad van Bestuur aan de inspectie. In augustus/september 2011 legt de inspectie een vervolfbezoek af om de niet-operationeel gescoorde toezichtnormen opnieuw te beoordelen en te bepalen of aanvullende maatregelen nodig zijn. De inspectie zal daarbij ook andere locaties van de instellingen bezoeken.

Maatregelen bij de 6 locaties met 'matig tot hoog' risico

De inspectie vraagt de zes locaties waar matige tot hoge risico's geconstateerd zijn een plan van aanpak te maken voor intern gebruik.

Tabel 3
Locaties met 'matig tot hoog' risico op onverantwoorde zorg

Locaties met 'matig tot hoog' risico op onverantwoorde zorg
Altrecht (Utrecht)
GGZ Breburg Groep (Tilburg)
GGZ Midden-Holland, Rivierduinen (Gouda)
GGZ Noord en Midden Limburg (Venlo)
Orbis GGZ (Sittard Geleen)
RCGGZ Weert (Weert)

Deze locaties moeten zes maanden na de invoering daarvan een interne audit houden om de kwaliteitsverbetering te evalueren. De Raden van Bestuur rapporteren over de resultaten aan de inspectie. Daarnaast zal de inspectie in augustus/ september 2011 een vervolfbezoek afleggen om vast te stellen of de niet-operationeel gescoorde aspecten zijn verbeterd en te beoordelen of aanvullende maatregelen nodig zijn.

Maatregelen bij de 11 locaties met 'gering tot matig' risico

Naar aanleiding van het optreden van geringe tot matige risico's heeft de inspectie aan elf locaties gevraagd een plan van aanpak op te stellen voor intern gebruik.

Tabel 4
Locaties met 'gering tot matig' risico op onverantwoorde zorg

Locaties met 'gering tot matig' risico op onverantwoorde zorg
Bavo Europoort, PBG (Rotterdam)
GGZ Delfland (Delft, locatie De Gravin)
GGZ Eindhoven (Eindhoven)
GGZ Friesland (Leeuwarden)
GGZ Leiden e.o., Rivierduinen (Oegstgeest)
GGZ Oost Brabant (Oss)
Lentis (Groningen)
Parnassia, PBG (Den Haag, locatie ACO Noord West)
Pro Persona (Ede)
Reinier van Arkel Groep (Den Bosch)
Yulius (Dordrecht, locatie De Gantel)

De voortgang van de kwaliteitsontwikkeling zal gespreksonderwerp zijn bij het jaargesprek van de inspectie met de Raad van Bestuur in 2011.

Maatregelen bij de 14 locaties met 'geen tot gering' risico

Bij 14 locaties is de ambulante ouderenpsychiatrie zodanig georganiseerd en uitgevoerd dat de inspectie geen maatregelen nodig acht. Eventueel is de kwaliteitsbewaking een onderwerp in het jaargesprek met de Raad van Bestuur in 2011.

Tabel 5

Locaties met 'geen tot gering' risico op onverantwoorde zorg

Locaties met 'gering tot matig' risico op onverantwoorde zorg
Arkin (Amsterdam, Robert Kochplantsoen)
Delta Psychiatrisch Centrum (Spijkenisse)
Dimence (Almelo)
GGNet (Apeldoorn)
GGZ Centraal Meerkanten (Wezep)
GGZ Centraal Symfora Groep (Hilversum)
GGZ Drenthe (Emmen)
GGZ InGeest (Amsterdam, Valeriusplein)
GGZ Noord-Holland-Noord (Heiloo)
GGZ Westelijk Noord-Brabant (Bergen op Zoom)
Mediant (Hengelo)
Mondriaan (Heerlen)
Pro Persona (Nijmegen, locatie Mentalis)
Sinai Centrum (Amstelveen)

3.2

Aanbevelingen aan GGZ-instellingen, GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

- 1 *Aan GGZ-instellingen en GGZ Nederland:*
Formuleer binnen instellingen zorgvuldig het instellingsbeleid gericht op het lichamelijk onderzoek in de diagnostische fase, conform de daarvoor afgesproken veldnormen. Monitor via interne audits de daadwerkelijke uitvoering. De inspectie beveelt GGZ Nederland aan instellingen hiertoe actief te stimuleren.
- 2 *Aan GGZ-instellingen:*
Tref maatregelen die het systematisch monitoren van de individuele behandelingen bij ouderen snel bevorderen. Stimuleer systematische meting van behandelresultaten via ROM en geef daarbij prioriteit aan het beschikbaar stellen van de individuele uitkomsten aan de behandelaren.
- 3 *Aan GGZ-instellingen, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) :*
Besteed meer aandacht aan het ontwikkelen van een veilig systeem voor het voorschrijven en verstrekken van medicatie, inclusief de daarbij horende dossiervoering. De inspectie beveelt de instellingen aan de 'Richtlijn Overdracht

van medicatiegegevens in de keten' in 2011 met prioriteit in te voeren. Daarbij geldt een gefaseerde aanpak: uitvoeren wat reeds mogelijk is en toewerken naar de andere onderdelen van de richtlijn via een plan van aanpak. Van brancheorganisaties (zoals GGZ Nederland) en beroepsorganisaties (zoals de NVvP en de KNMP) verwacht de inspectie dat zij concrete inspanningen laten zien om naleving van de richtlijn te realiseren. Uiteindelijk moet medicatieveiligheid een onderdeel worden van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) van de (gehele) instelling.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie zal de voortgang van de verbeteracties door de locaties met een verhoogd risicoprofiel monitoren zoals aangegeven in paragraaf 3.1. Daarnaast gaat de inspectie met de in paragraaf 3.2 genoemde partijen in gesprek over de aangegeven aanbevelingen.

In 2011 voert de inspectie bij de geïntegreerde en categorale GGZ-instellingen een thematoezicht medicatieveiligheid uit.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de uitkomsten van het onderzoek per toezichtthema: diagnostiek (4.1), behandeling (4.2) en organisatie van de zorg (4.3, met de thema's keten van zorg en goed bestuur/ governance). In bijlage 2 zijn de gehanteerde toezichtnormen met de criteria voor operationaliteit opgenomen. Voor het risicoprofiel per locatie zie bijlage 1.

4.1 Toets normen diagnostiek

4.1.1 Overzicht scores

Bij de onderzochte GGZ-locaties is nagegaan in hoeverre werd voldaan aan normen voor het verantwoord diagnosticeren van patiënten in de ambulante ouderenpsychiatrie. De inspectie heeft van vijf toezichtnormen beoordeeld of deze *operationeel* (aantoonbaar in gebruik) of *niet-operationeel* (niet aantoonbaar in gebruik) waren. Tabel 6 geeft per norm weer hoeveel locaties daaraan voldeden en hoeveel niet. In de volgende paragrafen worden de uitkomsten per norm verder toegelicht.

Tabel 6
Scores toezichtnormen diagnostiek (N=33)

	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Diagnostisch lichamelijk onderzoek	21	12
Diagnostisch psychiatrisch onderzoek	31	2
Psycho-diagnostische instrumenten	25	8
Behoeften cliënt en mantelzorger in beeld	30	3
Consultatie/second opinion	33	0

In tabel 7 is per risicocategorie aangegeven hoeveel locaties hier voor het onderdeel diagnostiek onder vielen. De tabel laat zien dat de risico's op onverantwoorde zorg in de diagnostische fase bij de meeste locaties beperkt waren. Echter bij twee locaties waren er hoge tot zeer hoge risico's.

Tabel 7
Verdeling locaties over risicocategorieën diagnostiek (N=33)

	geen tot gering risico (5 normen operationeel)	gering tot matig risico (4 normen operationeel)	matig tot hoog risico (3 normen operationeel)	hoog tot zeer hoog risico (0-2 normen operationeel)
Aantal locaties	17	9	5	2

4.1.2 *Bij 1 op de 3 onderzochte locaties diagnostisch lichamelijk onderzoek onvoldoende aantoonbaar*

Bij 12 van de 33 locaties was onvoldoende aantoonbaar dat een algemeen lichamelijk (inclusief beperkt neurologisch) onderzoek deel uitmaakte van de diagnostiek van ouderen met psychiatrische klachten. Bij locaties die niet aan de norm voldeden, waren gegevens over diagnostisch lichamelijk onderzoek niet, onvolledig of gefragmenteerd vastgelegd.

De score 'operationeel' is toegekend als bleek dat gegevens van lichamelijk en beperkt neurologisch onderzoek werden gebruikt in de diagnostiek. Op basis van een van de veldnormen (de Multidisciplinaire richtlijn Depressie, Addendum ouderen) heeft de inspectie ook 'operationeel' gescoord als een locatie kon aantonen dat zij, in plaats van eigen onderzoek, actuele gegevens van andere zorgprofessionals gebruikt bij de diagnostiek van depressie.

In een ambulante GGZ-setting wordt lichamelijk onderzoek niet altijd (volledig) door de instelling zelf uitgevoerd, omdat relevante en actuele informatie soms al beschikbaar is. Huisartsen voeren bijvoorbeeld vaak al onderzoek uit voorafgaand aan de aanmelding bij de ambulante ouderenpsychiatrie. De kwaliteit van de (verwijs-) informatie die in de dossiers werd aangetroffen, verschilde overigens wel sterk.

Als onvoldoende kon worden aangetoond dat diagnostisch lichamelijk onderzoek werd uitgevoerd, of dat actuele gegevens van anderen dan de GGZ-locatie in de diagnostiek werden meegewogen, dan is de norm 'niet-operationeel' gescoord. Bij het inspectieoordeel zijn ook de aanwezigheid en naleving van interne richtlijnen voor lichamelijk onderzoek meegewogen. Tevens is gekeken of op indicatie voor nader diagnostisch onderzoek werd doorverwezen naar bijvoorbeeld een geheugenpoli van een algemeen ziekenhuis.

De werkwijze rond de verslaglegging van het diagnostisch lichamelijk onderzoek liep binnen de bezochte GGZ-locaties nogal uiteen. Zo werd informatie over lichamelijk onderzoek binnen locaties niet altijd op uniforme wijze geregistreerd; verschillende behandelaren legden gegevens bijvoorbeeld niet op dezelfde plaats in dossiers vast. Herhaaldelijk kwamen ook praktische knelpunten bij het gebruik van een EPD naar voren. Bijvoorbeeld het niet kunnen scannen en invoegen van correspondentie. Deze issues belemmerden de toegankelijkheid van beschikbare gegevens.

4.1.3 *Psychiatrisch onderzoek vrijwel overal operationeel*

In tegenstelling tot lichamelijk onderzoek werd door bijna alle locaties (31 van de 33) aantoonbaar een algemeen psychiatrisch onderzoek verricht waarvan de uitkomsten voldoende in de dossiers werden vastgelegd.

Bij de twee locaties die hier 'niet-operationeel' scoorden, was de verslaglegging van het onderzoek te summier. Een te beperkte psychiaterformatie was bij beide locaties van invloed op deze score.

4.1.4 *Bij driekwart onderzochte locaties aantoonbaar gebruik van psycho-diagnostische instrumenten*

Bij 25 van de 33 locaties werd bij vermoedens van depressie, angststoornissen of dementie gebruikgemaakt van psychodiagnostische instrumenten om tot een diagnose te komen. Dit betekent niet dat op de andere 8 locaties diagnostische instrumenten helemaal niet gebruikt werden. Hier waren echter vaak geen duidelijke afspraken over de inzet van deze hulpmiddelen, of bleek het gebruik ervan niet uit de verslaglegging in de getoetste dossiers.

Het gebruik van psychodiagnostische instrumenten wordt in de veldnormen geadviseerd en kan bijdragen aan het vergroten van de objectiviteit van de diagnostiek. De inspectie heeft geen norm gehanteerd voor welke instrumenten gebruikt zouden moeten worden. In dit onderzoek kwam een grote variëteit aan instrumentgebruik naar voren.

4.1.5 *Aandacht voor de behoeften van patiënt en mantelzorger*

Op vrijwel alle onderzochte locaties (30 van de 33) werden behoeften van patiënten en eventuele mantelzorgers voorafgaand aan de behandeling uitgevraagd en vastgelegd. Er was oog voor de belasting van mantelzorgers en het eventuele verdere sociale netwerk van de patiënt. Het belang van een solide steunsysteem bij ouderen werd breed onderkend.

Bij de drie locaties die niet aan de norm voldeden, werd wel een heteroanamnese^h uitgevoerd. Maar bij inzage in de getoonde dossiers kwam informatie over de behoeften van patiënten en mantelzorgers niet of te weinig terug.

4.1.6 *Second opinion en consultatie laagdrempelig beschikbaar*

De onderzochte locaties ondervonden weinig belemmeringen bij het inschakelen van andere zorgprofessionals voor consultatie of een second opinion in de diagnostische fase. Bijvoorbeeld bij twijfel over de diagnose of bij symptomen die nadere medisch specialistische kennis of diagnostiek behoeven. Dit gold ook voor locaties die hierover geen formele afspraken met andere instellingen hadden.

Het oordeel 'operationeel' werd toegekend als er beleid op dit gebied was vastgelegd en dit beleid bij de medewerkers van de locatie bekend was. Doorslaggevend was of ook aangetoond kon worden dat cliënten voor nadere diagnostiek werden doorverwezen.

4.2 **Toets normen behandeling**

4.2.1 *Overzicht scores*

De inspectie heeft naast de diagnostiek van de onderzochte GGZ-locaties ook beoordeeld in hoeverre de behandelingen voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg. Zes toezichtaspecten werden operationeel (aantoonbaar in gebruik) of niet-operationeel (niet aantoonbaar in gebruik) gescoord. In dit hoofdstuk worden de uitkomsten toegelicht. Tabel 8 geeft het overzicht van alle scores.

^h De voorgeschiedenis van een aandoening in kaart brengen op basis van informatie van andere personen dan de patiënt zelf (bijvoorbeeld de partner, gezinsleden, mantelzorgers, etc.).

Tabel 8
Scores toezichtnormen behandeling (N=33)

	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Informereren patiënt	33	0
Betrekken steunsysteem van de patiënt	31	2
Instemming behandelplan	29	4
Inzet niet-medicamenteuze interventies	33	0
Monitoren behandelresultaten	20	13
Medicatieoverzicht (NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)	1	32

In tabel 9 is te zien dat bij de meeste locaties geen, geringe of matige risico's op niet-verantwoorde zorg in de behandelfase geconstateerd zijn. Een belangrijke kanttekening is dat de uitkomsten ten aanzien van de beschikbaarheid van medicatieoverzichten niet zijn meegewogen in het uiteindelijke risico-oordeel (zie 4.2.5).

Tabel 9
Verdeling locaties over risicocategorieën behandeling (N=33)

	geen tot gering risico (5 normen operationeel)	gering tot matig risico (4 normen operationeel)	matig tot hoog risico (3 normen operationeel)	hoog tot zeer hoog risico (0-2 normen operationeel)
Aantal locaties	15	17	1	0

4.2.2 *Informereren patiënt, betrekken mantelzorg en instemming behandelplan*

Alle 33 onderzochte locaties informeerden patiënten en hun naasten/mantelzorgers over de gediagnosticeerde aandoening en het verwachte verloop van de behandeling. Zowel mondeling als schriftelijk. Dit werd ook duidelijk in de dossiers verantwoord.

Vrijwel overal (op 31 van de 33 locaties) werd – na goedkeuring van de patiënt – het beschikbare steunsysteem van ouderen bij de behandeling betrokken. Adviezen en acties waren niet alleen gericht op patiënten, maar ook op hun naasten of mantelzorgers. Bijvoorbeeld door het inzetten van begeleiding door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Bij twee locaties kwam de aandacht voor het steunsysteem onvoldoende uit de getoetste dossiers en behandelplannen naar voren.

De meeste locaties (29 van de 33) konden de instemming van patiënten met de opgestelde behandelplannen voldoende aantonen. Op vier locaties was de instemming onvoldoende vastgelegd.

4.2.3 *Niet-medicamenteuze interventies bij dementie breed ingezet*

Voor gedragsverandering bij patiënten met dementie zette men op alle onderzochte locaties bij voorkeur eerst een niet-medicamenteuze behandeling in. Dit sluit aan bij de principes van stepped care, waarbij patiënten een behandeling krijgen die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk. Alleen als deze interventies onvoldoende resultaat opleveren, wordt overgegaan op een meer intensieve behandeling zoals het voorschrijven van medicatie.

4.2.4 *Monitoren individuele behandelresultaten in ontwikkeling*

Nog niet op alle onderzochte locaties kon men aantonen dat op vooraf vastgestelde momenten de effecten van de individuele behandeling gemonitord worden.

Routine Outcome Measurement (ROM) is voor de ambulante ouderenpsychiatrie nog in ontwikkeling. ROM is een methode waarmee de GGZ de geleverde zorg inzichtelijk wil maken, evalueren en verbeteren. GGZ-instellingen (leden GGZ Nederland), cliëntorganisaties en beroepsverenigingen startten in 2009 het landelijke ROM GGZ-project. De ontwikkelfase verschilde sterk tussen de bezochte locaties. Als er sprake was van ROM, dan waren de resultaten vaak nog niet beschikbaar voor de evaluatie van de individuele behandeling. Locaties die de inzet van ROM nog niet aantoonbaar konden maken maar wel lieten zien dat op andere manieren de individuele behandelresultaten systematisch gemonitord werden, zijn door de inspectie als 'operationeel' beoordeeld. Daar werden bijvoorbeeld aantoonbaar de behandeldoelen periodiek geëvalueerd en was er systematische voortgangsbewaking bij medicamenteuze interventies.

4.2.5 *Actueel en volledig medicatieoverzicht ontbrak*

In een medicatieoverzicht staan alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) van een patiënt tot ten minste drie maanden terug. Ook de geneesmiddelen die door andere behandelaren, zoals huisarts of medisch specialist, aan de patiënt wordt voorgeschreven. In dit onderzoek bleek dat een actueel en volledig overzicht, behalve bij Orbis GGZ, op geen van de andere bezochte GGZ-locaties beschikbaar was.

Daarbij was de interne organisatie van locaties ook van invloed op het resultaat. Men hanteerde bijvoorbeeld onvoldoende een eenduidige rubricering van medicatie-informatie in een EPD of zorgdossier. Of er was geen zicht op (veranderingen in) voorschrijfbeleid van andere hulpverleners in de externe omgeving. Het goed in beeld krijgen en houden van de totale medicatiesituatie van een patiënt was daardoor in veel gevallen een tijdrovend proces van informatie verzamelen en gegevenscontrole. In 2008 is de concept-richtlijn medicatieoverdracht tot stand gebracht tussen veldpartijenⁱ waarmee tot overeenstemming was gekomen over de normen waaraan de organisatie van de medicatieoverdracht in de keten moet voldoen⁵.

ⁱ Opstellers van de richtlijn *Overdracht van Medicatiegegevens*: ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, Verenso, NVZ, NVZA, Orde, V&VN en ZN. De IGZ en VWS zijn de initiatiefnemers en aanjagers van de richtlijn. Later hebben de FNT, NMT en de VGN zich ook aangesloten. Voor de hier gebruikte afkortingen zie bijlage 3.

Ten tijde van dit onderzoek was de richtlijn medicatieoverdracht nog in conceptorm. Vanaf 2008 tot 1 januari 2011 heeft het veld de tijd om de conceptrichtlijn medicatieoverdracht te implementeren. De inspectie heeft daarom alleen geïnventariseerd wat de stand van zaken was op dit gebied, zonder risico-oordelen toe te kennen. Eind 2010 is de concept richtlijn definitief geworden. Vanaf 2011 gaat de inspectie de beschikking over actuele, volledige medicatieoverzichten als norm handhaven.

De behandelaren op de verschillende locaties toonden zich vaak zeer bewust van de risico's die het ontbreken van een actueel en compleet medicatieoverzicht met zich meebrengt. Men spande zich in om de risico's waar mogelijk te beperken.

Goed praktijkvoorbeeld: Orbis GGZ

Een goed praktijkvoorbeeld op dit terrein is Orbis GGZ (Sittard/Geleen). Hier kunnen de GGZ-behandelaren/voorschrijvers via het Elektronisch Medicatie Dossier van het algemeen ziekenhuis Orbis Medisch Centrum per patiënt uit de eigen regio een actueel medicatieoverzicht opvragen. Apothekers uit de regio zijn op dit ziekenhuissysteem aangesloten. Ook inzage in mogelijke interacties van medicijnen is mogelijk.

4.3 Toets normen organisatie van de zorg

4.3.1 Overzicht scores

Bij de onderzochte GGZ-locaties is ook nagegaan in hoeverre aan een aantal randvoorwaarden voor *ketenzorg* en *governance* werd voldaan. Dit was een inventarisatie. De toezichtnormen zijn gebaseerd op recent vastgestelde veldnormen. De inspectie heeft aan de uitkomsten daarom nog geen risico-oordeel gekoppeld. In tabel 10 is weergegeven op hoeveel van de bezochte locaties deze aspecten reeds operationeel waren en op hoeveel niet. In de navolgende paragrafen volgt een verdere toelichting.

Tabel 10
Scores toezichtaspecten organisatie van de zorg (N=33)

	Operationeel (aantal locaties)	Niet-operationeel (aantal locaties)
Voorwaarden ketenzorg (NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)	30	3
No show-beleid (NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)	31	2
Informatie Raad van Bestuur (NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)	30	3

4.3.2 Aan voorwaarden ketenzorg werd voldaan

Het overgrote deel (30 van de 33) van de locaties voldeed aan belangrijke voorwaarden voor ketenzorg. Bij samenwerking was er aantoonbare afstemming over de coördinatie van de zorg. Indien er verschillende zorgprofessionals bij een individuele

behandeling betrokken waren, werden afspraken gemaakt over de verdeling van taken. De samenwerking tussen verschillende hulpverleners was in de praktijk niet alleen afhankelijk van formele convenanten. Persoonlijke netwerken of samenwerkingsrelaties van GGZ-behandelaren met ketenpartners bleken ook effectief te zijn.

Uit het onderzoek bleek wel dat nog niet altijd goed was vastgelegd bij wie de verantwoordelijkheid voor de regie op de behandeling van een patiënt lag. Herhaaldelijk was dit alleen impliciet bij één van de betrokken behandelaren belegd en niet duidelijk in de dossiers terug te vinden.

Bij de locaties die onvoldoende scoorden, waren afspraken met regiopartners op individueel patiëntniveau herhaaldelijk niet goed vastgelegd.

4.3.3 *Bij no show direct vervolgacties*

Bij 31 van de 33 onderzochte locaties kon men aannemelijk maken dat bij constatering van no show direct actie werd ondernomen. Verscheen een patiënt niet op een afspraak, dan initieerde de behandelaar direct vervolgstappen. Bij deze locaties was ook interne consensus over de te nemen maatregelen bij no show. De locaties die 'niet-operationeel' scoorden, konden de directe opvolging van no show niet duidelijk aantonen.

In de praktijk komt *no show* in de ambulante ouderenpsychiatrie niet veel voor vanwege het hoge aantal huisbezoeken en de intensieve betrokkenheid van mantelzorgers.

4.3.4 *Raden van Bestuur hadden benodigde informatie voor kwaliteitsbewaking*

In vrijwel alle gevallen (30) was de Raad van Bestuur van de instelling aantoonbaar op de hoogte van de kwaliteit van de ambulante ouderenpsychiatrie van de locatie. De inspectie is nagegaan of stuurinformatie uit verschillende bronnen (bijvoorbeeld kwartaalrapportages, scores op prestatie-indicatoren, managementrapportages, periodiek overleg met betrokkenen of interne audits) werd gebruikt voor eventuele bijstelling van het beleid. De locaties die 'niet-operationeel' scoorden, konden niet voldoende aantonen dat de Raad van Bestuur periodiek geïnformeerd werd over de kwaliteit van de ambulante ouderenpsychiatrie. Men kon niet aantoonbaar beschikken over voldoende informatie om beleid te kunnen bijstellen.

5 Summary

Between September and November 2010, the Health Care Inspectorate examined the quality of out-patient psychiatric care for the elderly, as provided by the GGZ network of local mental health services in the Netherlands. The study was prompted by the anticipated increase in the number of elderly patients with psychiatric problems, the complexity of organizing out-patient facilities in an efficient and effective manner, and the special attention which the Inspectorate has opted to devote to more vulnerable patient groups further to its Long-term Policy Plan 2008-2011.

The Inspectorate visited 33 GGZ locations to assess whether diagnostics and treatment meet the established norms for responsible care. Any risks, i.e. aspects which could undermine the ability to provide fully responsible care, were identified. On each visit, the Inspectorate examined the relevant policy documents and a sample of patient files. Interviews were held with treatment staff and the Board of Management. The study also examined the current situation with regard to 'chain care' (coordination and cooperation between healthcare providers), administration and medication safety, with particular regard to the communication of prescription information.

The results of the study show that, although various measures are in place to safeguard the quality of out-patient psychiatric care for the elderly, further improvements are required.

In approximately three quarters of the locations visited, both diagnostics and treatment were found to meet the established norms. In the remainder, the Inspectorate noted a 'moderate' to 'high' level of risk, with 'high' to 'extremely high' risk in the diagnostic phase at two locations. The Inspectorate has imposed corrective measures at all locations with a 'moderate' or higher level of risk.

The identified risks are confined to a number of specific areas. In many cases, for example, it could not be shown that the results of a general physical examination were taken fully into account in the diagnostic process. In over one third of the locations, treatment results were not monitored at the individual patient level in an adequately systematic manner. The examination of patient files revealed that the standard of document management was below the required level at several locations, whereupon patient information was not readily available to those who require it. Finally, the investigation revealed that only one of the 33 locations visited had access to a complete and up-to-date record of the medication prescribed to each patient. This finding, although significant, has not yet been incorporated into the Inspectorate's overall risk assessment since it is only recently – in late 2010 – that the field parties reached agreement with regard to the transfer of prescription information within the chain. The Inspectorate will now monitor compliance with the new norm as part of its ongoing concern for medication safety.

Alongside these shortcomings, the study also revealed a number of positive aspects. They include the attention which is devoted to providing information to patients and their informal carers, the standard of the diagnostic psychiatric examinations, the level of cooperation within the care chain, and the use of the *stepped care* principle in cases of dementia, whereby 'minimal interventions' which do not entail the use of psychopharmaceuticals are the treatment of choice.

Literatuurlijst

- 1 Depla M, Pot AM, Graaf R de, Dorsselaer S van, Sonnenberg C, Deeg D. Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- 2 Mast R van der, Heeren T, Kat M, Stek M, Vandenbulcke M, Verhey F (redactie) Handboek Ouderenpsychiatrie. Utrecht, 2010; p. 106
- 3 Veerbeek MA, Pijl YJ, Driessen GAM, Vries SC de, Pot AM. Trends in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg door ouderen in de periode 1990-2004. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2009; 40(2); p.45-53.
- 4 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag, november 2007.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sterk van Geest, naar herstel van regie. Effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008 – 2011. Den Haag, maart 2008.
- 6 Handreikingen voor zes overdrachtssituaties. Bijlage bij de richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008). Versie 3 november 2010.
<http://www.medicatieoverdracht.nl>

Bijlage 1 Lijst van onderzochte GGZ-locaties en risicoprofielen

GGZ-locatie ambulante ouderenpsychiatrie	Risico's op niet verantwoorde zorg bij thema <u>diagnostiek</u>	Risico's op niet verantwoorde zorg bij thema <u>behandeling</u>
Altrecht (Utrecht)	Matig tot hoog	Gering tot matig
Arkin (Amsterdam, Robert Koch plantsoen)	Geen tot gering	Geen tot gering
Bavo Europoort, PBG (Rotterdam)	Gering tot matig	Gering tot matig
Delta Psychiatrisch Ziekenhuis (Spijkenisse)	Geen tot gering	Geen tot gering
Dimence (Almelo)	Geen tot gering	Geen tot gering
Emergis (Kloetinge)	Hoog tot zeer hoog	Gering tot matig
GGNet (Apeldoorn)	Geen tot gering	Geen tot gering
GGZ Breburg Groep (Tilburg)	Matig tot hoog	Gering tot matig
GGZ Centraal Meerkanten (Wezep)	Geen tot gering	Geen tot gering
GGZ Centraal Symfora Groep (Hilversum)	Geen tot gering	Geen tot gering
GGZ Delfland (Delft, loc. De Gravin)	Gering tot matig	Gering tot matig
GGZ Dijk en Duin, PBG (Zaandam)	Hoog tot zeer hoog	Gering tot matig
GGZ Drenthe (Emmen)	Geen tot gering	Geen tot gering
GGZ Eindhoven (Eindhoven)	Geen tot gering	Gering tot matig
GGZ Friesland (Leeuwarden)	Geen tot gering	Gering tot matig
GGZ inGeest (Amsterdam, Valeriusplein)	Geen tot gering	Geen tot gering
GGZ Leiden e.o., Rivierduinen (Oegstgeest)	Gering tot matig	Gering tot matig
GGZ Midden-Holland, Rivierduinen (Gouda)	Matig tot hoog	Gering tot matig
GGZ Noord en Midden Limburg (Venlo)	Matig tot hoog	Gering tot matig
GGZ Noord-Holland-Noord (Heiloo)	Geen tot gering	Geen tot gering
GGZ Oost Brabant (Oss)	Gering tot matig	Gering tot matig
GGZ Westelijk Noord-Brabant (Bergen op Zoom)	Geen tot gering	Geen tot gering
Lentis (Groningen)	Gering tot matig	Gering tot matig
Mediant (Hengelo)	Geen tot gering	Geen tot gering
Mondriaan (Heerlen)	Geen tot gering	Geen tot gering

GGZ-locatie ambulante ouderenpsychiatrie	Risico's op niet verantwoorde zorg bij thema <u>diagnostiek</u>	Risico's op niet verantwoorde zorg bij thema <u>behandeling</u>
Orbis GGZ (Sittard Geleen)	Gering tot matig	Matig tot hoog
Parnassia, PBG (Den Haag, ACO Noord/West)	Gering tot matig	Geen tot gering
Pro Persona (Ede)	Geen tot gering	Gering tot matig
Pro Persona (Nijmegen, loc. Mentalis)	Geen tot gering	Geen tot gering
RCGGZ Weert (Weert)	Matig tot hoog	Gering tot matig
Reinier van Arkel Groep (Den Bosch)	Gering tot matig	Gering tot matig
Sinai Centrum (Amstelveen)	Geen tot gering	Geen tot gering
Yulius (Dordrecht, De Gantel)	Gering tot matig	Gering tot matig

Indeling risicocategorieën

Geen tot gering risico	Gering tot matig risico	Matig tot hoog risico	Hoog tot zeer hoog risico
5 toezichtnormen per thema operationeel	4 toezichtnormen per thema operationeel	3 toezichtnormen per thema operationeel	0-2 toezichtnormen per thema operationeel

Bijlage 2 Toezichtnormen

Toezichtthema: diagnostiek

Toezichtaspect	Operationeel
Diagnostisch lichamelijk onderzoek	Bij de diagnostiek wordt aantoonbaar een algemeen lichamelijk (en neurologisch) onderzoek uitgevoerd.
Diagnostisch psychiatrisch onderzoek	Bij de diagnostiek wordt aantoonbaar een algemeen psychiatrisch onderzoek uitgevoerd.
Psycho-diagnostische instrumenten	Bij de diagnostiek van depressie/angststoornis/dementie wordt standaard gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview, dan wel instrument toegepast.
Behoeften cliënt en mantelzorger in beeld	Bij de diagnostiek worden aantoonbaar de noden/ behoeften van de cliënt en mantelzorger uitgevraagd.
Consultatie/second opinion	Bij twijfel over de diagnostiek of relevante comorbiditeit vindt consultatie dan wel second opinion plaats door een medisch specialist op het betreffende gebied.

Toezichtthema: behandeling

Toezichtaspect	Operationeel
Informereren patiënt	Het informeren van de cliënt is aantoonbaar uitgevoerd via schriftelijke informatie en een mondelinge toelichting.
Betrekken steunsysteem van de patiënt	Bij de behandeling van ouderen wordt, met instemming, aantoonbaar het beschikbare steunsysteem betrokken.
Instemming behandelplan	Behandelafspraken en toestemming voor een behandeling worden vastgelegd in een behandelplan dat is overeengekomen met de patiënt.
Inzet niet-medicamenteuze interventies	Niet-medicamenteuze interventies met betrekking tot gedragsverandering worden bij dementie bij voorkeur eerder ingezet dan medicamenteuze behandeling.
Monitoren behandelresultaten	Individuele behandelresultaten worden op vooraf vastgestelde momenten gemonitord gedurende de behandeling.
Medicatie-overzicht (NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)	Een actueel (volledig en uniek) medicatieoverzicht is bij elk contact beschikbaar.

Toezichtthema: organisatie van de zorg

Toezichtaspect	Operationeel
Voorwaarden ketenzorg <i>(NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)</i>	Wanneer verschillende hulpverleners zijn betrokken, is duidelijk wie het aanspreekpunt is, wie inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft en wie belast is met de coördinatie van zorg.
No show-beleid <i>(NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)</i>	Bij <i>no show</i> initieert de behandelaar direct een vervolgspraak/vervolgactie.
Informatie Raad van Bestuur (RvB) <i>(NB: nog niet meegewogen in risico-oordeel)</i>	De RvB is periodiek geïnformeerd over de kwaliteit van de ambulante ouderenpsychiatrie en gebruikt deze informatie voor bijstelling van het beleid.

Bijlage 3 Lijst van afkortingen

CBO	Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FNT	Federatie van Nederlandse Trombosediensten
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
Orde	De Orde van medisch specialisten
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
ROM	Routine Outcome Measurement
RvB	Raad van Bestuur
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Volksgesondheid, Welzijn & Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
ZN	Zorgverzekeraars Nederland