



Bijlage

Resultaten van het thematoezicht naar de ketenzorg rond psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit

1 Achtergrond

De casus van de heer W., beter bekend als de 'casus Raymond', illustreert in ultimo de risico's van een slecht functionerende ketenzorg tussen psychiatrie en algemene geneeskunde. De prevalentie en incidentie van somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten is hoog. Dit vereist een goede samenwerking en afstemming tussen GGZ-instellingen en algemene en academische ziekenhuizen.

Zeker bij acute somatische of operatieve zorg is goed functionerende ketenzorg van levensbelang. Er was, zo bleek naar aanleiding van de 'casus Raymond', onvoldoende zicht op het functioneren van de ziekenhuis- en liaisonpsychiatrie en de medisch psychiatrische units (MPU) en psychiatrisch medische units (PMU), binnen de keten psychiatrie - algemene geneeskunde.

De onduidelijkheden in het functioneren van de ketenzorg voor kwetsbare psychiatrische patiënten met ernstige somatische problemen en de hiermee gepaard gaande – soms levensbedreigende – risico's voor deze patiënten, onderstrepen het belang van dit thematoezicht. Bij het agenderen hiervan is reeds opgemerkt dat de materie zich niet leende voor het publiceren van definitieve data binnen enkele maanden. Op 3 oktober 2012 is de minister daarom schriftelijk over de tussentijdse bevindingen geïnformeerd. In deze bijlage wordt ingegaan op de belangrijkste resultaten, op de wijze van handhaving door de inspectie en op ontwikkelingen die in gang zijn gezet om de ketenzorg verder te verbeteren.

2 Methode van toezicht

In april 2012 zijn bij alle ziekenhuizen, alle geïntegreerde GGZ-instellingen en alle Regionale Centra voor Geestelijke gezondheidszorg, schriftelijk de thema's uitgevraagd die betrekking hebben op psychiatrische patiënten die vanwege ernstige somatische problemen (acute en/of operatieve) ziekenhuiszorg nodig hebben. Het betrof de overdracht en samenwerking tussen GGZ-instelling en ziekenhuis (waaronder afspraken rond verwijzing, coördinatie, wederzijdse medische ondersteuning, toewijzing van verantwoordelijkheden /hoofdbehandelaarschap) en de afbakening van het zorgaanbod. Hierbij zijn de prevalentie gegevens opgevraagd van patiënten die in 2011 vanuit de GGZ naar een ziekenhuis zijn verwezen en is tevens gevraagd welke knelpunten hierbij optraden. Ook is nagegaan hoe de (psychiatrisch-somatische) zorg binnen de ziekenhuizen is georganiseerd.

Over alle door de IGZ geïnventariseerde samenwerkingsverbanden, heeft de inspectie in augustus 2012 op het niveau van de zorgketen gerapporteerd aan instellingen die binnen een keten samenwerken en aan instellingen die eenzijdig hebben aangegeven samen te werken. De inspectie heeft de Raden van Bestuur gevraagd de samenwerkingsverbanden met de ketenpartner(s) te bespreken en waar nodig samenwerkingsafspraken te verbeteren en/of te formaliseren en bestaande knelpunten in de samenwerking op te lossen. De inspectie heeft voorts alle instellingen verplicht haar hierover te informeren. In de periode november 2012 – januari 2013 hebben alle ziekenhuizen en GGZ-instellingen aan dit verzoek voldaan.

3 Resultaten

3.1 Ketens leggen samenwerkingsafspraken vast

Ziekenhuizen en GGZ-instellingen werken in 130 zorgketens samen. In oktober 2012 bleek bij 30% van de zorgketens dat samenwerkingsafspraken schriftelijk zijn vastgelegd. Naar aanleiding van de eerste bevindingen van de inspectie, zijn instellingen die participeerden in een keten met elkaar in contact getreden. Naar aanleiding van dit contact is het percentage waarbij samenwerkingsafspraken schriftelijk zijn vastgelegd, toegenomen tot 70%. Bij 15% van de zorgketens bevinden de samenwerkingsafspraken zich in een afrondende fase en bij 15% van de ketens zijn afspraken nog in ontwikkeling. Bij deze laatste groep gaat het in het bijzonder om grote GGZ-instellingen met veel locaties en waarbij afstemming met (meerdere)ziekenhuizen meer tijd kost.

3.2 Knelpunten in de samenwerking besproken en opgelost

In de eerste fase van het inspectieonderzoek gaven circa 33% van de ziekenhuizen en circa 25% van de GGZ-instellingen aan knelpunten te ervaren in de samenwerking met ketenpartners bij deze groep patiënten met complexe problematiek. Zowel bij de ziekenhuizen als bij de GGZ-instellingen hadden deze knelpunten in het bijzonder betrekking op wederzijdse afspraken over taken en verantwoordelijkheden, en de informatie-uitwisseling en afstemming over diagnostiek, behandeling en begeleiding van de psychiatrische patiënt. Alle ziekenhuizen en GGZ-instellingen die knelpunten in de samenwerking ervoeren hebben de inspectie gemeld dat deze knelpunten met de betreffende ketenpartner(s) zijn besproken. Deze besprekingen hebben in belangrijke mate bijgedragen aan het formuleren van (hernieuwde) samenwerkingsafspraken, veelal gebaseerd op veldnormen die zijn vastgelegd in de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NFU, GGZ Nederland, NPCF, januari 2010).

3.3 Urgentiebesef bij Raden van Bestuur

Uit de informatie zoals ontvangen van alle Raden van Bestuur van ziekenhuizen en GGZ-instellingen, blijkt een urgentiebesef om de problematiek van de psychiatrische patiënt met ernstige somatische comorbiditeit in de zorgketen op te lossen en hiervoor actief samenwerking zoeken. Uit het onderzoek van de inspectie en tevens uit onderzoek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, blijkt dat samenwerkingsafspraken niet alleen functioneren door ze te formaliseren, maar dat daarbij collegialiteit en goed hulpverlenerschap van eminent belang zijn om verantwoorde en veilige zorg te leveren aan deze groep zeer kwetsbare patiënten.

3.4 Brancheorganisaties, beroepsgroepen, wetenschappelijke verenigingen aan zet om veldnormen te ontwikkelen voor de ziekenhuispsychiatrie

Vijfentwintig ziekenhuizen (25% van de onderzochte ziekenhuizen) geven aan te beschikken over een psychiatrisch medische unit (PMU) of een medisch psychiatrische unit (MPU). Voor de inrichting van een dergelijke unit zijn echter geen veldnormen. Er is wel een 'Checklist Randvoorwaarden voor Psychiatrische-Medische Units' van de Nederlandse Werkgroep ter bevordering van Psychiatrische-Medische Units' die dateert uit 2007. Uit aanvullend inventariserend onderzoek door de afdeling Consultatieve en Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) blijkt tevens dat onder PMU's/MPU's ook kan worden verstaan geoormerkte moeder-kindbedden, bedden voor *deep brain stimulation*. Eén MPU heeft een bed/bedden voor GHB of alcohol detoxificatie. Ook bedden bestemd voor ECT worden door een aantal ziekenhuizen tot de MPU/PMU bedden gerekend.

Mede naar aanleiding van de resultaten van het thematoezicht ziet de NVvP de noodzaak eenduidige minimale veldnormen voor Medisch Psychiatrische Units vast te stellen. Waar mogelijk zal binnen deze veldnormen een relatie worden gelegd met de richtlijn Consultatieve Psychiatrie. Deze veldnormen worden vastgesteld door het werkveld, dat zich vertegenwoordigd weet door de leden van de werkgroep Versterking Ziekenhuispsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

De veldnormen Medisch Psychiatrische Units worden binnen de NVvP getoetst door de afdeling Consultatieve- en Ziekenhuispsychiatrie, gevolgd door externe becommentariëring vanuit de medische specialismen interne geneeskunde, neurologie en heelkunde onder regie van de Orde van Medisch Specialisten. De inspectie volgt deze ontwikkeling in 2013 en in 2014.

Uit het thematoezicht blijkt dat 45% van de ziekenhuizen aangeeft de status van profielziekenhuis psychiatrie te hebben. Dat wil zeggen dat deze ziekenhuizen deskundigheid en faciliteiten hebben op de Spoedeisende Hulp om psychiatrische patiënten op te vangen en te behandelen. Zowel de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen als de Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen zijn van mening dat dit percentage aan de hoge kant is. Eén van de redenen is dat het zorgprofiel acute psychiatrie voor de Spoedeisende Hulp onvoldoende is uitgewerkt. Beide verenigingen zien de noodzaak het zorgprofiel acute psychiatrie verder uit te werken en in het bijzonder van normen te voorzien, waarbij tevens afstemming plaatsvindt met de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken medische specialismen. Medio 2014 moet dit zijn gerealiseerd.

3.5 Handhaving blijft nodig

Bij geen enkel betrokken ziekenhuis en/of GGZ-instelling is het noodzakelijk geweest handhavend op te treden. De inspecteur-accounthouders van de ziekenhuizen en de GGZ-instellingen zijn belast met de handhaving van de verdere verbetering en formalisering van samenwerkingsafspraken. Het thema somatische comorbiditeit zal periodiek (onder andere tijdens jaargesprekken) waar nodig gespreksonderwerp blijven met de Raden van Bestuur. Het toetsen door de inspectie van de implementatie van de gemaakte ketenafspraken vindt plaats door middel van onaangekondigde bezoeken. Indien in een zorgketen wordt vastgesteld dat verdere verbetering uitblijft, of in geval van niet-functionerende samenwerkingsafspraken, zal de inspectie handhavend op treden.