



## Bijlage

Datum  
3 oktober 2012

### **Tussentijdse bevindingen 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 ziekenhuis- en liaisonpsychiatrie en de psychiatrisch medische units (MPU of 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 van dit thematoezicht is reeds opgemerkt dat de materie zich niet leent voor het publiceren van definitieve data binnen enkele maanden. De hier gepresenteerde gegevens behelzen tussentijdse bevindingen. In 2013 worden alle bevindingen, conclusies en de wijze van handhaving openbaar gemaakt.

#### **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 tevens welke knelpunten hierbij optraden. Ook is nagegaan hoe de (psychiatrisch-somatische) zorg binnen de ziekenhuizen is georganiseerd.

#### **3 Tussentijdse bevindingen**

##### *3.1 Maximale respons*

De vragenlijst is verstuurd aan 89 ziekenhuizen (100 locaties) en aan 28 GGZ-instellingen (76 locaties). Alle instellingen hebben de vragenlijst ingevuld.

##### *3.2 Samenwerking in de keten divers georganiseerd*

De ziekenhuizen en de GGZ-instellingen werken samen in ruim 140 zorgketens. Zowel ziekenhuizen als GGZ-instellingen werken soms samen met meerdere ketenpartners. Bij 30% van de zorgketens is sprake van wederzijdse afspraken die schriftelijk zijn vastgelegd. De samenwerking binnen de andere ketens kent zeer diverse samenwerkingsverbanden. Er wordt samengewerkt zonder dat daar

afspraken over zijn gemaakt, er kunnen afspraken zijn maar die zijn niet vastgelegd en er zijn instellingen die aangeven samen te werken terwijl de ketenpartner deze samenwerking niet benoemt. Deze varianten kunnen weer verschillen tussen de partners in de keten.

**Datum**  
3 oktober 2012

### 3.3 Knelpunten vooral over afspraken, afstemming en informatie-uitwisseling

Tabel 1. Ervaren knelpunten in de samenwerking door GGZ-instellingen en ziekenhuizen

Knelpunten	GGZ-instellingen		Ziekenhuizen	
	Aantal	%	Aantal	%
Afspraken verdeling taken en verantwoordelijkheden	10	13%	14	14%
Informatie-uitwisseling artsen over diagnostiek, behandeling, begeleiding	12	16%	11	11%
Afstemming artsen over diagnostiek, behandeling, begeleiding	15	20%	11	11%
Inhoud en/of volledigheid verwijsgegevens artsen	1	1%	7	7%
De verpleegkundige overdracht	4	5%	4	4%
Afstemming contacten met familie/contactpersonen	2	3%	1	1%
Deskundigheid op het gebied van de psychiatrie in het ziekenhuis	8	11%	2	2%

Circa 33% van de ziekenhuizen en circa 25% van de GGZ-instellingen ervaart knelpunten in de samenwerking.

Zowel bij de ziekenhuizen als bij de GGZ-instellingen hebben de ervaren 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. Het vervolg van het thematoezicht voorziet erin dat instellingen die in een keten samenwerking deze knelpunten bespreken en oplossen. De IGZ wordt over het resultaat geïnformeerd.

### 3.4 Patiëntgebonden knelpunten in de keten vanuit GGZ perspectief

De inspectie heeft aan de GGZ-instellingen gevraagd bij hoeveel klinisch opgenomen psychiatrische patiënt(en) die in 2011 werden aangemeld voor de Spoedeisende Hulp of die (on)gepland werden opgenomen in een ziekenhuis, er sprake was van een moeizame en/of problematische samenwerkingsrelatie met het betreffende ziekenhuis (deze vraag is niet aan de ziekenhuizen gesteld omdat vooraf bleek dat deze gegevens niet eenduidig in de registratiesystemen zijn opgenomen). In tabel 2 is het aantal patiënten weergegeven.

Tabel 2. Aantal patiënten waarmee GGZ-instellingen in 2011 knelpunten hebben ervaren in de samenwerking met ziekenhuizen

GGZ-instelling (aantal locaties)	Aantal patiënten	Aantal betrokken ziekenhuizen
A (3)	13	4
B (2)	7	3
C (3)	4	4
D (3)	3	3
E (2)	3	2
F (1)	1	1
G (1)	1	1
H (3)	1	1

GGZ-instellingen melden in 2011 bij 33 patiënten knelpunten te hebben ervaren in de samenwerking met ziekenhuizen. Het ging hierbij om:

- 13 x een bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH)
- 9 x een ongeplande opname
- 4 x een geplande opname
- 3 x bezoek aan een polikliniek
- 1x over een overleg met een SEH arts
- 1 x over het op straat zetten van een patiënt
- 1 x het eerst weigeren opname
- 1 x een consultvraag van de psychiater

Een team van de inspectie heeft de ziekenhuizen en de GGZ-instellingen bezocht van de zorgketen waarvan GGZ-instelling A en B deel van uitmaken. Deze inspectiebezoeken hebben ertoe geleid dat de ketenpartners knelpunten hebben besproken en opgelost en samenwerkingsafspraken hebben geëvalueerd en zo nodig aangepast.

De inspectie heeft hierbij geen calamiteiten aangetroffen die niet bij haar zijn gemeld. De inspectie zal alle calamiteitenmeldingen bij de analyse en interpretatie van de uiteindelijke bevindingen van het thematoezicht betrekken.

### 3.5 *Psychiatrie in het ziekenhuis is redelijk gewaarborgd*

- 45% van de ziekenhuizen geeft aan 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.
- 78% van de ziekenhuizen heeft de richtlijn consultatieve psychiatrie geïmplementeerd.
- 85% van de ziekenhuizen kan liaisonpsychiatrie leveren (psychiatrische consultatie op somatische afdeling).
- In 84% van de ziekenhuizen is direct een psychiater beschikbaar voor consultatie.

- Bij 93% van de ziekenhuizen is de 7x24 uur consultatief psychiatrische zorg gewaarborgd

**Datum**  
3 oktober 2012

De ziekenhuizen beschikken over de volgende specialistische (somatisch-psychiatrische) afdelingen:

- 37% van de ziekenhuizen beschikt over een PAAZ (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis)
- 7% van de ziekenhuizen beschikt over een PUK (psychiatrische universiteitskliniek)
- 25 ziekenhuizen (25%) beschikken over een PMU (psychiatrisch medische unit) of een MPU (medisch psychiatrische unit) waarvan 19 (76%) een Bopz aanmerking hebben.

Dit thematoezicht richt zich niet op de organisatie, functionaliteit en inrichting van deze voorzieningen. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is een inventariserend onderzoek gestart naar de kwaliteit en de organisatie van de behandeling van patiënten met somatische en psychiatrische comorbiditeit in algemene en academische ziekenhuizen, waarbij in het bijzonder de MPU's en de PMU's worden betrokken. De inspectie stemt haar bevindingen af met de bevindingen uit het onderzoek van de NvVP. Hierdoor is het mogelijk de mate van borging van de psychiatrie in ziekenhuizen vast te stellen.

51 ziekenhuislocaties (51%) hebben geen klinische psychiatrisch/somatische voorziening, 71% hiervan heeft wel de Richtlijn consultatieve psychiatrie geïmplementeerd en bij 88% van deze locaties is de 7 x 24 uren consultatieve psychiatrie gewaarborgd.

### 3.6 *Ziekenhuizen die geen specialistische afdeling hebben voor psychiatrische patiënten ervaren niet meer knelpunten in de samenwerking*

Tabel 3. Ervaren knelpunten in de samenwerking met GGZ-instellingen bij ziekenhuizen die een specialistische psychiatrisch-somatische afdeling hebben en ziekenhuizen die deze voorziening niet hebben

	Wel knelpunten	Geen knelpunten	
Wel een voorziening	<b>15</b>	<b>33</b>	48
Geen voorziening	<b>19</b>	<b>32</b>	51
	34	65	

NB. Geen statistisch significant verschillen

Uit tabel 3 blijkt dat ziekenhuizen die geen specialistische afdeling hebben voor psychiatrische patiënten niet meer knelpunten ervaren in de samenwerking met GGZ-instellingen dan ziekenhuizen die een dergelijke afdeling wel hebben.

### 3.7 *De helft van de ziekenhuizen ervaart capaciteitsproblemen*

36% van de ziekenhuislocaties ervaart capaciteitsproblemen intern om psychiatrisch patiënten te kunnen opnemen/behandelen.

26% van de ziekenhuislocaties ervaart deze capaciteitsproblemen in regio  
57% van de ziekenhuislocaties ervaart geen capaciteitsproblemen

Er is geen statistisch significant verschil tussen ziekenhuizen met een psychiatrisch-somatische voorziening en ziekenhuizen zonder een dergelijke voorziening, in relatie tot problemen met de opnamecapaciteit.

### 3.8 *Ziekenhuizen en GGZ-instellingen onderkennen behoefte aan een betere samenwerking, de financiering is echter niet goed geregeld*

Een selectie uit opmerkingen van instellingen zoals weergegeven in de vragenlijst:

- Het ontbreekt binnen de ziekenhuizen aan een DBC GGZ;
- Behoeft aan specialistische unit in ziekenhuis voor somatisch-psihiatrische problematiek, mits financiering geregeld;
- Samenwerkingsafspraken functioneren niet door ze alleen te formaliseren, collegialiteit en goed hulpverlenerschap is van eminent belang;
- Er is behoefte aan een gezamenlijk elektronisch patiëntendossier, of in ieder geval de mogelijkheid tot inzage in dossiers, ook buiten kantoor tijden.

### 3.9 *Vervolg*

Over alle landelijke, door de IGZ geïnventariseerde samenwerkingsverbanden heeft de inspectie 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.

De inspectie heeft alle instellingen voorts verplicht haar hierover te informeren, waarbij in ieder geval wordt gerapporteerd over:

- Welke wederzijdse afspraken zijn gemaakt over samenwerking in de zorgketen voor psychiatrische patiënten met ernstige somatische comorbiditeit;
- Op welke wijze hierbij is voldaan aan de normen voor wat betreft:
  - Afspraken over welke informatie noodzakelijk is bij verwijzing;
  - Afspraken over hoofdbehandelaarschap en coördinatie van de ketenzorg;
  - Afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.
- Indien knelpunten in de samenwerking worden ervaren:
  - Zijn deze knelpunten opgelost en zo ja, hoe dat is gerealiseerd. Zo nee, wat is hiervan de oorzaak;
  - Welke andere knelpunten worden ervaren in de samenwerking.

Begin november 2012 informeren alle instellingen de inspectie aan de hand van bovengenoemde vragen in hoeverre gestelde doelen zijn gerealiseerd en welke knelpunten in de ketenzorg nog steeds aanwezig zijn of welke nieuwe knelpunten zich voordoen.

De inspectie bepaalt vervolgens op basis hiervan en op basis van bij de IGZ gemelde calamiteiteninformatie per zorgketen het risico op niet-verantwoorde zorg en bij zorgketens waarbij een hoog risico wordt vastgesteld, vinden inspectiebezoeken plaats en wordt zo nodig een handhavingstraject gestart.

In het tweede kwartaal van 2013 worden alle bevindingen, conclusies en de wijze van handhaving openbaar gemaakt.