

Over de inbedding van de ziekenhuispsychiatrie in het ziekenhuis: dreigende eilandvorming?

A.F.G. LEENTJENS

Voor een goed functionerende ziekenhuispsychiatrie is optimale integratie in het algemeen of academisch ziekenhuis onontbeerlijk. Dit was een van de conclusies van het in 1995 verschenen advies 'Over de grenzen heen', waarin de commissie Ziekenhuispsychiatrie (1995) het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) adviseerde over de toekomst van de ziekenhuispsychiatrie tegen de achtergrond van de toenmalige ontwikkelingen van vorming van multifunctionele eenheden (MFE's). De commissie zag een specifieke rol weggelegd voor psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAAZ'en en PUK'en), onder andere op het terrein van psychiatrische en somatische comorbiditeit. Het advies beschreef duidelijk de randvoorwaarden voor een kwalitatief goede ziekenhuispsychiatrische zorg. Lange tijd hebben ziekenhuispsychiaters dankbaar van dit rapport gebruikgemaakt om de positie en de inbedding van de ziekenhuispsychiatrie in het ziekenhuis te verbeteren. Ook de recent verschenen richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' benadrukt nogmaals het belang van een goede inbedding van de ziekenhuispsychiatrie in het ziekenhuis (Werkgroep richtlijn consultatieve psychiatrie 2008).

Hoewel de belangstelling voor de ziekenhuispsychiatrie in de afgelopen jaren is toegenomen, wordt deze door verschillende ontwikkelingen steeds meer losgeweekt uit de ziekenhuisorganisatie. Dit heeft nu al gevolgen voor de capaciteit van ziekenhuispsychiatrische zorg, die in de afgelopen jaren sterk is teruggelopen (Leentjens e.a. 2009), en zal op termijn gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg. Deze ontwikkelingen staan lijnrecht tegenover de toegenomen aandacht voor psychiatrische comorbiditeit bij chronische aandoeningen en de reële toename van comorbiditeit door vergrijzing.

Relevante factoren Verschillende factoren spelen bij deze ontwikkelingen een rol. De belangrijkste daarvan zijn waarschijnlijk het afwijkende financieringssysteem van ziekenhuispsychiatrische zorg, en de implementatie van zorginhoudelijke ontwikkelingen vanuit de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de ziekenhuispsychiatrie. In het verleden heeft daarnaast de verplichte fusie van PAAZ'en met ggz-instellingen bij nieuwbouw een grote rol gespeeld (Ministerie van Volksgezondheid 1993).

Financiering Het financieringssysteem van de ziekenhuispsychiatrie wijkt af van dat van de andere ziekenhuisafdelingen. Na getouwtrek tussen de diagnose-behandelcombinatie (DBC) 'zorg' en de DBC 'ggz' werd de ziekenhuispsychiatrie uiteindelijk ondergebracht bij de DBC 'ggz', hoewel het mogelijk bleef om onderdelen van de ziekenhuispsychiatrie, zoals de consultatieve psychiatrie, te declareren bij DBC 'zorg' (waaronder de consultatieve

psychiatrie). Naast de vele onduidelijkheden die deze regeling met zich meebracht, had het implementeren van het DBC-ggz-declaratiesysteem grote implicaties voor algemene en academische ziekenhuizen. In een tijd dat deze hun handen vol hadden aan het implementeren van het DBC-zorgsysteem, moesten zij tegelijkertijd vergelijkbare infrastructurele investeringen doen voor één enkele afdeling die goed is voor gemiddeld slechts 3% van het ziekenhuisbudget: de afdeling Psychiatrie. Vanuit het perspectief van raden van bestuur is het een onwenselijke – en ook onbegrijpelijke – situatie om twee verschillende declaratiesystemen naast elkaar te moeten onderhouden om vergelijkbare zorg, geleverd binnen één en dezelfde instelling, te kunnen declareren.

Ggz-referentiekader Zorginhoudelijke ontwikkelingen gaan momenteel vooral uit van een ggz-referentiekader, maar worden ook geïmplementeerd binnen de ziekenhuispsychiatrie. Ik noem hier slechts de ontwikkeling van ggz-prestatie-indicatoren, de *routine outcome monitoring* (ROM) en de afwijkende klachtenprocedure.

Wat betreft prestatie-indicatoren vallen afdelingen psychiatrie in algemene en academische ziekenhuizen onder de ‘basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen’ van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (<http://www.igz.nl>, klik achtereenvolgens op: onderwerpen, handhavingsinstrumenten, gefaseerd toezicht, kwaliteitsindicatoren, basissets), die ook indicatoren bevat voor veiligheid en patiëntvriendelijkheid. Voor PAAZ'en en PUK'en worden momenteel additionele prestatie-indicatoren ontwikkeld in het kader van het programma ‘Zichtbare zorg’ (<http://www.zichtbarezorg.nl/>), opgericht door de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS.

Er is op zichzelf niets op tegen om additionele indicatoren op te nemen om de kwaliteit van de ziekenhuispsychiatrie te evalueren, als men daarbij rekening houdt met de specifieke setting van de ziekenhuispsychiatrie. Dat gebeurt nu niet. In plaats van ziektegerelateerde indicatoren die voor het hele ziekenhuis gelden en die, evenals de IGZ-indicatoren, niet settingspecifiek zijn, worden juist settingspecifieke PAAZ-indicatoren ontwikkeld. Op die manier zal de afdeling Psychiatrie de enige ziekenhuisafdeling zijn die zich als setting moet gaan verantwoorden. Een saillant detail is dat in de betreffende projectgroep GGZ-NL wél vertegenwoordigd is, in tegenstelling tot de eigen brancheverenigingen, de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse federatie van UMC's (NFU), terwijl het toch echt gaat om indicatoren specifiek voor afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen.

Een tweede voorbeeld is de ontwikkeling van ROM-maten. Vanuit de ggz en verzekeraars wordt druk uitgeoefend om ook in de ziekenhuispsychiatrie ROM te implementeren. Nog afgezien van alle

vraagtekens die we kunnen plaatsen bij de validiteit en het nut van een dergelijke exercitie, is het straks de afdeling Psychiatrie die zich als enige afdeling in het ziekenhuis met ROM-cijfers moet gaan verantwoorden.

Een volgend voorbeeld, van wat oudere datum, is de klachtenprocedure. Elk ziekenhuis heeft een klachtenfunctionaris die als opdracht heeft om de patiënt terzijde te staan bij het afhandelen van klachten. De afdeling Psychiatrie is echter verplicht om daarnaast een 'patiëntenvertrouwenspersoon' in dienst te nemen, die dezelfde opdracht heeft – en bovendien door zijn benaming de indruk wekt dat de klachtenfunctionaris niet betrouwbaar genoeg zou zijn.

Effecten Zo zijn er nog vele andere voorbeelden te geven van ontwikkelingen die de ziekenhuispsychiatrie steeds meer een status aparte binnen het ziekenhuis geven. Facturering, kwaliteitscontrole, evaluatie van behandel-effectiviteit en administratieve procedures gaan steeds meer afwijken van die van de andere ziekenhuisafdelingen. De ziekenhuispsychiatrie wordt op die manier steeds meer een eiland binnen het eigen ziekenhuis. Dat dit ten koste gaat van de inbedding en de integratie is duidelijk, maar dit zal uiteindelijk ook gevolgen hebben voor de kwaliteit en de doelmatigheid van ziekenhuispsychiatrische zorg. Bovendien wordt *outsourcen* van de ziekenhuispsychiatrie op die manier wel heel gemakkelijk en aantrekkelijk gemaakt. Het huidige beleid lijkt er vooral op gericht om zoveel mogelijk uniformiteit binnen de psychiatrie te creëren. Daarbij gaat men voorbij aan de pluriformiteit van de psychiatrie als specialisme, met het onbedoelde neveneffect dat die nagestreefde uniformiteit ten koste gaat van de integratie van psychiatrische deelaandachtsgebieden binnen hun eigen respectievelijke werksettingen.

Integreren en samenwerken Het referentiekader van PAAZ'en en PUK'en hoort het algemeen en academisch ziekenhuis te zijn. Dagelijks werkt men samen met vele collega's somatisch specialisten. Patiënten worden overgenomen van of overgeplaatst naar elkaars afdelingen; gemeenschappelijke patiënten worden op elkaars polikliniek gezien; men werkt samen binnen multidisciplinaire behandelteams. Optimale integratie is te bereiken als de PAAZ een ziekenhuisafdeling is als alle andere, met dezelfde organisatie, administratie, financiering en regelgeving. De huidige ontwikkelingen maken het voor afdelingen psychiatrie steeds lastiger om een regulier onderdeel binnen de ziekenhuisorganisatie te zijn.

Misschien wordt het tijd voor een tweede commissie Ziekenhuispsychiatrie die de positie van de ziekenhuispsychiatrie opnieuw definieert en in het licht van de huidige ontwikkelingen de proble-

men inventariseert en nieuwe randvoorwaarden formuleert voor optimale inbedding in de algemene gezondheidszorg, dit alles uiteraard met oog voor de noodzakelijke goede samenwerking met regionale ggz-instellingen.

LITERATUUR

Commissie Ziekenhuispsychiatrie. Ziekenhuispsychiatrie, over de grenzen heen. Speerpunt voor integratie van somatiek en psychiatrie; schakel tussen algemeen ziekenhuis en geestelijke gezondheidszorg. Rijswijk: Ministerie van WVC; 1995.

Leentjens AFG, Sonderen I, Buis WNMJ. Zorgwekkende afname van psychiatrische behandelcapaciteit in Nederlandse ziekenhuizen in de periode 1998-2006. Tijdschr Psychiatr 2009; 51: 395-9.

Ministerie van WVC. Onder anderen; geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief. Rijswijk: Ministerie van WVC; 1993.

Werkgroep richtlijn consultatieve psychiatrie van de NVvP. Richtlijn consultatieve psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.

AUTEUR

A.F.G. LEENTJENS is psychiater, Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC), afdeling Psychiatrie, Maastricht.

Correspondentieadres: dr. A.F.G. Leentjens, MUMC, afdeling Psychiatrie, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht.

E-mail: a.leentjens@maastricht-university.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH About embedding the hospital psychiatry in the hospital: threat of island formation?