

Publieke indicatoren acute zorg voor mensen met  
psychische of psychosociale problematiek

*Joekie Markhorst*  
*Hilly Calsbeek*  
*Geertje van de Ven*  
*Peter Goossens*  
*Jozé Braspenning*



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kiezen in Zorg.

Dit is een publicatie van het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.

**Auteurs**

Joekie Markhorst  
Hilly Calsbeek  
Geertje van de Ven  
Peter Goossens  
Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding: Markhorst J, Calsbeek H, van de Ven G, Goossens P, Braspenning J. Publieke indicatoren acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek. Deel 11 uit de serie Voorhoedeproject Eerstelijns en Acute zorg – publieke indicatoren voor de eerstelijnszorg.

Nijmegen: IQ healthcare, november 2009.

Deze uitgave is te downloaden via [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)  
ISBN: 978-90-76316-53-6

## INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD .....	5
SET INDICATOREN .....	7
SAMENVATTING.....	11
ABSTRACT .....	12
INLEIDING .....	13
METHODE .....	15
Definiëring van te leveren prestaties .....	15
Search beschikbare indicatoren .....	18
Selectie kernset.....	18
Consultatie experts.....	19
Praktijktoets.....	19
RESULTATEN .....	19
Definitie prestaties.....	19
Beschikbare indicatoren .....	19
Selectie kernset.....	19
Resultaat na consultatierondes .....	22
Resultaat praktijktoets .....	22
DISCUSSIE EN CONCLUSIE .....	24
Discussie .....	24
Conclusie.....	26
REFERENTIES.....	27
BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren .....	28
BIJLAGE 2 Functionele omschrijving acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek .....	30
BIJLAGE 3 Leden projectgroep .....	41
BIJLAGE 4 Lijst van experts .....	41



## VOORWOORD

Het zichtbaar maken van de variatie in prestaties van zorgverleners is in de eerste plaats een stimulans voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg; zorgaanbieders hebben inzicht in hun eigen presteren en in dat van anderen. Transparantie is daarnaast van wezenlijk belang voor het nieuwe zorgstelsel waarin patiënten en consumenten in staat worden gesteld om geïnformeerd te kiezen, zowel op het niveau van de zorgaanbieder als van de aandoening. Ten slotte is publieke kwaliteitsinformatie van belang voor partijen als zorgverzekeraars en de inspectie voor de gezondheidszorg; het inkopen van zorg, het aangaan van contracten met zorgaanbieders en het monitoren van de kwaliteit van zorg zijn voorbeelden van doelen waarvoor dergelijke informatie gebruikt kan worden.

Betrouwbare en vergelijkbare kwaliteitsinformatie over de prestaties van zorgaanbieders wordt met behulp van kwaliteitsindicatoren gegenereerd. Inmiddels zijn en worden er vele indicatoren ontwikkeld en worden per zorgproduct verschillende (kern)sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg. Het Voorhoedeproject Eerstelijnszorg en Acute zorg is uitgezet om op basis van beschikbaarheid vanuit een eerstelijnsbrede insteek publieke indicatoren te identificeren over de kwaliteit van eerstelijnszorg en acute zorg. Het project werd gefinancierd door ZonMw uit het programma Kiezen in Zorg, deelprogramma Consumenteninformatie en Transparantie van zorg.

In het kader van het Voorhoedeproject presenteren wij een reeks van 12 rapporten over de professionele kwaliteit van (a) langdurige zorg in de eerste lijn (negen rapporten), te weten: COPD, diabetes mellitus, hartfalen, cardiovasculair risicomangement, depressie, dementie, zwangerschap en bevalling, specifieke lage-rugpijn en decubitus, (b) acute zorg (twee rapporten): acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen, en acute GGZ, en (c) zorgmanagement in de eerste lijn (één rapport), met betrekking tot: preventie, voorlichting en advies, aanvullend onderzoek, medicatiebeleid, verwijsbeleid en dossiervoering. Het voorliggende rapport maakt onderdeel uit van deze reeks.

Bij de samenstelling van de sets van indicatoren is uitgegaan van reeds ontwikkelde en beschikbare (inter)nationale indicatoren. Aansluitend bij de selectiecriteria van het Amerikaanse National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) is door IQ healthcare een selectieprocedure ontwikkeld aan de hand waarvan per zorgproduct eerste kernsets werden samengesteld. Vervolgens werden experts geconsulteerd ter verdere inhoudelijke validering van de sets. Wij hopen dat de rapporten en indicatoren zullen bijdragen aan een goede meting van de kwaliteit van de zorg aan patiënten in de moderne geïntegreerde eerste lijn.

Aan de ontwikkeling van de sets van indicatoren hebben zeer veel deskundigen op uiteenlopende terreinen van de zorg deelgenomen. Op deze plaats willen wij hen hartelijk danken voor hun constructieve bijdrage aan dit project.

Nijmegen, augustus 2009

Richard Grol



## SET INDICATOREN

Toegang	
<b>1. Percentage inwoners per regio dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of huisartsenpraktijk (-post) binnen 30 minuten kan bereiken.<sup>1</sup></b>	
Toelichting <sup>1</sup> : Te lang wachten op zorg kan kleine en grote gevolgen voor de cliënt hebben. Naarmate er meer op het spel staat, wordt (te) lang wachten op zorg als een groter probleem ervaren, oplopend van ontevredenheid met de zorg tot een (blijvende) beperking of zelfs overlijden.  Afgeleid van <sup>1</sup> : RIVM Zorgbalans, 2008	
<b>2. Percentage spoedopbellers naar huisartsenpraktijken (-posten) dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.</b>	
Toelichting: Volgens de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) zou bij spoedoproepen de beller binnen 30 seconden een persoon (assistente, receptioniste of huisarts) aan de lijn moeten krijgen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft in 2008 deze 30 seconden norm voor spoedoproepen onder randvoorwaarden vastgesteld.  Afgeleid van: RIVM Zorgbalans, 2008	
<b>3. Percentage patiënten tijdens contact met de huisartsenpraktijk (-post), spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis een urgentieclassificatie toegeschreven heeft gekregen.</b>	
Toelichting: Een urgentieclassificatie vormt de basis voor behandeling of/en verwijzing. Aan alle cliënten die contact zoeken met een huisartsenpost of een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis zou een urgentieclassificatie toegeschreven moeten worden.  Afgeleid van: Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2008	
<b>4. Rit naar de cliënt: (paraatheid-bereikbaarheid) Regionale afspraken over de opkomsttijd en bereikbaarheid van de crisisdienst zijn schriftelijke vastgelegd binnen het ROAZ.</b>	
Toelichting: Op 1 januari 2006 is de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) in werking getreden. Met deze wet wil de minister van VWS bewerkstelligen dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor hun infrastructuur en (investerings)beslissingen. Met de invoering van de wet is een stap gezet van centrale aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. Met de WTZi wordt onder andere verder onderlinge afstemming beoogd tussen de verschillende aanbieders van acute zorg, zoals ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen en huisartsen. Deze aanbieders van acute zorg hebben de opdracht om in een regionaal overleg afspraken te maken over (een betere) samenwerking.  Afgeleid van: CVZ en Plexus, Functiecatalogus acute zorg, 2006	
Stabilisatie en behandeling	
<b>5. Percentage cliënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd (conform het triagesysteem of lokaal afgesproken) door een arts is gezien.</b>	
Toelichting: In de acute zorgverlening is de tijd waarbinnen een cliënt geholpen wordt cruciaal. Bij een hogere urgentie dient een cliënt sneller door een arts te worden gezien dan bij een lagere urgentie.  Afgeleid van: Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2008	

**6. Percentage inwoners per regio dat binnen de 45 minuten norm, waarin rijtijd en stabilisatie opgenomen zijn, een SEH afdeling kan bereiken.**

Toelichting:

De 45 minuten is gebaseerd op de wettelijke 45 minuten norm zoals vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) voor het bereiken van een Spoedeisende Hulp (SeH). De norm is opgebouwd uit 15 minuten aanrijdtijd voor de ambulance, 5 minuten voor stabiliseren van de patiënt en daarna 25 minuten rijtijd om een SEH te bereiken.

Afgeleid van: RIVM Zorgbalans, 2006

**7. Per regio is een bevoegd crisisteam paraat met een psychiater en SPV of koppel van SPV met AIOS/ANIOS psychiatrie onder supervisie van een psychiater.**

Toelichting

Deze indicator geeft informatie over belangrijke organisatorische voorwaarden waarbinnen een aanbieder verantwoord zorg kan leveren aan mensen in acute psychische of psychosociale nood.

Afgeleid van: CVZ en Plexus, Functiecatalogus acute zorg, 2006

**8. Percentage oproepen van de voorwacht van de crisisdienst waarbij de achterwacht van de crisisdienst binnen 60 minuten ter plaatse is.**

Toelichting:

Te lang wachten op zorg kan kleine en grote gevolgen voor de cliënt hebben. Naarmate er meer op het spel staat, wordt (te) lang wachten op zorg als een groter probleem ervaren, oplopend van ontevredenheid met de zorg tot een (blijvende) beperking of zelfs overlijden.

Afgeleid van: Vervoerconvenant regio Twente, 2007

**Opname acute afdeling**

**9. Percentage cliënten met een psychische of psychosociale hulpvraag per regio waarbij opname binnen 24 uur plaats heeft gevonden.**

Toelichting:

Treknormen zijn normen voor aanvaardbare wachttijden in de care, opgesteld door de partijen die deel uitmaken van het zogenaamde Treekoverleg: brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voor de acute AWBZ-zorg dient de noodzakelijke zorg binnen 24 uur beschikbaar te zijn.

Afgeleid van: RIVM Zorgbalans, 2008

**10. Op een acute afdeling bestaat het behandelteam uit ten minste: één psychiater, gespecialiseerde verpleegkundigen, maatschappelijk werker, activiteitenbegeleider.**

Toelichting:

Deze indicator geeft informatie over belangrijke organisatorische voorwaarden waarbinnen een aanbieder verantwoord zorg kan leveren aan mensen in acute psychische of psychosociale nood.

Afgeleid van: CVZ en Plexus, Functiecatalogus acute zorg, 2006

**11. Insluiting en dwangmedicatie:**

De indicator bestaat uit drie onderdelen:

- a. Aantal vrijwillig en gedwongen insluitingen(separeerruimte en afzonderingsruimte) en toepassingen van dwangmedicatie;
- b. Gemiddelde duur van insluiting en duur van dwangmedicatie;
- c. Evaluatie met cliënt na insluiting of dwangmedicatie /aanwezigheid systematisch preventieprogramma voor insluiting of Dwang en Drang.

Toelichting:

Zoals in de basisset prestatie indicatoren Zichtbare Zorg wordt aangegeven is het insluiten van cliënten in een separeerruimte een ingrijpende maatregel. In de GGZ worden cliënten ook in andere ruimtes ingesloten dan in een separeerruimte zoals een afzonderingsruimte. Registratie van insluitingen (in de verschillende ruimtes) maakt het mogelijk om na te gaan of een vermindering van het aantal insluitingen in een separeerruimte leidt tot een toename van het aantal overige insluitingen. Naast insluitingen kunnen ook andere vormen van vrijheidsbeperking toegepast worden. Dwangmedicatie wordt na insluiting het meest toegepast met als doel een noodsituatie te overbruggen (door b.v. sedatie), of te verkorten. Dwangmedicatie kan ook toegepast worden als dwangbehandeling.

Afgeleid van: Zichtbare Zorg. Basisset prestatie indicatoren 2009-2010

**12. Somatische screening: Het percentage cliënten waarbij schriftelijk is vastgelegd dat somatische screening is uitgevoerd conform de standaard.**

Toelichting:

Bij veel psychiatrische stoornissen komen (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat co-morbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Daarom is het noodzakelijk dat bij elke cliënt aandacht aan de somatiek wordt besteed.

Afgeleid van: Zichtbare Zorg. Basisset prestatie indicatoren 2009-2010

**Samenwerking en afstemming tussen hulpverleners****13. Er bestaan regionale afspraken over het informeren van andere zorginstellingen die betrokken zijn bij het ketenproces wanneer zich binnen een zorginstelling problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom.**

Toelichting:

Voor de continuïteit van zorg is het van belang dat de gegevens zo zijn vastgelegd dat zorgverleners over en weer snel inzicht hebben in de relevante gegevens. Afspraken over de inhoud van de gegevens, de werkwijze en de verantwoordelijkheden tijdens (acute) overdrachtssituaties, is een belangrijke voorwaarde voor een snelle en veilige overdracht van de cliënt.

Afgeleid van: NIVEL, 2007

**14. Het percentage binnen de instelling bekende, met spoed opgenomen, cliënten van wie een crisiskaart beschikbaar is.**

De definitie/beschrijving van crisiskaart dient opgenomen te worden in de werkinstructie van de basisset.

Toelichting:

De beschikbaarheid van relevante informatie is cruciaal voor het leveren van de juiste behandeling of begeleiding. Deze indicator meet de beschikbaarheid van actuele cliëntinformatie op een 'ongunstig' moment als maat voor het totale zorgproces; wanneer een crisiskaart ontbreekt, kan er sprake zijn van een onveilige situatie.

Afgeleid van: Zichtbare Zorg. Basisset prestatie indicatoren 2009-2010

<sup>1</sup> Voor een nadere specificering van de indicatoren (noemers) en achtergrondinformatie wordt verwezen naar de bijlagen bij dit rapport op de website van IQ healthcare ([www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)). De indicatoren hebben betrekking op een periode van de afgelopen 12 maanden. Verder zijn de indicatoren 4, 10 en 13 vermoedelijk beter uit te vragen op praktijk- of afdelingsniveau dan via een geautomatiseerd registratiesysteem.



## **SAMENVATTING**

**Doel** Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek.

**Design** Systematische inventarisatie en selectie.

**Methode** Op basis van (inter)nationale richtlijnen, protocollen en triagesystemen en een functionele omschrijving van acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek zijn te leveren prestaties geformuleerd. Vervolgens werd een search naar (inter)nationaal beschikbare indicatoren uitgevoerd. Deze indicatoren werden onderworpen aan een systematisch selectieproces aan de hand van zes relevantiecriteria welke afgeleid waren van het National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Indicatoren met een positieve waardering op deze criteria dienden bovendien te voldoen aan nationale aanbevelingen (in de richtlijnen, protocollen of triagesystemen). Vervolgens werd de voorkeur gegeven aan indicatoren die getest waren op klinimetrische eigenschappen, in een positieve richting geformuleerd en met relatief weinig inspanningen meetbaar. De geselecteerde set van indicatoren is vervolgens in twee schriftelijke rondes voorgelegd aan experts met als doel inhoudsvalidatie. De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van data in bestaande registratiesystemen.

**Resultaten** Op basis van de functionele zorgomschrijving werden de volgende vier zorgaspecten onderscheiden: toegang, stabilisatie en behandeling, opname acute afdeling en samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgverleners. In totaal bleken 101 indicatoren beschikbaar. De meeste indicatoren (35%) hadden betrekking op de toegang tot acute zorg. Voor de zorgaspecten stabilisatie en behandeling en opname acute afdeling bleken ongeveer evenveel indicatoren beschikbaar (beide ongeveer een kwart). Zeventien indicatoren (17%) gaven uitdrukking aan samenwerking en afstemming van zorg. Systematische selectie leidde tot een eerste kernset van 17 indicatoren welke enigszins werd aangepast naar aanleiding van de consultatierondes: enkele indicatoren werden aangepast of samengevoegd, twee indicatoren werden verwijderd. Uit de praktijktoets bleek dat voor een negental indicatoren toekomstige gegevensverzameling haalbaar lijkt, echter, voor de andere indicatoren vindt momenteel geen systematische registratie plaats.

**Conclusie** Deze studie heeft geresulteerd in een selectie van 14 publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van acute zorg voor mensen met een psychische of psychosociale hulpvraag. Door de systematische aanpak en de betrokkenheid van experts wordt deze set gekenmerkt door een zekere mate van inhoudsvaliditeit en is de set gereed om voorgelegd te worden aan de verschillende betrokken partijen, zoals patiënten en zorgverzekeraars, voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Na vaststelling door de betrokken partijen kan implementatie in de praktijk worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Eén van de stappen is een pilot test in de acute zorgketen om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De praktijktoets in dit project wees uit dat veel gegevens (nog) niet (systematisch) worden geregistreerd of verzameld. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

## **ABSTRACT**

**Objective** To identify public indicators of professional quality of emergency care for people with psychic or psychosocial problems.

**Design** Systematic search and selection.

**Method** We formulated the requirements of acute care for people with psychic or psychosocial problems on the basis of national and international guidelines, protocols, triage systems, and a functional description of such problems. Then we searched for nationally and internationally available performance indicators. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance, which were taken from the National Quality Measures Clearinghouse. The selected indicators also had to satisfy national agreements (in guidelines). Preference was given to indicators with tested clinimetric characteristics that were set in positive wording and that were measurable with relatively little data collection effort. The selected set of indicators was then submitted to a panel of independent experts in the field of acute mental-health care for further content validation. The experts were informed about the whole selection process. They adapted, deleted, or added indicators as they saw fit in two consultation rounds recorded in writing. Finally, the core set was field tested with data from existing, continuous, data registers.

**Results** Performance was divided into four care categories: access to acute care, stabilisation and treatment, emergency admittance, and care coordination among the care providers involved. In total, 101 indicators were found. Most indicators (35%) appeared to be related to access to acute care. Seventeen indicators (17%) for care coordination became available. The remaining indicators (almost 25% each) were related to stabilization and treatment, and to emergency admittance. Systematic selection resulted in a set of 17 indicators. After the experts' consultation, two indicators were discarded, and some indicators were combined or adapted. Eleven indicators were not fully assessed because of lack of data. However, obtaining data for six of these indicators may be feasible in the near future.

**Conclusion** This study resulted in the selection of a core set of 14 public indicators of professional quality of acute mental-health care, but this set has a certain degree of content validity due to the systematic approach and the experts' consultation. The set is ready to be presented to the parties involved in quality information, such as patients and health insurance companies. Differences in interests and information needs can lead to different accents or subsets of indicators. If the parties concerned approve, the set can be put to use, but this requires a careful, step-by-step approach. One of these steps is a pilot test in the acute care chain to test the feasibility of using the indicators. The practice test in this study showed that many data have not yet been systematically registered or collected. A precondition of reliable quality information is complete and professional data registration.

## INLEIDING

Het doel van dit rapport is een set van publieke indicatoren te presenteren voor de professionele kwaliteit van acute zorg geleverd aan mensen met psychische of psychosociale problematiek. Kenmerkend voor deze problematiek is dat de zorgvrager, diens omgeving en/of zorgverlener een onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling (acute zorg) ervaart. Daarbij kan de klacht waarmee de cliënt zich presenteert divers van aard zijn, zoals verward gedrag, angst- of paniekaanvallen, verslavingsproblemen, suïcidegedachten of agressief gedrag. [1-3]

Het aantal mensen met psychische en psychosociale problemen is in de afgelopen twintig jaar gestegen. [4] Landelijk worden er verschillende systemen toegepast om deze acute problematiek te stroomlijnen. Zo wordt de toegang tot hulpverlening geboden door huisartsenzorg, ambulancezorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het politiebureau. [3] Deze zorg start met opvang en beoordeling van de zorgvraag. De zorgverlener bepaalt door middel van triage de urgentie en indiceert het vervolgtraject. [5] Na triage kan de zorgvraag via verwijzing of verzoek van huisartsenpraktijken (-posten), politiebureaus, verpleeghuizen en ziekenhuizen bij de GGZ binnenkomen. [5] Wanneer de cliënt reeds in behandeling of bekend is bij de GGZ kan de cliënt vaak rechtstreeks opnemen. De context waarbinnen een GGZ consult plaatsvindt, kan uiteenlopen van een huisbezoek tot een separaat op een psychiatrische opnameafdeling. [6] Deze opname kan zowel op vrijwillige als gedwongen basis plaatsvinden op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz). Samenvattend bestaat het acute zorgproces uit (telefonische) benadering en crisisinterventie die mogelijk uitmondt in (gedwongen) opname.

Het hierboven geschetste zorgproces is ziekteoverstijgend en betreft verschillende zorginstellingen. Dat wil zeggen dat de invulling van het zorgproces sterk wordt bepaald door de context van de problematiek. Hierdoor werd de volgende afbakening van de doelgroep wenselijk geacht: cliënten die in verband met een (verdenking op een) psychische of psychosociaal probleem (inclusief verslavingsproblematiek) een, door de zorgvrager en/of zorgverlener, onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling ervaren. Verslavingsproblematiek wordt meegenomen omdat psychische stoornissen en verslavingsproblematiek vaak samengaan. [7] Hierbij wordt in acht genomen dat acute zorgvragen zich meestal voordoen als symptomen. Zo is suïcidaal gedrag meestal een symptoom van een stoornis, zoals een persoonlijkheidsstoornis, depressie of psychose. [8] Voor wat betreft het zorgproces is besloten het proces tot en met de opstelling van een behandelplan na eventuele (gedwongen) opname te beschrijven. Deze keuze is gemaakt omdat dan tegemoetgekomen is aan de vraag naar directe zorg.

Op basis van deze afbakening is het mogelijk de huidige ontwikkelingen van de acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek te schetsen. Hierbij kan men stellen dat de geografische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken (-posten) en ziekenhuiszorg redelijk tot goed is. [3,9-11] Wel zou de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken en -posten verbeterd kunnen worden. Bij de huisartsenposten is de

wachttijd bij één op de drie spoedoproepen langer dan 30 seconden. [12] Meer dan een kwart (en op bepaalde tijdstippen zelfs 40 procent) van de mensen die een spoedlijn van een huisartsenpraktijk belt, krijgt niemand aan de telefoon. [13] Voor wat betreft de tijdigheid van ambulances was in 2006 91% van de ambulances binnen de norm van 15 minuten ter plaatse. Volgens de norm zou dit 95% moeten zijn. [14] In een notitie bij een kamerstuk (2008) werd aangegeven dat er geen signalen bekend zijn dat de acute GGZ niet goed bereikbaar is. [3] Wel werd beschreven dat de opkomst van de crisisdienst, met name van psychiaters en politie, in sommige gevallen langer dan gewenst is. [15] Tevens kwam naar voren dat de overdracht tussen de verschillende zorgketten doelmatiger kan. Het toepassen van één gestandaardiseerde triage methodiek voor de verschillende zorgaanbieders in de keten en een betere overdracht van de voor de behandeling benodigde informatie zouden naar verwachting een positief effect hebben op de snelheid en accuratesse van de informatieoverdracht. [3]

In toenemende mate wordt zichtbaar gemaakt op welke manier consumenten zorg krijgen die goed aansluit op hun behoefte. Wensen van consumenten zijn een sterke prikkel om de zorg te verbeteren. Consumenten en vertegenwoordigers van consumenten kunnen steeds vaker zelf de zorg kiezen die bij hen past en invloed uitoefenen op de geleverde zorg, bijvoorbeeld via cliëntenraden. Dit alles is alleen mogelijk door transparant te zijn ten aanzien van de kwaliteit van het zorgproces. Ondanks het gegeven dat acute zorgvragers door het karakter van hun klachten minder tot geen tijd kunnen besteden aan het maken van bewuste keuzen ten aanzien van zorg in vergelijking met dan bijvoorbeeld mensen met een chronische aandoening [14], worden de relevante zorgaanbieders door transparantie meer gestimuleerd om een gezamenlijke verantwoordelijkheid te dragen zodat mensen die in acute nood verkeren (zonder bewust 'kiesgedrag'), adequaat geholpen worden. Kwaliteitsinformatie is daarnaast ook voor verzekeraars en andere inkopers van zorg van belang. Als aanbieders van zorg in het (wettelijke geregelde) regionale overleg (ROAZ) constateren dat er een probleem dreigt te ontstaan, dienen verzekeraars actief mee te denken over een mogelijke oplossing. In voorkomende gevallen kan het invullen van de zorgplicht ook betekenen dat verzekeraars besluiten bepaalde aanbieders financieel te ondersteunen. Tevens is sturing door de overheid nodig omdat vooral voor de acute zorg geldt dat hoe eerder een cliënt behandeld kan worden, hoe meer gezondheidswinst dit oplevert. Zij stelt daarom aanvullende eisen aan de beschikbaarheid en bereikbaarheid van die zorg, zoals de norm voor spoedzorg vastgesteld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dergelijke monitoringseisen kunnen door middel van indicatoren inzichtelijk gemaakt en geëvalueerd worden.

Het doel van dit onderzoek is om op basis van beschikbaarheid publieke indicatoren te identificeren die het mogelijk maken om betrouwbare en vergelijkbare informatie te genereren over de geleverde prestaties van zorgaanbieders en professionals ten aanzien van acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek. Leidraad in het project waren de volgende vraagstellingen:

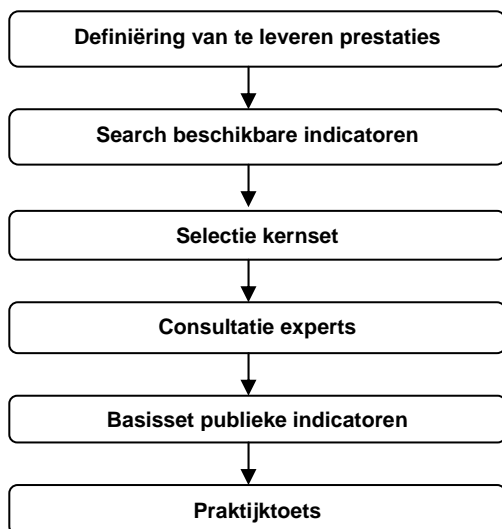
- 1) Hoe ziet het zorgproces eruit en wat zijn de te leveren prestaties bij acute psychische of psychosociale zorg?
- 2) Welke indicatoren zijn (inter)nationaal beschikbaar om deze prestaties te meten?
- 3) Tot welke set van publieke indicatoren leidt toepassing van vooropgestelde selectiecriteria?

- 4) Hoe ziet de geselecteerde set eruit na consultatierondes onder experts?
- 5) In hoeverre zijn de individuele indicatoren haalbaar en zijn er data beschikbaar?

## METHODE

Om tot een onderbouwde selectie van indicatoren en vervolgens een door experts gedragen basisset van indicatoren te komen, is een aantal stappen gevolgd (zie figuur 1).

Figuur 1: Schematische weergave van de totstandkoming van de basisset van publieke indicatoren:



### Definiëring van te leveren prestaties

De te leveren prestaties zijn afgeleid van het zorgproces voor mensen met een acute psychische of psychosociale zorgvraag. De basis hiervoor is een functionele omschrijving van de zorg. Met een functionele omschrijving wordt bedoeld dat de verschillende zorgtaken zijn beschreven en de mogelijke uitvoerders benoemd. Hiertoe zijn richtlijnen, protocollen en triagesystemen bestudeerd welke gevonden zijn op websites van gerenommeerde Nederlandse organisaties zoals: GGZ Nederland, NVvP, Psychiatriernet, Trimbos Instituut, NVSPV, NHG, VHN, NPCF, LAMP, NVSHV, NVSHA, KNMG, CBOG, VWS, CVZ, IGZ, CBO<sup>1</sup>. Internationaal zijn de volgende websites geraadpleegd: APA, WPA, NIMHE, NICE, UK DH, NPCRDC, OECD, NCHS-health, AHRQ, QOF<sup>2</sup>. Bij screening van ziektespecifieke richtlijnen en NHG-standaarden (psychische problemen)

<sup>1</sup> De brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Nederland (GGZ Nederland), Nederlandse vereniging voor psychiatrie (NVvP), Stichting Tijdschrift voor Psychiatrie (Psychiatrienet), Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Stichting Landelijke Ambulance Meldkamer Protocollen (LAMP), Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende hulp Artsen (NVSHA), De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), College voor zorgverzekeringen (CVZ), Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), Centraal Begeleidings Orgaan/ Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO).

<sup>2</sup> American Psychiatric Association (APA, Amerika), World Psychiatric Association (WPA), The National Institute for Mental Health (NIMH), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Groot- Brittannië), United Kingdom Department of Health (UK DH, Groot- Brittannië), National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC, Groot- Brittannië), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, Europa), National Center for Health Statistics (NCHS-health, Amerika), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, Amerika), Quality and Outcomes Framework (QOF, Groot- Brittannië).

bleek dat deze geen beleid voor acute zorg bevatten. Daarom is er voor gekozen om geen ziektespecifieke richtlijnen te betrekken bij de omschrijving van het functionele zorgproces. Het zorgproces is beschreven vanuit het perspectief van de acute zorgvraag. Een dergelijke ketenbenadering is terug te vinden in het wettelijk verplichte Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), het Nederlands Triage Systeem (NTS, 2006) en verschillende studies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). [5,15-18]. In aansluiting hierop kan het acute zorgproces als volgt ingedeeld worden: Toegang, Stabilisatie en behandeling, Opname acute afdeling en Samenwerking en afstemming. Tabel 1 geeft een overzicht van de bestudeerde documenten voor elk van deze zorgaspecten.

Tabel 1: Bestudeerde documenten per zorgaspect

<b>Toegang</b>		
<b>Nationale triagesystemen</b>	<b>Bron</b>	<b>Jaar</b>
Manchester Triage Systeem	Bouwels P, Sterk P. Triage op de spoedeisende hulp. Utrecht: LEMMA	2002
	De Caluwe R, De Voeght FJ, Breuer GJ, Machielse P. Triage voor de spoedeisende hulp Manchester Triage Group. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.	2002
Richtlijn Nederlands Triage Systeem. Op weg naar eenduidige triage.	NHG, LAMP, NVSHV, GGZ Nederland ( <a href="http://www.nvshv.nl">www.nvshv.nl</a> )	2006
NHG-Telefoonwijzer. Een leidraad voor triage en advies.	Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Publicatie praktijkassistenten.	2007
Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp	Nederlandse Vereniging Spoedeisend Hulp Verpleegkundigen ( <a href="http://www.nvshv.nl">www.nvshv.nl</a> )	2008
Concept versie 2.0 LSMA Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg	St. LAMP, Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen ( <a href="http://www.nederlandsambulanceinstituut.nl">www.nederlandsambulanceinstituut.nl</a> )	2008
<b>Internationale triagesystemen en kwaliteitseisen</b>	<b>Bron</b>	<b>Jaar</b>
Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)	Canadian Association of Emergency Physicians ( <a href="http://www.caep.ca">www.caep.ca</a> )	1998
Emergency Severity Index, Version 4 implementation handbook	Agency for Healthcare Research and Quality ( <a href="http://www.ahrq.gov/research/esi/">http://www.ahrq.gov/research/esi/</a> )	2005
National quality requirements in the delivery of Out-of-Hours services	Department of Health ( <a href="http://www.dh.gov.uk">www.dh.gov.uk</a> )	2006
Australasian Triage Scale	Australasian College for Emergency Medicine ( <a href="http://www.acem.org.au">www.acem.org.au</a> )	2007
<b>Stabilisatie en behandeling</b>		
<b>Nationale richtlijnen, protocollen, boeken, standpunten</b>	<b>Bron</b>	<b>Jaar</b>
<u>Ambulancezorg</u>		
Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 7 (LPA7), protocol 19.1 Psychiatrie algemeen	St. LAMP, Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen ( <a href="http://www.nederlandsambulanceinstituut.nl">www.nederlandsambulanceinstituut.nl</a> )	2007
Verantwoording uit het Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 7 (VLPA7)	St. LAMP, Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen ( <a href="http://www.nederlandsambulanceinstituut.nl">www.nederlandsambulanceinstituut.nl</a> )	2007
<u>Huisartsenzorg</u>		
- Huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg	NHG- standpunten toekomstvisie ( <a href="http://nhg.artsennet.nl">nhg.artsennet.nl</a> )	2005
-GGZ in de huisartsenzorg		2008
Spoedeisende hulp in de huisartsenpraktijk	Keeman J.N. et al. Spoedeisende hulp in de huisartsenpraktijk hoofdstuk 11 Psychiatrische spoedgevallen	2008
<u>Ziekenhuiszorg</u>		
Intoxicatie protocollen van bijvoorbeeld amfetamine, benzodiazepines, lithium etc.	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen ( <a href="http://www.nvsha.nl">www.nvsha.nl</a> ), lokale SEH richtlijnen <a href="#">Tilburg - Tweesteden</a>	2006

Stroomschema patiënt met agitatie op de SEH	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen ( <a href="http://www.nvsha.nl">www.nvsha.nl</a> ), lokale SEH richtlijnen, Tilburg - St.Elisabeth	2007
Landelijk Protocol Spoedeisende Hulp betreffende methodieken voor weigering behandeling, politie en uitbreiding standaard behandelteam	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), Stichting LAMP (Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen). ( <a href="http://www.lpseh.nl">www.lpseh.nl</a> )	2007
<b>GGZ</b>		
Richtlijn psychiatrische rapportage (exclusief strafrechtelijke rapportage)	Koerselman G.F., van den Bosch R.J. et al. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ( <a href="http://www.nvvp.net">www.nvvp.net</a> )	2002
Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp- Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling	Van der Meer, C. GGZ Nederland	2003
Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen	Sno, H.N., Beekman, A.T.F. et al. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie( <a href="http://www.nvvp.net">www.nvvp.net</a> )	2004
Handboek spoedeisende psychiatrie	Achilles R.A., Beerhuis RJ, van Ewijk W.M. Handboek spoedeisende psychiatrie. eerste editie ed. Amsterdam: Benecke N.I.	2006
Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling	W. van Tilburg, J.R. van Veldhuizen, et al. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ( <a href="http://www.nvvp.net">www.nvvp.net</a> )	2008
<b>Internationale richtlijnen</b>		
Assessment and management of people at risk of suicide	New Zealand Guidelines Group (NZGG) en Ministry of Health ( <a href="http://www.nzgg.org.nz">www.nzgg.org.nz</a> )	2003
Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors	American Psychiatric Association ( <a href="http://www.psychiatryonline.com">www.psychiatryonline.com</a> )	2004
Self-harm, the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care	National Institute for Clinical Excellence (NICE), ( <a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a> )	2004
Domestic violence	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) ( <a href="http://www.icsi.org">www.icsi.org</a> )	2006
<b>Opname acute afdeling</b>		
<b>Nationale bronnen</b>		
Kwaliteitscriteria dwang en drang	Berghmans, R., GGZ Nederland	2001
Handreiking 'Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg'	GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG ( <a href="http://www.ggd.nl">www.ggd.nl</a> )	2005
Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling	Van Tilburg W., van Veldhuizen J.R. et al. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	2008
Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ( <a href="http://www.minvws.nl">www.minvws.nl</a> )	
Wet Toelating Zorginstelling (WTZi))	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ( <a href="http://www.minvws.nl">www.minvws.nl</a> )	
<b>Samenwerking en afstemming</b>		
<b>Nationale bronnen</b>		
Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost CHP	Nederlands Huisartsen Genootschap ( <a href="http://nhg.artsennet.nl">nhg.artsennet.nl</a> )	2004
Adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier	Nederlands Huisartsen Genootschap ( <a href="http://nhg.artsennet.nl">nhg.artsennet.nl</a> )	2004

Naast bovengenoemde documenten zijn de volgende beleidsdocumenten geraadpleegd:

- 1) Trendrapportage GGZ 2008, Deel 1: Organisatie, structuur en financiering;
- 2) Trendrapportage GGZ 2008, Deel 2: Toegang en zorggebruik;
- 3) Trendrapportage GGZ 2008, Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Zoals eerder aangegeven zijn in het bovenstaande overzicht geen ziektespecifieke richtlijnen opgenomen. Door deze afbakening is het aantal beschikbare bronnen vanuit de GGZ beperkt gebleven.

### **Search beschikbare indicatoren**

Bronnen van indicatoren zijn gezocht via de websites van bovengenoemde organisaties die richtlijnen hebben ontwikkeld dan wel verspreid. Daarnaast zijn de Ovid Databases (Medline), en het internet (zoekmachine Google) geraadpleegd met de trefwoorden: indicator(s), geestelijke gezondheidszorg, spoedeisende/acute psychiatrie, ambulante psychiatrie, crisisdienst, huisarts, general practitioner, primary care, acute care, emergency medicine, psychiatric emergencies, hospital emergency department, quality/kwaliteit, care/zorg, telephone/telefoon, triage, protocol, guideline/ richtlijn, psychisch/mental(ly), psychiatrisch/ psychiatric, psychosociaal. Vanwege het ketenproces van de zorg is bovendien gezocht naar indicatoren op het gebied van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners (trefwoorden: ketenzorg/care chains, netwerkzorg/shared care, continuïteit van zorg/continuity of care en geïntegreerde zorg/integrated care). Gestreefd werd naar een zo compleet mogelijke nationale dekking terwijl internationale sets als aanvullend werden beschouwd; deze zijn enkel geïnccludeerd wanneer afkomstig van gerenommeerde instituten of wanneer informatie voorhanden was over de inzet van expert panels en de wetenschappelijke waarde van geselecteerde indicatoren. De gevonden indicatoren zijn vervolgens geordend naar de zorgaspecten analoog aan de functionele omschrijving.

### **Selectie kernset**

Zowel aan de totale set als aan de afzonderlijke indicatoren is een aantal eisen gesteld. Zo diende de totale set die zorgaspecten te bestrijken die relevant zijn voor publieke informatie. Deze zorgaspecten vloeien voort uit de te leveren prestaties. Dit betekent dat alleen indicatoren zijn geselecteerd die betrekking hebben op deze zorgaspecten, zoals toegang, stabilisatie en behandeling, opname acute afdeling en samenwerking en afstemming. Verder is per zorgaspect rekening gehouden met het type indicator: ten aanzien van de structuur of organisatie van de zorg (structuurindicator), het handelen van de zorgverleners (procesindicator) en uitkomsten van het zorgproces (uitkomstindicator). Bij keuze tussen proces- en uitkomstindicatoren is gestreefd naar een mix van beide; procesindicatoren maken het zorgproces transparant, terwijl uitkomstmaten opgevat kunnen worden als een evaluatie van het zorgproces. Een derde voorwaarde was dat met de set van indicatoren een uitspraak gedaan kan worden over de mate van gelijke verdeling van zorg voor verschillende groepen van cliënten, bijvoorbeeld naar leeftijd, of tussen regio's. Ten slotte diende de set uit oogpunt van haalbaarheid en interpretatie uit maximaal 15 tot 20, bij voorkeur op validiteit en betrouwbaarheid geteste, indicatoren te bestaan.

De selectie van individuele indicatoren heeft plaatsgevonden aan de hand van selectiecriteria met betrekking tot relevantie(NQMC) [19], nationale afspraken, psychometrische eigenschappen, richting en meetbaarheid. Een gedetailleerde beschrijving van deze criteria is opgenomen in bijlage 2. De selectiecriteria zijn door twee leden van de projectgroep onafhankelijk van elkaar toegepast. Bij verschillende beoordelingen zijn de verschilpunten besproken en is gezamenlijk tot overeenstemming gekomen.

### **Consultatie experts**

De geselecteerde set is vervolgens in twee schriftelijke ronden voorgelegd aan experts met als doel inhoudelijke validering. Daarbij is aandacht gevraagd voor de definiëring van prestaties, het overzicht van de beschikbare indicatoren en de voorgestelde set van indicatoren. Ten aanzien van de voorgestelde set is specifiek aandacht gevraagd voor de geschiktheid van de indicator, geschiktheid voor het publieke domein en de haalbaarheid in de praktijk.

### **Praktijktoets**

De op deze wijze verkregen basisset is ten slotte getoetst op haalbaarheid en beschikbaarheid van de individuele indicatoren. Hiertoe is literatuur geraadpleegd. Een indicator werd als haalbaar beoordeeld indien 1) data voor de indicator reeds verzameld worden in een bestaande database, of indien 2) de indicator relatief eenvoudig te scoren lijkt, dat wil zeggen dat een deel van de informatie reeds opgeslagen of geregistreerd wordt of dat dit eenvoudig te realiseren zou moeten zijn.

## **RESULTATEN**

### **Definitie prestaties**

Op basis van de functionele omschrijving (zie bijlage 2) kunnen de prestaties als volgt gedefinieerd worden: Acute psychische of psychosociale zorg is laagdrempelig en goed bereikbaar (24 uur/dag). De zorg is veilig, effectief, patiëntgericht en bovendien op het juiste hulpverleningsniveau - op het juiste moment, op de juiste plaats en door een hulpverlener met de juiste competenties verleend - en is van een goede medisch-inhoudelijke kwaliteit. Hierbij is het belangrijk dat de zorgvrager niet lang kan wachten en afhankelijk van de urgentieclassificatie binnen enkele minuten/uren behandeld dient te worden.

### **Beschikbare indicatoren**

Er bleken in totaal 101 indicatoren beschikbaar voor de relevante zorgaspecten (tabel 2). Tabel 2 laat zien dat 35% van de verzamelde indicatoren betrekking heeft op de toegang van zorg voor mensen met psychische of psychosociale hulpvragen. Verder blijken bijna evenveel indicatoren beschikbaar voor de zorgaspecten Behandeling en stabilisatie en Opname acute Afdeling (beide ongeveer een kwart). Ten aanzien van het zorgaspect Samenwerking en afstemming werden relatief weinig indicatoren gevonden. Het overzicht van de beschikbare indicatoren met een beschrijving van de bronnen is gepubliceerd via de website [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl).

### **Selectie kernset**

Toepassing van de relevantiecriteria leidde tot een eerste reductie van meer dan de helft van de beschikbare indicatoren (zie tabel 2). Tijdens deze eerste selectie zijn veel indicatoren afgevallen bij het doelcriterium (geschikt voor publieke informatie) omdat ze een te klein, gedetailleerd deel van het zorgproces beschreven. Ook waren enkele indicatoren niet van toepassing op het zorgproces in een acute situatie. Daarnaast zijn indicatoren met betrekking op een specifiek deel van de populatie afgevallen, bijvoorbeeld

cliënten met een bepaalde ernstclassificatie. De 54 resterende indicatoren werden vervolgens getoetst op nationale aanbevelingen zoals vastgelegd in de richtlijnen en protocollen van triagesystemen. Dit resulteerde in een verdere reductie van vier indicatoren. Toepassing van de overige selectiecriteria alleen leidde niet meteen tot de uiteindelijke kernset; overwegingen op basis van klinimetrische eigenschappen en meetbaarheid in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren leidde tot een kernset van 17 indicatoren. Dit selectieproces en de overwegingen die hebben geleid tot deze kernset is te vinden via de website [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl).

Tabel 2: Resultaten selectieproces naar zorgaspect

Zorgaspecten	Totaal aantal indicatoren beschikbaar	Selectie na relevantie-criterium	Selectie na criterium 'nationale aanbevelingen'	Selectie na overige criteria	Samenstelling kernset
Toegang	35 (35%)	23	20	6	3 (24%)
Stabilisatie & Behandeling	25 (25%)	17	17	7	7 (35%)
Opname acute afdeling	24 (24%)	10	9	6	5 (29%)
Samenwerking en afstemming	17 (17%)	4	4	3	2 (12%)
<b>Totaal aantal indicatoren</b>	<b>101 (100%)<sup>1</sup></b>	<b>54</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>17 (100%)</b>

<sup>1</sup> Door afronding is dit percentage niet precies 100%.

Tabel 1 laat zien dat alle zorgaspecten met enkele indicatoren zijn vertegenwoordigd in de kernset. De samenstelling van de kernset kenmerkt zich door een relatief goed verdeelde samenstelling van indicatoren ten aanzien van de vier zorgaspecten.

In tabel 3 worden de geselecteerde indicatoren gepresenteerd. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de nationale richtlijnen is een aantal indicatoren geherformuleerd. De indicatoren hebben alle betrekking op het afgelopen jaar.

Tabel 3: Overzicht van de geselecteerde indicatoren naar zorgaspect en bron

Toegang	Bron
1) Percentage inwoners per regio dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of huisartsenpraktijk (post) binnen 30 minuten kan bereiken.	<i>RIVM Zorgbalans, 2008 (combinatie 2 indicatoren + herformulering)</i>
2) Percentage spoedopbellers naar huisartsenpraktijken (-posten) dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	<i>RIVM Zorgbalans, 2008 (herschreven van 60-30 sec.)</i>
3) Percentage patiënten tijdens contact met de huisartsenpraktijk (-post), spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis een urgentieclassificatie toegeschreven heeft gekregen.	<i>Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2008 (Herformulering HAP en SEH)</i>
Stabilisatie en behandeling	Bron
4) Percentage cliënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd (conform het triagesysteem of lokaal afgesproken) door een arts is gezien.	<i>Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2008</i>
5) Zorg ter plaatse: (ambulancezorg) Percentage spoedeisende ambulanceritten dat de normtijd van 5 minuten voor stabilisatie ter plaatse overschrijdt.	<i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006 (huidige norm VWS)</i>
6) Vervoer cliënt: (ambulancezorg) Het percentage spoedeisende ambulanceritten dat de normtijd van [25] minuten voor vervoer naar het ziekenhuis overschrijdt.	<i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006 (huidige norm VWS)</i>

7) Rit naar de cliënt: (paraatheid-bereikbaarheid) Regionale afspraken over de opkomsttijd en bereikbaarheid van de crisisdienst zijn schriftelijke vastgelegd binnen het ROAZ.	<i>Rapportage focusgroep Twente en Achterhoek, 2008 (Herformulering)</i>
8) Percentage cliënten waarbij na bespreking van de casus door de politie, GGD arts of huisarts met de voorwacht van de crisisdienst, de crisisdienst binnen 60 minuten op locatie aanwezig is <sup>1</sup> .	<i>Vervoerconvenant regio Twente, 2007 (Herformulering)</i>
9) Per regio is er een bevoegd crisisteam paraat met een psychiater of koppel van SPV met arts-assistent psychiatrie onder supervisie van psychiater.	<i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006)</i>
10) Percentage oproepen van de voorwacht van de crisisdienst waarbij de achterwacht van de crisisdienst binnen 60 minuten ter plaatse is <sup>1</sup> .	<i>Vervoerconvenant regio Twente 2007</i>
<b>Opname acute afdeling</b>	<b>Bron</b>
11) Percentage cliënten met een psychische of psychosociale hulpvraag per regio waarbij opname binnen 24 uur plaats heeft gevonden.	<i>RIVM Zorgbalans, 2008</i>
12) Op een acute afdeling bestaat het behandelteam uit tenminste: één psychiater, gespecialiseerde verpleegkundigen, maatschappelijk werker, activiteitenbegeleider.	<i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006</i>
13) Deze indicator geldt alleen voor insluiting van cliënten die gedwongen zijn opgenomen en bestaat uit twee onderdelen: a Het aantal insluitingen van gedwongen opgenomen cliënten uitgesplitst naar de verschillende vormen van insluiting: in separeer, respectievelijk afzonderingsruimte, eigen kamer of andere ruimte. b De mate waarin cliënten het gedwongen verblijf in de separeer, afzonderingsruimte, eigen kamer of andere ruimte billijken of achteraf als terecht of juist erkennen.	<i>Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Prestatie-indicatoren 2007-2008</i>
14) Somatische screening: Percentage acute afdelingen welke beschikken hebben over een standaardprocedure voor screening op somatische aandoeningen bij cliënten op het moment van opname <sup>2</sup> .	<i>Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Prestatie-indicatoren 2007-2008 (gedeelte van indicator)</i>
15) Percentage cliënten per zorginstelling dat een informed consent heeft gegeven: a Vastgelegd behandelplan/begeleidingsplan. b Vastgelegde toestemming van de cliënt <sup>3</sup>	<i>Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Prestatie-indicatoren 2007-2008</i>
<b>Samenwerking en afstemming tussen hulpverleners</b>	<b>Bron</b>
16) Er bestaan regionale afspraken over het informeren van andere zorginstellingen die betrokken zijn bij het ketenproces wanneer zich binnen een zorginstelling problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom.	<i>Vragenlijst NIVEL, 2007</i>
17) Onveiligheid door ontbreken van informatie: a Het beschikken over een registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie. b Het percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de zorgaanbieder bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele cliëntinformatie. <sup>4</sup>	<i>Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Prestatie-indicatoren 2007-2008</i>

<sup>1</sup> 60 minuten is een regionale afspraak in Twente. Landelijke afspraken lijken niet bekend.

<sup>2</sup> Bij veel psychiatrische stoornissen komen al dan niet opgemerkt (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat co-morbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Onder somatische screening wordt verstaan: een lichamelijk onderzoek verricht door een daartoe bevoegd arts

<sup>3</sup> Informed consent, de vastgelegde toestemming van de cliënt met het behandelplan/begeleidingsplan, kan gezien worden als het sluitstuk van het informeren van de cliënt en het in samenspraak opstellen van het behandelplan.

<sup>4</sup> Deze indicator bestaat uit twee onderdelen:

a) Het registreren van het ontbreken van actuele informatie van de cliënt over medicatie, behandelplan, behandelverloop van het laatste behandelcontact en crisiskaart bij spoedopname buiten kantooruren van een reeds bekende cliënt.

b) Het percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de zorgaanbieder bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele informatie van de cliënt over: medicatie, behandelplan, behandelverloop van het laatste behandelcontact en crisiskaart.

Uit tabel 3 blijkt dat uit diverse bronnen indicatoren geselecteerd zijn. Verschillende indicatoren zijn een samenvoeging van indicatoren en bronnen. In zijn algemeenheid was meetbaarheid (betrouwbaarheid) een punt van zorg. In de volgende paragraaf gaan we hier verder op in. De meeste indicatoren zijn nog niet inhoudelijk getest op validiteit en komen nog onvoldoende tegemoet aan andere klinimetrische eigenschappen, zoals discriminante validiteit en betrouwbaarheid (zie [www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)).

### Resultaat na consultatierondes

Na consultatie zijn enkele indicatoren aangepast of samengevoegd en werden twee indicatoren verwijderd. Indicator 8 gaf bij experts verwarring omdat de politie geen verwijzer is. De politie kan, afhankelijk van de situatie, de crisisdienst van de GGZ, ambulancezorg of SEH- afdeling van een ziekenhuis rechtstreeks om hulp vragen. Daarnaast is het aantal minuten waarbinnen de crisisdienst aanwezig moet zijn afhankelijk van regionale afspraken waardoor er een overlap is met indicator 7. Op basis van deze feedback is indicator 8 verwijderd. Tevens is indicator 15 verwijderd omdat een expert aangaf twijfels te hebben over de validiteit en impact van de indicator op de kwaliteit van de acute zorg. Daarnaast wordt deze indicator gemeten met de CQ-index. In Nederland wordt voor het meten van patiëntervaringen vooral de CQ-index gehanteerd. Patiëntervaringen vallen mede daarom buiten de scope van dit project. Verder zijn indicator 5 en 6 samengevoegd: experts gaven aan dat dergelijke tijdigheid van ambulancezorg vooral van belang is bij somatische zorg en minder relevant bij acute psychische en psychosociale problematiek. Indicator 5 en 6 zouden samengevoegd kunnen worden onder de wettelijke 45 minuten norm zoals vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) voor het bereiken van een SEH. De norm is opgebouwd uit 15 minuten aanrijtijd, 5 minuten voor het stabiliseren van de cliënt en daarna 25 minuten rijtijd om een SEH te bereiken. Op basis hiervan zijn de indicatoren samengevoegd en herschreven. Een andere aanpassing betreft indicator 9: drie experts gaven aan dat een crisisteam altijd uit verschillende disciplines/professionals bestaat. Daarnaast zijn de indicatoren 13,14 en 17 aangepast omdat er een derde, herziene versie van de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is verschenen.[20] Indicator 17 werd ten slotte in percentage ge(her)formuleerd (in tabel 4 indicator 14).

### Resultaat praktijktoets

Er zijn vijf bronnen met gegevens gevonden. In tabel 4 zijn de resultaten samengevat.

Tabel 4: Beschikbare gegevens voor indicatoren van de kwaliteit van zorg

Toegang	Resultaat	Opmerkingen
1) Percentage inwoners per regio dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of huisartsenpraktijk (-post) binnen 30 minuten kan bereiken. ( <i>RIVM Zorgbalans, 2008</i> )	99,4%	a
	98,2%	
2) Percentage spoedopbellers naar huisartsenpraktijken (-posten) dat binnen 30 seconden wordt beantwoord. ( <i>RIVM Zorgbalans, 2008</i> )	61% tel. spoedoproepen < 30 sec.	b

3) Percentage patiënten tijdens contact met de huisartsenpraktijk (-post), spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis een urgentieclassificatie toegeschreven heeft gekregen. ( <i>Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2008</i> )	-	c
4) Rit naar de cliënt: (paraatheid-bereikbaarheid) Regionale afspraken over de opkomsttijd en bereikbaarheid van de crisisdienst zijn schriftelijke vastgelegd binnen het ROAZ. ( <i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006</i> )	-	d
<b>Stabilisatie en behandeling</b>	<b>Resultaat</b>	<b>Opmerkingen</b>
5) Percentage cliënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd (conform het triagesysteem of lokaal afgesproken) door een arts is gezien. ( <i>Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2008</i> )	-	e
6) Percentage inwoners per regio dat binnen de 45 minuten norm, waarin rijtijd en stabilisatie opgenomen zijn, een SEH afdeling kan bereiken. ( <i>RIVM Zorgbalans, 2006</i> )	98,8% < 45 minuten	f
7) Per regio is er een bevoegd crisisteam paraat met een psychiater en SPV of koppel van SPV met AIOS/ANIOS psychiatrie onder supervisie van psychiater. ( <i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006</i> )	-	c
8) Percentage oproepen van de voorwacht van de crisisdienst waarbij de achterwacht van de crisisdienst binnen 60 minuten ter plaatse is. ( <i>Vervoerconvenant regio Twente, 2007</i> )	-	c
<b>Opname acute afdeling</b>	<b>Resultaat</b>	<b>Opmerkingen</b>
9) Percentage cliënten met een psychische of psychosociale hulpvraag per regio waarbij opname binnen 24 uur plaats heeft gevonden. ( <i>RIVM Zorgbalans, 2008</i> )	-	c
10) Op een acute afdeling bestaat het behandelteam uit ten minste: één psychiater, gespecialiseerde verpleegkundigen, maatschappelijk werker, activiteitenbegeleider. ( <i>Functiecatalogus acute zorg, CVZ en Plexus, 2006</i> )	-	c
11) Insluiting en dwangmedicatie: De indicator bestaat uit drie onderdelen: A Aantal vrijwillig en gedwongen insluitingen(separeerruimte en afzonderingsruimte) en toepassingen van dwangmedicatie; B Gemiddelde duur van insluiting en duur van dwangmedicatie; C Evaluatie met cliënt na insluiting of dwangmedicatie /aanwezigheid systematisch preventieprogramma voor insluiting of Dwang en Drang. ( <i>Zichtbare zorg. Basisset prestatie indicatoren 2009-2010</i> )	-	g
12) Somatische screening: Het percentage cliënten waarbij schriftelijk is vastgelegd dat somatische screening uitgevoerd is conform de standaard. ( <i>Zichtbare zorg. Basisset prestatie indicatoren 2009-2010</i> )	-	h
<b>Samenwerking en afstemming tussen hulpverleners</b>	<b>Resultaat</b>	<b>Opmerkingen</b>
13) Er bestaan regionale afspraken over het informeren van andere zorginstellingen die betrokken zijn bij het ketenproces wanneer zich binnen een zorginstelling problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom. ( <i>Vragenlijst NIVEL, 2007</i> )	-	d
14) Onveiligheid door ontbreken van informatie: Het percentage binnen de instelling bekende, met spoed opgenomen, cliënten van wie een crisiskaart beschikbaar is (De definitie/beschrijving van crisiskaart dient opgenomen te worden in de werkinstructie van de basisset.). ( <i>Zichtbare zorg. Basisset prestatie indicatoren 2009-2010, herformulering in percentage</i> )	-	i

a= In 2006 kon 99,4% van de Nederlandse bevolking per privé auto een SEH- afdeling binnen 30 minuten bereiken.  
In 2005 kon 98,2% van de Nederlandse bevolking per privé auto een huisartsenpost binnen 30 minuten bereiken.  
Betreffende geschatte gegevens per privéauto<sup>(14)</sup>. Aanbevolen wordt deze indicator ook van toepassing op de crisisdienst te laten zijn.

b= In 2006 werd 61% van de telefonische spoedoproepen < 30 sec. beantwoord. [14,12] Aanbevolen wordt deze indicator ook voor SEH en crisisdienst te laten gelden.

c = Gegevens niet (volledig) beschikbaar.

- d= Gegevens niet (volledig) beschikbaar maar in 2007 is het regionaal overleg in alle traumaregio's gestart. [15]
- e= Gegevens niet (volledig) beschikbaar. Wachtijd bij thuisvisites: U1 < 15 min: 70%, U2 < 60 min: 95,6%. Gemiddelde wachttijd 30 minuten. Afstand, verkeersdrukte, visitedrukte en de urgentie van de klacht bleken van significante invloed op de wachttijd. [21]
- f= RIVM, in 2003 kon 98,8% van de bevolking in < 45 min. per ambulance een SEH bereiken.
- g= Deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009. Zie website zichtbare zorg voor verschillende boxplots. [22] Over verslagjaar 2010 moet deze indicator geleverd worden.
- h= Zie website zichtbare zorg. Deze indicator laat een aanzienlijke spreiding zien door waarschijnlijk afwijkende invullingen. [22]
- i= Geen valide indicator. Zie website zichtbare zorg voor verschillende boxplots. [22]

Geconcludeerd kan worden dat voor een aantal indicatoren de gegevensverzameling haalbaar lijkt. Zo zijn van de indicatoren 1, 2 en 6 reeds data beschikbaar en zijn de indicatoren 4,5 en 11-14 mogelijk in de toekomst te berekenen. Voor de indicatoren 3, 7-10 zijn geen data beschikbaar en ook nog geen registratie. Bij deze indicatoren dient nader onderzocht te worden in hoeverre de benodigde gegevens op een relatief eenvoudige manier, bij voorkeur middels een geautomatiseerd registratiesysteem, verzameld kunnen worden. Daarbij is indicator 10, en ook de indicatoren 4 en 13, vermoedelijk beter uit te vragen op praktijk- of afdelingsniveau dan via een geautomatiseerd registratiesysteem.

## **DISCUSSIE EN CONCLUSIE**

### **Discussie**

Op het gebied van acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek bleken veel indicatoren beschikbaar. Raadpleging van verscheidene bronnen resulteerde in 101 indicatoren met betrekking op de zorgaspecten die relevant werden geacht voor publieke informatie, te weten: 'toegang', 'stabilisatie en behandeling', 'opname acute afdeling' en 'samenwerking en afstemming'. Het zorgproces begint bij het verlenen van toegang, waarna mogelijk aansluitend stabilisatie en behandeling en eventueel opname op een acute afdeling plaatsvindt. Afspraken over samenwerking en afstemming tussen professionals zijn met name van belang in verband met de vele overdrachtmomenten in de keten. Bij het vaststellen van het aantal indicatoren is rekening gehouden met overlap tussen (min of meer) dezelfde indicatoren. De meeste indicatoren bleken betrekking te hebben op de toegang van de zorg. Ten aanzien van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners bleken minder indicatoren voorhanden. Systematische selectie in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren leidde tot identificatie van 17 indicatoren voor de kernset. Na externe consultatie werden twee indicatoren verwijderd, twee andere indicatoren samengevoegd en drie indicatoren aangepast, wat heeft geleid tot een basisset van 14 indicatoren.

Bij de selectie van de indicatoren kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo zijn de relevantiecriteria met betrekking tot geschiktheid voor publieke informatie en voor de verschillende doelgroepen subjectief van aard. Dit probleem werd zo veel mogelijk ondervangen door de indicatoren door twee personen onafhankelijk van elkaar te laten scoren. Toch is het mogelijk dat hierdoor een aantal indicatoren onterecht is afgevallen of doorgesluist naar de volgende criteria. Het is echter de vraag in hoeverre dit van invloed is geweest op de uiteindelijke samenstelling van de set. Na beoordeling op relevantie

werden de overgebleven indicatoren getoetst aan nationale aanbevelingen zoals omschreven in richtlijnen. Aangezien de beschikbare aandoeningspecifieke richtlijnen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg nauwelijks tot geen handvaten bieden voor het handelen in acute situaties bij psychische of psychosociale problematiek, zijn deze buiten beschouwing gelaten. Hierdoor bleven slechts enkele richtlijnen over en zijn ter aanvulling ook beleidsstukken gehanteerd. Overigens was de inhoudelijke diversiteit in de richtlijnen, triagesystemen en protocollen opvallend, wat het vaststellen van generieke kwaliteitseisen bemoeilijkte. Daarbij zijn er voor de crisisdienst weinig medisch inhoudelijke kwaliteitseisen gevonden. Door experts werden achteraf alternatieve indicatoren aangereikt, bijvoorbeeld een indicator voor de routing van de zorgketen, voor de rechtstreekse toegang van de crisisdienst en voor het medisch inhoudelijk handelen door de crisisdienst. Vanwege de vele ontwikkelingen op het gebied van indicatoren was het uitgangspunt van dit project echter de beschikbaarheid van reeds bestaande indicatoren. Hiermee kan dit rapport als een eerste verkenning op het gebied van kwaliteitsindicatoren voor het zorgproces voor mensen met een acute psychische of psychosociale hulpvraag beschouwd worden. Ten slotte is het criterium klinimetrische eigenschappen steeds coulant beoordeeld; wanneer slechts informatie voorhanden was over de inhoudsvaliditeit of over de gevolgde procedure van ontwikkelen waardoor de betreffende indicator als inhoudsvalide kon worden beschouwd, werd het criterium positief gescoord. Andere klinimetrische eigenschappen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, zullen in de praktijk getest moeten worden. De praktijktest in dit project diende in de eerste plaats de beschikbaarheid en haalbaarheid van gegevens, waarbij tevens gestreefd werd naar een zo volledig mogelijk beeld van (referentie) gegevens.

Door de gebruikte selectiemethodiek en consultatie van experts is gestreefd naar een inhoudelijk zo valide mogelijke set van indicatoren voor publieke informatie. De volgende stap is het bereiken van consensus onder de verschillende betrokken partijen, zoals patiënten en zorgverzekeraars, voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Wanneer de set door betrokken partijen eenmaal is vastgesteld, kan implementatie worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Onderdeel hiervan is een pilot test om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De haalbaarheid heeft dan zowel betrekking op de beschikbaarheid van de gegevens als (voldoen)de aantallen patiënten voor betrouwbare informatie. Beperkingen in de haalbaarheid kunnen immers eveneens gevolgen hebben voor de samenstelling van de set. Op basis van de praktijktoets in dit project kan geconcludeerd worden dat op het gebied van haalbaarheid nog veel registratiewinst te behalen valt. Daarbij is een deel van de indicatoren mogelijk beter uitdraagbaar op praktijk- of afdelingsniveau dan via een (geautomatiseerd) registratiesysteem. Overigens is ook na vaststelling en implementatie van de set regelmatig onderhoud vereist; zodra er nieuwe aanbevelingen worden gedaan of nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld, dienen indicatoren te worden aangepast, geschrapt of toegevoegd.

De 'ruwe' indicatorpercentages, ten slotte, zouden niet zonder beschouwing van andere factoren geïnterpreteerd moeten worden als maat voor goede zorg. Bij onderlinge vergelijking dient rekening te worden gehouden met verschillen in case-mix. Dit is met name van belang bij uitkomstmaten omdat bijvoorbeeld patiëntkenmerken (zoals leeftijd) of therapietrouw de resultaten kunnen beïnvloeden, terwijl procesindicatoren uitdrukking geven aan het handelen zelf waarbij over het algemeen verwacht mag worden dat deze plaatsvinden volgens aanbevelingen in richtlijnen, ongeacht bijvoorbeeld het geslacht of de leeftijd van de patiënt. Omdat de hier voorliggende set van indicatoren geen uitkomsten bevat en dit rapport als eerste aanzet voor een basisset van publieke indicatoren kan worden beschouwd, is hier vooralsnog niet verder over uitgewijd.

In deze studie werd gefocust op de directe, acute patiëntenzorg en de continuïteit ervan. Voor informatie over de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn, onder andere ten aanzien van verwijsbeleid, medicatiebeleid en dossiervoering, wordt verwezen naar het afzonderlijke rapport dat in dezelfde reeks als dit rapport is verschenen. Behalve de professionele kwaliteit van het zorginhoudelijk handelen en de organisatie daarvan, kan de kwaliteit van zorg afgemeten worden aan de hand van ervaringen van cliënten. Zoals eerder gesteld zijn patiëntervaringen, vanwege mogelijke overlap met het traject van de Consumer Quality Index (CQ-index), waarmee de ervaringen van patiënten met de gezondheidszorg worden gemeten, hier verder buiten beschouwing gelaten. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van *patient reported outcomes* (zoals psychisch of maatschappelijk functioneren) kunnen echter een zinvolle aanvulling zijn binnen het totale concept van de kwaliteit van zorg.

## **Conclusie**

In dit project is een eerste aanzet gedaan om met behulp van systematische selectie en consultatie van experts een kernset van publieke indicatoren samen te stellen. In totaal konden 14 indicatoren worden geïdentificeerd die de kwaliteit van het acute zorgproces voor mensen met psychische of psychosociale hulpvragen in beeld brengen. Enkele indicatoren kunnen als inhoudsvalide worden beschouwd; in hoeverre voldaan wordt aan andere klinimetrische eisen, zoals de betrouwbaarheid en discriminante validiteit, moet nader worden onderzocht. De kwaliteitsinformatie die met deze indicatoren gegenereerd wordt, is bedoeld voor zowel de zorgaanbieders zelf, als consumenten en patiënten, zorgverzekeraars en andere inkopers van zorg, beroepsorganisaties en de inspectie voor de gezondheidszorg. Eventuele verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Ook een pilot test ten behoeve van de haalbaarheid van de indicatoren kan gevolgen hebben voor de samenstelling van de set; de praktijktoets in dit project wees uit dat voor enkele indicatoren wel gegevens voorhanden zijn, maar niet altijd compleet of systematisch verzameld, terwijl voor andere indicatoren (nog) geen (continue) registratie plaatsvindt. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

## REFERENTIES

- 1 Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi). 2005.
- 2 Reactie van LHV. Kiezen voor de eerste lijn, ook bij spoed. 2008.
- 3 Kamerstuk MVWS. Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Achtergrondnotitie. 2008.
- 4 Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. 2004.
- 5 Drijver R, Jochems P. Nederlands Triage Systeem op weg naar eenduidige triage. 2006.
- 6 Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM. Handboek spoedeisende psychiatrie. Eerste editie. Amsterdam: Benecke N.I., 2006.
- 7 Meer C van der, Hendriks V, Posthuma T, Vos R. Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijn voor diagnostiek en behandeling. Den Haag, 2003.
- 8 Keeman JN, Schadé E. Spoedeisende hulp in de huisartsenpraktijk. Tweede herziene druk Houten, 2008.
- 9 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Spoed moet Goed. 2005.
- 10 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Zoetermeer, 2003.
- 11 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Schaal en Zorg. 2008.
- 12 IGZ. Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag, 2006.
- 13 IGZ NPCF Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren. Den Haag, 2008.
- 14 Westert GP, Verkleij H. Zorgbalans 2008: Bilthoven: RIVM, 2008.
- 15 Landelijke vereniging voor Traumacentra. Stand van Zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen-2008. 2009.
- 16 Plexus medical group. Functiecatalogus acute zorg. 2006.
- 17 Plexus medical group. Gezamenlijk bouwen aan meer samenhang in de acute-zorgketen. 2005.
- 18 Plexus medical group. Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg. 2006.
- 19 National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Desirable measure attributes. 2008.
- 20 Stuurgroep Zichtbare Zorg ggz. Basisset prestatie-indicatoren 2009-2010 Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Den Haag, 2009.
- 21 Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Wageningen: Ponsen & Looijen, 2007.
- 22 Roggeveen L, Keulen R, Vissers A. Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. MediQuest, 2008.

## **BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren**

Ten aanzien van elk zorgaspect heeft systematische selectie plaatsgevonden aan de hand van onderstaande selectiecriteria. Deze zijn in de genoemde volgorde toegepast en beoordeeld met “ja”, “nee”, “?” of “niet van toepassing”:

### **(1) Relevantie (afgeleid van NQMC) [19]**

- Doel: inschatting dat de informatie geschikt is voor het publieke domein (de indicator is niet te gedetailleerd - bijvoorbeeld verschillende urgentieclassificaties in één indicator - wel op hoofdlijnen/geaggregeerd, maar ook weer niet te algemeen - niet alleen public health/algemene bevolking, wel patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk, zorggroep, of thuiszorgorganisatie);
- Doelgroep: inschatting dat de informatie relevant is voor patiënten en consumenten, zorgverzekeraars en inspectie, en voor professionals zelf;
- Impact op de gezondheid: het onderwerp waar de indicator uitdrukking aan geeft is klinisch relevant, bijvoorbeeld in termen van een hoge prevalentie of incidentie, en heeft effect op de ziektelast, zoals mortaliteit en morbiditeit;
- Toepasbaarheid op verschillende groepen van patiënten binnen de totale doelgroep: de indicator is stratificeerbaar; met de indicator kan de mate van (gelijke) verdeling van zorg voor verschillende groepen van patiënten gemeten worden;
- Ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg: het is in zijn algemeenheid bekend dat de kwaliteit van zorg zoals uitgedrukt met de indicator laag is of dat er variatie is tussen professionals of organisaties;
- Beïnvloedbaarheid van de zorg: de resultaten van de indicator kunnen omgezet worden in acties of interventies in de eerste lijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Op de relevant bevonden indicatoren - een indicator dient daarbij aan alle genoemde criteria voor relevantie te voldoen, met hooguit twee keer een “?” - vindt verdere selectie plaats:

### **(2) Nationale aanbevelingen**

Bij keuze tussen verschillende indicatoren geven nationale aanbevelingen de doorslag. Indien alleen indicatoren beschikbaar zijn die afwijken van Nederlandse richtlijnen, wordt gekeken of deze aangepast kunnen worden. Dit selectie criterium is niet van toepassing op incidentie- en prevalentie-indicatoren.

De indicatoren die betrekking (kunnen) hebben op nationale aanbevelingen of waarbij dit criterium niet van toepassing is (bijvoorbeeld prevalentie), komen in aanmerking voor verdere selectie:

### **(3) Getest op validiteit en betrouwbaarheid**

Bij keuze tussen indicatoren waarbij informatie voorhanden is over goede validiteit en betrouwbaarheid en indicatoren die nog in ontwikkeling zijn of waarbij dergelijke informatie ontbreekt, wordt gekozen voor eerstgenoemde indicator(en).

In geval er alleen indicatoren beschikbaar zijn die nog in ontwikkeling zijn of waarvan informatie over psychometrische kenmerken ontbreekt, volstaan deze indicatoren en worden de volgende criteria toegepast:

**(4) Richting van de indicator**

Bij keuze tussen positieve of negatieve informatie is gekozen voor een positieve richting omdat op deze manier de nadruk wordt gelegd op de geleverde prestaties. Dit criterium geldt voor structuur- en procesindicatoren.

In geval er alleen in negatieve richting geformuleerde structuur- of procesindicatoren beschikbaar zijn, passen wij zo mogelijk de richting aan.

**(5) Meetbaarheid en inspanningen voor de gegevensverzameling**

Nagaan of de indicator meetbaar is. Bij keuze tussen indicatoren die verder ook aan bovenstaande criteria voldoen wordt gekozen voor indicatoren met de minste inspanningsvereisten voor de gegevensverzameling.

## **BIJLAGE 2 Functionele omschrijving acute zorg voor mensen met psychische of psychosociale problematiek**

In deze bijlage wordt de zorg aan mensen in acute psychische of psychosociale nood op chronologische wijze beschreven. Uitgaande van de zorgvraag kan het zorgproces als volgt ingedeeld worden: Toegang, Stabilisatie en behandeling, Opname acute afdeling<sup>3</sup> en Samenwerking en afstemming. De zorgtaken rondom opname op een acute afdeling worden in dit rapport beschreven tot het moment waarop tegemoetgekomen is aan de vraag om directe zorg. Deze afbakening komt voort uit de definiëring van het begrip acute zorgvraag (zie inleiding). Hieronder staat het zorgproces beschreven en samengevat in tabel 2.1. en bijbehorend figuur.

### Toegang

De zorgtaak 'Toegang' omvat het eerste contact van de zorgvrager of diens omgeving met de hulpverlener of politie en de daarop volgende triage. Door wie, op welke manier en met welke instantie contact wordt gezocht kan zeer divers zijn en bepaalt in grote mate het verdere verloop van het zorgproces. Samenvattend zijn er vier zorgverlenende toegangsmogelijkheden voor mensen met een acute psychische of psychosociale hulpvraag: huisartsenzorg, ambulancezorg, ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast verleent de politie als niet-zorgverlener toegang<sup>4</sup>. Het initiatief tot dit eerste contact kan worden genomen door degene met de klachten of symptomen, maar in sommige gevallen ook door diens omgeving. Tijdens dit eerste contact beoordeelt de hulpverlener de spoedeisendheid van de zorgvraag en de urgentie die daaraan verbonden is (triage). De huisarts, spoedeisende hulparts of crisisdienst neemt tevens de beslissing de zorgvraag zelf af te handelen of vervolgzorg in te schakelen.

De politie kan als niet zorgverlenende instantie de wachtdienst<sup>5</sup> inschakelen. De wachtdienst kan besluiten een psychiater van de crisisdienst te benaderen voor een psychiatrische beoordeling en opname. Afhankelijk van de situatie kan de politie de crisisdienst van de GGZ, ambulancezorg of SEH- afdeling van een ziekenhuis ook rechtstreeks om hulp vragen. Hierbij dient vermeld te worden dat de crisisdienst niet vrij toegankelijk is. Voor patiënten die reeds bekend zijn bestaan er in de meeste gevallen afspraken over de wijze waarop zij zelf een beroep kunnen doen op hun behandelaar of een medewerker van de crisisdienst.

### Stabilisatie en behandeling

Een adequate uitvoering van de zorgtaken ten aanzien van 'Stabilisatie en behandeling' is in hoge mate afhankelijk van de prestaties tijdens de eerste fase van toegang tot de zorg. Onder 'Stabilisatie en behandeling' worden activiteiten verstaan die leiden tot stabilisatie van de patiënt, psychiatrische beoordeling en behandeling of een crisisinterventie. De zorgtaak 'Stabilisatie en behandeling' is op te delen in *mobiele zorg* (zorg naar de patiënt

<sup>3</sup> Met opname acute afdeling wordt de afdeling psychiatrie van een ziekenhuis alsmede de GGZ- instelling bedoeld.

<sup>4</sup> Spoedpoli's worden in dit rapport niet meegenomen omdat die zorg niet acuut maar binnen 48 uur verleend wordt.

<sup>5</sup> Een wachtdienst is een forensisch geneeskundige van de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst

toe) en *niet-mobiele* zorg (patiënt moet naar zorglocatie toe). Er bestaan drie  *mobiele* acute zorgcombinaties:

1. Ambulancezorg met ambulanceverpleegkundige expertise voor stabilisatie, stellen van een werkdiagnose, behandeling ter plekke en vervoer naar zorgverlenende instantie.
2. Visiteauto met huisartsgeneeskundige expertise voor stabilisatie, diagnosticering en/of behandeling op locatie. De visiteauto wordt naar patiënten toegestuurd wanneer diagnostiek noodzakelijk is of bij patiënten die niet mobiel zijn en waarbij een acute behandeling toch gewenst is. Ook kan er, wanneer vitale levensfuncties in gevaar zijn, stabilisatie door de huisarts en ambulance verpleegkundige plaatsvinden waarna de ambulancezorg het vervoer verzorgt.
3. Mobiel psychiatrische crisishulp met een bevoegd crisisteam voor een psychiatrische beoordeling en crisisinterventie, eventueel toediening van medicatie en inschakeling van vervolgzorg.

De *niet-mobiele* acute zorg is zorg op de huisartsenpost of -praktijk, spoedeisende hulpafdeling (SEH), GGZ of het politiebureau en bestaat uit: advies, geprotocolleerde zorg, basisbehandeling, behandeling met aanvullende diagnostiek en psychiatrische crisishulp. Deze verschillende onderdelen van niet-mobiele acute zorg, overigens zonder een chronologische volgorde, worden hieronder verder toegelicht:

1. Advies behelst telefonisch zelfzorgadvies. Dit gebeurt als de uitkomst van de triage de laagste urgentie aangeeft, dat wil zeggen dat er geen reden is voor een fysieke beoordeling. De triagist voert deze taak zelf uit.
2. Geprotocolleerde zorg wordt gegeven bij zorgvragen waarvan de behandeling geprotocolleerd is en zorgvragen die regelmatig terugkeren, bijvoorbeeld de fast-track-zorg op de SEH<sup>6</sup> waar eenvoudige wonden worden behandeld. De medisch assistente of verpleegkundige voert deze zorg uit onder supervisie van een (huis)arts.
3. Basisbehandeling is niet protocolleerbare zorg of zorg waarbij vitale functies in gevaar zijn. In eerste instantie is geen aanvullende diagnostiek nodig.
4. Behandeling met aanvullende diagnostiek wordt ingezet wanneer bij het eerste contact ('toegang') direct duidelijk is dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is.
5. Psychiatrische crisishulp wordt ingezet wanneer een psychiatrische beoordeling, met zonodig een crisisinterventie, noodzakelijk is.

Als er een verdenking is op een psychiatrisch ziektebeeld, zal inschakeling van een psychiater nodig zijn. Afhankelijk van de omstandigheden kan daarvoor de hulp van een crisisdienst worden ingeroepen, of kan naar een afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis worden verwezen waar ook een psychiatrische voorziening aanwezig is<sup>(8)</sup>. Toch komen patiënten voor het overgrote deel via een verwijzende hulpverlener in eerste instantie bij de crisisdienst terecht. Huisartsen, psychiaters, medisch specialisten, politie bijvoorbeeld GGD-artsen kunnen om de inzet van een multidisciplinair team vragen of de patiënt naar een GGZ-instelling brengen. De crisisdiensten leveren 24 uur per dag, 7 dagen per week acute psychiatrische crisishulpverlening in de vorm van ambulante crisiscontacten. De aanmeldingen worden beoordeeld en naar aanleiding hiervan wordt al

---

<sup>6</sup> Voor deze zorg bestaan in Nederland meerdere namen zoals korte lijn verpleging.

dan niet een bevoegd crisisteam (psychiater of koppel van SPV-verpleegkundige met arts-assistent psychiatrie) naar de patiënt toegestuurd. Dit team kan na een psychiatrische beoordeling en een crisisinterventie vervolgzorg inzetten, zoals spoedzorg, opname, verwijzing of afwachten. Deze vervolgzorg kan gepaard gaan met voorwaardelijk ontslag uit een intramurale voorziening zoals een instelling voor gehandicaptenzorg<sup>7</sup>. Vervolgzorg kan vrijwillig en onvrijwillig verlopen. In acute situaties is ter voorkoming van gevaar of schade een onvrijwillige opname via een Inbewaringstelling mogelijk, bij minder acuut gevaar komt de Rechterlijke Machtiging in aanmerking. Ter verkrijging van een onvrijwillige psychiatrische opname moet een psychiater, die niet de behandelend arts mag zijn, een geneeskundige verklaring opstellen. Daarvoor bestaan standaardformulieren. Volgens de AWBZ moet een crisisopname in een intramurale voorziening of spoedhulp in de thuissituatie binnen enkele uren plaatsvinden, of uiterlijk binnen enkele dagen zoals een spoedopname. De procedure voor het regelen van een psychiatrische opname is sterk afhankelijk van lokale regelingen; het is wenselijk dat men daarvan goed op de hoogte is.

### Opname acute afdeling

Acute afdelingen<sup>8</sup> leveren zorg die (mogelijk) volgt op de crisishulpverlening die uitgevoerd wordt door crisisdiensten, SEH of huisarts. Deze opname kan vrijwillig of onvrijwillig (gedwongen) plaatsvinden.

1. Bij een vrijwillige opname wordt de patiënt opgenomen op verzoek van de patiënt zelf of iemand die over de patiënt de beschikkingsbevoegdheid heeft, zoals de ouder van een minderjarig kind. Na opname op de acute afdeling psychiatrie zijn in geval van een eerste opname observatie en diagnosestelling de eerste activiteiten. De diagnose wordt gesteld in een gesprek met een psychiater en is de basis van de verdere behandeling. De verdere uitwerking van de behandeling, zoals het in te zetten medicatie- en separeerbeleid, valt buiten de scope van dit rapport. Daarnaast zijn er psychiatrische afdelingen die ook acute opnamen verzorgen van bekende patiënten waarbij de gewenste behandeling reeds bekend is. Na tijdelijke opname op een acute afdeling wordt de patiënt doorverwezen naar de juiste reguliere afdeling of wordt een ander vervolgtraject gestart.
2. Mensen kunnen, wanneer ze niet instaan voor hun eigen veiligheid of die van anderen, (gedwongen) opgenomen en behandeld worden. Indien iemand zich niet vrijwillig laat opnemen zijn er verschillende instrumenten om iemand gedwongen op te nemen, zoals een observatiemachtiging. De observatiemachtiging is bedoeld om mensen te observeren van wie een ernstig vermoeden bestaat dat zij lijden aan een stoornis van de geestvermogens en dat door die stoornis ernstig gevaar voor henzelf of de omgeving bestaat. Dit observeren gebeurt tijdens een gedwongen opname. Iemand kan niet ter observatie worden opgenomen wanneer al duidelijk is dat er sprake is van een geestesstoornis en dat deze gevaar veroorzaakt. In dat

---

<sup>7</sup> Een psychiatrisch ziekenhuis, een verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg, een kliniek voor verslaafdenzorg.

<sup>8</sup> Patiënten met een acute-opname-indicatie kunnen behandeld worden op een gesloten opnameafdeling, een acute-opnameafdeling of een psychiatrische intensive care.

geval dient er meteen een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM) te worden aangevraagd<sup>9</sup>.

### Samenwerking en afstemming

Wie welke zorgtaak uitvoert kan tussen patiënten en regio's verschillen. Het uitgangspunt van dit project is dat de zorg goed wordt uitgevoerd; wie de taak uitvoert is daaraan ondergeschikt. Het is van belang dat de zorg onderling goed is afgestemd vanwege de complexiteit van de zorg en de mogelijke betrokkenheid van diverse zorgverleners. Om de zorg onderling goed af te stemmen kan gedacht worden aan het werken met (dezelfde) inhoudelijke protocollen of richtlijnen (primaire zorgtaken), ketenprotocol of andere samenwerkingsverbanden. Zo wordt in het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)<sup>10</sup> het zorgaanbod omtrent acute psychiatrie in de regio in kaart gebracht en worden er oplossingen bedacht voor eventuele 'gaten' in de bereikbaarheid. Ten slotte kan gedacht worden aan een patiëntgebonden zorgdossier ten behoeve van de onderlinge communicatie.

---

<sup>9</sup> Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Sinds 1982 staat, waar het gaat om de criteria voor dwangopneming, in het Nederlandse recht het gevaarscriterium centraal.

<sup>10</sup> De WTZi verplicht alle aanbieders van acute zorg om in het regionale overleg acute zorgketen (ROAZ) afspraken te maken over een betere samenwerking.

Tabel 2.1: Samenvatting van zorgtaken voor mensen met een acute psychische of psychosociale hulpvraag op basis van richtlijnen en afspraken. Ter verheldering van de beschreven zorgtaken zijn de (niet) mobiele prestaties van een psychiatrische beoordeling en crisisinterventie gespecificeerd aan de hand van een voorbeeld.

<b>Toegang</b>		
<b>Zorgtaken: toegang en triage</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
Zorgaanbieder verleent telefonische en/of fysieke toegang voor medische zorgvragen op het gebied van psychische of psychosociale zorg. - Aanbieden van één of meerdere lokale/regionale telefoonnummers met telefonische beantwoorden, 24 uur per dag 7 dagen per week - Bieden van één of meerdere regionale fysieke toegangsmogelijkheden, 24 uur per dag 7 dagen per week	Mensen met acute psychische of psychosociale zorgvraag.	Triagisten <sup>11</sup> , politie
Triage: - Zorgvraag op juiste wijze interpreteren en analyseren - Urgentie vraag juist inschatten - Geschikte zorg bepalen	Mensen met acute psychische of psychosociale zorgvraag.	Triagisten (meldkamer, huisartsenpost/-praktijk, SEH), Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV-er) (crisisdienst), wachtdienst
<b>Zorgtaken: regisseren van de vervolgstappen</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
Regisseren van 'geprotocolleerde zorg', 'basisbehandeling', 'behandeling met aanvullende diagnostiek' of 'psychiatrische crisishulp' wanneer triage dit uitwijst; - Inschakelen van ambulance, crisisteam, visiteauto. - Zorgvrager doorverwijzen naar dichtstbijzijnde zorgpunt waar op dat moment de juiste deskundigheid en expertise aanwezig is om zorgvraag te behandelen. - Inplannen/ vooraanmelden van zorgvrager bij betreffende zorgpunt.	Patiënten met ernstige acute psychische of psychosociale problematiek. Acuut: zorg die uiterlijk binnen 24 uur, bij voorkeur binnen 2 uur, geleverd dient te worden, omdat de patiënt een gevaar voor zichzelf of de omgeving is, dan wel ernstige overlast veroorzaakt. Niet planbaar: psychiatrische stoornis van de patiënt is nog niet bekend. Bijvoorbeeld bij angst, suïcidaliteit, agressie, ernstige gedragsproblemen of aanpassings-mogelijkheden van cliënt, persoonlijk steunsysteem en/of externe hulpverleners schieten tekort (decompensatie).	Triagisten met supervisie van arts, SPV-er, wachtdienst

<sup>11</sup> Triagisten zijn doktersassistenten of verpleegkundigen, het opleidingsniveau is dus niet eenduidig aan te geven.

<b>Stabilisatie en behandeling (verschillende behandelingen mogelijk in één acute situatie)</b>		
<b>Zorgtaken: mobiele stabilisatie en behandeling</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
Geven van adviezen wanneer triage deze zorgkeuze uitwijst	Patiënten waarbij ingeschat is dat de acute zorgvraag via een advies beantwoordt kan worden bijvoorbeeld bij een lichte paniek of angst aanval.	SPV-er, wachtdienststarts, triagisten supervisie van arts
Stabilisatie ter plekke en vervoer naar zorgverlenende instantie.	Hoogurgente zorgvragen, vitale levensfuncties in gevaar, U1-U2. De patiënt is een gevaar voor zichzelf of de omgeving (na een suïcidepoging heeft de somatische toestand voorrang).	Ambulanceverpleegkundige expertise
Stabilisatie, diagnose of behandeling op locatie (bijv. bij twijfel over noodzaak vervoer of niet-mobiliteit van patiënt).	Patiënten met evidente acute ernstige psychiatrische problematiek. Zorgvragen met uiteenlopende urgentie, U1-U4, mogelijk kleine kans op grote schade (belang differentiaal diagnose). De patiënt is een gevaar voor zichzelf of de omgeving, dan wel veroorzaakt ernstige overlast.	Huisartsgeneeskundige expertise
Psychiatrische beoordeling en crisisinterventie (zodanig medicatie toedienen)*		Crisisteam



<b>* Voorbeeld psychiatrische beoordeling en crisisinterventie</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
<p><i>Rit naar de patiënt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Paraatheid: bevoegd crisisteam (met dienstauto en autokoffers met medicatie en EHBO-instrumenten) is paraat voor oproep.</i></li> <li>- <i>Uitrukken: vertrekbaar maken bevoegd crisisteam na alarmering (de eerste opdracht) van de centralist.</i></li> <li>- <i>Rijden: vervoeren van bevoegd crisisteam per visiteauto naar plaats zo dicht mogelijk bij de patiënt.</i></li> </ul> <p><i>Zorg ter plaatse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Psychiatrische beoordeling en crisisinterventie volgens protocol: op basis van inhoudelijk protocol wordt beoordeeld of verdere crisisinterventie noodzakelijk is. Zonodig medicatie toedienen.</i></li> <li>- <i>Zorgpunt: locatie waar cliënten met vermoedelijk acute psychische stoornis naar toe worden gebracht, bijvoorbeeld GGZ-instelling of politiebureau.</i></li> </ul>	<p><i>Patiënten met evidente acute ernstige psychiatrische problematiek.</i></p> <p><i>Acuut: zorg die uiterlijk binnen 24 uur, bij voorkeur binnen 2 uur, geleverd dient te worden, omdat de patiënt een gevaar voor zichzelf of de omgeving is, dan wel ernstige overlast veroorzaakt.</i></p> <p><i>Niet planbaar: psychiatrische stoornis van de patiënt is nog niet bekend.</i></p>	<p><i>Bevoegd crisisteam: psychiater of koppel van SPV met arts-assistent psychiatrie onder supervisie van psychiater.</i></p>

<p><i>Inschakelen vervolgzorg:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bepalen welke vervolgzorg nodig is, zoals spoedzorg, opname, verwijzing of afwachten.</li> <li>- Informeren centralist over benodigde vervolgzorg en vervoersurgentie zodat de centralist het juiste zorgpunt kan bepalen en de juiste vervolgzorg kan inplannen.</li> </ul>		
--	--	--

<b>Prestaties: niet-mobiele stabilisatie en behandeling</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
Geprotocolleerde zorg: verrichten van eenvoudige therapeutische handelingen of adviezen volgens protocol. Het voorschrijven, toedienen van medicatie en doorverwijzen van een patiënt naar vervolgzorg (indien nodig).	Psychiatrische problematiek geschikt voor eerstelijns benadering. Somatiek (bijvoorbeeld delier), auto-intoxicatie (beoordeling 2 <sup>de</sup> lijn)	Wachtdienststarts of medisch assistente of verpleegkundige voert de behandeling uit of geeft een zelfzorgadvies. Dit gebeurt wel onder supervisie van een arts.
Basisbehandeling: voeren van differentiaal diagnostiek en uitvoeren van niet protocolleerbare behandelingen waarbij geen aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Starten met stabilisatie bij patiënten waarbij vitale levensfuncties in gevaar zijn.	Patiënten met evidente acute ernstige psychiatrische problematiek. Zorgvragen met uiteenlopende urgentie, U1-U4, mogelijk kleine kans op grote schade (belang differentiaal diagnose). De patiënt is een gevaar voor zichzelf of de omgeving, dan wel veroorzaakt ernstige overlast.	Expertise spoedeisende hulparts, huisarts of wachtdienststarts
Behandeling met aanvullende diagnostiek: vaststellen van toestandbeelden met aanvullende diagnostiek. Uitvoeren van een complexe behandeling. Starten met stabilisatie bij patiënten waarbij vitale levensfuncties in gevaar zijn.	Patiënten met evidente acute ernstige psychiatrische problematiek. Zorgvragen met uiteenlopende urgentie, U1-U4, mogelijk kleine kans op grote schade (belang differentiaal diagnose). De patiënt is een gevaar voor zichzelf of de omgeving, dan wel veroorzaakt ernstige overlast.	Expertise spoedeisende hulparts en specialistische expertise
Psychiatrische crisishulp: psychiatrische beoordeling met zonodig een crisisinterventie (op zorgpunt)*		Wachtdienststarts/Crisisdienst

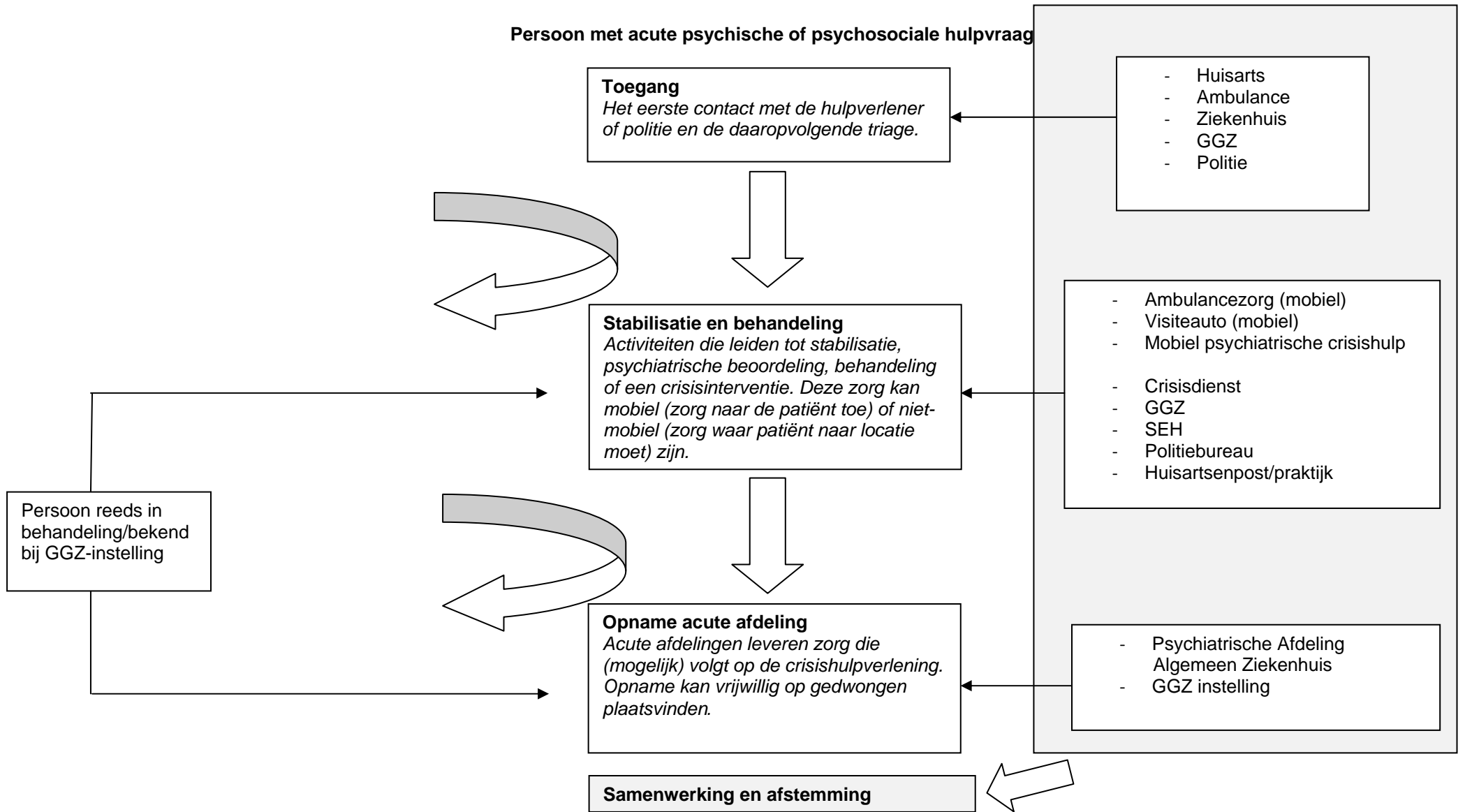


<b>* Voorbeeld psychiatrische beoordeling met zonodig crisisinterventie (op zorgpunt)</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
<p>- <i>Psychiatrische beoordeling: op basis van inhoudelijk protocol wordt beoordeeld of verdere crisisinterventie noodzakelijk is. Zonodig medicatie toedienen.</i></p> <p>- <i>Zorgpunt: locatie waar cliënten met vermoedelijk acute psychische stoornis naar toe worden gebracht, bijvoorbeeld GGZ- instelling of politiebureau.</i></p>	<p><i>Patiënten met evidente acute ernstige psychiatrische problematiek.</i></p> <p><i>Acuut: zorg die uiterlijk binnen 24 uur, bij voorkeur binnen 2 uur, geleverd dient te worden, omdat de patiënt een gevaar voor zichzelf of de omgeving is, dan wel ernstige overlast veroorzaakt.</i></p> <p><i>Niet planbaar: psychiatrische stoornis van de patiënt is nog niet bekend.</i></p>	<p><i>Psychiatrische beoordeling: SPV onder supervisie van arts-assistent psychiatrie dan wel psychiater</i></p> <p><i>Bij crisisinterventie inschakelen: arts-assistent psychiatrie of psychiater</i></p>
<p><i>Inschakelen vervolgzorg:</i></p> <p>- <i>Bepalen welke vervolgzorg nodig is bijvoorbeeld spoedzorg, opname, verwijzing of afwachten</i></p> <p>- <i>Informerend centralist over benodigde vervolgzorg en vervoersurgentie zodat de centralist het juiste zorgpunt kan bepalen en de juiste vervolgzorg kan inplannen.</i></p>		

<b>Opname acute afdeling / crisisopname in een intramurale voorziening</b>		
<b>Zorgtaken: acute afdeling (ziekenhuis of GGZ instelling)</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Zorgverleners</b>
Opname, observatie en het stellen van een diagnose waarop het vervolgbeleid bepaald zou kunnen worden.	1) Patiënten met een acute psychische zorgvraag die niet uitstelbaar en niet planbaar is, waarbij opname geïndiceerd is door de crisisdienst.	Team bestaat uit: psychiater, gespecialiseerde verpleegkundigen, maatschappelijk werker, activiteitenbegeleider.
	2) Bekende patiënten die acute opname nodig hebben waarvoor op de reguliere afdelingen tijdelijk geen plaats is.	

### Samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en in het ketenproces

Zorgtaken: samenwerking en afstemming tussen zorgverleners en in het ketenproces	Zorgverleners
Operationeel uitvoerend De onderstaande taken vinden plaats binnen en tussen zorgaanbieders (SEH, HAP, RAV, crisisdienst) - De zorgaanbieders informeren elkaar wanneer zich problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom; - Er bestaan afspraken over de overdracht van patiënten.	Zorgverleners
Middel Communicatie via patiëntendossier. Inzage in elektronisch medisch dossier bij beoordeling van de zorgvraag en het doorgeleiden, met actueel toegevoegde informatie, is van belang voor de continuïteit van de zorg in de keten.	Zorgverleners



Figuur 2.1: Zorgproces bij mensen met een acute psychische of psychosociale hulpvraag



### **BIJLAGE 3 Leden projectgroep**

Mevr. Dr. J. Braspenning, coördinator Monitoring en toetsing, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare;

Mevr. Dr. H. Calsbeek, onderzoeker IQ healthcare, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg;

Dr. P.J.J. Goossens, onderzoeker IQ healthcare, hoofd beleidsbureau Dimence;

Prof. Dr. R. Grol, directeur IQ healthcare;

Mevr. Drs. G. van de Ven, onderzoeksassistent IQ healthcare, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg;

Dr. M. Wensing, coördinator Verbetering van zorg en sectiehoofd Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare.

### **BIJLAGE 4 Lijst van experts<sup>12</sup>**

Dhr. P. Bastiaansen, coördinator Crisisdienst GGZ Zuidoost-Drenthe;

Mevr. T. Daggenvoorde, verpleegkundig expert GGz Dimence Regio Almelo;

Dr. C. M. van der Feltz-Cornelis, psychiatriest-epidemioloog, Head of Research Program: Diagnosis and Treatment of common mental disorders, Penholder and member of the Board of the Depression Initiative Program, Vice-chair of the Multidisciplinary Guideline Workgroup on Somatoform Disorder, Trimbos-Instituut / VU University Medical Center;

Drs. F. Weijers, psychiater GGZ Boxmeer.

---

<sup>12</sup> Naamsvermelding betekent niet dat iedere referent het rapport inhoudelijk op elk detail onderschrijft.



## Gerelateerde projecten en publicaties

### Projecten

Binnen de afdeling zijn en worden veel nationale en internationale projecten uitgevoerd naar kwaliteitsindicatoren en -systemen in de eerste lijnszorg. Dit werk heeft onder andere geleid tot:

- de ontwikkeling van het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) voor de NHG-Praktijkaccreditering®;
- een *Pay-for-performance* (P4P) programma voor de huisartsenzorg;
- een kwaliteitssysteem voor de huisartsenposten;
- een set diabetesindicatoren;
- een database met internationale gegevens over de praktijkvoering in diverse Europese landen;
- een Europese set van kwaliteitsindicatoren t.b.v. cardiovasculair risicomangement;
- een set van prestatie indicatoren voor de huisartsenzorg;
- een set prestatie indicatoren voor de fysiotherapie.

### Enkele gerelateerde publicaties IQ healthcare

1. Martirosyan L, Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Braspenning J, Wolffenbuttel BHR, Denig P. A Systematic Literature Review: Prescribing Quality Indicators for Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Risk Management. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; accepted.
2. Nijkraake MJ, Keus, SHJ, Ewalds H, Overeem S, Braspenning JCC, Oostendorp RAB, Hendriks EJM, Bloem BR, Munneke M. Quality indicators for physiotherapy in Parkinson's disease. *Eur J Phys Rehabil Med* 2009; 45(2):239-45.
3. Braspenning J, Kirschner K, Batenburg J, van de Rijdt D, Grol R. Pay-for-performance in de huisartsenzorg: eerste experiment in Nederland. *Medisch Contact* 2008; 63(24):1042-45.
4. Campbell SM, Ludt S, Van Lieshout J, Boffin N, Wensing M, Petek D, Grol R, Roland MO. Quality indicators for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care in nine European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008; 15(5): 509-15.
5. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, van den Bosch W, Grol R. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care* 2007; 19(5): 289-95.
6. Van Roosmalen MS, Braspenning JCC, de Smet PAGM, Grol RPTM. Antibiotic prescribing in primary care. First choice and restrictive prescribing are two different traits. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 105-9.
7. Dijkstra RF, Niessen LW, Braspenning JCC, Adang E, Grol RPTM. Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis. *Diabetic Med* 2006; 23(2): 164-70.
8. Braspenning JCC, Pijnenborg L, In 't Veld CJ, Grol RPTM (eds). *Werken aan kwaliteit in de huisartsenpraktijk. Indicatoren gebaseerd op de NHG-Standaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
9. Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DE, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22: 2985-92.
10. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.