

Publieke indicatoren acute zorg door huisartsenposten
en spoedeisende hulpafdelingen

Joekie Markhorst
Hilly Calsbeek
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

Jozé Braspenning

Nijmegen, november 2009

Citeren van delen uit deze uitgave is toegestaan met bronvermelding (Markhorst J, Calsbeek H, Braspenning J. Publieke indicatoren acute zorg door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen. Deel 10 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

ISBN: 978-90-76316-64-2

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
SET INDICATOREN	7
SAMENVATTING.....	11
ABSTRACT	12
INLEIDING	13
METHODE	15
Definiëring van te leveren prestaties	15
Search beschikbare indicatoren	17
Selectie kernset.....	17
Consultatie expert	18
Praktijktoets.....	18
RESULTATEN	18
Definitie prestaties.....	18
Beschikbare indicatoren	19
Selectie kernset.....	19
Resultaat na consultatieronde.....	21
Resultaat praktijktoets	21
DISCUSSIE EN CONCLUSIE.....	23
Discussie	23
Conclusie.....	26
REFERENCES	27
BIJLAGE 1 Selectiecriteria indicatoren	29
BIJLAGE 2 Functionele omschrijving acute zorg door HAP/SEH	31
BIJLAGE 3 Leden projectgroep en externe experts.....	35

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 aanpak. 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	
1. Percentage inwoners per regio dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis en huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken.¹	<p>Toelichting¹: Te lang wachten op zorg kan kleine en grote gevolgen voor de patiënt 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.</p> <p>Afgeleid van¹: RIVM; Zorgbalans</p>
2. Percentage niet- spoedoproepen naar spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	<p>Toelichting: De inspectie en het NPCF vinden dat voor normale oproepen naar de huisartsenposten de beller binnen 2 minuten een persoon aan de lijn moet krijgen. Vanuit patiëntenperspectief is 2 minuten wachttijd aan de telefoon tot de start van de triage maximaal acceptabel.</p> <p>Afgeleid van: Meijer et al., 2008</p>
3. Percentage spoedoproepen naar spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	<p>Toelichting: De inspectie en het NPCF vinden dat voor spoedoproepen de beller binnen 30 seconden een persoon (assistente, receptioniste of huisarts) aan de lijn moet krijgen. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft kortgeleden onder randvoorwaarden de 30 seconden norm voor spoedoproepen vastgesteld.</p> <p>Afgeleid van: Meijer et al., 2008; Westert et al, 2008</p>
4. Percentage patiënten dat tijdens contact met spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten een urgentieclassificatie toegeschreven heeft gekregen.	<p>Toelichting: Een urgentieclassificatie vormt de basis voor behandeling of/en verwijzing. Aan alle patiënten die contact zoeken met een huisartsenpost of een spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis zou een urgentieclassificatie toegeschreven moeten worden.</p> <p>Afgeleid van: Richtlijn triage op de spoedeisende hulp 2008</p>
5. Percentage acute zorgvragen dat retrospectief accuraat ingeschat is door de triagisten van de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten.	<p>Toelichting: Het inschatten of beoordelen van een zorgvraag via een urgentieclassificatie vormt de basis voor behandeling of/en verwijzing. De snelheid en (in)accurate inschatting van de zorgvraag heeft gevolgen voor de verdere stappen in het zorgproces.</p> <p>Afgeleid van: Meijer et al., 2008; Willekens et al., 2005; Gilboy et al., 2005</p>

- 6. Percentage patiënten met een acute zorgvraag waarbij de triagist tijdens het triagegesprek:**
- vroeg naar de hulpvraag en verwachtingen van de patiënt;
 - duidelijke afspraken formuleerde voor het te volgen beleid (zoals advies, instructies, opnieuw contact opnemen, toetst of de patiënt het begrepen heeft);
 - het gesprek duidelijk afsloot (er is bijvoorbeeld getoetst of het advies in overeenstemming was met de verwachtingen van de patiënt).

Toelichting:

Een goed triagegesprek levert een belangrijke bijdrage aan zowel het medisch inhoudelijk zorgproces, als aan een positieve patiëntenervaring in de zin van geruststelling en een gevoel van veiligheid.

Afgeleid van: Meijer et al., 2008

- 7. Percentage patiënten dat is overleden (mortaliteit), op basis van ondertriage door spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten.**

Ondertriage: bij de triage is een te lage urgentieclassificatie toegekend.

Toelichting:

Een inaccuraat inschatting van de acute zorgvraag kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Deze uitkomstindicator kan opgevat worden als evaluatie van de zorgverlening.

Afgeleid van: Meijer et al., 2008

Stabilisatie en behandeling

- 8. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd (conform het triagesysteem of lokaal afgesproken) door een arts is gezien.**

Toelichting:

In de acute zorgverlening is de tijd waarbinnen een patiënt geholpen wordt cruciaal. Bij een hogere urgentie dient een patiënt sneller door een arts te worden gezien dan bij een lagere urgentie.

Afgeleid van: Richtlijn triage op de spoedeisende hulp 2008

- 9. Percentage patiënten dat gebruik maakt van medische voorzieningen (spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen of huisartsenposten) waarbij na triage retrospectief een onjuist advies tot zelfzorg is gegeven.**

Toelichting:

Het te volgen beleid na triage kan bestaan uit een zelfzorgadvies of instructies over wanneer opnieuw contact moet worden gezocht of wat te doen tijdens het wachten op een arts. Onjuiste adviezen of instructies kunnen nadelige gevolgen hebben voor de patiënt.

Afgeleid van: Meijer et al., 2008.

Samenwerking en afstemming

- 10. Percentage acute zorgvragen waarbij de triagist op de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of huisartsenpost geen supervisie van een arts kon krijgen.**

Toelichting:

Deze indicator geeft informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een zorgaanbieder verantwoord zorg kan leveren.

Afgeleid van: Willekens, M. et al., 2005; Benthem, S. et al., 2005

- 11. Percentage schriftelijke klachten waarover binnen 20 werkdagen een beslissing is genomen.**

Toelichting:

Ook deze indicator geeft informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een zorgaanbieder verantwoord zorg kan leveren.

Afgeleid van: Healthcare Commission 2007-2009

12. Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een poortspecialisme bij de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis de specialist binnen 10-15 minuten aanwezig was.

Toelichting:

Te lang wachten op specialistische zorg kan kleine en grote gevolgen voor de patiënt hebben. Afhankelijk van de ernst van de zorgvraag, 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: Wiechers et al., 2005

13. Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt tussen de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen, huisartsenposten en ambulances over de werkwijze en verantwoordelijkheden tijdens de overdracht van patiënten (indicatie voor vervoer, de NAW gegevens, medicatie die de patiënt al heeft gekregen, ziektegeschiedenis).

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 patiënt.

Afgeleid van: Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie-instrument, NIVEL 2007

14. Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt tussen de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten over de werkwijze bij problemen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom.

Toelichting:

Bij een acute zorgvraag is het cruciaal dat de patiënt op tijd de juiste zorg ontvangt. Afspraken over hoe te handelen bij problemen die gevolgen kunnen hebben voor de instroom van patiënten is een belangrijke voorwaarde hiervoor.

Afgeleid van: Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie-instrument, NIVEL 2007

¹ 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). De indicatoren hebben betrekking op een periode van de afgelopen 12 maanden. Voor met name uitkomstindicator 17 geldt dat deze slechts correct geïnterpreteerd kan worden als rekening gehouden wordt met contextuele informatie, zoals samenstelling van de populatie (case-mix). Verder zijn de indicatoren 11, 13 en 14 vermoedelijk beter uit te vragen op het niveau van de HAP of SEH via een praktijk- of afdelingsvertegenwoordiger dan via een geautomatiseerd registratiesysteem.

SAMENVATTING

Doel Identificeren van publieke indicatoren voor de professionele kwaliteit van acute zorg door huisartsenposten (HAP) en spoedeisende hulpafdelingen (SEH).

Design Systematische inventarisatie en selectie.

Methode Op basis van (inter)nationale richtlijnen, protocollen en triagesystemen werd een functionele omschrijving van acute zorg verleend door HAP/SEH geformuleerd. Op basis van deze functionele omschrijving werden te leveren prestaties gedefinieerd. 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 een schriftelijke ronde 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 drie zorgaspecten onderscheiden: toegang, stabilisatie en behandeling, en samenwerking en afstemming tussen de betrokken zorgverleners. In totaal bleken 170 indicatoren beschikbaar. Relatief veel indicatoren (ruim 50%) hadden betrekking op de toegang tot acute zorg. Voor de zorgaspecten 'stabilisatie en behandeling' en 'samenwerking en afstemming' bleken ongeveer evenveel indicatoren beschikbaar. Systematische selectie leidde tot een eerste kernset van 15 indicatoren. Het bleek lastig om externe experts bereid te vinden deel te nemen aan de consultatieronde: vijf experts konden uiteindelijk worden benaderd waarvan er slechts één reageerde. Op basis van deze reactie werd één indicator geschrapt. Uit de praktijktoets bleek dat voor een viertal indicatoren toekomstige gegevensverzameling haalbaar lijkt, echter, voor 13 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 door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen. Door de systematische aanpak werd gestreefd naar een zo hoog mogelijke inhoudsvaliditeit. Ondanks de lage respons onder externe experts, mogelijk te wijten aan allerlei ontwikkelingen in het veld van de acute zorgverlening, kan de set voorgelegd 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 een aantal huisartsenpraktijken en spoedeisende hulpafdelingen om de haalbaarheid van de indicatoren te testen. De praktijktoets in dit project wees uit dat voor enkele indicatoren wel gegevens voorhanden zijn, maar niet altijd compleet of systematisch verzameld, terwijl voor bijna alle indicatoren (nog) geen (continue) registratie plaatsvindt. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

ABSTRACT

Objective To identify public indicators of professional quality of out-of-hours medical centres and emergency departments.

Design Systematic search and selection.

Method We formulated the requirements of emergency departments and out-of-hours care on the basis of national and international guidelines, protocols, triage systems, and a functional description of such care. Then we searched for nationally and internationally available performance indicators. We systematically selected indicators with the aid of six criteria of importance 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 care for further content validation. The experts were informed about the whole selection process. They adapted, deleted, and 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 three categories: access to acute care, stabilization and treatment, and care coordination among the care providers involved. In total, 170 indicators were found. More than 50% of the indicators appeared to be related to access to acute care. About 25% of the indicators were related to stabilization and treatment; and the other 25%, to care coordination. Systematic selection resulted in a set of 15 indicators. It was difficult to find external experts willing to participate. Finally, five experts were approached, of whom only one responded. Based on the comments of this expert, one indicator was deleted. Thirteen indicators were not be fully assessed because of lack of data, but data can possibly be attained for four of these indicators in the near future.

Conclusion This study has produced a core set of 14 public indicators of professional quality of out-of-hours medical centres and emergency departments. The set has a high degree of content validity due to the systematic approach. Despite the poor response from experts, probably due to developments in the field of acute care, the set is ready to be presented to the parties involved, 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 involved 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 out-of-hours medical centres and emergency departments to test the feasibility of using the indicators. The practice test in this study showed that most of the available data are not yet complete or systematically registered. A precondition of reliable quality information is complete and professional data registration.

INLEIDING

Dit rapport heeft tot doel een set van publieke indicatoren te presenteren voor de professionele kwaliteit van acute zorg, geleverd door huisartsenposten (HAP) en spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen (SEH). Jaarlijks bezoeken in Nederland naar schatting 1,8 miljoen mensen een SEH. [1] Daarnaast vinden er ongeveer 4 miljoen patiëntencontacten plaats met een HAP. [2-4] De HAP en SEH kunnen zowel fysiek als telefonisch benaderd worden door patiënten (of omstanders) met acute zorgvragen.

Acute zorg wordt gedefinieerd als: “Een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling”. [5;6] Deze zorg wordt onder andere verleend door de HAP en SEH en start bij de opvang en beoordeling van de zorgvraag. Door middel van triage bepaalt de triagist de urgentie en de vervolgstappen. Het vervolg varieert van een telefonisch zelfzorgadvies, gegeven door de triagist, zelf tot behandeling met aanvullend onderzoek op een SEH. Bij dit proces is samenwerking en afstemming binnen en tussen zorgketten essentieel. Afspraken over bijvoorbeeld de inhoudelijke overdracht en contactmomenten om de problemen ten aanzien van de patiëntenstroom te bespreken zijn van groot belang.

Door de brede definitie van acute zorg en de diversiteit van het totale scala aan acute zorgvragen is een afbakening noodzakelijk. Zo wordt eventuele vervolgzorg, geleverd door medisch specialisten in het ziekenhuis, buiten beschouwing gelaten. Wel worden de samenwerkingsafspraken tussen SEH/HAP en medisch specialisten meegenomen. Tevens richt dit rapport zich uitsluitend op patiënten met een acute zorgvraag buiten kantooruren. Hierbij worden de Geestelijke Gezondheidszorg, geneesmiddelvoorziening, traumazorg, verloskundige zorg, tandarts- en thuiszorg niet mee genomen. Ambulancezorg wordt eveneens buiten beschouwing gelaten met inachtneming dat het bestelde vervoer door een huisarts naar de SEH vanuit een patiëntgerichte benadering meegenomen zou moeten worden. Dit rapport richt zich op; 1) patiënten die telefonisch of fysiek contact zoeken met een HAP of spoedpost, 2) patiënten die verwezen worden door de huisarts naar de SEH en 3) mensen die op eigen initiatief naar de SEH komen.

De aanleiding voor het samenstellen van een set van publieke indicatoren voor de combinatie HAP en SEH is mede ingegeven door de knelpunten die de acute zorg op dit moment ervaart en de oplossingen die tot op heden zijn bedacht. Zo heeft men, als mogelijke oplossing, de acute huisartsenzorg en acute ziekenhuiszorg op verschillende plekken in Nederland samengevoegd in een spoedpost. Op de plekken waarbij dit niet het geval is wordt één op de vijf patiënten op de HAP en één op de tien patiënten op de SEH doorverwezen naar een andere spoedeisende zorginstelling. [6] De zorgvrager blijkt in veel gevallen dus niet in staat de juiste zorginstelling te kiezen. [7] Volgens de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) komen er jaarlijks zeker 170.000 patiënten met een spoedeisende zorgvraag bij een verkeerde zorginstelling terecht. [8] Dit leidt tot ondoelmatigheid en tijdsverlies in een keten waar tijdigheid van groot belang is. Helderheid over de toegang tot acute zorg is dan ook van wezenlijk belang om zorgvragers op de juiste plek in de keten binnen te laten komen. [6] De Raad voor de

Volksgezondheid (RVZ) adviseerde in 2003 en 2008 om de structuur van huisartsendiensten op te heffen en te integreren met de SEH. Men creëert daarmee één locatie voor spoedeisende hulp, de spoedpost. [9,10] Volgens de RVZ biedt integratie van de HAP met de SEH naast kwaliteitswinst een doelmatigheidswinst. Deze wordt met name veroorzaakt door het afhandelen van de klachten van de zelfverwijzers door huisartsen in plaats van door de medisch specialist of SEH- arts [9].

De geografische bereikbaarheid van de HAP en SEH wordt op dit moment als redelijk tot goed ervaren. [6,8,11,12] Wel zou de telefonische bereikbaarheid van de HAP verbeterd kunnen worden; bij ruim een derde is de wachttijd bij spoedoproepen langer dan 30 seconden. [13] Daarnaast hanteren huisartsendiensten over het algemeen hun eigen telefoonnummers. Een eenduidige (regionale) telefonische toegang voor mensen met een niet levensbedreigende acute zorgvraag zou voor de nodige helderheid kunnen zorgen. Veelal hebben mensen dit nummer niet voorhanden waardoor eerst de eigen huisarts gebeld wordt [6]. Daarnaast zou de doelmatigheid van de acute zorg bevorderd kunnen worden door verdere standaardisering van triagemethodieken. [1] Momenteel worden door verschillende zorgketten verschillende triagesystemen gehanteerd zoals de NHG-telefoonwijzer, Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg en het Manchester Triage systeem. In 2005 werd een project gestart voor een ketenbreed toepasbaar triage systeem, te weten het Nederlands Triage Systeem (NTS). Hierdoor zou er eenduidige triage plaatsvinden waardoor de patiënt de juiste zorg van de juiste hulpverlener ontvangt. Ook zou naar verwachting een betere overdracht van informatie een positief effect hebben op de snelheid en accuratesse van de cliëntenoverdracht. Deze overdracht wordt ook gestimuleerd door de ontwikkelingen op het gebied van het Elektronische Patiënten Dossier (EPD) waarmee zorgverleners medische gegevens kunnen uitwisselen.

In toenemende mate is zichtbaar dat consumenten zorg krijgen die aansluit op hun behoefte. Wensen van consumenten kunnen een prikkel zijn om de zorg te verbeteren [6]. De invloed van consumenten zou daarmee een goede impuls zijn voor de kwaliteit van de zorg. 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 acute zorgproces. Ondanks het gegeven dat acute zorgvragers minder keuzemogelijkheden hebben dan bijvoorbeeld zorgvragers met chronische aandoeningen [14], worden de relevante zorgaanbieders meer gestimuleerd om een gezamenlijke verantwoordelijkheid te dragen zodat mensen die in acute nood verkeren (zonder bewust 'kiesgedrag'), adequaat geholpen worden. [15] Kwaliteitsinformatie is 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, kunnen verzekeraars actief meedenken over een mogelijke oplossing. In voorkomende gevallen kan het invullen van de zorgplicht ook betekenen dat verzekeraars besluiten bepaalde aanbieders financieel te ondersteunen. Tevens adviseert de overheid over de kaders van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg, zoals de norm voor spoedzorg vastgesteld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). [16] Daarmee wordt geborgd dat ook mensen in dunbevolkte gebieden binnen een bepaalde tijd geholpen kunnen worden. Vooral voor de acute zorg

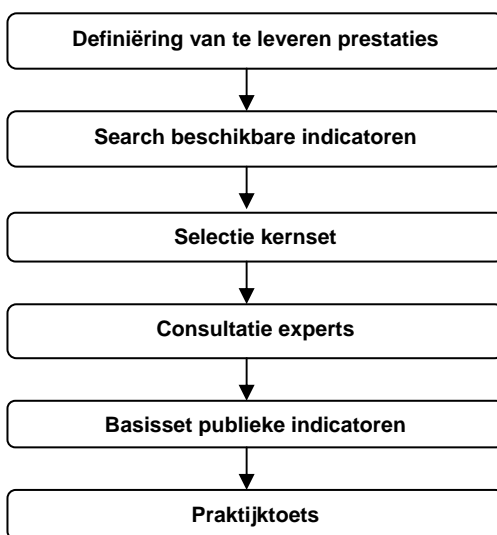
geldt dat hoe eerder een cliënt behandeld kan worden, hoe meer gezondheidswinst dit oplevert [6]. Deze kwaliteitseisen kunnen door middel van indicatoren geëvalueerd worden. Inmiddels worden verschillende (kern) sets van indicatoren gehanteerd om uitspraken te doen over de kwaliteit van het professionele handelen. Om 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 door de HAP en SEH, is het Voorhoedeproject uitgezet. Leidraad in het project waren de volgende vraagstellingen:

- 1) Hoe is het zorgproces door HAP en SEH ingericht en wat zijn de te leveren prestaties?
- 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 te komen, is een aantal stappen gevolgd. Figuur 1 geeft een schematische weergave hiervan.

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 de acute geneeskundige zorg buiten kantooruren door HAP's en SEH's. De basis hiervoor is een functionele omschrijving van deze 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 die te vinden zijn op websites van gerenommeerde Nederlandse organisaties zoals: NHG, VHN, LESA, NPCF, LAMP,

NVSHV, NVSHA, KNMG, CBOG, VWS, CVZ, IGZ, CBO¹. Internationaal zijn documenten van de volgende organisatie geraadpleegd: UK DH, NPCRDC, OECD, NCHS-health, AHRQ, CAEP, CIHI, AIHW, NICE, QOF². Screening van ziektespecifieke richtlijnen en NHG-standaarden liet zien dat deze niet gericht zijn op beleid voor acute zorg. Daarom is er voor gekozen om geen ziektespecifieke richtlijnen te betrekken bij de omschrijving van het functionele zorgproces.

Het zorgproces is vervolgens beschreven door vanuit de acute zorgvraag te analyseren wat er nodig is om deze vraag af te handelen. Deze benadering is terug te vinden in verschillende studies naar inkoop, samenhang en triage in de acute zorg [17-20]. In aansluiting op de indeling van het zorgproces die in deze studies wordt gehanteerd is het acute zorgproces als volgt ingedeeld: 'toegang', 'stabilisatie en behandeling' en 'samenwerking en afstemming'. Tabel 1 geeft een overzicht van de bestudeerde documenten voor elke van deze zorgaspecten.

Tabel 1: Bestudeerde documenten per zorgaspect

Nationale triagesystemen	Bron	Jaar
Toegang		
NHG- Telefoonwijzer. Een leidraad voor triage en advies.	Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-publicatie praktijkassistentes.	2002
Richtlijn Nederlands Triage Systeem. Op weg naar eenduidige triage.	NHG, LAMP, NVSHV, GGZ Nederland (www.nvshv.nl)	2006
Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp	Nederlandse Vereniging Spoedeisend Hulp Verpleegkundigen (www.nvshv.nl)	2008
Concept versie 2.0 LSMA Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg	St. LAMP, Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (www.nederlandsambulanceinstituut.nl)	2008
Manchester Triage Systeem	- Bouwels P, Sterk P. Triage op de spoedeisende hulp. Utrecht: LEMMA - De Caluwe R, De Voeght FJ et al. Triage voor de spoedeisende hulp Manchester Triage Group. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.	2002 2002
Internationale triagesystemen en kwaliteitseisen		
Australasian Triage Scale	Australasian College for Emergency Medicine (www.acem.org.au)	2007
Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)	Canadian Association of Emergency Physicians (www.caep.ca)	1998
Emergency Severity Index, Version 4 implementation handbook	Agency for Healthcare Research and Quality (http://www.ahrq.gov/research/esi/)	2005
National quality requirements in the delivery of Out-of-Hours services	Department of Health (www.dh.gov.uk)	2006

¹ Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA), 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 Nederlandsche 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).

² 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), Yale medical Group, University of Miami Behavioral Health (UMBH), Health care company for individuals in New York, Connecticut and Massachusetts, Amerika, Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP, Canada), Canadian Institute for Health Information (CIHI, Canada), Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, Australië), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Groot-Brittannië), Quality and Outcomes Framework (QOF, Groot-Brittannië).

Stabilisatie en behandeling		
Nationale protocollen	Bron	Jaar
Landelijk Protocol Ambulancezorg versie 7 (LPA7)	St. LAMP, Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (www.nederlandsambulanceinstituut.nl)	2007
Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA)	St. LAMP, Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (www.nederlandsambulanceinstituut.nl)	2007
Landelijk Protocol Spoedeisende Hulp (LPSEH)	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), Stichting LAMP (Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen). (www.lpseh.nl)	2007
Samenwerking en afstemming		
Nationale richtlijnen en vragenlijst	Bron	Jaar
Richtlijn: Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost CHP	Nederlands Huisartsen Genootschap (nhg.artsennet.nl)	2004
Richtlijn: Adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier	Nederlands Huisartsen Genootschap (nhg.artsennet.nl)	2004
Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie instrument	Meiberg, A.E., IJzermans, CJ et al. Nivel (www.nivel.nl)	2007

Search beschikbare indicatoren

Bronnen van indicatoren zijn gezocht via de websites van de bovengenoemde organisaties met de trefwoorden: indicator(s), performance measures, huisarts/General Practitioner/Family practice, acute zorg/primary care/acute care, spoedeisende hulpafdelingen/emergency medical services/hospital emergency department, kwaliteit/quality en zorg/care. Er is gestreefd naar een zo compleet mogelijke nationale dekking terwijl internationale sets als aanvullend zijn 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. De zorgtaken zijn niet op ziektespecifiek niveau uitgewerkt en daarom is ervoor gekozen geen ziektespecifieke indicatoren mee te nemen. Omdat er voor de ervaren kwaliteit van zorg een ander traject is uitgezet (CQ-index vragenlijsten) zijn deze indicatoren ook op voorhand buiten beschouwing gelaten.

Selectie kernset

Zowel aan de totale set als aan de afzonderlijke indicatoren is een aantal eisen gesteld. Zo dient 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', '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 is dat met de set van indicatoren een uitspraak gedaan kan worden over de mate van gelijke verdeling van zorg voor

verschillende groepen van patiënten, bijvoorbeeld naar leeftijd, of tussen regio's. Ten slotte dient 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 afzonderlijke indicatoren heeft plaatsgevonden aan de hand van zes relevantiecriteria, afgeleid van het NQMC [21]: geschiktheid voor publiek domein, geschiktheid voor verschillende doelgroepen, impact op de ziekte of de ziektelast, toepasbaarheid op verschillende groepen patiënten, ruimte voor verbetering van de kwaliteit van zorg en beïnvloedbaarheid van de zorg. Indicatoren met een positieve beoordeling op deze criteria zijn daarna beoordeeld op nationale afspraken (zoals vastgelegd in richtlijnen), psychometrische eigenschappen, richting en inspanningen voor de gegevensverzameling. Een gedetailleerde beschrijving van deze criteria is opgenomen in bijlage 1. De voorselectie is door de eerste auteur verricht. De definitieve selectie is beoordeeld door alle auteurs. Bij verschillende beoordelingen zijn de verschilpunten besproken en is gezamenlijk tot overeenstemming gekomen.

Consultatie expert

De geselecteerde set is vervolgens in één schriftelijke ronde 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) zijn de prestaties als volgt gedefinieerd: HAP's en SEH's dienen voor acute zorgvragers laagdrempelig, goed bereikbaar en beschikbaar te zijn. De zorg dient verleend te worden op het juiste hulpverleningsniveau, op het juiste moment, op de juiste plaats, en door een hulpverlener met de juiste competenties. Ook behoort deze zorg van een goede medisch- inhoudelijke kwaliteit te zijn, waarbij de deskundigheid van de hulpverleners essentieel is. Hierbij is het belangrijk dat de zorgvrager niet kan wachten tot de volgende dag en afhankelijk van de urgentieclassificatie binnen enkele minuten/uren behandeld dient te worden.

Hiermee worden de zorgaspecten 'toegang', 'stabilisatie en behandeling' en 'samenwerking en afstemming' van zorg als relevant voor publieke informatie beschouwd.

Beschikbare indicatoren

Er bleken in totaal 170 indicatoren beschikbaar voor de relevante zorgaspecten (gepubliceerd via de website www.iqhealthcare.nl). Tabel 1 laat zien dat ruim 50% van de verzamelde indicatoren betrekking heeft op het zorgaspect 'toegang'. De overige indicatoren zijn ongeveer gelijk verdeeld over de zorgaspecten 'stabilisatie en behandeling' en 'samenwerking en afstemming'.

Selectie kernset

Toepassing van de relevantiecriteria (zie bijlage 1) leidde tot een eerste reductie van 75% van de beschikbare indicatoren (zie tabel 1). De 43 resterende indicatoren werden vervolgens getoetst op nationale aanbevelingen en kwaliteitseisen zoals vastgelegd in beleidsstukken. Dit resulteerde in een verdere reductie van negen indicatoren. Na toepassing van het selectie criterium 'klinimetrische eigenschappen' vielen nog eens vijf indicatoren af, terwijl het criterium 'inspanning gegevensverzameling' een reductie van nog eens twee indicatoren tot gevolg had. Zoals tabel 1 laat zien resulteerde toepassing van de selectiecriteria 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 15 indicatoren. Dit selectieproces en de overwegingen die hebben geleid tot deze kernset is te vinden via de website www.iqhealthcare.nl.

Tabel 1: Resultaten selectieproces naar zorgaspect

Zorgaspecten	Totaal aantal indicatoren beschikbaar	Selectie na relevantiecriteria	Selectie na criterium 'nationale afspraken'	Selectie na overige criteria	Samenstelling kernset
Toegang	89 (52%)	29	21	16	8 (54%)
Stabilisatie en behandeling	35 (21%)	4	3	3	2 (13%)
Samenwerking en afstemming	46 (27%)	10	10	7	5 (33%)
Totaal aantal indicatoren	170 (100%)	43	34	26	15 (100%)

Tabel 1 laat verder zien dat alle zorgaspecten met ten minste twee indicatoren zijn vertegenwoordigd in de kernset. De samenstelling van de kernset kenmerkt zich door relatief veel indicatoren ten aanzien van 'toegang' (54%) en 'samenwerking en afstemming' (33%). Het zorgaspect 'stabilisatie en behandeling' wordt met twee indicatoren vertegenwoordigd.

In tabel 2 worden de geselecteerde indicatoren gepresenteerd. Om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de richtlijnen, protocollen en triagesystemen werd een aantal indicatoren (licht) geherformuleerd. De indicatoren hebben alle betrekking op het afgelopen jaar of de afgelopen 12 maanden.

Tabel 2: 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 en huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken.	Combinatie van 2 indicatoren van Westert et al., 2008, herformulering naar percentage.
2) Percentage niet- spoedoproepen naar spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	Herformulering indicator van Meijer et al., 2008. Toegesplitst op HAP/SEH.
3) Percentage spoedoproepen naar spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	Herformulering indicator van Meijer et al., 2008. Toegesplitst op HAP/SEH.
4) Percentage patiënten dat tijdens contact met spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten een urgentieclassificatie toegeschreven heeft gekregen.	Herformulering indicator van richtlijn triage op de spoedeisende hulp 2008. Toegesplitst op HAP/SEH.
5) Percentage acute zorgvragen dat retrospectief accuraat ingeschat is door de triagisten van de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten.	Samenvoeging van drie indicatoren Meijer et al., 2008/Willekens et al., 2005/Gilboy et al., 2005
6) Percentage patiënten met een acute zorgvraag waarbij de triagist tijdens het triagegesprek: <ul style="list-style-type: none"> - vroeg naar de hulpvraag en verwachtingen van de patiënt. - duidelijke afspraken formuleerde voor het te volgen beleid (bijv. advies, instructies, opnieuw contact opnemen, toetst of de patiënt het begrepen heeft). - het gesprek duidelijk afsloot(bijv. toetst of het advies in overeenstemming was met de verwachtingen van de patiënt). 	Herformulering naar percentage. Indicator van Meijer et al., 2008
7) Percentage patiënten dat is overleden (mortaliteit), op basis van ondertriage* door spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten. *te lage urgentieclassificatie is toegekend bij triage	Herformulering indicator van Meijer et al., 2008. Toegesplitst op HAP/SEH
8) Percentage spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat een robuust systeem hanteert om: <ol style="list-style-type: none"> 1) levensbedreigende situaties direct te identificeren 2) binnen drie minuten een gepast respons te geven 	Vertaling en herformulering van indicator naar percentage Department of Health National, Quality requirements 2006. Toegesplitst op HAP/SEH
Stabilisatie en behandeling	Bron
9) Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd (conform het triagesysteem of lokaal afgesproken) door een arts is gezien.	Richtlijn triage op de spoedeisende hulp 2008
10) Percentage patiënten dat gebruik maakt van medische voorzieningen (spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen of huisartsenposten) waarbij na triage retrospectief een onjuist advies tot zelfzorg is gegeven.	Meijer et al., 2008
Samenwerking en afstemming	Bron
11) Percentage acute zorgvragen waarbij de triagist op de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of huisartsenpost geen supervisie van een arts kon krijgen.	Samenvoeging van twee indicatoren van Willekens M. et al 2005 en Benthem et al., 2005. Herformulering naar percentage en toegesplitst op HAP/SEH.
12) Percentage schriftelijke klachten waarover binnen 20 werkdagen een beslissing is genomen	Healthcare Commission,2007-2009
13) Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een poortspecialisme bij de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis de specialist binnen 15-10 minuten aanwezig was.	Herformulering naar percentage en toegesplitst op HAP/SEH. Indicator van Wiechers et al., 2005
14) Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt tussen de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen, huisartsenposten en ambulances over de werkwijze en verantwoordelijkheden tijdens de overdracht van patiënten (indicatie voor vervoer, de NAW gegevens, medicatie die de patiënt al heeft gekregen, ziektegeschiedenis).	Komt uit vragenlijst van NIVEL, 2007. Herformulering naar indicator.

15) Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt tussen de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten over de werkwijze bij problemen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom.	Komt uit vragenlijst van NIVEL, 2007. Herformulering naar indicator.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

Uit tabel 2 blijkt dat uit diverse internationale en nationale bronnen indicatoren geselecteerd zijn. Drie indicatoren (indicatoren 1, 5 en 11) zijn een samenvoeging van verschillende indicatoren. In zijn algemeenheid is de meetbaarheid (en betrouwbaarheid) een punt van zorg. In de paragraaf 'Resultaat praktijktoets' wordt hier nader op ingegaan. 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 ook www.iqhealthcare.nl).

Resultaat na consultatieronde

Het bleek lastig om externe experts bereid te vinden om deel te nemen aan de consultatieronde, waarschijnlijk omdat het veld van de acute zorg volop in ontwikkeling is; er zijn nog maar weinig afspraken op landelijk niveau en de taakafbakening van zorgaanbieders verschilt per regio. Uiteindelijk konden vijf experts worden benaderd. Hiervan reageerde er slechts één (zie bijlage 3). Op basis van deze reactie werd indicator 8 (zie tabel 2) verwijderd. Op de eerste plaats vanwege de onduidelijke term 'robuust', daarnaast omdat de inhoud van deze indicator voldoende gedekt wordt door de indicatoren 5 en 9.

Resultaat praktijktoets

Er bleken vier bronnen met gegevens over de HAP en SEH beschikbaar. [12,13,22,23] In tabel 3 zijn de resultaten samengevat:

Tabel 3: Beschikbare gegevens voor de geselecteerde indicatoren voor de kwaliteit van acute zorg

Toegang	Resultaat (%)		Opmerkingen
1) Percentage inwoners per regio dat per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis en huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken.	SEH	99,4%	a
	HAP	98,2%	
2) Percentage niet- spoedoproepen naar spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	SEH	-	b
	HAP	-	
3) Percentage spoedoproepen naar spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	SEH	-	b
	HAP	61%	c
4) Percentage patiënten dat tijdens contact met spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten een urgentieclassificatie toegeschreven heeft gekregen.	SEH	-	b
	HAP	-	
5) Percentage acute zorgvragen dat retrospectief accuraat ingeschat is door de triagisten van de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten.	SEH	-	b
	HAP	70%	d

6) Percentage patiënten met een acute zorgvraag waarbij de triagist tijdens het triagegesprek: <ul style="list-style-type: none"> - vroeg naar de hulpvraag en verwachtingen van de patiënt. - duidelijke afspraken formuleerde voor het te volgen beleid (bijv. advies, instructies, opnieuw contact opnemen, toetst of de patiënt het begrepen heeft). - het gesprek duidelijk afsloot (bijv. toetst of het advies in overeenstemming was met de verwachtingen van de patiënt). 	SEH		b
	HAP		
7) Percentage patiënten dat is overleden (mortaliteit), op basis van ondertriage* door spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten. *te lage urgentieclassificatie is toegekend bij triage	SEH	-	b
	HAP	-	

Stabilisatie en behandeling			Resultaat	Opmerkingen
8) Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd (conform het triagesysteem of lokaal afgesproken) door een arts is gezien.	SEH	-		b
	HAP	U1<15 min:70% U2<60min:9 5,6%		e
9) Percentage patiënten dat gebruik maakt van medische voorzieningen (spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen of huisartsenposten) waarbij na triage retrospectief een onjuist advies tot zelfzorg is gegeven.	SEH	-		b
	HAP	-		

Samenwerking en afstemming			Resultaat	Opmerkingen
10) Percentage acute zorgvragen waarbij de triagist op de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis of huisartsenpost geen supervisie van een arts kon krijgen.	SEH	-		b
	HAP	-		
11) Percentage schriftelijke klachten waarover binnen 20 werkdagen een beslissing is genomen	SEH	-		b
	HAP	-		
12) Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een poortspecialisme bij de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis de specialist binnen 15-10 minuten aanwezig was.	SEH	-		b
	HAP	-		
13) Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt tussen de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen, huisartsenposten en ambulances over de werkwijze en verantwoordelijkheden tijdens de overdracht van patiënten (indicatie voor vervoer, de NAW gegevens, medicatie die de patiënt al heeft gekregen, ziektegeschiedenis).	SEH	-		f
	HAP	-		
14) Binnen de regio zijn (werk)afspraken gemaakt tussen de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen en huisartsenposten over de werkwijze bij problemen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom.	SEH	-		f
	HAP	-		

a = Percentages betreffen geschatte gegevens (SEH is 2006/HAP is 2006) Nederlandse bevolking per privéauto. [12]

b = Gegevens niet (volledig) beschikbaar.

c = Van de telefonische spoedoproepen < 30 sec.[12,13]

d = Telefonische triage: 70% van de triagegesprekken is goed ingeschat. [22] Simulatiestudie op basis van 352 telefoongesprekken met triagisten van vier huisartsenposten.

e = Wachttijd bij thuisvisites: U1 < 15 min: 70%, U2 < 60 min: 95,6%. De gemiddelde wachttijd is 30 minuten. [22] Afstand, verkeersdrukte, visitedrukte en de urgentie van de klacht hadden allemaal significante invloed op de wachttijd.

f = Gegevens niet (volledig) beschikbaar maar in 2007 is het regionaal overleg in alle traumaregio's gestart. [23]

Geconcludeerd kan worden dat voor een aantal indicatoren de gegevensverzameling haalbaar lijkt, echter, voor de meeste indicatoren zijn er nog nauwelijks tot geen gegevens beschikbaar. Zo zijn er voor de indicatoren 2, 4, 6, 7, 9, 10-14 geen gegevens beschikbaar, is er gedeeltelijk informatie over de indicatoren 3, 5, 8, 11, en berust de (gedeeltelijk voorhanden) informatie over de indicatoren 5 en 8 op pilotstudy's bij enkel huisartsenposten. De indicatoren 1, 3, 13 en 14 lijken (op korte termijn) het beste haalbaar. Bij de indicatoren 2, 4-14 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 zou normaalgesproken een indicator als nummer 6 mogelijk ook of beter meetbaar zijn via de patiënt dan via de zorgverlener of een geautomatiseerd registratiesysteem. Echter, in een acute zorgsituatie is het aannemelijk dat dit minder betrouwbaar gescoord wordt. De indicatoren 11, 13 en 14 lenen zich vermoedelijk beter voor dataverzameling op het niveau van de HAP of SEH via een praktijk- of afdelingsvertegenwoordiger.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Discussie

Op het gebied van de acute zorgverlening door de HAP en de SEH zijn veel indicatoren beschikbaar. Raadpleging van verscheidene bronnen resulteerde in 170 indicatoren met betrekking tot de zorgaspecten die relevant werden geacht voor publieke informatie: 'toegang', 'stabilisatie en behandeling' en 'samenwerking en afstemming tussen zorgverleners'. In dit aantal is rekening gehouden met overlap tussen (min of meer) dezelfde indicatoren. Het acute zorgproces begint bij het verlenen van toegang waarna zo mogelijk stabilisatie en behandeling plaatsvindt. Daarnaast zijn er samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en spoedeisende hulpartsen met medische specialisten over de overdracht van patiënten. De meeste indicatoren bleken betrekking te hebben op de toegang tot acute zorg. Ten aanzien van de zorgaspecten stabilisatie en behandeling en samenwerking en afstemming bleken beduidend minder indicatoren beschikbaar. Systematische selectie in combinatie met inhoudelijke overlap tussen de indicatoren, leidde tot identificatie van 15 indicatoren voor de kernset. Na externe consultatie werd één indicator verwijderd.

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.

Een tweede kanttekening betreft de relatief zware rol die tijdens de selectie aan nationale aanbevelingen, zoals omschreven in richtlijnen, was toebedacht. Hier was voor gekozen omdat publieke informatie onder andere opgevat kan worden als verantwoordingsinformatie. Dergelijke informatie dient gebaseerd te zijn op (evidence-based) aanbevelingen en afspraken die professionals zelf verwoorden in 'eigen' richtlijnen. Toepassing van dergelijke richtlijnen komen bovendien de inhoudsvaliditeit van de set ten goede. Ten aanzien van de acute zorg in Nederland zijn er echter weinig aanbevelingen en afspraken op nationaal niveau voorhanden; de diversiteit in de beschreven triagesystemen, richtlijnen en protocollen en regionale verschillen tussen zorgaanbieders voor wat betreft de taakafbakening bemoeilijkte het vaststellen van generieke kwaliteitseisen. Het veld is wat dit betreft volop in beweging. Dit maakt de hier

voorgestelde set kwetsbaar gezien de inhoudsvaliditeit, aan de andere kant is met deze exercitie een eerste poging gedaan om op basis van systematische inventarisatie en selectie een zo transparant en volledig mogelijk beeld te geven van kwaliteitsindicatoren die geschikt (bevonden) zijn voor publieke informatie. Bovengenoemde ontwikkelingen in het veld onderstrepen echter de noodzaak van regelmatig onderhoud en updaten van de hier gepresenteerde set.

Een derde kanttekening betreft (het scoren van) de klinimetrische eigenschappen; dit criterium is 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 praktijktoets in dit project diende in de eerste plaats de beschikbaarheid en haalbaarheid van gegevens.

Ten slotte kan bij de selectie van indicatoren als mogelijke beperking worden aangevoerd dat uitgegaan is van reeds bestaande en beschikbare indicatoren. Nu zijn er op het gebied van acute zorg vele en diverse indicatoren ontwikkeld waardoor een compleet beeld van de kwaliteit van acute zorg verleend door de HAP en SEH verkregen kan worden. De meeste beschikbare indicatoren afkomstig uit nationale bronnen bleken echter vooral betrekking te hebben op huisartsenposten. Hierdoor kan een vertekening opgetreden zijn ten aanzien van het medisch handelen op de SEH. Dit is geprobeerd te ondervangen door gebruik te maken van aanvullende internationale literatuur indicatoren veelal afkomstig uit Engeland en Australië.

De hier gepresenteerde set kan aldus beschouwd worden als een inhoudelijk zo valide mogelijke set van indicatoren voor publieke informatie; middels de gehanteerde selectiemethodiek, in combinatie met de consultatie van experts, is gestreefd naar een zo hoog mogelijke inhoudsvaliditeit van de set. Het bleek echter lastig om experts bereid te vinden deel te nemen aan dit project omdat niet óf de HAP óf de SEH onderwerp van studie was, maar allebei. Hier was voor gekozen omdat de acute zorgvrager mag verwachten dat bepaalde kwaliteitseisen die aan de HAP gesteld worden ook van toepassing zijn op de SEH, en vice versa. Uiteindelijk toonden vijf experts zich bereid om het selectieproces en de set te becommentariëren, waarvan er slechts één reageerde. Deze teleurstellende respons komt de inhoudsvaliditeit van de set niet ten goede, maar kan opgevat worden als een uiting van wat er in het veld leeft.

De set is nu gereed om voorgelegd te worden aan de betrokken partijen voor wie de kwaliteitsinformatie is bedoeld. Verschillen in belangen en informatiebehoefte van de betrokken partijen kunnen tot verschillende accenten of subsets leiden. Wanneer hierover consensus is bereikt en de set eenmaal is vastgesteld, kan implementatie worden opgestart. Dit vereist eveneens een zorgvuldige en stapsgewijze aanpak. Onderdeel hiervan is een pilot test in een aantal huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen 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. De praktijktoets in dit project liet zien

dat voor een beperkt aantal indicatoren toekomstige gegevensverzameling haalbaar lijkt, echter, voor de meeste indicatoren vindt momenteel geen systematische registratie plaats. Daarbij lenen de indicatoren 11, 13 en 14 zich vermoedelijk beter voor dataverzameling op het niveau van de HAP of SEH via een praktijk- of afdelingsvertegenwoordiger, dan via een geautomatiseerde registratie. De qua meetbaarheid meer complexe indicator 6 is vanuit inhoudelijke overwegingen in de set gehandhaafd; voor implementatie behoeft deze echter een nadere specificering. Overigens, zoals eerder werd opgemerkt, is ook na vaststelling en implementatie van de set van indicatoren regelmatig onderhoud vereist; zodra er nieuwe aanbevelingen worden gedaan of nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld, dienen indicatoren te worden aangepast, geschrapt of toegevoegd.

De geselecteerde indicatoren hebben vooralsnog betrekking op de acute zorgverlening door de huisartsenpost en de spoedeisende hulpafdeling. Voor een integrale benadering van de acute zorg zal de ambulancezorg eveneens in beschouwing moeten worden genomen. Een integrale benadering van de acute zorg is in lijn met de huidige ontwikkelingen ten aanzien van het regionale overleg acute zorgketen (ROAZ) en de ontwikkeling van landelijke keten-spoedstandaarden. [23-25] Indien dergelijke ketens uit meerdere patiëntpopulaties bestaan, zullen de indicatoren betrekking hebben op grotere aantallen patiënten, hetgeen de betrouwbaarheid van de kwaliteitsinformatie ten goede komt. Gezien de complexiteit en de vele ontwikkelingen in het veld is in dit rapport de aandacht gericht op het acute zorgproces van de HAP en SEH.

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 een goed uitdrukingsvermogen of de ernst van de situatie, de resultaten kunnen beïnvloeden. De hier gepresenteerde set van indicatoren bevat één uitkomstindicator, namelijk het percentage patiënten dat is overleden op basis van ondertriage. Het is aannemelijk dat factoren als leeftijd, sociaal-economische status en urgentie een dergelijke uitkomst kunnen beïnvloeden. Nader onderzoek hiernaar is gewenst.

In deze studie werd gefocust op de directe patiëntenzorg en de continuïteit ervan. Voor informatie over de kwaliteit van zorgmanagement in de eerste lijn, onder andere ten aanzien van verwijsbeleid, medicatiebeleid, aanvullend onderzoek 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 patiënten. Vanwege mogelijke overlap met het traject van de Consumer Quality Index (CQ-index), waarmee de ervaringen van patiënten met de gezondheidszorg worden gemeten, zijn deze hier buiten beschouwing gelaten. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van *patient reported outcomes* (zoals pijn of psychisch functioneren) kunnen echter een zinvolle aanvulling zijn binnen het totale concept van de kwaliteit van zorg.

Conclusie

Op basis van systematische selectie en consultatie van een expert konden 14 indicatoren worden geïdentificeerd die de kwaliteit van het eerstelijns zorgproces voor mensen met een acute zorgvraag bij een huisartsenpost (HAP) of spoedeisende hulpafdeling (SEH) in beeld brengen. De meeste indicatoren zijn nog niet inhoudelijk getest op validiteit en komen nog onvoldoende tegemoet aan andere klinimetrische eigenschappen als betrouwbaarheid en discriminante validiteit. 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 de meeste indicatoren (nog) geen (continue) registratie plaatsvindt. Goede en volledige registratie is een eerste voorwaarde voor betrouwbare kwaliteitsinformatie.

REFERENCES

- 1 Grol R, Schrijvers AJP. Onderzoeksprogramma Spoedzorg. 2005.
- 2 Verheij RA, Somai D, Tiersma W, Giesen P, van der Hoogen H. Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP). NIVEL; 2005.
- 3 Post J, de Haan J., Groenier K. De vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren: een rekenmodel. Huisarts Wet 2001; 44(10):418-22.
- 4 Giesen P. Toekomstige samenwerking tussen de Huisartsenpost en de Spoedeisende Eerste Hulp. 2004.
- 5 Baar van ME, Giesen P, Grol R. Een inventarisatie van het begrippenkader, wetenschappelijk onderzoek, meetinstrumenten, organisatiemodellen en registratiesystemen op het terrein van de spoedzorg. Een voorstudie voor het onderzoeksprogramma Spoedzorg. Nijmegen: WOK, 2007.
- 6 Kamerstuk MVWS. Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Achtergrondnotitie. 2008.
- 7 Wensing M, Giesen P. Spoedeisende Geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts Wet 2000; 43(12):503-6.
- 8 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Spoed moet Goed; 2005.
- 9 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Zoetermeer; 2003.
- 10 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Schaal en Zorg; 2008.
- 11 Wensing M, Giesen P. Spoedeisende Geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts Wet 2000; 43(12):503-6.
- 12 Westert GP. Zorgbalans 2008: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. 2008.
- 13 IGZ. Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag; 2006.
- 14 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De rollen verdeeld. Burger, ondernemer en overheid in de gezondheidszorg. Zoetermeer; 2000.
- 15 Groenewoud AS, Huijsman R. Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Den Haag: ZonMw, 2003.
- 16 VWS. Wet Toelating Zorginstellingen en regionaal overleg acute zorgketen (definitieve versie voor bestuurlijk overleg van 15 september 2005). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
- 17 Wiechers J, Kool T, Schlatmann M. Gezamenlijk bouwen aan meer samenhang in de acute-zorgketen. 2005.
- 18 Wiechers J, Balestram W, Houtepen J, Jansen E. Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg. 2006.
- 19 Plexus medical group. Functiecatalogus acute zorg. 2006.
- 20 Drijver R, Jochems P. Nederlands Triage Systeem op weg naar eenduidige triage. 2006.
- 21 National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Desirable measure attributes. 2008.
- 22 Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Wageningen: Ponsen & Looijen, 2007.
- 23 Landelijke vereniging voor Traumacentra. Stand van Zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen-2008. 2009.
- 24 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.
- 25 Giesen P, Thijssen W, Willekens M, ten Berge J. Keten spoedstandaarden: noodzakelijk en haalbaar? Een verkennende studie in opdracht van ZONMw. 2009.

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) [21]

- Doel: inschatting dat de informatie geschikt is voor het publieke domein (de indicator is niet te gedetailleerd - bijvoorbeeld manieren waarop een triagist verslag maakt van een gesprek - wel op hoofdlijnen/geaggregeerd, maar ook weer niet te algemeen - niet alleen public health/algemene bevolking, wel patiëntenpopulatie van huisartsenpraktijk of SEH, 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 klinimetrische 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 door HAP/SEH

In deze bijlage staat omschreven welke zorgtaken en prestaties onderscheiden kunnen worden om het chronologische zorgproces van acute zorg verleend door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen weer te geven. Het zorgproces, opgedeeld in zorgtaken, begint bij het verlenen van toegang waarna er mogelijk een aansluitende stabilisatie en behandeling plaatsvindt. De laatste stap in het proces zijn de samenwerkingsafspraken tussen spoedeisende hulpartsen en huisartsen met medische specialisten over de overdracht van patiënten. De daarop volgende zorg welke uitsluitend door medisch specialistische expertise geleverd wordt, is buiten beschouwing gelaten. Het zorgproces wordt aansluitend in tabel 2.1: Overzicht van (zorg)taken, overzichtelijk weergegeven en geëxpliciteerd door de doelgroep en zorgverleners te benoemen.

Toegang

De toegang tot de acute zorg omvat het eerste contact met de patiënt en de direct daarop volgende telefonische of fysieke triage (vaststellen van de zorgvraag met urgentie, benodigde deskundigheid en benodigde middelen). Bij de SEH en HAP kunnen patiënten met alle mogelijke zorgvragen en urgentiecategorieën zich fysiek of telefonisch melden. Doel van de triage is dat een patiënt op de juiste plek en het juiste moment in de acute-zorgketen terechtkomt.

Stabilisatie en behandeling

Een adequate uitvoering van de vervolgtak Stabilisatie en behandeling is in hoge mate afhankelijk van de uitgevoerde prestatie in de zorgtak Toegang. Onder de zorgtak Stabilisatie en behandeling worden alle activiteiten verstaan die leiden tot stabilisatie en/of (eerste) behandeling van de patiënt. De zorgtak Stabilisatie en behandeling is op te delen in mobiele en niet-mobiele zorg. Er zijn twee mobiele acute zorg combinaties terug te vinden: 1) ambulancezorg met ambulanceverpleegkundige expertise, 2) visiteauto met huisartsgeneeskundige expertise. Mobiele acute ambulancezorg valt buiten de scope van dit rapport. De mobiele behandeling middels een visiteauto met huisartsgeneeskundige expertise is wel meegenomen in dit onderzoek. De visiteauto wordt naar patiënten toegestuurd wanneer differentiaaldiagnose noodzakelijk is of bij patiënten die niet mobiel zijn en een acute behandeling toch gewenst is. Tevens kan er, wanneer vitale levensfuncties in gevaar zijn, stabilisatie door de huisarts en ambulance verpleegkundige plaatsvinden waarna de ambulancezorg het vervoer verzorgt. De niet-mobiele acute zorg is zorg op de huisartsenpost of spoedeisende hulpafdeling en wordt opgedeeld in advies, geprotocolleerde zorg, basisbehandeling en behandeling met aanvullende diagnostiek. Advies behelst telefonische zelfzorgadviezen. 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. De geprotocolleerde zorg omvat zorgvragen waarvan de behandeling geprotocolleerd is en regelmatig terugkomt, bijvoorbeeld de fast-track-zorg op de SEH³. Hieronder vallen kleine trauma's en andere

³ Voor deze zorg bestaan in Nederland meerdere namen zoals korte lijn verpleging.

goed te protocolleren klachten; Doorgaans gaat het om eenvoudige spoedzorg en eerstelijnsproblematiek, zoals huid-, oog- en KNO-klachten. Binnen acute huisartsenzorg vallen eenvoudige consulten die onder supervisie van een huisarts in principe zelfstandig door een doktersassistent uitgevoerd kunnen worden ook wel 'korte lijn verpleegkundige zorg' genoemd. Basisbehandeling bevatten zorgvragen die niet protocolleerbaar zijn of waar vitale functies in gevaar zijn, maar waar in eerste instantie geen aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. In consulten gaat het meestal om ingewikkelde differentiaal diagnostiek, voorschrijven van medicatie en het beoordelen van kinderen. De visites betreffen vooral bejaarden met multiële problematiek waarbij zowel de ingewikkelde differentiaal diagnostiek als de context van de patiënt een belangrijke rol speelt. Hierbij valt de denken aan een behandeling of consult door een (huis)arts, eventueel met assistentie van de doktersassistent, maar waarna de patiënt na de behandeling naar huis kan. Behandeling met aanvullende diagnostiek wordt ingezet waar bij de toegang direct duidelijk is dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan is een behandeling door een arts met diagnostiek waarna patiënt naar huis kan, direct opgenomen wordt en/of direct gevolgd door OK, IC of CCU (zie tabel 2.1 voor verdere uitwerking).

Samenwerking en afstemming

Samenwerking en afstemming binnen en tussen de verschillende schakels van de acute zorg is essentieel. Zowel bilateraal als in het ketenoverleg acute zorg⁴ is het van cruciaal belang om de geformuleerde zorgprestaties af te stemmen en te evalueren.

Om bij het hierboven beschreven primaire zorgproces aan te sluiten is ervoor gekozen om de Samenwerking en afstemming op operationeel niveau te omschrijven. Expliciete overdrachtsafspraken kunnen gaan over de inhoud van de overdracht en mogelijke contactmomenten over problemen met de patiëntenstroom.

⁴ Het ketenoverleg acute zorg is een overleg dat voortvloeit uit de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), zie inleiding.

Tabel 2.1: Overzicht van (zorg)taken per zorgaspect

PRIMAIRE ZORGTAKEN	DOELGROEP	BETROKKEN ZORGVERLENER(S)
TOEGANG		
Verlenen van telefonische toegang voor levensbedreigende vragen	Door patiënt/omstander ervaren levensbedreigende acute zorgvragen	Triagisten ⁵ van de HAP en in beperkte mate SEH
Verlenen van telefonische toegang voor niet-levensbedreigende vragen	Door patiënt/omstander ervaren niet-levensbedreigende acute zorgvragen	Triagisten van de HAP en in beperkte mate SEH
Bieden van fysieke toegang voor acute zorg ((niet-) levensbedreigende vragen)	Alle acute zorgvragen	Triagisten van de SEH en in beperkte mate HAP
STABILISATIE EN BEHANDELING (verschillende behandelingen mogelijk in één acute situatie)		
<i>Mobiele acute zorg</i>		
<u>Mobiele behandeling:</u> Uitvoeren van medische (differentiaal)- diagnose op locatie. Verrichten van (complexe) therapeutische behandelingen bij niet mobiele patiënten. Starten met stabilisatie bij patiënten waarbij vitale levensfuncties in gevaar zijn.	Zorgvragen met uiteenlopende urgentie: flauwvallen, duizelig, hoofdpijn, buikpijn, overgeven bijvoorbeeld bij ontregelde chronische aandoeningen zoals diabetes en hartfalen	Huisartsgeneeskundige expertise (HAP).
<i>Niet mobiele acute zorg</i>		
<u>Geprotocolleerde zorg:</u> Verrichten van eenvoudige therapeutische handelingen of adviezen volgens protocol. Het voorschrijven/ toedienen van medicatie en het doorverwijzen van een patiënt naar vervolgzorg en Fast Track op SEH (indien nodig).	Patiënten met niet-levensbedreigende zorgvragen zoals eenvoudige wonden, hoofdpijn, oorpijn, keelpijn, ontregelde diabetes	Medisch assistent of verpleegkundige voert de behandeling uit of geeft zelfzorgadvies. Dit gebeurt onder supervisie van een arts (HAP en SEH).
<u>Basisbehandeling:</u> Voeren van differentiaal diagnostiek en niet protocolleerbare behandelingen waarbij geen aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Starten met stabilisatie bij patiënten waarbij vitale levensfuncties in gevaar zijn.	Patiënten met zorgvragen met uiteenlopende urgentie, zoals flauwvallen, duizelig, buikpijn, verlamming, hoge koorts of onwel geworden kind. Maar ook acute pijnklachten bewegingsapparaat, acute infecties huid.	Expertise spoedeisende hulparts of huisartsgeneeskundige expertise (HAP en SEH).
<u>Behandeling met aanvullende diagnostiek:</u> Vaststellen toestandbeelden met aanvullende diagnostiek. Uitvoeren van complexe behandeling. Stabilisatie starten bij patiënten waarbij vitale levensfuncties in gevaar zijn.	Patiënten met zorgvragen met uiteenlopende urgentie Bijvoorbeeld reanimatie, trauma, grote wonden, pijn op de borst.	Expertise spoedeisende hulparts en specialistische expertise
TAKEN TEN AANZIEN VAN SAMENWERKING EN AFSTEMMING TUSSEN ZORGVERLENERS EN IN HET KETENPROCES		
<i>(Regionaal worden afspraken gemaakt over samenwerking, doorstuurbeleid en overdracht van informatie tussen verschillende en dezelfde zorgaanbieders).</i>		
<u>Operationeel uitvoerend</u> Onderstaande taken binnen en tussen zorgaanbieders (SEH, HAP, RAV): - De zorgaanbieders informeren elkaar wanneer zich problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom - Er bestaan afspraken over de overdracht van patiënten		Zorgverleners acute keten
<u>Midde!</u> 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 acute keten

⁵ Triagisten zijn doktersassistenten of verpleegkundigen.

BIJLAGE 3 Leden projectgroep en externe experts

Projectgroep:

Mevr. dr. J. Braspenning, coördinator Monitoring en toetsing, sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. drs. J.G.M. Markhorst, onderzoeker sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Mevr. dr. H. Calsbeek, onderzoeker sectie Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Prof. dr. R. Grol, directeur IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen;

Dr. M. Wensing, coördinator Verbetering van zorg en sectiehoofd Kwaliteit van eerstelijnsgezondheidszorg, IQ healthcare, UMC St Radboud, Nijmegen.

Externe expert: ⁶

Mevr. dr. A.J. Mintjes - de Groot, directeur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) Utrecht, lector Acute intensieve zorg Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

⁶ Naamsvermelding betekent niet dat het rapport inhoudelijk op elk detail onderschreven wordt.

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 Rijt 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, Mekkink 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.