

# Een monitor voor de psychiatrische spoedzorgketen

M.E.F.H. SALDEN, J.F.L.M. VAN KEMENADE, A. VAN DAM, C.L. MULDER

**ACHTERGROND** Veel organisaties zijn betrokken bij het verstrekken van acute psychiatrische zorg aan patiënten in crisis. Daarom spreken we van de psychiatrische spoedzorgketen (psk). De kwaliteit van de psk bepaalt de kwaliteit van de psychiatrische spoedzorg in een regio. Om deze kwaliteit te meten, werd in samenwerking met verschillende ketenpartners een monitor ontwikkeld in de regio Westelijk Noord-Brabant (wnb).

**DOEL** Ontwikkelen van een monitor om de kwaliteit van de psk in een regio te bepalen, de daarin voorkomende knelpunten op te sporen en deze terug te koppelen naar de ketenpartners.

**METHODE** Op basis van literatuuronderzoek, het primaire proces in de keten en interviews met ketenpartners werd een vragenlijst ontwikkeld om de psk te monitoren. De monitor werd getest in de regio wnb en op basis van de ervaringen met de respondenten bijgesteld. Vervolgens werd de monitor veralgemeeniseerd en getest in een andere regio (Eindhoven en de Kempen) om na te gaan of het instrument ook toepasbaar zou kunnen zijn voor andere psk's in Nederland.

**RESULTATEN** De monitor leverde voor de psk een gemeenschappelijke taal om de keten te evalueren. Met de monitor bleken wij in staat om knelpunten en samenwerkingsproblemen zoals met aanrijdtijden, communicatie tussen en binnen organisaties en domeinstrijd aan het licht te brengen. Ketenpartners gebruikten de bevindingen uit de monitor om betere afspraken met elkaar te maken en de zorg te verbeteren.

**CONCLUSIE** Met de monitor is men in staat knelpunten in de psk op te sporen en daarover feedback tussen ketenpartners te genereren. Daardoor ontstaan mogelijkheden om de psk te verbeteren. De monitor is om die reden een bruikbaar instrument om een regionale psk periodiek door te lichten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)2, 79-85

**TREFWOORDEN** acute psychiatrie, psychiatrische spoedzorg, monitor, ketensamenwerking, ketenkwaliteit, regionaal overleg acute zorg



Het in kaart brengen van de kwaliteit van de zorg wordt in de psychiatrie steeds belangrijker. Het jongste decennium zijn daartoe instrumenten in het kader van *routine outcome monitoring* geïntroduceerd (van der Feltz-Cornelis e.a. 2010). In dat kader zijn ook het meten van de kwaliteit van de acute psychiatrische zorg en het oplossen van knelpunten die de kwaliteit van deze zorg aantasten belangrijk. Doorgaans heeft de patiënt die in psychiatrische crisis verkeert meerdere problemen waardoor meerdere instanties zich met hem of haar bemoeien, zoals ggz, verslavings-

zorg, politie, gemeentelijke geneeskundige dienst (ggd), maatschappelijke opvang, huisartsen(posten) en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis (seh)(Achilles e.a. 2011; Steketeë & Vernimmen 2003). Deze organisaties moeten samenwerken om de psychiatrische spoedzorg goed te laten verlopen. De organisaties binnen de psychiatrische spoedketen (psk) hebben meestal een eigen werkwijze met daaraan gekoppeld een eigen registratiesysteem, kwaliteitssysteem en richtlijnen. De combinatie van de problematiek bij de patiënt in psychiatrische crisis en de

veelheid van organisaties die daarmee bemoeienis hebben, maakt de *psk* een complex geheel.

Op het niveau van de *psk* is er in Nederland geen onderzoek gepubliceerd naar de kwaliteit van de hulpverlening en samenwerking in de keten, maar ook in de internationale literatuur is er weinig te vinden over dit soort onderzoek. Segal e.a. (1995) klagten in een onderzoek naar de kwaliteit van psychiatrische spoeddiensten dat een handboek over kwaliteit van zorg (Stricker & Rodriguez 1988) slechts één studie vermeldt over een kwaliteitsprogramma in de geestelijke gezondheidszorg. Segal e.a. vonden in hun onderzoek dat het vooral het therapeutische engagement tussen hulpverleners en patiënten was waardoor onnodige opname kon worden voorkomen. De technische bekwaamheid van het hulpverlenend personeel liet tot hun verrassing geen relatie zien met duur van de opname.

Ook Boudreaux e.a. (2009) zien het gebrek aan benchmarkstudies naar het functioneren van psychiatrische spoeddiensten en -ketens. Zij hebben een poging gedaan een algemene standaard (monitor) te formuleren om te kunnen rapporteren over de aard en omgang met acute psychiatrische patiënten in een brede reeks zorginstellingen. Hun instrument bestond uit retrospectief patiëntonderzoek over acht domeinen, namelijk achtergrondinformatie, diagnostiek en behandeling, toxicologische screening, agitatie-niveau, veiligheid, mentale toestand, psychiatrische interventies en verwijzing. Dit hebben zij bij acht psychiatrische spoedcentra in de Verenigde Staten toegepast. Ze hebben daarbij vooral in kaart gebracht wat de aard en de omvang zijn van de problematiek van mensen die met psychiatrische klachten op een spoedafdeling geholpen worden. Daarmee komen Boudreaux e.a. nog niet toe aan onderzoek naar de kwaliteit van functioneren en samenwerking in de *psk* als geheel.

### Aanleiding voor onderzoek

Het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft met de Wet Toelating Zorginstellingen (wtzi) in 2006 alle aanbieders van acute zorg verplicht om in een regionaal overleg afspraken te maken over goede samenwerking. vws legt hiermee de verantwoordelijkheid voor de spreiding en toegankelijkheid van acute zorg bij de veldpartijen in de regio. Hiertoe is het Regionaal Overleg Acute Zorg (roaz) in het leven geroepen, waar de primaire partners in Nederlandse provincies onder regie van een ziekenhuis met een traumacentrumfunctie samenkomen om aan deze eisen te voldoen. Zij missen echter een gezamenlijk instrument voor de *psk*, waarmee de keten geëvalueerd en gemonitord kan worden. Daartoe is in samenwerking met de relevante organisaties in Westelijk Noord-Brabant (wnb) en de coördinator van het roaz Noord-Brabant besloten een monitor te ontwikkelen,

### AUTEURS

**MIREILLE SALDEN**, psycholoog en projectmanager, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren.

**HANS VAN KEMENADE**, parttime researchpsycholoog bij GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren; tevens: freelance forensisch psycholoog, rapporterend aan rechtbanken.

**ARNO VAN DAM**, klinisch psycholoog en hoofd onderzoeksafdeling, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren.

**NIELS MULDER**, hoogleraar Openbare geestelijke gezondheid, Erasmus Universiteit Rotterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Hans van Kemenade, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Hoofdlaan 8, 4661 AA Halsteren.

E-mail: johannesvankemenade@planet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2013.

waarmee de *psk* kennis kan verwerven over de kwaliteit van het functioneren en de samenwerking in de keten en knelpunten in de keten kan opsporen.

Een dergelijk instrument is nieuw in de *psk* en het past bij de taakstelling van het roaz om de kwaliteit van het werk in ketens als de *psk* te bewaken en te bevorderen. Daarbij is het verstandig als de keten zich laat leiden door de vragen 'Doen wij de juiste dingen?' en 'Doen we de juiste dingen goed?'

In dit artikel beschrijven wij hoe het onderzoek is uitgevoerd, hoe de monitor tot stand is gekomen en hoe deze een plaats kan krijgen binnen de *psk*.

### METHODE

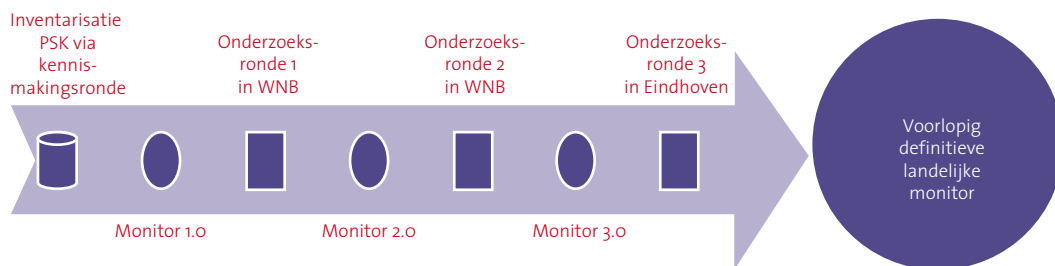
Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode 1 november 2010 tot 1 november 2012. De ontwikkeling en de borging van de monitor werden ingedeeld in vijf fasen (FIGUUR 1).

#### Fase 1

Dit was de inventarisatiefase waarin de *psk* van Westelijk Noord-Brabant (wnb) in kaart werd gebracht en relevante monitorvragen werden geformuleerd.

Het doel hiervan was te achterhalen welke partijen betrokken zijn bij de psychiatrische spoedzorg, wat hun taak is, welke afspraken partijen onderling gemaakt hebben, welke gezamenlijke convenanten of protocollen er zijn en welke knelpunten en hiaten ketenpartners tegenkomen. Met de ketenpartners werd nagegaan of er nog andere relevante organisaties waren, die mogelijk een rol of

**FIGUUR 1** Het onderzoek en de opeenvolgende fasen



functie vervulden binnen de psk. Indien dit het geval was, werden deze organisaties alsnog toegevoegd (*snowball sampling*; Goodman 1961). Zo werden ook informatieve gesprekken gevoerd met enkele burgemeesters, een directeur van een verpleeghuis en de cliëntenraad van de ggz. De selectie van de deelnemers aan het onderzoek verliep via het management van de organisaties. Soms werden de professionals afzonderlijk geïnterviewd, soms tegelijkertijd. Er vonden 36 interviews plaats, waaraan 47 mensen deelnamen van 22 verschillende organisaties. Op basis van het psychiatrische spoedzorgproces (aanmelding – beoordeling – crisisinterventie – verwijzing – rapportage; Achilles e.a. 2011) werd een pilotmonitor samengesteld. Bij deze samenstelling werd ook gebruikgemaakt van de volgende vragenlijsten: *Vragenlijsten Crisisdiensten* (de Leeuw e.a. 2009) en *Inventarisatie Acute Psychiatrie* (ROAZ Noord-Brabant 2010).

#### Fase 2

In deze fase werd de eerste onderzoekronde met de pilotmonitor (versie 1.0) in de regio WNB verricht en werd de monitor aangepast op basis van de resultaten en aanbevelingen van de respondenten (monitor 2.0).

De eerste versie van de monitor werd in de praktijk getest middels 29 interviews bij 16 organisaties waar 33 respondenten aan deelnamen (16 managers en 17 uitvoerend medewerkers). Op basis van de feedback van deze respondenten, aangevuld met de inhoudelijke overwegingen van de onderzoekers, kwam monitor 2.0 tot stand.

#### Fase 3

In deze fase verrichtten we een tweede onderzoekronde: een her-testfase in WNB met de gereviseerde monitor (versie 2.0) en na afloop een herformulering van de monitor op grond van de nieuwe bevindingen. Dit om toepassing in andere regio's mogelijk te maken (monitor 3.0). In deze ronde vulden 27 respondenten (12 managers en 15 uitvoerende medewerkers) 23 monitors in per e-mail. De veralgemenisering werd bewerkstelligd door de specifieke organi-

satiename te vervangen door algemene benamingen (voorbeeld: 'Novadic-Kentron' werd 'verslavingszorg').

#### Fase 4

Deze fase betrof een derde onderzoekronde: een testronde in de regio Eindhoven en de Kempen om na te gaan of de monitor geschikt was om een andere psk te evalueren (monitor 3.0). De gegevens van de betrokken ketenpartners werden door de manager van de crisisdienst van Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en omgeving aangeleverd en dezen werden vervolgens per email verzocht de monitor in te vullen. Er werden in deze ronde 17 monitors ingevuld door 19 respondenten (7 managers en 12 uitvoerend medewerkers). Hun commentaar werd gebruikt voor het maken van de voorlopig definitieve versie van de psk monitor (versie 4.0).

#### Fase 5

Deze fase betrof de implementatie van de definitieve monitor. De borging van de monitor verliep via het ROAZ Noord-Brabant. De Focusgroep Acute Psychiatrie keurde een voorstel daartoe goed, welke goedkeuring door het ROAZ Noord-Brabant bevestigd werd.

#### Betrokken ketenpartners

Het onderzoek richtte zich op de psk en de psychiatrische crisispatiënt. Om tot een werkbare monitor te komen, werden meerdere organisaties en diensten bij het onderzoek betrokken: zowel primaire ketenpartners als organisaties die veelvuldig een beroep doen op de psychiatrische spoedzorg. Het betreft de ggz-crisisdienst, huisartsen (posten), de regionale ambulancevoorziening (RAV), SEH'en van ziekenhuizen, het team noodhulp van de politie, psychiatrische afdelingen algemeen ziekenhuis (PAAZ), de dienst forensische artsen van de gemeentelijke geneeskundige dienst (GGD), de verslavingszorg, maatschappelijke opvang, de crisisdienst van het algemeen maatschappelijk werk (AMW), de spoedeisende zorg van Bureau Jeugdzorg, organisaties voor dag- en woonvoorziening van verstandelijk

gehandicapten, stichting MEE voor de (verstandelijk) gehandicaptenzorg en het Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB).

### De mening van de patiënt

Behalve de ketenpartners werden ook cliënten die in aanraking waren gekomen met de psychiatrische spoedzorg in WNB bevestigd over hun ervaringen met de psychiatrische spoedhulp. Wij baseerden ons daarbij op het organiseren van focusgroepen volgens de methode van Mul en Witman (2009). Er werden cliëntenfocusgroepen georganiseerd in Halsteren, Bergen op Zoom en Roosendaal, waaraan in totaal 11 cliënten deelnamen. Het geheel van de verschillende reacties overziend, konden we concluderen dat het merendeel van de cliënten tevreden was over de ontvangen spoedhulp. Ze waren tevreden over de aanrijdtijd en de interventie van de ggz-crisisdienst. Twee cliënten gaven aan ontevreden te zijn over de opkomsttijd (3 en 5 uur). Ze klaagden dat het ggz-personeel afhoudend was om de crisisdienst in te schakelen. Eén cliënt was ontevreden over de interventie omdat zij de bejegening niet goed vond. Ook cliënten die met meerdere ketenpartners (zoals politie, huisartsenpost en ambulancepersoneel) in aanraking kwamen, waren tevreden over de crisisinterventie.

Een punt van onvrede dat meerdere malen terugkwam, betrof het wachten op de hulpverlener voor cliënten die een opname behoeven. Zij gaven aan dat het erg lang duurde voordat de psychiater kwam voor het opnamegesprek. Bovendien vonden ze de ruimte waar ze moesten wachten onaangenaam en onvoldoende afgeschermd van andere cliënten. Uit deze focusgroepen hebben we de lering getrokken dat kwalitatieve vragen uit de monitor ook voor cliënten van belang zijn en dus dat cliënten met dat deel van de monitor bevestigd kunnen worden.

## RESULTATEN

Eerst beschrijven we het resultaat van het proces van het maken van de PSK-monitor en vervolgens de gegevens over het functioneren van PSK in de regio's Westelijk Noord-Brabant en Eindhoven en de Kempen.

### De monitor

In fase 1 en 2 werden de data verzameld via een semi-structureerd interview aan de hand van de monitor en in fase 3 en 4 kregen de respondenten de monitor per mail toegestuurd.

Gedurende de ontwikkelfase (fase 1-4) werd de monitor qua omvang ongeveer met twee derde ingekort. Dit gebeurde onder andere door het navragen van de relevantie per vraag. Alleen die vragen werden meegenomen die 90% van de respondenten uit de eerste onderzoekronde

belangrijk vond. Daarnaast werden de antwoorden op de vragen geanalyseerd. Wanneer op vragen geen eenduidig antwoord kwam of de vragen voor meerdere interpretaties vatbaar bleken, werden deze aangepast of verwijderd.

Aan de monitor uit fase 3 en 4 werd een feedbackvragenlijst toegevoegd bestaande uit acht vragen die betrekking hadden op de bruikbaarheid van de vragenlijst. De antwoorden werden gebruikt om de monitor opnieuw aan te passen. Vragen die onduidelijk waren of als dubbel ervaren werden, werden verwijderd en ten slotte werd de lay-out gewijzigd zodat vragen eenvoudiger te scoren waren. Samen met het veld ontwikkelde de vragenlijst zich van *nice to know* naar *need to know*. Ten slotte gaat het om een vragenlijst die in zo weinig mogelijk tijd van respondenten zo relevant mogelijke informatie geeft.

De voorlopig definitieve monitor bestaat uit 24 items over de volgende onderwerpen: algemene gegevens van de respondent (één vraag), patiëntinformatie (aantallen; vijf vragen), patiëntstromen (verwijzingen tussen ketenpartners en bij wie vraagt men consultatie; drie vragen), bereikbaarheid, beschikbaarheid en aanrijdtijden (twee vragen), tevredenheid over de crisisinterventie (vier vragen), wachtlijstproblematiek, afsluitings- en overdrachtsproblemen (vier vragen) en de tevredenheid over en de knelpunten betreffende de onderlinge samenwerking en het functioneren van de PSK als geheel (vijf vragen). Het invullen neemt ongeveer 60 minuten in beslag. De monitor wordt ingevuld door managers en uitvoerende medewerkers van organisaties die in een regio betrokken zijn bij de psychiatrische spoedzorg.

### Resultaten met de PSK in twee regio's

#### AANMELDING EN VERWIJZINGEN

Op jaarbasis kwamen er ongeveer 2000 patiënten in de PSK van Westelijk Noord-Brabant (WNB) en 4500 in de PSK van Eindhoven en de Kempen. Dit betekent dat respectievelijk 0,7 en 0,9% van beide populaties per jaar een psychiatrische crisis doormaakte. Het aandeel van de ggz-crisisdienst was 57,4% in WNB en 36% in Eindhoven en de Kempen.

De verhouding nieuwe en bekende patiënten was in WNB 34 versus 66% en in Eindhoven en de Kempen 36 versus 64%. Het percentage patiënten dat werd gezien binnen en buiten kantoor tijd was in WNB 37 versus 63% en in Eindhoven en de Kempen 24 versus 76%. In WNB werd 8% van de crisispatiënten opgenomen middels een inbewaaringstelling (IBS), in Eindhoven en de Kempen was dat 5,7%.

In beide regio's was de grootste stroom verwijzingen die van de huisartsen(post) naar de ggz-crisisdienst. In de regio WNB was de tweede grootste stroom verwijzingen die van de reguliere ggz naar de ggz-crisisdienst, terwijl dit in Eindhoven en de Kempen van de politie naar de ggz-crisis-

dienst was. Bij WNB stond deze op de derde plaats, terwijl in Eindhoven en de Kempen de derde grootste stroom verwijzingen binnen de rsk de familie was die de patiënt naar de crisisdienst van de verslavingszorg verwees.

#### **BEREIKBAARHEID, BESCHIKBAARHEID EN AANRIJDTIJDEN**

De ketenpartners gaven aan dat zij het frequentst een bereikbaarheidsprobleem ervoeren bij de ggz-crisisdienst. Ketenpartners klaagden over een lange aanrijdtijd of lange wachttijd, een moeilijke telefonische bereikbaarheid of ze misten de bereidheid om een beoordeling te komen verrichten.

#### **TEVREDENHEID OVER DE CRISISINTERVENTIE**

De organisaties binnen de rsk die op een 10-puntsschaal de beste beoordeling kregen voor de crisisinterventie waren de ambulance (7,7; WNB) en de politie (7,3; Eindhoven en de Kempen), gevolgd door de huisarts (7,4; WNB) en de ambulance (7,1; Eindhoven en de Kempen). Op de derde plaats stonden in WNB zowel de ggz-crisisdienst, als de PAAZ en GGD met een 6,8. In Eindhoven en de Kempen kreeg de huisartsenpost (6,8) de derde hoogste beoordeling.

#### **WACHTLIJSTEN**

De respondenten ervoeren het frequentst een wachtlijst bij de ggz. Dit werd in beide regio's genoemd. Op de tweede en respectievelijk derde plaats stonden de PAAZ en de verslavingszorg.

#### **AFSLUITING EN OVERDRACHT**

De respondenten gaven op een 10-puntsschaal in WNB een 6 voor de terugkoppeling aan de verwijzer, terwijl dit in Eindhoven en de Kempen op een 4,7 uitkwam.

#### **FUNCTIONEREN VAN DE PSK IN HET ALGEMEEN**

Het algemene functioneren van de rsk werd door de respondenten op een 10-puntsschaal beoordeeld met een 6,6 in WNB en een 6,2 in Eindhoven en de Kempen. Het meest tevreden was men over de samenwerking met de RAV en de politie. Het minst tevreden was de keten over de samenwerking met de verslavingszorg in WNB en die met de vrijgevestigde psychiaters in Eindhoven en de Kempen. Beide kregen een vijf als gemiddeld rapportcijfer. In WNB was het meest genoemde knelpunt de lange aanrijdtijd van de ggz gevolgd door het ontbreken van crisisopvang voor verslavingspatiënten in de uren buiten kantoor tijd. In Eindhoven en de Kempen noemden de ketenpartners de onderlinge afspraken en de onderlinge communicatie het grootste knelpunt gevolgd door een onvoldoende overdracht.

In de regio WNB was men tevreden over de wijze waarop psychiatrische crises in samenspraak werden opgelost en

vond men de individuele aanpak per crisispatiënt goed. Ook was men tevreden over de expertise en gaven ketenpartners aan dat de patiënt deskundige en kwalitatief goede zorg kreeg. In Eindhoven en de Kempen waren de ketenpartners tevreden over de crisiszorg die aan patiënten geboden werd, over de korte lijnen en over de interventie van de politie en de ambulance.

#### **DISCUSSIE**

Dit onderzoek had als doel het ontwikkelen van een monitor om kenmerken en kwaliteit van de rsk in kaart te brengen. De ontwikkelde monitor is uitgetest in WNB en Eindhoven en de Kempen. Uit de bevindingen in deze regio's blijkt dat we met de monitor in staat zijn kennis over de werking van de rsk te genereren, uitspraken te doen over de kwaliteit van het werk in de rsk en knelpunten die daarin voorkomen op te sporen en van een gewicht te voorzien.

Als belangrijkste resultaat melden we dat de door ons ontwikkelde monitor bruikbaar is gebleken een rsk te beschrijven, uitspraken mogelijk maakt over de kwaliteit van haar werk, knelpunten op te sporen en de resultaten via een ROAZ terug te koppelen naar de deelnemende organisaties, die daar vervolgens hun voordeel mee kunnen doen. De monitor slaagt er in zowel de overeenkomsten als de uniciteit van de verschillende ketens zichtbaar te maken. Daardoor is het een bruikbaar instrument waarmee afzonderlijke rsk's de kwaliteit van hun werk kunnen toetsen en vergelijken met die van een andere rsk. We noemen hier een drietal punten waarin de uniciteit van een regio tot uitdrukking komt. In Eindhoven en de Kempen vinden we ongeveer 9 op 1000 mensen die op jaarbasis in aanraking komen met de rsk, terwijl dat er in WNB 7 zijn. Dit lijkt samen te hangen met de grotere mate van verstedelijking van Eindhoven en de Kempen. In WNB worden proportioneel gezien meer inbewaringstellingen uitgeschreven dan in Eindhoven en de Kempen. In WNB was men eenduidiger over benoemde knelpunten dan Eindhoven en de Kempen.

Naast verschillen waren er tal van overeenkomsten tussen beide regio's te noteren. We noemen er één. Opvallend was dat er in beide rsk's nauwelijks cijfers beschikbaar waren over bijvoorbeeld beschikbaarheid, bereikbaarheid en aanrijdtijden. Het was daardoor niet duidelijk of de subjectieve beleving van respondenten over deze zaken het gevolg is van enkele incidenten of van een structurele situatie. Een registratiesysteem waarop meerdere ketenpartners aangesloten zijn, zou hier meer inzicht in kunnen geven en een steviger basis vormen om de keten te verbeteren.

De gemiddelde cijfers van 6,6 en 6,2 die respondenten gaven voor het algehele functioneren van de rsk in respec-

tievelijk wNB en Eindhoven en de Kempen tonen aan dat de ketenpartners menen dat de Psk weliswaar op een voldoende niveau functioneert, maar dat dit functioneren niet optimaal is. Er is ruimte voor verbetering.

## CONCLUSIES

Wij concluderen dat de doelstelling een monitor te ontwikkelen waar het veld voordeel bij heeft, gehaald is. De monitor verschaft het veld inzicht in het functioneren van de Psk als geheel en verhoogt het ketenbewustzijn binnen een Psk.

De monitor kan een bruikbaar instrument zijn om in de toekomst de Psk periodiek te evalueren. Gebleken is dat we met de monitor zowel in staat zijn om een Psk te beschrijven als de daarin voorkomende knelpunten aan het daglicht te brengen. Omdat dit in beide regio's, wNB en Eindhoven en de Kempen, de bevinding was, denken wij dat dit ook in andere regio's in Nederland het geval zou kunnen zijn. Wij schatten daarom de ecologische validiteit van het instrument als voldoende. Het ROAZ Noord-Brabant is thans bezig interviewers in alle Brabantse Psk's te rekruteren, zodat de monitor met ingang van 2014 in de provincie Noord-Brabant geïmplementeerd zal zijn.


De Psk-monitor is naar onze mening toepasbaar in alle Psk-regio's in Nederland omdat gezondheidsregio's in ons land tamelijk uniform georganiseerd zijn. Met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de Psk's bevelen we aan om de monitor landelijk te implementeren. Dit zou vanuit de landelijke ROAZ geïnitieerd kunnen worden. Dit onderwerp staat daar al enige tijd op de agenda. In wNB wordt de monitor ook in 2013 toegepast.

## LITERATUUR

- Achilles RA, Beerthuis RJ, Ewijk WM van. Handboek spoedeisende psychiatrie (2de druk). Amsterdam: Benecke; 2011.
- Boudreaux ED, Allen MH, Claassen C, Currier GD, Bertman L, Glick R, e.a. The psychiatric emergency research collaboration-01: Methods and results. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 515-22.
- Feltz-Cornelis CM van der, Volker D, Heer E de. Routine Outcome Monitoring: ontwikkelingen in de GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Goodman LA. Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics* 1961; 32: 148-70.
- Leeuw R de, Peters A, Hemert B van, Houdt C van, Schrijvers G. GGZ crisisdiensten; Grote verschillen in organisatie en wijze van functioneren. Utrecht: Julius Centrum; 2009.
- Mul M, Witman, Y. Spiegelbijeenkomsten, een methode voor feedback van patiënten. Werkboek voor de organisatie. Amsterdam: AMC; 2009.
- ROAZ Noord-Brabant Focusgroep Acute Psychiatrie. Rapportage inventarisatie van de zorgketen van de gecombineerde acuut psychiatrische/somatische patiënt; Verbeter- en verankeringspunten voor de zorgketen van de gecombineerde acuut psychiatrische/somatische patiënt. Tilburg: NAZB; 2010.
- Segal SP, Egly L, Watson MA, Goldfinger SM. The quality of psychiatric emergency evaluations and patient outcomes in county hospitals. *Am J Public Health* 1995; 85: 1429-31.
- Stekette EF, Vernimmen R. Rapport ontwerp procesmodel. Project: 'Verbeteren Stedelijke Crisisketen' (intern rapport). Amsterdam: De Processpecialisten; 2003.
- Stricker G, Rodriguez ER, red. Handbook of quality assurance in mental health. New York: Plenum Press; 1988.

Lijst van organisaties van de respondenten die geïnterviewd zijn:

Regio wNB: Crisisdienst AMW, Crisisdienst GGZ wNB, Dag en Woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten, forensisch arts GGD, huisarts, Huisartsenpost wNB, Instituut voor Maatschappelijk Werk, Maatschappelijke Opvang, Netwerk Acute Zorg Brabant, Novadic-Kentron, PAAZ Lievensberg Ziekenhuis, Politie West- en Midden-Brabant, RAV Midden- en West-Brabant, SEH Lievensberg Ziekenhuis, Spoedeisende Zorg van Bureau Jeugdzorg, Stichting MEE. Regio Eindhoven en de Kempen: Centrale Huisartsenpost, Crisisdienst GGZE, Lumensgroep (maatschappelijk werk), Novadic-Kentron, PAAZ Catharina Ziekenhuis, PAAZ Máxima Medisch Centrum, Politie Brabant Zuid-Oost, Regionale Ambulance Voorziening Brabant Zuidoost, SEH Catharina Ziekenhuis, SEH Máxima Medisch Centrum, Spoedeisende zorg van Bureau Jeugdzorg.

 Het beschreven onderzoek was mogelijk door een subsidie van ZonMw. ZonMw stelde over de periode 2007-2012 ruim 4 miljoen euro beschikbaar voor onderzoek naar de spoedzorg in Nederland. Ons onderzoek vormt één van deze projecten.

Zonder de inzet van alle organisaties en personen die meegewerkt hebben aan dit onderzoek was afronding ervan niet mogelijk geweest. GGZ wNB bood ruimte en faciliteiten om dit onderzoek uit te voeren en zal voortzetting ervan de komende jaren faciliteren. Netwerk Acute Zorg Brabant verleende steun voor dit onderzoek en zet zich in om de monitor te implementeren.

## SUMMARY

# A monitor for the emergency psychiatric service chain

M.E.F.H. SALDEN, J.F.L.M. VAN KEMENADE, A. VAN DAM, C.L. MULDER

**BACKGROUND** Many organisations are involved in the delivery of psychiatric emergency care to patients in crisis. We therefore refer to these organisations as the Psychiatric Emergency Chain (PEC). The quality of the PEC determines the quality of the psychiatric emergency care in a region. In order to measure the quality of this type of care a monitor has been developed in collaboration with the main stakeholders in the region Western North Brabant (WNB).

**AIM** To develop a monitor to measure the quality of a PEC in a region, identify weak spots in the chain and feed back the results to the chain.

**METHOD** By searching the literature, studying the primary process in the chain and by having interviews with stakeholders we compiled a questionnaire for monitoring the PEC. The monitor was tested in the WNB region and adjusted on the basis of experiences with the respondents. Then the monitor was generalised and tested in another region (Eindhoven and the Kempen) in order to find out whether this instrument might also be applicable to other PECs in the Netherlands.

**RESULTS** The monitor provided the PEC with a common language for evaluating the chain. The monitor was able to pinpoint particular weak spots and collaboration problems such as the response time required to reach the emergency, communication between and within organisations and domain discussions between different stakeholders. Chain partners used the results of the monitor to negotiate better collaborative agreements and to improve their care.

**CONCLUSION** The monitor is able to pinpoint problem areas in the PEC and subsequently to generate feedback to its stakeholders. This creates opportunities for improvement in the PEC. Therefore the monitor is a useful instrument for evaluating a local PEC periodically.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)2, 79-85

**KEY WORDS** chain collaboration, chain quality, emergency psychiatry, monitor, psychiatric emergency care, regional council emergency care