



Consult Zorg



Rapport

Tijdsbestedingsonderzoek electroconvulsietherapie

2021



Rapport

Tijdsbestedingsonderzoek electroconvulsietherapie

2021

Colofon

Opdrachtgever:

Nederlandse Zorgautoriteit

Auteurs:

Sjoerd van der Zee, Frens Verstijnen & Lotte Coenen

Datum:

01-04-2021

Inhoudsopgave

1.	Samenvatting	4
1.1	Het resultaat - directe behandel tijd	4
1.2	Het resultaat - indirecte behandel tijd	5
1.3	Overige factoren van invloed op de (directe) tijdsbesteding	7
1.4	Representativiteit	7
1.5	Reikwijdte van het tijdsbestedingsonderzoek	9
1.6	Afhankelijkheden, beperkingen en risico's	9
2.	Directe tijd op basis van zorgvraag	11
2.1	ASA-score	11
2.2	Dwang	12
2.3	Psychiatrische ernst	12
2.4	Zorgvraaginvulling door de Zorginstellingsgroepen	14
3.	Spreiding en outliers	15
4.	Bijlage 1: Reikwijdte ECT-proces	16
5.	Bijlage 2: Type behandelaren conversie	17
6.	Bijlage 3: Participerende zorginstellingen per groep	18
7.	Bijlage 4: Definities	19

1. Samenvatting

1.1 Het resultaat – directe behandel tijd

Ter herijking van het ECT-tarief heeft u aan ons de opdracht verstrekt om middels een tijdsbestedingsonderzoek, de tijdsbesteding van de behandelaren voor de overige prestatie ECT inzichtelijk te maken, waarbij onderscheidt dient te worden gemaakt in:

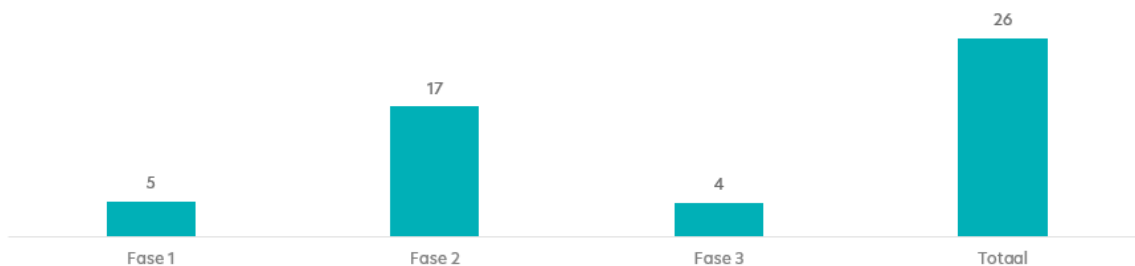
- Tijdsbesteding per onderkende processtap (bijlage 1).
- Tijdsbesteding per type behandelaar (bijlage 1 en 2).
- Aard van de tijdsbesteding (direct of indirect)¹.
- De patiëntkenmerken, zijnde ASA-classificatie, psychiatrische ernst en dwang².

Bijgaand treft u de resultaten voor de **directe** tijdsbesteding uitgedrukt in de *Gemiddelde directe doorlooptijd (GDD)* en de *Gemiddelde inzet directe behandel tijd (GiDB)*. De resultaten voor de **indirecte** tijdsbesteding zijn opgenomen in paragraaf 1.2. Het oordeel over de representativiteit is opgenomen in paragraaf 1.3. Details met betrekking tot de **directe** tijdsbesteding per patiëntkenmerk zijn opgenomen in hoofdstuk 2.

Gemiddelde directe doorlooptijd (GDD)

De doorlooptijd van een ECT-behandeling, uitgedrukt als de '*Gemiddelde directe doorlooptijd (GDD)*', is een benadering van de ervaren interactie van behandelend zorgpersoneel vanuit het patiëntperspectief. Op basis van onderstaande grafiek kan worden geconcludeerd dat de GDD voor een ECT-behandeling 26 minuten bedraagt (respectievelijk 5, 17 en 4 minuten voor processtap 1, 2 en 3).

Grafiek 1: Gemiddelde directe behandel tijd per processtap



Gemiddelde inzet directe behandel tijd (GiDB)

De gemiddelde inzet van de directe behandel tijd, uitgedrukt als de '*Gemiddelde inzet directe behandel tijd (GiDB)*' betreft een optelling van de behandel tijd van de betrokken behandelaren en is daarom hoger dan de GDD³. Op basis van de uitgevoerde waarnemingen bedraagt de GiDB voor een ECT-behandeling 97 minuten. De tijdsbesteding per processtap, per behandelaar is opgenomen in Tabel 1.

¹ Voor de definitie van indirecte en directe tijd zie Bijlage 4.

² Voor de definitie van de ASA-classificatie, psychiatrische ernst en dwang zie Bijlage 4.

³ De GiDB: cumulatieve directe tijdsbesteding van **alle** betrokken behandelaren in scope delen door het aantal waarnemingen per processtap, resulterend in een 'gemiddelde behandelinzet' voor ECT-behandelingen (hierna: "*Gemiddelde behandelinzet*").

Tabel 1: Gemiddelde directe behandeltime per processtap, per behandelaar (in minuten, afgerond)

Functie	Processtap			Totaal	%
	1	2	3		
Anesthesie medewerker	0	17	1	18	18,6%
Anesthesist	0	16	0	16	16,5%
Arts-assistent	0	8	0	8	8,2%
Loopmedewerker	0	0	1	1	1,0%
Psychiater	0	16	0	16	16,5%
Psychiatrisch verpleegkundige	6	12	1	19	19,6%
Verkoever verpleegkundige	3	6	10	19	19,6%
Totaal	10	74	14	97	100%

Begeleidende observaties:

- In bijlage 2 staat de groepering van functies toegelicht. Onder psychiatrisch verpleegkundigen is tevens de functie als ECT-coördinator gegroepeerd.
- Hogere tijdsinzet per functie kan voortkomen uit het gegeven dat op sommige momenten meerdere personen in dezelfde functie zorg verlenen. Dit gaat met name op voor het verpleegkundig personeel.
- De tijdsinzet van de loopmedewerker is zeer gering. Niet iedere zorginstelling laat het vervoeren van de patiënt door een aparte functie uitvoeren. In meerdere gevallen is geobserveerd dat bijvoorbeeld de verkoever verpleegkundige zich hierover ontfermt.
- Bij het buiten beschouwing laten van de waarnemingen voor reguliere grootaandieners van ECT-behandelingen zal de gemiddelde ECT-behandeltime toenemen. Dit betreft waarschijnlijk een toename van 10 minuten van de totale gemiddelde inzet directe behandeltime.

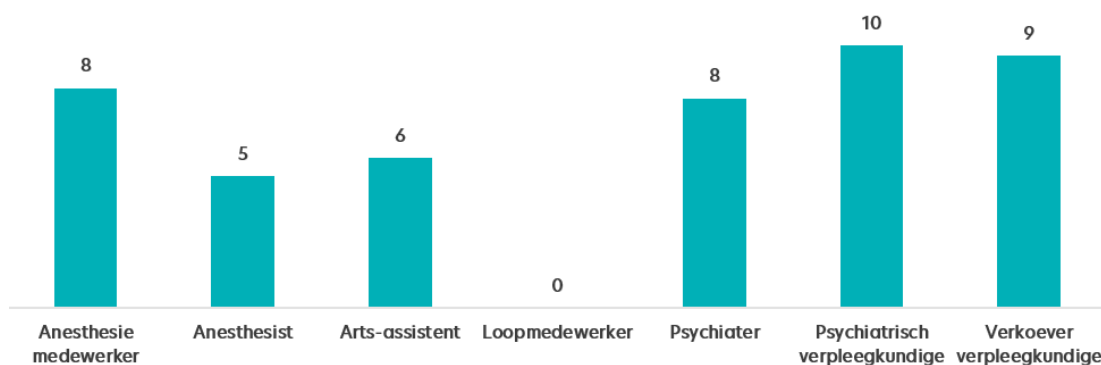
1.2 Het resultaat - indirecte behandeltime

De indirecte time is middels waarnemingen en een enquête in kaart gebracht.

Waarnemingen

De uitkomsten van de waargenomen indirecte time is weergegeven in Grafiek 2. Veel indirecte activiteiten, zoals gerichte overleggen, hebben buiten het gezichtsveld van de waarnemer plaatsgevonden en zijn derhalve niet meegenomen in onderstaande grafiek.

Grafiek 2: Gemiddelde waargenomen indirecte behandeltime per behandelaar (in minuten, afgerond)



Enquête

In totaal zijn 66 ingevulde enquêtes ten aanzien van de indirecte tijdsbesteding voor een totaal van 19 verschillende zorginstellingen ontvangen.

Als gevolg van beperkte uitvragen van indirecte tijd is gekozen geen concluderende uitspraken te doen over de indirecte tijd. In plaats hiervan wordt de enquête enkel gebruikt om meer inzicht te verschaffen in de elementen van indirecte tijdsbesteding. Dit betreft verklaringen anders dan zorgtaken, overdracht of dossiervoering. De uitkomsten van de enquête zijn weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2: Uitkomsten enquête indirecte tijdsbesteding

Functie (categorie)	Gemiddelde indirecte tijd per patiënt (minuten)	Aantal respondenten	Aangegeven werkzaamheden
administratie / secretariaat	63	3	<ul style="list-style-type: none"> • Planning/vervanging • ECT overleg • Behandel-evaluatiegesprek
afdelingsmanager OK	5	1	<ul style="list-style-type: none"> • OK-planningsoversleg
Anesthesie medewerker	10	5	<ul style="list-style-type: none"> • Dagelijks ECT overleg
Anesthesist	24	4	<ul style="list-style-type: none"> • Bespreking preoperatieve screening • MDO
ECT coördinator	103	5	<ul style="list-style-type: none"> • Onofficiële overleggen over patiënten • Overleg met de polikliniek • Wekelijkse bespreking planning, wachtlijst en behandelingen met psychiater • Correspondentie met regiebehandelaren/SPV-ers/casemanagers • MDO • Verpleegkundig overleg
Psychiater	56	28	<ul style="list-style-type: none"> • MDO • Kwaliteitsbevorderingsoverleg • Dagelijks ECT overleg • Intake (forensisch) • ECT indicatie (zorginhoudelijk) • ECT planning (logistiek) • Behandel-evaluatie
Psychiatrisch verpleegkundige	47	9	<ul style="list-style-type: none"> • Dagelijks/wekelijks ECT overleg • MDO
Verkoever verpleegkundige	16	7	<ul style="list-style-type: none"> • MDO
Verpleegkundig specialist GGZ	70	4	<ul style="list-style-type: none"> • ECT team overleg • ECT briefing • Patiëntbespreking • Contact verwijzende partijen • Kwaliteitsbevorderingsoverleg

1.3 Overige factoren van invloed op de (directe) tijdsbesteding

Ter validatie is als onderdeel van de enquête navraag gedaan naar mogelijke factoren die van invloed (kunnen) zijn op de directe tijdsbesteding bij ECT-behandelingen. De uitkomsten zijn hieronder samengevat.

- ASA-score van 3, 4 of 5.
- Gedwongen behandeling.
- Psychiatrische ernst.
- Coöperatie patiënt.
- Bijkomende medicatie geven.
- Patiënten van buiten de instelling behandelen.
- Atypische reactie op anesthetica.
- Betrokkenheid van familie of begeleiding

1.4 Representativiteit

In totaal zijn 598 waarnemingen⁴ verricht, welke in redelijke mate evenwichtig zijn verdeeld over de *Zorginstellingsgroepen*⁵ en *processtappen* (187 fase 1, 208 fase 2 en 203 fase 3). Daarnaast benadert de samenstelling van de patiëntpopulatie op basis van de waarnemingen de samenstelling van de patiëntpopulatie volgens de uitkomsten van de enquête.

Met uitzondering van de waarnemingen voor ASA-score 4, waar gezien het gering aantal waarnemingen gecombineerd met een hoog aandeel van waarnemingen met een “verhoogde” behandelinzet ter geruststelling van de patiënt, op basis van bovenstaande op een geaggregeerd niveau sprake is van representativiteit van de waarnemingen.

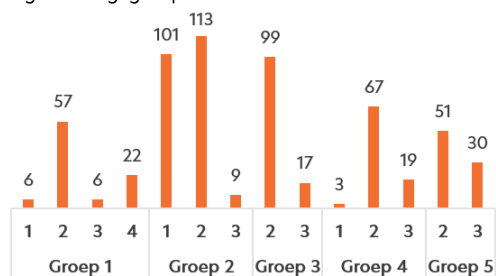
Er bestaat een inverse relatie tussen de mate van representativiteit en het detailniveau van analyse dat op de waarnemingspopulatie wordt toegepast; een toenemende mate van detailanalyse (e.g. het toepassen van meerdere doorsneden op de waarnemingspopulatie) heeft een verminderd effect op de mate van representativiteit.

Voor een nadere uiteenzetting van de samenstelling van de patiëntpopulatie op basis van de waarnemingen en een vergelijking met de uitkomsten van de enquête, wordt verwezen naar onderstaande grafieken en tabellen. Voor een analyse van de spreiding van de waarnemingen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

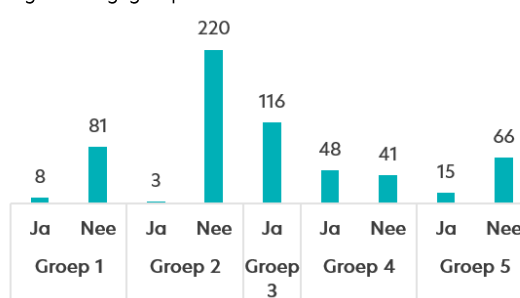
⁴ Voor de definitie van een waarneming zie Bijlage 4.

⁵ Voor de deelnemende zorginstellingen per Zorginstellingsgroep en de desbetreffende indeling zie Bijlage 3.

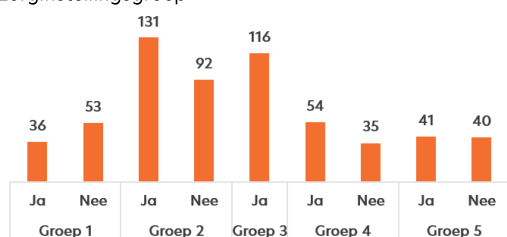
Grafiek 3: Aantal ASA-waarnemingen per ASA-score per Zorginstellingsgroep



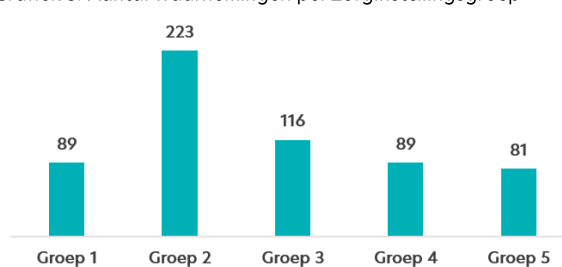
Grafiek 4: Aantal Dwang-waarnemingen per Zorginstellingsgroep



Grafiek 5: Aantal Psychiatrische ernst-waarnemingen per Zorginstellingsgroep



Grafiek 6: Aantal waarnemingen per Zorginstellingsgroep



Tabel 3: Totaal aantal waarnemingen per Patiëntkenmerk per Zorginstellingsgroep

Zorginstellingsgroep	ASA-score				Dwang		Ps. ernst	
	1	2	3	4	Ja	Nee	Ja	Nee
Groep 1 (ECT uitbesteed)	6	57	6	22	8	81	36	53
Groep 2 (ECT zelf)	101	113	9	-	3	220	131	92
Groep 3 (FZ)	-	99	17	-	116	-	116	-
Groep 4 (PAAZ)	3	67	19	-	48	41	54	35
Groep 5 (PUK)	-	51	30	-	15	66	41	40
Totaal:	110	387	81	22	190	408	378	220

1.4.1 Samenstelling patiëntpopulatie volgens enquête versus waarnemingen

In totaal zijn 19 ingevulde enquêtes ten aanzien van de samenstelling van de patiëntpopulatie ontvangen voor een totaal van 19 verschillende instellingen.

Indien de uitkomsten van de enquêtes ten aanzien van de samenstelling van de patiëntpopulatie wordt vergeleken met de samenstelling van de waarnemingspopulatie, worden een aantal verschillen geconstateerd. De vergelijking is in onderstaande tabel opgenomen.

Tabel 4: Vergelijking samenstelling *Patiëntkenmerken* in patiëntpopulatie volgens enquêtes en waarnemingen

Bron	ASA-score					Dwang		Ps. ernst	
	ASA 1	ASA 2	ASA 3	ASA 4	ASA 5	JA	Nee	Ja	Nee
Enquête	13%	47%	31%	9%	0%	68%	32%	60%	40%
Waarneming	18%	65%	14%	4%	0%	32%	68%	63%	37%
Δ	-6%	-17%	18%	5%	0%	36%	-36%	-3%	3%

Het belangrijkste verschil betreft:

- De enquête geeft een hoger aantal gevallen waarbij sprake is van dwang dan is waargenomen. Dit kan het gevolg zijn van de interpretatie van gedwongen behandeling versus vrijwillige behandeling onder een gedwongen wettelijk kader (zie opmerking onder paragraaf 1.5).

1.5 Reikwijdte van het tijdsbestedingsonderzoek

Het onderzoek richt zich op de tijdsbesteding van behandelaren betrokken bij de ECT-behandeling⁶ en heeft zich beperkt tot ECT-aanbieders die zich vrijwillig hebben opengesteld voor deelname. Verdere vervolgstappen, zoals het bepalen van de kostprijs en het tarief voor de overige prestatie ECT vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Voor het tijdsbestedingsonderzoek is gebruik gemaakt van fysieke waarnemingen en een enquête.

Fysieke waarnemingen

Tijdens de fysieke waarnemingen is de tijdsbesteding per type behandelaar en per processtap geregistreerd, waarbij tevens onderscheid is gemaakt in directe en indirecte tijdsbesteding⁷. Daarnaast zijn voor de waargenomen behandelingen de ASA-classificatie, de psychiatrische ernst en dwang (i.r.t. het wettelijk kader) van de patiënt geregistreerd (hierna "*Patiëntkenmerken*"). De waarnemingen hebben bij 12 zorginstellingen plaatsgevonden (Bijlage 3).

Enquête

De enquête is gericht op:

- Het vormen van een beeld over de samenstelling van de ECT-patiëntpopulatie bij de zorginstellingen op basis van de *Patiëntkenmerken*.
- Het verkrijgen van inzicht in de indirecte tijdsbesteding door de diverse behandelaren betrokken bij de ECT-verrichting.

1.6 Afhankelijkheden, beperkingen en risico's

- De observaties hebben aangetoond dat iedere zorginstelling de vooraf geïdentificeerde activiteiten (bijlage 1) in een wisselend deel van het proces uitvoert (Bijlage 1). Verschillen in tijdsbesteding per procesfase tussen zorginstellingen kan mede het gevolg zijn van deze verschuiving.
- Voor het identificeren van de type behandelaren betrokken bij de verschillende processtappen is gesteund op de informatie verstrekt door de zorginstellingen. Daarbij is geobserveerd dat de zorginstellingen geen uniforme functie-aanduiding hanteren en zijn andere type behandelaren dan die onderkend in Bijlage 1 waargenomen. Voor een conversie van de waargenomen functies naar de uiteindelijke functie-indeling gehanteerd voor de tijdsberekeringen wordt verwezen naar Bijlage 2. Aan deze conversie kunnen geen rechten worden ontleend.

⁶ Voor de onderkende behandelaren en processtappen zie Bijlage 1 en 2.

⁷ Voor de definitie van indirecte en directe tijd zie Bijlage 4.

- Voor een merendeel van de tijdswaarnemingen voor processtap 2 “de behandeling” zijn de waarnemers, in opdracht van de NZa, buiten de behandelkamer geplaatst. In deze gevallen heeft dit geresulteerd in een indirecte tijdsobservatie waarbij de totale tijdsbesteding voor elk van de betrokken behandelaren is berekend op basis van de waargenomen begin- en eindtijd⁸ van de behandeling.
- Voor het vastleggen van de *Patiëntkenmerken* is gesteund op de informatie verstrekt door de zorginstellingen. Daarbij is geobserveerd dat:
 - De verschillende categorieën van “psychiatrische ernst” een bepaalde mate van verwevenheid en afhankelijkheid kennen. Voor een aantal patiënten is geobserveerd dat voor dezelfde patiënt door verschillende behandelaren een andere psychiatrische ernst classificatie werd toegekend. Aanvullend is gebleken dat het kenmerk psychiatrische ernst in sommige gevallen is geïnterpreteerd als de psychiatrische grondslag van de behandeling en in andere gevallen is geïnterpreteerd als gedrag vertoond door de patiënt net voor, tijdens of direct na de behandeling.
 - Het van toepassing zijn van een wettelijk kader niet een gedwongen behandeling tot gevolg heeft, maar dat de patiënt de behandeling alsnog vrijwillig kan ondergaan.
- Daar waar mogelijk is indirecte tijdsbesteding waargenomen, echter dient te worden geconcludeerd dat indirecte tijdsbesteding grotendeels buiten het gezichtsveld van de waarnemers plaatsvindt en er derhalve geringe waarde kan worden toegekend aan de geobserveerde indirecte tijdsbesteding.
- De tijdswaarnemingen hebben zich gericht op interactie tussen behandelend zorgpersoneel en patiënt. Ten tijde van de voorbereiding en met name tijdens het verkoeven is geen continue interactie met de patiënt. In het laatste geval is er overwegend sprake van een soort ‘monitoringsfunctie’ of ‘beschikbaarheidsfunctie’ van zorgpersoneel voor één of meerdere patiënten in de ruimte. Doordat deze niet vertoonde handelingen een patiënt-overstijgend karakter hebben en grotendeels buiten de reikwijdte van fysieke waarnemingen valt, vragen wij hier specifiek aandacht voor bij de interpretatie van de tijdsbesteding van met name de verkoever verpleegkundigen.
- Tabellen opgenomen in dit rapport zijn gebaseerd op niet-afgeronde berekeningen die worden gepresenteerd op hele getallen. Hierdoor tellen de tabellen niet altijd volledig op.

⁸ Begintijd: tijdstip waarop de patiënt de behandelkamer binnenkomt. Eindtijd: tijdstip waarop de patiënt de behandelkamer verlaat.

2. Directe tijd op basis van zorgvraag

2.1 ASA-score

In de onderstaande tabel is de *Gemiddelde inzet van direct behandeltime* (GiDB) per ASA-score en per processtap weergegeven. Op basis van de waarnemingen kan worden geconcludeerd dat de GiDB toeneemt naarmate de ASA-score toeneemt. Bij een ASA-score van 4 is de GiDB het hoogst (GiDB: 163 minuten) en het laagst bij een ASA-score van 1 (GiDB: 60 minuten).

Tabel 5: Overzicht gemiddelde inzet van directe behandeltime per ASA-score, per processtap (in minuten, afgerond)

ASA-score	Processtap			Totaal	Δ	
	1	2	3		hoogste	laagste
1	7	43	10	60	104	0
2	10	79	13	102	62	-42
3	13	81	10	105	59	-45
4	17	101	46	163	0	-104

De tijdsinzet voor ASA-score 4 wordt mogelijk verstoord door het gering aantal waarnemingen (22 waarnemingen) gecombineerd met een hoog aandeel van waarnemingen met een "verhoogde" behandelinzet ter geruststelling van de patiënt.

Zoals aangegeven in paragraaf 1.1 bedraagt de GiDB voor alle waargenomen betrokken behandelaren op basis van de *Gemiddelde behandelinzet* 97 minuten per ECT-behandeling. Indien de *Gemiddelde behandelinzet* wordt afgezet tegen de tijdsbesteding van het behandelteam per ASA-score worden de volgende verschillen geconstateerd (individuele afwijkingen met een waarde meer dan 5% van de totale gemiddelde behandeltime zijn rood):

Tabel 6: Verschillen tussen *Gemiddelde behandelinzet* en behandelinzet per ASA-score (in minuten, afgerond)

Type behandelaar	Gem.	ASA-1	Δ	ASA-2	Δ	ASA-3	Δ	ASA-4	Δ
Anesthesie medewerker	18	6	-12	20	2	22	4	22	4
Anesthesist	16	12	-4	17	1	17	1	21	5
Arts-assistent	8	1	-7	9	1	10	2	20	12
Loopmedewerker	1	0	-1	1	0	1	0	12	11
Psychiater	16	12	-4	17	1	16	0	20	4
Psychiatrisch verpleegkundige	19	17	-2	19	0	17	-2	27	4
Verkoever verpleegkundige	19	11	-8	19	0	21	2	40	21
Totaal	97	60	-37	102	5	105	8	163	66

Begeleidende conclusies:

- De tijdsinzet van de anesthesie medewerker en anesthesist een toenemende trend vertoont naar gelang de ASA-score toe neemt.
- De tijdsinzet van ondersteunend verpleegkundig personeel (verkoever verpleegkundige) bij een ASA-score 1 en ASA-score 4 substantieel afwijken van het gemiddelde (ASA-score 1 substantieel lagere inzet en ASA-score 4 substantieel hogere score).

2.2 Dwang

In de onderstaande tabel is de *Gemiddelde inzet van direct behandeltime* (GiDB) per *Patiëntkenmerk* Dwang en per processtap weergegeven. In tabel 7 (en tabel 8) is de ECT-aanbieder uit groep 3 geëxcludeerd om het effect van dwang bij niet-forensische aanbieders inzichtelijk te maken. Op basis van de waarnemingen kan worden geconcludeerd dat de GiDB nagenoeg gelijk is in beide situaties. Dit kan mogelijk worden verklaard doordat bij het van toepassing zijn van een wettelijk kader niet automatisch sprake is van een gedwongen behandeling. De patiënt kan de behandeling alsnog vrijwillig ondergaan.

Tabel 7: Overzicht gemiddelde inzet van directe behandeltime per *Patiëntkenmerk* Dwang, per processtap (in minuten, afgerond), exclusief ECT-aanbieder uit groep 3

Dwang	Processtap			Totaal
	1	2	3	
Ja	6	75	10	91
Nee	11	68	14	94

De GiDB voor alle waargenomen betrokken behandelaren **exclusief de ECT-aanbieder uit groep 3** resulteert in een *Gemiddelde behandeltime* van 94 minuten per ECT-behandeling. Indien deze *Gemiddelde behandeltime* wordt afgezet tegen de tijdsbesteding van het behandelteam op basis van het *Patiëntkenmerk* Dwang worden de volgende verschillen geconstateerd (individuele afwijkingen met een waarde meer dan 5% van de totale gemiddelde behandeltime zijn rood):

Tabel 8: Verschillen tussen *Gemiddelde behandeltime* en behandeltime voor *Patiëntkenmerk* Dwang (in minuten, afgerond), exclusief ECT-aanbieder uit groep 3

Type behandelaar	Gem.	Dwang Ja	Δ	Dwang Nee	Δ
Anesthesie medewerker	18	23	5	17	-1
Anesthesist	16	11	-5	16	0
Arts-assistent	6	11	5	5	-1
Loopmedewerker	1	0	-1	2	1
Psychiater	16	16	0	16	0
Psychiatrisch verpleegkundige	21	16	-5	22	1
Verkoever verpleegkundige	16	15	-1	16	0
Totaal	94	91	-3	94	0

2.3 Psychiatrische ernst

In de onderstaande tabel is de *Gemiddelde inzet van direct behandeltime* (GiDB) per *Patiëntkenmerk* Psychiatrische ernst en per processtap weergegeven. Op basis van de waarnemingen kan worden geconcludeerd dat de GiDB tussen beide een gering verschil vertoont, met een iets hoger inzet indien er sprake is van Psychiatrische ernst.

Tabel 9: Overzicht gemiddelde inzet van directe behandelijd per *Patiëntkenmerk* Psychiatrische ernst, per processtap (in minuten, afgerond)

Ps. Ernst	Processtap			Totaal
	1	2	3	
Ja	10	76	15	100
Nee	10	70	12	92

Zoals aangegeven in paragraaf 1.1 bedraagt de GiDB voor alle waargenomen betrokken behandelaren op basis van de *Gemiddelde behandelinzet* 97 minuten per ECT-behandeling. Indien de *Gemiddelde behandelinzet* wordt afgezet tegen de tijdsbesteding van het behandelteam op basis van het *Patiëntkenmerk* Psychiatrische ernst worden de volgende minieme verschillen geconstateerd:

Tabel 10: Verschillen tussen *Gemiddelde behandelinzet* en behandelinzet voor *Patiëntkenmerk* Psychiatrische ernst (in minuten, afgerond)

Type behandelaar	Gem.	Ps. ernst Ja	Δ	Ps. ernst Nee	Δ
Anesthesie medewerker	18	18	0	18	0
Anesthesist	16	17	1	15	-1
Arts-assistent	8	8	0	7	-1
Loopmedewerker	1	1	0	2	1
Psychiater	16	16	0	16	0
Psychiatrisch verpleegkundige	19	17	-2	22	3
Verkoever verpleegkundige	19	22	3	14	-5
Totaal	97	100	3	92	-5

In grafiek 7 wordt de relatie tussen ASA-score en psychiatrische ernst getoond. Hier is te zien dat verschillen in tijdsbesteding per ASA-score minimaal te relateren zijn aan dit waargenomen *patiëntkenmerk*. Dit kan mogelijk worden verklaard door de interpretatie van de psychiatrische ernst, waarin is gebleken dat het in sommige gevallen is geïnterpreteerd als de psychiatrische grondslag van de behandeling en in andere gevallen is geïnterpreteerd als gedrag vertoond door de patiënt net voor, tijdens of direct na de behandeling.

Grafiek 7: GiDB naar ASA-score en psychiatrische ernst (in minuten, afgerond)



2.4 Zorgvraaginvulling door de Zorginstellingsgroepen

Voor een invulling van de zorgvraag op basis van de *Patiëntkenmerken* door de Zorginstellingsgroepen wordt verwezen naar Tabel 1. Op basis van Tabel 1 is het volgende geconstateerd:

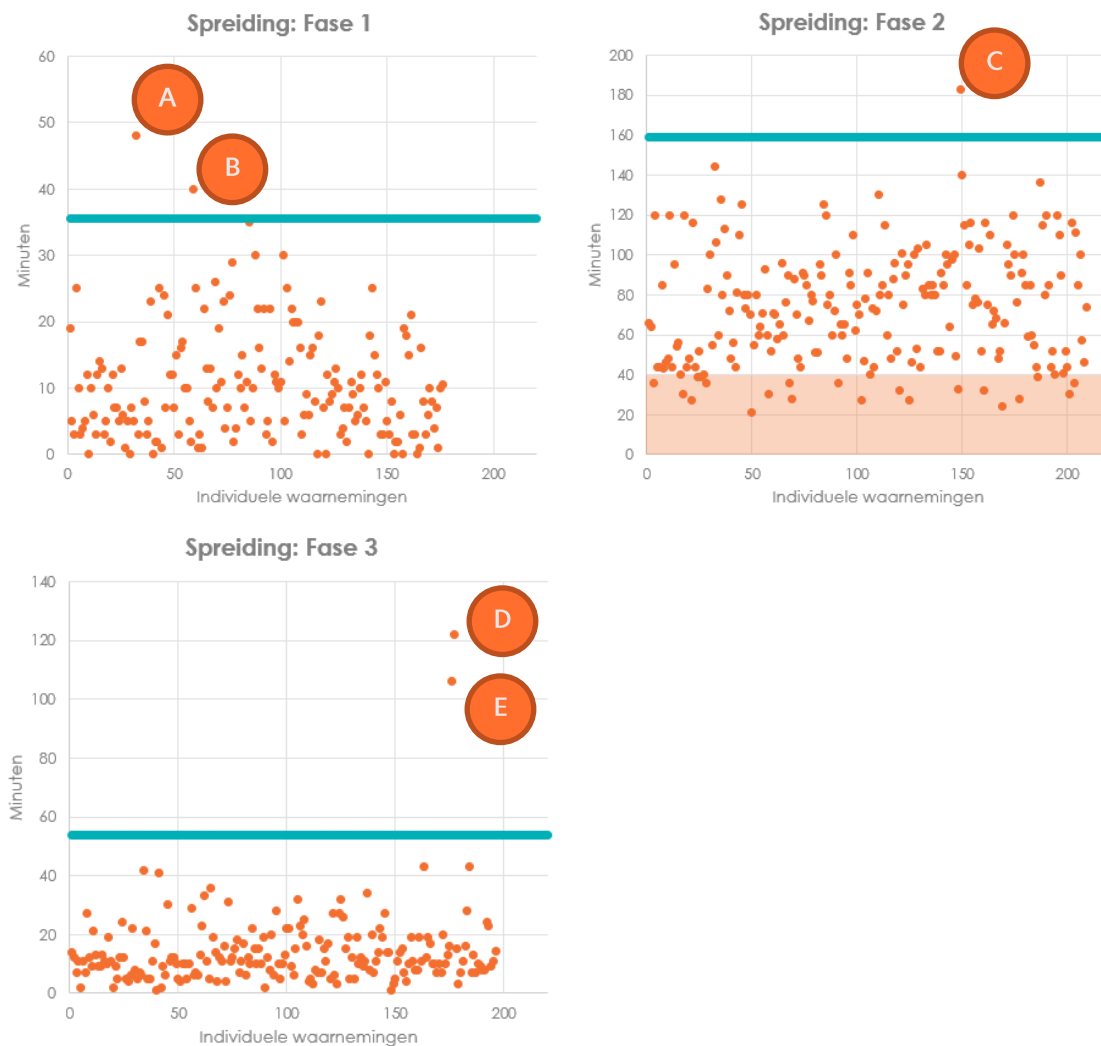
- *ASA-score*: ECT-behandelingen met een ASA-score van 1 worden voornamelijk uitgevoerd door Zorginstellingsgroep 2.
- *Dwang*: Zorginstellingsgroep 3 verricht alleen ECT-behandelingen vanuit een wettelijk kader (Dwang). Dit is inherent aan de aard van de Zorginstellingsgroep, zijnde forensische zorg. Met uitzondering van Zorginstellingsgroep 4 worden door de overige Zorginstellingsgroepen een beperkte hoeveelheid aan ECT-behandelingen met Dwang verricht.
- *Psychiatrische ernst*: Zorginstellingsgroep 3 verricht alleen ECT-behandelingen waarbij sprake is van een Psychiatrische ernst. Dit is inherent aan de aard van de Zorginstellingsgroep, zijnde forensische zorg en de daarbij behorende patiëntpopulatie. Voor de overige Zorginstellingsgroepen is een grotendeels evenwichtige verdeling waargenomen tussen ECT-behandelingen met en zonder een psychiatrische ernst.

3. Spreiding en outliers

Op basis van onderstaande spreidingsgrafieken zijn outliers in de waarnemingen geïdentificeerd, waarbij de waarnemingen die 3 keer hoger liggen dan de standaarddeviatie zijn onderzocht (blauwe streep). Hierbij zijn geen onregelmatigheden geconstateerd die het uitsluiten van de desbetreffende waarnemingen verantwoorden. In fase 1 zijn outliers te verklaren door een uitruil van activiteiten uit fase 2. In fase 2 is de outlier te verklaren door opgetreden complicaties. In fase 3 zijn outliers te verklaren door extra inzet vanuit verplegend personeel ten behoeve van onrustige patiënten.

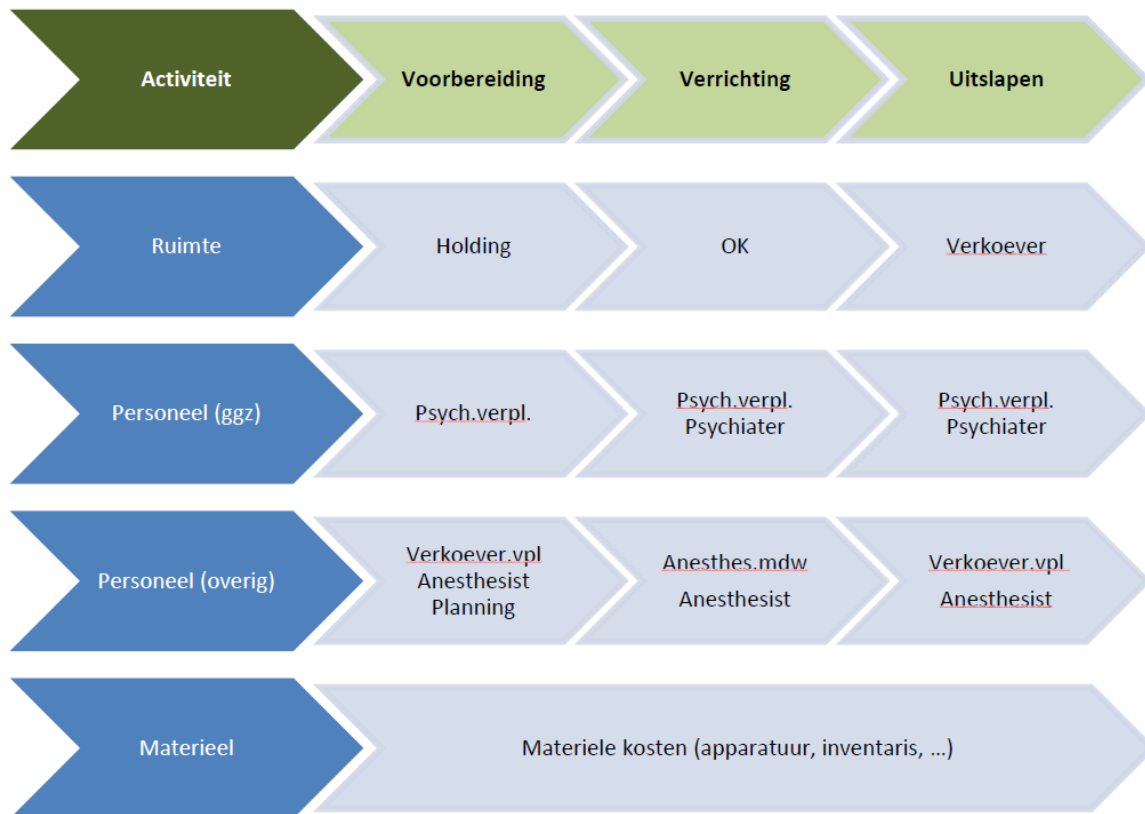
In fase 2 is tevens een gebied oranje gemarkeerd ter verheldering van de spreiding. Waarnemingen in dit gebied zijn te verklaren als zeer snel uitgevoerde behandelingen óf als behandelingen met een kleiner behandelteam.

Grafiek 8, 9 en 10: Spreiding van waarnemingen in directe behandel tijd per fase



4. Bijlage 1: Reikwijdte ECT-proces

Hieronder staat de scope van het onderzoek weergegeven, op basis van de afbeelding van de offerteaanvraag.



Afbeelding 1: Scope (bron: offerteaanvraag NZo)

5. Bijlage 2: Type behandelaren conversie

Onderstaande tabel geeft een koppeling tussen de waargenomen functies tijdens de behandelprocessen en de onderkende functies zoals opgenomen in Bijlage 1. Tevens geeft onderstaande tabel voor elk van de waargenomen functies aan of de door desbetreffende functie bestede tijd is meegenomen in de uiteindelijke berekening van tijdsbesteding.

Waargenomen functie	Uiteindelijke benaming	In scope voor berekening
Anesthesie medewerker	Anesthesie medewerker	Ja
Assistent anesthesioloog		
Anesthesioloog	Anesthesist	Ja
Anesthesist		
AIOS	Arts-assistent	Ja
Arts-assistent		
Begeleider	Begeleider	Nee
Leerling begeleider		
Beveiliging	Beveiliging	Nee
Loopmedewerker	Loopmedewerker	Ja
Transport medewerker		
Vrijwilliger		
Onbekend	Overig	Nee
Onderzoeker		
Medisch student		
PA		
Psychiater	Psychiater	Ja
ECT-verpleegkundige	Psychiatrisch verpleegkundige	Ja
Planningsmedewerker		
Coördinator		
Psychiatrisch verpleegkundige	Stagiaire	Nee
Anesthesie medewerker in opleiding		
ANIOS (meekijkend)		
Coassistent		
Coassistent psychiatrie		
Stagiair verpleegkundige		
Stagiaire	Verkoever verpleegkundige	Ja
Afdelingsverpleegkundige		
Holding verpleegkundige		
Recovery verpleegkundige		
Verkoever verpleegkundige		
Verpleegkundige		
Verpleegkundige poli VAS		

6. Bijlage 3: Participerende zorginstellingen per groep

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de indeling van zorginstellingen die hebben deelgenomen aan de waarnemingen per groep en het aantal waarnemingen per zorginstelling.

Groep	Naam zorginstelling
Groep 1: GGZ instellingen met (deels) ECT's elders uitgevoerd	Reinier van Arkel
	GGZ Drenthe
Groep 2: GGZ instellingen met eigen ECT	Parnassia
	GGZ NHN
	GGZ Delfland
Groep 3: Forensische zorg	<i>FZ aanbieder</i>
Groep 4: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	Rijnstate
	St. Antonius Ziekenhuis
	Tergooi
Groep 5: Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK)	Radboudumc
	UMC Utrecht
	Erasmus MC

7. Bijlage 4: Definities

Begrip	Omschrijving
ASA-classificatie	De risicoscore voor het gebruik van anesthetica.
Directe tijd	Bestede tijd die in het kader van patiëntenzorg is, waar de patiënt bij betrokken/aanwezig is.
Indirecte tijd	Bestede tijd die in het kader van patiëntenzorg is, waar de patiënt niet bij betrokken/aanwezig is.
Norm behandelinzet	De cumulatieve directe tijdsbesteding van alle betrokken behandelaren in scope per processtap gedeeld door het aantal waarnemingen per processtap.
Patiëntkenmerken	De ASA-classificatie, de psychiatrische ernst en dwang (i.r.t. het wettelijk kader) van de patiënt.
Psychiatrische ernst	Of de patiënt tijdens de behandeling gedrag heeft vertoond uit één van de volgende categorieën: Angstig, Agressief of Verward.
Waarneming	Een observatie behorend tot 1 van de 3 processtappen.
Dwang	De wettelijke herkomst van de patiënten waarmee een gedwongen behandeling wordt opgelegd. Dit kan zijn Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO), Wet Verplichte GGZ (Wvvgz), Wet Forensische Zorg (FZ) of 'niet van toepassing'.