

Rapportage werkgroep Kwaliteitsindeling SEH

Spoedeisende hulp:

Vanuit een stevige basis

Oktober 2009

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	.....	3
1. Inleiding	.....	4
2. Methodiek opstellen regionale landkaart	.....	7
3. Beschrijving / uitwerking basisniveau	.....	9
4. Beschrijving / uitwerking profielen	.....	13
5. Het complete pakket	.....	16
6. Kwaliteit van de organisatie	.....	18

Bijlagen:

I, II en III	Beschrijving eindtermen trainingen	21
IV	Deelnemers werkgroep	24

Voorwoord

Voor u ligt het eindresultaat van de inspanningen van de werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (SEH). Het resultaat van de testfase (pilot) heeft het concept-rapport van mei 2008 verder aangescherpt en verbeterd.

Met dit rapport beschrijft de werkgroep het profiel waaraan een SEH-afdeling van een ziekenhuis minimaal aan zou moeten voldoen om de kwaliteit van de geleverde zorg op de SEH te waarborgen. Daarnaast heeft de werkgroep criteria verbonden aan die SEH-afdelingen die zich toeleggen op het leveren van het hoogste niveau van zorg op de SEH.

De beschrijving van het basisprofiel gaat nadrukkelijk uit van de competenties waarover een arts en verpleegkundige moeten kunnen beschikken. In het rapport worden voorts enkele concrete suggesties gedaan voor opleidingen en/of cursussen waarmee gestelde competenties kunnen worden ontwikkeld. De werkgroep heeft daarnaast zes patiëntencategorieën onderscheiden die voor een adequate opvang en behandeling van patiënten specifieke competenties en materieel vereisen, de zogenoemde profielziekenhuizen.

Ik ben zeer verheugd met dit eindresultaat dat de goedkeuring van alle betrokken partijen en hun achterban kan dragen. Deze veldnormen zullen bijdragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit op de SEH. Bij het ontwikkelen van de veldnormen is steeds de haalbaarheid goed voor ogen gehouden en is voldoende ruimte gelaten om zowel de inhoud (professionals) als de organisatie (management) lokaal en regionaal specifiekere vorm te geven.

Het eindresultaat wordt namens de werkgroep aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De minister zal hierbij nadrukkelijk worden gewezen op de noodzaak van een 'groei-termijn' voor die SEH's die nog niet aan het basisprofiel voldoen.

Zonder de inspanningen van de leden van de werkgroep waren deze veldnormen niet tot stand gekomen. Tot slot wil ik dan ook alle leden van harte danken voor hun actieve participatie en kritische beoordeling gedurende het traject.

Prof. dr. F.C. Breedveld
Voorzitter werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp

1. Inleiding

Aanleiding en doelstelling

Het besluit om te komen tot een werkgroep kwaliteitsindeling SEH is in het Bestuurlijk Overleg (vertegenwoordiging van de koepels) van september 2005 genomen. De directe aanleiding hiervoor vormde de constatering uit het IGZ-rapport naar de toegankelijkheid en kwaliteit van de SEH-afdelingen. Een zeer belangrijke overweging bij het opstellen van deze rapportage is dat het hier primair gaat om het belang van de individuele patiënt. Het is nodig inzicht te krijgen welk ziekenhuis welk niveau van acute zorg kan leveren, zodat onverantwoorde situaties in de praktijk kunnen worden voorkomen.

Aanpak

In de eerste plenaire bijeenkomst in mei 2007 zijn de grote lijnen uitgezet en is gekozen voor een aanpak met drie focusgroepen met elk een taak. De eerste groep heeft in de wereldliteratuur gezocht naar bestaand materiaal dat behulpzaam zou kunnen zijn bij het uitvoeren van de opdracht om te komen tot een kwaliteitsindeling voor de SEH. De tweede groep zou trachten om een werkbaar manier te vinden om het 'hoogste niveau' per ziektebeeld (profielen) in kaart te brengen. Focusgroep 3 heeft de opdracht gekregen om te omschrijven wat het minimum niveau is waaraan een SEH moet voldoen. Deze aanpak heeft geresulteerd in een zogenaamde tussenrapportage van de werkgroep in mei 2008. In deze tussenrapportage stonden basisniveau en de profielen uitgewerkt, maar deze rapportage had nog de status van 'voorlopig' aangezien de werkgroep besloten had eerst een praktijktoets te willen uitvoeren. De belangrijkste doelstelling van deze praktijktoets was het in kaart brengen van de werkbaarheid en eventuele impact van het in de tussenrapportage beschreven basisniveau en de profielen.

De praktijktoets heeft in de periode april tot september 2009 plaatsgevonden en is uitgevoerd door onderzoeksbureau Plexus. 27 SEH locaties in drie regio's (regio Haaglanden/ Holland-Midden, regio Noord (Drenthe/Groningen/Friesland) en regio Twente/Achterhoek) zijn gevraagd (middels vragenlijst en aanvullende interviews) naar hun manier van werken en de aanwezige faciliteiten op de SEH. Uitgangspunt was hierbij de tekst uit de tussenrapportage. De resultaten van de praktijktoets zijn bediscussieerd met de werkgroepleden en hebben geleid tot aanpassingen van de tussenrapportage. Deze rapportage is dus het eindresultaat gebaseerd op de tussenrapportage en de resultaten van praktijktoets.

Proces

Zowel positieve als negatieve ervaringen in eerdere processen, zoals bij de intensive care en bij de traumazorg hebben een rol gespeeld bij de gemaakte keuzes. Zo kan een niveau-indeling te veel focussen op personeel en materieel. Dit ontnemt de instelling de verantwoordelijkheid om de afdeling naar eigen inzicht te organiseren. Bovendien betekent een indeling ook een (dis)kwalificatie van een afdeling met effecten op uitstraling, aantrekkingskracht, patiëntenstromen. Anderzijds levert

een niveau-indeling ook een meer gerichte patiëntenstroom op en is de kans groter dat de patiënt sneller op de juiste plaats komt.

Naar aanleiding van discussies in de focusgroepen en extra gesprekken met de NVZ is besloten om de term levelindeling los te laten. In de zoektocht naar een werkbare indeling is ervoor gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de opzet en de resultaten van het regionaal overleg acute zorg. Deze werkwijze leidde vanzelf tot de keuze om competenties en profielen (karakteristieken) als uitgangspunten te kiezen om de verschillen tussen SEH's aan te duiden. De professional op de SEH heeft de bagage om de patiënt met een acute hulpvraag op de SEH te helpen: kennis, vaardigheden en materieel in een goed georganiseerde omgeving.

In het proces is voorspeld dat niet alle SEH's zullen voldoen aan het basisniveau. De instellingen waarvoor dat van toepassing is moeten de kans en de tijd krijgen om hieraan te voldoen. Immers, een onacceptabel niveau is wat het is: onacceptabel, zowel vanuit patiëntenperspectief als vanuit professioneel oogpunt. Doel is en blijft de patiënt op de SEH de zorg te bieden die hij nodig heeft, variërend van 'pleisters plakken' tot acute, levensreddende handelingen.

Een aantal maal in deze rapportage wordt verwezen naar de vigerende richtlijnen van de betreffende wetenschappelijke verenigingen. Voor zover deze richtlijnen (op dit moment) geen of onvoldoende duidelijkheid geven over het in deze rapportage omschreven kwaliteitsniveau, zal het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport namens de werkgroep kwaliteitsindeling SEH deze wetenschappelijke verenigingen verzoeken hun richtlijnen op dit deelgebied nader te preciseren c.q. aan te vullen.

Resultaten

De focusgroepen van de werkgroep hebben geleid tot een beschrijving van een methodiek om te komen tot een regionale 'landkaart' en het toepassen van deze rapportage in de praktijk. Dit wordt beschreven in paragraaf 2. In paragraaf 3 is een omschrijving gegeven van de competenties die de professionals op een SEH minimaal moeten hebben. Paragraaf 4 omschrijft welke groepen patiënten meer competenties en materieel vereisen dan een basisniveau. Voor die groepen patiënten zijn profielen beschreven. De competenties die nodig zijn om deze patiënten adequaat te kunnen opvangen volgen logisch uit te state of the art van het betreffende specialisme. Niet elke SEH zal voor elk profiel toegerust zijn, sommige instellingen voor geen enkel profiel en enkele voor alle profielen. Paragraaf 5 is gewijd aan de extra taken die deze centra hebben. Tot slot, is een de organisatie van de afdeling SEH in het licht van de kwaliteitswet, hetgeen staat beschreven in paragraaf 6.

Toekomst

In de werkgroep kwaliteitsindeling SEH is besloten dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beheerder wordt van dit document en eens in de aantal jaar een evaluatie zal initiëren. De

eigenaar van dit document is "het veld". Immers, het gaat hier om een veldnorm, geschreven voor en door "het veld".

2. Methodiek om te komen tot regionale landkaart

Hieronder wordt een schets gegeven van de wijze waarop regionale 'landkaarten' tot stand kunnen worden gebracht voor patiënten die spoedeisende hulp behoeven. Deze regionale landkaarten kunnen opgesteld worden door het regionaal overleg acute zorg en een hulpmiddel zijn om te komen tot een adequate indeling van de acute zorg in de regio op basis van het beschreven basisniveau en de profielen in deze rapportage.

Uitgangspunt 1

Elke geopende SEH moet voldoen aan een basis kwaliteitsniveau (zie paragraaf 3). Dat wil zeggen dat er voldoende deskundig personeel en materieel gedurende de openingstijden beschikbaar moet zijn voor stabilisatie en reuscitatie van alle medische calamiteiten. Tevens is vaardigheid vereist voor herkenning en (veelal) behandeling van een breed scala van acute ziekte en letsel in alle leeftijdscategorieën. Door middel van triage en zo nodig doorverwijzing wordt de patiënt op de juiste plaats door de juiste hulpverlener geholpen.

Uitgangspunt 2

Niet elke SEH beschikt voor alle spoedeisende aandoeningen en gedurende 24/7 over de expertise en de achterliggende infrastructuur die nodig is om die patiënten adequaat te behandelen. Dat hoeft ook niet. Sluiting van een SEH is, bijvoorbeeld, gedurende de nacht mogelijk, mits deze voorzieningen op regionaal niveau wel zijn gewaarborgd.

Nader te omschrijven groepen patiënten worden bij voorkeur direct door de ambulance naar het centrum gebracht waar naast de eerste opvang, ook de verdere diagnostiek en behandeling kan plaatsvinden (deskundigheid en capaciteit). Het beoordelen van de zorg die de patiënt direct nodig heeft en welke ziekenhuiszorg daarna is een competentie van ambulancepersoneel of medisch mobiel team. Momenteel loopt het project NTS¹ (Nederlands Triage Systeem) met het doel te komen tot een landelijk, eenduidig model voor zowel telefonische als fysieke triage in de acute zorg (zie ook <http://www.nederlandstriagesysteem.nl>).

Voorwaarde is wel dat bekend is welk centrum voor welke patiëntencategorie(en) een expertcentrum is. Het regionaal overleg acute zorg speelt een belangrijke rol om dit zichtbaar te maken en te communiceren met betrokkenen.

Uitgangspunt 3

Een regionale 'landkaart' maakt zichtbaar waar en op welk moment nader omschreven patiëntencategorieën adequaat kunnen worden opgevangen en behandeld. Onderscheid wordt gemaakt tussen SEH's die het basisniveau bieden en instellingen die op en achter de SEH een of meer basis-plus voorzieningen bieden voor één of meer patiëntencategorieën.

¹ Werkgroep van VWS onder leiding van de heren P. Jochems, W. ten Wolde en R. Drijver

In eerste instantie gaat het om patiënten met:

1. Levensbedreigende trauma's (multitrauma of polytrauma) – reeds georganiseerd middels aanwijzen en organiseren van de traumacentra, LVTC
2. Acute cardiale aandoeningen
3. Acute neurologische aandoeningen
4. Acute heelkundige aandoeningen
5. Acute pediatrie aandoeningen
6. Acute verloskundige situaties
7. Acute psychiatrische situaties

Deze lijst is niet limitatief en kan in de toekomst worden aangevuld.

Methodiek

Puntsgewijs wordt hieronder de voorgestelde methodiek beschreven om te komen tot een regionale 'landkaart':

1. Identificeren van patiëntgroepen waarvoor meer nodig is dan de SEH-basisvoorzieningen en – expertise
 - Actoren: het regionaal overleg acute zorg / inventarisatie LVTC
2. Vaststellen state of the art per patiënten categorie
 - Actoren: wetenschappelijke vereniging (NB: het betreft hier de inhoud van de zorg. De organisatie daarvan is de verantwoordelijkheid van de instelling)
3. Bepalen welke SEH met achterliggende infrastructuur een 'profielkeurmerk' heeft voor welke patiëntencategorie, rekening houdend met:
 - Competenties en faciliteiten (zoals beschreven in deze rapportage, eventueel aangevuld met eigen "scan" instrument c.q. indicatoren)
 - Capaciteit
 - Tijden van beschikbaarheid (24/7 of alleen in 'kantooruren')
 - Actoren: Regionaal overleg acute zorg.
4. Identificeren van zwarte en witte vlekken
 - Actoren: Regionaal overleg acute zorg.

3. Beschrijving / uitwerking basisniveau

In deze paragraaf staat beschreven waar een SEH met een basisniveau aan moet voldoen.

Arts SEH

Alvorens de competenties te beschrijven is het nuttig om onderscheid te maken tussen een arts, werkzaam op de SEH en een SEH-arts en enkele andere definities te geven.

Arts SEH: arts, werkzaam op de afdeling SEH, welke niet in opleiding is tot SEH-arts en ook geen medische vervolgopleiding in de spoedeisende geneeskunde heeft afgerond.

SEH-arts: arts, als zodanig opgenomen in het register van de stichting opleiding spoedeisende geneeskunde (SOSG)

AIO² SEH-arts (nieuwe stijl): de erkenning door de MSRC van het 3-jarige curriculum voor de opleiding tot spoedeisende hulp arts verloopt voorspoedig. De intentie is om het bovengenoemde register van de SOSG onder te brengen bij de MSRC.

SEH-patiënt: patiënt die zich bevindt op de afdeling SEH waarbij de diagnostiek en behandeling van zijn ziekte of trauma nog niet is afgerond.

Directe supervisie: het superviseren van de behandeling terwijl de arts die superviseert lijfelijk aanwezig is bij die behandeling en specialistische kennis en ervaring heeft op het gebied van de behandeling.

SEH-zorg: Hiermee wordt bedoeld alle acute zorg die in het ziekenhuis verleend wordt.³ De locatie waar deze zorg geleverd wordt, hoeft niet noodzakelijkerwijs (volledig) overeen te komen met de fysieke locatie van de SEH-afdeling.

Algemene competenties

De arts SEH heeft ervaring met spoedeisende hulpverlening en is in staat om bij patiënten van alle leeftijden:

- De vitale bedreiging direct te onderkennen
- De patiënt te resusciteren en te stabiliseren op volgorde van behandelprioriteit
- De ernst van het klinisch beeld snel en accuraat kunnen bepalen
- Te bepalen of de benodigde zorg aan de patiënt de mogelijkheden van de eigen afdeling, het eigen ziekenhuis of de eigen expertise overstijgen.
- Er voor zorg te dragen dat de patiënt de best mogelijke zorg ontvangt en dat het niveau van zorg niet verslechtert tijdens evaluatie, resuscitatie en verplaatsing van de patiënt naar een andere omgeving dan de SEH.

² Arts in opleiding

³ Met uitzondering van de zorg geleverd door de zorgverleners binnen de huisartsenpost.

Enkele begrippen en competenties vragen om een nadere toelichting.

- Ervaring in de spoedeisende geneeskunde

Het is (nog) niet haalbaar om verplicht te stellen dat 24 uur per dag een arts met een voltooide medische vervolgopleiding in de spoedeisende geneeskunde aanwezig is op de afdeling SEH. Wel lijkt dit met het oog op het optimaliseren van de individuele patiëntenzorg een na te streven situatie. Een minimale vereiste voor *ervaring* is niet uit te drukken in een tijdseenheid van weken, maanden of jaren. Doorslaggevend is de competenties waarover de arts moet beschikken. Deze hangen af van de werkplek waar onder supervisie van een medisch specialist of SEH-arts ervaring wordt opgedaan, gericht cursorisch onderwijs, gebruik van skillslab, etcetera.

- De ernst van het klinisch beeld snel en accuraat kunnen bepalen
- De patiënt resusciteren en stabiliseren op volgorde van behandelprioriteit⁴

Een basisarts beschikt niet over genoemde competenties. Dat betekent dat de instelling voorafgaand een onderwijsprogramma moet aanbieden waarin de genoemde competenties in basisniveau worden aangebracht en getoetst alvorens van de arts SEH verwacht mag worden dat deze verantwoorde zorg kan bieden aan SEH-patiënten. Een inwerkprogramma voor de arts-assistent waarin boventallig (d.w.z. niet regulier ingeroosterd) gewerkt wordt is verplicht. Na afloop van dit inwerkprogramma is een formele evaluatie met competentiebeoordeling van de arts-assistent eveneens verplicht.

Een internationaal geaccepteerde benaderwijze van SEH-patiënten betreft het zogenoemde 'ABCDE'-principe, waarbij elke letter in volgorde van belangrijkheid aangeeft wat voor soort problemen als eerste aangepakt moeten worden alvorens door te gaan naar het volgende. Bij elke patiënt, maar met name bij patiënten met multipathologie biedt dit steun en geeft het richting aan de initiële opvang, resuscitatie en stabilisatie. De arts-assistent wordt gedurende de inwerkperiode getraind in deze ABCDE systematiek. Met deze ABCDE training (die qua niveau vergelijkbaar is aan internationaal gecertificeerde cursussen)⁵ worden de eindtermen behaald en getoetst zoals beschreven in de bijlage I.

⁴ In dit kader zijn twee cursussen te noemen: Advanced Life Support conform de richtlijnen van de ERC/NRR (ALS) richt zich op het herkennen van ernstig zieke volwassenen, het voorkomen van verslechtering van het klinisch beeld en de behandeling van cardiopulmonaal arrest. De Advanced Pediatric Life Support (APLS) onderwijst de cursist onderwijst in herkenning van het ernstig zieke kind, het voorkomen van verslechtering en behandeling van het cardiopulmonaal arrest bij kinderen.

⁵ Voorbeelden van dergelijke cursussen zijn: Advanced Trauma Life Support (ATLS) en Early Management of Severe Trauma (EMST).

In dit document worden enkele internationaal erkende cursussen genoemd, die tot doel hebben de genoemde competenties te onderwijzen en te toetsen. Al deze cursussen worden gegeven op internationaal erkend niveau, volgens een erkende onderwijssystematiek en toetsen op eenduidige wijze de benodigde theoretische kennis en praktische vaardigheden. Het staat een ziekenhuis vrij om zelf onderwijs en een toets te ontwikkelen van vergelijkbaar niveau.

In het ziekenhuis is gedurende de openingstijden van de SEH een arts aanwezig die direct een luchtweg kan zekeren en een reanimatie kan uitvoeren. Binnen maximaal 5 minuten is de arts aanwezig aan het bed van de patiënt.

De SEH-verpleegkundige

Het klinisch handelen van de SEH-verpleegkundige is beschreven naar de eerste fase van ontvangst en opvang van de patiënt op de SEH.

De verpleegkundige heeft werkervaring op een spoedeisende hulp afdeling en is in staat om bij patiënten van alle leeftijdscategorieën:

- Triage uit te voeren; het dynamische proces om tot urgentiebepaling te komen en een vervolgtraject te indiceren
- Ondersteuning te verlenen bij interventies (of deze in te zetten) gericht op stabilisatie en herstel van vitaal bedreigde lichaamsfuncties
- Aanvullend onderzoek en behandeling in te zetten; volgens richtlijnen en protocollen
- Zorgtoewijzing te verlenen; inzet andere disciplines volgens protocol of in opdracht SEH-arts (coördinatie).

Om tot een verantwoorde uitvoering van het Klinisch handelen te komen beschikt de SEH-verpleegkundige over een aantal kwalificaties. Deze kwalificaties worden enerzijds verkregen via werkervaring op het terrein van de algemene verpleegkunde en de SEH-verpleegkundige in het bijzonder, anderzijds zijn er een aantal opleidingen en trainingen die hem hiertoe bekwaam maken. Opleidingen en trainingen die leiden tot een bekwaam en daarmee bevoegd SEH-verpleegkundige op het gebied van het Klinisch handelen op de SEH zijn:

- Een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar
- Een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van de SEH⁶
- Een specifieke training op het gebied van triage
- Een specifieke training op het gebied van de trauma, zoals de Trauma Nursing Core Course (TNCC)

⁶ In het kader van een samenhangend stelsel van verpleegkundige vervolgopleidingen is ook sprake van een vervolgopleiding op het gebied van de intensieve en acute zorg

- Een specifieke training op het gebied van kinderen, zoals de Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC)⁷

Gedurende de openingstijden van de SEH is minimaal één SEH-verpleegkundige aanwezig die trainingen heeft gevolgd in de in de opvang van traumapatiënten en de opvang van zieke kinderen (trainingen die qua niveau vergelijkbaar zijn aan internationaal gecertificeerde cursussen⁸). Tijdens deze trainingen worden de eindtermen behaald en getoetst zoals beschreven in de bijlage II.

⁷ Daar waar ook kinderen op de SEH-afdeling worden opgenomen, opgevangen voor eventuele inter-klinische overplaatsing of behandeld.

⁸ Voorbeelden van dergelijke cursussen zijn: Trauma Training Core Course (TNCC), de Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC) en de Advanced Life Support (ALS).

4. Beschrijving / uitwerking profielen

De werkgroep heeft een aantal patiëntengroepen geïdentificeerd die op een SEH gepresenteerd kunnen worden en meer competentie en materieel vereisen dan op een basis-SEH kan worden geboden. Dat geldt voor de volgende specialismen:

- Cardiologie
- Neurologie/neurochirurgie
- Heelkunde / orthopedie
- Kindergeneeskunde
- Verloskunde
- Psychiatrie

Traumatologie wordt hier buiten beschouwing gelaten omdat dit al middels de traumacentra wordt georganiseerd.

De profielen⁹ zijn steeds beschreven middels 'indicatie' en 'faciliteit'. Een SEH moet aantonen dat de SEH en de achterliggende infrastructuur zijn toegerust op de opvang en behandeling van deze categorieën patiënten volgens de state of the art. Een instelling met SEH maar zonder de vereiste technische voorzieningen en infrastructuur om acuut een percutane cardiovasculaire interventie uit te voeren zal niet voor het hartprofiel in aanmerking komen. Goede afspraken moeten er vervolgens toe leiden dat de ambulance een patiënt met een acuut coronair syndroom met ST-elevaties op het ECG direct naar het ziekenhuis brengt met het profiel.

PROFIEL INTERVENTIES AAN HET HART

- Indicatie:*
- Acuut coronair syndroom met ST-elevatie op ECG (hartinfarct). Deze patiënten komen in aanmerking voor percutane interventie (PCI).
 - Acuut coronair syndroom zonder ST-elevatie. Deze patiënten komen in aanmerking voor PCI bij verhoogd risico op hartinfarct: pijn in rust, diabetes mellitus, hemodynamische instabiliteit.
 - Ritmestoornissen en/of hartfalen als gevolg van hartinfarct.

⁹ Bij de hier beschreven faciliteiten met betrekking tot de profielzorg wordt ervan uitgegaan dat het ziekenhuis deze zorg 24 uur per dag 7 dagen in de week kan leveren en dus ook gedurende dezelfde periode beschikking heeft over deze faciliteiten.

Faciliteiten: Directe beschikbaarheid van interventiecardioloog.¹⁰ Catheterisatiekamer, intravasculaire ultrasound, fractionele flow reserve. Beschikbaarheid van thoraxchirurg voor behandeling complicaties. Zo nodig plaatsen van inwendige defibrillator, ballonpomp, ablatietechniek, resynchronisatietherapie.

PROFIEL NEURO-INTERVENTIES

Indicatie: Acute ontstane verlamming arm, been, halfzijdig of acuut, scheefstand mond, spraakstoornis, bewustzijnsverlies wijst op CVA. Hiervoor kan trombolyse geïndiceerd zijn. Soms ook ingrijpen van interventieradioloog om de doorbloeding te verbeteren. Minder frequent komt voor een epiduraal of subduraal hematoom waarvoor neurochirurgische interventie nodig kan zijn.

Faciliteiten: Directe beschikbaarheid van neuroloog.¹⁰ Directe beschikbaarheid CT-scan. Verpleegkundig team bekend met trombolyse procedure.

Neurologische en neurochirurgische zorg na ongeval wordt onder traumazorg beschreven.

PROFIEL (VERDENKING) GEBARSTEN ANEURYSMA AORTA ABDOMINALIS

Indicatie: Verdinking gebarsten aneurysma aorta abdominalis bij patiënt met buikpijn, rugpijn en het klinisch beeld van shock.

Faciliteiten: Directe beschikbaarheid vaatchirurg.¹⁰ Directe beschikbaarheid CT. In het ziekenhuis is het mogelijk om de endovasculaire behandeling van het abdominaal aneurysma uit te voeren. Aanwezigheid intensive care.¹¹

PROFIEL INTENSIVE CARE BEHOEFTIG KIND

Indicatie: Ernstig zieke kinderen.

Faciliteiten: Directe beschikbaarheid kinderarts.¹⁰ Kinder intensive care. Arts-assistenten kindergeneeskunde hebben een aanvullende training gehad op het gebied van het opvangen van intensive care behoeftige kinderen. Met deze training (die qua niveau

¹⁰ Voor de exacte tijd die het mag kosten tussen het (telefonisch) inroepen van de betreffende medisch specialist en het fysiek arriveren van deze medisch specialist aan het bed van de patiënt, wordt verwezen naar de daarvoor vigerende richtlijnen van de betreffende wetenschappelijke verenigingen.

¹¹ Voor welk niveau intensive care benodigd is voor het uitvoeren van de open - en endovasculaire behandeling van de aneurysma aorta abdominalis, wordt verwezen naar de daarvoor vigerende richtlijnen van de betreffende wetenschappelijke vereniging(en).

vergelijkbaar is aan internationaal gecertificeerde cursussen¹²) worden de eindtermen behaald en getoetst zoals beschreven in bijlage III.

PROFIEL PRE- EN DYSMATURE ZORG

Indicatie: Dreigende vroeggeboorte bij een zwangerschapduur van korter dan 32 weken en/of een geschat geboortegewicht van minder dan 1.250 gram.

Faciliteiten: Directe beschikbaarheid gynaecoloog en kinderarts.¹⁰ Perinatologisch centrum/neonatale intensive care.

PROFIEL ACUTE GEDRAGSTOORNISSEN

Indicatie: Acute verwardheid ten gevolge van middelenmisbruik, suïcidaliteit c.q. post-tentamen suïcide, psychotische toestand.

Faciliteiten: Directe beschikbaarheid consultatief psychiater.¹⁰ Directe beschikbaarheid consultatief psychiatrisch verpleegkundige. Een ruimte op de SEH, die geschikt is voor de opvang van patiënten in de acute verwardheid toestand en het uitvoeren van (lichamelijk) onderzoek. Beschikbaarheid psychiatrische opnamecapaciteit.

¹² Voorbeeld van een dergelijke cursus is: de Advanced Pediatric Life Support (APLS) cursus.

5. Het complete pakket

Met de voorgestelde aanpak mag van elke SEH worden verwacht dat aan minimale kwaliteitseisen wordt voldaan. Hiervoor zijn competenties beschreven voor een basis SEH, waaruit de noodzakelijke middelen en personele vereisten voortvloeien. Hoe daarin wordt voorzien is de verantwoordelijkheid van de instellingen. De inhoudelijke state of the art is een zaak van de wetenschappelijke of beroepsvereniging.

Voor een aantal aandoeningen / indicaties zijn zorgprofielen benoemd waar categorieën patiënten met acute, levensbedreigende aandoeningen snel en adequaat kunnen worden behandeld. Daar zijn naast deskundig personeel veelal ook specifieke voorzieningen nodig die niet in elk ziekenhuis (permanent) beschikbaar zijn.

Enkele instellingen beschikken over alle genoemde profielen. Grotendeels zijn dit de instellingen die de functie van traumacentrum hebben. Dat zijn de UMC's en enkele algemene (STZ) ziekenhuizen.

Deze instellingen kunnen elke patiënt adequaat opvangen en behandelen. Veel groepen patiënten kunnen echter efficiënt worden geholpen bij een basis SEH. De ervaringen met de traumazorg leert dat goede organisatie en coördinatie leidt tot betere selectie, een betere verdeling binnen de regio en tot betere resultaten.

De centra die alles kunnen bieden zijn daarmee de voor de hand liggende centra om ook andere taken op zich te nemen: coördinatie en evaluatie. Ervaringen met de traumazorg toonde aan dat coördinatie mogelijk is als alle inhoudelijke deskundigheid in huis is. Naast deze taken ligt het voor de hand dat de UMC's hun publieke taak op het gebied van (evaluatie)onderzoek op zich nemen om de effectiviteit van een regionale aanpak (per specialisme) aan te tonen. In de uitvoering ligt samenwerking met andere centra voor de hand. Tot slot is er een onderwijs- en opleidingstaak weggelegd voor de coördinerende centra.

Het regionaal overleg acute zorg dat langzamerhand overal is opgestart is het geëigende podium om (evaluatie)onderzoeksvragen en de onderwijsvragen te identificeren en activiteiten te initiëren. In schema ziet de taakverdeling er als volgt uit:

	Basis	Profiel	Compleet
Patiëntenzorg	<ul style="list-style-type: none"> • Triëren • Stabiliseren • Resusciteren, incl. luchtwegmanagement • Behandeling in gang zetten of doorverwijzing 	<ul style="list-style-type: none"> • Triëren • Stabiliseren • Resusciteren, incl. luchtwegmanagement • Doorverwijzen/ behandeling in gang zetten • Totale behandeling voor selecte groep patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> • Triëren • Stabiliseren • Resusciteren, incl. luchtwegmanagement • Doorverwijzen/ behandeling in gang zetten • Totale behandeling voor alle patiënten
Coördinatie-taken	Nee	Nee	Ja
(Evaluatie) onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Participatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Participatie • Uitvoeringstaken voor eigen profiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiëren (UMC) • Uitvoeren • Coördineren (UMC)
Onderwijs	<ul style="list-style-type: none"> • Leerbehoefte formuleren 	<ul style="list-style-type: none"> • Leerbehoefte formuleren • Onderwijs bieden voor profiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Leervragen genereren • Onderwijs bieden • Onderwijs organiseren

6. Kwaliteit van de organisatie

De afdeling Spoedeisende Hulp

De afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) nemen een bijzondere plaats in binnen de instelling. Het proces wordt gekenmerkt door onverwachte en inhoudelijk vaak zeer verschillende zorgvraag van wisselende complexiteit. De afdeling is daarnaast een essentiële schakel in de transmurale keten van de spoedeisende medische hulpverlening. Samengevat gaat het om een keten met inherente risico's op het gebied van bijvoorbeeld de triage, beschikbare en verantwoorde zorg, deskundigheid van de medewerkers en de overdracht van de patiënt binnen de keten.

Vanwege het karakter van de SEH is ervoor gekozen om hier expliciet aandacht te besteden aan de eisen die de wet reeds stelt aan de kwaliteit van de organisatie. Immers, door het uiteenlopende karakter van de patiëntenvraag op de SEH, komt een groot aantal disciplines en specialismen 'over de vloer'. Verder neemt de SEH een de bijzondere plek in de keten namelijk de poort. Dat vraagt tevens organisatie en afstemming voor en achter de poort en dat maakt de vertaalslag van de wet naar de SEH is wellicht lastiger, maar ook noodzakelijker. Deze notitie beperkt zich tot het aanstippen van de kernelementen van deze wet.

Van kwaliteitswet naar kwaliteitssysteem voor de SEH

Alle afdelingen van zorginstellingen, waaronder dus ook de Spoedeisende Hulp afdelingen, moeten voldoen aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet stelt globale eisen en laat de invulling daarvan over aan de zorginstelling. De belangrijkste punten uit de wet zijn:

1. Het leveren van verantwoorde zorg. Dat wil zeggen goed van niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;
2. Het formuleren van bewust beleid, goede communicatie en coördinatie tussen de verschillende organisatieniveaus en disciplines en duidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden;
3. Het systematisch bewaken, verbeteren en borgen van de (organisatie) van de zorgkwaliteit;
4. Evalueren, transparant maken en beoordelen van de resultaten van het beleid en waarnodig het beleid bijstellen.

Om de vertaalslag te maken van de wet naar de werkvloer moet een kwaliteitssysteem worden ontwikkeld. Dat betekent invoering van een referentiekader (normen zoals NIAZ, HKZ, ISO, etc) dat van toepassing is op het proces van de afdeling. Het referentiekader bestaat uit een aantal hoofdstukken dat aangeeft over welke onderwerpen afspraken gemaakt moeten worden om de (organisatorische) kwaliteit van zorg van de betreffende afdeling te kunnen bewaken en borgen. Het betekent kort gezegd:

- vastleggen en overdraagbaar maken van werkafspraken;
- zorgen dat die werkafspraken (protocollen, SOPS, richtlijnen, werkinstructies) actueel blijven;
- regelmatig checken of de medewerkers de werkafspraken naleven en of de werkafspraken effectief zijn door het lijnmanagement en aan de hand van het uitvoeren van audits;
- leren van klachten en incidenten in de patiëntenzorg;

- doorvoeren van verbeteringen.

De SEH is onderdeel van een keten en kwaliteit en de borging daarvan moeten plaatsvinden in een kwaliteitssysteem op ketenniveau. Dat betekent op de interfaces van de keten, daar waar de verantwoordelijkheid voor de patiënt wordt overgedragen, gezamenlijk met de ketenpartners werkafspraken maken. Een nadere specificatie van een kwaliteitssysteem is het opzetten van VeiligheidsManagementSysteem (VMS) voor het borgen van de benoemde risicogebieden om daarmee de patiëntveiligheid te verhogen. De definitie van patiëntveiligheid luidt: 'Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt, ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming aan het zorgsysteem'. Zonder dieper in te gaan op de elementen van een VMS spreekt het voor zich dat ook, of wellicht juist, de SEH is ingebed in het VMS van de instelling.

BIJLAGEN

Bijlage I

Eindtermen trainingen

De ABCDE-cursus geeft de deelnemend arts tijdens de inwerkperiode een veilige en betrouwbare methode voor de onmiddellijke opvang van de gewonde en zieke patiënt van alle leeftijden en de basale kennis om:

- De gezondheidstoestand van de patiënt snel en accuraat te kunnen inschatten.
- De patiënt op volgorde van prioriteit te resusciteren en stabiliseren.
- Te bepalen of de zorgbehoefte van de patiënt de mogelijkheden van het ziekenhuis te boven gaan.
- Op juiste wijze zorg te dragen voor inter- en intraklinische verplaatsing van de patiënt (wat, wie, wanneer en hoe).
- Ervoor zorg te dragen dat de best mogelijke zorg wordt geleverd, en dit zorgniveau op geen enkel moment vermindert tijdens de opvang, resuscitatie of verplaatsing van de patiënt.

Na de cursus, kan de arts:

- De primary assessment en de secondary assessment van een ernstig zieke of gewonde patiënt laten zien.
- De prioriteit bepalen van de noodzakelijke handelingen bij een ernstig zieke of gewonde patiënt.
- De behandeling inzetten van alle direct levensbedreigende aandoeningen.

Bijlage II

Eindtermen trainingen

Eindtermen die behaald moeten worden door de SEH-verpleegkundige bij het volgen van aanvullende cursus tijdens de inwerkperiode op het gebied van opvang van traumapatiënten c.q. zieke kinderen.

Na het bestuderen en volgen van deze trainingen is de kandidaat in staat om:

- Het gebruikelijke letselmechanisme in verband met trauma te herkennen, zo ook geldt dit voor de pathofysiologie bij de acuut zieke volwassene/het zieke kind.
- De pathofysiologische veranderingen te beschrijven die de basis vormen voor de symptomen en verschijnselen.
- Het verpleegkundig onderzoek van de trauma- en/of acuut zieke patiënten beschrijven.
- De juiste interventies bij de (trauma)patiënt te benoemen.
- Te beschrijven op welke wijze de effectiviteit van de verpleegkundige interventies te evalueren zijn bij een trauma- en/of acuut zieke patiënt.

Na het bestuderen en volgen van deze cursus is de SEH-verpleegkundige in staat om:

- Een gestandaardiseerde, systematische en georganiseerde benadering van onderzoek, planning, uitvoering en evaluatie te demonstreren.
- Een primary en secondary assesment te laten zien.
- Op basis van onderzoeksbevindingen de problemen van een patiënt te benoemen.
- Een juist plan van aanpak van zorg te identificeren.
- Prioriteiten in het uitvoeren van verpleegkundige interventies te benoemen.
- De juiste interventies te beschrijven bij de zorg rondom een patiënt.
- De mogelijke reacties van de patiënt op de verleende zorg te beschrijven.

Bijlage III

Eindtermen trainingen

De cursus in de opvang van het acuut zieke kind geeft de arts een veilige en betrouwbare methode voor de onmiddellijke opvang van de gewonde en zieke patiënt en de basale kennis om:

- De gezondheidstoestand van de patiënt snel en accuraat te kunnen inschatten.
- De patiënt op volgorde van prioriteit te resusciteren en stabiliseren.
- Te bepalen of de zorgbehoefte van de patiënt de mogelijkheden van het ziekenhuis te boven gaan.
- Op juiste wijze zorg te dragen voor inter- en intraklinische verplaatsing van de patiënt (wat, wie, wanneer en hoe).
- Ervoor zorg te dragen dat de best mogelijke zorg wordt geleverd, en dit zorgniveau op geen enkel moment vermindert tijdens de opvang, resuscitatie of verplaatsing van de patiënt.

Na de cursus, kan de arts:

- De primary assessment en de secondary assessment van een ernstig zieke of gewonde patiënt laten zien.
- De prioriteit bepalen van de noodzakelijke handelingen bij een ernstig zieke of gewonde patiënt.
- De behandeling inzetten van alle direct levensbedreigende aandoeningen.

Bijlage IV Deelnemers Werkgroep kwaliteitsindeling SEH

De heer J. Aartsen. Academisch Ziekenhuis Groningen

De heer E.G. van Ankum. Inspectie voor de Gezondheidszorg

De heer F. Breedveld. Leids Universitair Medisch Centrum (voorzitter)

Mevrouw P. Cuelenaere. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Mevrouw B. Dusseldorp. Streekziekenhuis Koningin Beatrix

De heer T. van Egmond. St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg

Mevrouw P. van Exter. Regionaal Ambulance Vervoer

De heer G.J. Heuver. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

De heer S. Hofstede. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

De heer R. Leclercq. Landelijke Huisartsen Vereniging

De heer L. Leenen. Academisch Ziekenhuis Utrecht

De heer H. Meerder. Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Mevrouw M. Mens. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

De heer P. Mout. Nederlandse Huisartsen Genootschap

De heer H. van der Pas. Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulpartsen

De heer R. Treffers. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Mevrouw R. Verheul. Landelijke Vereniging voor Traumacentra

De heer F. de Voeght. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

De heer A.B. van Vugt. Orde van Medisch Specialisten

Mevrouw C. van Vugt. Vereniging Huisartsenposten Nederland