

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



Spoedeisende hulpverlening:

Haastige spoed niet overal goed

Den Haag, september 2004



Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

"Haastige spoed niet overal goed". Dit is de conclusie van het gelijknamige rapport dat ik u hierbij aanbied. In dit rapport zijn de bevindingen opgenomen van het inspectieonderzoek naar de samenhang binnen de keten van de spoedeisende medische hulpverlening en naar de toegankelijkheid en de kwaliteit van de hulpverlening van de SEH-afdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen.

De inspectie constateert dat er diverse knelpunten zijn. In de samenhang binnen de SMH-keten is weliswaar verbetering geconstateerd, maar er kan en moet nog veel gebeuren, onder meer op het gebied van netwerkontwikkeling, protocollering en evaluatie.

In haar onderzoek naar de hulpverlening van de SEH-afdelingen heeft de inspectie een palet van SEH-afdelingen aangetroffen, met wisselende kwaliteit en toegankelijkheid.

Spoedeisende hulpverlening is van vitaal belang. Daarom is de inspectie van mening dat er snel maatregelen moeten worden getroffen ter verbetering van de situatie. In het rapport worden maatregelen voorgesteld op landelijk niveau, op regionaal niveau, op instellingsniveau, en op het niveau van de beroepsuitoefening.

De inspectie dringt er bij u op aan om de in het rapport aan u voorgestelde verbeteracties in uw beleid op te nemen.

Daarnaast zal de inspectie binnen de haar beschikbare mogelijkheden de ontwikkelingen rondom de spoedeisende hulpverlening monitoren en waar nodig helpen bevorderen.

Hoogachtend,

Prof. dr. J.H. Kingma

Den Haag, september 2004

Samenvatting

Patiënten met plotselinge verschijnselen ten gevolge van ziekte of letsel, dienen tijdig de voor hen noodzakelijke hulp te krijgen. Vroegtijdige, adequate triage en snel beschikbare, deskundige hulp zijn dikwijls beslissend voor het overleven van en de omvang van rest-verschijnselen bij de ernstig zieke patiënt. Deze spoedeisende medische hulpverlening (SMH) wordt vaak ketengewijs uitgevoerd door verschillende individuele hulpverleners en organisaties. De respectievelijke schakels van deze zogenaamde SMH-keten zijn de individuele huisarts en de huisartsenpost (HAP), de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), de ambulancehulpverlening en de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis. Goede SMH is alleen mogelijk als alle schakels én kwalitatief goed functioneren én goed op elkaar zijn afgestemd.

Omdat de inspectie regelmatig signalen ontving dat dit niet het geval is, is besloten tot een onderzoek naar spoedeisende hulpverlening. In dit onderzoek is de stand van zaken over de (keten)kwaliteit van de spoedeisende hulp onderzocht.

De twee hoofdvragen zijn:

- 1 Hoe is het gesteld met de toegankelijkheid en de kwaliteit van de (spoedeisende en niet-spoedeisende) hulpverlening van de SEH-afdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen en van de keten van de spoedeisende hulpverlening?
- 2 In 1994 is ook onderzoek gedaan naar de spoedeisende hulpverlening^[1] en bleken er tekortkomingen te zijn. Hoe is de huidige stand van zaken en zijn de aanbevelingen van dit onderzoek nageleefd?

Bij de CPA's, de ambulancediensten en de huisartsen zijn met name de ketenzorgaspecten onderzocht. Bij de afdelingen spoedeisende hulp van de ziekenhuizen is bovendien aandacht besteed aan de noodzakelijke voorwaarden voor de zorg.

De bevindingen zijn niet rooskleurig.

De conclusies van de inspectie zijn:

1 De keten rammelt nog steeds rammelt, zij het minder luid.

Een aantal punten, zoals de coördinatie door de CPA en de samenhang in de keten en de ketenstructuur, is ten opzichte van 1994 aanzienlijk verbeterd. Andere zaken zijn echter nog onder de maat. Zo is een ketenbrede visie nog steeds niet van de grond gekomen, is de ketenbrede evaluatie onvoldoende en is geen sprake van een ketenbreed kwaliteitssysteem.

2 Speciaal transport heeft een goede ontwikkeling doorgemaakt, maar ontmoet nog te veel problemen.

De voorwaarden voor een landelijk dekkend MICU-netwerk zijn ontoereikend, waardoor het MICU-transport onvoldoende beschikbaar is. Het onder deskundige begeleiding transporteren van ernstig zieke, instabiele patiënten komt hierdoor in gevaar. Ook het psychiatrisch transport is de dupe van onvoldoende capaciteit en planning. Dientengevolge worden patiënten soms over zeer grote afstanden naar crisiscentra vervoerd.

[1] *De keten rammelt. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening.* Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, 1994.

3 De ontwikkeling van de traumazorg verloopt traag.

De ontwikkeling van de traumazorgnetwerken verloopt langzamer dan gewenst. De kwalitatieve meerwaarde van het mobiel medisch team (MMT) is vooralsnog onvoldoende omdat 's avonds en 's nachts geen terzake kundig MMT is gegarandeerd.

4 De relatie tussen het ambitieniveau en de mogelijkheden zijn niet in alle ziekenhuizen gegarandeerd.

Een aantal ziekenhuizen is onvoldoende geëquipeerd om alle categorieën patiënten op de afdeling SEH te kunnen stabiliseren. In de dagelijkse praktijk wordt dit door de ambulances en verwijzers opgevangen.

5 De toegankelijkheid en kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening is wisselend.

Deskundige triage is nog niet op alle SEH-afdelingen ingevoerd. De verpleegkundige deskundigheid en beschikbaarheid zijn in de meeste ziekenhuizen goed geregeld en geborgd, de medische deskundigheid minder. Aan de artsen worden in het algemeen geen specifieke bekwaamheidseisen gesteld, beoordelingscriteria voor het zelfstandig functioneren ontbreken. Daarnaast is ook de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid onvoldoende geregeld. Verder hebben de ziekenhuizen te weinig inzicht in logistieke processen en patiëntenstromen op de SEH, waardoor geen goed zorgbeleid mogelijk is. Het kwaliteitsbeleid van de afdeling SEH staat nog in de kinderschoenen.

6 De voorzieningen op de afdelingen SEH zijn niet toereikend.

De voorzieningen op een aantal SEH-afdelingen houden geen gelijke tred met de technologische ontwikkelingen en het groeiende aantal bezoekers.

De inspectie stelt de volgende acties voor:

- 1 Alle ketenpartners dienen gezamenlijk, onder regie, te werken aan de versterking van de keten. Centrale thema's hierbij zijn: visieontwikkeling, gezamenlijke protocollen en procedures, vereenvoudiging structuur, evaluatie- en toetsingssysteem, kwaliteitsstelsel.
- 2 Het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en het veld dienen gezamenlijk zo spoedig mogelijk de bestaande impasse in het MICU-transport te doorbreken, opdat op zeer korte termijn een landelijk dekkend netwerk van MICU-transport kan worden ingevoerd. Elk (psychiatrisch) crisiscentrum moet binnen zijn eigen verzorgingsregio zorg dragen voor een adequate regeling van het transport van acute psychiatrische patiënten.
- 3 De redenen van de trage ontwikkeling van de traumazorgnetwerken moeten worden onderzocht. Bij het zoeken naar oplossingen moet een heroverweging van de gekozen traumazorgstructuur worden meegenomen. Het ministerie van VWS en de traumacentra dienen zo snel mogelijk de MMT-impasse te doorbreken, hetzij door ook buiten kantooruren de inzet van een terzake kundig MMT mogelijk te maken, hetzij daarvoor een alternatief te kiezen.

- 4 In samenhang met de traumazorg-levelindeling en de intensive-care-levelindeling moet op korte termijn een SEH-levelindeling worden ontwikkeld en ingevoerd. Mogelijk kan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hierin het voortouw nemen.
- 5 Op alle SEH-afdelingen moet de directe beschikbaarheid van deskundige medische en verpleegkundige hulp gewaarborgd zijn. Triageprotocollen moeten worden ingevoerd, artsen en verpleegkundigen moeten hierin worden geschoold, er moeten adequate triage-ruimten komen. Ziekenhuizen zullen op korte termijn moeten voldoen aan de norm dat op een afdeling SEH tenminste de 7x24-uurs beschikbaarheid van een arts met voldoende deskundigheid en tenminste 2 jaar ziekenhuiservaring is gegarandeerd. Ook op de kleine SEH-afdelingen van ziekenhuizen moet de permanente aanwezigheid van een verpleegkundige met een specifieke vervolgopleiding en deskundigheid zijn gegarandeerd. Er moet een richtlijn worden opgesteld en ingevoerd voor het functioneren van de arts-assistent op de afdeling SEH. In deze richtlijn moeten tenminste de onderwerpen mandaat, zelfstandigheid, consultatie en wijze van beoordeling worden opgenomen. Het Centraal College Medische Specialismen zou op korte termijn moeten komen tot een erkenning van het specialisme van SEH-arts, mede gezien de noodzaak om tot uniforme opleidingseisen te komen.

Op alle SEH-afdelingen dient binnen een half jaar de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid te zijn geregeld.

SEH-afdelingen moeten kengetallen benoemen en de daarvoor benodigde gegevens registreren.

De afdeling SEH dient een helder beschreven kwaliteitsbeleid te hebben, geënt op het kwaliteitsbeleid van de organisatie.

Op alle SEH-afdelingen moet de spoedeisende hulp systematisch worden geëvalueerd. Een ochtendbespreking van alle tijdens de avond-en nachtdienst gemaakte foto's zou tot de dagelijkse routine moeten behoren.
- 6 Om SEH-zorg te kunnen garanderen die in overeenstemming is met het gekozen c.q. bepaalde SEH-level, dienen de ziekenhuizen de eigen medische, technologische en ruimtelijke voorzieningen hieraan aan te passen.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	11
2	Conclusies en te nemen acties	13
2.1	De keten rammelt nog steeds, maar minder luid	13
2.2	Speciaal transport een goede ontwikkeling, maar voorwaarden onvoldoende	15
2.3	Ontwikkeling traumazorg traag	16
2.4	Toegankelijkheid en kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening zijn wisselend	17
2.5	Voorzieningen op de SEH kunnen beter	20
3	Achtergrond	21
3.1	Inleiding	21
3.2	De keten van de spoedeisende hulp	21
3.3	Ontwikkelingen in de spoedeisende hulpverlening	22
4	De keten van spoedeisende medische hulpverlening	28
4.1	Organisatie van de zorg	28
4.2	Zorgproces	32
4.3	Verantwoordelijkheidstoedeling in de keten	33
4.4	Overleg en evaluatie binnen de keten	33
5	De afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen	34
5.1	Toegankelijkheid	34
5.2	Organisatie en (Kwaliteits)beleid	38
5.3	Personeel	43
5.4	Facilitaire voorzieningen	45
6	Summary	48

Bijlagen

1	Opzet van het onderzoek	51
2	Deelnemende instellingen aan onderzoek	54
3	Relevante wetgeving waaraan de inspectie toetst	56
4	Lijst van afkortingen/begrippen	57

1 Inleiding

Patiënten met plotselinge verschijnselen ten gevolge van ziekte of letsel, dienen tijdig de voor hen noodzakelijke hulp te krijgen. Bij de spoedeisende hulpverlening zijn betrokken de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), de ambulancehulpverlening, de huisarts en de huisartsenpost (HAP) en de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van een ziekenhuis. Vroegtijdige en adequate triage en snel beschikbare, verantwoorde zorg zijn vaak beslissend voor het overleven van en de omvang van restverschijnselen bij de ernstig zieke patiënt. Goede spoedeisende medische hulpverlening (SMH) is echter alleen mogelijk als alle schakels én kwalitatief goed functioneren én goed op elkaar zijn afgestemd.

In 1994 heeft de inspectie een onderzoek uitgevoerd naar de onderlinge afstemming van de diverse schakels binnen de SMH-keten en hierover een aantal aanbevelingen gedaan^[2]. In 2000 zijn tijdens het onderzoek naar de kwaliteit en de doelmatigheid van de ambulancezorg *Niet zonder zorg*, deze aanbevelingen deels geëvalueerd.^[3] Tijdens dat onderzoek is regelmatig aan de inspectie gemeld dat de (kwaliteit van de) SEH zorg onvoldoende zou aansluiten op de (spoedeisende) ambulancezorg.

De afdeling SEH van een ziekenhuis is een belangrijke toegangspoort tot de kliniek. Hier vindt de eerste opvang van patiënten plaats. De zorgvraag van deze patiënten is altijd onverwacht en inhoudelijk zeer verschillend. Het varieert van een verstuikte enkel op het sportveld tot een ernstig verkeersslachtoffer. Ook patiënten met een cardiologisch of neurologisch probleem worden op de SEH-afdeling gezien. Hier wordt vervolgens bepaald of de patiënt wordt opgenomen, vanwege te grote complexiteit, onvoldoende behandel-mogelijkheid of plaatsgebrek doorgestuurd (moet) worden naar een ander ziekenhuis, of na een korte behandeling weer naar huis kan gaan. De afdeling SEH is daarnaast een essentiële schakel in de transmurale keten van de spoedeisende medische hulpverlening, de SMH-keten.

Over deze beide functies van de afdeling SEH in ziekenhuizen bereiken de inspectie regelmatig verontrustende signalen. Bijvoorbeeld over zelfverwijzers: een toenemende stroom zelfverwijzers kan tot capaciteitsproblematiek van de afdeling SEH leiden. Ook de deskundigheid bij de beoordeling van de acute patiënt met het inzetten van onervaren basis-artsen, vormt voor de inspectie een punt van zorg.

De signalen over de diverse problemen van de SEH-afdelingen in Nederland, het reeds lang bestaande voornemen om het onderzoek *De keten rammelt* in zijn geheel te evalueren en de bevindingen uit het onderzoek *Niet zonder zorg*, vormen tezamen de aanleiding voor dit onderzoek.

Sinds 1994 is de tijd niet stil blijven staan. Onder andere is er nieuwe wetgeving gekomen en ook zijn de normen waaraan de inspectie toetst gewijzigd. Daarom was het niet mogelijk om *De keten rammelt* naar de letter van het rapport te evalueren, maar zullen de bevindingen van dit onderzoek zo mogelijk worden gerelateerd aan de bevindingen/aanbevelingen uit het rapport *De keten rammelt*.

[2] *De keten rammelt. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening.* Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, 1994.

[3] *Niet zonder zorg. Een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg.* RIVM, Bilthoven 2001.

Dit onderzoek heeft tot doel de huidige stand van zaken over de (keten)kwaliteit van de spoedeisende hulp in beeld te brengen. Daarbij worden twee deeldoelstellingen onderscheiden:

- 1 Onderzoek naar de mate waarin de aanbevelingen van het onderzoek uit 1994^[4] naar de afstemming bij spoedeisende hulpverlening, worden opgevolgd.
- 2 Het verkrijgen van inzicht in de toegankelijkheid en de kwaliteit van de (spoedeisende en niet-spoedeisende) hulpverlening van de SEH-afdelingen van de Nederlandse ziekenhuizen en de keten van de spoedeisende hulpverlening.

Het onderzoek richt zich op alle direct bij de SMH-keten betrokken instellingen, individuele beroepsbeoefenaren en patiënten en is uitgevoerd bij (een representatieve steekproef van) CPA's, ambulancediensten, en afdelingen SEH en IC van alle algemene en academische ziekenhuizen, inclusief de traumacentra. Daarnaast is onder de huisartsenposten en individuele huisartsen een steekproef uitgevoerd en tenslotte is een aantal patiënten geënquêteerd. In afwijking van het in 1994 verrichte onderzoek *De keten rammelt*, is in dit onderzoek ook de afstemming tussen de schakel afdeling spoedeisende hulpverlening – IC-afdeling meegenomen.

In bijlage 1 wordt de onderzoeksopzet uitvoerig beschreven.

Zodra de SMH wordt opgeschaald, spreekt men van Geneeskundige Hulpverlening bij (zware) Ongevallen en Rampen, de GHOR. De GHOR is niet in dit onderzoek betrokken.

De inspectie toetst aan bestaande wet- en regelgeving. De wetten die in het kader van dit onderzoek relevant zijn, zijn opgenomen in bijlage 3.

2 Conclusies en te nemen acties

2.1 De keten rammelt nog steeds, maar minder luid

In 1994 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg haar onderzoek naar de acute hulpverlening in de keten onder de titel *De keten rammelt*^[5]. Sindsdien is de tijd niet stil blijven staan. Onder andere is er nieuwe wetgeving gekomen en ook zijn de normen waaraan de inspectie toetst, gewijzigd. Daarom was het niet mogelijk om *De keten rammelt* naar de letter van het rapport te evalueren, maar zullen de bevindingen van dit onderzoek zo mogelijk worden gerelateerd aan de bevindingen en aanbevelingen van destijds.

De algemene conclusie uit 1994 dat de “uitvoering en coördinatie van de spoedeisende hulpverlening teveel is gebaseerd op routine en informele afstemming” is nog steeds van toepassing, maar wel in mindere mate.

Een aantal van de gesignaleerde knelpunten is inmiddels opgelost, een aantal nog niet of onvoldoende.

Ketenbrede visie komt niet van de grond

Een door alle ketenpartners gedragen gezamenlijke visie op de spoedeisende hulpverlening is de basis voor de onderlinge afstemming binnen de keten. Een ketenbrede visieontwikkeling is echter tot op heden vrijwel niet van de grond gekomen. Met name de huisartsen worden nog nauwelijks systematisch betrokken bij deze ontwikkeling. In eerder onderzoek^[6] is vastgesteld dat hierover binnen de beroepsgroep nog geen eenduidige visie bestaat. Deze discussie is nog gaande.

Acties

Alle regionale ketenpartners tezamen dienen een visie op de spoedeisende hulp te ontwikkelen en deze op regionaal niveau uit te werken.

Coördinatie Centrale Post Ambulancevervoer is verbeterd

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) heeft de wettelijke taak de ambulancehulpverlening te coördineren. In 1994 werd geconstateerd dat de CPA binnen de gezondheidszorg een (te) onduidelijke positie innam. Daarin is verandering gekomen. Met de invoering van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) is meer duidelijkheid gekomen over de taak, plaats en functie van de CPA/meldkamer RAV. De coördinerende rol van de CPA breidt zich inmiddels ook uit over de andere velden. Bij de spreiding van de patiënten over de beschikbare IC-capaciteit wordt meer en meer een beroep op de CPA gedaan.

Betere samenhang binnen de keten is merkbaar

De geconstateerde verbeteringen in de verantwoordelijkheidsdeling, in de onderlinge bereikbaarheid, in de afstemming van protocollen en procedures en in de onderlinge over-

[5] *De keten rammelt. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening.* Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid, 1994.

[6] *Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten.* Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, april 2004.

dracht en overleg, zorgen voor verbetering van de onderlinge samenhang van de schakels binnen de keten met als gevolg een gunstig effect op de zorg. In de dagelijkse praktijk is de verbeterde samenhang merkbaar. Toch is deze nog teveel gebaseerd op persoonlijke inzet en informele structuren en daardoor kwetsbaar. Veel afspraken en procedures moeten nog worden geformaliseerd en geborgd. Gebeurt dit niet dan bestaat het gevaar dat de verworven vooruitgang weer teniet zal worden gedaan.

Acties

- Het proces van onderlinge afstemming door middel van gezamenlijke protocollen en procedures, overdracht en overleg dient te worden voortgezet.
- De ketenpartners dienen de gemaakte afspraken, protocollen en procedures schriftelijk vast te leggen en te implementeren.
- Er moet worden afgesproken wie in dit proces met de regie wordt belast.

Structuur is verbeterd

De structuur van de spoedeisende hulpverlening is verbeterd. Er zijn minder betrokken partijen, het aantal schakels binnen de ketens is afgenomen. Deze verbetering is vooral te danken aan de regionale afstemming van de spoedeisende hulpverlening in de RAV. Ook fusies van ziekenhuizen hebben bijgedragen aan de verbetering van de structuur.

De RAV-ontwikkeling is nog niet voltooid. Met de beoogde invoering van de nieuwe Wet ambulancezorg in 2005/2006 krijgt de RAV haar wettelijke basis en kan de invoering worden afgerond en geformaliseerd. Dit zal bijdragen aan een verdere verbetering van de samenhang in de keten.

Daarnaast zou een verdere vereenvoudiging van de SMH-ketenstructuur moeten worden nagestreefd, bijvoorbeeld door middel van verdere samenwerking tussen de huisartsenpost en de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Deze ontwikkeling is gaande.

Actie

De huisartsen, de ziekenhuizen, de ambulancezorg en de CPA's, moeten in 2004 gaan werken aan een vereenvoudigde structuur voor de spoedeisende medische hulpverlening. Eén van de participanten dient de regierol op zich te nemen. De zorgverzekeraar kan daar een faciliterende rol bij spelen.

Ketenbrede evaluatie is nog onvoldoende

Ondanks deze positieve ontwikkelingen, vindt ketenbrede, systematische toetsing van de verleende spoedeisende hulp niet of nauwelijks plaats. Toetsing en evaluatie vormen een belangrijke stimulans voor kwaliteitsverbetering. Juist binnen de keten van de spoedeisende hulpverlening met zijn diverse, aparte schakels en haar kwetsbare patiëntenpopulatie, is ketenbrede toetsing en evaluatie van de verleende hulp onontbeerlijk voor de verbetering van de kwaliteit van de integrale spoedeisende hulpverlening.

Actie

De bij de spoedeisende hulpverlening betrokken ketenpartners dienen een evaluatie- en toetsingssysteem op te zetten, dat de gehele keten omvat.

2.2 Speciaal transport een goede ontwikkeling, maar voorwaarden onvoldoende

Voorwaarden voor landelijk dekkend MICU-netwerk zijn onvoldoende

Speciaal transport, zoals MICU-, PICU- en NICU-transport is een onmisbare voorziening die binnen alle regio's beschikbaar moet zijn en waaraan - vanwege het dikwijls zeer gespecialiseerde karakter - hoge eisen moeten worden gesteld. De onvoldoende beschikbaarheid van het MICU-transport is een groot knelpunt. De destijds door de Stuurgroep Intensive Care voorgestane regiogewijze invoering stagneert om diverse redenen. Met name is sprake van tekortschietende medisch-specialistische capaciteit, van vertraagde totstandkoming van regionale afspraken over niveau-indeling van IC's en van een voor de zorg-aanbieders ondoorzichtige financieringsstructuur.

Deze stagnatie is een ernstig knelpunt dat snel moet worden opgelost. Juist nu sprake is van een verdere centralisatie van (top)klinische specialisaties en functies zal de behoefte aan speciaal interklinisch transport toenemen.

Acties

- Om de risico's bij het transport van instabiele patiënten te beperken, moet op zeer korte termijn een landelijk dekkend netwerk van MICU-transport worden ingevoerd.
- De overheid (minister van VWS), de zorgverzekeraar en het veld (Stuurgroep Intensive Care) dienen gezamenlijk zo spoedig mogelijk de bestaande impasse te doorbreken.

Psychiatrisch transport is de dupe van onvoldoende capaciteit en planning

Het transport van acute psychiatrische patiënten blijkt een groot structureel knelpunt te zijn. Bijna alle regio's kampen hiermee. De problemen zijn vooral te herleiden naar capaciteitsproblematiek van de psychiatrische (crisis)voorzieningen. Patiënten worden hierdoor dikwijls over grote afstanden vervoerd naar een crisiscentrum. Dit is een ongewenste situatie, zowel voor de patiënt als voor de ambulance die hierdoor lange tijd niet beschikbaar is voor inzet in de eigen regio. In sommige regio's heeft men de problemen opgelost met de afspraak dat er binnen de verzorgingsregio van het crisiscentrum te allen tijde een crisisbed wordt vrijgehouden.

Actie

Elk crisiscentrum moet binnen zijn eigen verzorgingsregio zorg dragen voor een adequate regeling, bijvoorbeeld het 7x24 uur vrijhouden van een crisisbed voor een acute psychiatrische opname.

2.3 Ontwikkeling traumazorg traag

Ontwikkeling traumazorgnetwerken blijft achter

De ontwikkeling van de traumazorgnetwerken verloopt trager dan wenselijk. Vijf jaar na dato is in de helft van de traumacentra nog geen geformaliseerd traumazorgnetwerk tot stand gekomen. Hierdoor komen een (kwalitatief) evenwichtige spreiding en een gestandaardiseerde behandeling van traumaslachtoffers in een deel van Nederland slecht van de grond. Tijdens het onderzoek is niet expliciet naar de redenen voor deze trage ontwikkeling gezocht. Complicerende factor is stellig de ontwikkeling van 10 traumacentra versus de ontwikkeling van 24 RAV/GHOR-regio's, waarvan bovendien de grenzen van beider regio's op veel plaatsen niet congruent zijn. Dit belemmert het maken van goede, werkbare (spreidings)afspraken.

Recent onderzoek door het ministerie van VWS toont een vooruitgang aan, doch voortvarendheid bij de verdere ontwikkeling is geboden.

Acties

- Er moet nader onderzoek worden verricht naar de redenen van de trage ontwikkeling van de traumazorgnetwerken.
- Bij het zoeken naar oplossingen voor de geconstateerde problematiek moet in elk geval een heroverweging van de gekozen traumazorgstructuur worden meegenomen.

Meerwaarde mobiel medisch team is onvoldoende

De huidige situatie dat buiten kantooruren een terzake kundig mobiel medisch team (MMT) niet beschikbaar is, is ongewenst. Een ernstig ongeval doet zich nu eenmaal niet alleen tijdens kantooruren voor. Oplossingen als een inzet 's avonds en 's nachts van een minder bekwaam en deskundig MMT snijden geen hout, hierdoor verliest het MMT zijn (kwalitatieve) meerwaarde ten opzichte van de ambulancehulpverleners, en kan voor minder geld en met minder frustratie even goed een tweede ambulance worden ingezet. De ontstane impasse moet zo snel mogelijk worden doorbroken. Daarbij zijn twee opties mogelijk: de landelijke inzet van een MMT wordt afgeschaft en in plaats daarvan wordt een alternatief gekozen, bijvoorbeeld de inzet van kwalitatief nog hoger opgeleide ambulanceverpleegkundigen, of de 7x24-uurs landelijke inzet van een (terzake deskundig) MMT wordt voortaan gewaarborgd.

Actie

De overheid (ministerie van VWS) en het veld (de traumacentra) moeten zo snel mogelijk de MMT-impasse doorbreken door een keuze te maken om ook buiten kantooruren de inzet van een terzake kundig MMT mogelijk te maken dan wel een alternatief daarvoor af te spreken.

2.4 Toegankelijkheid^[7] en kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening zijn wisselend

De afdeling spoedeisende hulpverlening van het ziekenhuis is de laatste schakel in de SMH-keten en de poort tot het ziekenhuis. Tijdens dit onderzoek is geen rooskleurig beeld ontstaan van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de afdelingen spoedeisende hulpverlening in de ziekenhuizen in Nederland.

Naast goed geëquipeerde afdelingen zijn er ook afdelingen waar nauwelijks aan de meest basale voorwaarden voor verantwoorde zorg wordt voldaan.

Relatie ambitieniveau versus mogelijkheden niet in alle ziekenhuizen gegarandeerd

Een aantal ziekenhuizen is onvoldoende geëquipeerd om alle categorieën patiënten op de afdeling SEH te kunnen stabiliseren, terwijl dit wel de intentie van deze ziekenhuizen is. Op deze afdelingen is niet gegarandeerd dat de SEH-patiënten verantwoorde zorg krijgen. In de dagelijkse praktijk wordt deze ogenschijnlijke zorgelijke situatie beheerst doordat de ambulances en verwijzers deze SEH-afdelingen vermijden en de patiënt gericht insturen. Omdat aan deze informele gang van zaken potentiële risico's kleven, moet deze worden beëindigd.

Actie

In samenhang met de traumazorg-levelindeling en de intensive-care-levelindeling moet op korte termijn een SEH-levelindeling worden ontwikkeld en ingevoerd. Mogelijk kan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen hierin het voortouw nemen.

Deskundige triage is niet overal ingevoerd

Het bepalen van de urgentie van de hulpvraag, de triage, is een wezenlijke stap bij de start van het zorgproces. Triage hoort op deskundige wijze door een verpleegkundige of een arts te gebeuren, ondersteund door protocollen. Op ruim de helft van de SEH-afdelingen zijn triageprotocollen aanwezig. Op eenderde van de SEH-afdelingen wordt door verpleegkundigen het zogenaamde Manchester-triageprotocol gehanteerd. De ervaringen van professionals en patiënten daarmee zijn overwegend positief, mits de formatie passend is. De urgentie van de hulpvraag wordt niet altijd direct door een verpleegkundige of een arts bepaald. Het blijkt dat dit soms ook door de portier, de afdelingssecretaresse of door een receptioniste wordt gedaan. Vanwege het risico op een ondeskundige, verkeerde inschatting van de urgentie van de hulpvraag is dit onverantwoord.

Actie

- Op alle SEH-afdelingen moet de directe beschikbaarheid van triage door een verpleegkundige of een arts gewaarborgd zijn.
- Ter ondersteuning van de triage dienen op de SEH-afdelingen triageprotocollen te worden ingevoerd. Scholing van verpleegkundigen en/of artsen dient integraal onderdeel uit te maken van het gebruik van dergelijke protocollen.
- Er dient een adequate triageruimte beschikbaar te zijn.

[7] Er is bij dit onderzoek niet gekeken naar spreiding van de SEH-afdelingen over Nederland.

Medische eindverantwoording is onvoldoende geregeld

Op bijna een kwart van de SEH-afdelingen is de medische eindverantwoordelijkheid niet geregeld.

Gevolgen hiervan voor de SEH-afdeling zijn dat:

- op zeer verschillende wijze invulling wordt gegeven aan de organisatie van de hulpverlening;
- per specialisme verschillende werkwijzen kunnen bestaan;
- de arts-assistenten niet eenduidig worden aangestuurd;
- verbeteringen in de zorgverlening slechts moeizaam tot stand komen.

Actie

Op alle SEH-afdelingen dient binnen een half jaar de medische eindverantwoordelijkheid te zijn geregeld.

Medische deskundigheid SEH-afdeling is onvoldoende gewaarborgd

Specifieke bekwaamheidseisen worden door medisch specialisten en ziekenhuisdirecties zelden aan artsen, werkzaam op de afdeling SEH, gesteld. Daarnaast ontbreken vaak beoordelingscriteria voor het moment van zelfstandig functioneren van een nieuwe arts-assistent.

Al in 2002 schreef de inspectie bij een onderzoek gedaan op verzoek van de Belgische inspectie^[8] naar de kwaliteit van afdelingen SEH in het grensgebied, dat voor een goede kwaliteit van zorg de 7x24-uurs beschikbaarheid van een arts met tenminste 2 jaar ziekenhuiservaring moet zijn gegarandeerd^[9]. Hieraan wordt in bijna geen ziekenhuis voldaan.

In zowel ziekenhuizen met kleine, middelgrote als grote SEH-afdelingen blijkt het inzetten in de functie van poortarts van pas afgestudeerde basisartsen of assistenten in opleiding (AGIO's) zonder specifieke ervaring in de acute zorg, geen uitzondering. In het merendeel van met name de ziekenhuizen met kleine en middelgrote SEH-afdelingen zijn de poortspecialisten buiten werktijd niet onmiddellijk beschikbaar, zij hebben een wisselende opkomsttijd, doorgaans (maximaal) 15 minuten. Bij een voormelding door de CPA of huisarts zal dit geen probleem zijn, maar bij onverwachte spoedeisende hulpvragen kan de afwezigheid van een terzake deskundig arts (onnodig) uitstel van de diagnostiek en behandeling betekenen.

Ziekenhuizen met grote SEH-afdelingen zijn doorgaans opleidingsziekenhuizen. In het merendeel van deze ziekenhuizen zijn arts-assistenten in opleiding als achterwacht voor de dikwijls nog onervaren en/of onvoldoende deskundige poortartsen aanwezig. Maar ook dit is geen garantie voor permanente deskundige hulp aan de spoedeisende patiënt. In veel grote ziekenhuizen is het aantal achterwachten gering, per (poort)specialisme is er meestal niet meer dan één assistent in het ziekenhuis aanwezig. De kans is groot dat deze op het cruciale moment niet op de afdeling SEH kan komen omdat hij elders in de kliniek aan het werk is.

[8] *Advies opnemng Nederlandse ziekenhuizen in de Belgische lijst ziekenhuizen met erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg*. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag 2002.

[9] Zie voor nadere motivatie 3.3.6.

Met de op deze wijze georganiseerde medische hulp bestaat het gevaar dat voor bepaalde hulpvragen de vereiste medische deskundigheid niet direct beschikbaar is. Dit kan tot risicovolle situaties leiden.

Mogelijk kan in de nabije toekomst de zogenaamde SEH-arts een bijdrage leveren aan de oplossing van dit probleem. Dit vraagt echter om standaardisering van de opleiding tot SEH-arts en een erkenning door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS).

Actie

- In afwachting van de levelindeling zullen de ziekenhuizen op korte termijn moeten voldoen aan de norm dat op een afdeling SEH tenminste de 7x24-uurs beschikbaarheid van een bekwaam arts met voldoende deskundigheid en met tenminste 2 jaar ziekenhuiservaring moet zijn gegarandeerd.
- Er moet een richtlijn worden opgesteld en ingevoerd voor het functioneren van de arts-assistent op de afdeling SEH. In deze richtlijn moeten tenminste de onderwerpen mandaat, zelfstandigheid, consultatie en wijze van beoordeling worden opgenomen.
- De CCMS zou op korte termijn moeten komen tot een erkenning van het specialisme van SEH-arts, mede gezien de noodzaak om tot uniforme opleidingseisen te komen.

De verpleegkundige deskundigheid en beschikbaarheid zijn meestal goed geregeld en geborgd

Met uitzondering van de verpleegkundigen van een aantal kleine SEH-afdelingen met minder dan 10.000 SEH-bezoekers per jaar, hebben nagenoeg alle verpleegkundigen op de afdeling SEH een specifieke vervolgopleiding gevolgd of zijn hiermee bezig. Daarnaast zijn er tijdens openingstijden altijd voldoende verpleegkundigen beschikbaar.

Actie

Ook op de kleine SEH-afdelingen van ziekenhuizen moet de permanente aanwezigheid van een bekwaame verpleegkundige met een specifieke vervolgopleiding en deskundigheid zijn gegarandeerd.

Ziekenhuizen hebben onvoldoende inzicht in de logistieke processen/patiëntenstromen op de afdeling SEH; hierdoor is goed zorgbeleid niet mogelijk

Het registreren van patiëntenstromen hoort een integraal onderdeel te zijn van de bedrijfsvoering van een instelling. Juist vanwege de vele signalen over veranderende patiëntenstromen op de afdeling SEH zou men verwachten dat de ziekenhuizen deze patiëntenstromen in kaart brengen. Dit gebeurt in onvoldoende mate. Hoewel bijna alle SEH-afdelingen bezoekersaantallen registreren, is bijna de helft van de SEH-afdelingen niet in staat een onderscheid te maken tussen verwezen patiënten en zelfverwijzers. De wachttijd voor patiënten wordt in slechts eenderde van de SEH-afdelingen gemeten.

Actie

SEH-afdelingen moeten kengetallen benoemen en de daarvoor benodigde gegevens registreren.

Kwaliteitsbeleid afdeling SEH staat nog in de kinderschoenen

Het kwaliteitsbeleid van de SEH-afdelingen is in het algemeen nauwelijks of niet ontwikkeld. Er is geen sprake van een systematische evaluatie en bewaking van de geleverde zorg. Patiëntenstromen worden niet in kaart gebracht en beoordeeld en ook de gegevens over wachttijden en doorlooptijden worden nauwelijks als kwaliteitscriterium gebruikt. Wel wordt in het merendeel van de SEH-afdelingen de spoedeisende hulp op enigerlei wijze geëvalueerd, meestal op patiëntniveau tijdens de dagelijkse patiëntenoverdracht.

Actie

- De afdeling SEH dient een helder beschreven kwaliteitsbeleid te hebben, geënt op het kwaliteitsbeleid van de organisatie.
- Op alle SEH-afdelingen moet de spoedeisende hulp systematisch worden geëvalueerd. Daarbij zou een ochtendbespreking van alle tijdens de avond- en nachtdienst gemaakte foto's tot de dagelijkse routine moeten behoren.

2.5 Voorzieningen op de SEH kunnen beter

Technologische ontwikkelingen en een groeiend aantal bezoekers stellen nieuwe eisen aan de voorzieningen op en rondom de afdeling SEH. Een groot aantal SEH-afdelingen kan hieraan niet voldoen. Vele woekeren met ruimte, sommigen hebben geen traumakamer en/of onvoldoende wachtruimte. In veel ziekenhuizen is het moeilijk om een adequate ruimtelijke voorziening te creëren voor de triage, terwijl dit nu juist een belangrijke voorwaarde is voor een adequate triage.

Actie

Om SEH-zorg te kunnen garanderen die in overeenstemming is met het gekozen, c.q. bepaalde SEH-level^[10] dienen de ziekenhuizen de eigen medische, technologische en ruimtelijke voorzieningen hieraan aan te passen.

[10] Zie conclusie paragraaf 2.4.

3 Achtergrond

3.1 Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg verandert in een rap tempo door demografische en sociaal culturele ontwikkelingen, door een andere visie op gezondheidszorg en door een toenemende mondigheid en medezeggenschap van de patiënt.

Over de acute zorg c.q. de spoedeisende hulp zijn recent zowel vanuit het ministerie van VWS, door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), door het Julius centrum en ook door de Inspectie voor de Gezondheidszorg tezamen met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) rapporten verschenen^[11].

De tijdigheid van de spoedeisende hulpverlening, de toegankelijkheid tot de spoedeisende hulp in het ziekenhuis, de kwaliteit van de hulpverleners en de rol van de huisarts waren hierbij belangrijke aandachtspunten.

Een in het oog springende ontwikkeling in de spoedeisende hulp is het toenemen van het aantal zogenaamde zelfverwijzers. Was vroeger, behalve in de grote stad, de huisarts het eerste station bij een spoedeisende hulpvraag, op dit moment wordt vaak direct een beroep gedaan op de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis.

3.2 De keten van de spoedeisende hulp

De vraag om spoedeisende hulp kan overal worden gesteld: thuis, op het werk, op straat. In een dergelijke situatie is de snelle onderkenning van het letsel en de hulpvraag en het terstond op gang brengen van levensreddende hulpverlening van groot belang. Hierbij zijn dikwijls meerdere instellingen en/of beroepsbeoefenaars betrokken. Bijvoorbeeld de huisarts(enpost), de CPA, de ambulance al dan niet aangevuld met een MMT, de SEH/IC. De lengte van deze zogenaamde SMH-keten is afhankelijk van de situatie. Zo ontbreken bij de zelfverwijzer de eerste twee schakels.

De spoedeisende hulp is opgebouwd uit ketens. In elke CPA-regio zijn één of meerdere SMH-ketens aanwezig. Ook hier geldt: de keten is zo sterk als de zwakste schakel. Een optimale spoedeisende hulpverlening is alleen mogelijk wanneer alle schakels zodanig op elkaar zijn afgestemd dat gesproken kan worden van een geïntegreerde spoedeisende hulpverlening.

[11] *Acute zorg*. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Zoetermeer 2003.

- *Acute zorg: achtergrondstudies. Spoedeisende zorg in getal en aandacht*. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Zoetermeer 2003.
- *De kwaliteit van de afhandeling van meldingen door meldkamers ambulancezorg, vanuit het perspectief van huisartsen*. Jörg F, Schrijvers AJP. Utrecht 2003.
- *De kwaliteit van de afhandeling van meldingen door meldkamers ambulancezorg, waarbij ziekenhuisafdelingen voor Spoed Eisende Hulp (SEH) zijn betrokken*. Schrijvers AJP, Bie-de Waal MNA de. Utrecht 2003.
- *Niet zonder zorg, een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg*. RIVM, IGZ, CTG. Bilthoven 2001.
- *Ambulances binnen bereik, Analyse van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg in Nederland*. Kommer GJ, Veen AA van der, Botter WF; Tan I. 2003.

3.3 Ontwikkelingen in de spoedeisende hulpverlening

3.3.1 Zelfverwijzers en mondigheid van de patiënt

De laatste vier jaar heeft het fenomeen zelfverwijzer een hoge vlucht genomen. Uit eerdere publicaties blijkt dat het aantal consulten, afhankelijk van het ziekenhuis (in de grote stad) kan oplopen tot 70 procent van alle consulten op de SEH. Recent onderzoek geeft aan dat er complementariteit is in het bezoek aan de SEH dan wel aan de huisarts. Met name bij traumata werd in de meerderheid van de gevallen de huisarts gepasseerd en ging men rechtstreeks naar de afdeling SEH. Als het om infecties ging of een chronische ziekte werd meestal contact gezocht met de huisarts^[12]. Ook bleek dat de SEH vaker werd bezocht door jong-volwassenen en door kinderen.

3.3.2 Centrale huisartsenposten

In Nederland is in twee jaar tijd een vrijwel landelijk dekkend netwerk van huisartsenposten ontstaan. Deze ontwikkeling van de Huisartsen Diensten Structuur (HDS) die vooral bedoeld is om de werkbelasting van de huisartsen te beheersen, heeft daarbij ook het denken en de discussie over de rol van de huisarts in de spoedeisende hulp op gang gebracht. De meeste vragen om spoedeisende hulp komen terecht bij huisartsen, zowel binnen als buiten kantoor-tijd. De verwachting is dat door de ontwikkeling van de huisartsenposten het aandeel van de huisartsen in de spoedeisende hulp verder zal toenemen.

In hoeverre een goede fysieke bereikbaarheid een rol speelt bij de keuze om óf naar een afdeling SEH te gaan, óf de HAP te bellen, is tot nu toe niet bekend^[13]. Aannemelijk is dat een goede fysieke bereikbaarheid daarbij een rol speelt. Daarom is het van belang dat er een goede spreiding over Nederland is van voorzieningen voor spoedeisende medische hulpverlening.

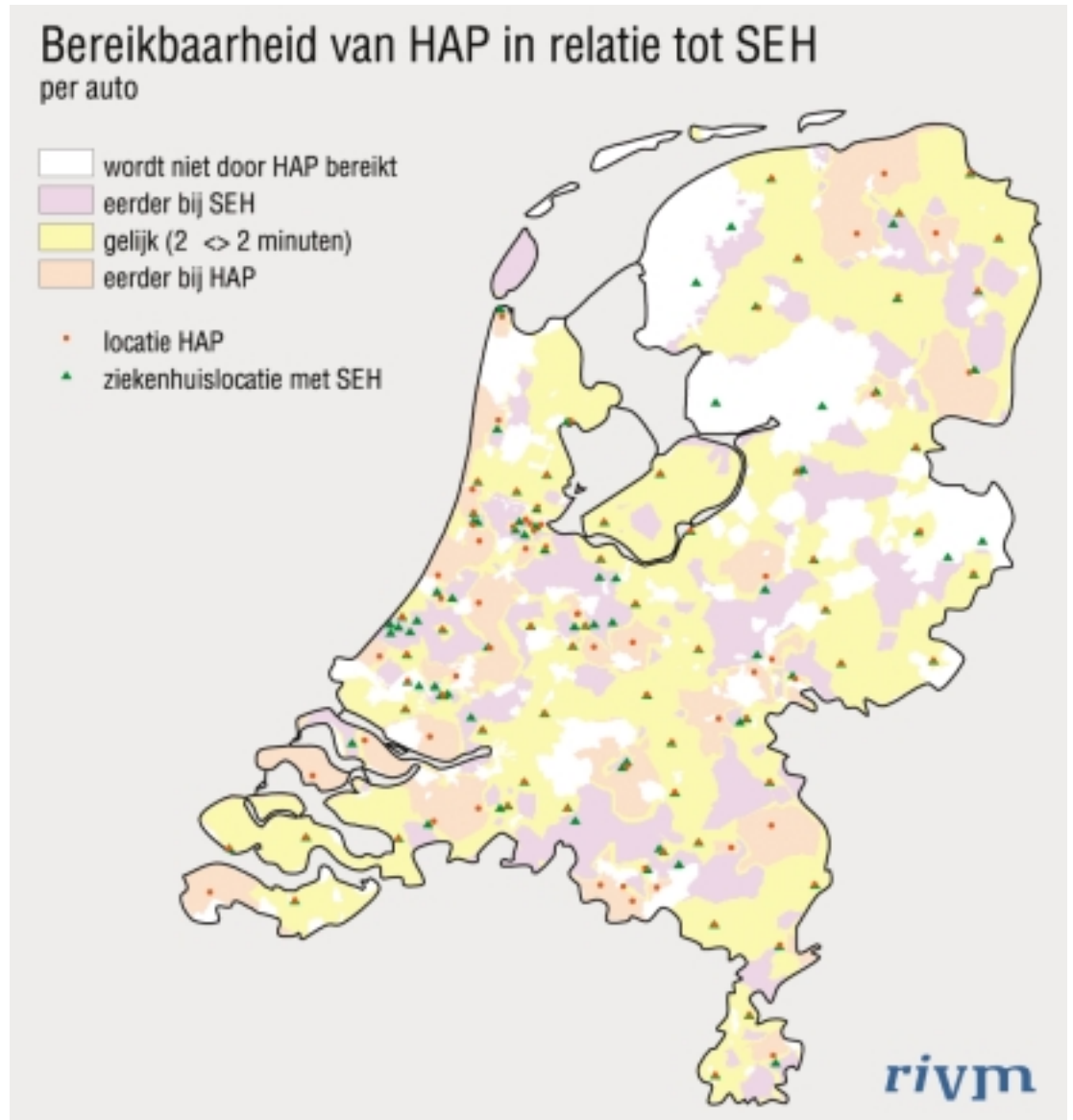
In figuur 3.1 is de bereikbaarheid (per auto) van de huisartsenposten (HAP) vergeleken met de bereikbaarheid van de afdelingen SEH.

[12] Yzermans Ned Tijdsch Gnsk 2002 27 juli:146:1413-1417.

[13] Deze vraag is niet in dit onderzoek meegenomen.

Figuur 3.1

De bereikbaarheid van de huisartsenpost in relatie tot de afdelingen spoedeisende hulpverlening in 2002 (per auto)



3.3.3 Ambulancezorg

De ambulancezorg heeft zich in de negentiger jaren inhoudelijk ontwikkeld van een vervoersvoorziening tot een zorgvoorziening die een onmisbare schakel vormt in de keten van de spoedeisende hulpverlening. De ambulancehulpverlening is inmiddels gestandaardiseerd, het merendeel van de ambulancediensten is volgens de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) gecertificeerd. Dit geldt nog niet voor de CPA. Voor de CPA zijn inmiddels wel standaarden ontwikkeld, die in 2004 zullen worden geïmplementeerd.

Ook in organisatorisch opzicht is in de jaren negentig veel veranderd. Er heeft schaalvergroting plaatsgevonden, de ontwikkeling van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) is in gang gezet. De RAV is één organisatie waarin zowel de meldkamer (CPA) als de ambulancedienst zijn ondergebracht. De verwachting is dat de RAV-ontwikkeling zal leiden tot een verdere kwaliteitsverbetering en doelmatigheid van de ambulancezorg. Door het

uitblijven van wetgeving waarin de RAV-vorming en de nieuwe bestuursstructuur geregeld zullen worden, zijn in een aantal regio's nog geen RAV's tot stand gekomen.

Indeling CPA-regio's

De schaalvergroting in de ambulancezorg heeft geleid tot 24 CPA's, elk met een eigen verzorgingsregio. Het getal 24 is niet toevallig. In het kader van de rampenbestrijding streeft de overheid naar territoriale congruentie van politieregio's, brandweerregio's en gezondheidsregio's. Daarbij is de regio-indeling van de politie leidend. De politie heeft 25 regio's. Bij de invoering van de nieuwe Wet ambulancezorg (naar verwachting in 2005) zullen de CPA-regio's worden vervangen door RAV-regio's.

3.3.4 Bereikbare en beschikbare ziekenhuiszorg

In een recente beleidsnota heeft de overheid haar rol bij kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg^[14] opnieuw benadrukt. Hiervoor is een goede landelijke spreiding van ziekenhuizen met een afdeling SEH nodig. Door ontwikkelingen als schaalvergroting en het opheffen van kleine ziekenhuislocaties voor de 24-uurs zorg kan de toegankelijkheid tot SEH-zorg in het geding komen.

3.3.5 Triage op de SEH

In de gezondheidszorg wordt het begrip triage op verschillende wijzen nader gedefinieerd. Voor de SEH sluit de inspectie aan bij de definitie zoals die door de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen tezamen met de relevante medisch specialistische verenigingen en het CBO is verwoord^[15].

De definitie luidt: "Triage is een dynamisch beslisproces dat de behoefte van een patiënt aan medische zorg prioriteert, bij binnenkomst op de SEH".

Aan de hand van afgesproken criteria, die anders zijn voor de Manchester-triagemethode dan bijvoorbeeld die voor de Boston-methode doch wat betreft de uitkomst van de beoordeling niet wezenlijk verschillen, wordt de patiënt in een categorie ingedeeld als zeer urgent, urgent, standaard en niet urgent.

Het triëren gebeurt vrijwel altijd door een ervaren verpleegkundige met tenminste een aanvullende SEH- of IC-opleiding. De veldnorm is dat er voor het triëren protocollen aanwezig moeten zijn.

Bij de Manchester-methode maakt men daarnaast nog gebruik van de zogenaamde verpleegkundige fast track. Fast track is een methode om de patiëntendoorstroming op de afdeling SEH te versnellen door patiënten met een lage urgentie snel te behandelen. Dit doet men door mensen met kleine letsels door een ervaren verpleegkundige snel te laten beoordelen en te behandelen. Voorwaarde is dat de continuïteit van de zorgverlening voor hoog urgente patiënten niet wordt verstoord. Het vraagt daarom in de praktijk extra verpleegkundige inzet.

[14] *Beleidsstandpunt bereikbare ziekenhuiszorg*. Ministerie VWS. Den Haag 2003.

[15] *Richtlijn Triage op de Spoedeisende Hulp*. Conceptrichtlijn BVOI-Utrecht-Kwaliteitsinstituut CBO 2004.

Op ieder moment kan de gezondheidstoestand van een getrieerde patiënt veranderen. Bij een adequate triage hoort dan ook een her-triage na een bepaalde tijd. In de praktijk gebeurt dit door een toezienend oog te houden op de patiënten in de wachtkamer en na een bepaalde tijd de patiënt opnieuw te beoordelen.

3.3.6 Deskundigheid

De afdeling spoedeisende hulp komt voort uit de voormalige EHBO-afdeling. De hulpvraag is tegenwoordig niet meer alleen chirurgisch. Patiënten van alle specialismen dienen zich aan, van jong tot oud. Hoewel deze gewijzigde hulpvraag om andere deskundigheden vraagt, waren er tot voor kort nauwelijks normen voor het benodigde medisch en verpleegkundig personeel van de afdeling spoedeisende hulp. In het beleidsstandpunt van het ministerie van VWS wordt als norm gesteld dat er op de afdeling SEH een verpleegkundige in het bezit van de aantekening spoedeisende-hulpverpleegkundige aanwezig moet zijn en dat de dienstdoende medisch poortspecialist binnen 15 minuten na melding van een spoedeisend incident aanwezig moet zijn. Deze norm is door verschillende beroepsgroepen verruimd naar 30 minuten. Daarnaast heeft het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen, het NIAZ, de norm opgesteld dat medische verantwoording voor de afdeling SEH geregeld moet zijn.

Opvallend is dat in de ons omringende landen hogere eisen worden gesteld. In België bijvoorbeeld geldt de overheidsnorm dat de continuïteit van de medische zorg op de SEH-afdeling moet worden gewaarborgd door één of meerdere urgentieartsen in opleiding, en/of artsen in opleiding die tenminste twee jaar de opleiding chirurgie, anesthesiologie of interne geneeskunde hebben gevolgd. Men gaat ervan uit dat met deze norm de beschikbaarheid van deskundige, medische spoedeisende hulp is zeker gesteld.

In een gezamenlijk onderzoek naar de spoedeisende hulp in de ziekenhuizen in de grensregio^[16] heeft de inspectie in overleg met de Belgische gezondheidsinspectie deze Belgische norm als volgt voor de Nederlandse situatie vertaald:

De medisch eindverantwoordelijke voor de SEH-afdeling is een medisch specialist, behorend tot een specialisme dat grote verwantschap vertoont met de spoedeisende geneeskunde. Daarnaast is op de afdeling SEH permanent een arts aanwezig/beschikbaar. Om ervan uit te kunnen gaan dat deze arts voldoende bekwaam is, moet hij tenminste twee jaar ziekenhuiservaring hebben en ATLS-geschoold zijn. Daarnaast hanteert de inspectie als norm dat op een afdeling SEH de patiënt door een arts dient te worden gezien, dan wel dat de behandeling door een verpleegkundige achteraf door een arts dient te worden geautoriseerd, conform een protocol zelfstandige afhandeling.

3.3.7 SEH-verpleegkundigen, spoedartsen en nurse practitioners

Voor de verpleegkundigen van de afdelingen SEH hebben de laatste jaren niet stil gezeten. Er is een actieve vereniging met een hoge organisatiegraad, die onder meer een profiel van de spoedeisende-hulpverpleegkundige heeft opgesteld en zich beijverd heeft voor de opleiding tot spoedeisende-hulpverpleegkundige.

De artsen hebben dit voorbeeld gevolgd. Er bestaat nu ook een vereniging van spoedeisende-hulpartsen, en er is een opleiding tot spoedeisende-hulparts.

Maar anders dan bij de spoedeisende-hulpverpleegkundige bestaat over de positie en de functie van de spoedeisende-hulparts in de medische wereld geen consensus. Het Centraal

[16] *Advies opnemings Nederlandse ziekenhuizen in de Belgische lijst ziekenhuizen met erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg*. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag 2002.

College Medisch Specialisten (CCMS) weigert tot op heden de SEH-arts als apart specialisme te erkennen.

Ook op de afdeling SEH doet de nurse practitioner zijn intrede. In sommige ziekenhuizen gebeurt dit als vervanging van een arts-assistent, elders in het kader van de taakherschikking.

3.3.8 Traumazorg

Ingevolge artikel 8 Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) zijn in april 1999 in Nederland tien traumacentra aangewezen, waarvan vier als traumacentrum met helikopter-voorziening. Deze vier helikopters moeten, samen met de reeds bestaande helikopters die in de grensgebieden van de buurlanden zijn gestationeerd, tot een landelijke dekking komen. De helikopters zijn inzetbaar van zonsopgang tot schemer.

De tien traumacentra zijn bestaande SEH-afdelingen van academische/topklinische ziekenhuizen die zich specifiek op de behandeling van multitraumapatiënten richten. Alle traumacentra zijn in het bezit van een vergunning voor bijzondere neurochirurgie. Concrete criteria waaraan traumacentra onder meer moeten voldoen zijn: 24-uurs beschikbaarheid van een traumateam op de afdeling SEH, beschikbaarheid van een mobiel medisch team en van bepaalde specialisten en tenslotte een aantal eisen met betrekking tot de faciliteiten, zoals adequate IC- en OK-faciliteit^[17].

De traumacentra worden door de overheid financieel ondersteund voor het verrichten van een aantal bijzondere taken binnen de traumazorg. Van de traumacentra wordt verwacht dat zij het door de overheid beschikbaar gestelde geld onder andere besteden aan het ontwikkelen van een traumazorgnetwerk. Het traumacentrum is ervoor verantwoordelijk dat er in de eigen traumazorgregio afspraken komen over de toedeling van ongevalpatiënten opdat voor alle patiënten optimale zorg is gegarandeerd. Dat dient te gebeuren aan de hand van de zorginhoudelijke deskundigheid van de ziekenhuizen. Daartoe wordt een levelindeling van SEH-afdelingen gemaakt. Een SEH-afdeling met level 1 kan alle patiënten opvangen en behandelen en een SEH met level 3 kan voornamelijk de basale zorg leveren.

Het College voor Zorgverzekeringen heeft in 2002 de traumazorg geëvalueerd. In het evaluatierapport wordt onder meer geconcludeerd dat de ontwikkeling van de netwerken langzaam gaat en dat het ontbreekt aan een landelijke toedeling van beslissingsbevoegdheid ten aanzien van bijzondere taken op landelijk niveau.

3.3.9 Speciaal transport

Onder andere de toename van de medisch-technologische mogelijkheden en de ontwikkeling van traumacentra hebben geleid tot een levelindeling van IC-afdelingen en tot een centralisatie van IC-afdelingen voor kinderen, de zogenaamde Pediatrische Intensive Care Units (PICU) en Neonatologische Intensive Care Units (NICU). Hierdoor en door capaciteitsproblemen op de IC-afdelingen is een groeiende vraag ontstaan naar interklinisch IC-vervoer van zowel volwassenen als kinderen. Deze speciale transporten brengen risico's met zich mee waarvoor het reguliere ambulancetransport onvoldoende is toegerust.

[17] *Beleidsvisie Traumazorg*. Ministerie VWS. Den Haag 1998.

De commissie IC-transport van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft een richtlijn opgesteld voor het veilig en verantwoord vervoeren van volwassen IC-patiënten. Deze richtlijn houdt onder meer in dat een bepaalde categorie instabiele IC-patiënten tijdens de rit moeten worden begeleid door een IC-team, bestaande uit een intensivist en een IC-verpleegkundige. Daarnaast dient voor het transport van deze patiënten de standaard apparatuur te worden uitgebreid tot een Mobiele Intensive Care Unit (MICU), dat wil zeggen: een volwaardig mobiel IC-bed.

De pediatrie IC (PICU) is in 2002 onder werking van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) gebracht. Hierbij horen ook afspraken over de regio-indeling en het transport van ernstig zieke kinderen. Omdat hiervoor expliciete ervaring vereist is, geldt dat dit transport bij voorkeur begeleid wordt door een kinderintensivist in een aangepaste ambulance vergelijkbaar met de MICU. Vier academische ziekenhuizen hebben voor het vervoer van IC-kinderen een speciale transportbrancard ontwikkeld, die in een (groot volume) ambulance past. In de praktijk gebeurt dit vervoer nu nog vaak door de anesthesioloog of kinderarts van het verwijzend ziekenhuis in een ambulance zonder specifieke inventaris.

Voor het transport van ernstig zieke pasgeborenen is een regeling conform de aanbevelingen van de Gezondheidsraad in het planningsbesluit neonatale IC. Dit betreft zowel afspraken over regio-indeling als begeleid transport. In de regel wordt dit transport uitgevoerd door een ambulance, ingericht voor het vervoer van een zuigeling in een transportcouveuse, voorzien van alle apparatuur die voor intensive care van een pasgeborene noodzakelijk is. Zo'n babylancetransport wordt altijd begeleid door een neonatoloog of een ervaren arts-assistent uit de NICU in de regio van het verwijzend ziekenhuis, ook als de patiënt in verband met plaatsgebrek naar een NICU in een andere regio vervoerd moet worden.

4 De keten van spoedeisende medische hulpverlening

4.1 Organisatie van de zorg

Eén van de voorwaarden voor verantwoorde spoedeisende medische hulpverlening is dat er een gezamenlijke, eenduidige ketenbrede visie op de spoedeisende hulp is geformuleerd en dat deze zodanig georganiseerd is dat de bereikbaarheid en de continuïteit van de spoedeisende zorg is gewaarborgd. Om antwoord te kunnen geven op deze vraag heeft de inspectie onderzoek gedaan naar de wijze waarop de SMH-ketenzorg is georganiseerd en afgestemd.

Specifiek is gekeken naar de volgende voorwaarden.

- Aanwezigheid van een ketenbrede, eenduidige visie op spoedeisende hulpverlening.
- Aanwezigheid van een heldere, eenvoudige ketenstructuur.
- Duidelijkheid over de coördinerende rol van de CPA bij spreiding van acute/intensieve patiënten.
- Permanente toegankelijkheid van SEH/IC/CC-zorg binnen de keten.
- Onderlinge overeenstemming en afstemming van de ketenpartners door middel van afspraken, protocollen en procedures.
- Aanwezigheid van een structurele voorziening voor speciaal interklinisch transport.
- Waarborging van onderlinge bereikbaarheid van de schakels in de keten.
- Waarborging van structurele onderlinge overdracht van de ketenpartners.
- Waarborging van toegang van de patiëntendossiers binnen de keten.

4.1.1 Ketenbrede visie SEH is nog niet overal aanwezig

Voor een goede zorgverlening is het van belang dat er eenduidigheid is bij de ketenpartners over het doel van de zorgverlening en de noodzakelijke voorwaarden voor een goede hulpverlening.

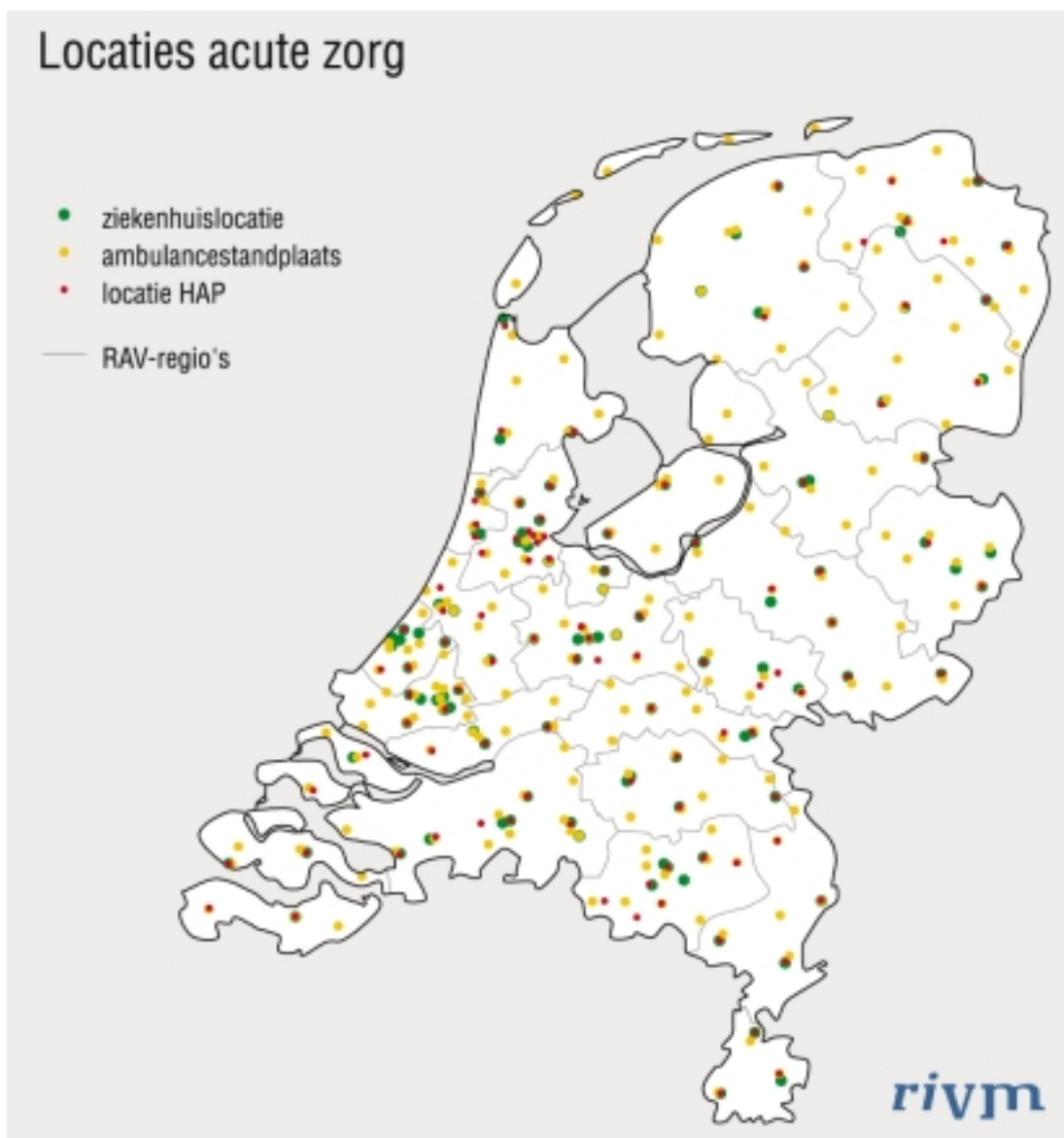
In de helft van de CPA-regio's hebben de ziekenhuizen en de ambulancezorg (CPA en ambulancediensten) een gezamenlijke visie op de SEH geformuleerd. In de overige regio's is dit nog niet gedaan. Met name de huisartsen zijn tot nu toe niet systematisch betrokken bij de visieontwikkeling.

4.1.2 Structuur SMH is verbeterd

Nieuw ingevoerde, grootschalige structuren zoals de huisartsenposten, de Regionale Ambulance Voorziening en de traumazorgnetwerken hebben ook op de structuur van de SMH hun (positieve) weerslag. Hiermee vermindert zowel het aantal ketens als het aantal schakels binnen de keten en dus het risico op fouten.

Figuur 4.1

Locaties van ziekenhuizen, ambulancestandplaatsen en huisartsenposten in 2002



Het aantal CPA's is de laatste vijf jaar met 17 procent gedaald (van 29 naar 24), het aantal ziekenhuizen met ruim 30 procent en het aantal ambulancediensten met maar liefst 44 procent.

Waren er tijdens de onderzoeksperiode van *De Keten rammelt* nog CPA-regio's met acht ambulancediensten binnen de eigen verzorgingsregio, op dit moment is drie het maximum aantal. Ook het aantal ziekenhuizen per CPA-regio is verminderd van maximaal elf naar maximaal acht.

De afname van het aantal (SEH-afdelingen van) ziekenhuizen en de veranderde organisatie van de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend hebben ook een keerzijde. In sommige gebieden heeft dit tot een langere reisafstand voor spoedeisende medische hulp geleid. Bovendien kan ook de huidige onevenwichtige spreiding van de huisartsenposten^[18] in sommige regio's tot een matige bereikbaarheid van de zorg leiden.

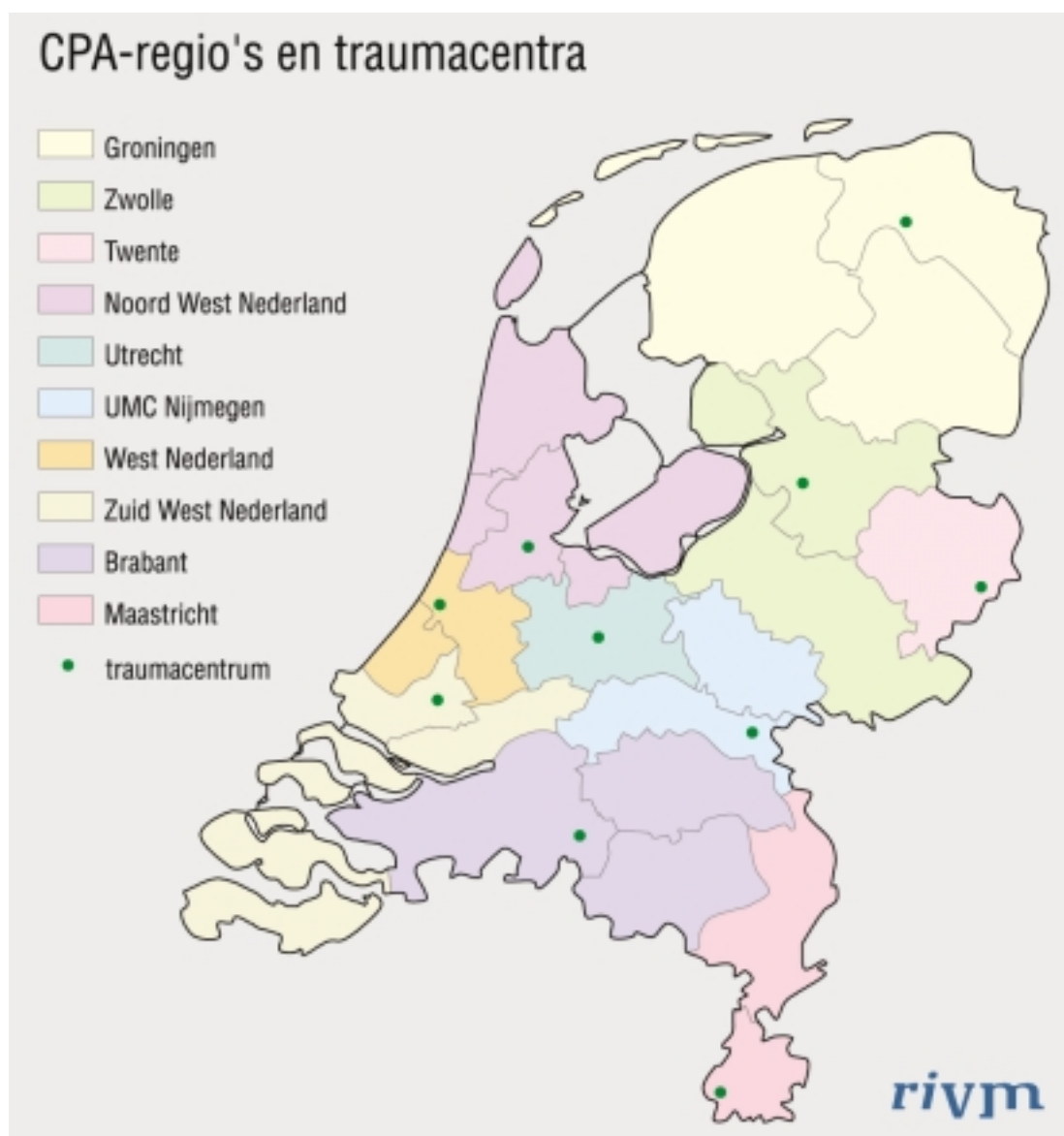
[18] *Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten*. Inspectie voor de Gezondheidszorg, April 2004.

Met uitzondering van de traumacentra hebben de ziekenhuizen in het algemeen (driekwart) met één CPA te maken. Door de invoering van traumazorgnetwerken hebben met name de tien traumacentra, vanwege de omvang van hun verzorgingsgebied, met meerdere CPA's te maken. Dit compliceert het maken van afspraken.

In figuur 4.2 staan de huidige 24 CPA-regio's en de 10 traumacentra weergegeven.

Figuur 4.2

De 24 CPA-regio's en 10 traumacentra in 2002



Ook het merendeel van de huisartsenposten heeft niet meer dan één CPA in het eigen verzorgingsgebied. De posten die met meer dan één CPA te maken hebben, bevinden zich alle op de grens van meerdere CPA-regio's.

4.1.3 Coördinerende rol CPA is bijna overal gewaarborgd

De CPA heeft de taak de spoedeisende (ambulance)hulpverlening te coördineren. In 1994 werd geconstateerd dat de CPA binnen de gezondheidszorg een (te) onduidelijke positie innam. Daar is inmiddels verandering in gekomen.

Ruim de helft van de CPA's heeft schriftelijke afspraken met de ziekenhuizen over beleid bij capaciteitsproblemen op de SEH-afdelingen. Een kleine minderheid van de CPA's heeft met de ziekenhuizen afspraken over capaciteitsproblemen op de IC/CC-afdeling. Eén CPA heeft over zowel de SEH als de IC/CC afspraken met alle ziekenhuizen in zijn regio, en twee CPA's hebben met alle ziekenhuizen in hun regio afspraken over capaciteitsproblematiek op de IC/CC.

4.1.4 Toegankelijkheid SEH/IC/CC-zorg wordt gehinderd door incidentele capaciteitsproblematiek

Nagenoeg alle ziekenhuizen met een SEH-afdeling hebben deze in principe 7x24 uur geopend. In 4 (van de 24) CPA-regio's is dit niet het geval en hebben de betreffende SEH-afdelingen vaste sluitingstijden. Daarnaast worden in 10 CPA-regio's SEH-afdelingen incidenteel gesloten vanwege capaciteitsproblematiek.

In 21 CPA-regio's zijn de IC/CC-afdelingen incidenteel gesloten wegens capaciteitsproblematiek. Vrijwel alle CPA's zijn goed op de hoogte van de toegankelijkheid van de SEH-afdelingen en de beschikbaarheid van de IC/CC-plaatsen in de eigen regio. Dit laatste geldt eveneens voor het merendeel van de ziekenhuizen. De beschikbare IC/CC-capaciteit wordt vrijwel overal telefonisch door het ziekenhuis aan de CPA doorgegeven.

Van de in 1999 opgerichte landelijke IC-database, toegankelijk via www.iccapaciteit.nl, wordt voornamelijk door de Limburgse en Noord-Brabantse ziekenhuizen gebruik gemaakt. Daar heeft volgens betrokkenen de site een positieve invloed op de capaciteitsproblematiek.

4.1.5 Ontwikkeling traumazorg netwerken verloopt traag

Vijf van de tien traumacentra hadden in de onderzoeksperiode met de ziekenhuizen in hun verzorgingsregio formele afspraken gemaakt over de niveau-indeling en spreiding van gewonden bij grote calamiteiten. In deze regio's is men ook begonnen met het ontwikkelen van gezamenlijke traumaprotocolen.

De vier helitraumacentra (VUMC/AMC, Erasmus, UMC Nijmegen, AZ Groningen) hebben overdag, van zonsopgang tot schemer, een terzake kundig mobiel medisch team (MMT) paraat. Deze vier traumaheli's garanderen echter geen volledig landelijke dekking. Dit betekent dat niet alle regio's binnen 15 minuten na oproep door de heli kunnen worden aangevlogen. Daar waar geen volledige dekking is, wordt bijstand verleend door heli's vanuit Duitsland (Twente, Groningen, Limburg) en/of België (Limburg, Brabant, Zeeland). Deze buitenlandse MMT's zijn allen terzake kundig.

Na schemer en voor zonsopgang is men in Nederland aangewezen op de zogenaamde grondgebonden MMT's. In het merendeel van de traumaregio's is de permanente, directe beschikbaarheid van deze grondgebonden MMT's niet gegarandeerd. Daarnaast voldoet de bemanning van deze MMT's volgens betrokkenen (traumacentra en ambulancezorg) onvol-

doende aan de eisen die men aan hun bekwaamheid zou moeten stellen, de betreffende artsen en verpleegkundigen hebben te weinig ervaring 'op straat'.

De reden voor de beperkte bezetting en inzet van de MMT's is voornamelijk van financiële aard. Volgens de traumacentra worden er door de overheid onvoldoende financiële middelen beschikbaar gesteld om permanent een terzake kundig MMT paraat te kunnen hebben. De overheid wacht op een onderbouwing van deze bewering met harde gegevens. De traumacentra zijn er tot nu toe niet in geslaagd door middel van een uniform landelijk registratiesysteem deze gegevens te leveren.

4.1.6 MICU-/PICU-transport en transport van psychiatrische patiënten is in de meeste regio's een probleem

In nagenoeg alle CPA's is beleid aanwezig voor speciaal interklinisch transport zoals MICU-, PICU- en NICU-transport en het vervoer van psychiatrische patiënten.

De meeste problemen doen zich voor met MICU-transporten en met het vervoer van psychiatrische patiënten. In twintig CPA-regio's zijn problemen met beide transportvormen gemeld. Naast problemen met het MICU- en het psychiatrische transport zijn in negentien CPA-regio's problemen gemeld met het PICU-transport en in vijftien regio's met het NICU-transport.

4.2 Zorgproces

4.2.1 Onderlinge bereikbaarheid is bijna overal gegarandeerd

In alle regio's zijn de CPA en de ambulance direct bereikbaar voor elkaar. Dit geldt ook voor de ambulancebemanning en de afdeling SEH. De bemanning kan altijd, al dan niet met de CPA als tussenschakel, de SEH-afdeling bereiken.

Alle CPA's hebben een directe lijn met de SEH-afdelingen in hun regio. Omgekeerd is voor tien SEH-afdelingen de telefonische bereikbaarheid van de CPA niet altijd gewaarborgd. Omdat er geen portofoonverbinding is tussen de SEH-afdelingen en de ambulances is directe communicatie niet mogelijk. Dit kan tot ongewenste situaties leiden, bijvoorbeeld wanneer de SEH nadere informatie wenst over een reeds aangekondigde (ernstige) patiënt.

4.2.2 Onderlinge afstemming door middel van afspraken, protocollen en procedures komt op gang, maar kan beter

Meer dan de helft van de ambulancediensten heeft gezamenlijke protocollen en/of procedures met de SEH-afdelingen in hun regio. Vooral de verandering van het landelijk ambulanceprotocol (systematiek gebaseerd op ATLS) heeft hieraan een belangrijke bijdrage geleverd. Een vijfde van het aantal ambulancediensten heeft gezamenlijke protocollen en/of procedures met de huisartsen in hun regio. Dit betreffen vooral reanimatieprotocollen.

4.2.3 Onderlinge overdracht is goed geregeld, maar de overdracht huisarts -> ambulancebemanning -> ziekenhuis kan nog beter

Alle CPA's dragen de gegevens mondeling over aan de ambulancebemanning. Daarnaast voeren de centralisten deze gegevens in in een elektronisch bestand. Slechts de helft van de ambulancediensten ontvangt een schriftelijke overdracht van de huisarts. Dit betreft meestal de verwijsbrief van de huisarts aan de arts van de afdeling SEH van het ziekenhuis. In alle CPA-regio's draagt de ambulancebemanning via het ritformulier de eigen patiëntgegevens over aan de afdeling SEH.

4.2.4 Toegang tot patiëntendossiers is slechts in de interne keten mogelijk

Bij ketenzorg is het van groot belang dat de relevante gegevens toegankelijk zijn voor alle betrokkenen. Bijna alle SEH- en IC-afdelingen hebben toegang tot de dossiers die van een patiënt in het ziekenhuis aanwezig zijn. Dat is anders bij de huisartsen. 93 procent van de huisartsen heeft tijdens de dienst geen toegang tot de patiëntendossiers van de collegae. Tussen ziekenhuis en huisartsen is op dit moment zelfs nog helemaal geen inzage mogelijk in elkaars dossiers.^[19]

4.3 Verantwoordelijkheidstoedeling in de keten

Een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling onder de ketenpartners voorkomt misverstanden, competentiediscussies e.d. In spoedeisende situaties is het daarom van groot belang dat de verantwoordelijkheden goed geregeld zijn.

4.3.1 Verantwoordelijkheidstoedeling staat niet op schrift, maar is wel werkbaar voor betrokkenen

Ongeveer eenderde van het aantal ambulancediensten heeft schriftelijke afspraken met de SEH-afdelingen in hun regio over de onderlinge verantwoordelijkheden. Eenvijfde van de ambulancediensten heeft dit met de huisartsen. In een aantal regio's zijn deze afspraken opgenomen in het Regionaal Ambulance Plan (RAP). Slechts in één van de 24 ketens zijn, met uitzondering van de huisartsen, tussen alle ketenpartners afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden in de keten.

Hoewel de onderlinge verantwoordelijkheden lang niet overal zijn geformaliseerd, is tijdens de interviews duidelijk geworden dat sprake is van een werkbare situatie omdat er nauwelijks of geen onduidelijkheden bestaan over ieders verantwoordelijkheid.

4.4 Overleg en evaluatie binnen de keten

De kwaliteit van de SMH is naast een goede organisatie en verantwoordelijkheidstoedeling ook afhankelijk van een continue evaluatie van het proces. Eén van de voorwaarden hiervoor is een frequent structureel contact.

4.4.1 Structureel overleg tussen de ketenpartners vindt bijna overal plaats, evaluatie van de hulpverlening is voornamelijk ad hoc

Met uitzondering van één dienst hebben alle ambulancediensten structureel overleg met de CPA in hun regio. Bijna alle ambulancediensten en CPA's hebben één of meerdere keren per jaar overleg met de huisartsenposten en/of districts huisartsenverenigingen, en bijna alle ambulancediensten en CPA's hebben een structureel overleg met de ziekenhuizen.

In vier CPA-regio's melden alle ketenpartners elkaar incidenten binnen de keten. In de overige twintig regio's wordt dit niet ketenbreed gedaan, maar beperkt men zich tot het melden aan die instelling (de schakel) die met de gevolgen van het incident wordt of kan worden geconfronteerd.

Evaluatie van de spoedeisende hulp in ketenverband gebeurt meestal ad hoc, en dan vooral als iets is misgegaan in de hulpverlening. In enkele grote ziekenhuizen worden structurele evaluaties van de SMH gehouden.

[19] De vraag naar de toegang tot de dossiers van apotheken is niet bij dit onderzoek betrokken.

5 De afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen

5.1 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de spoedeisende hulp wordt niet alleen bepaald door de spreiding van de SEH-afdelingen en de beschikbare capaciteit, maar ook door de daadwerkelijke beschikbaarheid van de noodzakelijke hulp in al zijn vormen en gradaties.

In deze paragraaf zullen achtereenvolgens de bevindingen over de patiëntenstromen, de triage en de wacht- en doorlooptijden worden beschreven.

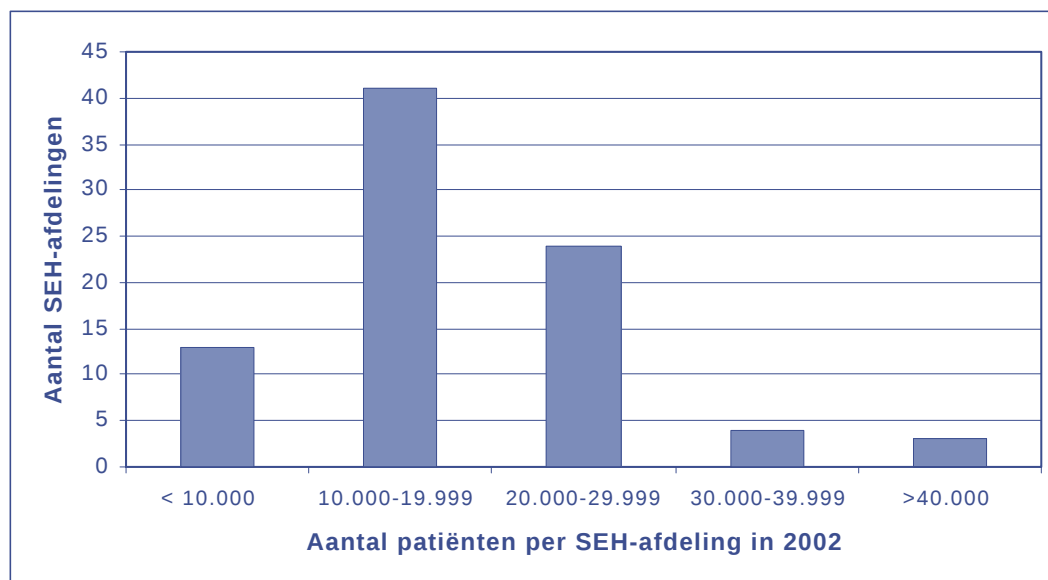
5.1.1 Generale lichte stijging van bezoekers; bijna de helft van de bezoekers is zelfverwijzer, de invloed van huisartsenpost is niet aangetoond

8 ziekenhuizen (n=93) konden geen gegevens overleggen over bezoekersaantallen van de SEH-afdeling, 70 ziekenhuizen konden SEH-bezoekersaantallen over de periode 1998 – 2002 verstrekken en 85 ziekenhuizen over het jaar 2002. Op deze 85 SEH-afdelingen werden alle verwezen en niet-verwezen patiënten ingeschreven, ook de patiënt die zonder verdere behandeling wordt terugverwezen naar de huisarts of direct naar huis wordt gezonden. Zodoende kan bij achteraf gebleken medische en/of verpleegkundige missers elke patiënt achteraf worden getraceerd en kan de zorg worden getoetst.

Hoewel op 85 SEH-afdelingen alle patiënten werden ingeschreven, werd in slechts 52 ziekenhuizen bij de registratie onderscheid gemaakt tussen verwezen en niet-verwezen patiënten, de zogenaamde zelfverwijzers.

Figuur 5.1

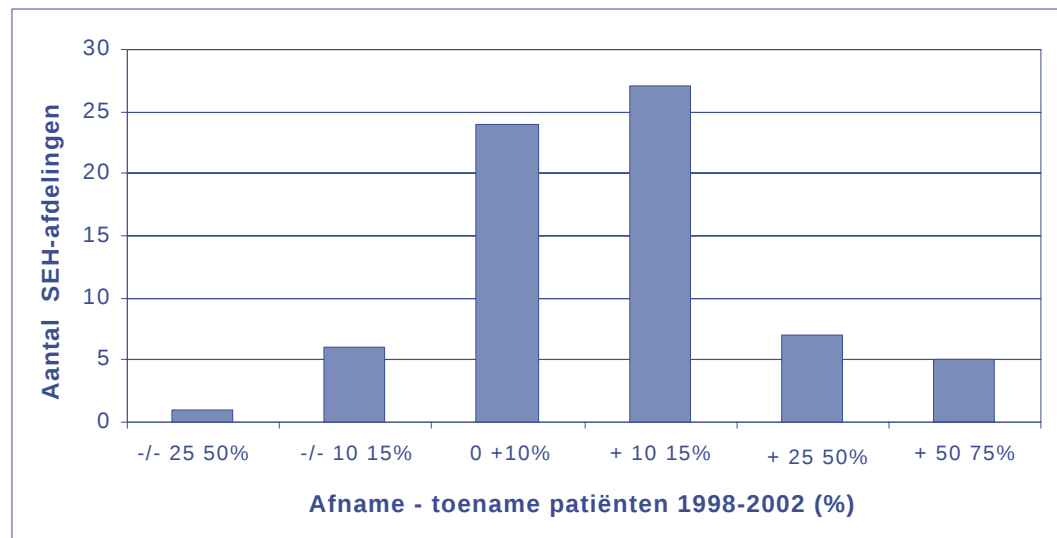
Omvang van de SEH-afdelingen in 2002 (N = 85)



Het merendeel van de SEH-afdelingen had in 2002 10.000 tot 20.000 bezoekers per jaar. Het maximum aantal bezoekers was 42.240, het minimum aantal 1.893. Dertien SEH-afdelingen hadden minder dan 10.000 bezoekers. Deze kleine SEH-afdelingen liggen over het gehele land verspreid. Twee SEH-afdelingen in het westen en één in het zuiden van Nederland ontvingen meer dan 40.000 bezoekers. Van acht SEH-afdelingen was het patiëntenaantal onbekend.

Figuur 5.2

Krimp respectievelijk groei van de SEH-afdelingen in de periode 1998-2002 (N = 70)

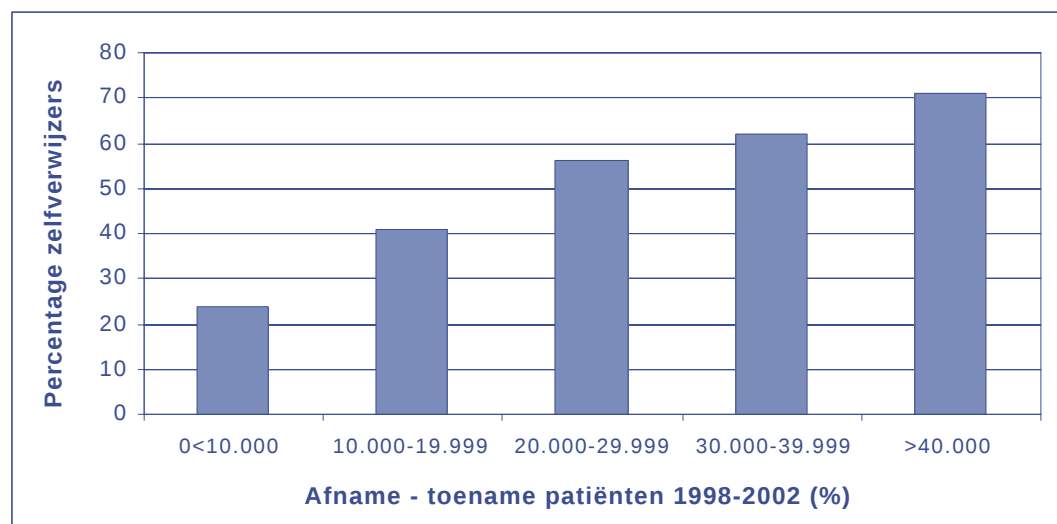


In de meeste ziekenhuizen is het aantal bezoekers van de SEH-afdeling in de periode 1998-2002 toegenomen. Driekwart van de SEH-afdelingen vertoonde een lichte toename tot 15 procent. Op zeven SEH-afdelingen was een stijging van 25-50 procent en op vijf SEH-afdelingen zelfs meer dan 50 procent. Op zeven SEH-afdelingen nam het aantal bezoekers af.

De stijging van het aantal bezoekers heeft zich over het hele land in alle ketens voorgedaan. De dalingen hebben met name in SEH-afdelingen in het zuiden plaatsgevonden. De reden voor extreme groei of afname van aantallen bezoekers was altijd her-allocatie vanwege fusie. Invloed van de invoering van de huisartsenposten op de bezoekersaantallen kon in dit onderzoek niet worden aangetoond.

Figuur 5.3

Gemiddeld aantal zelfverwijzers naar omvang SEH-afdeling (%) (N = 52)



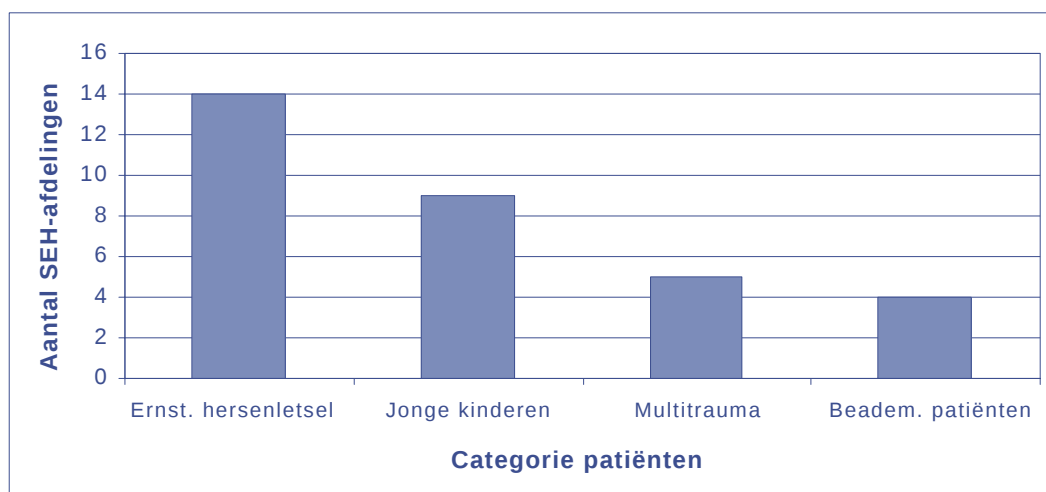
Van de 52 ziekenhuizen waarvan de gegevens bekend zijn, is bijna de helft van het totaal aantal bezoekers zelfverwijzer^[20]. Zoals in figuur 5.3 is te zien geldt: hoe meer bezoekers, des te groter het percentage zelfverwijzers. Bij de hele grote afdelingen met meer dan 40.000 bezoekers per jaar is het gemiddelde percentage zelfverwijzers 71 procent. De SEH-afdelingen met een relatief gering aantal bezoekers hebben aanzienlijk minder zelfverwijzers, gemiddeld ongeveer een kwart van het totaal.

Tijdens de bezoeken is de indruk ontstaan dat de ziekenhuizen in het algemeen geen actief beleid voeren om het aantal zelfverwijzers, dat geen specifieke SEH-zorg nodig heeft, terug te dringen, integendeel. Waarschijnlijk heeft deze opstelling een financiële achtergrond: elke zelfverwijzer wordt ingeschreven op naam van één van de poortspecialisten, die dit consult kan declareren, ongeacht de gegeven hulp. Daarnaast zouden veel medewerkers van de afdeling SEH weinig voelen voor een discussie met de zelfverwijzer over het al dan niet terechte bezoek, niet in de laatste plaats uit angst voor een agressieve reactie.

5.1.2 Meerderheid van de SEH-afdelingen zegt alle categorieën patiënten te kunnen stabiliseren, SEH-afdeling met gering aantal bezoekers is niet minder ambitieus dan grote SEH-afdeling.

Figuur 5.4

Aantal SEH-afdelingen dat bepaalde categorieën niet kan opvangen (N = 22)



Ruim driekwart van alle SEH-afdelingen deelde mee dat iedere patiënt 7x24 uur op de afdeling SEH kan worden gestabiliseerd. De overige SEH-afdelingen gaven aan niet altijd alle patiënten goed te kunnen opvangen. Met name gaat dit om patiënten met ernstig hersenletsel of jonge kinderen en in mindere mate om patiënten met multi organ failure of patiënten die beademing behoeven.

Bij het bepalen van het ambitieniveau blijken ziekenhuizen niet altijd rekening te houden met de mogelijkheden en onmogelijkheden van de eigen beschikbare mensen, middelen en infrastructuur. Eventuele beperkingen, bijvoorbeeld door het ontbreken van voldoende menskracht, bepaalde specialismen, functies en apparatuur, zijn voor deze ziekenhuizen geen belemmering om zo nodig alle categorieën patiënten op de afdeling SEH te stabiliseren. CPA's en verwijzers (huisartsen) zijn doorgaans van deze beperkingen op de hoogte, zodat in de dagelijkse praktijk niet alle categorieën patiënten aan deze SEH-afdelingen worden

[20] Ook onder de geënquêteerde patiënten blijkt meer dan de helft zelfverwijzer te zijn.

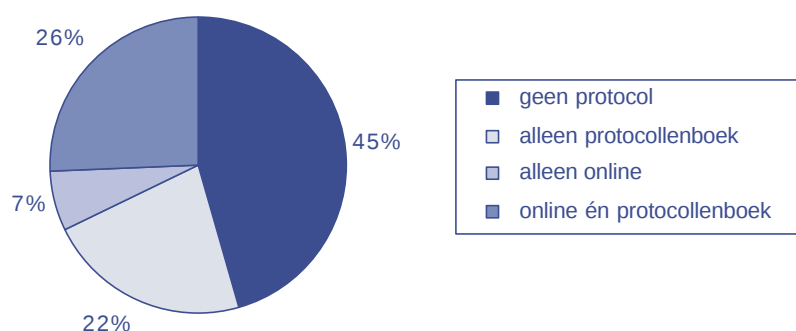
gepresenteerd. Hiermee is in sommige regio's reeds een informele levelindeling van de SEH-afdelingen ontstaan.

5.1.3 Helft SEH-afdelingen geen triageprotocollen, ervaring Manchester-methode overwegend positief

Triage^[21] is de eerste stap in het zorgproces. Door middel van triage wordt de urgentie van de hulpvraag bepaald. Vooral nu het patiëntenaanbod van zelfverwijzers toeneemt, is er behoefte aan een selectiemethode die een onmiddellijke beoordeling van de situatie mogelijk maakt.

Figuur 5.5

Toepassing van triageprotocollen op de SEH-afdelingen (N = 93)



Op ruim de helft van de SEH-afdelingen zijn triageprotocollen aanwezig. Eenderde van de SEH-afdelingen stelt daarbij de triageprotocollen online beschikbaar, al dan niet in combinatie met gebruik van een protocollenboek.

Driekwart van de SEH-afdelingen waar geen triageprotocollen beschikbaar zijn, behoort tot de categorie kleine SEH-afdeling, dat wil zeggen minder dan 10.000 bezoekers per jaar.

Op de door de inspectie bezochte SEH-afdelingen waar geen triageprotocollen aanwezig zijn, werd geconstateerd dat de bepaling van de urgentie van de hulpvraag van de patiënt divers en dikwijls ongestructureerd verloopt. Soms bepaalt de ziekenhuisreceptionist, de portier ('s avonds en 's nachts) of de afdelingssecretaresse de urgentie van de binnenlopende patiënt en waarschuwt desgewenst de verpleegkundige of verwijst de patiënt direct naar de wachtkamer.^[22] De tijd tussen inschrijving en het eerste professionele patiëntencontact varieert en kan oplopen tot een half uur.

Opmerking van een (ex-)patiënt over dit onderwerp:

"Om 8.30 uur 's morgens kwam ik binnen. Ondanks het feit dat ik het erg benauwd had, moest ik wachten en een hele reeks vragen beantwoorden aan de balie. Gelukkig kwam er op dat moment een medewerker van het ziekenhuis langs die opmerkte "dit kan niet". Er werd een rolstoel gehaald en vervolgens verliep de behandeling goed en snel."

[21] De definitie luidt: "Triage is een dynamisch beslisproces dat de behoefte van een patiënt aan medische zorg prioriteert, bij binnenkomst op de SEH".

[22] 26 van de geënquêteerde patiënten (n = 69) hebben deze bevinding bevestigd.

De verpleegkundige wijst vervolgens de patiënt aan een bepaalde arts toe. Meestal wordt de patiënt in volgorde van binnenkomst behandeld, tenzij duidelijk is dat de urgentie van de hulpvraag zeer hoog is. De verpleegkundigen voeren deze eerste selectie uit op basis van eigen ervaring en deskundigheid. Op sommige SEH-afdelingen zetten de verpleegkundigen daarbij alvast de diagnostiek in gang (laboratoriumonderzoek en eenvoudig röntgenonderzoek).

Ruim eenderde van de SEH-afdelingen maakt gebruik van de in Nederland meest gangbare triagemethode, de Manchestermethode. Tijdens de inspectiebezoeken bleken de ervaringen met de Manchester-triagemethode wisselend, maar overwegend positief. Als belangrijke meerwaarde zijn genoemd: overzicht van de urgentie van de hulpvraag, meer rust en minder agressie, begrip van de patiënt waarom anderen voorgaan. Op SEH-afdelingen waar geen of nauwelijks wachttijden zijn, zoals vaak in de kleine ziekenhuizen, en waar bovendien permanent een arts op de afdeling aanwezig is, lijkt minder behoefte aan het Manchester-triagesysteem te zijn. Deze methode heeft hier onvoldoende meerwaarde.

5.1.4 De triagekamer voldoet vaak niet aan de noodzakelijke functionele eisen

Een adequate triage vraagt om rust en ruimte. In veel ziekenhuizen is de SEH-afdeling krap bemeten en kan men nauwelijks ruimte vinden voor een triagekamer. Er wordt daarom vaak geïmproviseerd. Tijdens inspectiebezoeken bleek dat triage soms direct aan de balie, in de wachtkamer of op de gang plaatsvindt. Elders is vanuit de triagekamer geen zicht op de wachtkamer. Dit betekent dat een druk bezette triageverpleegkundige van wie verwacht wordt dat zij ook toezicht houdt op de wachtkamer, dikwijls aan deze laatste opdracht niet kan voldoen.

5.1.5 Wachttijden en doorlooptijden vaak niet gemeten; wachttijd hoogste urgentie categorie (A1) baart zorgen

Tweederde van de SEH-afdelingen geeft aan de doorlooptijd op de afdeling SEH te meten. Wachttijden van verwezen patiënten worden op bijna eenderde van de SEH-afdelingen gemeten, wachttijden van zelfverwijzers in ruim een kwart.

Op de vraag aan de SEH-afdelingen welke maximaal aanvaardbare delay in minuten men hanteert tussen binnenkomst van de patiënt en diens behandeling voor zeer urgente patiënten (A1), heeft het merendeel geantwoord dat voor deze categorie patiënten geen delay mag optreden. Ruim 10 procent van de SEH-afdelingen heeft echter aangegeven een delay te hanteren variërend van 1 minuut (1x), 3 minuten (1x), 5 minuten (5x) tot zelfs 10 minuten (3x).

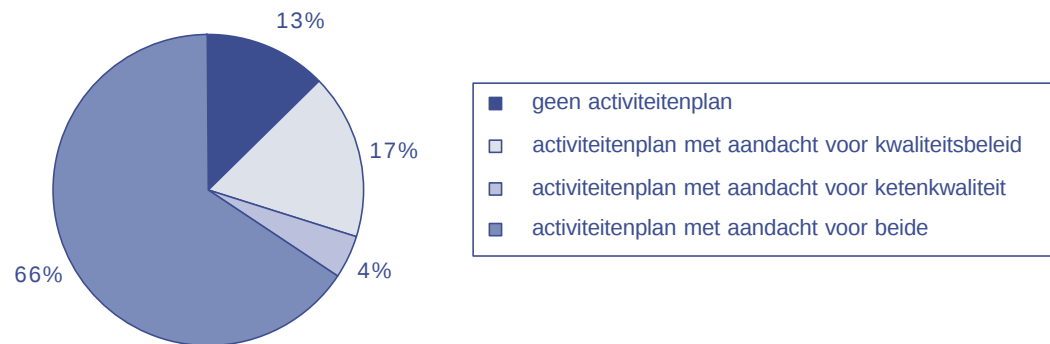
5.2 Organisatie en (Kwaliteits)beleid

Ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen dient elk ziekenhuis een kwaliteitsbeleid te formuleren en uit te voeren. In dit onderzoek is in dat kader gekeken naar componenten van het kwaliteitsbeleid als aanwezigheid van werkplan/activiteitenplan met aandacht voor kwaliteit, bijdrage aan kwaliteitsjaarverslag, aanwezigheid en functioneren SEH-commissie, medische eindverantwoording, verantwoordelijkheidstoedeling, beschikbaarheid van de zorg, scholingsbeleid, toetsing en evaluatie, klachtprocedure en klachtbehandeling.

5.2.1 Merendeel van de SEH-afdelingen heeft een eigen activiteitenplan of werkplan

Figuur 5.6

Percentage van de SEH-afdelingen dat een activiteitenplan heeft (N = 93)



Bijna alle SEH-afdelingen hebben een werkplan of activiteitenplan. In al deze plannen wordt in meer of mindere mate aandacht besteed aan (keten)kwaliteitsbeleid. Bijna driekwart van de SEH-afdelingen levert een bijdrage aan het kwaliteitsjaarverslag van de eigen instelling.

5.2.2 Eindverantwoordelijkheid medisch beleid is niet overal geregeld; plaats, taak en functie SEH-commissie zijn divers

Voor het goed functioneren van een afdeling SEH is het van groot belang dat er op deze afdeling, waar zeer veel medisch specialistische disciplines (samen)werken, eenheid van beleid is en dat de sturing en eindverantwoordelijkheid voor het beleid goed is geregeld.

In driekwart van de ziekenhuizen is een SEH-commissie aanwezig. Aan samenstelling, plaats, taak, bevoegdheden en werkwijze van deze commissie wordt echter op zeer verschillende wijze invulling gegeven, variërend van een latente commissie zonder enige bevoegdheid tot een breed samengestelde, zeer actieve ziekenhuis-adviescommissie.

Op bijna een kwart van de SEH-afdelingen is de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid niet of onvoldoende geregeld. Tijdens de gesprekken bleek dat dit ook in het ziekenhuis als een knelpunt wordt ervaren. Op tweederde van de SEH-afdelingen waar de eindverantwoordelijkheid wel is geregeld, is de chirurg belast met de medische verantwoordelijkheid voor het afdelingsbeleid SEH. Op de resterende SEH-afdelingen zijn dat de SEH-arts (4), de internist (2) of de anesthesioloog(2).

De verpleegkundige eindverantwoordelijkheid voor het afdelingsbeleid is op de meeste SEH-afdelingen opgedragen aan een teamleider met als kwalificatie de aanvullende opleiding tot SEH-verpleegkundige, een enkele keer aan een verpleegkundige met een aantekening als ICU- of ICU/CCU-verpleegkundige.

5.2.3 Verantwoordelijkheidstoedeling onvoldoende geregeld

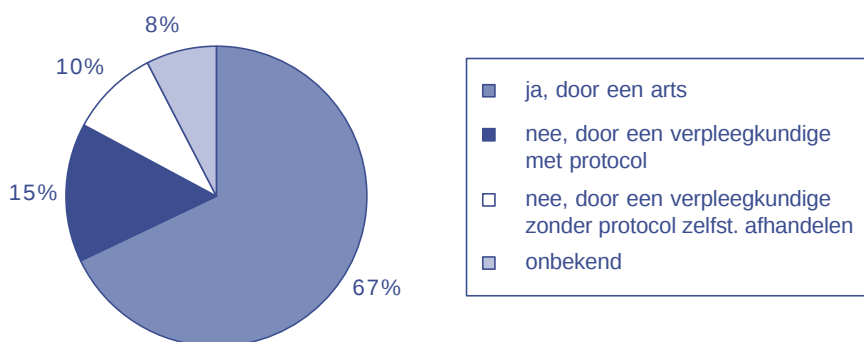
Op alle SEH-afdelingen is de medisch specialist bij wie de patiënt wordt ingeschreven de hoofdbehandelaar. Op het merendeel van de SEH-afdelingen ontbreken beoordelingscriteria op grond waarvan de arts-assistent zelfstandig kan functioneren. Het komt er doorgaans op neer dat de nieuwkomer gedurende een aantal weken wordt ingewerkt door zijn oudere collega, al dan niet enkele specifieke vaardigheden leert en vervolgens zelfstandig 'de dienst in gaat'.

Tijdens de bezoeken bleek dat zowel de betreffende arts-assistenten als de verpleegkundigen dikwijls ongelukkig zijn over deze situatie. Hoewel de arts formeel het patiëntenbeleid bepaalt en de opdrachtgever van de verpleegkundige is, worden deze rollen nogal eens omgedraaid. Overigens gebeurt dat meestal in goede harmonie. Op enkele SEH-afdelingen heeft men het zelfs zo geregeld dat, bij een onoverbrugbaar verschil van opvatting tussen de arts-assistent en de verpleegkundige over het te voeren patiëntenbeleid, de verpleegkundige zonodig de arts-assistent kan passeren en rechtstreeks de specialist kan inschakelen.

5.2.4 Niet elke patiënt door een arts gezien, merendeel kleine SEH-afdelingen geen protocol zelfstandige afhandeling

Figuur 5.7

Wordt elke patiënt op de SEH-afdeling door een arts gezien? (N = 93)



In tweederde van de SEH-afdelingen (63 van de 93) wordt elke patiënt door een arts gezien. In zeven ziekenhuizen was hierover geen duidelijkheid. Patiënten die niet door een arts worden gezien, worden in alle gevallen door een verpleegkundige te woord gestaan en eventueel behandeld.

Op enkele bezochte SEH-afdelingen werd het door het CBO ontwikkelde 'fast track systeem' (zie 3.3.5) in een pilot uitgetest. De verpleegkundigen die hiermee zijn belast, hebben hiertoe een speciale scholing gehad.

Op de meeste SEH-afdelingen bepaalt de verpleegkundige aan de hand van een protocol of de patiënt door een arts moet worden gezien, of dat de verpleegkundige zelf de patiënt kan helpen. Indien de verpleegkundige zelfstandig handelingen uitvoert, betreffen dit doorgaans eenvoudige handelingen.

Opvallend is dat op de afdelingen SEH met een omvang van minder dan 10.000 patiënten per jaar, relatief meer patiënten werden gezien door een verpleegkundige zonder protocol zelfstandige afhandeling (12 tegenover 4 procent in de middelgrote SEH-afdelingen). Op de SEH-afdelingen met de grootste omvang (> 30.000 bezoekers) komt het niet voor dat een verpleegkundige een patiënt behandelt zonder een protocol zelfstandige afhandeling van patiënten.

Slechts op de helft van de SEH-afdelingen worden de gegevens van de door de verpleegkundige behandelde patiënt achteraf door een arts geautoriseerd, ongeacht de aanwezigheid van een protocol zelfstandig afhandelen.

5.2.5 Scholingsbeleid aanwezig, deskundigheidsbevordering voor artsen kan beter, voor verpleegkundigen voldoende

In bijna alle ziekenhuizen is een scholingsplan aanwezig waarin ook de afdeling SEH is opgenomen. Daarnaast worden in de meeste ziekenhuizen afdelingsgebonden nascholingsactiviteiten georganiseerd.

In bijna alle ziekenhuizen is een bij- en nascholingsbudget voor verpleegkundigen van de SEH-afdeling beschikbaar. In ruim de helft van de ziekenhuizen geldt dat ook voor arts-assistenten.

Tijdens de bezoeken is de indruk ontstaan dat de beschikbare middelen voornamelijk worden besteed aan scholing op het gebied van de traumazorg, ALS-, ATLS- en TNCC-opleidingen. Daarnaast volgen vooral de verpleegkundigen specifiek op de SEH gerichte bijscholing^[23], de artsen doen dit minder. Zij volgen doorgaans de bijscholing van de eigen vakgroepen, die niet specifiek op de SEH is gericht.

De ATLS-opleidingen genieten grote belangstelling. Hierdoor zijn wachttijden ontstaan van enkele maanden. Het gevolg hiervan is dat arts-assistenten zelfstandig dienst doen zonder de ATLS-opleiding te hebben gevolgd.

5.2.6 De evaluatie van de hulpverlening vindt voornamelijk ad hoc plaats

In bijna driekwart van de ziekenhuizen wordt de spoedeisende hulp op enigerlei wijze geëvalueerd. In meer dan de helft van de ziekenhuizen gebeurt dit op patiëntniveau in multidisciplinair verband.

De arts-assistenten evalueren de verleende hulp vooral binnen hun eigen vakgebied, tijdens de dagelijkse overdracht van de dienst. Hierbij worden met name de bijzonderheden doorgenomen. Daarnaast worden op veel SEH-afdelingen alle foto's die 's nachts zijn gemaakt, in de ochtend tijdens de fotobesprekingen opnieuw beoordeeld.

Ook de verpleegkundigen evalueren de hulp dikwijls impliciet tijdens de dagelijkse overdracht. De multidisciplinaire toetsingen vinden meestal ad hoc plaats.

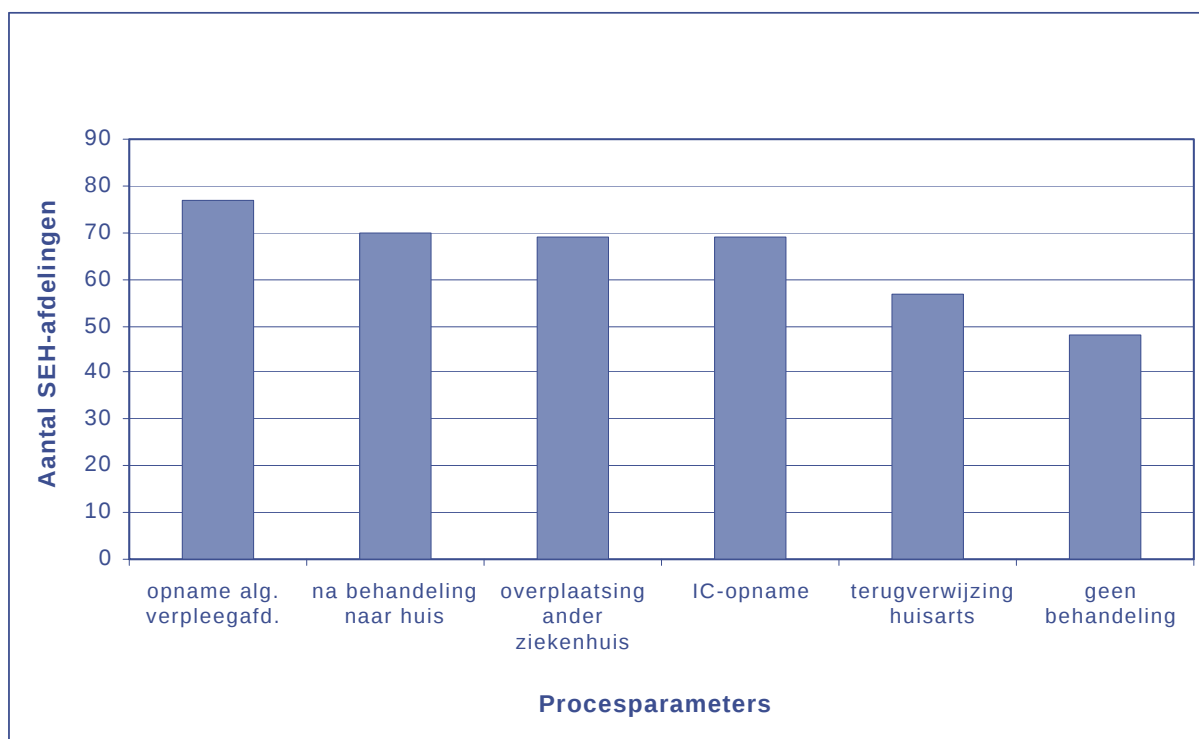
5.2.7 Procesparameters niet ten dienste van evaluatie van de hulpverlening

De registratie van patiënten is één van de pijlers van beleid. (zie ook 5.1.1) Het registreren van verwezen en niet-verwezen bezoekers op de afdeling SEH geeft onder andere belangrijke informatie over patiëntenstromen en over aard en omvang van de gevraagde zorg.

[23] Met uitzondering van de verpleegkundigen op de kleine SEH-afdelingen (zie paragraaf 5.3.3).

Figuur 5.8

Overzicht van de procesparameters die op de SEH-afdelingen vastgelegd worden



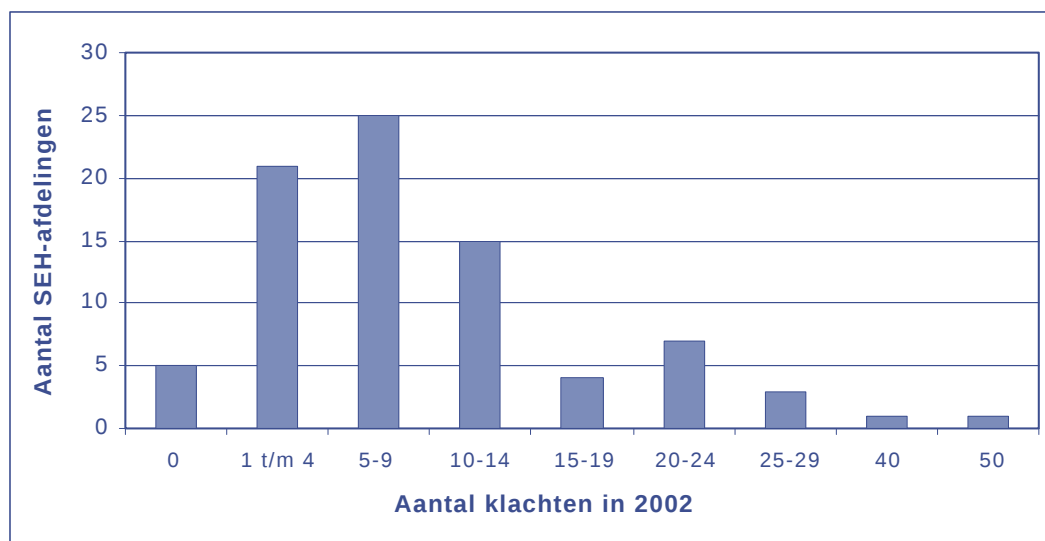
Ruim driekwart van de SEH-afdelingen registreert daarnaast nog andere procesparameters. Het gaat daarbij om parameters als opname op de verpleegafdeling, IC-opname, overplaatsing naar een ander ziekenhuis, terugverwijzing naar de huisarts en na behandeling naar huis. De geregistreerde gegevens worden niet aan een norm getoetst.

5.2.8 Aantal klachten gering, patiënt in het algemeen tevreden

Alle SEH-afdelingen hebben een klachtenprocedure. 82 van de 93 in het onderzoek betrokken SEH-afdelingen konden aangeven hoeveel klachten zij in 2002 over de afdeling hebben ontvangen.

Figuur 5.9

Aantal klachten over de SEH-afdeling in 2002 (N=82)



Het merendeel van de SEH-afdelingen ontving in 2002 tussen 1-10 klachten. Twee SEH-afdelingen gaven aan respectievelijk 40 en 50 keer een klacht te hebben gekregen in 2002. Op beide SEH-afdelingen werd een zeer actief klachtenaanmoedigingsbeleid gevoerd.

Bijna alle SEH-afdelingen ontvangen de resultaten van het klachtonderzoek.

De door de inspectie geënkquêteerde ex-patiënten toonden zich in het algemeen (90 procent, N=69) tevreden over de wijze waarop ze waren geholpen op de SEH. 80 procent gaf aan dezelfde SEH indien nodig nogmaals te bezoeken, de overigen zouden dit juist niet doen of wisten het niet.

Opmerking van een (ex-)patiënt over dit onderwerp:

“Zou ik weer naar deze SEH gaan? Hier hebben we niet veel keus. Dus als er iets zou zijn zullen we wel moeten denk ik. Niet dat het zo erg was hier, dat wil ik er niet mee zeggen.”

5.3 Personeel

Ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen dient de personeelsformatie van de afdeling SEH kwalitatief en kwantitatief toereikend te zijn om permanent verantwoorde SEH zorg te kunnen leveren. In dit verband is nagegaan of tijdens de openingstijden van de afdeling SEH permanent een medicus op de afdeling SEH aanwezig is en welke bekwaamheidseisen aan deze zogenaamde poortartsen worden gesteld.

5.3.1 Niet op alle SEH-afdelingen is permanent een SEH een arts beschikbaar; er zijn nauwelijks specifieke eisen aan bekwaamheid

Op ongeveer 90 procent van alle SEH-afdelingen is permanent een arts aanwezig. Op de ‘kleine’ SEH-afdelingen met minder dan 10.000 bezoekers per jaar is dit een assistent geneeskundige (niet) in opleiding (AGNIO) of een huisarts in opleiding (HAIO). Ook in bijna alle middelgrote ziekenhuizen met meer dan 10.000 en minder dan 20.000 bezoekers SEH per jaar, waar geen opleiding tot één van de poortspecialismen aanwezig is, wordt de afdeling SEH bemand door één à twee AGNIO’s en/of HAIO’s, een enkele keer door een spoedeisende-hulparts. In deze ziekenhuizen zijn na werktijd geen medisch specialisten aanwezig. De poortspecialismen zijn allen wel oproepbaar en kunnen binnen uiterlijk 15 minuten op de SEH-afdeling aanwezig zijn.

In het merendeel van de ziekenhuizen met meer dan 20.000 bezoekers zijn in het algemeen 2 à 3 artsen permanent op de SEH-afdeling aanwezig. In enkele ziekenhuizen met een grote SEH-afdeling is permanent één arts aanwezig. Bijna alle grote ziekenhuizen zijn opleiding-ziekenhuizen. Hier zijn buiten werktijd naast de artsen op de SEH-afdeling, ook in de kliniek arts-assistenten in opleiding aanwezig. Echter, per poort specialisme zelden meer dan één. Deze artsen zijn belast met klinische taken en zijn stand by voor de SEH-afdeling.

In de ziekenhuizen waar geen arts op de SEH-afdeling aanwezig is, worden de SEH-taken opgedragen aan AIO’s en/of AGNIO’s die naast de SEH-taken werkzaamheden in de kliniek verrichten.

Aan de artsen die op de SEH-afdeling werken worden in het algemeen geen specifieke bekwaamheidseisen gesteld.

De periode dat de arts-assistent op de afdeling SEH verblijft, is doorgaans kort: van enkele maanden tot maximaal een jaar. Veel AGNIO’s zijn net afgestudeerd en in afwachting van een toelating tot een vervolgopleiding. Zij hebben doorgaans een jaarcontract. Ook de

AGIO's die op de SEH worden ingezet hebben dikwijls (nog) geen specifieke ervaring op het gebied van de acute zorg, velen zijn net met hun specialisatie begonnen. De deskundigheid van deze arts is dus zeer wisselend en het kan ook in de grote en in de academische ziekenhuizen een onervaren AGNIO zijn.

Op driekwart van de SEH-afdelingen is een inwerkprogramma voor de artsen aanwezig. Tijdens de bezoeken bleek echter dat taak/functie-omschrijvingen dikwijls ontbreken en dat op veel SEH-afdelingen het inwerkprogramma in het meest gunstige geval neerkomt op enkele weken meelopen met een oudere collega met iets meer ervaring.

Toelatingscriteria tot de afdeling SEH en/of beoordelingscriteria voor het zelfstandig functioneren op de afdeling zijn bijna nergens aangetroffen.

Meer dan de helft van de assistenten die zelfstandig dienst doen op de afdeling SEH is niet in het bezit van een A(T)LS-opleiding.

Op alle SEH-afdelingen fungeren de medisch specialisten als achterwacht. Hoewel er nauwelijks formele opkomsttijden voor deze specialisten zijn, hanteren de poortspecialisten in het algemeen nog een opkomsttijd van 15 minuten^[24]. Een aantal specialismen heeft deze norm inmiddels verruimd. Tijdens de bezoeken is regelmatig opgemerkt dat vooral de jonge artsen een drempel ervaren bij het raadplegen van de achterwacht en/of dat de achterwacht inadequaat op het verzoek om advies of hulp reageert. In die situaties is de kwaliteit van de spoedeisende hulp in belangrijke mate afhankelijk van het optreden van ervaren verpleegkundigen.

5.3.2 Ervaring met en van spoedarts is wisselend

In enkele ziekenhuizen is een opleiding tot spoedeisende-hulparts en deze artsen zijn in de formatie opgenomen. Het betreft een op dit moment nog niet door het CCMS erkende opleiding. Tijdens de bezoeken bleken diverse specialisten wisselend in hun oordeel over deze nieuwe richting. De verpleegkundigen zijn over het algemeen enthousiast gezien de grotere deskundigheid die de SEH-artsen hebben. Zij vormen een meerwaarde voor de afdeling. Zij verdiepen kennis en ervaring op het terrein van de SEH-geneeskunde, nemen de specialisten werk uit handen, zijn een bindende factor bij teamontwikkeling en geven een eigen gezicht aan de afdeling SEH. De opleiding is echter nog niet uniform en soms afhankelijk van het zorgaanbod van het ziekenhuis. Daarbij komt dat in sommige ziekenhuizen niet alle poortspecialismen gebruik maken van de SEH-arts.

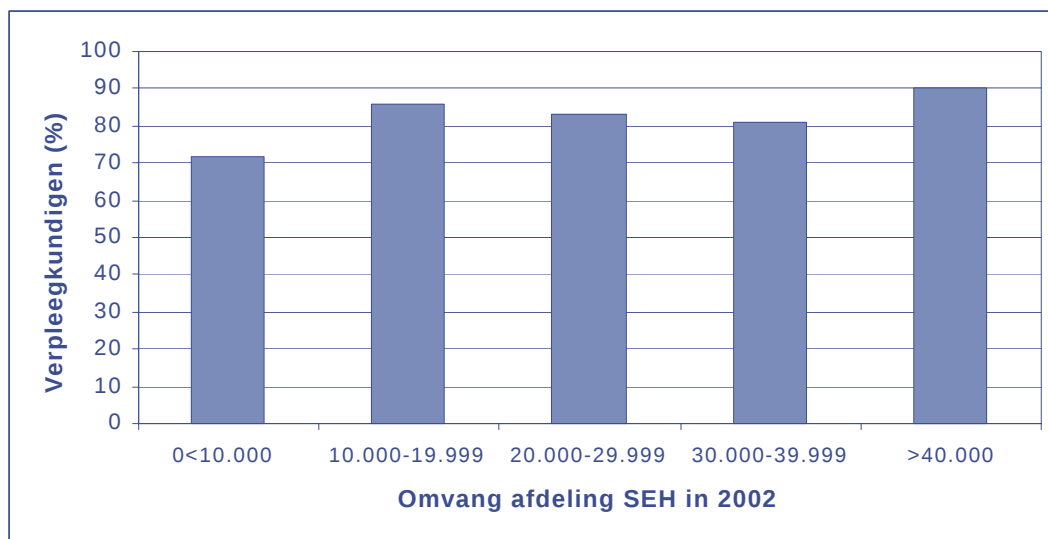
5.3.3 Beschikbaarheid terzake kundige verpleegkundige is bijna overal gegarandeerd, met uitzondering van een aantal kleine SEH-afdelingen

Op alle SEH-afdelingen is de formatie verpleegkundigen zodanig dat er tijdens de openingstijden altijd een verpleegkundige op de afdeling aanwezig is.

[24] Het laatste jaar is door verschillende medisch specialistische beroepsverenigingen deze norm verlaten.

Figuur 5.10

Welk percentage verpleegkundigen heeft opleiding SEH en/of IC afgerond? (N = 83)



Op de kleine SEH-afdelingen (< 10.000 bezoekers) heeft relatief het grootste aantal verpleegkundigen geen voor de SEH-afdeling specifieke opleiding gevolgd.

Op de grotere SEH-afdelingen (> 10.000 bezoekers) hebben nagenoeg alle verpleegkundigen een specifieke vervolgopleiding gevolgd of zijn hiermee bezig. Tijdens de bezoeken bleek dat het verloop en het ziekteverzuim onder de verpleegkundigen gering is. Op veel SEH-afdelingen werken ervaren, terzake kundige verpleegkundigen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat veel net-aankomende arts-assistenten zich laten (bege)leiden door de verpleegkundigen met doorgaans meer kennis en ervaring.

Op tien afdelingen SEH was onbekend hoeveel van de verpleegkundigen een SEH- en/of IC-opleiding afgerond hadden.

5.3.4 De nurse practitioner

De taken en verantwoordelijkheden van de nurse practitioner op de SEH worden wisselend ingevuld. In één klein ziekenhuis wordt de nurse practitioner ingezet als 'basisarts' met vrijwel dezelfde taken en verantwoordelijkheden. Op één van de academische SEH-afdelingen worden een aantal nurse practitioners opgeleid om een omschreven categorie klein letsel te diagnosticeren en te behandelen. Deze handelingen zullen achteraf door een arts worden geparafeerd.

Sommige SEH-afdelingen hebben aangegeven dat er op de SEH-afdeling naast de spoedarts en de spoedeisende-hulpverpleegkundige geen behoefte bestaat aan de introductie van weer een nieuw deskundigheidsniveau, bijvoorbeeld de nurse practitioner. Dit zou alleen maar tot verwarring over taken en bevoegdheden van de diverse beroepsbeoefenaars kunnen leiden.

5.4 Facilitaire voorzieningen

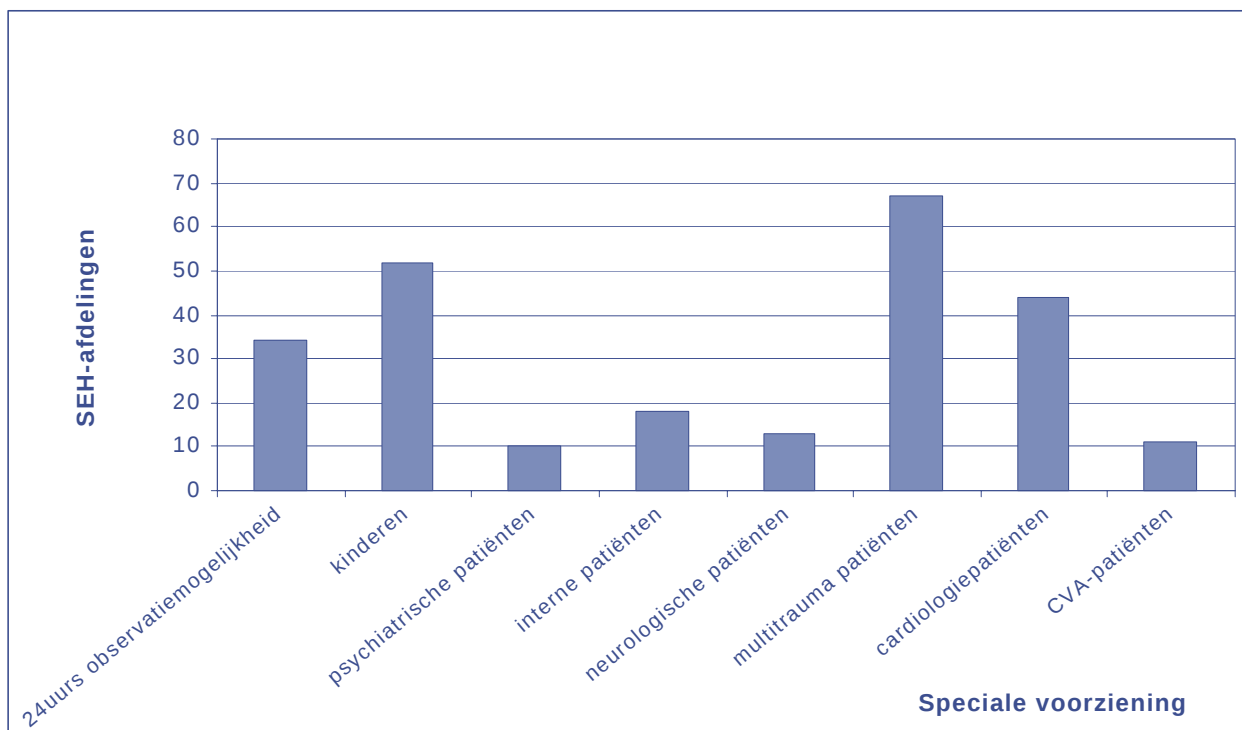
Ook de facilitaire voorzieningen moeten zodanig zijn dat er permanent verantwoorde zorg kan worden geboden. Dit betekent dat SEH-afdelingen, al naar gelang de opgegeven ambitie, over bepaalde faciliteiten moeten beschikken, zoals bijvoorbeeld een overzichtelijke wachtkamer, één of meerdere traumakamers, een kamer voor de opvang van kinderen. Daarnaast moet ook het ziekenhuis over die functies beschikken die noodzakelijk zijn voor de stabilisatie en opvang van de door het ziekenhuis opgegeven categorieën patiënten, zoals

een permanent beschikbaar klinisch laboratorium, een permanent beschikbare röntgenafdeling, een CT, een MRI. In dit onderzoek is hiernaar gekeken.

5.4.1 Kwart van de SEH-afdelingen heeft geen specifiek ingerichte traumakamer

Figuur 5.11

Welke speciale voorzieningen zijn aanwezig op de afdeling SEH? (N = 93)



Op bijna driekwart van de SEH-afdelingen is een aparte kamer voor de opvang van multitrauma-patiënten aanwezig, ruim een kwart van de SEH-afdelingen beschikt hier dus niet over.

Ruim de helft heeft een ruimte speciaal voor kinderopvang, daarnaast heeft een kleine helft een aparte kamer voor cardiologische patiënten^[25] en verder voor interne (18 procent), neurologische (13 procent) en psychiatrische patiënten (10 procent).

5.4.2 Observatie-afdeling in opkomst

Sommige SEH-afdelingen kampen met erg lange doorlooptijden (uren). Dit is dikwijls een logistiek probleem: de verpleegafdeling heeft nog geen plaats voor opname, de functieafdelingen hebben lange wachttijden, de patiënt mag de SEH-afdeling niet verlaten voordat de medisch specialist een fiat heeft gegeven. Ruim eenderde van de SEH-afdelingen heeft in antwoord hierop een 7x24-uurs observatiemogelijkheid gecreëerd. Dit zijn aparte ruimtes, meestal binnen de afdeling SEH of annex, doorgaans bemand door het personeel van de SEH.

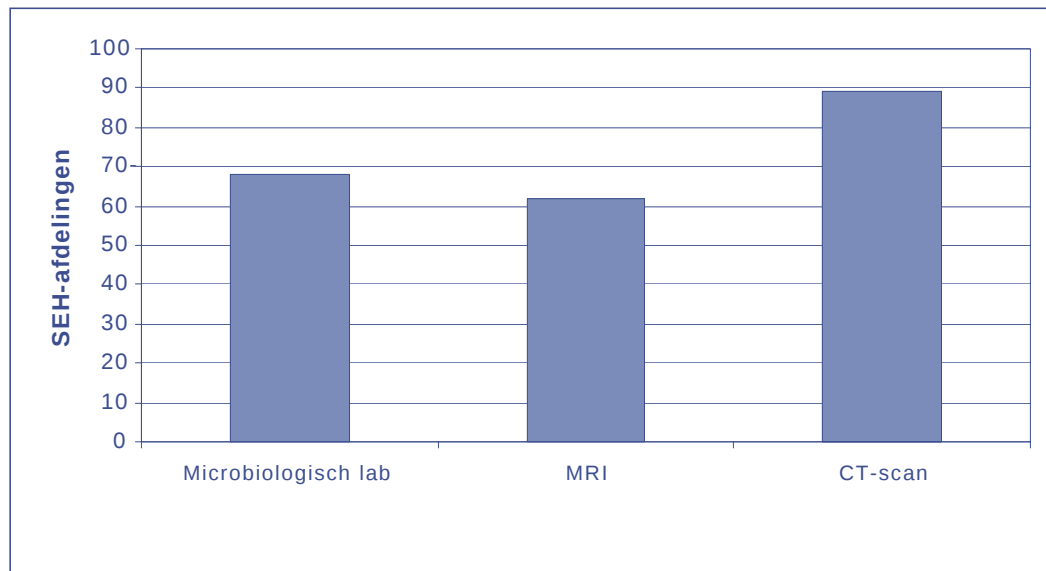
Tijdens de bezoeken werd dit een goede ontwikkeling gevonden. De patiënt die bewaking nodig heeft kan zo nodig worden bewaakt, de verpleegafdeling kan (tijdelijk) worden ontlast en de formatie van de SEH-afdeling wordt hierdoor verruimd.

[25] Veel ziekenhuizen hebben apart van de SEH-afdeling een acute cardiologische opvang.

5.4.3 Laboratoriumfaciliteiten en beeldvormende technieken

Figuur 5.12

Welke laboratoriumfaciliteiten en beeldvormende technieken zijn beschikbaar? (N = 93)



In bijna driekwart van de ziekenhuizen is een microbiologisch lab aanwezig. Tweederde van de ziekenhuizen beschikt over een MRI, terwijl nagenoeg alle ziekenhuizen een CT-scan in huis hebben.

In spoedeisende situaties is het van groot belang dat er geen tijd verloren gaat met het zoeken naar medicatie en benodigde apparatuur. Daarom is het belangrijk dat er een standaard inrichting is van de crashkar, waar iedereen mee vertrouwd is. In iets meer dan 80 procent van de ziekenhuizen is ook daadwerkelijk sprake van een standaardinrichting van de crashkar.

6 Summary

Patients with sudden acute symptoms of illness, or those who have suffered injury, must be able to receive prompt assistance. In serious cases, proper triage and readily available expert assistance can be crucial to the patient's chances of survival or the extent of subsequent problems. Emergency medical aid is often offered by a chain of several individual organizations or practitioners. The links in this chain are the general practitioner or medical centre (providing out-of-hours GP coverage), the ambulance service dispatch centres, ambulance staff and paramedics, and the Accident and Emergency (A&E) department of the hospital. Good emergency medical care is only possible if all links function well and are coordinated with each other.

The Health Care Inspectorate regularly receives reports that this is not the case. Accordingly, it was decided to conduct a study of emergency medical services, examining the quality of those services and of the chain.

The main questions were:

- 1 What is the situation with regard to the accessibility of Dutch hospitals' A&E departments and the quality of their services (both emergency and non-urgent care), and what may be said of the chain of emergency service providers?
- 2 A similar study conducted in 1994^[1] revealed certain shortcomings. Have the recommendations made at the time been implemented?

In the case of the ambulance service dispatch centres, paramedics and general practitioners, the focus of the study was on the chain-related aspects. For the A&E departments of the hospitals, attention was also devoted to the essential preconditions for responsible care.

The findings offer little cause for optimism.

The Inspectorate's conclusions are:

- 1 The chain has improved somewhat but there remain certain shortcomings.**

A number of points, including coordination by the ambulance dispatch centres, the structure of the chain and its overall cohesion have shown marked improvement since 1994. Other aspects remain unsatisfactory: there is still no chain-wide vision or evaluation, and no quality management system to address the chain as a whole.

- 2 Special transport facilities have undergone positive development, but too many problems remain.**

The conditions for a nationwide network of Mobile Intensive Care Units are not in place, whereby the availability of MICU transport is below the required level. This reduces opportunities to transport seriously ill, unstable patients under expert medical supervision. Psychiatric transport also suffers from insufficient capacity and planning. As a result, patients may be transported over extremely long distances to a crisis centre.

^[1] *De keten rammelt* ('The chain is rattling'): study of coordination within the emergency medical services sector. Medical Inspectorate of Health (GHI), 1994.

- 4 A system of A&E care level classification must be developed and introduced as soon as possible, parallel to the systems already in place for trauma care and intensive care. The Netherlands Federation of Hospitals may be able to take the lead in this process.
- 5 The immediate availability of expert medical and nursing assistance must be guaranteed within all A&E departments. Triage protocols should be introduced and doctors and nurses given proper training in their use. There must also be adequate areas in which to perform the triage procedures. In the short term, hospitals should be able to fulfil the norm of having at least one doctor with appropriate expertise and at least two year's hospital experience available around the clock. Even the smaller A&E departments should guarantee the ongoing availability of qualified nursing staff with specific post-qualification training and expertise. Guidelines for the role and function of the junior house doctor in the A&E department should be devised and implemented. As a minimum requirement, the guidelines should cover the topics of mandate, independence, consultation and the manner of assessment.

The Central College of Medical Specialisms should arrive at a system of accreditation for A&E specialists, not least given the necessity of arriving at uniform training requirements.

The overall responsibility for medical policy should be established within all A&E departments within six months.

A&E departments should publish their key figures, and should register the required information.

The A&E department should have a clearly stated quality management policy, in line with that of the organization as a whole.

The emergency medical services of all A&E departments should be evaluated in a systematic manner. A morning meeting to discuss all photos made during the previous evening and night shifts should form part of the daily routine.
- 6 In order to guarantee A&E care which is in line with the chosen or predetermined A&E care level, hospitals must adapt their own medical, technological and physical accommodation facilities accordingly.

- 4 A system of A&E care level classification must be developed and introduced as soon as possible, parallel to the systems already in place for trauma care and intensive care. The Netherlands Federation of Hospitals may be able to take the lead in this process.
- 5 The immediate availability of expert medical and nursing assistance must be guaranteed within all A&E departments. Triage protocols should be introduced and doctors and nurses given proper training in their use. There must also be adequate areas in which to perform the triage procedures. In the short term, hospitals should be able to fulfil the norm of having at least one doctor with appropriate expertise and at least two year's hospital experience available around the clock. Even the smaller A&E departments should guarantee the ongoing availability of qualified nursing staff with specific post-qualification training and expertise. Guidelines for the role and function of the junior house doctor in the A&E department should be devised and implemented. As a minimum requirement, the guidelines should cover the topics of mandate, independence, consultation and the manner of assessment.

The Central College of Medical Specialisms should arrive at a system of accreditation for A&E specialists, not least given the necessity of arriving at uniform training requirements.

The overall responsibility for medical policy should be established within all A&E departments within six months.

A&E departments should publish their key figures, and should register the required information.

The A&E department should have a clearly stated quality management policy, in line with that of the organization as a whole.

The emergency medical services of all A&E departments should be evaluated in a systematic manner. A morning meeting to discuss all photos made during the previous evening and night shifts should form part of the daily routine.
- 6 In order to guarantee A&E care which is in line with the chosen or predetermined A&E care level, hospitals must adapt their own medical, technological and physical accommodation facilities accordingly.

BIJLAGE 1 Opzet van het onderzoek

1.1 Onderzoeksvragen

Om inzicht te verkrijgen in de toegankelijkheid en de kwaliteit van de verleende spoedeisende hulpverlening (zorgproces) heeft de inspectie binnen de schakels in de keten rond spoedeisende hulp de volgende items onderzocht:

- Waarborgen van 24-uurs toegankelijkheid, wachttijd voor behandeling.
- Deskundigheidsgaranties passend bij spoedeisende hulpvragen (waaronder triage).
- Verantwoordelijkheidstoedeling en mate waarin taken en verantwoordelijkheden gedelegeerd (kunnen) worden.
- Personeelsbeleid, personeelssamenstelling, bij- en nascholing, protocollaire beschrijving van de behandeling e.d.
- Aanwezigheid kwaliteitsbeleid.
- Registratie zelfverwijzers.
- Patiënttevredenheid.
- Facilitaire voorzieningen.

Teneinde inzicht te krijgen in de ketenkwaliteit heeft de inspectie gekeken naar:

- De aanwezigheid van een eenduidige visie op SMH bij alle ketenpartners.
- De aanwezigheid van samenwerkingsverbanden, werkafspraken en beleid ten aanzien van ketenzorg.
- Verantwoordelijkheidstoedeling tussen ketenpartners.
- Ketenprotocollen SMH.
- Coördinatie in keten.
- Bereikbaarheid ketenpartners.
- Aanwezigheid en toegankelijkheid ketendossier: dossiervorming, overdracht gegevens en registratie.
- Evaluatie ketenzorg.

1.2 Gegevensverzameling

Het onderzoek is uitgevoerd bij (een representatieve steekproef van) alle direct bij de SMH-keten betrokken instellingen, individuele beroepsbeoefenaren en patiënten. Het onderzoek bestaat uit een schriftelijke vragenlijst waarin de onderwerpen zoals genoemd in bovenstaande paragraaf aan de orde komen. Daarnaast is een mondeling gedeelte gehouden, enerzijds ter verificatie/validatie van de schriftelijke antwoorden, anderzijds als aanvulling, verheldering en toelichting.

Ziekenhuizen

De directies/raden van bestuur van alle ziekenhuizen hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen voor de afdeling SEH en één voor de IC met het verzoek deze in te vullen en terug te sturen.

Vervolgens zijn per CPA-regio twee SEH-afdelingen geselecteerd en bezocht. De selectie heeft plaatsgevonden aan de hand van tevoren vastgestelde criteria, zoals met name de grootte van het ziekenhuis. Naast deze selectie zijn alle academische ziekenhuizen bezocht. Bij de aankondigingsbrief van het bezoek is een documentenlijst gevoegd, met het verzoek een aantal relevante stukken tijdens het bezoek ter inzage gereed te houden.

Op de SEH-afdelingen zijn telkens twee gesprekken gevoerd: eerst met de medisch/verpleegkundig verantwoordelijken en vervolgens met de uitvoerenden. De gesprekspartners waren respectievelijk:

Gesprek 1

- a Medicus die eindverantwoordelijk is voor het medisch beleid van de afdeling SEH
- b Verpleegkundige die eindverantwoordelijk is voor het verpleegkundig beleid (inhoudelijk) van de afdeling SEH

Gesprek 2

- a SEH-arts
- b (triërende) SEH-verpleegkundige
- c Hoofd SEH (verpleegkundige) of verpleegkundig teamleider (clusterleider)

De bezoeken zijn afgesloten met een korte rondleiding over de afdeling.

CPA's en ambulancediensten

Alle CPA's en ambulancediensten hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen. Per CPA-regio is vervolgens één ambulancedienst geselecteerd voor een gesprek, gecombineerd met het bezoek aan de betreffende CPA.

Gesprekspartners waren:

- Hoofd CPA
- MMA
- Hoofd ambulancedienst

Huisartsen(posten)

Per CPA-regio is één huisartsenpost (HAP) en zijn drie huisartsen geselecteerd. De geselecteerde HAP's hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen. Zij zijn niet bezocht. De individuele huisartsen zijn telefonisch geïnterviewd.

Deelname van patiënten aan het onderzoek ^[26]

Per bezocht ziekenhuis zijn drie patiënten geselecteerd en schriftelijk bevraagd naar hun ervaringen op de SEH-afdeling.

Totale omvang onderzoekspopulatie

In onderstaande tabel staan de diverse ketenpartners die in het onderzoek zijn betrokken genoemd + de respons.

	Totaal	Respons
CPA's	24	24 (100%)
Ambulancediensten	49	45 (92%)
SEH-afdelingen	94	93 (99%)
IC-afdelingen	94	90 (96%)
Huisartsenposten	24	20 (83%)
Huisartsen	72	52 (72%)
Patiënten	144	69 (48%)

[26] Zowel de van de individuele huisartsen verkregen informatie als die van de patiënt is als kwalitatieve informatie in dit onderzoek opgenomen.

In verband met de bescherming van de privacy zijn de patiënten aselekt gekozen op basis van de door het ziekenhuis verstrekte anonieme gegevens (geslacht en geboortedatum) van patiënten die een periode van maximaal 6 maanden tevoren op de SEH zijn gezien; de geselecteerde patiënten zijn voor toestemming benaderd door het ziekenhuis. Vervolgens zijn de patiënten die toestemming hebben gegeven door het ziekenhuis verzocht de IGZ-vragenlijst in te vullen en te retourneren. Aangezien de informatie uit de patiëntvragenlijsten *kwalitatieve* informatie betreft is besloten af te zien van een rappelronde teneinde de ziekenhuizen niet extra te belasten

Pilot

Ter voorbereiding op de inspectiebezoeken is een pilotonderzoek gehouden. Daartoe is een SMH-keten van één CPA-regio geselecteerd. Alle ketenpartners van deze SMH-keten, met uitzondering van patiënten, hebben aan de pilot deelgenomen.

Onderzoeksperiode

De onderzoeksperiode strekt zich uit over 2003-2004. De schriftelijke vragenlijsten zijn medio 2003 verzonden, gevolgd door de gesprekken eind van dat jaar. De patiënten enquête en de telefonische interviews met de huisartsen vonden begin 2004 plaats.

1.3 Analyse

De gegevens uit de schriftelijke vragenlijsten, interviews en telefonische enquêtes zijn alle verwerkt in een database. Een aantal vragen moest worden uitgesloten van de analyse aangezien de antwoorden niet eenduidig interpreteerbaar bleken te zijn. Zo kan in dit rapport geen helder beeld van de formatie op de SEH-afdelingen worden geschetst aangezien de gegevens hiervan wisselend en met veel toelichting zijn aangeleverd.

Op een aantal vragen bleek verder een groot deel van de respondenten geen antwoord te kunnen geven omdat de gevraagde informatie niet wordt geregistreerd. Zo wordt slechts door 25 van de 93 in dit onderzoek betrokken SEH-afdelingen de wachttijd voor zelfverwijzers gemeten.

Tijdens de bezoeken is ter validatie en verdieping nader ingegaan op de antwoorden uit de schriftelijke ronde. De bevindingen zijn vastgelegd in een bezoekverslag/brief dat ter correctie op feitelijke onjuistheden is voorgelegd aan de respondent. Eventuele onjuistheden in de schriftelijke antwoorden zijn vervolgens gecorrigeerd in de database.

Aangezien het, gezien de omvang van de populatie, onmogelijk was om in korte tijd een representatief gedeelte van alle huisartsen en patiënten te bevragen is gekozen voor een kleine steekproef hieruit. De vragen aan de huisartsen en patiënten zijn vooral van kwalitatieve aard en dienen ter verdieping van het onderzoek.

Om een beeld te krijgen van de diverse ketens zijn de antwoorden op overeenkomstige vragen die aan de verschillende ketenpartners zijn gesteld, aan elkaar gekoppeld. Hieruit kon de hechtheid (bij identieke antwoorden) of inconsistentie (bij verschillende antwoorden) van de keten worden bepaald.

BIJLAGE 2 Deelnemende instellingen aan onderzoek

<i>Keten</i>	<i>CPA</i>	<i>Ambulancedienst(en)</i>	<i>Ziekenhuizen</i>
1	Noord-Holland Noord	Ambulancedienst Kennemerland B.V.	Medisch Centrum Alkmaar West Fries Gasthuis, Hoorn Gemini Ziekenhuis, Den Helder
2	Amsterdam e.o.	VZA Ambulancedienst Amsterdam e.o. GG&GD Amsterdam	AMC, Amsterdam (pilot) BovenIJ ziekenhuis, Amsterdam Zaans Medisch Centrum De Heel, Zaandam Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam Waterland Ziekenhuis, Purmerend Vrije Universiteit Medisch Centrum, Amsterdam
3	Gooi en Vechtstreek	Broeder De Vries Hilversum B.V. GGD Gooi en Vechtstreek	Ziekenhuis Hilversum Ziekenhuis Gooi-Noord, Blaricum
4	Zd en Mid Kennemerland	AHV Haarlem	Kennemer Gasthuis, Haarlem Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk Spaarne Ziekenhuis, Haarlem
5	Drenthe	RAV Assen	Ziekenhuis Bethesda, Hoogeveen Scheper Ziekenhuis, Emmen Wilhelminia Ziekenhuis Assen Diaconessenhuis Meppel
6	Hollands Midden	Gebr. De Jong Leiden B.V. Ambulancedienst Midden-Holland Eerste Hulpdienst	Diaconessenhuis Leiden Groene Hart Ziekenhuis, Gouda Leids Universitair Medisch Centrum Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp/Alphen a/d Rijn
7	Zuid-Holland Zd	RAV Zuid-Holland Zuid	Rivas Medizorg Beatrix Ziekenhuis, Gorinchem Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
8	Haaglanden	Ambulancezorg Zoetermeer Ziekendienst Het Witte Kruis B.V. Ambulancedienst GGD Den Haag	Reinier de Graaf Gasthuis, Delft Leyenburg Ziekenhuis, Den Haag 't Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer Ziekenhuis Bronovo, Den Haag Rode Kruis Ziekenhuis/Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag
9	Rotterdam-Rijnmond	AmbulanceZorg Rotterdam-Rijnmond	Ruwaard van Putten ziekenhuis, Spijkenisse Vlietland Ziekenhuis, Schiedam/Vlaardingen Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, Rotterdam IJsselland ziekenhuis, Capelle a/d IJssel Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland Erasmus Medisch Centrum Rotterdam Havenziekenhuis, Rotterdam Ikazia, Rotterdam
10	RAV Zorg op weg	RAV Zorg op weg	Catharina ziekenhuis, Eindhoven St. Annaziekenhuis, Geldrop Elkerliek, Helmond/Deurne Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/ Veldhoven
11	CPA Brabant-Noord	GGD Hart voor Brabant RAV Brabant-Noord	Maasziekenhuis Pantein, Boxmeer Ziekenhuis Bernhoven, Veghel/Oss Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch

<i>Keten</i>	<i>CPA</i>	<i>Ambulancedienst(en)</i>	<i>Ziekenhuizen</i>
12	GGD Hart voor Brabant	GGD Hart voor Brabant	St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg Ziekenhuis Lievensberg, Bergen op Zoom Amphia Ziekenhuis, Breda Franciscus Ziekenhuis, Roosendaal Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg/Waalwijk
13	Zuid Limburg	GGD Oostelijk Zuid-Limburg Ambulancedienst GGD Westelijke Mijnstreek GGD Zuidelijk Zuid-Limburg	Maaslandziekenhuis, Sittard Academisch Ziekenhuis, Maastricht Atrium Medisch Centrum, Kerkrade/Heerlen/Brunssum
14	Nrd en Midden Limburg	RAV Limburg-Noord	St Jans Gasthuis, Weert Laurentius Ziekenhuis, Roermond
15	Groningen	Arriva Ambulance Groningen B.V. Hulpverleningsdienst GGD Groningen Ambulancedienst Westerkwartier, Nuis UVO Ziekenvervoer BV Letmaath Ambulance BV	Delfzicht Ziekenhuis, Delfzijl Martini ziekenhuis, Groningen Refaja Ziekenhuis, Stadskanaal St. Lucas, Winschoten Academisch Ziekenhuis Groningen
16	Friesland	Kylstra ambulancezorg Fryslan, Leeuwarden Kylstra ambulancezorg Fryslan, Drachten Ambulancedienst Antonius Ziekenhuis	Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten Talma Sionsberg ziekenhuis, Dokkum Antonius Ziekenhuis, Sneek Ziekenhuis De Tjongerschans, Heerenveen Zorggroep Noorderbreedte, Leeuwarden
17	Ambulance Oost	Ambulance Oost	Twenteborg Ziekenhuis, Almelo Medisch Spectrum Twente, Enschede
18	IJssel-Vecht	RAV NO-Gelderland RAV IJssel-Vecht B.V.	Isala Klinieken, Zwolle Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg
19	Stedendriehoek	GGD Ambulancedienst, Doetinchem Regionale Ambulancedienst Stedendriehoek, Apeldoorn Stichting Ziekenvervoer Zutphen/Lochem	Deventer Ziekenhuis Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn
20	Hulpverlening Gelderland Midden	Hulpverlening Gelderland-Midden, Arnhem	Alysis, Rijnstate, Arnhem Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
21	RAV Gelderland-Zuid	RAV Gelderland-Zuid, Nijmegen	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen Ziekenhuis Rivierenland, Tiel Universitair Medisch Centrum St. Radboud, Nijmegen
22	Utrecht	RAV Utrecht Ambulancedienst Rijn en Venen, Woerden	Hofpoort ziekenhuis, Woerden St Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein Meander Medisch Centrum, Amersfoort Mesos Medisch Centrum, Utrecht Universitair Medisch Centrum, Utrecht Diakonessenhuis Utrecht
23	Flevoland	RAV GGD Flevoland	Flevo Ziekenhuis, Almere IJsselmeer Ziekenhuizen, Lelystad
24	Zeeland	Ambulancedienst Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen, Terneuzen St. Ambulancedienst Boven de Westerschelde, Goes	Oosterscheldeziekenhuizen, Goes Ziekenhuis Zeeuws-Vlaanderen, Terneuzen Ziekenhuis Walcheren, Vlissingen

Verder is uit elke keten een aantal huisartsen(posten) en patiënten bevraagd.

BIJLAGE 3 Relevante wetgeving waaraan de inspectie toetst

- Kwaliteitswet zorginstellingen
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)
- Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV)
- Wet ambulancevervoer
- Wet op de medische hulpmiddelen
- Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG)
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Infectieziektenwet
- Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ)

BIJLAGE 4 Lijst van afkortingen/begrippen

A1-classificatie	Patiënt bij wie één of meerdere functies falen, of dreigen te falen
AG(N)IO	Assistent Geneeskundig (Niet) In Opleiding
ALS	Advanced Life Support
ATLS	Advanced Trauma Life Support
CCU	Coronary Care Unit
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CT-	Scan Computertomografie-scan
Doorlooptijd	De periode tussen het tijdstip van binnenkomst van de patiënt op de afdeling SEH en het tijdstip waarop de patiënt de afdeling SEH verlaat
Fte	Fulltime equivalent
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsendienstenstructuur
IC(U)	Intensive Care (Unit)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
MICU	Mobile Intensive Care Unit
MIP	Melding Incident Patiëntenzorg
MMT	Mobiel medisch team
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NICU	Neonatale Intensive Care Unit
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVSHV	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
PICU	Pediatric Intensive Care Unit
RAP	Regionaal Ambulance Plan
RAV	Regionale Ambulance Voorzieningen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	Spoedeisende hulpverlening
SMH	Spoedeisende medische hulpverlening
Triage	Het classificeren van hulpvragers naar de ernst van de symptomen of diagnose. Deze classificatie resulteert in een aantal urgentieklassen voor behandeling: zeer urgent, urgent, standaard en niet urgent.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zelfverwijzer	Patiënt die zich met een hulpvraag op de SEH-afdeling meldt zonder verwijzing of tussenkomst en/of overleg van/met zijn huisarts.

