



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen voor afdelingen spoedeisende hulp

Kwaliteitssysteem nog niet volledig op orde

Utrecht, januari 2012

Inhoud

Voorwoord – 5

Samenvatting – 7

1 Inleiding – 9

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 10
- 1.3 Onderzoeksmethode – 10
- 1.4 Toetsingskader – 11

2 Conclusies – 13

- 2.1 Algemene conclusie: ziekenhuizen voortvarend met implementatie SEH normen – 13
- 2.2 Kwaliteitssysteem nog niet op orde – 13
- 2.3 Arts SEH beschikbaar en competent – 13
- 2.4 SEH-verpleegkundige beschikbaar en competent – 13
- 2.5 Luchtweg zekeren gegarandeerd – 13

3 Handhaving – 15

- 3.1 Maatregelen voor bezochte ziekenhuizen – 15
- 3.2 Aanbevelingen voor ziekenhuizen – 15
- 3.3 Aanbeveling voor het veld – 15
- 3.4 Vervolgactie – 16

4 Resultaten – 17

- 4.1 Kwaliteitssysteem van de SEH – 17
 - 4.1.1 Medische eindverantwoordelijkheid op de SEH – 17
 - 4.1.2 Hoofdbehandelaarschap op de SEH – 18
 - 4.1.3 Zorgbeleidsplan – 18
 - 4.1.4 Handelen bij toenemende zorgvraag – 18
 - 4.1.5 Opleidings- en nascholingsbeleid van de arts SEH – 19
 - 4.1.6 Opleidings- en nascholingsbeleid van de SEH-verpleegkundige – 19
 - 4.1.7 VIM-procedure – 19
 - 4.1.8 Werkafspraken met ketenpartners – 19
 - 4.1.9 Interne audits – 19
 - 4.1.10 Uitkomsten van de audits en maatregelen – 19
 - 4.1.11 Periodieke rapportage aan het lijnmanagement – 20
 - 4.1.12 Beschikbaarheid protocollen – 20
- 4.2 Beschikbaarheid en competenties van de arts SEH – 21
 - 4.2.1 Beschikbaarheid van de arts SEH – 21
 - 4.2.2 Competentie van de arts SEH – 21
 - 4.2.3 Gevolgde opleidingen – 21
 - 4.2.4 Andere dan voorgeschreven opleidingen – 21
 - 4.2.5 Toetsing competenties voor aanvang werkzaamheden – 22
- 4.3 Beschikbaarheid en competenties van de SEH-verpleegkundige – 22
 - 4.3.1 Beschikbaarheid SEH-verpleegkundige – 22
 - 4.3.2 Competentie van de SEH-verpleegkundige – 22
 - 4.3.3 Gevolgde opleidingen – 22
 - 4.3.4 Andere dan voorgeschreven opleidingen – 23
 - 4.3.5 Toetsing competenties voor aanvang van de werkzaamheden – 23
- 4.4 Luchtweg zekeren – 23
- 4.5 Significante verschillen tussen kleine en overige SEH's – 23

5 Beschouwing – 25

6 Summary – 27

Literatuurlijst – 29

Bijlage 1	Overzicht getoetste ziekenhuizen – 31
Bijlage 2	Handhavingskader SEH – 32
Bijlage 3	Methodologische verantwoording – 35
Bijlage 4	Lijst van afkortingen – 36

Toegevoegd in deze pdf:

Bezoekinstrument SEH – 37

Voorwoord

De afdeling spoedeisende hulp (SEH) maakt deel uit van de keten acute zorg en is voor dit zorgcircuit en het ziekenhuis een belangrijke afdeling van waaruit ongeveer 30% van de patiënten in het ziekenhuis wordt opgenomen. Een goed functionerende SEH met vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare verantwoorde zorg en competente zorgverleners is vaak bepalend voor een goede uitkomst van de zorg. Op de SEH zijn veel medisch specialisten actief. Daarmee zijn veel belangen, ook bedrijfseconomische, gemoeid.

Het veld is erin geslaagd om in het rapport *Vanuit een stevige basis* een kwaliteitsondergrens vast te stellen waaraan een (basis)SEH moet voldoen. Ik beschouw deze kwaliteitsondergrens als een eerste stap naar verdere kwaliteitsverbetering op de SEH.

Zo is de opleiding van de SEH-arts erkend door de KNMG, neemt het aantal SEH's waar deze artsen werkzaam zijn steeds meer toe en is in een toenemend aantal ziekenhuizen de SEH-arts volwaardig lid van de medische staf. Voorts is aan de deskundigheid van de arts die deze opleiding niet heeft gevolgd en vaak slechts een beperkte periode werkzaam is op de SEH veel aandacht besteed. Ook de opleiding van de SEH-verpleegkundige is geprofessionaliseerd.

Deze ontwikkelingen onderstrepen de toenemende aandacht voor het medisch inhoudelijk belang op de SEH.

Met dit onderzoek is vastgesteld dat de onderzochte ziekenhuizen een aantal forse kwaliteitsverbeteringen hebben doorgevoerd, maar ook dat er gebieden zijn die extra aandacht behoeven. Hierbij doel ik op een kwaliteitssysteem SEH, een op het ziekenhuis en de zorgomgeving afgestemd zorgbeleidsplan, verdere uitbreiding en vervolmaking van profielen en heldere afspraken over tijdige beschikbaarheid van medisch specialisten, vooral gedurende de avond, nacht en weekend (ANW-periode).

Ik roep de ziekenhuizen op om op de ingeslagen weg van kwaliteitsverbetering voort te gaan en deze aantoonbaar zichtbaar te maken.

Prof. dr. G. van der Wal,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

In Nederland zijn ongeveer 100 afdelingen voor spoedeisende hulp (SEH). In 2007 deden ruim 2.150.000 mensen een beroep op de SEH. Ongeveer 30% van de patiënten opgenomen in het ziekenhuis is via de SEH opgenomen. Op de SEH kunnen zeer zieke patiënten worden gepresenteerd. Het is een zeer belangrijke afdeling van een ziekenhuis, waar het leveren van goede zorg van levensbelang is.

De op initiatief van de minister van VWS ingestelde werkgroep kwaliteitsindeling SEH heeft eind 2009 in haar eindrapport *Vanuit een stevige basis* normen gepubliceerd die van toepassing zijn op de afdelingen SEH van de ziekenhuizen. Normen op het gebied van het kwaliteitssysteem SEH, de beschikbaarheid en competenties van de SEH-verpleegkundige en de arts werkzaam op de SEH, en het tijdig de luchtweg kunnen zekeren bij een patiënt. De minister heeft de normen overgenomen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg verzocht deze te betrekken bij haar toezicht.

In dit rapport doet de inspectie verslag van het thematisch toezichtproject SEH-afdelingen. De inspectie heeft onderzoek uitgevoerd bij een steekproef van 33 SEH-afdelingen. De steekproef is zo uitgevoerd dat bevindingen opgedaan tijdens het onderzoek ook van toepassing zijn op alle SEH's in Nederland. Inspectieteams hebben aan deze SEH-afdelingen onaangekondigde bezoeken gebracht, zowel gedurende de kantooruren als daarbuiten,. Aan de hand van een vragenlijst waarin de SEH-normen zijn verwerkt, hebben zij leidinggevenden, artsen werkzaam op de SEH en SEH-verpleegkundigen geïnterviewd.

De beschikbaarheid en competenties van artsen werkzaam op de SEH en de SEH-verpleegkundigen zijn geborgd. Voorts is het binnen 5 minuten zekeren van een luchtweg bij een patiënt gegarandeerd.

In de meeste ziekenhuizen ontbreekt een zorgbeleidsplan, waarin een heldere afbakening van de op de SEH te leveren zorg is opgenomen. De conclusie is dat het implementeren van een kwaliteitssysteem voor de SEH verbetering en voortgang behoeft.

De inspectie heeft onderzoek verricht bij 33 SEH's. Er waren 5 ziekenhuizen die voldeden aan de gestelde voorwaarden. Hier was het niet nodig om maatregelen op te leggen. Er waren 27 ziekenhuizen met tekortkomingen op het gebied van het kwaliteitssysteem die binnen 6 weken opgelost konden zijn. Deze tekortkomingen zijn opgelost en door de inspectie gecontroleerd. Bij 1 ziekenhuis waren de tekortkomingen ernstig, zowel op de SEH als ook op andere afdelingen. Dit ziekenhuis is onder verscherpt toezicht gesteld. Het ziekenhuis heeft besloten de SEH op te heffen en te herinrichten als een afdeling Acute Zorg.

Dit is een aanmerkelijke verbetering ten opzichte van het vergelijkbare onderzoek van Plexus in 2009, waarbij Plexus constateerde dat geen enkele onderzochte SEH aan alle voorwaarden voor verantwoorde zorg voldeed. Positief is dat reeds gedurende het onderzoek alle ziekenhuizen dusdanige maatregelen hebben genomen dat de geconstateerde tekortkomingen zijn opgelost.

Deze geaggregeerde rapportage dient door de niet-bezochte ziekenhuizen als spiegelinformatie te worden gebruikt. De inspectie zal nagaan of ziekenhuizen dit hebben gedaan en (indien noodzakelijk) of dit heeft geleid tot verbeteringen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Nederland beschikt over ongeveer 100 ziekenhuizen. Vrijwel elk ziekenhuis beschikt over een SEH. In 2007 deden circa 2.150.000 patiënten een beroep op de SEH. Binnen de gezondheidszorg is de spoedeisende hulpverlening een zorgcategorie met een hoog risicogehalte. Vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare, verantwoorde zorg en competente zorgverleners zijn vaak bepalend voor een goede uitkomst van de zorg.

Effectieve spoedeisende hulpverlening is alleen mogelijk als alle schakels van de spoedeisende hulpketen, te weten de huisarts, de huisartsenpost, de ambulance-dienst en de SEH kwalitatief goed functioneren en goed op elkaar zijn afgestemd. Een essentiële schakel hierbij is de afdeling SEH van het ziekenhuis. Circa 30% van alle ziekenhuisopnames passeert de afdeling SEH. De mate van kwaliteit van de op de afdeling SEH geboden zorg raakt direct de individuele patiënt en is mede bepalend voor de kwaliteit van het verdere zorgtraject.

In september 2004 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het rapport *Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed* gepubliceerd. Dit rapport was het resultaat van een vervolgonderzoek naar aanleiding van het in 1994 gepresenteerde onderzoek met de titel *De keten rammelt. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening*.

Bij het onderzoek *Haastige spoed niet overal goed* zijn, naast verbeteringen ten opzichte van het onderzoek in 1994, helaas nog veel tekortkomingen geconstateerd op de afdelingen SEH van de ziekenhuizen en in de spoedeisende hulpverleningsketen. In september 2005 is op initiatief van de minister van VWS een werkgroep kwaliteitsindeling SEH ingesteld. Deelnemende instanties waren: de Orde, NVIC, NVSHA, NVSHV, V&VN, NHG, LHV, NFU, NVZ, VHN, AZN, LVTC en de IGZ (als waarnemer). In oktober 2009 verscheen het eindrapport *Vanuit een stevige basis*. Het eindrapport bevat normen waaraan een SEH en medewerkers van een SEH dienen te voldoen.

De Minister heeft het eindrapport overgenomen en aan het veld en de Tweede Kamer aangeboden.^a

Op basis van dit eindrapport heeft de inspectie een handavingskader vastgesteld en is dit inspectieonderzoek uitgevoerd.

De onderzoeksvragen zijn geënt op de normen gesteld in het rapport *Vanuit een stevige basis*. In het rapport zijn de normen gedetailleerd uitgewerkt. Deze gedetailleerde uitwerking is verwerkt in de onderzoeksvragen en het handavingskader. Daar de profielen niet gedetailleerd beschreven zijn, zijn die niet in de onderzoeksvragen en handavingskader verwerkt. De norm dat in een ziekenhuis een arts aanwezig dient te zijn die kan reanimeren, is impliciet verwerkt in de onderzoeksvraag over de vereiste competenties van de arts werkzaam op de SEH.

Bij het onderzoek aangetroffen onverantwoorde situaties hebben direct geleid tot verbetermaatregelen.

De individuele ziekenhuisrapportages leiden tot een geaggregeerd rapport. De niet-bezochte ziekenhuizen moeten zichzelf spiegelen aan dit rapport en zo nodig verbetertrajecten starten.

a Zie brief CZ/TSZ-2977325 d.d. 23 december 2009.

Tot slot stelt de inspectie een instrument voor zelfevaluatie van de SEH-afdelingen beschikbaar.

Het beoogd effect van dit project is te bewerkstelligen dat alle SEH-afdelingen aan de vigerende normen voldoen. Een patiënt die SEH-zorg nodig heeft, moet erop kunnen vertrouwen dat die SEH-zorg verantwoord is en dat de SEH-afdeling continu werkt aan verbetering van de zorg en aan maximale patiëntveiligheid.

1.2 Onderzoeksvragen

Met dit onderzoek toetste de inspectie of de onderzochte SEH-afdelingen voldeden aan de vereiste voorwaarden. De focus lag op het kwaliteitssysteem en de beschikbaarheid van voldoende competent personeel.

Onderzoeksvragen waren:

- 1 Beschikt de betreffende SEH over een kwaliteitssysteem dat voldoet aan de eisen uit het rapport *Vanuit een stevige basis*?
- 2 Is een arts SEH aanwezig die beschikt over de vereiste competenties?
- 3 Is een SEH-verpleegkundige aanwezig die beschikt over de vereiste competenties?
- 4 Is in het ziekenhuis gedurende de openingstijden van de SEH een arts aanwezig die binnen vijf minuten zo nodig een luchtweg kan zekeren?

1.3 Onderzoeksmethode

Het onderzoek richtte zich op afdelingen SEH van algemene en academische ziekenhuizen en op die onderwerpen waar het veld een norm voor heeft vastgesteld, vastgelegd in het rapport *Vanuit een stevige basis*.

Aan de hand van een aselecte en gestratificeerde steekproef heeft de inspectie bij 33 SEH-afdelingen (bijlage 1) een inspectiebezoek gebracht en met behulp van een bezoekinstrument^b in kaart gebracht in hoeverre de bezochte SEH-afdelingen aan de normen voldeden.

De inspectie heeft de SEH-afdelingen op basis van bezoekersaantallen in drie categorieën verdeeld, te weten:

- Kleine SEH-afdelingen : 0-15.000 bezoekers per jaar.
- Middelgrote SEH-afdelingen : 15.001-30.000 bezoekers per jaar.
- Grote SEH-afdelingen : meer dan 30.000 bezoekers per jaar.

Per categorie heeft de inspectie een steekproef genomen.

Voorafgaand aan de bezoeken heeft de inspectie alle ziekenhuizen geïnformeerd over de inhoud van het onderzoek en het te hanteren handavingskader (bijlage 2).

Inspecteurs en toezichtmedewerkers van de inspectie voerden de inspecties onaangekondigd in het laatste kwartaal van 2010 en het eerste kwartaal van 2011 uit, zowel tijdens de kantooruren als in de avond en het weekend. Zij hebben gesprekken gevoerd met leidinggevenden op de SEH, artsen werkzaam op de SEH en SEH-verpleegkundigen. De resultaten van die gesprekken zijn verwerkt in een vragenlijst, het bezoekinstrument. De ingevulde vragenlijsten leidden tot verslagen, die voor commentaar werden voorgelegd aan de ziekenhuizen. De inspectie maakt de rapportages van de individuele toezichtinspecties conform de vigerende regelgeving bij het uitkomen van de geaggregeerde rapportage openbaar. De verantwoording van de onderzoeksmethode is verwoord in bijlage 3.

Alle onderzochte ziekenhuizen hebben een rapport ontvangen waarin zowel de behaalde resultaten als de eventueel te nemen maatregelen zijn beschreven.

b Het bezoekinstrument is te vinden in het pdf-bestand van dit rapport op www.igz.nl.

Ziekenhuizen dienden de inspectie binnen 6 weken na dagtekening van de rapportage te berichten in hoeverre de geconstateerde tekortkomingen waren opgelost. Het handhavingskader was daarbij richtinggevend.

Dit eindrapport is op basis van de resultaten van de individuele toezichtbezoeken opgesteld en bevat de geaggregeerde toezichtresultaten.

Ziekenhuizen moeten dit rapport als spiegelinformatie gebruiken voor kwaliteits-toetsing en eventueel kwaliteitsverbetering. De inspecteur/accounthouder ziet hierop toe.

1.4

Toetsingskader

Op geleide van het gestelde in het rapport *Vanuit een stevige basis* heeft de inspectie een handhavingskader inclusief handhavingsbeleid vastgesteld. Om transparante handhaving mogelijk te maken, heeft zij het handhavingskader inclusief het handhavingsbeleid voorafgaande aan de start van het onderzoek bekend gesteld aan de Raden van Bestuur.

De essentie van het handhavingskader is dat indien er geen bekwaam personeel in de vorm van arts en SEH-verpleegkundige aanwezig is op een SEH, er geen sprake is van een SEH. De inspectie zal dan de SEH sluiten. Wanneer sprake is van tekortkomingen van het kwaliteitssysteem dient de Raad van Bestuur maatregelen te nemen om deze tekortkomingen binnen nader vast te stellen tijd op te lossen en de inspectie daarover te rapporteren. Korthedshalve wordt verwezen naar bijlage 2, Handhavingskader SEH.

Het toezicht beperkte zich tot die onderwerpen waarop een (veld)norm van toepassing is. De profielen zoals beschreven in *Vanuit een stevige basis* leenden zich nog niet voor handhaving omdat ze nog niet gedetailleerd zijn uitgewerkt.

2 Conclusies

2.1 **Algemene conclusie: ziekenhuizen voortvarend met implementatie SEH-normen**

Ziekenhuizen zijn na het uitkomen van het rapport *Vanuit een stevige basis* voortvarend aan de slag gegaan om te werken aan kwaliteitsverbetering op de SEH en om daarbij de zorg conform de nieuwe normen te leveren. Een aantal ziekenhuizen moest daarbij van ver komen, veel was niet geregeld. Reeds gedurende dit onderzoek zijn maatregelen opgelegd. De ziekenhuizen hebben deze maatregelen uitgevoerd en voldoen aan de veldnormen.

2.2 **Kwaliteitssysteem nog niet op orde**

In de meeste ziekenhuizen ontbreekt een integraal kwaliteitssysteem, specifiek voor de SEH. Wat vooral ontbreekt is het zorgbeleidsplan waarin duidelijk is vastgelegd welke patiënten er wel en welke er niet op de SEH worden behandeld. Dit zorgbeleidsplan moet met de ketenpartners, de ambulancedienst(en), de huisartsen en huisartsenposten en de naburige ziekenhuizen afgestemd zijn. In feite is het zorgbeleidsplan de basis waarop de SEH haar werkzaamheden verricht en haar organisatie qua personele en materiële middelen invult. Voorts moet het zorgbeleidsplan van de SEH integraal onderdeel uitmaken van het zorgbeleidsplan van (andere afdelingen van) het ziekenhuis. De kleine SEH's scoren bij dit onderwerp significant slechter dan de middelgrote en grote SEH's.

2.3 **Arts SEH beschikbaar en competent**

Op alle SEH's (op één ziekenhuis na) is een arts SEH werkzaam die over de vereiste competenties beschikt. Waar dit niet het geval was, heeft het ziekenhuis besloten de SEH op te heffen en te herinrichten als een afdeling Acute Zorg.

Alle artsen worden voorafgaande aan de tewerkstelling opgeleid om zelfstandig hun werkzaamheden op de SEH te kunnen uitvoeren. Veelal bestond die opleiding uit de basisopleiding voor arts en een aanvullende cursus ATLS of daarmee overeenkomende cursus. Hiermee wordt de kwaliteitsondergrens van de SEH benaderd.

Het zou ideaal zijn als elke SEH over ten minste één SEH-arts, KNMG-erkend, zou kunnen beschikken.

2.4 **SEH-verpleegkundige beschikbaar en competent**

Op alle SEH's (op één ziekenhuis na) werken SEH-verpleegkundigen die over de vereiste competenties beschikken. Waar dit niet het geval was, heeft het ziekenhuis besloten de SEH op te heffen en te herinrichten als afdeling Acute Zorg.

Op elke SEH was ten minste één SEH-verpleegkundige werkzaam die tevens de Trauma Nursing Core Course (TNCC) en veelal ook de Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC) heeft gevolgd.

2.5 **Luchtweg zekeren gegarandeerd**

In alle ziekenhuizen is gedurende de openingstijden een arts aanwezig die een luchtweg kan zekeren. Dit kan met behulp van intubatie. Als er geen arts beschikbaar is die voldoende ervaring heeft met intuberen, heeft het de voorkeur de luchtweg te zekeren door middel van "het beademen op de kap" totdat de arts beschikbaar is om te intuberen.

In de kleine SEH's beademt de arts significant vaker "op de kap". In de middelgrote en grote SEH's is veelal een arts met voldoende ervaring op het gebied van intuberen direct beschikbaar.

Ziekenhuizen zijn na het uitkomen van het rapport *Vanuit een stevige basis* voortvarend aan de slag gegaan om te werken aan kwaliteitsverbetering op de SEH en om daarbij de zorg conform de nieuwe normen te leveren. Een aantal ziekenhuizen moest daarbij van ver komen, veel was niet geregeld.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor bezochte ziekenhuizen

De inspectie bezocht in dit onderzoek 33 SEH's.

Er waren 27 ziekenhuizen met tekortkomingen op het gebied van het kwaliteitssysteem die binnen 6 weken opgelost konden en moesten zijn. De inspectie heeft de Raden van Bestuur verzocht haar daarover te berichten. Dit is gebeurd en door de inspectie gecontroleerd.

Bij 1 ziekenhuis waren de tekortkomingen ernstig, zowel op de SEH als op andere afdelingen. De tekortkomingen op de SEH hadden betrekking op het kwaliteitssysteem en op de beschikbaarheid van voldoende, gekwalificeerd personeel. Het ziekenhuis is onder verscherpt toezicht gesteld. Het ziekenhuis heeft besloten de SEH op te heffen en te herinrichten naar een afdeling Acute Zorg.

Er waren 5 ziekenhuizen die volledig voldeden aan de gestelde voorwaarden. Hier was het niet nodig om maatregelen op te leggen.

3.2 Aanbevelingen voor ziekenhuizen

De ziekenhuizen die niet bij dit onderzoek zijn betrokken, moeten zich aan dit rapport en het handhavingskader spiegelen. Aan de hand van het bezoekinstrument moeten zij een interne audit uitvoeren. De inspectie gaat ervan uit dat dit waar nodig leidt tot een verbeterplan (inclusief tijdplan) dat door het stafbestuur en de Raad van Bestuur is geaccordeerd en wordt geborgd. De inspectie verwacht uiterlijk per 1 mei 2012 van de ziekenhuizen dat zij het rapport van deze audit aan de inspectie toesturen.

De inspectie brengt hierbij de volgende onderwerpen nadrukkelijk onder de aandacht:

- Elke afdeling SEH dient over een kwaliteitssysteem te beschikken waarin de vereiste onderwerpen zoals vermeld in het handhavingskader integraal zijn opgenomen en geborgd. Essentieel onderdeel daarvan is een zorgbeleidsplan. Een dergelijk zorgbeleidsplan dient door de medische staf en Raad van Bestuur geaccordeerd te zijn. Daarin dient het profiel van de SEH en een eenduidige afbakening van de door de SEH te leveren zorg te zijn beschreven, aangevuld met afspraken hierover met de ketenpartners.
- Teneinde inzicht te krijgen in de mate waarin de afdelingen SEH voldoen aan de minimale eisen dient regelmatig een interne audit te worden uitgevoerd. Daartoe kan de Raad van Bestuur gebruikmaken van de door de inspectie gehanteerde vragenlijst dat als evaluatie-instrument kan worden beschouwd.
- De kleine SEH's zijn vaak bemand met artsen die een minimale opleiding hebben genoten voorafgaande aan de tewerkstelling. Deze artsen zijn in de ANW-periode tevens beschikbaar voor de overige afdelingen van het ziekenhuis, zoals de verpleegafdelingen, de CCU en de IC. Dit vereist deskundige artsen. Alle ziekenhuizen dienen ernaar te streven tenminste één SEH-arts, KNMG-erkend, beschikbaar te hebben voor hun SEH. Deze arts kan dan zorg dragen voor voldoende en noodzakelijke deskundigheid bij de artsen werkzaam op de SEH.

3.3 Aanbeveling voor het veld

Zowel in het onderzoek in 2009 uitgevoerd door Plexus als in dit onderzoek is bij de beschrijving van de profielen geconstateerd dat er geen duidelijke landelijke afspraken zijn vastgelegd wat onder 'directe beschikbaarheid' van medisch

specialistisch personeel wordt verstaan. De inspectie verzoekt de wetenschappelijke verenigingen, de NFU en de NVZ, hieraan in 2012 invulling te geven.

3.4

Vervolgactie

Zoals gesteld in hoofdstuk 3.2 verwacht de inspectie van de niet-bezochte ziekenhuizen dat zij een interne audit uitvoeren om zelf te toetsen of aan de gestelde norm wordt voldaan. Het rapport van deze audit wordt de inspectie uiterlijk 1 mei 2012 aangeboden. De inspectie zal deze rapporten beoordelen en in vervolg daarop in 2012 steekproefsgewijs inspectiebezoeken afleggen.

4 Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zijn gegroepeerd naar de onderzochte thema's:

- Het kwaliteitssysteem.
- De beschikbaarheid en competenties van de arts SEH.
- De beschikbaarheid en competenties van de SEH-verpleegkundige.
- De beschikbaarheid van een arts die binnen 5 minuten een luchtweg kan zekeren.

De resultaten van de 33 bezochte afdelingen SEH zijn omgerekend naar landelijke cijfers en weergegeven in percentages.

4.1 Kwaliteitssysteem van de SEH

Een belangrijk vereiste voor een SEH-afdeling is het beschikken over een kwaliteitssysteem. In het rapport *Vanuit een stevige basis* is vastgelegd waaraan een kwaliteitssysteem SEH moet voldoen.



Figuur 1: Overzicht onderwerpen kwaliteitssysteem SEH (n=33)

4.1.1 Medische eindverantwoordelijkheid op de SEH

Op de SEH-afdeling dient duidelijk te zijn welke persoon de medische eindverantwoordelijkheid heeft. Dit betreft dan de eindverantwoordelijkheid op beleidsniveau en niet de verantwoordelijkheid op individueel patiëntniveau. Gescoord is of de medische eindverantwoordelijkheid afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd is. Er is sprake van een geborgde situatie als de medische eindverantwoordelijkheid schriftelijk is vastgelegd ('aanwezig'), bekend is bij de medewerkers, ernaar wordt gehandeld ('operationeel') en deze regelmatig wordt geëvalueerd en zo nodig wordt bijgesteld.

In 72% van de SEH's was de medische eindverantwoordelijkheid geborgd. In 28% van de SEH's was nog geen sprake van een geborgde situatie.

4.1.2 *Hoofdbehandelaarschap op de SEH*

Duidelijk moet zijn welke medisch specialist hoofdverantwoordelijk is voor de individuele patiëntenzorg. Gescoord is of het hoofdbehandelaarschap, afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd is. Er is sprake van een geborgde situatie als het hoofdbehandelaarschap schriftelijk is vastgelegd ('aanwezig'), de hoofdbehandelaar altijd bij de behandeling van de patiënt wordt betrokken ('operationeel') en het beleid rond het hoofdbehandelaarschap regelmatig wordt geëvalueerd en zo nodig wordt bijgesteld.

In 78% van de SEH's was het hoofdbehandelaarschap geborgd. In 22% van de SEH's was nog geen sprake van een geborgde situatie.

4.1.3 *Zorgbeleidsplan*

In het zorgbeleidsplan dienen de grenzen van de zorg te zijn aangegeven en dienen onder andere afspraken met regionale ketenpartners gemaakt te zijn over welke patiënten wel en niet op de SEH kunnen worden behandeld. Gescoord is of het zorgbeleidsplan afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd is. Er is sprake van een geborgde situatie als in een zorgbeleidsplan afspraken zijn opgenomen over de grenzen van de zorg ('aanwezig'), deze afspraken zijn gecommuniceerd met de regionale samenwerkingspartners ('operationeel') en de afspraken regelmatig worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Er was in 22% sprake van een geborgde situatie en 32% van de SEH's beschikte in het geheel niet over een zorgbeleidsplan.

4.1.4 *Handelen bij toenemende zorgvraag*

Er dienen binnen de SEH, binnen het ziekenhuis als ook met de ketenpartners, afspraken te zijn gemaakt hoe te handelen als er discrepantie dreigt te ontstaan tussen het patiëntenaanbod op de SEH en het aantal personeelsleden. Hierbij gaat het niet over een situatie waarbij sprake is van een ramp, waar het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZIROP) van toepassing is. Een discrepantie kan zich ook in minder ernstige situaties voordoen, zoals bij een verkeersongeluk met meerdere slachtoffers of bij slechte weersomstandigheden. Gescoord is of een betreffende afspraak afwezig, aanwezig, operationeel of geborgd is. Er is sprake van een geborgde situatie als er afspraken zijn gemaakt binnen het ziekenhuis ('aanwezig'), er daarnaast afspraken zijn gemaakt met de ketenpartners ('operationeel') en deze afspraken regelmatig worden geëvalueerd en zo nodig worden bijgesteld. Het scoren van de afspraken is onafhankelijk van het wel of niet beschikken over een zorgbeleidsplan gedaan.

In 92% van de SEH's waren wel afspraken gemaakt hoe in voorkomende gevallen gehandeld moet worden. In 22% van de SEH's beperkten die afspraken zich tot interne ziekenhuisafspraken, in 69% van de SEH's waren daarnaast ook afspraken met ketenpartners gemaakt. In 56% van de SEH's was nog geen sprake van een geborgde situatie.

4.1.5 *Opleidings- en nascholingsbeleid van de arts SEH*
De op de SEH werkzame artsen waren vrijwel allemaal voor hun taak opgeleid. In 32% van de SEH's was geen sprake van een geborgde situatie, waarbij het opleidings- en nascholingsbeleid regelmatig werd gecontroleerd op de kwaliteit ervan, regelmatig werd geëvalueerd en zo nodig werd bijgesteld.

4.1.6 *Opleidings- en nascholingsbeleid van de SEH-verpleegkundige*
Op de SEH werkten SEH-verpleegkundigen en verpleegkundigen in opleiding tot SEH-verpleegkundige. Op alle SEH's was gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week ten minste één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig.

In 14% van de SEH's was geen sprake van een geborgde situatie, waarbij de kwaliteit van het opleidings- en nascholingsbeleid regelmatig werd gecontroleerd, regelmatig werd geëvalueerd en zo nodig werd bijgesteld.

4.1.7 *VIM-procedure*
Op vrijwel alle SEH's was een procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten aanwezig. In 18% van de SEH's was nog geen sprake van een geborgd systeem, waarbij op basis van de geanalyseerde verbeterpunten ook daadwerkelijke verbetermaatregelen genomen werden en de resultaten ervan geëvalueerd werden.

4.1.8 *Werkafspraken met ketenpartners*

Onder ketenpartners werd in dit verband verstaan de aanbieders van patiënten, te weten de huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst alsook SEH's van naburige ziekenhuizen, waar patiënten naar doorverwezen kunnen worden. Het is van belang schriftelijk vast te leggen om welke patiënten het gaat, met welke medische problemen en welke zorg op de SEH wordt gegeven.

Vrijwel alle SEH's, 94%, hadden werkafspraken gemaakt met de ketenpartners. In 41% was nog geen sprake van een geborgde situatie waarbij de werkafspraken niet alleen werden nagekomen, maar ook periodiek met de ketenpartners werden geëvalueerd en zo nodig werden bijgesteld.

4.1.9 *Interne audits*
In 14% van de SEH's werden geen interne audits uitgevoerd en was ook niet schriftelijk vastgelegd dat er interne audits uitgevoerd moesten worden. In 14% van de SEH's was dit wel vastgelegd, maar werden ze nog niet uitgevoerd. In 22% van de SEH's werden interne audits uitgevoerd volgens een van te voren vastgestelde planning. In 50% van de SEH's werden regelmatig interne audits uitgevoerd, de kwaliteit van de audits werd geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. In het laatste geval was sprake van een geborgde situatie.

4.1.10 *Uitkomsten van de audits en maatregelen*
In 10% van de SEH's waar interne audits uitgevoerd werden, leidden de uitkomsten ervan niet tot maatregelen. In 12% van de SEH's leidden die wel tot maatregelen, maar die werden niet uitgevoerd. In 28% van de SEH's leidden de audits tot maatregelen die uitgevoerd werden, maar die niet structureel deel uitmaakten van de Plan Do Check Act (PDCA-)cyclus. In 50% van de SEH's waar interne audits werden uitgevoerd was sprake van een geborgde situatie. De uitkomsten van de audits hadden geleid tot verbetermaatregelen en er werd actief gemonitord of deze maatregelen werden geïmplementeerd, waarbij dit structureel deel uitmaakte van de PDCA-cyclus.

4.1.11 *Periodieke rapportage aan het lijnmanagement*

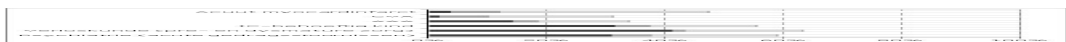
Onderzocht werd of er periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaatsvond over kwaliteitsonderwerpen, zoals wachttijden, doorlooptijden, calamiteiten en complicaties.

In 10% van de SEH's vond dit niet plaats. In 14% van de ziekenhuizen vond dit wel plaats, maar leidde dit niet tot acties. In 16% van de SEH's vond dit wel plaats en leidde dit tot acties en in 60% van de SEH's vond periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats, leidde dit tot acties en werd er gecontroleerd wat de uitkomsten van die acties waren. Dit maakte deel uit van de PDCA-cyclus en hierbij was dus sprake van een geborgde situatie.

4.1.12 *Beschikbaarheid protocollen*

In het rapport *Vanuit een stevige basis* zijn de normen beschreven waaraan een basis-SEH die geacht wordt basiszorg te leveren, moet voldoen. Er zijn echter SEH's waar meer dan basiszorg wordt geleverd voor bepaalde patiëntencategorieën. Deze zorg is beschreven in zogenaamde profielen afgestemd op bepaalde patiëntencategorieën. SEH's die daaraan voldoen, beschikken over aanvullende personele en materiële middelen. Bij dit onderzoek is de inspectie ervan uitgegaan, dat als een SEH niet in aanmerking komt voor de behandeling van een dergelijke patiëntencategorie er op de SEH wel een op die categorie afgestemd behandelprotocol beschikbaar moet zijn, daar rekening gehouden moet worden met onaangekondigd patiëntenbezoek.

Zes patiëntencategorieën zijn in het rapport beschreven. Voor deze categorie patiënten dienen behandelprotocollen aanwezig te zijn op de SEH. Gescoord werd of het betreffende behandelprotocol afwezig, aanwezig, operationeel dan wel geborgd was. Er was sprake van een geborgde situatie als het protocol niet alleen werd nageleefd ('aanwezig') en was opgenomen in het zorgbeleidsplan ('operationeel'), maar ook dat de naleving ervan werd getoetst. Deze protocollen dienden te zijn voorzien van een eigenaar, te zijn voorzien van een geldigheidsduur, opgenomen in een te allen tijden toegankelijk documentbeheersysteem en op basis daarvan regelmatig te worden geëvalueerd.



Figuur 2: Behandelprotocollen op de SEH (n=33)

Vrijwel alle SEH's beschikten over behandelprotocollen met betrekking tot het Acut myocardinfarct en het CVA. Er moest nog wel aandacht besteed worden aan de borging van deze protocollen.

Ten aanzien van de protocollen Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA), het IC-behoefstig kind, verloskunde en psychiatrie was het met de protocolontwikkeling slechter gesteld. In de kleine SEH's ontbraken deze protocollen veelal. De verklaring die aangevoerd werd, is dat de betreffende patiënt rechtstreeks werd doorverwezen naar de betreffende afdeling, dan wel dat de kinderarts dan wel de psychiater direct in consult werd geroepen. Zo dit al de werkwijze was, dan zou toch de periode tot de komst van de medisch specialist overbrugd moeten worden, waarover behandelafspraken gemaakt moesten zijn.

4.2 Beschikbaarheid en competenties van de arts SEH



Figuur 3: Beschikbaarheid en competenties van de arts SEH (n=33)

4.2.1 Beschikbaarheid van de arts SEH

In één ziekenhuis (van de steekproef van 33 ziekenhuizen) bleek geen arts aanwezig te zijn. Voorts werd geconstateerd dat gedurende de ANW-uren in de kleinere ziekenhuizen de arts SEH tevens fungeerde als arts voor het gehele ziekenhuis. Dat wil dus zeggen dat die arts naast taken op de SEH tevens zo nodig taken verricht op verpleegafdelingen, de Coronary Care Unit (CCU) en de Intensive Care (IC).

4.2.2 Competentie van de arts SEH

In 86% van de SEH's waren de artsen voor de tewerkstelling op de SEH opgeleid en werd de opleiding geëvalueerd. In 10% van de SEH's werden artsen pas opgeleid als zij al werkzaam waren op de SEH.

4.2.3 Gevolgde opleidingen

In 94% van de SEH's hadden de artsen SEH de opleiding ALS of daarmee overeenkomende opleiding gevolgd.

4.2.4 Andere dan voorgeschreven opleidingen

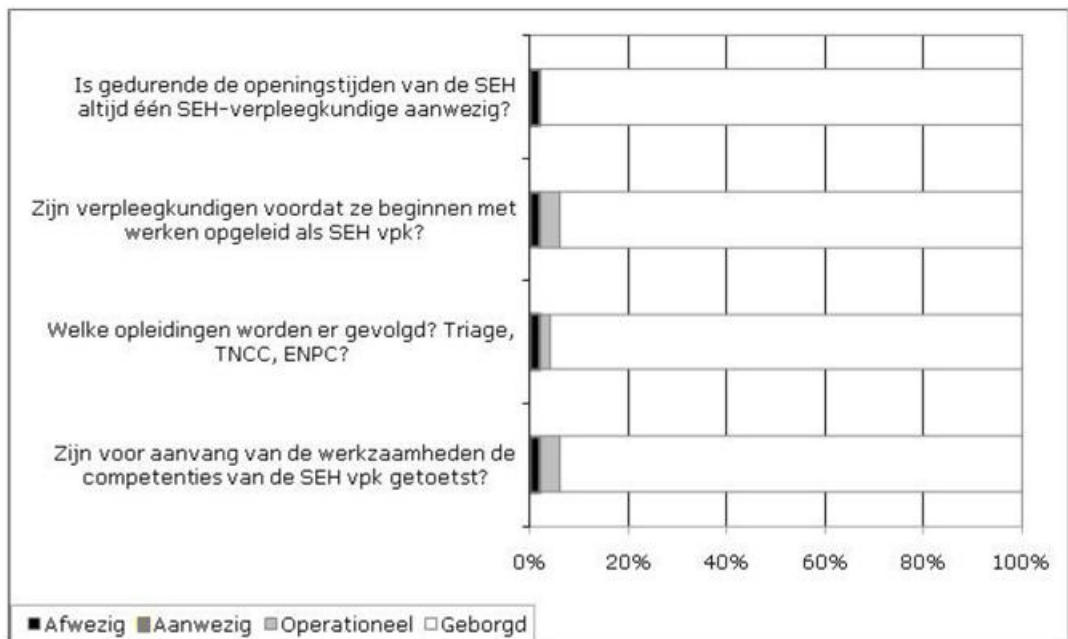
In 68% van de SEH's hadden de artsen SEH nog aanvullende opleidingen dan hier-voor genoemd, gevolgd, zoals de tweeweekse Startclass-opleiding voor huisartsen

in opleiding en interne ziekenhuisopleidingen, veelal in de vorm van stages op verschillende afdelingen als CCU, IC, OK en intern ziekenhuis clinics.

4.2.5 *Toetsing competenties voor aanvang werkzaamheden*

In 70% van de SEH's waren de competenties van de artsen SEH getoetst voor de tewerkstelling. In 30% van de SEH's had dit niet plaatsgevonden.

4.3 Beschikbaarheid en competenties van de SEH-verpleegkundige



Figuur 4: Beschikbaarheid en competenties SEH-verpleegkundige (n=33)

4.3.1 *Beschikbaarheid SEH-verpleegkundige*

Op vrijwel alle SEH's (98% van de SEH's) was de beschikbaarheid van minstens één volledig opgeleide SEH-verpleegkundige geborgd. Bij één SEH was dit niet het geval.

SEH-verpleegkundigen in opleiding werkten onder supervisie van de volledig opgeleide SEH-verpleegkundige.

4.3.2 *Competentie van de SEH-verpleegkundige*

Op 94% van de SEH's waren SEH-verpleegkundigen werkzaam die voorafgaande aan de tewerkstelling waren opgeleid.

4.3.3 *Gevolgte opleidingen*

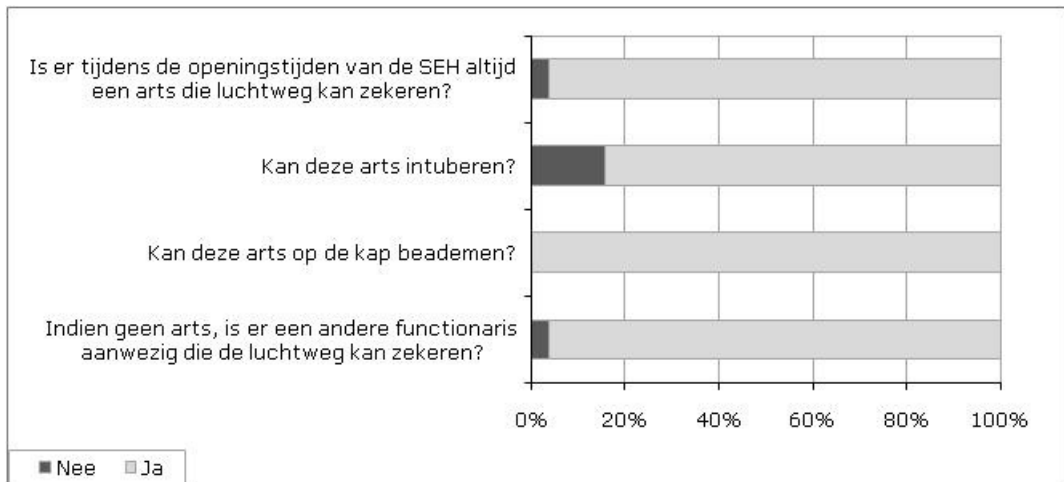
Met de opleiding tot SEH-verpleegkundige is in de regel 12 tot 18 maanden gemeoid, afhankelijk van de vrijstellingen. Vrijwel alle in het rapport *Vanuit een stevige basis* genoemde cursussen maken deel uit van de opleiding.

De cursus ENPC was ten tijde van het onderzoek nog niet door alle SEH-verpleegkundigen gevolgd.

4.3.4 *Andere dan voorgeschreven opleidingen*
Op vrijwel alle SEH-afdelingen konden de SEH-verpleegkundigen nog andere opleidingen volgen van belang voor hun werk op de SEH. Voorbeelden hiervan waren gips cursussen, klinische lessen en de cursus ATLS.

4.3.5 *Toetsing competenties voor aanvang van de werkzaamheden*
Op vrijwel alle SEH's werden de competenties van de SEH-verpleegkundigen voor de tewerkstelling getoetst.

4.4 Luchtweg zekeren



Figuur 5: Percentage ziekenhuizen en luchtweg zekeren. (n=33)

Voor het verantwoord uitvoeren van een intubatie is ervaring vereist. In de literatuur wordt vermeld dat tenminste 50 intubaties per jaar moeten worden uitgevoerd om de bekwaamheid ervan op peil te houden. De inspectie is van mening dat indien dit niet gegarandeerd is de arts die werkzaam is op de SEH, in afwachting van de komst van een arts die bekwaam is om te intuberen, een bedreigde luchtweg herkent, handgrepen uitvoert teneinde een luchtweg vrij te maken, een Mayo-tube veilig inbrengt, kapbeademing uitvoert, bloedgassen beoordeelt en acute levensbedreigende pathologie op een X-thorax herkent.

In alle ziekenhuizen en SEH's was een arts aanwezig die een luchtweg kon zekeren. De artsen die werkzaam waren op de SEH konden een luchtweg zekeren door middel van intuberen en zij waren in staat om 'op de kap' te beademen. In vrijwel alle ziekenhuizen waren verpleegkundigen ook in staat om 'op de kap' te beademen.

4.5 Significante verschillen tussen kleine en overige SEH's

Aangezien de grote SEH-afdelingen beperkt vertegenwoordigd zijn in de steekproef heeft de inspectie er van afgezien om de onderzoeksresultaten per categorie, kleine, middelgrote en grote SEH te presenteren. De inspectie heeft er wel voor gekozen om met de Chi Kwadraattoets statistisch te testen of er verschillen bestaan tussen de kleine SEH's (n=16) en de groep middelgrote en grote SEH's (n=17). Alle thema's zoals opgenomen in de vragenlijst zijn getoetst. Er zijn significante verschillen gevonden bij de onderwerpen genoemd in tabel 1.

Tabel 1
Onderwerpen waarbij significante verschillen zijn vastgesteld tussen de groep kleine SEH's (n=16) en de groep middelgrote en grote SEH's (n=17)

		Score			
		Afwezig	Aanwezig	Operationeel	Geborgd
a	Protocol CVA				
	– Kleine SEH	1	4	1	10
	– Middelgrote en grote SEH	0	0	5	12
b	Protocol AAA				
	– Kleine SEH	5	2	0	9
	– Middelgrote en grote SEH	1	0	4	12
c	VIM, procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten				
	– Kleine SEH	0	3	4	9
	– Middelgrote en grote SEH	0	0	1	16
d	Periodieke rapportage aan het lijnmanagement				
	– Kleine SEH	3	5	0	8
	– Middelgrote en grote SEH	1	1	4	11
e	Vaardigheid arts en intuberen	Nee			Ja
	– Kleine SEH	6			10
	– Middelgrote en grote SEH	1			16

De groep kleinere SEH's scoorde elke keer lager dan de groep middelgrote en grote SEH's.

5 Beschouwing

SEH's zijn tijdens de kantooruren bezocht en daarbuiten, in de zogenaamde ANW-periode. Tijdens de ANW-periode was vaak geen leidinggevende aanwezig, waardoor niet alle onderzoeksgegevens betrouwbaar gescoord konden worden. Daar de conceptrapportage voor reactie aan de ziekenhuizen werd aangeboden zijn feitelijke onjuistheden gecorrigeerd. Tijdens de bezoeken in de ANW-periode waren altijd een competente arts en verpleegkundige op de SEH aanwezig, op één SEH na.

Gelijktijdig met het uitkomen van het rapport *Vanuit een stevige basis* (oktober 2009) heeft Plexus een onderzoeksrapport uitgebracht met als titel *Praktijktoets Spoedeisende Hulp* (november 2009). Het onderzoek was uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS bij een steekproef van 27 SEH's. De doelstelling van het onderzoek van Plexus kwam voor een deel overeen met de doelstelling van het onderhavige onderzoek. Het is mogelijk om een aantal bevindingen van Plexus en van deze rapportage naast elkaar te leggen.

Ten opzichte van de bevindingen uit het rapport van Plexus kan worden geconstateerd dat:

- de huidige opleiding van de arts SEH aanmerkelijk is verbeterd;
- alle artsen voorafgaande aan de tewerkstelling op de SEH ten minste door middel van ATLS of daarmee overeenkomend zijn opgeleid;
- alle artsen opgeleid in de ABCDE-systematiek kunnen reanimeren en een luchtweg zekeren;
- alle SEH-verpleegkundigen zijn opgeleid in TNCC en de meeste de ENPC-opleiding hebben gevolgd;
- bij het inspectieonderzoek bij 5 van de 33 SEH's geen tekortkomingen zijn geconstateerd, dit in tegenstelling tot het onderzoek van Plexus waar bij alle 27 onderzochte SEH's tekortkomingen zijn geconstateerd.

Overigens constateert de inspectie met Plexus dat het begrip 'directe beschikbaarheid' van de achterwacht nog steeds niet eenduidig is gedefinieerd.

De inspectie constateert dat sinds het uitkomen van het VWS-rapport *Vanuit een stevige basis* de SEH's voortvarend aan de slag zijn gegaan om zo snel mogelijk aan de normen van het rapport te voldoen.

In het rapport *Vanuit een stevige basis* is de norm gesteld dat op een SEH ten minste één arts SEH werkzaam moet zijn. Deze arts, veelal een arts-assistent, is beperkt opgeleid in de acute zorg en heeft weinig werkervaring. Naar de mening van de inspectie raakt deze norm de kwaliteitsondergrens. De inspectie doet een beroep op het veld om er naar te streven alle SEH's te bemannen met (KNMG-erkende) SEH-artsen, zoals ook op alle SEH's gediplomeerde SEH-verpleegkundigen werkzaam zijn.

Tijdens de interviews van de leidinggevenden en de zorgverleners van de SEH's constateerde de inspectie dat zij zich, na het uitkomen van het rapport *Vanuit een stevige basis*, vooral gericht hebben op het realiseren van de kwaliteitsborging van artsen en verpleegkundigen. Er was minder aandacht voor de implementatie van een kwaliteitssysteem op de SEH. Overigens constateerde de inspectie wel dat er voldoende draagvlak was om daaraan te werken. Dat blijkt uit het feit dat nog voor het uitkomen van dit rapport de ziekenhuizen die aangezegd zijn maatregelen te nemen op het gebied van het kwaliteitssysteem dit ook hebben gedaan.

6 Summary

There are approximately one hundred Accident & Emergency (A&E) departments in the Netherlands. In 2007, they were visited by over 2,150,000 patients. Approximately 30% of all hospital admissions are made via the A&E department. Some patients presenting at A&E are extremely ill. It is therefore an extremely important department within any hospital, and one in which the provision of good, responsible care is often literally a matter of life and death.

In 2009, the working party appointed by the Minister of Health to assess and categorize the quality of A&E departments published its final report, entitled *Vanuit een stevige basis* ('From a sound basis'). The report includes a set of recommended quality standards which apply to all hospital A&E departments. These standards relate specifically to the quality management system, the availability and competence of medical staff (A&E nurses and doctors), and the time within which any necessary airway management interventions, including facemask ventilation or tracheal intubation, are implemented. The minister has adopted the recommendations in full and has asked the Health Care Inspectorate to assess compliance with the quality standards as part of its regular supervisory procedures.

The current report presents the findings of the Inspectorate's most recent investigation of A&E departments. This study was conducted among a sample of 33 departments, selected to be representative of the entire field whereupon any recommendations are also applicable to A&E departments elsewhere. Inspection teams made unannounced visits to the departments, both during and outside regular hours. Interviews were conducted with department managers, doctors and nurses, using a standard questionnaire based on the new quality standards.

Measures are in place to ensure the availability and competence of doctors and nurses working in the A&E departments. Any airway management interventions can be implemented within the maximum target period of five minutes.

The majority of hospitals visited do not have a formal care policy plan which establishes the precise nature of care to be provided by the A&E department before the patient is referred elsewhere. Accordingly, the Inspectorate concludes that the process of implementing an effective quality management system has not yet been satisfactorily completed. Further improvement is required.

Of the 33 A&E departments visited, five were found to meet all requirements. It was therefore unnecessary to impose any further measures. 27 departments showed certain shortcomings with regard to the quality management system, all of which could be resolved within six weeks. The Inspectorate has since ascertained that the necessary corrective measures have indeed been taken. One hospital was found to have serious shortcomings, not only in A&E but in several other departments, and was placed under a regime of enhanced supervision. The hospital concerned has since decided to close its A&E department which will now become an 'Acute Care' ward.

The results of this investigation show a marked improvement compared to those of a similar study conducted by Plexus in 2009, when not one A&E department was found to meet all the requirements of responsible care. The Inspectorate is encouraged to note that all hospitals were willing to implement measures to resolve the shortcomings noted, even before the study had been completed.

The aggregated information in the current report should be used as a point of reference by those hospitals which were not visited on this occasion. In due course, the Inspectorate will ascertain whether they have taken note of the findings and whether any necessary improvements have been made.

Literatuurlijst

- 1 Ministerie van VWS. Rapportage werkgroep Kwaliteitsindeling SEH; Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. Oktober 2009.
- 2 Plexus. Rapport Praktijkttoets Spoed Eisende Hulp. November 2009.

Bijlage 1 Overzicht getoetste ziekenhuizen

Ziekenhuis	Plaats
Antonius Zorggroep	Sneek
Albert Schweitzer ziekenhuis	Dordrecht
Vlietland ziekenhuis	Schiedam
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	Winterswijk
Rijnstate Ziekenhuis	Zevenaar
Leids Universitair Medisch Centrum	Leiden
Het Van Weel Bethesda ziekenhuis	Dirksland
Admiraal De Ruyter Ziekenhuis	Goes
ZorgSaam Zeeuws Vlaanderen	Terneuzen
Diaconessenhuis	Meppel
Zorggroep Pasana, De Sionsberg te	Dokkum
Deventer Ziekenhuis	Deventer
Ziekenhuisgroep Twente	Almelo
St. Antonius Ziekenhuis, locatie Oudenrijn	Nieuwegein
Bronovo Ziekenhuis	Den Haag
Maasziekenhuis	Boxmeer
St. Jans Gasthuis	Weert
Ziekenhuis Rivierenland	Tiel
Orbis Medisch Centrum	Sittard
Maxima Medisch Centrum	Veldhoven
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven
Ommelander Ziekenhuis Groep, locatie Delfzicht	Delfzijl
Ommelander Ziekenhuis Groep, locatie Lucas	Winschoten
Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal
Saxenburgh Groep, Röpcke Zweers Ziekenhuis	Hardenberg
Universitair Medisch Centrum	Groningen
Erasmus Medisch Centrum	Rotterdam
Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam
Rijnstate Ziekenhuis	Arnhem
Wilhelmina Ziekenhuis	Assen
Leveste, Scheper Ziekenhuis	Emmen
Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk
Universitair Medisch Centrum	Utrecht

Bijlage 2 Handhavingskader SEH

Op basis van het gestelde in de rapportage van de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH, Spoedeisende hulp, *Vanuit een stevige basis* en de veldnormen gesteld in de brief van de IGZ gericht aan de Raden van Bestuur van de Nederlandse ziekenhuizen en de academische medische centra van 1 februari 2010 met als onderwerp 'Handhavingplan Spoedeisende Hulp' is het volgende handhavingkader geformuleerd.

Algemeen

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

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

Om dit te realiseren moet de SEH-leiding over een kwaliteitssysteem beschikken waarmee de kwaliteit van zorg van de afdeling SEH is geborgd. Dit bevat ten minste de volgende onderwerpen:

- Medische eindverantwoordelijkheid op de SEH.
- Vastleggen van het profiel van de SEH.
- Opleidings- en nascholingsbeleid van artsen en verpleegkundigen.
- Vastleggen en overdraagbaar maken van werkafspraken.
- Zorgen dat die werkafspraken (protocollen, Standard Operating Procedures (SOP's), richtlijnen, werkinstructies) actueel blijven.
- Aan de hand van het uitvoeren van audits regelmatig checken of de medewerkers de werkafspraken naleven.
- Leren van klachten en incidenten in de patiëntenzorg (Veilig Incident Melden systeem (VIM-systeem) op de SEH).
- Aantoonbaar doorvoeren van verbeteringen.
- Werkafspraken met ketenpartners gericht op de schakels van de zorgketen, zowel buiten als in het ziekenhuis.
- De wijze van participeren in het Veilig Melden Systeem (VMS) van het ziekenhuis.
- Uitvoeren van interne audits.
- Registratie van complicaties, incidenten, klachten.
- Periodieke rapportage van aanpak en resultaten van het kwaliteitssysteem aan het lijnmanagement, medische staf en Raad van Bestuur.

Situatie die aanleiding is voor handhaven

De SEH dient over een kwaliteitssysteem te beschikken waarin ten minste de bovengenoemde onderwerpen zijn opgenomen. Indien er geen kwaliteitssysteem beschikbaar is, dan wel niet alle bovengenoemde onderwerpen daarin zijn opgenomen dan

dient het ziekenhuis maatregelen te nemen de tekortkoming op te lossen. Dit dient de Raad van Bestuur schriftelijk aan de IGZ kenbaar te maken.

Indien er geen maatregelen worden genomen om de tekortkoming op te heffen dan zal de IGZ passende maatregelen nemen en zo nodig verscherpt toezicht overwegen.

Specifiek

- I De op de SEH werkzame arts dient aan de volgende competenties te voldoen, waarbij hij in staat moet zijn om:
- de vitale bedreiging direct te onderkennen;
 - de patiënt te resusciteren en te stabiliseren op volgorde van behandel-prioriteit;
 - de ernst van het klinisch beeld snel en accuraat te kunnen bepalen;
 - te bepalen of de benodigde zorg aan de patiënt de mogelijkheden van de eigen afdeling, het eigen ziekenhuis of de eigen expertise overstijgt;
 - er voor zorg te dragen dat de patiënt de best mogelijke zorg ontvangt en dat het niveau niet verslechtert tijdens evaluatie, resuscitatie en verplaatsing naar een andere omgeving dan de SEH.

De arts wordt gedurende de inwerkperiode getraind in reanimatie en in de ABCDE-systematiek door cursussen als Advances Life Support (ALS), Advanced Pediatric Life Support (APLS), Advances Trauma Life Support (ATLS) en Early Management of Severe Trauma (EMST), of daarmee overeenkomende cursussen.

Situaties die aanleiding zijn voor handhaven

- A Gedurende de openingstijden van de SEH dient een, als boven omschreven, gekwalificeerd arts aanwezig te zijn op de SEH.

Mogelijke situatie:

Indien er geen arts aanwezig is op de SEH, dan is er geen sprake (meer) van een SEH en zal de inspectie de afdeling per direct sluiten.

Consequentie:

De IGZ zal het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) verzoeken welke maatregelen er genomen zijn teneinde de 45 minuten bereikbaarheid te garanderen.

- B De arts die op de SEH werkzaam is dient voor de tewerkstelling aantoonbaar ingewerkt en aantoonbaar getoetst te zijn, met betrekking tot bovengenoemde competenties.

Mogelijke situaties:

Een ziekenhuis kan niet aantonen dat de op de SEH werkzame arts voor de tewerkstelling op de SEH is ingewerkt en getoetst. De IGZ gaat er vanuit dat de arts niet of onvoldoende is opgeleid. Het ziekenhuis dient onmiddellijk maatregelen te nemen, zodat er te allen tijde een arts op de SEH aanwezig is die wel voldoet aan de gestelde eisen. Voorts dient het ziekenhuis maatregelen te nemen waardoor het ziekenhuis wel in staat is aan te tonen dat de arts voorafgaande aan de tewerkstelling is ingewerkt en getoetst. Dit dient de Raad van Bestuur van het ziekenhuis schriftelijk aan de IGZ kenbaar te maken.

Indien geen maatregelen worden genomen om het probleem op te lossen, dan is er geen sprake van een SEH en zal de inspectie de afdeling per direct sluiten.

Consequentie:

De IGZ zal het ROAZ verzoeken welke maatregelen er genomen zijn teneinde de 45 minuten bereikbaarheid te garanderen.

- II De op de SEH werkzame verpleegkundige heeft werkervaring op een SEH en is in staat om bij patiënten van alle leeftijdscategorieën:
- triage uit te voeren;
 - ondersteuning te verlenen bij interventies gericht op stabilisatie en herstel van vitaal bedreigde lichaamsfuncties;
 - aanvullend onderzoek en behandeling in te zetten volgens richtlijnen en protocollen;
 - zorgtoewijzing te verlenen; inzet andere disciplines volgens protocol of in opdracht SEH-arts.

De verpleegkundige beschikt daartoe over de volgende kwalificaties:

- Een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar.
- Een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van de SEH.
- Een specifieke training op het gebied van triage.
- Een specifieke training op het gebied van de trauma, zoals de TNCC.
- Een specifieke training op het gebied van kinderen, zoals de ENPC.

Situatie die aanleiding is voor handhaven

Gedurende de openingstijden van de SEH is minimaal één SEH-verpleegkundige aanwezig die voldoet aan de bovengenoemde kwalificaties.

Mogelijke situaties:

Indien gedurende de openingstijden van de SEH geen dan wel niet permanent tenminste één SEH-verpleegkundige beschikbaar is met bovengenoemde competenties, dan wel de competenties worden niet door alle aanwezige SEH-verpleegkundigen afgedekt, dan is er geen sprake van een SEH en zal de inspectie de afdeling per direct sluiten.

Consequentie:

De IGZ zal het ROAZ verzoeken welke maatregelen er door de ROAZ-partners genomen zijn teneinde de 45 minuten bereikbaarheid te garanderen.

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

Mogelijke situatie:

Er is in het ziekenhuis geen arts die beschikt over bovenstaande vaardigheden en die binnen 5 minuten aanwezig kan zijn aan het bed van de patiënt en op de SEH.

Het ziekenhuis dient maatregelen te nemen om de tekortkoming op te lossen.

Dit dient schriftelijk aan de IGZ kenbaar gemaakt te worden.

Indien geen maatregelen door het ziekenhuis worden genomen om het probleem op te lossen, dan is er geen sprake van een SEH en zal de inspectie de afdeling per direct sluiten.

Consequentie:

IGZ zal het ROAZ verzoeken welke maatregelen er door de ROAZ-partners genomen zijn teneinde de 45 minuten bereikbaarheid te garanderen.

Bijlage 3 Methodologische verantwoording

Steekproef

Voor dit onderzoek heeft de inspectie de SEH's op basis van bezoekersaantallen in drie categorieën verdeeld, te weten:

- A: kleine SEH afdelingen : 0-15.000 bezoekers per jaar.
- B: middelgrote SEH afdelingen : 15.001-30.000 bezoekers per jaar.
- C: grote SEH afdelingen : meer dan 30.000 bezoekers per jaar.

Als bron voor de bezoekersaantallen heeft de inspectie gebruikgemaakt van de website van ziekenhuizen.nl van 2007 en in geval van fusies en samenwerkingsmodellen heeft de inspectie telefonisch contact opgenomen met de ziekenhuizen. Tijdens de bezoeken aan de geselecteerde SEH's heeft de inspectie de bezoekersaantallen geverifieerd. Dit heeft niet geleid tot aanpassingen.

Dit heeft geleid tot de volgende bevindingen: 33 categorie A, 51 categorie B en 18 categorie C SEH's. In totaal 102 SEH's.

Vervolgens zijn aan de hand van een aselecte en gestratificeerde steekproef 33 afdelingen SEH geselecteerd. Dit heeft geresulteerd in 16 categorie A, 13 categorie B en 4 categorie C SEH's, respectievelijk 48,5%, 25,5% en 22% van de deelcategorieën.

Eén SEH is als pilot-SEH gebruikt om het bezoekinstrument uit te testen. Overigens heeft de inspectie de bevindingen verkregen bij de pilot-SEH wel verwerkt in een rapportage en is de rapportage in het onderzoek meegenomen. Omdat de grote SEH-afdelingen beperkt vertegenwoordigd zijn in de steekproef heeft de inspectie er van afgezien om de onderzoeksresultaten per categorie te presenteren.

De inspectie heeft er wel voor gekozen om met de Chi Kwadraattoets statistisch te testen of er verschillen bestaan tussen de kleine SEH's (n=16) en de groep van de middelgrote en grote SEH's (n=17).

Toezichtbezoek

De bezoeken aan de SEH's zijn door 2 medewerkers van de inspectie, 2 inspecteurs of 1 inspecteur en 1 toezichtmedewerker/programmamedewerker/methodoloog, verdeeld over de dag en week uitgevoerd. Uiteindelijk zijn 16 SEH's tijdens de kantooruren op een doordeweekse dag bezocht, 10 SEH's in de avond en 7 SEH's in het weekend.

Van een toezichtbezoek is een conceptverslag opgesteld dat door de inspectie voor reactie is aangeboden aan de ziekenhuizen. Indien de ziekenhuizen feitelijke onjuistheden hebben geconstateerd, zijn die door de inspectie in het conceptverslag gecorrigeerd.

Alle 33 ziekenhuisrapportages en de op basis van geconstateerde onjuistheden voorgestelde maatregelen heeft de inspectie plenair binnen het projectteam besproken en vastgesteld. Hiermee is een consistente beoordeling gewaarborgd. Het projectteam bestond uit 4 inspecteurs, 1 toezichtmedewerker, 1 methodoloog en 1 programmamedewerker.

Instrument

Er is gebruikgemaakt van een bezoekinstrument waarin onderwerpen zijn opgenomen waar een norm voor is vastgesteld in het rapport *Vanuit een stevige basis*. De inspectie heeft de onderwerpen aan de hand van gesprekken met 3 medewerkers van een SEH, te weten een leidinggevende, een arts en een verpleegkundige gescoord op afwezig, aanwezig, operationeel en geborgd. Deze waarderingen zijn vooraf gedefinieerd. Het bezoekinstrument is door alle uitvoerders van het onderzoek in een pilot SEH getest.

Bijlage 4 Lijst van afkortingen

AAA	Aneurysma Aorta Abdominalis
ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure
ALS	Advanced Life Support
ANW	Avond, nacht en weekend
APLS	Advanced Pediatric Life Support
Arts SEH	Arts werkzaam op de afdeling SEH
ATLS	Advanced Trauma Life Support
AZN	Ambulance Zorg Nederland
CCU	Coronary Care Unit
CVA	Cerebrovascular accident
EMST	Early Management of Severe Trauma
ENPC	Emergency Nursing Pediatric Course
HAP	Huisartsenpost
IC	Intensive care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LvTC	Landelijke Vereniging voor Trauma Centra; verder per 1 juli 2011 als Landelijk Netwerk Acute Zorg
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NVIC	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
NVSHA	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen
NVSHV	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
OK	Operatiekamer
Orde	Orde van Medisch Specialisten
PDCA-cyclus	Plan Do Check Act cyclus
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SEH	Afdeling spoedeisende hulp
SEH-arts	Arts na 3-jarige opleiding tot SEH-arts; profiel erkend door de KNMG
SOP	Standard Operating Procedure
TNCC	Trauma Nursing Core Course
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VIM	Veilig Incident Melden
VMS	Veilig Melden Systeem
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZIROP	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan

IGZ 12-01;
400 exemplaren

Bezoekinstrument Thematoezicht afdelingen spoedeisende hulp (SEH)

	Algemene vragen	
	Naam ziekenhuis en locatie	
	SEH: aantal bezoekers per jaar	
	categorie SEH (klein midden groot)	
	Openingstijden SEH	
	Accounthouder vanuit IGZ	
	Bezoekdag en -datum	
	Bezoektijd (kantooruren, avond of weekend)	
	Namen IGZ-medewerkers	Senior inspecteur: Inspecteur:
	Namen SEH-medewerkers waarmee gesproken is (en functie)	Afdelingshoofd: Arts assistent: SEH-verpleegkundige:

Deel A vragenlijst voor afdelingshoofd (indien aanwezig)

<p>Deel 1: kwaliteitssysteem</p> <p>Introductietekst: een belangrijke vereiste voor een SEH afdeling is het beschikken over een kwaliteitssysteem. In een kwaliteitssysteem is schriftelijk vastgelegd hoe de kwaliteit van zorg op de SEH is georganiseerd en geborgd.</p>					
<p>Gesproken met: Naam en functienaam:</p>					
		<p>Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd en is niet schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Aanwezig <i>Norm aantoonbaar aanwezig, maar niet consequent nageleefd; procedures zijn niet schriftelijk vastgelegd</i></p>	<p>Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd; procedures zijn schriftelijk vastgelegd</i></p>	<p>Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i></p>

2.2.1 Manager	Hoe is de medische eindverantwoordelijkheid geregeld op de SEH? (op beleidsniveau) (Toelichting: is de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid van de SEH belegd en zo ja bij wie? En hoe is dit vastgelegd?)	De medische eindverantwoordelijkheid is niet geregeld op de SEH, noch vastgelegd.	De medische eindverantwoordelijkheid is wel afgesproken maar dit is ofwel niet in procedures vastgelegd of wel niet bekend bij medewerkers.	De medische eindverantwoordelijkheid is schriftelijk vastgelegd én bekend bij de medewerkers én er wordt naar gehandeld.	De medische eindverantwoordelijkheid is schriftelijk vastgelegd, bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld. Dit wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.2 manager	Hoe is het hoofd- behandelaarschap op de SEH geregeld? (op patiëntniveau)	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap niet geregeld. Er wordt niet over gesproken in het kwaliteitssysteem.	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap geregeld en schriftelijk vastgelegd.	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap vastgelegd. Hoofdbehandelaars worden altijd bij de behandeling van de patiënt betrokken.	Zoals bij 'operationeel' met daaraan toegevoegd: Het beleid rond hoofdbehandelaar- schap wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.3 Manager	Bevat het kwaliteits- systeem een zorg- beleidsplan waarin afspraken zijn opgenomen over grenzen aan de zorg (welke patiënten hier wel en niet worden behandeld)?	Er is geen zorg- beleidsplan met afspraken over welke patiënten wel en niet op deze SEH terecht kunnen.	Er is een zorg- beleidsplan waarin afspraken zijn opgenomen over grenzen aan de zorg.	Er is een zorg- beleidsplan en afspraken over welke patiënten wel en niet op deze SEH terecht kunnen zijn met de regionale samen- werkingspartners vastgelegd.	Zoals bij 'operationeel' met daaraan toegevoegd: en het zorgbeleids- plan en de afspraken in de regio worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.4 Manager	Zijn er protocollen aanwezig voor de volgende patiënten-categorieën? (score per onderdeel aanvinken)	Nee, er zijn geen protocollen aanwezig op het gebied van de volgende patiënten-categorieën:	Ja, er zijn protocollen maar deze worden niet nageleefd.	Er zijn protocollen, waarin het zorg-proces is vastgelegd. Protocollen worden nageleefd. Protocollen zijn vermeld in het zorgbeleidsplan	Er zijn protocollen, waarin het zorg-proces is vastgelegd. Protocollen worden nageleefd. Naleving wordt getoetst. Deze protocollen hebben een eigenaar, zijn voorzien van een geldigheidsduur en op basis daarvan worden ze regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.
	a Acut myocardinfarct				
	b CVA				
	c AAA				
	d IC-behoefstig kind				
	e Verloskunde (pre- en dysmature zorg)				
	f Psychiatrie (acute gedragsstoornissen)				
Toelichting:					

2.2.5 Manager	Zijn er in het zorg-beleidsplan afspraken over hoe te handelen bij toenemende zorgvraag? Opschalen en/of doorverwijzen? Hoe en waar zijn deze afspraken vastgelegd?	Nee, hierover zijn geen afspraken vastgelegd.	Er zijn afspraken gemaakt binnen het ziekenhuis zelf.	Er zijn afspraken gemaakt, zowel binnen het ziekenhuis als in regionaal verband gemaakt.	Er zijn afspraken zowel binnen het ziekenhuis als in regionaal verband gemaakt; deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.6 Manager	Is het opleidings- en nascholingsbeleid van de op de SEH werkzame artsen in het kwaliteitssysteem opgenomen?	Het opleidings- en nascholingsbeleid is niet beschreven.	Er is opleidings- en nascholingsbeleid beschreven, maar het wordt niet altijd uitgevoerd	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd.	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd en er is controle op de kwaliteit van de uitvoering ervan. Het beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.7 Manager	Is het opleidings- en nascholingsbeleid van de op de SEH werkzame verpleegkundigen in het kwaliteits-systeem opgenomen?	Het opleidings- en nascholingsbeleid is niet beschreven.	Er is opleidings- en nascholingsbeleid beschreven, maar het wordt niet altijd uitgevoerd	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd.	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd en er is controle op de kwaliteit van de uitvoering ervan. Het beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.8 Manager	VIM: Is in het kwaliteitssysteem een procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten opgenomen?	Er is geen meldingen-procedure beschreven.	Er is een meldingenprocedure.	Medewerkers zijn actief in het melden en analyseren van incidenten. De leidinggevenden stimuleren dit proces.	Zie 'operationeel' met daaraan toegevoegd: er is tevens in de procedure opgenomen hoe verbetermaatregelen worden genomen en geëvalueerd.
Score:					
Toelichting:					

2.2.9 Manager	Welke werk-afspraken met ketenpartners (extern en intern) zijn in het kwaliteitssysteem opgenomen?	Er zijn geen werk-afspraken met ketenpartners.	Er zijn werk-afspraken met ketenpartners.	Er zijn werk-afspraken en deze worden nagekomen	Zie 'operationeel' met daaraan toegevoegd dat de werkafspraken periodiek met de ketenpartners worden geëvalueerd en bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.10 Manager	Is in het kwaliteitssysteem opgenomen dat er interne audits plaatsvinden?	Nee, er vinden geen interne audits op de SEH plaats.	Ja, het uitvoeren van audits op de SEH is beschreven.	Er worden interne audits op de SEH uitgevoerd volgens een van te voren vastgestelde planning, als onderdeel van het kwaliteitssysteem.	Er worden regelmatig interne audits op de SEH uitgevoerd en de kwaliteit van de audits wordt geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.11 Manager	Uitkomsten van audits: Wat wordt met de uitkomsten daarvan gedaan?	De uitkomsten van de audits leiden niet tot maatregelen.	Uitkomsten van de audits leiden tot verbetermaatregelen .	Verbetermaatregelen uit audits worden uitgevoerd maar dit maakt niet structureel deel uit van de PDCA cyclus.	Uitkomsten van audits leiden tot verbetermaatregelen en er wordt actief gemonitord of deze maatregelen worden geïmplementeerd, geëvalueerd en bijgesteld. Dit maakt structureel deel uit van de PDCA cyclus.
Score:					
Toelichting:					

2.2.12 Manager	Vindt er een periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats van kwaliteitsonderwerpen als wachttijden, doorlooptijden, calamiteiten, complicaties, Bereikbaarheid achterwacht	Er vindt geen periodieke rapportage van kwaliteitsinformatie aan het lijnmanagement plaats.	Er vindt wel periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats.	Er vindt een periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats en het leidt tot acties	Er vindt een periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats, leidt dit tot acties en wordt gecontroleerd wat de uitkomsten hiervan zijn. Dit maakt structureel deel uit van de PDCA cyclus.
Score:					
Toelichting:					

Deel B: arts SEH

<p>Deel 1: kwaliteitssysteem</p> <p>Introductietekst: een belangrijke vereiste voor een SEH afdeling is het beschikken over een kwaliteitssysteem. In een kwaliteitssysteem is schriftelijk vastgelegd hoe de kwaliteit van zorg op de SEH is georganiseerd en geborgd.</p>					
<p>Gesproken met: Naam en functienaam:</p>					
		<p>Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd en is niet schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Aanwezig <i>Norm aantoonbaar aanwezig, maar niet consequent nageleefd; procedures zijn niet schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd; procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i></p>
2.2.1 Arts	Hoe is de medische eindverantwoordelijkheid geregeld op de SEH? (op beleidsniveau) (Toelichting: is de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid van de SEH belegd en zo ja bij wie? En hoe is dit vastgelegd?)	De medische eindverantwoordelijkheid is niet geregeld op de SEH, noch vastgelegd.	De medische eindverantwoordelijkheid is wel afgesproken maar dit is ofwel niet in procedures vastgelegd of wel niet bekend bij medewerkers.	De medische eindverantwoordelijkheid is schriftelijk vastgelegd én bekend bij de medewerkers én er wordt naar gehandeld.	De medische eindverantwoordelijkheid is schriftelijk vastgelegd, bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld. Dit wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.2 Arts	Hoe is het hoofd- behandelaarschap op de SEH geregeld? (op patiëntniveau)	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap niet geregeld. Er wordt niet over gesproken in het kwaliteitssysteem.	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap geregeld en schriftelijk vast- gelegd.	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap vastgelegd. Hoofdbehandelaars worden altijd bij de behandeling van de patiënt betrokken.	Zoals bij 'operationeel' met daaraan toegevoegd: Het beleid rond hoofdbehandelaar- schap wordt regel- matig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.3 Arts	Bevat het kwaliteits- systeem een zorg- beleidsplan waarin afspraken zijn opgenomen over grenzen aan de zorg (welke patiënten hier wel en niet worden behandeld)?	Er is geen zorgbeleidsplan met afspraken over welke patiënten wel en niet op deze SEH terecht kunnen.	Er is een zorgbeleidsplan waarin afspraken zijn opgenomen over grenzen aan de zorg.	Er is een zorgbeleidsplan en afspraken over welke patiënten wel en niet op deze SEH terecht kunnen zijn met de regionale samenwerkings- partners vastgelegd.	Zoals bij 'operationeel' met daaraan toegevoegd: en het zorgbeleids- plan en de afspraken in de regio worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.4 Arts	Zijn er protocollen aanwezig voor de volgende patiënten-categorieën? (score per onderdeel aanvinken)	Nee, er zijn geen protocollen aanwezig op het gebied van de volgende patiënten-categorieën:	Ja, er zijn protocollen maar deze worden niet nageleefd.	Er zijn protocollen, waarin het zorgproces is vastgelegd. Protocollen worden nageleefd. Protocollen zijn vermeld in het zorgbeleidsplan	Er zijn protocollen, waarin het zorgproces is vastgelegd. Protocollen worden nageleefd. Naleving wordt getoetst. Deze protocollen hebben een eigenaar, zijn voorzien van een geldigheidsduur en op basis daarvan worden ze regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.
	a. Acut myocardinfarct				
	b. CVA				
	c. AAA				
	d. IC-behoefstig kind				
	e. Verloskunde (pre- en dysmature zorg)				
	f. Psychiatrie (acute gedragsstoornissen)				
Toelichting:					

2.2.5 Arts	Zijn er in het zorg-beleidsplan afspraken over hoe te handelen bij toenemende zorg-vraag? Opschalen en/of doorverwijzen? Hoe en waar zijn deze afspraken vastgelegd?	Nee, hierover zijn geen afspraken vastgelegd.	Er zijn afspraken gemaakt binnen het ziekenhuis zelf.	Er zijn afspraken gemaakt, zowel binnen het ziekenhuis als in regionaal verband gemaakt.	Er zijn afspraken zowel binnen het ziekenhuis als in regionaal verband gemaakt; deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.6 Arts	Is het opleidings- en nascholingsbeleid van de op de SEH werkzame artsen in het kwaliteitssysteem opgenomen?	Het opleidings- en nascholingsbeleid is niet beschreven.	Er is opleidings- en nascholingsbeleid beschreven, maar het wordt niet altijd uitgevoerd	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd.	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd en er is controle op de kwaliteit van de uitvoering ervan. Het beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.8	VIM: Is in het kwaliteitssysteem een procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten opgenomen?	Er is geen meldingenprocedure beschreven.	Er is een meldingenprocedure.	Medewerkers zijn actief in het melden en analyseren van incidenten. De leidinggevenden stimuleren dit proces.	Zie 'operationeel' met daaraan toegevoegd: er is tevens in de procedure opgenomen hoe verbetermaatregelen worden genomen en geëvalueerd.
Score:					
Toelichting:					

2.2.9	Welke werkafspraken met ketenpartners (extern en intern) zijn in het kwaliteitssysteem opgenomen?	Er zijn geen werkafspraken met ketenpartners.	Er zijn werkafspraken met ketenpartners.	Er zijn werkafspraken en deze worden nagekomen	Zie 'operationeel' met daaraan toegevoegd dat de werkafspraken periodiek met de ketenpartners worden geëvalueerd en bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.10	Is in het kwaliteits-systeem opgenomen dat er interne audits plaatsvinden?	Nee, er vinden geen interne audits op de SEH plaats.	Ja, het uitvoeren van audits op de SEH is beschreven.	Er worden interne audits op de SEH uitgevoerd volgens een van tevoren vastgestelde planning, als onderdeel van het kwaliteitssysteem.	Er worden regelmatig interne audits op de SEH uitgevoerd en de kwaliteit van de audits wordt geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.11	Uitkomsten van audits: Wat wordt met de uitkomsten daarvan gedaan?	De uitkomsten van de audits leiden niet tot maatregelen.	Uitkomsten van de audits leiden tot verbetermaatregelen .	Verbetermaatregelen uit audits worden uitgevoerd maar dit maakt niet structureel deel uit van de PDCA cyclus.	Uitkomsten van audits leiden tot verbetermaatregelen en er wordt actief gemonitord of deze maatregelen worden geïmplementeerd, geëvalueerd en bijgesteld. Dit maakt structureel deel uit van de PDCA cyclus.
Score:					
Toelichting:					

2.2.12	Periodieke rapportage aan het lijnmanagement van kwaliteitsonderwerpen als wachttijden, doorlooptijden, calamiteiten, complicaties, bereikbaarheid achterwacht	Er vindt geen periodieke rapportage van kwaliteitsinformatie aan het lijnmanagement plaats.	Er vindt wel periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats.	Er vindt een periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats en het leidt tot acties	Er vindt een periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats, leidt dit tot acties en wordt gecontroleerd wat de uitkomsten hiervan zijn. Dit maakt structureel deel uit van de PDCA cyclus.
Score:					
Toelichting:					

B Deel 2: vragen over de arts op de SEH

Nr.	Vraag	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd en is niet schriftelijk vastgelegd.</i>	Aanwezig <i>Norm aantoonbaar aanwezig, maar niet consequent nageleefd; procedures zijn niet schriftelijk vastgelegd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd; procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling.</i>
2.3.1	Is gedurende de openingstijden van de SEH altijd een arts aanwezig?	Nee, niet altijd	Nvt		Ja, altijd (Dienstlijsten ter inzage opvragen)
Score:			Nvt	Nvt	
Toelichting:					

2.3.2	Zijn artsen voordat ze op de SEH beginnen met werken opgeleid voor de werkzaamheden als arts SEH?	Artsen zijn niet opgeleid voor de werkzaamheden op de SEH	nvt	Artsen worden (pas) opgeleid wanneer zij al werkzaam zijn op de SEH	Alle artsen voorafgaand aan het werken op de SEH opgeleid
Score:			nvt		
Toelichting:					

2.3.3	Welke opleidingen heeft u gevolgd? Bijvoorbeeld: ALS, APLS, ATLS, EMST?				
Score:			nvt		
Toelichting:					

2.3.4	Zijn er andere opleidingen van toepassing? Welke opleiding(en), zijn de opleidingsdoelen beschreven?	nee		Ja, namelijk:	Opleidingsdoelen opvragen
Score:			nvt		
Toelichting:					

2.3.5	Zijn voor de aanvang van de werkzaamheden de competenties van de arts SEH getoetst? Op welke wijze?	Nee	nvt	Ja, maar na de tewerkstelling	Ja, voor de tewerkstelling
Score:			nvt		
Toelichting:					

Deel C: verpleegkundige SEH

<p>Deel 1: kwaliteitssysteem Introductietekst: een belangrijke vereiste voor een SEH-afdeling is het beschikken over een kwaliteitssysteem. In een kwaliteitssysteem is schriftelijk vastgelegd hoe de kwaliteit van zorg op de SEH is georganiseerd en geborgd.</p>					
<p>Gesproken met: Naam en functienaam:</p>					
		<p>Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd en is niet schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Aanwezig <i>Norm aantoonbaar aanwezig, maar niet consequent nageleefd; procedures zijn niet schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd; procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i></p>	<p>Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling</i></p>

2.2.1 Verpleegkundige	Hoe is de medische eindverantwoordelijkheid geregeld op de SEH? (op beleidsniveau) (Toelichting: is de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid van de SEH belegd en zo ja bij wie? En hoe is dit vastgelegd?)	De medische eindverantwoordelijkheid is niet geregeld op de SEH, noch vastgelegd.	De medische eindverantwoordelijkheid is wel afgesproken maar dit is ofwel niet in procedures vastgelegd of wel niet bekend bij medewerkers.	De medische eindverantwoordelijkheid is schriftelijk vastgelegd én bekend bij de medewerkers én er wordt naar gehandeld.	De medische eindverantwoordelijkheid is schriftelijk vastgelegd, bekend bij medewerkers en er wordt naar gehandeld. Dit wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.2 Verpleeg- kundige	Hoe is het hoofdbehandelaar- schap op de SEH geregeld? (op patiëntniveau)	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap niet geregeld. Er wordt niet over gesproken in het kwaliteitssysteem.	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap geregeld en schriftelijk vastgelegd.	Op de SEH is het hoofdbehandelaar- schap vastgelegd. Hoofdbehandelaars worden altijd bij de behandeling van de patiënt betrokken.	Zoals bij 'operationeel' met daaraan toegevoegd: Het beleid rond hoofdbehandelaar- schap wordt regel- matig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.3 Verpleeg- kundige	Bevat het kwaliteits- systeem een zorg- beleidsplan waarin afspraken zijn opgenomen over grenzen aan de zorg (welke patiënten hier wel en niet worden behandeld)?	Er is geen zorg- beleidsplan met afspraken over welke patiënten wel en niet op deze SEH terecht kunnen.	Er is een zorg- beleidsplan waarin afspraken zijn opgenomen over grenzen aan de zorg.	Er is een zorg- beleidsplan en afspraken over welke patiënten wel en niet op deze SEH terecht kunnen zijn met de regionale samen- werkingspartners vastgelegd.	Zoals bij 'operationeel' met daaraan toegevoegd: en het zorgbeleids- plan en de afspraken in de regio worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.4 Verpleeg- kundige	Zijn er protocollen aanwezig voor de volgende patiënten-categorieën? (score per onderdeel aanvinken)	Nee, er zijn geen protocollen aanwezig op het gebied van de volgende patiënten-categorieën:	Ja, er zijn protocollen maar deze worden niet nageleefd.	Er zijn protocollen, waarin het zorg-proces is vastgelegd. Protocollen worden nageleefd. Protocollen zijn vermeld in het zorgbeleidsplan	Er zijn protocollen, waarin het zorg-proces is vastgelegd. Protocollen worden nageleefd. Naleving wordt getoetst. Deze protocollen hebben een eigenaar, zijn voorzien van een geldigheidsduur en op basis daarvan worden ze regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.
	a Acuut myocard-infarct				
	b CVA				
	c AAA				
	d IC-behoefstig kind				
	e Verloskunde (pre- en dysmature zorg)				
	f Psychiatrie (acute gedragsstoornissen)				
Toelichting:					

2.2.5 Verpleegkundige	Zijn er in het zorgbeleidsplan afspraken over hoe te handelen bij toenemende zorgvraag? Opschalen en/of doorverwijzen? Hoe en waar zijn deze afspraken vastgelegd?	Nee, hierover zijn geen afspraken vastgelegd.	Er zijn afspraken gemaakt binnen het ziekenhuis zelf.	Er zijn afspraken gemaakt, zowel binnen het ziekenhuis als in regionaal verband gemaakt.	Er zijn afspraken zowel binnen het ziekenhuis als in regionaal verband gemaakt; deze worden regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.7 Verpleegkundige	Is het opleidings- en nascholingsbeleid van de op de SEH werkzame verpleegkundigen in het kwaliteits-systeem opgenomen?	Het opleidings- en nascholingsbeleid is niet beschreven.	Er is opleidings- en nascholingsbeleid beschreven, maar het wordt niet altijd uitgevoerd	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd.	Er is een opleidings- en nascholingsbeleid, en dit wordt altijd uitgevoerd en er is controle op de kwaliteit van de uitvoering ervan. Het beleid wordt regelmatig geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.8 Verpleegkundige	VIM: Is in het kwaliteitssysteem een procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten opgenomen?	Er is geen meldingenprocedure beschreven.	Er is een meldingenprocedure.	Medewerkers zijn actief in het melden en analyseren van incidenten. De leidinggevenden stimuleren dit proces.	Zie 'operationeel' met daaraan toegevoegd: er is tevens in de procedure opgenomen hoe verbetermaatregelen worden genomen en geëvalueerd.
Score:					
Toelichting:					

2.2.9 Verpleegkundige	Welke werkafspraken met ketenpartners (extern en intern) zijn in het kwaliteitssysteem opgenomen?	Er zijn geen werkafspraken met ketenpartners.	Er zijn werkafspraken met ketenpartners.	Er zijn werkafspraken en deze worden nagekomen	Zie 'operationeel' met daaraan toegevoegd dat de werkafspraken periodiek met de ketenpartners worden geëvalueerd en bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.10 Verpleegkundige	Is in het kwaliteitssysteem opgenomen dat er interne audits plaatsvinden?	Nee, er vinden geen interne audits op de SEH plaats.	Ja, het uitvoeren van audits is beschreven.	Er worden interne audits op de SEH uitgevoerd volgens een van tevoren vastgestelde planning, als onderdeel van het kwaliteitssysteem.	Er worden regelmatig interne audits op de SEH uitgevoerd en de kwaliteit van de audits wordt geëvalueerd en zonodig bijgesteld.
Score:					
Toelichting:					

2.2.11 Verpleegkundige	Uitkomsten van audits: Wat wordt met de uitkomsten daarvan gedaan?	De uitkomsten van de audits leiden niet tot maatregelen.	Uitkomsten van de audits leiden tot verbetermaatregelen.	Verbetermaatregelen uit audits worden uitgevoerd maar dit maakt niet structureel deel uit van de PDCA cyclus.	Uitkomsten van audits leiden tot verbetermaatregelen en er wordt actief gemonitord of deze maatregelen worden geïmplementeerd, geëvalueerd en bijgesteld. Dit maakt structureel deel uit van de PDCA cyclus.
Score:					
Toelichting:					

2.2.12 Verpleeg- kundige	Periodieke rapportage aan het lijnmanagement van kwaliteitsonderwerpe n als wachttijden, doorlooptijden, calamiteiten, complicaties, Bereikbaarheid achterwacht	Er vindt geen periodieke rapportage van kwaliteitsinformatie aan het lijnmanage- ment plaats.	Er vindt wel periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats.	Er vindt een periodieke rapportage aan het lijnmanagement plaats en het leidt tot acties	Er vindt een perio- dieke rapportage aan het lijnmanagement plaats, leidt dit tot acties en wordt gecontroleerd wat de uitkomsten hiervan zijn. Dit maakt structureel deel uit van de PDCA cyclus.
Score:					
Toelichting:					

C deel 2 Vragen over SEH-verpleegkundige

Nr.	Vraag				
		Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd en is niet schriftelijk vastgelegd.</i>	Aanwezig <i>Norm aantoonbaar aanwezig, maar niet consequent nageleefd; procedures zijn niet schriftelijk vastgelegd.</i>	Operationeel <i>Norm operationeel; norm wordt consequent nageleefd; procedures zijn schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling</i>
2.4.1	Is gedurende de openingstijden van de SEH altijd tenminste één gediplomeerd SEH verpleegkundige aanwezig?	Nee, niet altijd	nvt	Nvt	Ja, altijd. Dienstlijsten ter inzage opvragen.
Score:					
Toelichting:					
2.4.2	Zijn verpleegkundigen voordat ze op de SEH beginnen met werken opgeleid voor de werkzaamheden als SEH verpleegkundige?	Verpleegkundigen zijn niet opgeleid voor de werkzaamheden op de SEH	nvt	Verpleegkundigen worden (pas) opgeleid wanneer zij al werkzaam zijn op de SEH	Alle verpleegkundigen zijn voorafgaand aan het werken op de SEH opgeleid
Score:			nvt		
Toelichting:					

2.4.3	Welke opleidingen worden er gevolgd? Triage, TNCC, ENPC?	Vul in:
-------	--	---------

2.4.4	Zijn er andere opleidingen van toepassing? Welke opleiding(en), zijn de opleidingsdoelen beschreven?	nee	nvt	Ja, namelijk:	Opleidingsdoelen opvragen
Score:			nvt		
Toelichting:					

2.4.5	Zijn voor de aanvang van de werkzaamheden de competenties van de SEH-verpleegkundige getoetst? Op welke wijze?	Nee	Nvt	Ja, maar na de tewerkstelling	Ja, voor de tewerkstelling
Score:			Nvt		
Toelichting:					

Deel D: Luchtweg zekeren (vragen aan afdelingshoofd of arts)

Nr.	Vraag	Afwezig <i>Afwezigheid van de norm; de norm wordt niet nageleefd en is niet schriftelijk vastgelegd.</i>	Geborgd <i>Norm geborgd; norm wordt consequent nageleefd en procedures zijn schriftelijk vastgelegd. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zonodig bijstelling</i>
------------	--------------	--	--

2.5.1	Is er gedurende de openingstijden van de SEH altijd een arts beschikbaar die luchtweg kan zekeren?	Nee, er is niet altijd een arts aanwezig die direct (binnen 5 minuten) de luchtweg kan zekeren en de reanimatie kan starten (gedurende de openingstijden van de SEH)	Ja, er is altijd een arts aanwezig die direct (binnen 5 minuten) de luchtweg kan zekeren en de reanimatie kan starten (gedurende de openingstijden van de SEH)
Score:			
Toelichting:			

2.5.2	Kan deze arts intuberen?	Nee	Ja
Score:			
Toelichting:			

2.5.3	Kan deze arts op een andere wijze de luchtweg zekeren?	Nee	Ja, welke methode?
Score:			
Toelichting:			

2.5.4	Kan deze arts 'op de kap' beademen?	Nee	Ja
Score:			
Toelichting:			

2.5.5	Indien geen arts, is er een andere functionaris aanwezig met bovenstaande competentie(s)?	Nee	Ja
Score:			
Toelichting:			

Conclusie: invullen na de interviews

	<p>Is er een sprake van een kwaliteitssysteem op deze SEH? In hoeverre is men daarmee bekend? Indien aanwezig: inzage vragen.</p>	<p>Er is geen kwaliteitssysteem aanwezig en de betrokkene is niet bekend met de onderdelen ervan.</p>	<p>Onderdelen van een kwaliteitssysteem zijn aanwezig, maar het leeft niet bij de medewerkers van de SEH.</p>	<p>Er is een kwaliteitssysteem aanwezig en dit leeft bij medewerkers.</p>	<p>Het kwaliteitssysteem kent een PDCA cyclus Het is bekend bij medewerkers en zij zijn actief betrokken bij</p>
<p>Score:</p>					
<p>Toelichting:</p>					