



# Leidraad SEH

---

*Kaders betreffende de organisatie, personele bezetting en inrichting  
van SEH's in Nederland*

Jeroen Zewald,  
Menno Gaakeer,  
Hester Ticheler,  
David Baden,  
Pol Stuart

[8-11-2024]

De SEH:

'Is elke afdeling van een medische instelling die gewijd is aan het leveren van georganiseerde acute zorg, wordt bemand door gespecialiseerd (SEH-)personeel en over de basismiddelen beschikt om patiënten met medische noodgevallen op te vangen, te reanimeren, te resusciteren, diagnosticeren en behandelen. De SEH is een unieke locatie waar patiënten 24 uur per dag, 7 dagen per week gegarandeerd toegang hebben tot spoedeisende zorg. Een SEH kan omgaan met alle soorten medische noodgevallen (ziekte, letsel en geestelijke gezondheid) in alle leeftijdsgroepen. Voor de burger is de SEH de "etalage" van de gezondheidszorg; daarom moet het worden ondersteund om het niveau van zorg te bieden dat de burger zowel verwacht als nodig heeft.'

*Framework for Quality and Safety in the Emergency Department, IFEM, 2012, p. 2*

## **Verklarende woordenlijst:**

Resuscitatiekamers = Dit zijn behandelruimtes die uitgerust zijn voor de opvang van patiënten met zeer ernstige of levensbedreigende aandoeningen of verwondingen. Afhankelijk van het ziekenhuis worden de resuscitatiekamers ook shockrooms, crashrooms, reanimatiekamers (eventueel afgekort tot rea), traumakamers of acute kamers genoemd

SEH = Spoedeisende hulp

SEH-arts = Spoedeisendehulp-arts

SEH-personeel = Spoedeisendehulp-verpleegkundige, Spoedeisendehulp-artsen (SEH-arts) en overige medisch (specialistisch) personeel dat grotendeels van de tijd werkzaam is op de SEH.

SEH-verpleegkundige = Verpleegkundige met aantekening SEHCZO-erkende SEH-vervolgopleiding of BMH Bachelor Medische Hulpverlener SEH met een voltooid traineeship.

# Aanleiding

De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat er behoefte is aan een heldere en eenduidige kadering van een afdeling spoedeisende hulp (SEH), zowel in benaming als functie. Iedere patiënt met een acute zorgvraag die zich meldt op een SEH moet kunnen rekenen op een adequate en professionele opvang, met de juiste diagnostiek en eerste behandeling. Deze eerste opvang is de basis van goede acute zorg en zou onafhankelijk moeten zijn van de (on)mogelijkheden van een specifieke SEH.

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, welke in 2020 is vastgesteld en opgenomen in het Register van het Zorginstituut, beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kader focust zich op de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de regionale organisatie van de spoedzorg. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen richt zich niet op de organisatie, inrichting en vormgeving van SEH's in Nederland.

## Achtergrond:

Een SEH is integraal onderdeel van de acute zorgketen in een regio, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Voor zowel de huisarts, verpleeg, verzorgings- en thuiszorginstellingen (VVT), overige ketenpartners in de eerste lijn, als de ambulancedienst is de SEH een plek waar patiënten naar toe kunnen worden verwezen of gebracht voor verdere behandeling of diagnostiek. Daarmee is de SEH onderdeel van de continuïteit van zorg in de behandeling van zowel nieuwe- als acute verslechtering van al bestaande ziektebeelden. In 2019 kwam bijna driekwart (72%) van de patiënten met eigen vervoer naar de SEH en 28% via de ambulance (Monitor Acute Zorg-NZA). Toegankelijkheid is daarmee belangrijk. Patiënten zijn in meer dan de helft van de gevallen eerst gezien door een (eigen) huisarts. Voor die huisarts zorgt de nabijheid van adequate acute zorg voor continuïteit in zijn zorg en maakt afstemming met een medisch specialist makkelijker, waardoor een patiënt eerder de juiste zorg op de juiste plaats krijgt.

Tegelijk is een SEH ook een essentieel onderdeel van een ziekenhuis. Het personeel en faciliteiten die nodig zijn voor de SEH en geboortezorg, zijn ook van belang voor een plotselinge verslechtering van de gezondheid van een (opgenomen) patiënt. Het gaat dan om faciliteiten als een laboratorium, röntgenafdeling, operatiekamer en -team en intensive care. Personeel van de deze ondersteunende afdelingen vervullen ook een rol voor de opgenomen patiënten en acute afdelingen als de SEH & geboortezorg. Voor een ziekenhuis betekent het hebben van een SEH daarmee ook een effectieve inzet van mensen en middelen. Immers, ook zonder een afdeling SEH of geboortezorg moeten de genoemde faciliteiten en personeel aanwezig zijn om de veiligheid van klinische patiënten te waarborgen.

Ongeveer 60% van het aantal klinische ligdagen betreft patiënten die zijn opgenomen via de SEH (Monitor Acute Zorg-NZA). Ook financieel is er dus een grote invloed van een SEH op de bedrijfsvoering, waarbij ongeveer 30-40% van de inkomsten van een ziekenhuis (direct of indirect) voort komt uit patiënten die initieel zijn behandeld op de SEH (Berenschot-2013).

Binnen de specialistische acute zorg kan er onderscheid worden gemaakt in twee patiëntenstromen. De eerste stroom is gedifferentieerde hoog complexe acute zorg, ongeveer 5% van de patiënten, zoals hartinfarcten, beroertes, gescheurde buikslagaders (aneurysma) en meervoudig gewonde patiënten na een ongeluk (multitrauma's). Zorg

die toenemend geconcentreerd is in een beperkt aantal ziekenhuizen. Voor de opvang en behandeling van deze groep patiënten zijn er reeds separate richtlijnen. Zelfs bij een zeer goede pre-hospitale triage van deze gedifferentieerde hoog complexe zorg, zullen patiënten met eigen vervoer of via de ambulance terecht komen in een niet gespecialiseerd centrum met deze gedifferentieerde hoog complexe ziektebeelden, dit kan onder andere komen door een aspecifiek presentatie van het ziektebeeld of medisch inhoudelijk afwegingen. Hierdoor zal op elke SEH of plek waar acute specialistische acute zorg wordt geleverd dan ook altijd de mensen en middelen aanwezig dienen te zijn om in het geval van de presentatie van deze ziektebeelden de eerste opvang, stabilisatie, diagnostiek adequaat te kunnen uitvoeren met zo min mogelijk vertraging, onafhankelijk of eventuele vervolgzorg elders zal plaatsvinden.

Bij de tweede stroom patiënten, de overige 95%, gaat het om meer reguliere complexe acute zorg. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om bloedvergiftiging (sepsis), benauwdheid, ernstige allergische reactie, koorts of buikpijn. Zorg dichtbij is dan effectief, zodat er bij de geboden (vervolg)zorg ook gebruik kan worden gemaakt van bestaande lokale regionale kennis. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die een nieuwe zorgvraag heeft bij een reeds bekende chronische aandoening of een situatie waarbij er verslechtering is van een al bekend ziektebeeld. Dan is continuïteit van zorg belangrijk en afstemming met de eigen behandelaars in de nabije omgeving essentieel. Hierbij dient te worden opgemerkt dat zorg dichtbij effectiever blijkt en resulteert in een betere kwaliteit van zorg.

## Doel

Deze leidraad SEH geeft kaders met betrekking tot de organisatie, personele bezetting en vormgeving van SEH's in Nederland. De leidraad kan richting geven aan de benodigde financiering voor de SEH. Deze kaders leiden daarmee mogelijk tot structurele en duurzame financiering, binnen de huidige financiering, maar kan ook als onderlegger dienen voor de kwaliteitsborging van een toekomstige financiering. De leidraad geeft daarmee als uitkomst kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke, bereikbare en betaalbare acute zorg voor alle SEH-patiënten.

De leidraad SEH is geschreven door de NVSHA, met consultatie van patiënten, beroepsverenigingen en andere ketenpartners. Gebaseerd op vergelijkbare Australische en andere internationale documenten, opgesteld door respectievelijke wetenschappelijke verenigingen. Normen zijn zoveel mogelijk eenduidig opgesteld.

## Doelgebied

De SEH is elke plek waar ongedifferentieerde, (semi) ongeplande zorg die buiten de eerste lijn valt wordt geleverd. Op de SEH kunnen alle soorten medische noodgevallen (ziekte, letsel en geestelijke gezondheid) in alle leeftijdsgroepen worden opgevangen. Een SEH dient daarom 24-uur per dag, 7 dagen per week en 365 dagen per jaar beschikbaar en toegankelijk te zijn. De leidraad SEH beschrijft onder andere de vereiste faciliteiten, de benodigde expertise en de personele bezetting waar een SEH aan dient te voldoen om te allen tijde, ook tijdens momenten van piekbelasting, goede passende acute zorg te leveren.

## Afbakening

De leidraad SEH richt zich niet op de medisch-inhoudelijke zorg welke beschreven staan in richtlijnen of op de samenwerking in de keten daar dit al in het kwaliteitskader Spoedzorgketen is beschreven. De leidraad zal minimaal eenmaal per 5 jaar worden gereviseerd.

# Algemeen

## Organisatorische randvoorwaarden voor optimale spoedeisende hulp zorg

De patiënt kan 24/7 terecht op de SEH waar hij/zij veilig en comfortabel wordt opgevangen en zijn privacy wordt gerespecteerd. Er wordt rekening gehouden met de cultuur, taal en opleiding van de patiënt. De patiënt kan alle voor hem of haar relevante gegevens terugvinden in het patiëntendossier.

### Toegankelijkheid

1. De SEH is 24-uur per dag, 7 dagen per week en 365 dagen per jaar beschikbaar, operationeel en toegankelijk.
2. De toegang tot de SEH is duidelijk herkenbaar
3. De SEH is goed bereikbaar en toegankelijk voor validen en mindervaliden.
4. Er is een voor iedereen begrijpelijke bewegwijzering op de SEH, om faciliteiten snel en eenvoudig toegankelijk te maken.
5. De SEH vergelijkt landelijk met andere SEH's instroom, uitstroom, doorstroom, bedden capaciteit, verpleegkundigencapaciteit, artsencapaciteit, zelfverwijzerspercentage en opnamepercentage met als doel de SEH dusdanig in te richten dat de toegankelijkheid te allen tijde gewaarborgd wordt en overmatige drukte (crowding) wordt voorkomen.

### Informatie en communicatie

#### *Verslaglegging*

6. Het SEH-team heeft toegang tot voldoende computers en werkplekken op de SEH en bij/op de behandelkamers.
7. De SEH beschikt over een EPD, geïntegreerd in het ZIS met toegang tot alle relevante patiëntengegevens.
8. Er is een systeem dat ervoor zorgt dat iedere verantwoordelijke zorgverlener vermeld staat in het patiëntendossier.
9. In het patiëntendossier wordt de tijdslijn geregistreerd wanneer hulpverleners de patiënt beoordelen, een consult uitvoeren en behandelen.
10. Het is duidelijk in het patiëntendossier welke hulpverlener wat heeft gedocumenteerd.
11. In elk patiëntendossier is bij ontslag het beleid en de medische conclusie opgenomen.

#### *Informatie*

12. De SEH gebruikt een datamanagementsysteem dat consistent data kan genereren voor audits en evaluaties.
13. De SEH draagt er zorg voor dat kwaliteits- en veiligheidsdata regelmatig gecontroleerd en gerapporteerd worden.
14. Elke SEH is aangesloten bij de NEED-database voor landelijke vergelijking van de uitkomsten van zorg.
15. De SEH heeft 24/7 laagdrempelig toegang tot het opvragen van informatie bij de eigen huisarts en voldoet aan de meeste recente richtlijn gegevensuitwisseling in de acute zorg.
16. Op de SEH is er inzicht in de meeste actuele behandelwensen en/of beperkingen van de patiënt zowel intern als bij de eigen huisarts.

17. Het SEH-team heeft toegang tot (online) informatiebronnen, zoals relevante richtlijnen, handboeken en tijdschriften.

### **Communicatie**

18. Er is voldoende ondersteuning beschikbaar voor de patiënt, rekening houdend met cultuur, taal, sociaaleconomische-status en opleiding. De SEH heeft de mogelijkheid om op verzoek van de patiënt hulp in te schakelen voor de communicatie, bijvoorbeeld middels een (professionele) tolk.

### **Personele bezetting**

19. Het aantal SEH-verpleegkundigen is afgestemd op het aantal patiënten. Er is minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig per drie bezette behandelkamers gebaseerd op het gemiddelde patiënten aanbod per uur (voor het desbetreffende tijdstip), dit is exclusief coördinerende of triërende verpleegkundige functies.
20. Voor leden van het SEH-team die aanvullende benodigde taken uitoefenen is hier in de formatie dusdanig rekening mee gehouden dat deze taken goed kunnen worden uitgevoerd.
21. Voor roosteren, werktijden en inzet van voldoende personeel (verpleegkundigen, artsen en ondersteuners) dient duurzame inzetbaarheid en welzijn leidend te zijn.
22. Er is beleid ten aanzien van duurzame inzetbaarheid en onregelmatigheid gebaseerd op de meest recente inzichten (bijvoorbeeld voeding, rustmomenten en ondersteuning).
23. Het medisch hoofd/manager SEH is een medisch specialist (SEH-arts of ander poortspecialisme) die ten minste 80% van het arbeidscontract op de SEH werkzaam is.
24. Het SEH-rooster is zodanig opgesteld dat SEH-verpleegkundigen in opleiding supervisie krijgen van een gediplomeerd SEH-verpleegkundige welke aansluit bij de fase van hun opleiding.
25. De eerste zes maanden worden SEH-verpleegkundigen in opleiding boventallig ingedeeld zodat de supervisie ten allen tijde gewaarborgd is.
26. Alle arts-assistenten werkzaam op de SEH hebben kennis van de ABCDE-methodiek en kunnen deze toepassen (hiervoor gelden de eisen van de acute cursus, zie Bijlage 1).
27. De SEH is gastvrij voor professionals in opleiding, stagiaires en co-assistenten en ondersteunt ze waar nodig, zodat de student vertrouwen heeft in gedeelde kennis en samenwerking.
28. Nieuwe personeelsleden, inclusief tijdelijk personeel, krijgen een rondleiding en worden volgens een programma ingewerkt, vóórdat ze aan hun werk beginnen. Dit geldt ook voor alle arts-assistenten die werkzaamheden op de SEH verrichten.
29. Een apothekers assistent voor medicatie verificatie is beschikbaar voor de SEH van minimaal 09:00 – 22:00, 7 dagen per week.

## **Veiligheid**

30. De SEH beschikt over een protocol om patiënten administratief te anonimiseren zowel voor de veiligheid van het personeel als van de patiënt.
31. SEH-personeel heeft beschikking over een alarmsysteem, dat in direct contact staat met de beveiligingsdienst of de politie.
32. SEH-personeel van de receptie beschikt over middelen om hun veiligheid te waarborgen.
33. De SEH heeft de mogelijkheid om bij een calamiteit de fysieke toegang tot de afdeling te reguleren en redelijkerwijs te voorkomen.

## **Uitzonderlijke situaties**

34. De SEH heeft een rampenplan (ZIROP) wat regelmatig geactualiseerd en beoefend wordt, waarbij aandacht is voor zowel personele als materiele vereisten.
35. Het ZIROP beschrijft specifieke rollen, benamingen en taken voor elke functie binnen het plan.
36. Het SEH-personeel weet wat er van ze verwacht wordt in geval van een ZIROP-situatie en dit wordt regelmatig getraind.
37. De SEH heeft voor een CBRN-situatie een protocol, specifieke ruimte en middelen beschikbaar. Omgang met protocol, ruimte en middelen wordt regelmatig getraind.
38. De SEH heeft een plan om te kunnen omgaan met epidemieën en pandemieën. Onderdeel van dit plan is het kunnen opvangen van grote aantallen besmettelijke patiënten.

# Instroom

## Melding, triage en doorstroom

### Melding

39. De SEH zorgt ervoor dat ambulances, huisartsen, ziekenhuizen en andere zorginstellingen in de omgeving weten welk nummer gebeld moet worden om te overleggen (medisch, verpleegkundig e/o logistiek).
40. Op de SEH wordt een standaard format gebruikt voor het documenteren van vooraankondigingen, conform de digitale richtlijnen en gegevensuitwisseling.
41. De SEH weigert geen enkele patiënt noodzakelijke tijd kritische acute zorg, indien medisch verantwoord kan er ook worden verwezen naar andere ketenpartners. Specifiek patiënten met een toegangsverbod ('rode kaart') worden conform vooraf opgestelde afspraken geholpen/verwezen.
42. De SEH zorgt ervoor dat patiënten tijdig toegang krijgen tot spoedeisende behandeling.
43. In elke regio werken de HAP en SEH intensief samen tijdens ANW-uren om ervoor te zorgen dat een patiënt die zich meldt/gemeld wordt zo snel mogelijk op de juiste plek passende zorg ontvangt.
  - De HAP en SEH werken zoveel mogelijk vanuit één locatie en maken duidelijke afspraken over welke patiënten zich kunnen melden en triage van patiënten.
  - De HAP en SEH in de regio hebben afspraken over samenwerking gemaakt, waaronder over de verantwoordelijkheidsverdeling als een patiënt zich meldt, de triage, overdracht en verwijzing van onder andere zelfverwijzers.
44. De SEH maakt afspraken met de huisartsen en de HAP om zorg te dragen voor digitale verwijsgegevens conform richtlijn digitale gegevensuitwisseling acute zorg.
45. In elke regio heeft de SEH afspraken met VVT, SOG en GGZ om ervoor te zorgen dat een patiënt die zich meldt/gemeld wordt zo snel mogelijk op de meest aangewezen plek passende zorg ontvangt.

### Triage

#### *Triagebeoordeling*

46. Patiënten op de SEH worden binnen gemiddeld 10 minuten door een arts of verpleegkundige specifiek geschoold in triage beoordeeld, tenzij de patiënt binnen die tijd gezien wordt door de arts.
47. Patiënten die zich binnen 48 uur na ontslag vanaf de SEH ongepland en onverwachts opnieuw op de SEH presenteren, worden direct mede beoordeeld door een SEH-arts of een andere medisch specialist.
48. De SEH zorgt ervoor dat patiënten toegang hebben tot informatie omtrent triage en wachttijden.
49. De triagebeoordeling en triagecode worden vastgelegd in het patiëntendossier.
50. Het triage systeem wordt op een duidelijke, consistente en niet-discriminerende wijze toegepast.



### **Wachtruimte**

51. Patiënten die moeten wachten op behandeling, worden geïnformeerd over de verwachte actuele wachttijden.
52. Patienten in de kinderleeftijd die moeten wachten worden zoveel mogelijk gescheiden van volwassen patiënten.
53. Patiënten in de wachtkamer worden regelmatig herbeoordeeld door een zorgprofessional om te beoordelen of er veranderingen zijn opgetreden die hertriage nodig maken.
54. Onderdeel van de behandeling op de SEH is dat expliciet wordt gecommuniceerd hoe vaak een patiënt dient te worden gecontroleerd en waaruit deze controles dienen te bestaan.

### **Identificatie**

55. Bij de identificatie van individuele patiënten wordt er gewerkt conform de landelijke standaard.
56. Alle SEH-patiënten krijgen zo snel mogelijk na binnenkomst een identificatiebandje of ander uniek (digitaal) kenmerk.

### **Doorstroom**

57. Er is ziekenhuisbreed een protocol om overmatige drukte (crowding) op de SEH te voorkomen en het effect daarvan wordt gemonitord.
58. In het geval van overmatige drukte op de SEH, is er een ziekenhuisbreed escalatieprotocol om de doorstroming en kwaliteit op de SEH te garanderen.
59. Er is realtime informatie over SEH capaciteit om de acute zorgstromen in de regio te waarborgen (bijvoorbeeld LPZ).

# Diagnostiek en behandeling

## Informed consent

60. In geval van informed consent, wordt deze ook geschreven of digitaal aan de patiënt aangeboden.

## Diagnostiek

61. De uitslagen van de meest gangbare bloedonderzoeken zijn binnen 45 minuten na afname beschikbaar.
62. De beoordeling van de meest gangbare radiologieonderzoeken zijn bij een vitaal bedreigde patiënt direct bekend.
63. De beoordeling van de meest gangbare radiologieonderzoeken zijn bij een niet-vitaal bedreigde patiënt binnen een uur bekend.
64. Er is op- of aanpalend aan de SEH een CT-scan aanwezig voor acute beeldvorming.
65. Er op de SEH een echoapparaat aanwezig, geschikt- en beschikbaar voor Point-of-care ultrasound (POCUS).

## Expertise

### *Personele expertise*

66. De behandeling van alle ernstig zieke patiënten vereist een regierol van een SEH-arts en/of andere medisch specialist in samenwerking met het SEH-team.
67. Bij alle vitaal bedreigde patiënten is een SEH-arts en/of andere medisch specialist fysiek aanwezig in samenwerking met het SEH-team.
68. Er dient dag en nacht een SEH-arts fysiek aanwezig te zijn op de SEH, deze bezetting is conform de richtlijn workforce en voldoet minimaal aan 1fte AMS/UMS volledige inzetbaar in een onregelmatig rooster, aanwezig op de vloer per 2250/SEH-patiënten per jaar. Ook voor de overige medische specialisten in het SEH-team is er een structurele en duurzame roostering.
69. Er kan altijd tijdig en laagdrempelig overlegd worden met andere specialisten met betrekking tot de SEH-patiënt.
70. Alle coassistenten op de SEH zijn als zodanig te herkennen, en worden ondersteund en direct gesuperviseerd.
71. Patiënten die door een coassistent worden gezien worden eerst (kort) beoordeeld door een superviserende arts.
72. De SEH zorgt voor voldoende supervisie zodat de scholing van minder ervaren SEH-personeel en studenten de kwaliteit van zorg niet in gevaar brengt.
73. In het verantwoordelijkheidsverdelingsdocument dienen onderstaande punten minimaal te zijn vastgelegd:
  - a) Afspraken omtrent tijdigheid van consulten. Indien de acceptabele tijdigheid van consulten wordt overgeschreden bestaan er afspraken omtrent opschaling.
  - b) Afspraken omtrent de manier waarop de achterwachtfuncties zijn geborgd.

- c) Afspraken omtrent het verzoek tot fysieke beoordeling door medisch specialisten op de SEH.

### ***Inhoudelijke expertise***

74. Er is een protocol voor snelle pijnstillingsmogelijkheden voor patiënten, specifiek ook voor kinderen en ouderen.
75. Er zijn werkafspraken over de 24/7 beschikbaarheid van procedurele sedatie van alle patiënten op de SEH bij geïndiceerde ziektebeelden.
76. De SEH houdt rekening met de specifieke ziektebeelden van ouderen. Het personeel op de SEH is geschoold in de opvang van oudere patiënten.
77. De SEH heeft richtlijnen en is periodiek geschoold voor opvang van patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen, psychiatrische ziektebeelden en verward gedrag. Specifiek dient er aandacht te zijn voor suïcidaliteit.
78. SEH-personeel wordt tweejaarlijks geschoold in de omgang met agressie en de-escalatie.
79. Het SEH-personeel is bekwaam in de handelingen voor het behouden van- en omgang met potentieel forensisch bewijs.
80. Het SEH-personeel is zich bewust van ethische kwesties die spelen bij casuïstiek, inclusief het openbaren van vertrouwelijke informatie, op welke manier dan ook.
81. Het SEH-personeel is bekend met de Meldcode kindermishandeling, ouderenmishandeling en huiselijk geweld en deze is geïmplementeerd.
82. Het SEH-personeel is bekend met de wet en regelgeving, rondom onder andere:
  - a) Het niet afgeven van een medische verklaring
  - b) Toestemming geven aan de patiënt om een voertuig te besturen
  - c) Bepaling van ethanolspiegels of illegale drugs inzake strafvervolgning
83. Het SEH-personeel is geschoold om de beslissingsbekwaamheid van een patiënt te beoordelen om belangrijke beslissingen te nemen over zijn/haar behandeling.
84. Het SEH-personeel kent richtlijnen om toestemming voor niet-urgente behandeling van directe familie of de wettelijk vertegenwoordiger te verkrijgen, indien een patiënt niet beslissingsbekwaam is.
85. Het SEH-personeel kent de richtlijnen voor het verlenen van urgente zorg aan de beslissings-onbekwame patiënt.
86. Het SEH-personeel is zich bewust van haar zorgplicht volgens wettelijke regelgeving.

## **Informatie en communicatie**

### ***Informatie***

87. De SEH is zodanig georganiseerd dat het behandelteam voldoende tijd heeft voor uitleg aan de patiënt en/ of verzorger.
88. De behandelaar vergewist zich of de diagnose en behandeling begrepen zijn door de patiënt en indien van toepassing zijn verzorger. Dit is onderdeel van de verslaglegging.

### ***Communicatie***

89. De SEH bevordert effectieve communicatie en sociale vaardigheden tussen het personeel.

90. Het SEH-personeel communiceert met respect en met begrip voor cultuur met de patiënt.

### **Evaluatie**

91. Ieder personeelslid heeft de mogelijkheid om een ingewikkelde of stressvolle situatie en ingrijpende gebeurtenis gestructureerd na te bespreken. De leiding van het SEH team (medisch en verpleegkundig) stimuleert en faciliteert deze evaluaties.
92. In het geval van een high impact gebeurtenis is de zorg dusdanig georganiseerd, ook met betrekking tot de personele bezetting, dat er gegarandeerd is dat er aansluitend een debriefing en nabespreking plaatsvindt. Dit is vastgelegd in een protocol.
93. Bij de nabespreking worden zowel medisch inhoudelijke aspecten als emotionele aspecten besproken.

### **Onderwijs**

94. De SEH neemt het voortouw in het organiseren van multidisciplinair onderwijs, scholing en training over acute situaties op de SEH.
95. De SEH geeft het SEH-personeel de mogelijkheid deel te nemen aan relevante opleidingsmogelijkheden binnen het ziekenhuis.
96. SEH-personeel heeft toegang tot adequate opleidingsmiddelen en fysieke ruimtes om noodzakelijke vaardigheden te trainen.
97. De SEH zorgt dat jaarlijkse trainingsprogramma's gegeven worden, tegemoetkomend aan de relevante kwaliteits- en veiligheidsnormen van het ziekenhuis en de SEH en de ervaringsmix van het personeel, naast een vast cyclisch scholingsprogramma.

# Uitstroom en vervolgzorg

## Vervolgzorg

98. Het ziekenhuis borgt dat het proces van opname op een afdeling is geoptimaliseerd, zodat de uitstroom vanaf de SEH niet belemmerd wordt.
99. Het ziekenhuis zorgt voor een dusdanige gemiddelde bezettingsgraad van de acute opname afdeling (of soortgelijke afdelingen), dat de uitstroom van de acute zorg gegarandeerd is.
100. Het ziekenhuis en de poortspecialist dragen zorg voor de mogelijkheid tot opname indien deze geïndiceerd is. Indien in het eigen ziekenhuis geen opnamecapaciteit is, dienen er afspraken te zijn over wie er verantwoordelijk is voor het zoeken van, en overplaatsen naar een ander ziekenhuis met opnamecapaciteit.
101. Er zijn regionale afspraken voor het interklinisch transport in de regio.
102. Het ziekenhuis heeft regionale afspraken, voor dag en nacht een eenduidig contactpunt voor toegang tot thuiszorg, crisisbedden verpleeg/verzorgingshuis, crisisopvang GGZ en andere VVT organisaties.

## Informatieoverdracht

103. Bij ontslag wordt duidelijke elektronische en/of schriftelijke informatie over zijn diagnose en behandeling meegegeven aan de patiënt of zijn/haar verzorger (bijvoorbeeld SEH zorg.nl of thuisarts.nl).
104. Telefonisch advies, gegeven aan een zorgaanbieder door het SEH team worden zorgvuldig gedocumenteerd, inclusief datum, tijd, gegeven advies, identiteit en rol van de beller en de patiënt voor wie het advies is bedoeld.

## Nazorg

105. Op de SEH is er een systeem dat de selectie mogelijk maakt van hoog-risico patiënten waar na ontslag naar huis, contact mee kan worden opgenomen indien geïndiceerd.
106. Na ontslag is het voor de patiënt duidelijk en is vastgelegd voor andere hulpverleners wie het aanspreekpunt is bij vervolgvragen, danwel bij nieuwe klachten. Indien noodzakelijk of gewenst wordt hiervoor een 'warme' overdracht gedaan naar een opvolgende hulpverlener.

# Huisvesting

Bij een nieuw te bouwen of verbouwing van een SEH is het belangrijk dat onderstaande aanbevelingen worden meegenomen en dat dit een afstemming gebeurd met ketenpartners zoals onder andere de HAP en apotheek. Indien mogelijk kan er bij bestaande bouw gekeken worden of aanbevelingen geïmplementeerd worden. Het streven is dat een patiënt wordt geholpen in een behandelkamer die aansluit bij zijn of haar specifieke behoeften.

## Ruimtes

107. De SEH beschikt over een veilige en comfortabele wachtruimte.
108. De SEH beschikt over een veilige ruimte voor triage met voldoende privacy.
109. De SEH garandeert de privacy van patiënten door tijdens beoordeling, lichamelijk onderzoek en behandeling op de spoedeisende hulp een passende (eenpersoons) ruimte aan te bieden.
110. De SEH heeft voldoende faciliteiten, zoals een aparte ruimte en geestelijke verzorging, om nabestaanden en/of verzorgers van patiënten op te vangen en te ondersteunen.
111. De SEH streeft er naar een rustige en beschermde omgeving te bieden, om angst, lawaai, verwardheid en valrisico zo klein mogelijk te maken.
112. De opzet en vormgeving van de SEH is tot stand gekomen in overleg met, en met goedkeuring van het personeel van de SEH.
113. Het aantal behandelkamers is afgestemd op het patiëntenaanbod zodat de toegankelijkheid en privacy gegarandeerd blijft. Het ziekenhuis spant zich tot het uiterste in om het behandelen van patiënten in daarvoor niet bestemde ruimtes (oa de gang) te voorkomen/vermijden. Op basis van de beschikbare internationale literatuur is 1250/patiënten per kamer een indicatie, dit getal varieert afhankelijk van het type SEH en bijvoorbeeld de gemiddelde doorlooptijd.
114. De vormgeving van de SEH is zodanig, dat het personeel gemakkelijk bij materiaal en hulpbronnen kan komen.
115. De vormgeving en/of inrichting van de SEH is zodanig dat er voldoende overzicht is (fysiek of digitaal) op de wachtkamer, behandelkamers, monitors en ambulance ingang.
116. De SEH-afdeling is dusdanig ontworpen dat veiligheid van personeel gewaarborgd kan worden. Er is een veiligheidsplan dat aandacht heeft voor het beheersen van de toegankelijkheid en de evacuatie.
117. Minimale eisen behandelkamer SEH:
  - Voldoende ruimte voor acute interventies
  - Brancard, eventueel te vervangen door een behandelstoel
  - Medische gassen
  - Centrale monitor voor vitale signalen
  - Computer met toegang tot het EPD
  - Alarm-/Oproepsysteem
  - Satellietlamp aan het plafond
  - Dimbare kamerverlichting
  - Daglichtvoorziening
  - Klok met dag en datum
118. De werkplekken op de SEH zijn dusdanig ingericht dat er op een kwalitatief goede manier gewerkt kan worden (zoals voldoende daglicht, rustige omgeving en fysieke ruimte).

*Toelichting: een gedisciplineerde rustige omgeving creëren op een afdeling die zich kenmerkt door veel verstoringen, complexe processen en onvoorspelbaarheid is geen vanzelfsprekendheid*

119. De ruimte voor SEH-personeel om te pauzeren is op- of aanpalend aan de SEH. Er kan prikkelarm en met daglicht gepauzeerd worden.
120. Er zijn op of nabij de SEH ruimtes aanwezig voor kantoorwerkzaamheden, management, overdracht en onderwijs/multidisciplinaire ruimte voor het SEH-team.

### **Specifieke behandelruimtes**

121. De SEH heeft voldoende kamers, afgestemd op het aantal presentaties, die toegerust kunnen worden met specifieke materialen (medisch en niet-medisch) voor kinderen.
122. De SEH heeft voldoende kamers, afgestemd op het aantal presentaties, die toegerust kunnen worden met specifieke materialen (medisch en niet-medisch) voor ouderen en patiënten met dementie.
123. De SEH heeft voldoende kamers, afgestemd op het aantal presentaties, die toegerust kunnen worden met specifieke materialen (medisch en niet-medisch) om verwarde patiënten te kunnen opvangen en zo nodig te kunnen afschermen.
124. De SEH heeft voldoende kamers, afgestemd op het aantal presentaties, die een patiënt kunnen isoleren, met aparte negatieve druk, om zo verdachte gevallen van lucht-overdraagbare infecties te isoleren en te kunnen verzorgen.
125. De SEH heeft voldoende resuscitatiekamers voor de opvang van kritiek zieke patiënten, afgestemd op het aantal presentaties, voor stabilisatie van patiënten op de SEH.
126. De SEH is verantwoordelijk voor het gebruiksklaar en beschikbaar houden van de resuscitatiekamers.
127. De SEH beschikt over voldoende kamers, afgestemd op het aantal presentaties met een sluis van voldoende ruimte conform de richtlijnen van infectiepreventie (bijvoorbeeld 4x2 meter).

## Bijlage 1 Eisen ABCDE-systematiek

- De arts-assistent heeft kennis van het onderzoek en de behandeling van de patiënt met thoracale pijnklachten (o.a. ACS, pneumonie, longembolie, aorta dissectie)
- De arts-assistent heeft kennis van het onderzoek en de behandeling van de patiënt met brandwonden en kent de verwijscriteria
- De arts-assistent herkent acute pathologie op het ECG (o.a. bradycardie, AV-blokken, SVT, VT, ECG bij hyper- en hypokaliëmie, STEMI)
- De arts-assistent herkent acute pathologie op de X-thorax
- De arts-assistent heeft kennis van en is getraind in ABCD-systematiek, BLS en A(C)LS
- De arts-assistent heeft kennis van het verschil in klinische verschijnselen bij de acute patiënt in de extremen van leeftijd
- De arts-assistent heeft kennis van het lokale triage systeem en het lokale rampenplan
- De arts-assistent kent de lokale en regionale werkafspraken en gebruikte protocollen
- Het inwerkprogramma wordt afgesloten middels een schriftelijke toets en een voortgangsgesprek