

# KWALITEITSHANDBOEK SPOEDEISENDE HULP

(inclusief zorgbeleidsplan)



## Inleiding

Een van de vereisten van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is dat er op de Spoedeisende Hulp (SEH) een zorgbeleidsplan aanwezig is. Het begrip zorgbeleidsplan lijkt duidelijk, maar het is lastig om hiervan een goede definitie te vinden (Google 91.600 hits). Als SEH in het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) zien we het begrip als een verzameling van methoden en hulpmiddelen om leden van een multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken te maken voor de patiëntenpopulatie die onze afdeling bezoekt.

Op jaarbasis worden ongeveer 33.000 patiënten behandeld op onze SEH, waarvan ongeveer 40% via onze afdeling wordt opgenomen in het ziekenhuis. Om deze patiëntenstroom goed op te kunnen vangen is het essentieel om een helder zorgbeleidsplan te hebben.

Echter in onze optiek is er meer; het gaat niet alleen om zorg voor patiënten, maar ook om zorg voor de medewerkers die deze patiënten opvangen en behandelen. Afstemming van beleid is binnen deze multi-user Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE) essentieel. Reden om het zorgbeleidsplan integraal op te nemen in een kwaliteitshandboek, wat de basis dient te zijn voor de zorg die we als SEH leveren.

De strategische koers van het JBZ is erop gericht dat in 2025 de mensen uit Den Bosch en omstreken hun gezondheidswelzijn het hoogste cijfer van Nederland geven. Daarbij richt het JBZ zich op vijf veranderingen die daar een grote invloed op hebben:

1. Van standaardaanpak naar maatwerk.
2. Van het ziekenhuisgebouw centraal naar de mens centraal.
3. Van behandeling in het ziekenhuis naar optimalisering in het dagelijks functioneren.
4. Van ziekenhuis– patiëntenrelatie naar onderdeel worden van het (zorg)netwerk van de patiënt.
5. Van focus op ziekte naar focus op gezondheid.

Wij realiseren ons dat de cultuur van een afdeling bepalend is voor de uitvoering van het gewenste beleid, vandaar dat we op de SEH hoog in hebben gezet op een cultuur waarbinnen de medewerkers zich veilig voelen, en vanuit die basis kwalitatieve hoogwaardige spoedzorg leveren.

## Inhoud

<b>INLEIDING .....</b>	<b>2</b>
<b>HOOFDSTUK 1. LEIDERSCHAP EN ORGANISATIE.....</b>	<b>5</b>
1.1 Leiderschap.....	5
1.2 Organogram .....	5
1.3 Overlegstructuur.....	6
1.4 Personeelsopbouw.....	7
1.5 Werkgroepen.....	9
<b>HOOFDSTUK 2. STRATEGIE EN BELEID.....</b>	<b>10</b>
2.1 Visie .....	10
2.2 Cultuur.....	10
2.3 Medische verantwoordelijkheid .....	10
2.4 Het jaarplan.....	10
2.5 Q gesprekken.....	11
<b>HOOFDSTUK 3. MANAGEMENT VAN MEDEWERKERS .....</b>	<b>12</b>
3.1 Inzet van personeel.....	12
3.2 Vitaliteitsbeleid.....	12
3.3 Ziekteverzuim .....	13
3.4 Werving en selectie .....	13
3.5 Inwerken van nieuwe medewerkers .....	13
3.6 Onderwijs en scholing.....	14
3.7 Opleiding .....	14
3.8 Jaargesprekken.....	15
3.9 Hygiëne.....	15
3.10 Hoofdbehandelaarschap .....	15
<b>HOOFDSTUK 4. MANAGEMENT VAN MIDDELEN .....</b>	<b>16</b>
4.1.Faciliteiten SEH.....	16
4.2 Digitalisering op de SEH.....	17
4.3 Materialen en apparatuur.....	17
4.4 Medicatie.....	18
4.5 Bloedtransfusie en straling .....	18
4.6 Financiën .....	18
<b>HOOFDSTUK 5. MANAGEMENT VAN PROCESSEN .....</b>	<b>19</b>
5.1 Verwijscriteria en patiëntencategorieën .....	19
5.2 Verantwoordelijkheden t.a.v. opname en ontslag van patiënten .....	20
5.3 Patiënt veiligheid.....	20
5.3 Protocollering en procedures.....	23
5.4 De rol van dagcoördinator en triagist. ....	23
5.5 Beschik- en bereikbaarheid medewerkers .....	25
5.6 Patiëntenstroom.....	25
5.7 Overdracht: Procedure/afpraak dienstoverdracht.....	30
5.8 Procedure rondom overlijden en obductie.....	31
<b>HOOFDSTUK 6. WAARDERING VAN MEDEWERKERS .....</b>	<b>32</b>
6.1 Veiligheid.....	32
6.2 Medewerkerstevredenheid.....	32
6.3 Cultuur.....	33
6.4 Teambuilding.....	33
6.5 Communicatie.....	33
<b>HOOFDSTUK 7. WAARDERING VAN KLANTEN EN LEVERANCIERS .....</b>	<b>34</b>

7.1 Samenwerking intern .....	34
7.2 Samenwerking extern .....	34
7.3 Rampenopvang .....	35
7.4 Bedrijfs hulpverlening (BHV).....	35
7.4 Calamiteiten .....	35
7.5 Patiënten tevredenheid .....	35
7.6 Klachten.....	35
<b>HOOFDSTUK 8. WAARDERING VAN DE MAATSCHAPPIJ .....</b>	<b>36</b>
8.1 De rechten van de patiënt .....	36
8.2 Informeren politie en pers .....	36
8.3 Website.....	36
<b>HOOFDSTUK 9. VERBETEREN EN VERNIEUWEN.....</b>	<b>37</b>
9.1 Het kwaliteitsbeleid.....	37
<b>LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN .....</b>	<b>39</b>

## Hoofdstuk 1. Leiderschap en Organisatie

### 1.1 Leiderschap

In het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK)-managementmodel wordt onder leiderschap verstaan: *“de manier waarop de leiding van de organisatie de koers bepaalt, deze vertaalt naar de dagelijkse werkelijkheid en in steeds wisselende omstandigheden vernieuwt om de overeengekomen strategie en doelstellingen te realiseren”*.

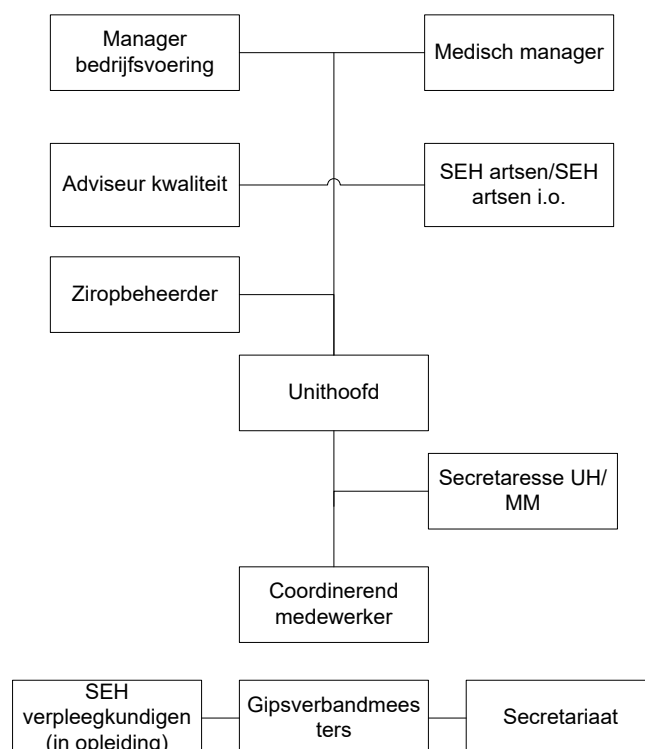
#### Stijl van leidinggeven en beoogde cultuur:

De SEH streeft naar een verbetercultuur. Zij is continu bezig de zorg te optimaliseren. Verbeterprojecten worden met behulp van de Plan Do Check Act (PDCA)- cyclus uitgewerkt waar een grote mate van inbreng van de professionals op zowel medisch als verpleegkundig gebied wordt verwacht. Het management hanteert hierbij een coachende en dienende stijl van leidinggeven en is voorwaardenscheppend. Het management is verantwoordelijk voor de voortgangscntrole en het vooraf vastgesteld resultaat.

Verbeteringen van zorgonderdelen vinden vooral plaats op basis van problemen die op de werkvloer worden geconstateerd. Er wordt gekeken naar de doelstellingen van de RVE en de ziekenhuisorganisatie. Hierop kunnen activiteiten gericht gaan worden, waardoor het geen toevallige, losse acties zijn, maar passend binnen het geheel.

De RVE heeft ervoor gekozen om de oplossing van problemen en het verbeteren van de zorg aan te pakken in de vorm van projectmatige verbeterprojecten. Hierbij wordt het JBZ brede beleid ([QPS 10](#)) als uitgangspunt genomen.

### 1.2 Organogram



Binnen de RVE is sprake van duaal management. De manager bedrijfsvoering is samen met de medisch manager verantwoordelijk voor het strategische beleid van de RVE SEH en integraal verantwoordelijk voor de resultaten binnen de RVE.

Het unithoofd is verantwoordelijk voor de operationele bedrijfsvoering van de RVE SEH en vanuit deze rol aanspreekbaar bij vragen en problemen van organisatorische en logistieke aard. Hierbij wordt hij ondersteund door twee coördinerend medewerkers.

Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn vastgelegd in functieprofielen.

### **1.3 Overlegstructuur**

#### *Ziekenhuisbreed*

##### SEH-commissie

De commissie is ingesteld door de Raad van Bestuur (RvB) JBZ en Bestuur Bossche Specialisten Coöperatie (BSC). De commissie is een kwaliteit deelcommissie van het JBZ en legt in dat kader tenminste één maal per jaar verantwoording af aan de Raad van Bestuur en het bestuur BSC door middel van het JBZ rapportage format voor commissies.

De doelstelling van de Spoedeisende Hulp Commissie is het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de geboden zorg op de SEH en van doeltreffend en doelmatig functioneren van de SEH. De commissie bestaat uit een vertegenwoordiger per poortspecialisme en het management van de SEH en vertegenwoordigt niet specifiek het eigen vakgebied, maar het algemene belang van de afdeling SEH.

##### Q gesprek (overleg manager bedrijfsvoering en medisch manager met RvB)

Het RVE management legt drie keer per jaar verantwoording af aan de RvB. Als input voor dit overleg stelt het RVE management een tertaal rapportage op waarin de resultaatgebieden Productie, Kosten, Kwaliteit van zorg en Kwaliteit van arbeid worden beschreven. Afspraken tussen RVE en RvB worden jaarlijks vastgelegd in een management contract. Bij de totstandkoming van dit contract is de JBZ jaarplanprocedure leidend.

#### *Binnen de RVE*

##### Vorbereidend Q gesprek RVE SEH

Voorafgaand aan het Q-gesprek met de RvB vindt er een voorbereidend overleg plaats tussen manager bedrijfsvoering, medisch manager, unithoofd, adviseurs Sociale Zaken, Jeroen Bosch Academie, Finance & Controle en kwaliteitsfunctionarissen van de RVE SEH. Tijdens dit overleg worden de te behalen doelen en resultaten besproken op het gebied van productie, kosten, kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid (Q- rapportage). Waarbij input voor het tertaal overleg met de Raad van Bestuur wordt geleverd.

##### Managementoverleg SEH

Dit vindt wekelijks plaats tussen unithoofd, coördinerend medewerkers, medisch manager en manager bedrijfsvoering. In dit overleg worden de lopende zaken aangaande het beleid binnen de RVE besproken. Verslaglegging vindt plaats door de secretaresse van de manager bedrijfsvoering.

Een keer per 3 weken vindt er overleg plaats tussen medisch manager, unithoofd, kwaliteitsfunctionarissen en coördinerend medewerkers. Hierin wordt een vertaling gemaakt van beleidszaken naar de werkvloer. Verslaglegging vindt plaats door de secretaresse van het unitmanagement.

#### Werkoverleg unithoofd, coördinerend medewerkers

Wekelijks overleg met als doel de dagelijkse gang van zaken op de SEH te bespreken en zo nodig bij te sturen. Daarnaast wordt de voortgang binnen werkgroepen besproken. Verslaglegging vindt plaats door coördinerend medewerkers.

#### Vakgroepoverleg SEH-artsen

De vakgroep overlegt 12 keer per jaar over de lopende zaken, het beleid en de opleidingsgroep. De medisch manager informeert bedrijfsvoerend manager en unithoofd over belangrijke beslissingen.

#### SEH Teamoverleg

Ongeveer 6x per jaar vindt er een teamoverleg plaats waaraan alle medewerkers van de SEH deelnemen. Hier worden actuele thema's besproken. Aan de orde komen o.a. visie op zorg, cultuur binnen de afdeling, commissies van de SEH, patiëntveiligheid, veiligheid voor medewerkers en het jaarplan. Daarnaast worden kwaliteitsprojecten geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Verslag wordt gemaakt door de secretaresse van het unitmanagement of door één van de secretaresses van de SEH.

#### Secretaresse overleg

Vijf maal per jaar is er een secretaresse overleg met als doel het afstemmen van de werkzaamheden binnen het secretariaat en het naleven van de benodigde registraties. Verslaglegging vindt volgens een roulatieschema plaats door de secretaresses.

#### Dienstevaluatie

Deze vindt dagelijks plaats met alle vaste medewerkers van de SEH, radiologielaborant. Deze evaluatie wordt digitaal genoteerd, via de link [dienstevalutatie SEH](#) waardoor de coördinerend medewerkers de mogelijke knelpunten kunnen oppakken.

#### Gipskameroverleg

Minimaal 4x per maand vindt er werkoverleg met de gipskamer plaats, met als doel het afstemmen van de werkzaamheden en het evalueren en zo nodig bijstellen van de kwaliteit van zorg. Verslaglegging vindt plaats door secretaresse van de gipskamer.

### **1.4 Personeelsopbouw**

#### Management

De afdeling Spoedeisende Hulp is een onderdeel van de RVE Spoedeisende Hulp. Het management van de SEH is dual van aard. Deze is onderverdeelt in een medisch manager en manager bedrijfsvoering.

#### Unithoofd en coördinerend medewerkers

Het unithoofd wordt ondersteund door 2 coördinerend medewerkers. Hij is verantwoordelijk voor de operationele bedrijfsvoering van de afdeling en vanuit deze rol aanspreekbaar bij vragen en problemen van organisatorische en logistieke aard.

Taakverdeling unithoofd en coördinerend medewerkers SEH:

John de Laat:

- personele zaken
- beleid
- aandachtsgebied: gipskamer
- VIM
- MIM

Beide Coördinerend medewerkers zijn verantwoordelijk voor:

- de (bij)sturing en de kwaliteit van zorg op de werkvloer
- uitzoeken casussen/klachten
- resultaten van werkgroepen\*
- kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbezetting per dag
- dienststart en -evaluatie

### Vakgroep SEH-artsen

De SEH-arts is een generalist en complementair aan de overige poortspecialisten. Op een SEH, waar zich veel patiënten presenteren met ongedifferentieerde problematiek, is een brede blik onontbeerlijk. Daarnaast is er een groeiende populatie patiënten welke gezien hun onderliggende comorbiditeit vaak baat heeft bij een meer generalistische benadering. De SEH-arts beoefend een aantal specifieke vaardigheden zoals Procedurele Sedatie en Analgesie (PSA) en Point of Care UltraSound (POCUS) welke onmisbaar zijn op de SEH afdeling.

Crowding en personele krapte maken regievoering op een SEH noodzakelijk. De SEH-arts is als vaste factor op de SEH de aangewezen persoon voor de coördinatie van (zorg)processen.

De vakgroep is medio 2015 gestart met een 24/7 dekking.

Buiten de gebruikelijke overdachten, radiologie bespreking, opleidingsmomenten en opleidingsdagen voor de eigen opleiding verzorgt de vakgroep meerdere JBZ-brede onderwijsmomenten.

De AIOS SEH loopt bij verschillende specialismen stage conform het opleidingscurriculum en worden begeleid door de vakgroep waarbij de rol van opleider en vise opleider door een SEH arts wordt ingevuld.

Portefeuille- en taakverdeling van de vakgroep SEH worden tijdens vakgroep vergaderingen verdeelt en geëvalueerd.

### Verpleegkundigen

Op de SEH is het verpleegkundig team samengesteld door senior, junior, in opleiding en voorwerkers.

De SEH-verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor:

- De triage van de patiënt (triage verpleegkundige).
- Coördinatie van dagelijkse logistieke proces (verpleegkundig coördinator).
- Opvang, bewaking en monitoring van patiënt.
- Uitvoering van medische opdrachten.
- Proces rond opname of ontslag en policonrole.

### Arts-assistenten

Vanuit de verschillende specialismen binnen het ziekenhuis zijn arts-assistenten (niet) in opleiding werkzaam op de SEH.

### Balie medewerker/secretarissen

Het secretariaat draagt zorg voor:

- Ontvangst van patiënten.
- Identificatie van patiënten en het afgeven van polsbandjes.
- Inschrijven van patiënten.
- De administratieve afhandeling van patiëntengegevens.
- Archivering en de statistische informatie.
- Opnames buiten kantooruren zijn zij verantwoordelijk voor de opname planning.

Zij zijn 24 uur per dag op de SEH aanwezig. Daarnaast zijn zij het telefonische aanspreekpunt en bemensen zij de ontvangtbalie. Buiten kantooruren is het secretariaat ook werkzaam voor de huisartsenpost (HAP).



### Dienst ondersteunende taken (DOT)

Dagelijks is er van 6:30 uur tot 13:30 en 14:00-22:00 uur een ondersteunende medewerker, die een belangrijke rol heeft in de serviceverlening aan de patiënt en daarbij een ondersteunende rol heeft in de diverse SEH processen.

### Gipsverbandmeesters

Zij zijn werkzaam op de gipskamers, gelegen op de polikliniek. Indien nodig verrichten zij werkzaamheden op de SEH, OK en kliniek. Tevens is er ook een secretaresse aanwezig.

### Planner

JBZ maakt gebruik van een centraal roosterbureau. Zij zijn verantwoordelijk voor de definitieve vaststelling van het roosters. Het personeel maakt gebruik van het zelfroostersysteem via ESS.

### Overhead

Vanuit de Jeroen Bosch Academie is er een opleidingsadviseur toegewezen aan de RVE SEH. Daarnaast zijn er kwaliteitsfunctionarissen welke de SEH ondersteunen en adviseren ter verbetering van de kwaliteit.

## **1.5 Werkgroepen**

De SEH streeft er naar om zo min mogelijk werkgroepen te hebben. Het doel is om middels een werkgroep processen zo spoedig mogelijk in de reguliere werkprocessen op te nemen. Voorwaarde is een duidelijk begin en eind.

De coördinerend medewerkers zijn verantwoordelijk voor de voortgang van de werkgroepen.

Daarnaast zijn er werkgroepen rondom bepaalde processen. Deze werkgroepen bestaan uit een aantal SEH-verpleegkundigen met als doel dat zij verantwoordelijk zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

## Hoofdstuk 2. Strategie en Beleid

### 2.1 Visie

De visie van de SEH is dat iedere patiënt met een zorgvraag wordt geholpen. De zorg dient zowel op verpleegkundig als medisch niveau hoogwaardig en gespecialiseerd te zijn. Patiënten moeten zich welkom en veilig voelen. De SEH moet als visitekaartje van het totale JBZ fungeren.

Daarnaast volgt de SEH het ziekenhuisbrede doel van het JBZ:

*In 2025 geven de mensen uit Den Bosch en omstreken hun gezondheidswelzijn het hoogste cijfer van Nederland.*

De SEH werkt aan dit doel door actief aan de slag te gaan met de strategische thema's en onderwerpen.

### 2.2 Cultuur

Het management van RVE SEH is van mening dat patiëntveiligheid begint bij de medewerkers; ofwel een veilige werkomgeving. Het streven naar optimale veiligheid van de patiënt past dan ook in een breder kader waarin gestreefd wordt naar integraal veiligheidsmanagement. Het JCI normenkader en Veiligheidsmanagementsysteem (VMS), als verplicht onderdeel van het totale patiëntveiligheidsbeleid worden hierbij als belangrijke hulpmiddelen gezien.

Daarbij moet er ook een bepaalde cultuur op de afdeling heersen (zgn. gewenste cultuur) om aan deze visie te kunnen voldoen. Deze gewenste cultuur is uitgewerkt vanuit de 4 kernwaarden: attent, duidelijk, bereikbaar, en gastvrij.

Opleiden en persoonlijke ontwikkeling van medewerkers neemt een belangrijke positie in, vanuit het uitgangspunt dat dit een voorwaarde is voor het kunnen leveren van kwalitatief hoogstaande zorg.

De SEH heeft als ambitie een grote regionale SEH te zijn waar alle patiënten categorieën worden opgevangen, gestabiliseerd en behandeld.

### 2.3 Medische verantwoordelijkheid

De medische verantwoordelijkheid op de SEH wordt gedragen door het betreffende poortspecialisme voor wie een patiënt is ingestuurd of door de SEH-arts. Dit is vastgelegd in het document [Protocol hoofdbehandelaar en continuïteit van medische zorg](#). Een van belangrijke taak van de SEH-arts is de medische coördinatie op de SEH.

De SEH-artsen zijn 24/7 aanwezig op de SEH. De medisch manager en medisch eindverantwoordelijke is een SEH-arts. Deze vormt samen met de manager bedrijfsvoering en het unithoofd het managementteam.

### 2.4 Het jaarplan

De Raad van Bestuur stelt jaarlijks een "kaderbrief" op, waarin specifieke aandachtspunten worden benoemd op de resultaatgebieden Productie, Kosten, Kwaliteit van Zorg en Kwaliteit van arbeid. Het RVE management krijgt daarbij de opdracht om de inhoud van de kaderbrief te vertalen in concrete doelstellingen voor hun eigen RVE. Dit wordt gedaan aan de hand van de Q- rapportages welke viermaandelijks wordt aangeleverd.

De manager bedrijfsvoering en medisch manager zijn eindverantwoordelijk voor het aanleveren van de tertaalrapportages. Het unithoofd, P&O adviseur, bedrijfsopleider en de kwaliteitsfunctionaris leveren een bijdrage aan de inhoud van het jaarplan en de kwartaalrapportages.

## 2.5 Q gesprekken

De Q gesprekken vinden plaats aan de hand van de onderwerpen (PKKK):

### 1. Productie *in soorten en aantallen*

- Opnamen
- bezetting
- verpleegdagen, etc.

### 2. Kosten *in soorten en bedragen*

- Formatie vast/ flexibel
- Materialen
- Middelen
- scholing, etc.

### 3. Kwaliteit van zorg *in eigenschappen en waarden*

- beschikbaarheid,
- informatie, protocollering, indicatoren, etc.
- VIM, MIM, OEG, klachten algemeen.

### 4. Kwaliteit van arbeid

- Werklast, werksfeer, arbo, ziekteverzuim, etc.

De Q gesprekken worden gebruikt voor monitoring, als vast onderdeel van de planning- en control cyclus. De Q-rapportage wordt viermaandelijks aangeleverd en besproken tussen RVE management en RvB. Daarnaast vinden er maandelijks Q gesprekken plaats tussen RVE management, een financieel adviseur, adviseur sociale zaken, bedrijfsopleider en unithoofd. Deze rapportage wordt niet aangeleverd aan de RvB.

De kwaliteitsfunctionarissen, P&O adviseur en de bedrijfsopleider leveren de voortgang en resultaten van hun aandachtsgebied schriftelijk aan bij de manager bedrijfsvoering. Samen met het unithoofd is dit voor hen een instrument om de voortgang en resultaten te bewaken en zo nodig bij te sturen.

## Hoofdstuk 3. Management van medewerkers

### 3.1 Inzet van personeel

De personele formatie van afdeling SEH bestaat uit:

- Unithoofd
- Coördinerend medewerker
- SEH-artsen
- SEH-verpleegkundige (waarvan een variabel aantal Fte in opleiding)
- Secretarissen/balie medew
- Gipsverbandmeester

#### Werktijdenregeling

Zie werkafspraken [personeelsplanning SEH](#) in Zenya.

#### Diensten SEH-artsen

Er is een volledige 24-uurs bezetting.

#### Diensten Secretariaat

Er is een volledige 24-uurs bezetting bij de receptie van de SEH. Hiervoor geldt een minimum contract van 16 uur per week. Noodzakelijk om zowel aan de kwalificaties voor SEH als HAP te voldoen.

#### Diensten DOT'jes

Tussen 06.30 en 23.00 uur is een medewerker aanwezig.

#### Diensten Gipsverbandmeesters

Zij werken vanuit de polikliniek, op werkdagen zijn er gemiddeld vier gipsverbandmeesters (i.o.) aanwezig tussen 8.00 en 17.00 uur. Eén van de gipsverbandmeesters is beschikbaar voor SEH en overige afdelingen. Hiervoor geldt een minimum contract van 16 uur per week, conform de eisen van de Verenigde Gipsverbandmeesters Nederland (VGN).

#### Ruilen van diensten

Dit is toegestaan mits er een ruiling plaatsvindt met een collega die dezelfde kwalificaties bezit. In alle andere gevallen dient er toestemming te zijn van een coördinerend medewerker of het unithoofd.

### 3.2 Vitaliteitsbeleid

Op de SEH willen we graag vitale werknemers, dat betekent dat we het belangrijk vinden dat medewerkers productief zijn op een energieniveau wat bij hen past. Om dit energieniveau zo hoog mogelijk te houden is het o.a. noodzakelijk om kritisch te kijken naar de taken die bij de functie horen, evenals het aantal werkuren per week.

Natuurlijk zijn er nog meer factoren waar naar gekeken moet worden, denk hierbij aan de fitheid in de nachtdiensten, maar we willen een begin maken met het kijken naar werkuren en taken.

Het beleid is gericht op het werken naar mogelijkheden die men heeft, inzet is dat medewerkers zo lang mogelijk kunnen blijven werken.

#### Contracturen:

Op de SEH is minimale contractduur voor verpleegkundigen 24 uur per week. Reden voor de keuze van 24 uur is dat het anders niet realistisch is te verwachten dat medewerkers aan de vereiste kwalificaties blijven voldoen. Hierbij in ogenschouw genomen dat alle verplichte bij- en nascholingen vergoed worden in tijd.

Uitzonderingen die worden gemaakt:

- Na het bevallingsverlof is minimaal 20 uur werken op basis van ouderschapsverlof mogelijk voor de periode van 1 jaar.
- Hierop zijn op tijdelijke basis afwijkingen mogelijk.
- De werknemer heeft hiervoor een goede motivatie op basis waarvan het unithoofd toestemming geeft.
- De werknemer beschikt over de capaciteiten om ook in deze situatie de kwalificaties op peil te kunnen houden.
- De vermindering van contracturen past binnen de kwalitatieve formatieve (her)bezetting van het moment.
- De ondergrens voor het aantal uren is 16 op weekbasis.
- Voorwaarden voor het maatwerk: Werkzaamheden worden op maat verricht in samenspraak met unithoofd en vastgelegd in personeelsdossier.
- De werknemer is zelf verantwoordelijk dat hij op de hoogte blijft van ontwikkelingen en zijn/haar competentie profiel op orde houdt.

Gezien de huidige ontwikkelingen waarbij de pensioenleeftijd steeds verder opschuift en het werk op de SEH zwaarder wordt, is het noodzakelijk om kritisch te kijken naar mogelijkheden die er zijn de werklast voor medewerkers behapbaar te houden. Daarnaast moet het voor medewerkers mogelijk zijn om een bepaalde periode minder belast te worden als de privésituatie hier om vraagt. Vandaar dat er gekozen kan worden voor maatwerk met als uitgangspunt een minimum aantal werkuren per week van 24.

Voor verpleegkundigen die binnen 3 jaar met (flex)pensioen geldt dat zij i.o.m. unithoofd ook gebruik kunnen maken van het maatwerk.

*Het maatwerk betreft een tijdelijke vermindering van contracturen en geen ouderschapsverlof.*

### **3.3 Ziekteverzuim**

De verantwoordelijkheden voor zowel de werknemers als de leidinggevenden t.a.v. ziekteverzuim zijn vastgelegd in het verzuimbeleid van het JBZ. Dit is te vinden op JBZ-intranet.

#### Ziek melden op SEH

De medewerker meldt zich zo snel mogelijk ziek bij unithoofd of coördinerend medewerker. Indien deze niet aanwezig zijn, meldt de werknemer wanneer hij/zij deze terugbelt. Indien dit niet gebeurt neemt coördinerend medewerker of unithoofd z.s.m. contact op met de werknemer om verdere afspraken t.a.v. het verzuim te maken. Het unithoofd is verantwoordelijk voor de verzuimbegeleiding. Hij kan hierin taken delegeren naar de coördinerend medewerkers.

### **3.4 Werving en selectie**

Bij de aannameprocedure van gediplomeerde SEH-verpleegkundigen en SEH-artsen is een vertegenwoordiger van beide disciplines betrokken.

### **3.5 Inwerken van nieuwe medewerkers**

Alle medewerkers op de SEH worden ingewerkt aan de hand van een [inwerkplan](#) waarin alle aspecten t.a.v. het leren kennen van de afdeling aandacht krijgen.

#### A(N)IOS overige specialismen

Alle A(N)IOS hebben de introductieweek die door de Jeroen Bosch academie wordt aangeboden gevolgd en hun groene kaart afgetekend. Indien de groene kaart niet in zijn geheel is afgetekend, kan een A(N)IOS niet op de SEH werken.

Alle nieuwe medewerkers van het JBZ krijgen een introductieochtend waar ze algemene informatie en instructies krijgen over de organisatie. Het introductieprogramma valt onder de verantwoordelijkheid van Personeel & Organisatie en heeft een verplichtend karakter.

### 3.6 Onderwijs en scholing

Aan de basis van alle specialistische beroepen liggen de gestelde eisen van de beroepsverenigingen, de Nederlandse Vereniging Voor Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), het beroepsopleiding profiel en de richtlijnen van het College Zorg Opleidingen (CZO).

Taken en bevoegdheden van SEH- verpleegkundigen zijn opgenomen in het functieprofiel SEH-verpleegkundige.

Elke verpleegkundige is BIG-geregistreerd. Deze registratie is terug te vinden in het persoonlijk dossier van de medewerker bij Sociale Zaken.

Daarnaast is elke medewerker zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn/haar kennis. De SEH is hierin faciliterend en biedt hiervoor voldoende scholingsmogelijkheden. De gevolgde scholingen/ cursussen worden vastgelegd in een persoonlijk portfolio (JBZ-Leerplein).

Alle opleiding- en scholingsactiviteiten van de RVE SEH zijn vastgelegd in het [opleidingsbeleidsplan](#). Van hieruit vindt vertaling naar het jaarplan plaats.

Eenmaal per week worden structureel scenariotrainingen gegeven. Aan deze training nemen artsen en verpleegkundigen deel. Verpleegkundigen zijn verplicht deze training minimaal twee keer per jaar te volgen. De nadruk ligt bij deze trainingen op communicatie en samenwerking bij complexe casussen. De SEH verpleegkundigen worden structureel getoetst op verpleegtechnische vaardigheden zowel in theorie als praktijk.

Tevens vindt er tweemaal per jaar een verplichte scholingsdag plaats voor alle verpleegkundigen. De inhoud wordt bepaald door de scholingscommissie.

De SEH heeft een specifiek curriculum waarin naast het generieke curriculum, wat geldt voor alle verpleegkundigen in het JBZ, alle verplichte bij- en nascholingen zijn vastgelegd.

### 3.7 Opleiding

#### Opleiding tot SEH verpleegkundige

De verpleegkundige die in dienst komt als SEH-verpleegkundige in opleiding volgt een loopbaantraject om te groeien naar de rol van senior SEH-verpleegkundige. Het verpleegkundig personeel van de afdeling SEH bestaat uit verpleegkundigen HBO-Verpleegkunde / BBL niveau 4/5 of BOL niveau 4/5, aangevuld met de vervolgopleiding "Spoedeisende Hulp".

Minimale vereiste om te solliciteren is MBO-verpleegkunde met assessment.

De medewerker start met een voorwerktraject wat minimaal 6 maanden duurt (afhankelijk van de startdatum van de opleiding). Hierin volgt hij een vast begeleidingsplan vastgelegd in het [inwerkboek onder de kop voorwerkperiode](#).

Als er een positieve evaluatie plaats vindt, start de verpleegkundige de opleiding tot SEH-verpleegkundige aan het Radboud UMC te Nijmegen. Deze opleiding is College Zorg Opleidingen (CZO) geaccrediteerd en duurt ongeveer 18 maanden. Gedurende het voorwerk- en opleidingstraject krijgt de student twee leerprocesbegeleiders (LPB) toegewezen, welke hem/haar samen met de werkbegeleiders (alle SEH-verpleegkundigen) begeleiden. Verslaglegging vindt plaats in het portfolio van de student.

Als de medewerker zijn diploma heeft behaald, gaat hij het juniortraject in met ondersteuning van een LPB. Dit duurt een jaar waarin conform het begeleidingsplan, gewerkt wordt naar de functie van senior verpleegkundige op de SEH.

De praktijkbegeleider vanuit SEH is contactpersoon voor het opleidingsinstituut en regelt alles rondom stages en studentenzaken.

### Opleiding tot SEH arts

Op de SEH wordt opgeleid tot SEH arts KNMG. Dit is een driejarige opleiding conform het Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) curriculum. Gedurende de opleiding loopt de AIOS SEH stage bij diverse vakgroepen en bij externe partners, zoals huisartsenpost en Regionale Ambulance Voorziening.

### Stagebeleid

Zie [stagebeleid](#) in Zenya.

### **3.8 Jaargesprekken**

Jaargesprekken vinden plaats conform JBZ beleid. De medewerker bereidt het jaargesprek voor m.b.v. het toegestuurde formulier en levert uiterlijk dit 3 dagen voor het gesprek in bij de leidinggevende.

### **3.9 Hygiëne**

Alle werknemers van het JBZ dienen zich bij direct patiëntencontact of bij contact met patiëntmateriaal aan de volgende regels te houden, die opgesteld zijn door de [Hygiëne en infectiepreventie](#).

Ten aanzien van het BRMO-beleid dient elke patiënt van de SEH hierop te worden bevroegd en het resultaat hiervan wordt vastgelegd in HiX.

Minimaal eenmaal per jaar vindt een interne audit plaats door de dienst Hygiëne en Infectiepreventie, op basis waarvan zo nodig een verbeterplan wordt opgesteld.

### **3.10 Hoofdbehandelaarschap**

In het [protocol](#) hoofdbehandelaar en continuïteit van medische zorg is het hoofdbehandelaarschap van de SEH arts vastgelegd.

## Hoofdstuk 4. Management van middelen

### 4.1. Faciliteiten SEH

De afdeling wordt gezien als de 'poort' van het ziekenhuis. De afdeling is 24 uur per dag, zeven dagen per week geopend, en kent een open karakter. Dat betekent dat iedereen die zich op de SEH meldt met een hulpvraag wordt gezien. Alle specialismen kunnen gebruik maken van de SEH voor de presentaties van hun patiënt mits het om een acute zorgvraag gaat.

De SEH is onderverdeeld in de volgende behandelruimtes:

- **Triagekamers;** Twee kamers uitgerust om de triage conform afspraken uit te voeren. Beide zijn voorzien van monitorbewaking.
- **ABC;** Twee kamers waar reanimatie en beademingsapparatuur aanwezig is voor de opvang van ernstig instabiele patiënten. Er is een centrale monitor functie aanwezig. Deze kamers zijn tevens uitgerust voor procedures zoals plaatsing van thoraxdrains en lijnen.
- **Traumakamers;** Twee kamers uitgerust voor de opvang van de traumapatiënt. Traumakamer 1 heeft een röntgenapparaat en een beademingsapparaat. In traumakamer 2 staat de CT-scan. Beide kamers worden vanuit een centrale bedieningsruimte door radiologiemedewerkers bediend.
- **Urgente kamers;** Tien kamers met centrale monitor registratie waar zieke en instabiele patiënten kunnen worden opgevangen en behandeld. Eén van de urgente kamers is ingericht als kinderkamer en volledig geoutilleerd om het acuut zieke kind op te vangen. Eén ervan is specifiek ingericht met een KNO unit.
- **Isolatiekamers van de urgent;** Er zijn twee isolatiekamers met sluis en drukregeling. In kamer 6 kan zowel onder als bovendruk worden toegepast (onderdruk in de sluis). Kamer 8 heeft een onderdrukregeling en kan alleen gebruikt worden voor strikte en aërogene isolatie. Dit is in werking te zetten met een bedieningspaneel aan de buitenzijde van de kamer.
- **Shorttrack;** Vier plaatsen in een ruimte voor ambulante en stabiele patiënten met een laag complexe, laag urgente zorgvraag. Geen monitor mogelijkheid. Voornamelijk voor triage categorie 2 tot en met 5 met letsel aan extremiteiten maar wel ambulant. Bij voorkeur bemand door één verpleegkundige en één arts. Doel van de shorttrack is dat er op deze wijze efficiënter gebruik van ruimte en personeel wordt gemaakt en dat deze patiëntenstroom niet gehinderd wordt als er een doorstroomprobleem voor de opnames van zieke mensen is ontstaan.
- **Observatorium;** Er zijn vier bedden voor hemodynamische stabiele patiënten. De verpleegkundige coördinator bepaalt i.o.m. de coördinerende SEH-arts wanneer een patiënt verplaatst wordt naar het observatorium. De behandelend arts blijft verantwoordelijk voor de patiënt indien deze wordt overgeplaatst naar het observatorium. Er zijn vier flexibele monitorplekken met centrale monitor functie. Bij drukte op de SEH worden deze bedden gebruikt als behandelplek.

#### Criteria observatorium:

- De patiënt is hemodynamisch stabiel.
- Er is geen uitgebreid lichamelijk onderzoek (meer) nodig
- Observatie noodzakelijk
- Patiënt of begeleider moet in staat zijn gebruik te maken van het bellensysteem
- De patiënt is wachtende op onderzoek, uitslagen of beleid binnen een tijdsduur van 4 uur.



### Werkwijze:

- Er is een vaste verpleegkundige verantwoordelijk voor het observatorium.
- Laagcomplex zorg patiënten en hemodynamisch stabiel kunnen direct vanuit de wachtkamer door naar de observatorium. (hierbij is het doel om zo min mogelijk te “schuiven” met de patiënten, overleg met triage verpleegkundige)
- Maximaal 2 bezoekers per patiënt en privacy bewaken; gezien meerpersoonskamer.

### Faciliteiten:

- Het observatorium bestaat uit 4 bedden.
- Er zijn computers op wielen (COW's) beschikbaar.
- Er is een buizenpost aanwezig.
- Materialen aanwezig voor deze doelgroep patiënten (catheter- infuus- beddengoed enz.)
- Werkplek SEH verpleegkundige/ arts.

### Familiekamers

Er zijn twee familiekamers waar naasten van patiënten die op de SEH verblijven gebruik van kunnen maken.

### Gipskamer

Een kamer met een gipstafel. Deze kamer is voorzien van monitor bewaking.

De feitelijke gipskamer bevindt zich elders in het gebouw op een centrale plek in de polikliniek en heeft 5 behandelplekken.

## **4.2 Digitalisering op de SEH**

De SEH een elektronisch patiënten dossier (Hix). Alle patiënten registraties worden geregistreerd in HiX.

Berichtgevingen naar huisartsen vindt digitaal plaats. Huisartsen kunnen patiënten via Zorgdomein aanmelden. Tijdens ANW-uren kan de HAP verwijzen middels hun digitale patiëntendossier Topicus. De verwijzing komt dan direct in HiX te staan als ‘acute zorg verwijzing’.

## **4.3 Materialen en apparatuur**

Alle middelen/ artikelen worden aangeschaft via het digitale programma “mijn inkoop”. Afdeling Inkoop filtert de aanvragen hieruit en zet deze uit naar de betreffende afdelingen (ICT, magazijn, technische dienst e.d.)

Investeringsen kunnen worden ingediend conform de procedure van het JBZ. Medio september kunnen in het jaarplan aanvragen voor het daaropvolgende jaar worden gedaan. Met onderbouwing en zo nodig businesscase.

Vervangingsinvesteringen kunnen gedaan worden op basis van afkeuringsrapporten door de dienst verantwoordelijk is voor het onderhoud van betreffende middel.

Facilitair bedrijf is verantwoordelijk voor het onderhoud van niet medische middelen.

Waar nodig vindt periodiek onderhoud plaats (bijv. brancards jaarlijks). In andere gevallen op basis van storingen.

De röntgenapparatuur wordt periodiek onderhouden. Het onderhoudsschema wordt aangeleverd door radiologie.

### Medische apparatuur

De onderhoudsstatus van medische apparatuur is vastgelegd in ULTIMO. Dit is een programma wat Medische Technologie gebruikt, waarin alle medische apparatuur in kaart is gebracht. Daarnaast worden hier de storingen in vermeld.

Het unithoofd en de coördinerend medewerkers hebben de bevoegdheid om dit programma in te zien en zo op de hoogte te blijven van de status van de medische apparatuur.

Alle medische apparatuur is voorzien van een sticker waarop de eerstvolgende onderhoudsdatum is aangegeven.

In de nabijheid van alle medische apparatuur bevindt zich een handleiding. Iedere SEH verpleegkundige is verantwoordelijk voor zijn eigen kamer, aanwezigheid van apparatuur, functioneren van apparatuur. Tijdens de start van de vroege dienst wordt een ronde gelopen om alle kamers te controleren.

Alle medewerkers worden geschoold in het gebruik van alle apparatuur conform JBZ beleid.

Aanschaf van nieuwe apparatuur wordt voorafgegaan door een proefplaatsing en scholing van medewerkers.

Onderhoud aan medische apparatuur door externe bedrijven of leveranciers vindt altijd in het bijzijn van Medische Technologie.

#### **4.4 Medicatie**

Op de SEH wordt gebruik gemaakt van HiX voor het uitzetten van medicatieopdrachten en het schrijven van recepten. De recepten voor patiënten die weer naar huis gaan, worden digitaal uitgeprint en meegegeven aan de patiënt of direct digitaal verzonden naar de dienst apotheek in het JBZ. Medicatie gegeven op de SEH wordt afgetekend in HiX door de voorschrijvende arts en de verpleegkundige die het aan de patiënt geeft.

Bij opname van een patiënt wordt het Actueel Medicatie Overzicht(AMO), thuismedicatie, geverifieerd door de apothekersassistent. Door de week is de apothekersassistent tussen 10.00 en 22.00 uur en in het weekend tussen 14:00 uur en 22:00 uur aanwezig.

In samenwerking met de ziekenhuisapothek zijn procedures rondom medicatieveiligheid vastgelegd. Voor bereiding en toediening van medicatie wordt gebruik gemaakt van de VTGM module (Voor Toediening Gereed Maken). Protocollen m.b.t. medicatie zijn te vinden in Zenya.

De afdeling heeft twee verpleegkundigen die het aandachtsgebied medicatie hebben. Zij onderhouden contact met het aanspreekpunt van de apotheek. Daarnaast vindt er twee keer per jaar een audit plaats door de kwaliteitsfunctionaris van de apotheek.

Werkafspraken met de apotheek zijn vermeld in het [ABC boek](#).

#### **4.5 Bloedtransfusie en straling**

De JBZ brede bloedtransfusiecommissie formuleert het [transfusiebeleid](#) en vormt een platform van overleg tussen vertegenwoordigers van bloed-gebruikende disciplines, het bloedtransfusielaboratorium en de bloedbank. Hierin is onder andere opgenomen de werkwijze van kruisbloedafname en het aanhangen van bloed.

Binnen het JBZ is een stralingsdeskundige, van afdeling radiologie, die zorg draagt voor de algemene coördinatie van de stralingsbescherming conform de regelgeving.

Er vinden op de SEH regelmatig stralingsmetingen plaats. De SEH beschikt over eigen loodschorten. Medewerkers zijn verplicht deze te dragen tijdens blootstelling aan röntgenstraling. De loodschorten worden jaarlijks onder doorlichting gecontroleerd op eventuele defecten.

#### **4.6 Financiën**

De SEH beschikt over een eigen budget voor materialen en personeel.

Op basis van kaderbrief die de Raad van Bestuur jaarlijks opstelt worden hierin aanpassingen gedaan.

De afdeling maakt jaarlijks een jaarplan waarin de kosten worden opgevoerd.

## Hoofdstuk 5. Management van processen

### 5.1 Verwijscriteria en patiëntencategorieën

De SEH stelt zich tot doel om de volgende patiëntencategorieën met een acute zorgvraag kwalitatief en patiëntvriendelijk van dienst te zijn. Per categorie zijn de gemaakte afspraken kort weergegeven.

Onder Acute zorgvraag wordt verstaan dat er direct tweedelijns hulp noodzakelijk is op de SEH. Dit te beoordelen door:

- de huisarts
- ambulancepersoneel
- een specialist
- de patiënt zelf

Bepaalde patiënten hebben een urgente hulpvraag, maar hoeven niet acuut op de SEH behandeld te worden. Voor deze patiënten zijn er per specialisme spoedplaatsen op de polikliniek gereserveerd.

Alle onverwezen patiënten (zelfverwijzers) die zich melden bij de SEH zullen worden gezien door een arts tot 17.00 uur. Na 17.00 uur gaat de onverwezen patiënt naar de huisartsenpost. Uitzondering hierop zijn de hoog risico patiënten die zich aan de balie melden ([zie Samenwerken op de HAP](#))

Als bij beoordeling door de arts blijkt dat behandeling niet op SEH mogelijk is (bv tandheelkundige of GGD gerelateerde vragen) krijgt de patiënt informatie waar hij hulp kan krijgen.

#### Patiëntencategorieën

- 1. Door de huisarts specifiek naar een specialist verwezen i.v.m. acute hulpvraag**
  - De huisarts heeft altijd overlegd met de specialist.
  - De huisarts draagt zorg voor een verwijsbrief en actuele medicijnlijst.
  - De ontvangende specialist doet een vooraankondiging in HIX.
- 2. Patiënten die zelf naar de SEH komen i.v.m. acute hulpvraag**
  - De zelfverwijzers worden beoordeeld door de triageverpleegkundige en indien beschikbaar door de SEH arts. Afhankelijk van de ingangsklacht wordt beoordeeld door welke specialisme de patiënt gezien zal worden.
- 3. Patiënten door ambulance naar SEH gebracht i.v.m. acute hulpvraag**
  - De meldkamer van de ambulancedienst (MKA) doet een digitale voormelding via de prehospitalische wachtkamer. Indien nodig wordt er nog telefonisch contact opgenomen met de coördinator op de SEH.
- 4. Patiënten met telefonische hulpvragen**
  - Indien het om een vraag gaat vanwege een recent uitgevoerde procedure wordt de patiënt doorverbonden met de specialist.
  - De SEH verpleegkundige is niet geautoriseerd om medisch inhoudelijk advies te geven en zal de patiënt naar de huisarts/huisartsenpost verwijzen of met een arts op de SEH doorverbinden.
  - Er wordt altijd een notitie in het dossier gemaakt van de telefonisch hulpvraag en de gemaakte afspraken/gegeven adviezen.
- 5. Patiënten die voor een poliklinische controle komen in het weekend of op feestdagen**
  - Deze patiënten worden alleen bij uitzondering op de SEH gezien en worden altijd aangemeld door de polikliniek.
- 6. Klinische patiënten die acuut een ongeplande procedure moeten ondergaan**
  - Bijvoorbeeld plaatsen van een thoraxdrain of een trombolysedekandidaat.
  - De specialist meldt de komst van de patiënt bij de coördinator en deze zal i.g.v. een procedure samen met de uitvoerende specialist een planning maken afhankelijk van de drukte.
- 7. Patiënten die door het Spoed Interventie Team (SIT) team aan de SEH worden aangeboden**

- Indien een patiënt gezien is door het SIT team en deze acht verdere diagnostiek of stabilisatie nodig komt de patiënt na voormelding bij de coördinator op de SEH.
- Het SIT team draagt de patiënt over aan de arts die de patiënt op de SEH zal beoordelen. Indien het een onbekende, niet opgenomen patiënt betreft zal het de SEH-arts zijn.

#### **8. Patiënten van de kliniek of polikliniek die voor een CT scan komen**

- Met de afdeling radiologie zijn afspraken gemaakt over de planning van deze groep patiënten waarbij de voortgang van de logistiek en de behandeling van de SEH patiënten leidend is.

#### **9. Samenwerking met de eerste harthulp**

- Alle naar de cardioloog verwezen patiënten gaan i.p. direct naar de EHH.
- Alle onverwezen patiënten die mogelijk een cardiale klacht hebben worden op de SEH gezien door de SEH-arts.
- Uitzonderingen op deze afspraken zijn mogelijk na overleg met de cardioloog en SEH-arts of met de cardioloog en de ambulance.

### **5.2 Verantwoordelijkheden t.a.v. opname en ontslag van patiënten**

Voor de SEH geldt dat we een zorgplicht hebben. Alle patiënten, inclusief zelfverwijzers, worden op de SEH geregistreerd en indien nodig behandeld. Uitzondering hierop is tijdens ANW uren, wanneer de HAP geopend is, dan zullen zelfverwijzers door de HAP gezien worden.

Alle patiënten worden getrieerd volgens het Nederlands Triage Standaard (NTS) triage systeem. Dat betekent dat patiënten met de hoogste urgentie als eerste behandeld gaan worden. Uitleg van het [triage systeem](#) staat uitvoerig beschreven in Zenya. Alle senior verpleegkundigen hebben een triage opleiding gevolgd. SEH-verpleegkundigen worden in het junior traject onder supervisie, theoretisch en praktisch geschoold in het triëren door de triagecommissie.

Patiënten die met ontslag gaan krijgen, afhankelijk van de aard van het letsel of aandoening, mondelinge uitleg door de verpleegkundige en/of arts en een folder.

De SEH verpleegkundige is degene die de patiënt als laatste ziet en het ontslag verzorgd.

Nazorg voor hulpbehoevende patiënten zonder indicatie voor ziekenhuisopname wordt geregeld middels het [‘Beter thuis’](#) protocol.

### **5.3 Patiënt veiligheid**

#### Identificatie

Elke patiënt die op de SEH komt dient zich te legitimeren met een geldig identiteitsbewijs. Het BSN nummer en naam van de patiënt dient nauwkeurig gecontroleerd te worden. De secretaresses van de SEH zijn hiervoor verantwoordelijk.

Afspraken rondom [legitimatie](#) zijn vastgelegd in Zenya.

Binnen het JBZ wordt van alle patiënten een foto gemaakt welke op de patiëntenpas komt. Deze geldt na een eerste bezoek als legitimatie. Daarnaast krijgt iedere patiënt bij aanmelding een polsbandje.

Een patiënt kan op de SEH binnen komen op eigen initiatief, verwezen via de huisarts, via de RAV of via de poli/afdeling van het eigen ziekenhuis. Indien de patiënt is aangemeld wordt bij diens komst op de SEH nagegaan of patiënt al bekend is in het systeem en of de geregistreerde gegevens juist en volledig zijn. Van het identiteitsbewijs van buitenlandse en niet verzekerde patiënten wordt een kopie gemaakt.

Verificatie van patiënten vindt conform [protocol](#) ook plaats bij het verrichten van medische- en verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld bloedprikken).

### Rapportage

Bij binnenkomst op de SEH vindt een korte anamnese plaats doormiddel van de AMPLE. Waarbij in het Event ook de oorzaak van de reden van komst wordt beschreven. Tijdens de triage (NTS) wordt bij elke patiënt een eerste inschatting gemaakt van zijn/haar toestand. Daarnaast hanteert de SEH de ABCD methodiek om te beoordelen of een patiënt vitaal bedreigd is. Voor het vroegtijdig herkennen van vitaal bedreigde kinderen wordt de PEWS gehanteerd.

De actuele toestand van de patiënt en het medisch/verpleegkundig beleid worden gerapporteerd in de [verpleegkundige rapportage](#) (naslag in HiX). Elke SEH verpleegkundige die zorgt verleent aan een patiënt rapporteert daarover in het patiëntendossier. Hierbij worden het tijdstip en de initialen van de verpleegkundige weergegeven óf wordt van de knop '[toevoegen](#)' gebruik gemaakt bij SEH naslag. Naam en datum zullen dan automatisch ingevuld worden in een nieuw rapportageveld.

[Kritieke bevindingen](#) die telefonisch doorgegeven worden, worden genoteerd in SEH naslag (conform noteer en herhaal procedure) en direct besproken met behandelend arts.

Uitgangspunten van deze rapportage zijn:

- Collega's moeten aan de hand van de rapportage de zorgverlening te allen tijde kunnen continueren.
- De rapportage geeft de actuele situatie van de patiënt weer (dus ook steeds veranderingen in het beloop op de SEH)
- Wanneer er bijvoorbeeld afgeweken wordt van geldende richtlijnen en protocollen, wordt omschreven waarom deze keus gemaakt wordt.

Een niet-pluis gevoel (zowel van arts als verpleegkundige) wordt altijd gerapporteerd in het dossier en gemeld bij de behandelend arts, los van functie, omdat iedereen zijn/haar eigen achtergrond, opleiding en expertise heeft.

### Prospectieve risico analyse

Op de SEH wordt bij de aanschaf van nieuwe materialen en apparatuur een prospectieve risico inventarisatie (PRI) gemaakt. Daarnaast worden kritische processen onder de loep genomen middels deze analyse.

### Registratie kinder/ouderen mishandeling en huiselijk geweld.

Er zijn transmurale afspraken gemaakt om kinder/ouderen mishandeling en huiselijk geweld te signaleren en te voorkomen. De overheid verplicht zorgverleners een integrale meldcode op te stellen.

Naast scholing van de SEH verpleegkundigen in het signaleren van kinder- en ouderen mishandeling, zijn er ook screenings vragen ontwikkeld die de verpleegkundigen en arts kan stellen als een kind op de SEH komt. Daarnaast bevat het medisch dossier een aantal verplichte vragen ten aanzien van kindermishandeling. Deze vragen moeten ingevuld worden bij ieder kind tot 18 jaar. Een zelfde procedure bestaat voor ouderen vanaf 70 jaar. Indien nodig volgt contact met aandachtsfunctionaris huiselijk geweld (Veilig Thuis).

Eén keer per maand vindt er een casuïstiek bespreking plaats met meerdere disciplines (o.a. kinderartsen). De SEH is hierbij vertegenwoordigd. Tijdens dit overleg worden kinderen besproken waarbij gedacht wordt aan kindermishandeling of waarover twijfel bestaat. Punten uit de commissie kindermishandeling komen aan bod op het werkoverleg van de SEH. Aandachtsfunctionaris kindermishandeling neemt de Nationaal Signaleringsinstrument Kindermishandeling (NSK) formulieren door. Positieve NSK formulieren worden besproken in de casuïstiek bespreking. Hierin staan de concrete stappen beschreven die moeten worden genomen bij (een vermoeden van) kindermishandeling.

Bij de patiënten tussen die 18 en 70 jaar is het mogelijk een screening huiselijk geweld in te vullen. Bij het vermoeden van huiselijk geweld of mishandeling helpt het formulier je ook om de stappen rondom een melding te doorlopen.

### Valbeleid

Op de SEH wordt elke patiënt gescreend op vallen, zie hiervoor het [JBZ brede valbeleid](#) en het beleid van de [SEH](#) t.a.v. vallen.

### Röntgen bespreking

Dagelijks vindt er met SEH artsen (i.o.) / arts assistenten chirurgie en traumatoloog een röntgen bespreking plaats waarin alle röntgenfoto's omtrent traumatologie worden besproken. Indien het beleid verandert n.a.v. deze bespreking wordt de patiënt meteen teruggebeld door de arts om het beleid te bespreken.

### Casuïstiek bespreking

JBZ is een ziekenhuis met vele opleidingen tot medisch specialist. Zo ook de opleiding tot SEH arts. Iedere doordeweekse werkdag vindt er een casuïstiek bespreking plaats. Deze vindt plaats op de SEH. Een SEH-arts in opleiding legt een casus voor om deze te bespreken.

Bij deze besprekingen zijn een SEH artsen, SEH artsen i.o. en verpleegkundigen aanwezig.

### Incidenten en bijna incidenten

De concrete maatregelen op het gebied van veiligheid en kwaliteit maken het zorgproces betrouwbaar. Het toetsen van veiligheid en kwaliteit zal altijd inzichtelijk zijn voor onze klanten. Daarom werken we op de afdeling met de Veilig Incidenten Melden (VIM) procedure. Deze heeft tot doelstelling dat de SEH een veilig incidenten meldsysteem heeft waar alle ongewenste gebeurtenissen, al dan niet met consequentie voor een patiënt, in kaart worden gebracht en zo nodig verbeterd.

VIM meldingen worden altijd teruggekoppeld naar de betrokkenen. Daarnaast komt VIM als agendapunt terug op het unitoverleg, en worden belangrijke zaken gecommuniceerd via kenniscafé.

### Onverwacht Ernstige Gebeurtenissen (OEG) meldingen

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft een ziekenhuisbreed kwaliteitssysteem voor het melden van een OEG. Een OEG wordt centraal gemeld bij de experts patiëntveiligheid volgens het [stappenplan](#). Vervolgens wordt een calamiteitenprocedure gestart. Deze begint met een startbijeenkomst met alle betrokkenen, management en coach/Bedrijfsmaatschappelijkwerk (BMW). In deze bijeenkomst wordt besproken of er een vermoeden is van een calamiteit en het wel/niet opstarten van een SIRE onderzoek. Indien een SIRE onderzoek noodzakelijk is, start een calamiteitenonderzoeker het SIRE onderzoek en stelt het rapport op. Na afronding wordt dit rapport ingediend bij de IGJ. Voor meer informatie, zie beleid: [calamiteitenprocedure](#) in Zenya.

### Crew Resource Management (CRM)

Alle SEH medewerkers volgen 2 keer per jaar een CRM training. Het doel van dit onderwijs is het verbeteren van de communicatie en de samenwerking van het team om zo de best mogelijke patiëntenzorg te leveren. Tijdens de training staan niet-technische vaardigheden centraal en wordt feedback gegeven volgens de CRM principes.

### Prikaccidenten

De afdeling SEH heeft in samenspraak met de dienst hygiëne, 24 uur per dag, 7 dagen per week een rol in het behandelen van medewerkers en patiënten na een [prikaccident](#) (spat of bijtongeval).

Doel is snelle behandeling om:

- Het risico op overdracht naar anderen zo klein mogelijk te maken;
- Het ontstaan van bloed overdraagbare ziektes te minimaliseren.

### Patiëntenoverdracht

SEH verpleegkundigen onderling doen de dienstoverdracht op de kamer bij de patiënt volgens het ABCDE principe en SBAR-methodiek (verpleegkundig proces).

Overdracht naar klinische afdelingen vindt plaats middels SBAR, zie [JBZ brede beleid](#) effectieve communicatie en daarbij wordt gebruik gemaakt van het SBAR overzicht in HiX.

Overdrachten en communicatie rondom patiënten vindt plaats met behulp van vastgestelde standaarden, zoals de MIST (RAV naar SEH) de ABCD principe, de SBAR methodiek en noteer en herhaal procedure.

Van patiënten die van de SEH naar huis gaan wordt altijd een digitale huisartsenbrief gemaakt en binnen 24 uur verzonden naar betreffende huisarts. De huisartsenbrief dient vrij te zijn van afkortingen, om de leesbaarheid voor de huisartsen te vergroten.

### 5.3 Protocollering en procedures

Alle (werk) processen, medische en verpleegkundige protocollen op de SEH zijn opgenomen in Zenya. Zenya is een digitale vastlegging van alle documenten en protocollen en is te vinden op intranet, [zie beleid MOI 8](#). De documentbeheerder op afdeling beheert deze protocollen. Protocollen worden iedere twee jaar op juistheid en relevantie gecontroleerd. Protocollen worden tevens geautoriseerd door een arts. Aanpassingen worden doorgevoerd.

Nieuwe ontwikkelingen en/of landelijke richtlijnen worden aangepast door de documentbeheerder, waardoor de protocollen voldoen aan de laatste ontwikkelingen. Autorisatie t.a.v. verpleegkundige protocollen gebeurt altijd door een specialist en/of SEH arts.

In het ABC boek staan alle (verpleegkundige) werkafspraken die gelden op de SEH. Het secretariaat heeft een eigen werkboek.

M.b.t. psychiatrische patiënten zijn werkafspraken gemaakt met het Centrum voor ouderen- en ziekenhuispsychiatrie, gevestigd in het JBZ (zie [ABC boek](#)).

#### Accreditatie en visitatie

JCI is een van oorsprong Amerikaanse non-profitorganisatie die wereldwijd kwaliteitsaccreditaties verleent aan zorginstellingen. Bij JCI worden zorgprocessen geëvalueerd en staat de patiënt centraal.

Om hiervoor in aanmerking te komen moet een ziekenhuis voldoen aan het '[JCI normenkader](#)' met ruim 1400 meetbare aspecten rond kwaliteit en patiëntveiligheid. Het gehele normenkader is te vinden in Zenya.

Op de SEH zijn vanaf 2015 de aanbevelingen van de JCI geïmplementeerd. De patiënten verificatie is verbeterd en er is een gestructureerde manier van communiceren geïmplementeerd. In januari 2017 heeft het Jeroen Bosch Ziekenhuis en daarmee dus ook de SEH voor het eerst de JCI accreditatie behaald. De accreditatie wordt elke drie jaar herhaald. Zo blijft het Jeroen Bosch Ziekenhuis voortdurend werken aan kwaliteit van zorg, onderzoek en onderwijs.

#### NVSHA

De SEH van het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt elke 4 jaar door de beroepsvereniging voor NVSHA gevisiteerd. Kwaliteitsvisitatie is een intercollegiale toetsing op locatie waarbij het professioneel functioneren van een vakgroep wordt beoordeeld op basis van een bepaald visitatiemodel.

### 5.4 De rol van dagcoördinator en triagist.

#### Dagcoördinator

Coördineren is het op elkaar afstemmen van verschillende vormen van zorg rond de zorgvrager. De coördinatie is gericht op het bewaken van continuïteit van de verpleegkundige zorg.

Gedurende elke dienst is verpleegkundige verantwoordelijk voor de haar/hem toegewezen patiënten. De toewijzing gebeurt door de dagcoördinator. De SEH verpleegkundige kan geen coördinator zijn als hij een student moet begeleiden.

#### Taken coördinator

- Is aanspreekpunt voor de meldkamer.
- Is aanspreekpunt voor logistieke problemen en coördineert en bewaakt de logistieke processen.

- Is aanspreekpunt voor RAV, secretaresse, SEH-verpleegkundigen, telefonische hulpvragen en SEH-arts.
- Is het aanspreekpunt voor andere disciplines en zorgpartners. Hij/zij neemt initiatieven in het leggen van contacten met de zorgpartners met als doel de doorstroming van patiënten op de afdeling te bevorderen.
- Vormt een drie-eenheid met de coördinerend SEH-arts en triage-verpleegkundige.
- Bewaakt in overleg met triage-verpleegkundige de targettijden van de triage en onderneemt zo nodig actie.
- Trieert ambulancepatiënten.
- Coördineert patiëntenstromen in overleg met ambulancedienst, triage verpleegkundige, secretariaat en artsen.
- Wijst patiënten toe aan verpleegkundigen en specialismen.
- Zorgt voor evenwichtige verdeling van patiënten onder de verpleegkundigen.
- Stemt regelmatig af met SEH-arts. Samen met SEH-arts is de coördinator verantwoordelijk voor de doorstroom en zij bewaken samen het twee uurscriterium.
- Bewaakt de wachttijden, onderneemt acties gericht op het verkorten van wachttijden en ziet toe op het geven van juiste informatie over wachttijden aan patiënt en familie.
- Houdt toezicht op patiënten stroom.
- Zet zich niet vast aan patiënten.
- Heeft een proactieve houding (denkt vooruit).
- Schakelt zo nodig coördinerend medewerkers in.
- Informeert unithoofd/manager bedrijfsvoering bij uitzonderlijke incidenten.
- Registreert en meldt defecten aan apparatuur en materialen op de juiste plaats
- Evalueert (tussentijds) het proces met verpleegkundigen, artsen, secretariaat en legt hiervan zo nodig verslag.
- Signaleert knelpunten in personele bezetting, meldt deze en onderneemt buiten kantoortijden de nodige acties.
- De coördinator is de enige met een vaste werkplek op de SEH. Hij/zij is zichtbaar aanwezig met rood veiligheidsjasje.
- De coördinator is voorzitter van de dienststart.

#### Taken coördinator t.a.v. de overdracht:

- De coördinator zorgt ervoor dat hij/zij voor de overdracht ( 15-20 min) van alle patiënten weet wat de voortgang tav de diagnostiek en behandeling is. Vooral voor de middagoverdracht is dit van belang omdat er dan een piekbezetting bestaat.
- De coördinator vraagt bij verpleegkundigen na hoever de diagnostiek is en waar patiënt nog op wacht.( bv. CT-scan, echo).
- Is er al een bed geregeld bij evt. opname. Coördinator legt de belangrijkste informatie hierover vast in HiX. De coördinator draagt om 15.00 uur over aan zijn/haar opvolger en deze verdeelt patiënten over de nieuwe ploeg verpleegkundigen.
- De nieuwe ploeg verpleegkundigen gaat naar de afdeling en krijgt aan het bed overdracht van patiënt van zijn/haar collega.
- De coördinator is verantwoordelijk voor de dienststart en leidt deze. Aan de hand van de hulpkartaart wordt de dienststart voorbereid.

#### Taken Triageverpleegkundige

Ontvangt de patiënten uit de wachtkamer en draagt zorg voor triage binnen 10 minuten na inschrijving. De SEH verpleegkundige kan geen triagist zijn als hij een student moet begeleiden.

- Verzamelt en stelt relevante informatie vast.
- Stelt de behandelingsurgentie vast, conform de richtlijnen (NTS)
- Zet noodzakelijk diagnostisch onderzoek in gang, geeft pijnstilling (alleen indien de 10-minuten grens te handhaven is!!).
- Verstreckt de informatiefolder, u bezoek aan de spoedeisende hulp



- Schakelt indien de tien minuten grens niet gewaarborgd is een collega in die mee triert tot de grens weer haalbaar is.
- Verricht hertriage indien nodig.
- Is aanspreekpunt voor patiënten en begeleiding in de wachtkamer.
- Vormt een drie-eenheid met de verpleegkundig coördinator, en de SEH-arts.
- Zet niet op eigen initiatief patiënten binnen, bij hoge urgentie (1-2) neemt zij direct contact op met dagcoördinator die dan plek en verpleegkundige regelt. Voor directe doorstroom naar shorttrack overlegt zij met shorttrack verpleegkundige.
- Houdt het overzicht over de wachtkamer.
- Doet geen patiëntenzorg, verricht alleen hand- en spandiensten indien de situatie dat toelaat.
- Vult niet het NSK formulier in.

Alle SEH verpleegkundigen worden ingezet als triage en coördinerend verpleegkundige. In het SEH juniortraject, worden beginnend SEH verpleegkundigen hiervoor ingewerkt.

### **5.5 Beschik- en bereikbaarheid medewerkers**

Er is een actuele telefoonlijst en belboom beschikbaar op G-schijf. De secretaresse van het unitmanagement is verantwoordelijk voor het actueel houden van deze lijst. De SEH artsen hebben een eigen belboom.

Het secretariaat beschikt over een actueel rooster van dienstdoende specialisten in avond en nacht. De verantwoordelijkheid voor het op tijd aanleveren van de juiste lijst ligt bij het secretariaat van de desbetreffende polikliniek. Via MED space zijn de dienstdoende artsen inzichtelijk voor medewerkers op de werkvloer.

#### Bereikbaarheid

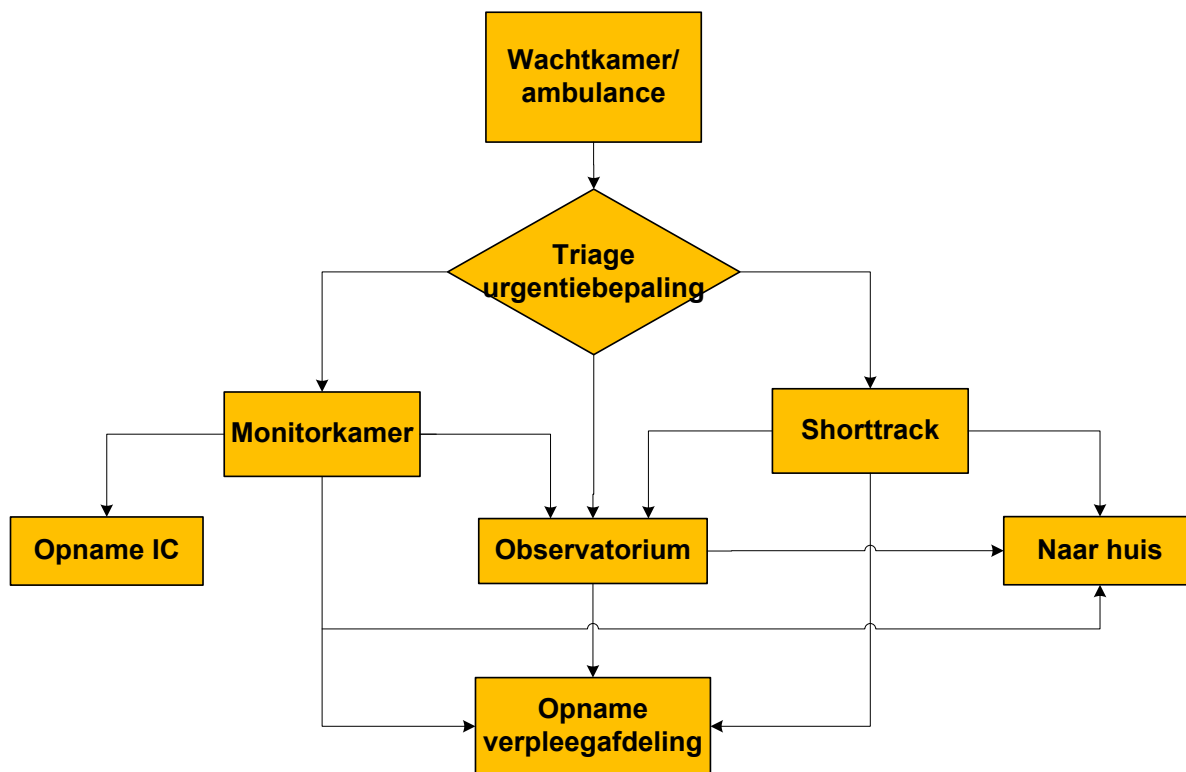
- Arts-assistenten (en co-assistenten) melden zich fysiek of telefonisch bij aanvang van de SEH-dienst bij de coördinerend SEH-arts (7800);
- De dienstdoende AIOS/ANIOS en de superviserende specialist van alle poortspecialismen (chirurgie, interne, cardiologie, neurologie, kindergeneeskunde, longgeneeskunde, orthopedie, urologie) dient bekend te zijn op de SEH en bereikbaar te zijn;
- Bij het onverwacht niet beschikbaar zijn van de ingeroosterde specialist zorgt de maatschap/vakgroep voor het vinden van een vervanger en zorgt deze ervoor dat zijn/haar sein op de SEH bekend is.

### **5.6 Patiëntenstroom**

De SEH is de afdeling van de JBZ locatie waar de eerste diagnostiek en behandeling plaatsvindt van de patiënt die acute spoedzorg nodig heeft. De SEH is 24 uur per dag, 7 dagen per week geopend. Het doel is om zo snel mogelijke de direct levensbedreigende aandoeningen te identificeren/diagnosticeren en deze te behandelen. Een ander doel is zo snel mogelijk het vervolg traject in gang te zetten voor de minder urgente zorgvragen. Er wordt zo mogelijk een diagnose gesteld of een diagnostisch traject en vervolg traject (polikliniek, retour huisarts etc.) gestart. Niet-acute behandelingen of onderzoeken dienen op de afdeling of poliklinisch plaats te vinden. Het is met nadruk dus niet het doel van het verblijf op de SEH om de patiënt volledig 'rond' te krijgen.

Per tertaal worden de cijfers ten aanzien van de doorlooptijden en productie inzichtelijk gemaakt voor alle SEH medewerkers. Elke maand krijgen de medisch managers van de poortspecialismen cijfers over de doorlooptijden van de naar hen verwezen patiënten en wordt er inzichtelijk gemaakt op welke vlakken er problemen zijn. Het streven is dat de gemiddelde doorlooptijd voor patiënten 2,5 uur is en dat patiënten maximaal 4 uur op de SEH liggen.

## Schematische weergave van patiëntenstroom SEH



De **doorstroomtijden** zijn afhankelijk van de volgende factoren. Er zijn voor sommige factoren normen gesteld en afspraken gemaakt waarop gestuurd kan worden d.m.v. het dashboard (waar *real time gegevens uit HiX gehaald worden*):

- tijd tot triage
- tijd tot plaatsen van patiënt op behandelkamer (wachtijd)
- tijd tot eerste contact met arts
- doorlooptijd
- tijd tot diagnostiek
- uitstroom
- afspraken over consulten
- supervisie voor arts assistenten
- logistiek rond follow up traject.

### Tijd tot triage

Triage tijd is het tijdstip van aankomst (melding bij de aanmeldbalie) tot het tijdstip van triage.

De tijdsnorm voor triage is 10 min. Binnen 10 minuten dienen patiënten getrieerd te zijn. Streven is om 90% van de patiënten binnen 10 minuten te triëren.

Als het nodig is wordt de tweede triage kamer gebruikt en wordt er tijdelijk door twee verpleegkundigen getrieerd. Aanvullende diagnostiek (bloedafname, röntgenaanvragen en ECG maken) wordt door de triageverpleegkundige uitgevoerd als deze daar tijd voor heeft. Het is geen noodzakelijk onderdeel van triage. Een ECG wordt bij nog aanwezige pijn op de borst of palpitations binnen 10 minuten gemaakt.

Op de SEH worden alle patiënten getrieerd volgens het Nederlands Triage Standaard. Zie [protocol Triage](#) in [Zeny](#).

Urgentie	Kans op schade	Naar binnen op behandelkamer
<b>U0</b>	Uitval ABCD – resuscitatie (reanimatie)	Direct, bij voormelding staat team gereed
<b>U1</b>	Instabiele ABCD – direct levensgevaar	10 minuten
<b>U2</b>	Bedreiging ABCD of orgaanschade	Binnen 1 uur
<b>U3</b>	Reële kans op schade/humane redenen	Binnen 2 uur
<b>U4</b>	Verwaarloosbare kans op schade	Geen afspraak
<b>U5</b>	Geen kans op schade	Geen afspraak

#### Tijd tot plaatsen van patiënt op behandelkamer = wachttijd

Wachttijd is de tijd na triage tot het tijdstip van aankomst in de behandelkamer. De wachttijd is afhankelijk van de ligduur en het aanbod van patiënten op de SEH. De zwaardere categorie patiënten worden eerder op een beschikbare kamer geplaatst en er wordt voorrang gegeven aan kinderen tot 12 jaar. Als een arts aangeeft dat hij/zij op dat moment tijd heeft voor een patiënt zal de coördinator proberen een behandelplek en verpleegkundige voor die patiënt vrij te maken, echter alleen als dit de zorg voor andere patiënten niet in gevaar brengt en met inachtneming van de wachttijden van andere patiënten.

#### Tijd tot eerste contact arts

Het tijdstip vanaf het eerste contact met een arts wordt gelogd in HiX. De urgentie categorie geeft per patiënt aan hoe snel een arts bij de patiënt aanwezig moet zijn. Zo snel mogelijk na het binnenhalen van de patiënt belt de verantwoordelijke SEH verpleegkundige de betreffende arts-assistent.

#### Behandeltijd

De behandeltijd start vanaf het moment dat de patiënt in de behandelkamer plaats neemt en loopt tot aan het moment dat de patiënt van de SEH vertrekt.

Het doel is om de gemiddelde behandeltijd op 2 uur te houden. Binnen deze tijd is aanvullend onderzoek gedaan en kan er besloten worden op welke locatie de patiënt verder verzorgd moet worden. Om de doorstroom te bevorderen hanteren wij op de SEH de volgende afspraken:

- Anamnese bij voorkeur gezamenlijk door arts-assistent en verpleegkundige;
- 60 minuten nadat patiënt in behandelkamer is vindt er een “time-out overleg” tussen arts-assistent en supervisor plaats;
- Er volgt een opname order zodra duidelijk is dat een patiënt opgenomen gaat worden op een bepaalde afdeling.

#### Doorlooptijd

De doorlooptijd start vanaf het moment dat de patiënt zich op de SEH registreert en loopt tot aan het moment dat de patiënt van de SEH vertrekt (ontslag). Er wordt gestreefd naar een maximale doorlooptijd van 4 uur.

#### Tijd tot diagnostiek

Doel: Primaire en secundaire diagnostiek is aangevraagd binnen 2 uur na binnenkomst. Indien het duidelijk is welke aanvullende diagnostiek (bloedafname, röntgenaanvragen en ECG maken) nodig is, wordt dit door de triageverpleegkundige ingezet als deze daar tijd voor heeft. Anders gebeurt dit zodra de patiënt op een behandelkamer is geplaatst. Orders van aanmelding worden gevolgd, bij afwijken alleen na contact met degene die de order aangemaakt heeft (dan belt verpleegkundige staf lid). Omdat het vaak voorkomt dat een arts na eerste beoordeling andere/meer diagnostiek nodig heeft, is het van belang dat hij/zij tijdig de patiënt beoordeeld en zo nodig nabepalingen inzet.

Met het laboratorium en radiologie zijn de volgende afspraken gemaakt:

#### Laboratorium onderzoek

- Cito bepalingen moeten volgens afspraak 1 uur na aankomst van de bloedmonsters bekend zijn. Indien er problemen zijn met de bepalingen door bv hemolytisch bloed zal het lab de SEH informeren en om een nieuw monster vragen.
- Bij acute patiënten waarbij snelle diagnostiek noodzakelijk is, denk aan bijvoorbeeld: reanimatie, trombolyse of een groot trauma, belt de SEH verpleegkundige het laboratorium om hen in te lichten.

#### Beeldvorming

- Alle conventionele röntgenfoto's worden op de SEH gemaakt.
- Alle CT-scans met spoedindicatie worden op de SEH gemaakt.
- Tijdens de aanwezigheid van de SEH-arts wordt bij optreden van een contrast reactie de SEH-arts geconsulteerd. Deze handelt dan conform [protocol](#).
- Alle spoedecho's worden na overleg en akkoord op de radiologie afdeling gemaakt behalve bij hoog-energetische trauma patiënten, instabiele patiënten of een verdenking op AAAA. De radioloog zal dan de echo op de SEH komen maken.

#### Afspraken over consulten

Op de SEH worden alleen spoedconsulten of spoed aanvragen voor medebehandeling gevraagd. Deze worden altijd telefonisch aangevraagd en er wordt een consultvel ingevuld in HiX. Het spoedconsult op de SEH moet binnen 2 uur afgerond zijn.

Als het mogelijk is wordt het consult op de afdeling gedaan waar de patiënt zal worden opgenomen.

Er wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen medebehandeling en consulten zodat er geen verwarring ontstaat over de eindverantwoordelijkheid voor een bepaald medisch probleem. Afspraken hierover liggen vast in het protocol over [hoofdbehandelaar](#).

#### Supervisie voor arts assistenten en co-assistenten

Alle poortspecialisten hebben elke dag op het rooster aangegeven wie de dienstdoende supervisor voor de SEH patiënten is. Hij/zij is beschikbaar voor tijdige supervisie. Als de supervisor onverwachts verhinderd is om beschikbaar te zijn voor de SEH (spoed OK, slecht nieuws gesprek) dan regelt hij/zij een vervanger. Bij problemen in de doorstroom van een patiënt op de SEH wordt er overlegd met de coördinerend SEH arts die de regie voert over alle patiënten op de SEH.

Er zijn werkafspraken gemaakt over de opvang (en rollen AIOS/ANIOS) van een Hoog Energetisch Trauma (HET), zie hiervoor het [traumaprotocol](#).

De co-assistent mag als eerste de stabiele patiënten beoordelen mits dat niet langer dan 30 minuten duurt. De co-assistent verricht geen intercollegiale consulten op de SEH.

Co-assistenten hechten géén gelaatsverwondingen en géén letsel bij kinderen. Iedere patiënt wordt door een assistent gezien, co-assistent kan / mag geen beleidsbeslissing nemen.

#### Logistiek rond follow up traject

Bij ontslag of opname van patiënten vindt altijd afstemming plaats tussen de verantwoordelijk SEH verpleegkundige en SEH arts. De SEH verpleegkundige ziet de patiënt als laatste en draagt zorg voor de afhandeling van het ontslag van de SEH. Indien een patiënt vanaf de SEH opgenomen moet worden in het ziekenhuis wordt er (tijdens kantooruren) contact gelegd met bureau opname. Zij is op de hoogte van het aantal beschikbare bedden. De opnamefunctionaris beslist waar de patiënt zal worden opgenomen. Buiten kantooruren is de secretaresse SEH verantwoordelijk voor het plaatsen van spoedopnames.

De arts die de patiënt op de SEH beoordeelt draagt zorg voor het patiëntendossier. De verpleegkundige van de SEH draagt de patiënt over aan de verpleegkundige van de afdeling volgens de SBAR methode. Het streven van de SEH is om met de afdelingen tot de afspraak te komen dat een patiënt binnen 30 min wordt opgehaald.

Indien een patiënt overgeplaatst moet worden naar een ander ziekenhuis wordt een medische overdracht meegegeven inclusief relevante beeldvorming. De behandelend arts is hiervoor verantwoordelijk en overlegt vooraf met de arts in het ontvangende ziekenhuis. Indien een patiënt vanaf de SEH naar huis gaat maar op controle moet komen op de polikliniek zorgt de arts ervoor dat er een order in HiX uitgezet wordt voor de poliafspraak. Deze order wordt door de SEH secretaresses verwerkt. De patiënt krijgt een brief met afspraak thuis gestuurd. Voor alle patiënten die op de SEH komen wordt direct (in ieder geval binnen 24 uur) door de arts in HiX een brief aangemaakt en verzonden naar de huisarts.

### Opnamestop

Afkondiging van een opnamestop is een intern instrument om de beperkte capaciteit zo optimaal mogelijk te benutten. Dienstdoende specialisten worden verzocht kritisch naar opname- en ontslagbeleid te kijken. Bij een opnamestop is de afspraak, dat patiënten die al onder behandeling zijn van het specialisme waarvoor ze worden ingestuurd, tóch naar het JBZ kunnen komen, waarna ze gescreend worden en daarna evt. overgeplaatst naar een ander ziekenhuis. Uitzondering betreft patiënten waarvoor het tijdsverlies niet verantwoord is (bijv. voor actilyse of trombolysie behandeling). Ten tijde van een opnamestop worden er geen overplaatsingen vanuit andere ziekenhuizen naar JBZ geaccepteerd.

### Uitstroom

Patiënten die opgenomen worden komen terecht op een klinische afdeling. Het percentage patiënten die doorstromen naar klinische afdelingen worden gemonitord en besproken in de Q-gesprekken. In sommige situaties moeten patiënten, waar het JBZ niet voldoet aan de profielen zoals benoemd in landelijk kwaliteitskader SEH, na stabilisatie doorverwezen worden.

Stabiele patiënten met akkoord van het staf lid en op basis van de werkafspraken worden proactief overgeplaatst naar de verpleegafdeling.

Basis vereisten voor overdracht van stabiele patiënt van SEH naar klinisch afdeling zijn:

1. Patiënt is op de SEH getriemd.
2. Patiënt heeft bij uitplaatsing naar de klinische afdeling stabiele controles: RR, pols, saturatie.
3. De noodzakelijke acute eerste diagnostiek heeft op de SEH plaatsgevonden. Het kan voorkomen dat aanvullende diagnostiek ook nog vanuit de klinische afdeling nodig gaat zijn. Dit wordt helder geformuleerd in de status.
4. De patiënt wordt door de arts(-assistent) op de SEH medisch overgedragen aan de arts(-assistent) die op de kliniek staat.
5. Bij beleid staat naam EN telefoonnummer van de dokter die de in de kliniek verantwoordelijk is voor de verdere afhandeling van de patiënt. Dit is ook het seinnummer waarop de verpleegkundige met vragen terecht kan.
6. Er is minimaal beleid voor het eerste uur op de klinische afdeling gemaakt. Dit kan eventueel ook zijn dat er het eerste uur geen beleid nodig is maar dat wordt dan wel expliciet zo benoemd.
7. Het verantwoordelijke staf lid is akkoord op overplaatsing.

Een half uur voor de dienstwisseling wordt er actief gestuurd op ontslag of opname patiënten in dezelfde dienst.

### Overschrijding capaciteit SEH

Wanneer het patiëntenaanbod de medische en/of verpleegkundige capaciteit overschrijdt kunnen de volgende maatregelen worden genomen:

- Verpleegkundige ondersteuning van de IC vragen
- Arts-assistent of specialist ter ondersteuning oproepen
- Opschalen middels communicator

- In uiterste gevallen een telefonische melding aan de meldkamers ambulancedienst met de afkondiging van een presentatiestop voor maximaal twee uur. Omliggende ziekenhuizen dienen hier van op de hoogte te worden gesteld.
- Het tijdstip van de presentatiestop wordt gemeld aan het unithoofd.

## **5.7 Overdracht: Procedure/afpraak dienstoverdracht**

### Dienststart

Drie keer per dag wordt er een dienststart uitgevoerd op de SEH volgens de in het JBZ opgestelde [richtlijnen](#).

### Verpleegkundige overdracht

De verpleegkundigen dragen mondeling over. De overdracht van de patiënt dient te gebeuren op de kamer van de patiënt. Het overdragen van de patiënt naar de verpleegafdelingen vindt plaats met behulp van de SBAR overdracht in HiX. De communicatiemethodieken zijn de SBAR en Noteer en herhaal. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van het ABCDE principe (primary assessment) MIST en AMPLE of CIAMPEDS. Voor meer beleid en overdrachtsthema's, zie het [JBZ brede beleid](#).

### Medische overdracht

Binnen de SEH wordt door de artsen mondeling overgedragen. Vastlegging gegevens vindt plaats in HiX. Zie verder het [JBZ brede beleid](#).

### Procedure/afspraken over overplaatsing van patiënt

Voor beleid omtrent interne overplaatsing en overdrachten, zie het [JBZ brede beleid](#) in Zenya.

Voor beleid omtrent externe overplaatsing en overdrachten, zie ook het [JBZ brede beleid](#) in Zenya.

### Medische taken t.a.v. IC patiënten op de SEH

De SEH-arts is verantwoordelijk voor de opvang en begeleiding van instabiele IC patiënten op de SEH, tot het moment dat de intensivist dit overneemt.

### Interne overplaatsing

Voor de overplaatsing van patiënten is binnen het ziekenhuis een [JBZ breed beleid](#) afgesproken.

### Externe overplaatsing

Zie JBZ brede beleid [vervoer van patiënten](#) en [externe overdracht](#).

### Verpleegkundige taken bij overplaatsing:

- inlichten patiënt
- zorgdragen voor apparatuur en infusen, op juiste wijze gefixeerd voor transport
- transport regelen naar ontvangend ziekenhuis
- zorgen voor juiste overdracht aan ambulancemedewerkers, als patiënt met ambulance vervoerd wordt
- ontvangend ziekenhuis bellen zodra patiënt vertrokken is.

### Medische taken bij overplaatsing:

- Telefonisch overleggen met ontvangend ziekenhuis en betreffende specialist, hierin juiste overdracht van medische gegevens;
- Patiënt inlichten;
- Zorg dragen voor juiste medische gegevens in het dossier/de brief die meegaat;
- Checken of alle gegevens verzameld zijn;
- Zorgen voor juiste overdracht aan ambulancemedewerkers, als patiënt met ambulance vervoerd wordt;
- Het ziekenhuis dat patiënt overplaatst, is verantwoordelijk voor juiste wijze van transport.

### **5.8 Procedure rondom overlijden en obductie**

Patiënten die door de ambulance worden binnengebracht en die al overleden zijn, hoeven niet door de arts- assistent geschouwd te worden. Het constateren van de dood mag door de ambulanceverpleegkundige gedaan worden, dus de overledene kan rechtstreeks naar het mortuarium gebracht worden. De ambulance waarschuwt het mortuarium en de GGD arts. In deze gevallen dient een niet natuurlijke dood te worden uitgesloten.

Op de SEH kan de familie van de overledene worden opgevangen in de familiekamer.

Protocollen t.a.v. overlijden zijn opgenomen in Zenya, [overlijden, zorg bij](#).

## Hoofdstuk 6. Waardering van medewerkers

### 6.1 Veiligheid

De SEH heeft ARBO- milieucontactpersonen en ergochoaches, zij maken deel uit van het JBZ-netwerk van contactpersonen en worden middels periodieke bijeenkomsten op de hoogte gehouden van de regelgeving rondom het ARBO- en milieu beleid.

Op basis hiervan voeren zij risico-inventarisaties uit op de afdeling. Indien nodig wordt een verbeterplan opgesteld. Op basis van deze risico-inventarisaties worden werkplekonderzoeken gedaan en zo nodig aanpassingen in de werkomgeving.

De afdeling beschikt over tal hulpmiddelen.

Er zijn voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar (schorten, mondklappers, spatbrillen etc.) voor de medewerkers.

#### Prikaccidenten

Het streven is om d.m.v. weinig risicovolle materialen de prikaccidenten te voorkomen.

De meldingsprocedure voor prikaccidenten is te vinden in het ABC-boek van de SEH en het protocol [prikaccidenten](#).

#### Agressie

De afdeling streeft ernaar om agressie zoveel mogelijk te voorkomen, hiertoe zijn een aantal maatregelen getroffen:

- Alle ingangen en de wachtkamer zijn voorzien van cameratoezicht.
- De sluis van de hoofdingang is handmatig te regelen.
- Het secretariaat beschikt over de mogelijkheid de beveiliging mee te laten luisteren middels een intercom.
- De balie is voorzien van een schietscherm, en er zijn knoppen aangebracht waar de beveiliging direct op reageert.
- De telefoon die elke medewerker op de SEH bij zich draagt is voorzien van een persoonlijk alarm.
- Er is van 17.00 tot 07.00 uur een beveiliging aanwezig op de SEH.
- Bij sprake van agressie dient medewerker een MIM-melding te maken.

Het unithoofd van de SEH heeft zitting in de beheersgroep agressie waar alle incidenten m.b.t. agressie besproken worden. Waar nodig worden maatregelen genomen ter voorkoming van nieuwe agressie.

Alle medewerkers van de SEH worden tweejaarlijks geschoold in het omgaan met agressie. De nadruk ligt hierbij op het voorkomen van, en het reguleren van agressie.

#### Schokkende gebeurtenissen

Medewerkers die betrokken zijn bij ingrijpende casussen op de SEH worden indien zij daar behoefte aan hebben opgevangen door het Bedrijfs Opvang Team (BOT) van de SEH of indien nodig doorverwezen naar bedrijfsmaatschappelijkwerk.

### 6.2 Medewerkerstevredenheid

Periodiek wordt er door het JBZ middels een extern bureau een medewerkerstevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Op basis van de uitkomsten hiervan worden drie verbeterpunten geselecteerd welke in het jaarplan worden opgenomen. In jaargesprekken wordt de medewerker zijn mate van tevredenheid over het werken op de SEH gevraagd.



### **6.3 Cultuur**

Tijdens de scenariotrainingen wordt CRM meegenomen om een professionele samenwerking zo veel mogelijk te bevorderen. Het geven van feedback op een professionele manier wordt gestimuleerd en is noodzakelijk voor een goede kwaliteit van zorg en samenwerking.

Indien er sprake is van ongewenste incidenten waar medewerkers bij betrokken zijn, wordt het gemeld via het MIM formulier. Op basis hiervan wordt het incident door de lijnverantwoordelijke opgepakt.

### **6.4 Teambuilding**

Jaarlijks wordt er voor het hele team medewerkers van de SEH een teambuildingsdag georganiseerd. Teamleden krijgen de opdracht om een dag te organiseren waarbinnen samenwerken centraal moet staan.

### **6.5 Communicatie**

Communicatie over verschillende onderwerpen (beleid, nieuws, materialen, etc.) vindt plaats middels Kenniscafé. Elke SEH medewerker heeft een account van het kenniscafé en is zelf verantwoordelijk voor het op de hoogte blijven van het SEH nieuws.

## Hoofdstuk 7. Waardering van klanten en leveranciers

### 7.1 Samenwerking intern

In het [ABC boek](#) SEH staan de werkafspraken beschreven met verschillende afdelingen en disciplines. Met sommige disciplines en/of afdelingen wordt op ad hoc basis overlegd.

De wederzijdse tevredenheid m.b.t. de samenwerking wordt geëvalueerd door de medewerkers met het aandachtsgebied, coördinerend medewerkers of unithoofd.

### 7.2 Samenwerking extern

#### Regionaal Ambulance Vervoer

Er vindt structureel overleg plaats met de RAV Brabant-Noord en Gelderland-Zuid.

Naast het unithoofd neemt een van de SEH-artsen hieraan deel. Van het overleg worden notulen gemaakt. Casussen die aandacht behoeven worden op ad hoc basis besproken met betrokkenen. Met beide diensten is een samenwerkingsovereenkomst gesloten.

#### Huisartsen

Het JBZ beschikt over een relatiemanager huisartsen. Zij is de intermediair tussen huisartsen in de regio en het JBZ. Vanuit de SEH en huisartsen komen verbeterpunten welke op de SEH verwerkt worden in de JBZ huisartsen werkafspraken app.

Casussen die aandacht behoeven worden op ad hoc basis besproken met betrokkenen.

#### Huisartsenpost

De huisartsenpost heeft een gezamenlijke ingang met de SEH. Samenwerkingsafspraken liggen vast in het handboek [Samen voor spoed](#).

#### Netwerk Acute Zorg Brabant (NAZB)

Twee tot driemaal per jaar vindt er overleg plaats met alle binnen de regio van het NAZB betrokken ziekenhuizen. Hierin worden samenwerkingsafspraken, innovaties, procedures e.d. besproken.

De SEH neemt deel aan de traumaregistratie welk gecoördineerd wordt door het NAZB. Daarnaast is er voor beleidszaken het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg).

#### Psychiatrie

Binnen de muren van het JBZ is een onderdeel van GGZ instelling Reinier van Arkel gehuisvest. Met deze afdeling zijn werkafspraken gemaakt m.b.t. de opvang van psychiatrische patiënten op de SEH.

#### Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR)

Met de GHOR vindt overleg plaats ten aanzien van de ZiROP-oefeningen en afspraken t.a.v. evenementen die plaatsvinden in de regio en gevolgen kunnen hebben voor de toestroom van patiënten richting SEH.

#### Politie

Het convenant "[Politie in zorginstellingen](#)" is de basis van de samenwerking met de politie.

De praktische afspraken en gedragsregels zijn hierin vastgelegd.

#### Dienst Justitiële Inrichtingen

Er zijn met de Penitiare Inrichting Vught werkafspraken gemaakt t.a.v. de omgang met gedetineerde patiënten. Zie [ABC boek](#) onder werkafspraken penitentiare inrichting Vught.

### **7.3 Rampenopvang**

Het JBZ kent een Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP). Er is een ZiROP beheerder als verantwoordelijke hiervoor aangesteld. Ten tijde van een ramp is het ZiROP handboek de leidraad waarin alle procedures en verantwoordelijkheden beschreven staan. De SEH heeft binnen het ZiROP een deelplan.

De afdeling kent een tweejaarlijkse oefencyclus, die afgesloten wordt met een rampoefening. Gedurende twee jaar worden de medewerkers opgeleid en getraind volgens de Opleiden Trainen Oefenen (OTO)-cyclus

Het ZiROP wordt na elke oefening bijgesteld.

Twee papieren versies van het ZiROP hangen op een centrale plaats op de SEH. De digitale versie is te vinden op [Zenya](#).

### **7.4 Bedrijfshulpverlening (BHV)**

Er is een instructie bedrijfshulpverlening over het handelen bij bedrijfsongevallen, waaronder brand. Deze informatie is opvraagbaar in de computer onder het programma “Noodplan JBZ”. Op de SEH werken een aantal bedrijfshulpverleners.

### **7.4 Calamiteiten**

Het ziekenhuis heeft een [noodplanboek](#) waarin de procedures staan bij situatie die zich voor kunnen doen waarbij patiënten en medewerkers zo snel mogelijk het gebouw moeten verlaten (JBZ net, incidenten en calamiteiten).

### **7.5 Patiënten tevredenheid**

Momenteel wordt er gekeken naar een passend hulpmiddel om de patiënt tevredenheid te meten. Zodra dit hulpmiddel actueel is zal dit verder in dit document worden beschreven.

### **7.6 Klachten**

Voor de SEH geldt het JBZ brede beleid t.a.v. klachten. Dit is te vinden in [Zenya](#).

## Hoofdstuk 8. Waardering van de maatschappij

### 8.1 De rechten van de patiënt

Bij de behandeling van patiënten op de SEH worden de regels van de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) gerespecteerd.

In voorkomende gevallen dat patiënt en/of familie niet in staat zijn toestemming te geven voor behandeling op de SEH, wordt altijd gestart met stabilisering dan wel behandeling van de patiënt.

### 8.2 Informeren politie en pers

De wijze waarop de politie wordt geïnformeerd is beschreven in het convenant “Politie en instellingen gezondheidszorg”.

De RvB heeft afdeling Marketing & Communicatie aangewezen als enige afdeling die persvragen coördineert en begeleidt in het ziekenhuis. De persvoorlichters van dit cluster mogen tevens als enige persberichten versturen aan regionale en landelijke media of contact met hen opnemen over bepaalde onderwerpen.

Het is medewerkers en medisch specialisten niet toegestaan om zonder overleg met de persvoorlichters met de media te praten. De reden is dat de persvoorlichters getraind zijn om met de pers te praten en weten wat er over bepaalde onderwerpen naar buiten is gebracht en welke afspraken er zijn gemaakt met interne en externe belanghebbenden. Het is in het belang van het ziekenhuis dat deze afspraak wordt nageleefd zodat het imago en de reputatie van het ziekenhuis geen schade ondervinden

### 8.3 Website

Binnen de website van het JBZ heeft de SEH een eigen pagina waarop informatie voor patiënten staat over de gang van zaken op de afdeling.

## Hoofdstuk 9. Verbeteren en vernieuwen

### 9.1 Het kwaliteitsbeleid

De RVE SEH werkt op een gestructureerde- en cyclische manier aan kwaliteitsverbetering. Om dit te bewerkstelligen beschikt de RVE SEH over een kwaliteitssysteem.

#### Projectmatig werken

Er wordt op de SEH een overwogen keuze gemaakt in het starten van projecten, kijkend naar knelpunten op de afdeling en de beleidsplannen van het RVE SEH en het ziekenhuis.

Verbeterpunten worden niet altijd door middel van een project aangepakt. Een aantal veranderingen en/of verbeteringen worden ook in de alledaagse bezigheden opgenomen. Deze worden vermeld op het kwaliteitsbord.

Er zijn verschillende criteria om voor een projectaanpak te kiezen. Deze zijn:

- Tijdsgebonden
- Multidisciplinair
- Complex
- Langdurig
- Weerstand

Er wordt gewerkt met tijdelijke projectgroepen. Deze worden bij de start van een project samengesteld en weer opgeheven als het project beëindigd is. Deze aanpak laat een effectieve, productieve en een meer resultaatgerichte aanpak van het project zien. Een ander voordeel is dat het tevens een bijdrage kan leveren aan het bevorderen van het kwaliteitsbewustzijn bij de medewerkers. Een projectgroep wordt samengesteld op basis van de kennis, invloed, draagvlak of juist de weerstand van een medewerker.

Een project wordt gestart als de opdrachtgever (manager bedrijfsvoering of unithoofd) het project heeft goed gekeurd. De projectmedewerkers voeren de inhoudelijke werkzaamheden conform de met hen gemaakte afspraken uit. De coördinerende medewerkers en het unithoofd geven indien nodig ondersteuning en hebben een coördinerende taak t.a.v. de voortgang en het te behalen resultaat. Ook kan er altijd ondersteuning gevraagd worden aan de kwaliteitsfunctionaris.

#### Kwaliteitsbord

Op de SEH hangt in de gang een kwaliteitsbord waarop zaken aangaande kwaliteit met betrekking tot de SEH worden vermeld. Denk hierbij aan de doorlooptijden en de afdelingsspeerpunten (die volgens de PDCA cyclus worden gepresenteerd). Ook kunnen verbeterinitiatieven worden beschreven op dit bord.

#### PDCA cyclus

De RVE SEH werkt op een gestructureerde- en cyclische manier aan kwaliteitsverbetering, volgens de PDCA cyclus ([beleid QPS 10](#)). In alle managementlagen van de organisatie wordt gewerkt volgens de PDCA. Zowel bestaande als nieuwe werkwijzen worden structureel aangepakt volgens deze cyclus van plannen maken (inclusief resultatenplanning), uitvoeren, evalueren/controleren en bijstellen.

Alle bestaande commissies en projectgroepen geven een voortgangsrapportage aan bij de coördinerende medewerkers met uitzondering van de VIM commissie zij doen dit volgens de PDCA methodiek.

#### Jaarplan Kwaliteit van Zorg

De kwaliteitskaders van het jaarplan zijn opgebouwd aan de hand van de programma's benoemd in de kaderbrief en bouwen voort op de strategische doelstellingen van het ziekenhuis en van de RVE SEH.

#### Q gesprekken

Iedere vier maanden vindt er een Q-gesprek plaats aan het management van de RVE en de Raad van Bestuur. Alle onderdelen opgenomen in het jaarplan worden hierin beschreven volgens de PDCA methodiek. Afwijkingen op vooraf gestelde doelstellingen worden aan de hand van deze rapportage geanalyseerd en zo nodig bijgestuurd. Gedurende het jaar worden de van tevoren vastgestelde indicatoren gemonitord. De Q-rapportage wordt geschreven door de kwaliteitsfunctionaris.

## **Verantwoordelijkheden**

### RVE management

Het management van de SEH is verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid op hun afdeling. Zij zijn zich bewust dat hun eigen visie op kwaliteit, het kwaliteitsbeleid en hun kwaliteitsbewustzijn, het denken van het team beïnvloed. Zij hebben een coachende, ondersteunende en voorwaardenscheppende taak naar de medewerkers toe om kwaliteitsverbeteringen uit te kunnen voeren. Tevens zijn zij eindverantwoordelijk voor de voortgang en het bereiken van het vooraf vastgesteld doel van een project. Het unithoofd is op de hoogte van het verloop van een projectproces op zijn afdeling. Door overlegmomenten vindt er een goede communicatie plaats tussen het unithoofd en de medewerkers.

### Kwaliteitsfunctionaris

De RVE SEH beschikt over een kwaliteitsfunctionaris, welke wordt vervuld door twee SEH verpleegkundigen. Zij zijn de contactpersonen tussen de manager bedrijfsvoering, de RVE SEH, de andere RVE's in het JBZ en stafafdeling Kwaliteit en Veiligheid, betreffende het onderwerp kwaliteit. De kwaliteitsfunctionaris ondersteunt de RVE SEH bij de uitvoering van verbetertrajecten ter bevordering van de kwaliteit. Uitgangspunt hierbij is dat zij verantwoordelijk zijn voor een methodische en procesmatige aanpak. Zij stimuleren en motiveren de afdeling tot het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg en de daarbij komende processen. Zij hebben een signalerende en adviserende taak op het gebied van kwaliteit. De kwaliteitsfunctionaris staat onder lijnverantwoordelijkheid van de manager bedrijfsvoering.

### Stafafdeling Kwaliteit en Veiligheid

Kwaliteit en Veiligheid (K&V) werkt als een zelfstandige eenheid binnen het ziekenhuis. De adviseurs leveren advies, ondersteuning en indien nodig begeleiding op het gebied van organisatie-, beleidsontwikkeling en kwaliteitszorg. Afdeling K&V levert een accounthouder, die namens het onderdeel kwaliteit deelneemt aan de Q-gesprekken met de Raad van Bestuur.

### Kwaliteitsindicatoren IGJ

De manager bedrijfsvoering en medisch manager zijn verantwoordelijk voor het jaarlijks aanleveren van de benodigde gegevens. De kwaliteitsfunctionaris ondersteunt en faciliteert professionals en het management hierbij. Zij heeft daarbij een coördinerende rol. Het aanleveren van deze gegevens vindt 1 keer per jaar plaats.

### Veiligheid management systeem (VMS) / ziekenhuisbrede indicatoren

De ziekenhuisbrede indicatoren zijn vastgesteld door de RvB. Deze indicatoren sluiten aan op indicatoren vanuit de IGJ en van het VMS.

Deze indicatoren worden 3- maandelijks aangeleverd en opgenomen in de Q-rapportage.

### Complicatieregistratie en indicatoren Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)

Voor de SEH is er door de NVSHA maar één complicatie geïdentificeerd die in zijn geheel op de SEH te registreren is. Dat zijn complicaties tijdens Procedurele Sedatie en Analgesie (PSA). Deze worden geregistreerd in HiX.

Jaarlijks vraagt de NVSHA een aantal SEH specifieke indicatoren aan te leveren. De kwaliteitsfunctionaris levert dit in samenspraak met de medisch manager van de SEH aan.

## Lijst van gebruikte afkortingen

<b>ABCD:</b>	Airway Breathing Circulation Disability
<b>AIOS:</b>	Arts in opleiding tot Specialist
<b>AMO:</b>	Actueel Medicatie Overzicht
<b>AMPLE:</b>	Allergies-Medication-Past-Last meal-Event
<b>ANIOS:</b>	Arts niet in opleiding tot Specialist
<b>ANW:</b>	Avond-nacht-weekenduren
<b>ARBO:</b>	Arbeidsomstandigheden
<b>BBL:</b>	Beroepsbegeleidende Leerweg
<b>BHV:</b>	Bedrijfshulpverlening
<b>BIG:</b>	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
<b>BMW:</b>	Bedrijfsmaatschappelijk werk
<b>BOL:</b>	Beroeps Opleidende Leerweg
<b>BOT:</b>	Bedrijf Opvang Team
<b>BRMO:</b>	Bijzonder Resistente Micro-Organismen
<b>BSC:</b>	Bossche Specialisten Coöperatie
<b>BSN:</b>	Burgerservicenummer
<b>CIAMPEDS:</b>	Chief Complaint – Immunization and Isolation – Allergies – Medications – Past – Event – Diet and Diapers - Symptoms
<b>COW:</b>	Computer op Wielen
<b>CRM:</b>	Crew Resource Management
<b>CT:</b>	Computertomografie
<b>CZO:</b>	College Zorg Opleidingen
<b>DOT:</b>	Dienst ondersteunende taken
<b>ECG:</b>	Electrocardiogram
<b>EPD:</b>	Electronisch Patiënten Dossier
<b>FTE:</b>	Fulltime-equivalent
<b>GGD:</b>	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
<b>GHOR:</b>	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
<b>HAP:</b>	Huisartsenpost
<b>HBO:</b>	Hoger beroepsonderwijs
<b>HiX:</b>	Healthcare Information eXchange, elektronisch patiëntendossier
<b>IC:</b>	Intensive Care
<b>ICT:</b>	Informatie- en Communicatietechnologie
<b>IGJ:</b>	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
<b>INK:</b>	Instituut Nederlandse Kwaliteit
<b>JBZ:</b>	Jeroen Bosch Ziekenhuis
<b>JCI:</b>	Joint Commision International
<b>KNMG:</b>	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
<b>KNO:</b>	Keel-Neus-Oor
<b>K&amp;V:</b>	Kwaliteit & Veiligheid
<b>LPB:</b>	Leerproces Begeleider

<b>MBO:</b>	Middelbaar Beroeps Ondewijs
<b>MIM:</b>	Melding Incident Medewerker
<b>MIST:</b>	Mechanism of Injury – Injuries found and suspected – Signs – Treatment given
<b>MM:</b>	Medisch Manager
<b>NSK:</b>	Nationaal Signaleringsinstrument Kindermishandeling
<b>NTS:</b>	Nederlands Triage Standaard
<b>NVSHA:</b>	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen
<b>NVSHV:</b>	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
<b>OEG:</b>	Onverwacht Ernstige Gebeurtenis
<b>OTO:</b>	Opleiden trainen en oefenen
<b>PDCA:</b>	Plan Do Check Act
<b>PEWS:</b>	Pediatric Early Warning Score
<b>PKKK:</b>	Productie, kwaliteit van zorg, kwaliteit van arbeid en kosten
<b>PRI:</b>	Prospectieve Risico Inventarisatie
<b>PSA:</b>	Procedurele Sedatie en Analgesie
<b>RAV:</b>	Regionale Ambulancevoorziening
<b>RvB:</b>	Raad van Bestuur
<b>RVE:</b>	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
<b>SBAR:</b>	Situation Background Assessment Recommendation
<b>SEH:</b>	Spoedeisende Hulp
<b>SIRE:</b>	Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
<b>SIT:</b>	Spoedinterventie team
<b>UH:</b>	Unithoofd
<b>UMC:</b>	Universitair Medisch Centrum
<b>VGN:</b>	Verenigde Gipsverbandmeesters Nederland
<b>VIM:</b>	Veilig Incidenten Melden
<b>VMS:</b>	Veiligheidsmanagementsysteem
<b>VTGM:</b>	Voor Toediening Gereed Maken
<b>WGBO:</b>	Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst
<b>ZiROP:</b>	Ziekenhuis Rampen Opvangplan