



Kwaliteitsstandaard intramurale spoedzorg

Concept, december 2017

Inhoud

Inleiding	3
Aanleiding	3
Doel	3
Afbakening.....	3
Voor wie is de standaard bedoeld?	4
Hoe is de standaard tot stand gekomen?	4
Module 1. Basiseisen.....	6
Inleiding	6
Literatuur	6
Conclusies.....	8
Overwegingen	8
Aanbevelingen.....	9
Referenties	10
Module 2. Triage	11
Inleiding	11
Literatuur	11
Conclusies.....	14
Overwegingen	14
Aanbevelingen.....	15
Referenties	15
Module 3. Overdracht	16
Inleiding	16
Literatuur	16
Conclusies.....	17
Overwegingen	17
Aanbevelingen.....	18
Referenties	18
Module 4. Beschikbaarheid en maximale wachttijd diagnostiek.....	19
Inleiding	19
Literatuur	19
Conclusies.....	19
Overwegingen	20
Aanbevelingen.....	20
Referenties	20
Module 5. Regievoering en verantwoordelijkheid.....	21

Inleiding	21
Literatuur	21
Conclusies	22
Overwegingen	22
Aanbevelingen	22
Referenties	23
Module 6. Pijn.....	24
Inleiding	24
Literatuur	24
Conclusies	27
Overwegingen	27
Aanbevelingen	27
Referenties	28
Module 7. Verwarde patiënt	29
Inleiding	29
Literatuur	29
Conclusies	30
Overwegingen	31
Aanbevelingen	31
Referenties	31

Inleiding

Aanleiding

In de huidige situatie is sprake van grote variatie als het gaat om de organisatie van de afdelingen spoedeisende hulp (SEH's) in Nederland. Voor zes complexe spoedstromen (buikaneurysma, acuut myocardinfarct, beroerte, multitrauma, heupfractuur en geboortezorg) zijn activiteiten ondernomen om de organisatie en de kwaliteit van deze specifieke spoedstromen in Nederland verder te optimaliseren (Spoed moet goed: Indicatoren en normen voor zes spoedzorgindicaties, ZINL 16 december 2015). Voor de grootste stroom patiënten die zich presenteert op de SEH, die niet past binnen een van de zes complexe spoedstromen, worden geen kwaliteitseisen geformuleerd. Verder is het ook niet altijd duidelijk wat de minimale eisen zijn die gesteld kunnen worden aan het personeel op de SEH, zowel met betrekking tot opleiding als ervaring als met betrekking tot verantwoordelijkheden. Om de landelijke variatie in kwaliteit te beperken is het van belang om aanbevelingen te formuleren waar de zorg op de SEH aan zou moeten voldoen. Op het gebied van organisatie, voorzieningen en doorlooptijden. De zorg wordt beschreven vanaf het moment waarop de patiënt binnenkomt op SEH of acute-opname-afdeling (AOA) tot ontslag naar huis, tot overdracht naar een ander ziekenhuis of tot maximaal 24 uur na aankomst (ook bij overdracht naar een andere afdeling).

Wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen kunnen deze aanbevelingen verwerken in checklists of indicatoren (bijvoorbeeld voor kwaliteitsvisite), waarmee implementatie en borging vorm krijgen. Dit document vormt een verdieping van het document Kwaliteitskader Spoedzorgketen, wat door een groot aantal koepelorganisaties is ontwikkeld op initiatief van het Zorginstituut Nederland, en met ondersteuning van het LNAZ (Landelijk Netwerk Acute Zorg) en SIRM (Strategies in Regulated Markets). Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen richt zich op de kwaliteit van de spoedzorg die zorgverleners in ketenverband leveren en beschrijft de normen, richtlijnen en aanbevelingen voor de samenwerking van de schakels in de keten.

Deze twee documenten dragen bij aan de integrale samenwerking die nodig is op de SEH, zodat de patiënt de beste kwaliteit van zorg ontvangt. Op deze wijze wordt de aansluiting tussen de prehospital fase en de SEH bevorderd, doordat bekend is wat zorgverleners en patiënten kunnen verwachten. Dit is belangrijk om ervoor te zorgen dat de patiënt met een specifieke zorgvraag tijdig op de juiste plek terecht komt (voorkomen ondertriage) en dat patiënten met een nog onduidelijke zorgvraag niet ten onrechte naar een gespecialiseerde spoedzorgafdeling wordt gebracht (overtriage).

Doel

Deze kwaliteitsstandaard intramurale spoedzorg richt zich op de organisatie van de spoedeisende hulp binnen de Nederlandse ziekenhuizen. De kwaliteitsstandaard geeft aanbevelingen met betrekking tot minimale eisen waaraan een SEH moet voldoen om zorg te kunnen bieden aan de patiënt die op de spoedeisende hulp binnen komt met een nog onduidelijke zorgvraag.

Afbakening

Deze kwaliteitsstandaard is gericht op alle patiënten die binnenkomen op de SEH zonder duidelijke diagnose en dus niet direct te plaatsen zijn in een van de complexe spoedstromen. Dit gaat om 90% van de jaarlijks twee miljoen SEH-bezoeken. Van deze twee miljoen patiënten is ongeveer 60-75% verwezen en komt 25-40% zonder verwijzing. Met de SEH wordt de afdeling bedoeld waar patiënten worden opgevangen die met spoed medische zorg nodig hebben, dit kan in ziekenhuizen ook bijvoorbeeld een acute opname afdeling zijn. De zorg wordt beschreven vanaf het moment waarop de patiënt binnenkomt op SEH of acute-opname-afdeling (AOA) tot ontslag naar huis, tot overdracht naar

een ander ziekenhuis of tot maximaal 24 uur na aankomst (ook bij overdracht naar een andere afdeling).

Bij alle modules is door de werkgroep besproken of er specifieke aanbevelingen nodig zijn voor twee kwetsbaardere groepen: kinderen en ouderen. Een steeds groter aandeel van de SEH-patiënten zijn de ouderen (>65 jaar), hierbij is in veel gevallen sprake van multimorbiditeit en polyfarmacie. Ongeveer 20% van deze patiënten wordt binnen 30 dagen opnieuw gezien op de SEH. Binnen deze patiëntengroep is het van groot belang om de zorg multidisciplinair aan te bieden om zo de zorg kwalitatief beter, relevanter en doelmatiger te maken.

In deze kwaliteitsstandaard wordt de huisartsenpost (HAP) buiten beschouwing gelaten.

In de standaard komen de volgende onderwerpen aan de orde

- Basiseisen
- Triage
- Overdracht
- Beschikbaarheid en maximale wachttijd diagnostiek
- Regievoering en verantwoordelijkheid
- Pijn
- Verwarde patiënt

Voor wie is de standaard bedoeld?

De standaard is bestemd voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de spoedeisende hulp. Dit betreft primair alle SEH-artsen en medisch specialisten die betrokken zijn bij de spoedeisende zorg in de Nederlandse ziekenhuizen. Maar ook andere beroepsgroepen die betrokken zijn bij de intramurale spoedzorg (verpleegkundigen, ketenpartners) worden als belangrijke gebruikers gezien. De werkgroep dat er tijd nodig is voor implementatie, ieder ziekenhuis zal een aantoonbaar implementatietraject moeten opstellen.

Hoe is de standaard tot stand gekomen?

Het initiatief voor deze standaard is afkomstig van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Tegelijkertijd was er een initiatief van de SEH-artsen KNMG (NVSHA) om een standaard voor de spoedeisende hulp op te stellen, deze beide trajecten zijn daarom gecombineerd in dit kwaliteitskader. Er werd aandacht besteed aan het patiënten perspectief door een afgevaardigde van de Patiëntenfederatie Nederland in de werkgroep op te nemen. Daarnaast is gebruik gemaakt van informatie uit het rapport: <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/spoedzorg/ervaringen>.

De werkgroep bestond uit:

- Drs. S.J. Huisman (voorzitter), Nederlands Internisten Vereniging (NIV)
- Dr. D. den Hartog (vicevoorzitter), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
- Prof. Dr. H.A.H. Kaasjager, Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- M. ten Horn, Patiëntenfederatie Nederland
- Dr. N. Hoogerwerf, Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
- Drs. H. Stokvis, Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
- Dr. K. Jellema, Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Dr. N. van Mello, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

- Dr. J Zewald, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA)
- Drs. M. Gaakeer, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) tot augustus 2017
- Dr. H. Ticheler, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) vanaf augustus 2017
- Dr. S. Berben, Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)
- Prof. Dr. M. Schalij, Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC)
- Dr. W.E. Huetting, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH)
- Dr. B.J.H.B. de Pont, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Drs. L.F.M. Beenen, Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR)
- Mw. W.M.E. Bil, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Drs. P. G. Valerio, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)

Module 1. Basiseisen

Inleiding

Op de spoedeisende hulp komen patiënten met zeer uiteenlopende klachten en aandoeningen. Een belangrijk aspect van het werken op een SEH is daarom het kunnen herkennen van patiënten die echte spoedeisende zorg nodig hebben. Door op de eerste signalen van klinische achteruitgang te reageren, wordt de kans op overleven vergroot. Een vitaal bedreigde patiënt is een patiënt waarbij één of meer vitale orgaanfuncties, zoals ademhaling, circulatie en bewustzijn, zodanig verstoord zijn dat zij dreigen te falen. Patiënten met bedreigde vitale functies hebben passende zorg nodig om vermijdbare schade en potentieel overlijden te voorkomen.

Literatuur

Er is geen systematische literatuursearch en -analyse gedaan voor dit onderwerp. De aanbevelingen zijn gebaseerd op bij de werkgroep bekende richtlijnen en leidraden en binnen de beroepsgroep gangbare afspraken, aangevuld met de expert opinion van de werkgroepleden.

Samenvatting literatuur

Rapport Breedveld

In 2009 verscheen het rapport “Spoedeisende hulp: vanuit een stevige basis” van de commissie Breedveld. In dit rapport worden eisen beschreven waaraan SEH’s zouden moeten voldoen, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen complete SEH’s in universitaire centra, profiel-SEH’s in ziekenhuizen met afdelingen voor gespecialiseerde zorg in de achtervang, en basis-SEH’s die in principe bedoeld zijn voor reanimatie, stabilisatie en behandeling van laagcomplex maar veel voorkomende acute problemen. Voor artsen werkzaam op een SEH met een basisniveau beveelt de commissie aan: “De arts werkzaam op de SEH heeft ervaring met spoedeisende hulpverlening en is in staat om bij patiënten van alle leeftijden:

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

Het rapport Breedveld benoemt als mogelijke trainingen met geschikte eindtermen de Advanced Life Support en de Advanced Pediatric Life Support conform de richtlijnen van de ERC/NRR, en Advanced Trauma Life Support (ATLS) en Early Management of Severe Trauma (EMST).

Verder beveelt de commissie Breedveld aan dat in het ziekenhuis gedurende de openingstijden van de SEH een arts aanwezig is die direct een luchtweg kan zekeren en een reanimatie kan uitvoeren, en dat deze arts binnen maximaal 5 minuten aanwezig is aan het bed van de patiënt.

Voor de SEH-verpleegkundige beveelt het rapport Breedveld aan:

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

- Triage uit te voeren; het dynamische proces om tot urgentiebepaling te komen en een vervolgtraject te indiceren;
- Ondersteuning te verlenen bij interventies (of deze in te zetten) gericht op stabilisatie en herstel van vitaal bedreigde lichaamsfuncties;

- Aanvullend onderzoek en behandeling in te zetten volgens richtlijnen en protocollen
- Zorgtoewijzing te verlenen; inzet andere disciplines volgens protocol of in opdracht SEH-arts (coördinatie).”

Opleidingen en trainingen die leiden tot een bekwaam en daarmee bevoegd SEH-verpleegkundige op het gebied van het klinisch handelen op de SEH zijn volgens het rapport Breedveld:

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

Rapport Gezondheidsraad De basis moet goed

In 2012 bood de Gezondheidsraad het advies “De basis moet goed. Kwaliteit van een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk” aan de minister (Gezondheidsraad, 2012). Dit advies borduurt voort op het rapport Breedveld en richt zich met name op organisatie van de keten en op de achtervang in ziekenhuizen met een basis-SEH. De organisatie van de keten komt aan bod in het LNAZ-traject.

De Gezondheidsraad beveelt met betrekking tot deze achtervang aan dat de een arts werkzaam op de SEH, indien nodig, binnen korte tijd kan beschikken over de volgende specialismen: gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie en radiologie.

Bij een kind met een mogelijk interne aandoening moet snel een kinderarts aanwezig kunnen zijn. Bij kinderen die jonger zijn dan een jaar moet ook bij andere aandoeningen de kinderarts geraadpleegd worden. Dit dient tevens te gebeuren als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat.

Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

De wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (Staatsblad, 2013) geeft aan dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor een lokaal protocol (meldcode) met betrekking tot signalering en hantering van kindermishandeling en huiselijk geweld, en voor scholing van zorgverleners in het gebruik van de meldcode.

De meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld is een uitgave van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG, 2014). De geactualiseerde versie is in werking getreden op 22 april 2014.

Ook op de SEH is de meldcode kindermishandeling van kracht, deze betreft signalering, vaststelling en aanpak van kindermishandeling en de omgang met dossiergegevens. De code beschrijft stapsgewijs hoe de arts met vermoedens van kindermishandeling omgaat. De volgorde van het stappenplan is niet dwingend. Wel moet de arts alle stappen doorlopen of overwegen voordat hij besluit om een melding te doen. Soms ligt het voor de hand direct in gesprek te gaan, soms is het beter eerst advies te vragen aan Veilig Thuis. Bij specifieke vormen van kindermishandeling moet het stappenplan soms nader worden ingekleurd, zoals bij eengerelateerd geweld of vrouwelijke genitale verminking. Volgens het stappenplan is het (anoniem) vragen van advies aan Veilig Thuis in alle gevallen verplicht. Artsen en anderen met een beroepsgeheim hebben op grond van art. 5.2.6 Wmo 2015 een meldrecht. Zij mogen aan Veilig Thuis zonder toestemming van degene die het betreft gegevens verstrekken, als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken.

Als volwassen patiënten met ernstige psychische problemen, tentamen suïcidii, drugs- of alcoholintoxicatie worden gezien op de SEH en bij volwassen patiënten die slachtoffer zijn van huiselijk geweld is de zgn. Kindcheck verplicht. Hierbij dient de betrokken hulpverlener na te gaan of de volwassen patiënt verantwoordelijk is voor de verzorging of opvoeding van minderjarigen en te handelen in het belang van de veiligheid en de gezonde ontwikkeling van deze minderjarigen. Bij twijfels over veiligheid bij kinderen worden de stappen van de meldcode doorlopen, zodat verder onderzoek plaatsvindt en zo nodig voor passende hulp gezorgd kan worden.

De aanpak bij volwassenengeweld is vergelijkbaar met die van kindermishandeling maar verschilt op het punt van informatieverstrekking aan derden zonder toestemming. Weigert een volwassen slachtoffer van huiselijk geweld weloverwogen om toestemming te geven voor gegevensverstrekking en zijn bij dat geweld géén kinderen betrokken, dan is vanuit de optiek van het beroepsgeheim van de arts en het zelfbeschikkingsrecht van de volwassene, meer terughoudendheid geboden dan wanneer het om kindermishandeling gaat.

Handvest Kind en Ziekenhuis

Het Handvest Kind & Ziekenhuis is in 1988 opgesteld door de European Association for Children in Hospital (EACH) waar Stichting Kind en Ziekenhuis deel van uitmaakt en is onderschreven door tal van organisaties, waaronder de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de NVK (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde) en V&VN Kinderverpleegkunde. Het handvest is in overeenstemming met het Verdrag inzake de Rechten van het Kind (VRK) welke in 1989 is aangenomen door de Verenigde Naties en sinds 1995 van kracht is in Nederland. Een aantal artikelen die ook voor de behandeling van kinderen op de SEH gelden zijn:

- Kinderen hebben het recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben (Artikel 2);
- Kinderen en ouders hebben recht op alle informatie die noodzakelijk is voor het geven van toestemming voor onderzoeken, ingrepen en behandelingen (Artikel 5);
- Kinderen worden niet samen met volwassenen verpleegd (Artikel 6);
- Kinderen worden behandeld en verzorgd door medisch verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid (Artikel 8).

Conclusies

Op basis van deze documenten kan een aantal basiseisen en competenties benoemd worden waar alle SEH's aan moeten voldoen. In dit kader worden zal de aandacht uitgaan naar de competenties. Daarnaast is aandacht voor mishandeling, van zowel kinderen als volwassenen.

Overwegingen

Deskundigheidseisen

In grote lijnen kan de werkgroep de aanbevelingen van de adviesrapporten onderschrijven. Het onderscheid in drie typen SEH zoals aanbevolen in het rapport Breedveld is niet formeel geëffectueerd. Desalniettemin komt het zogenaamde basisniveau overeen met het type zorg waar dit document over gaat. De werkgroep heeft de adviezen grotendeels overgenomen, waarbij de aanvulling gegeven wordt dat de deskundigheidseisen met name gelden voor degene die de verantwoordelijkheid heeft over de klinische besluitvorming (zogenaamde 'medisch beslissers'), en niet (altijd) voor bijvoorbeeld A(N)IOS.

Doorlooptijden

De werkgroep is van mening dat het niet mogelijk is om algemeen geldende maximale doorlooptijden te benoemen voor de ongedifferentieerde SEH-zorg. Voor specifieke patiëntengroepen zijn vaak al

maximale tijden afgesproken (bijvoorbeeld door-to-needle-time bij herseninfarct). De werkgroep vindt wel dat iedere SEH zicht moet hebben op de eigen doorlooptijden en hier actief op moet sturen.

De werkgroep is van mening dat – indien de situatie het toelaat – behandeling van kinderen voorrang krijgt op die van volwassenen. Verder vindt de werkgroep het van belang dat er zicht is op de totale bedden capaciteit van het ziekenhuis. Dit zou centraal gecoördineerd moeten worden niet vanuit de SEH. Wel moet de informatie snel beschikbaar zijn voor de zorgverleners op de SEH.

Taakherschikking

Bij het overdragen van zorg, ofwel taakherschikking, naar een verpleegkundig specialist of physician assistant, gaat het om het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen, inclusief de bijhorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Het moet hierbij gaan om handelingen die op grond van de wet aan de PA of VS zijn toegekend, die vallen binnen het deskundigheidsgebied waarin de PA of VS is opgeleid, die van een beperkte complexiteit zijn, die routinematig verricht worden, waarvan de risico's te overzien zijn, en waarbij de PA of VS bekwaam is om de betreffende handeling te verrichten. De KNMG heeft in 2012 een Handreiking implementatie taakherschikking opgesteld waarin aanbevolen wordt de volgende stappen te volgen: 1. Bepaal om welke beroepsbeoefena(a)r(en) het gaat; 2. Bepaal bijdrage van de VS/PA aan het zorgproces; en 3. Bepaal welke voorbehouden handelingen zelfstandig geïndiceerd en verricht worden. De werkgroep is van mening dat dit in een lokaal protocol moet worden vastgelegd.

Aanbevelingen

Op een SEH wordt tijdens openingstijden voldaan aan de volgende basiseisen:

- Er is tenminste een arts (medisch besliser) fysiek aanwezig op de SEH met minimaal twee jaar klinische werkervaring, waarvan tenminste één jaar poortspecialisme, en die – in het geval van een A(N)IOS - bekwaam geacht wordt door zijn supervisor.
- Alle patiënten worden getrieerd door een SEH-verpleegkundige en medisch opgevangen door een arts die voldoet aan bovenstaande eisen.
- Deze arts is aantoonbaar competent in de opvang van de vitaal bedreigde patiënt, en heeft minimaal twee van de internationaal erkende cursussen (bijvoorbeeld ATLS, ALS, en in het geval kinderen ook APLS) of gelijkwaardig, met voldoende resultaat afgelegd.
- In het ziekenhuis is gedurende de openingstijden van de SEH een arts aanwezig is die direct een luchtweg kan vrijmaken en een reanimatie kan uitvoeren, deze arts is binnen maximaal 5 minuten aanwezig aan het bed van de patiënt.
- Van de specialismen gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie, radiologie, psychiatrie en longziekten kan een arts binnen 30 minuten aanwezig zijn op de SEH.
- Van ieder specialisme is altijd een arts direct bereikbaar voor telefonisch overleg.
- Er is op SEH's minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige aanwezig; bij grotere SEH's zijn naar verhouding voldoende gediplomeerde SEH-verpleegkundigen aanwezig. Deze verpleegkundig heeft tenminste de volgende cursussen gevolgd: Trauma Nursing Core Course (TNCC) of gelijkwaardig en Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC) of gelijkwaardig.
- Als sprake is van taakherschikking heeft de SEH een protocol waarin de verantwoordelijkheden van een physician assistent en/of verpleegkundig specialist zijn vastgelegd.

Crew Resource Management (CRM) is tenminste eens per twee jaar een vast onderdeel van de training van alle artsen en verpleegkundigen werkzaam op de SEH.

Monitor de doorlooptijden, waarbij tenminste inzicht is in de volgende tijden:

- tijd tot triage
- tijd tot contact met arts
- tijd tot start en afronding consult
- tijd tot afronding aanvullende diagnostiek
- tijd tot opname/ontslag van de SEH
- patiëntenstop

Bespreek de doorlooptijden regelmatig. Zorg voor aantoonbaar beleid om te sturen op (mediane) doorlooptijd en patiëntenstop.

Informeer patiënten over de verwachte duur en de reden van wachten.

Indien mogelijk krijgen kinderen voorrang voor behandeling.

Bij de behandeling, verpleging en bejegening van kinderen is het Handvest Kind & Ziekenhuis leidend. Voor de SEH betekent dit o.a. dat

- Kinderen, waar mogelijk, zo snel mogelijk worden gescheiden van volwassen patiënten en in ieder geval niet worden verpleegd in een ruimte met volwassen patiënten
- Kinderen te allen tijde recht hebben op de aanwezigheid van hun ouders/verzorgers
- Kinderen en ouders recht hebben op informatie. De informatie wordt aangepast aan leeftijd en bevattingvermogen van het kind
- Kinderen worden behandeld en verzorgd door medisch verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid

Maak een lokaal protocol voor signalering en hantering van kindermishandeling en huiselijk geweld (waaronder ook ouderenmishandeling), geënt op de KNMG meldcode.

Doe bij volwassen patiënten met ernstige psychische problemen, tentamen suïcidii, drugs- of alcoholintoxicatie en bij volwassen patiënten die slachtoffer zijn van huiselijk geweld de Kindcheck.

Zorg dat de bedden capaciteit te allen tijde inzichtelijk is voor de SEH.

Referenties

- Rapportage werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. Prof. Dr. F. C. Breedveld, voorzitter werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp. Oktober 2009.
- De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. Gezondheidsraad, Februari 2012
- Wet van 14 maart 2013. Staatblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Jaargang 2013. 142. Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Het Handvest Kind & Ziekenhuis. European Association for Children in Hospital (EACH). 1988. De handvesten zijn in overeenstemming met het Verdrag inzake de Rechten van het Kind (VRK) welke in 1989 is aangenomen door de Verenigde Naties en sinds 1995 van kracht is in Nederland.
- Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken. KNMG, V&VN, NAPA. 2012
- Kindermishandeling en huiselijk geweld. KNMG-meldcode. KNMG voor verantwoorde medische zorg. In werking getreden op 22 april 2014. Per september 2015 een tekstuele herziening. De eerdere versie was van maart 2012.

Module 2. Triage

Inleiding

Momenteel worden op SEH's in Nederland verschillende triagesystemen (of geen triagesystemen) toegepast. De systemen die in Nederland het meest gebruikt worden zijn het Manchester Triage System (MTS), de Emergency Severity Index (ESI) en de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Internationaal is daarnaast de Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) veel gebruikt. Het is echter nog onduidelijk wat de waarde van de verschillende triagesystemen is, en welke competenties nodig zijn om een goede triage te kunnen doen.

Literatuur

In de databases Medline (via OVID), Embase (via Embase.com) en de Cochrane Library (via Wiley) is op 20 februari 2017 met relevante zoektermen gezocht naar systematische reviews en RCT's verschenen vanaf 2000. De zoekverantwoording is weergegeven onder het tabblad Verantwoording. De literatuurzoekactie leverde 1.928 treffers op (325 mogelijke systematische reviews en 1603 mogelijke RCT's). Vanwege het grote aantal hits is alleen de literatuur vanaf 2011 geselecteerd. De adviseur heeft op basis van titel een eerste selectie gemaakt van 113 artikelen (19 systematische reviews en 94 RCT's). Vervolgens is door het werkgroep lid een selectie gemaakt op basis van titel en abstract van 13 mogelijke systematische reviews en 26 mogelijke RCT's. Studies werden geselecteerd op grond van de volgende selectiecriteria: evaluatie van een triagesysteem of van uitvoering van triage, algemene SEH-populatie, gebruik triage op de SEH. Aanvullend is gekeken of er in de titels van vóór 2011 artikelen zaten die triagesystemen op de SEH hebben onderzocht in de Nederlandse situatie en die niet in geselecteerde systematische reviews waren opgenomen

1. Hoe betrouwbaar en valide zijn de triagesystemen?

Manchester Triage Scale (MTS)

Het MTS werkt vanuit klachten en symptomen. Vijftig mogelijke klachten zijn er gedefinieerd waarbinnen feitelijk alle patiëntenpresentaties terugkomen. Deze patiëntenpresentaties zijn uitgewerkt in stroomschema's (flowcharts). Aanvullend beschikt het MTS over twee stroomschema's met betrekking tot grote ongevallen en/of calamiteiten. De stroomschema's leiden via discriminatoren tot een urgentietoekenning. Op basis van deze uitkomst worden de medische urgentie en inzet bepaald.

Betrouwbaarheid

Een systematische review (Parenti 2014) van studies naar validiteit en betrouwbaarheid van de MTS, includeerde twaalf studies gepubliceerd tussen 1997 en 2012. Betrouwbaarheid werd gemeten in zes studies (allemaal obv scenario's), waarvan drie Nederlands.

Interbeoordelaar betrouwbaarheid werd geclassificeerd als voldoende tot goed. Wel was er een grote variatie in uitkomsten. Eén studie testte betrouwbaarheid bij kinderen, waardoor geen conclusie getrokken kan worden.

Validiteit

In de systematische review van Parenti (2014) onderzochten acht studies validiteit (waarvan 6 Nederlands). Vijf studies betroffen de algemene populatie, 3 betroffen kinderen. Er werden verschillende referentiestandaarden gebruikt (verblijfsduur SEH, ziekenhuis-opname, mortaliteit, gebruik van middelen, triage door expert). De resultaten waren heterogeen. Er werd relatief veel ondertriage (11-25%) en overtriage (7-54%) gevonden, met name bij kinderen. Weinig studies onderzochten validiteit bij jonge kinderen en ouderen. Vanwege het hoge risico op bias en de beperkte

data concluderen de auteurs dat geen conclusie te trekken is over de validiteit voor voorspellen van de workload, en dat er te weinig studies zijn voor jonge kinderen en ouderen. Tevens dat de veiligheid van de triage met MTS beter zou moeten, door aanpassen MTS en/of door betere training (voorkomen ondertriage).

Naast de systematische review zijn nog drie individuele studies gevonden (Pinto (2012), Steiner (2016) en Zachariasse (2017)), waarvan de laatste in drie centra waarvan twee in Nederland is uitgevoerd. Zachariasse vergeleek triagegegevens van 288.663 patiënten met een 3-categorie referentiestandaard, voorspellen noodzaak ICU-opname en mortaliteit op de SEH, en heeft apart de leeftijdsgroepen <1 jaar, 1-16, 16-65, 65-80 en ≥80 jaar geanalyseerd. Er was veel variatie tussen de centra en tussen verschillende leeftijdsgroepen. Geconcludeerd werd dat de validiteit van de MTS redelijk tot goed is maar minder goed in ouderen en kinderen.

Ook Steiner (2015) en Pinto (2012) concluderen dat de MTS redelijk goed urgente patiënten en patiënten met een slechte uitkomst kunnen identificeren.

De studies die in Nederland waren uitgevoerd betroffen vooral onderzoeken van eenzelfde onderzoeksgroep naar de waarde van het MTS bij kinderen. Een deel van deze studies is in de review van Parenti opgenomen. De betrouwbaarheid van de MTS was goed (Van Veen, 2010 (in review Parenti)), de studies naar validiteit lieten vooral veel overtriage zien: 40% (Roukema, 2006) resp. 54% (Van Veen, 2008). Ondertriage kwam minder vaak voor: 12% (Van Veen, 2008) resp. 15% (Roukema, 2006), in de groep kinderen bij wie IC-opname nodig was zelfs in 28,7% (Zachariasse, 2016).

Nederlandse Triage Standaard (NTS)

De NTS is een triagesysteem bedoeld voor de keten acute zorg (SEH-verpleegkundigen, triagisten op huisartsenposten en centralisten op de meldkamers van de ambulancezorg). Afhankelijk van het toestandsbeeld van de patiënt worden de volgende vijf stappen doorlopen: 1. ABCD-veilig checken, 2. Ingangsklacht vaststellen, 3. Urgentie bepalen, 4. Vervolgactie bepalen, 5. Instructies en advies geven. Er zijn geen studies gevonden naar de betrouwbaarheid en validiteit van de NTS. Wel is op latonatrainingen.nl een onderzoeksrapport uit 2009 gepubliceerd (Wetenschappelijk onderzoek Nederlands Triagesysteem, uitgevoerd door IQ healthcare en het Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis). Dit onderzoek naar betrouwbaarheid, validiteit en gebruikerstevredenheid is uitgevoerd in vier pilotregio's in Nederland. De betrouwbaarheid van de NTS blijkt redelijk, maar lager dan die van andere triagesystemen. De specificiteit van de NTS was goed, de sensitiviteit matig. Dat betekent dat een hoge urgentie niet altijd juist wordt geclassificeerd.

Emergency Severity Index (ESI)

De Emergency Severity Index (ESI) is een 5-stappen algoritme, dat vier beslispunten bevat. Het eerste beslispunt betreft levensbedreigende situaties, het tweede betreft de hoogrisico-situaties. Het derde beslispunt besteedt aandacht aan de hoeveelheid diagnostische modaliteiten die de patiënt behoeft (bijvoorbeeld laboratorium- en röntgenonderzoek). Als laatste beslispunt wordt er gekeken naar de vitale parameters. Indien deze afwijkend zijn, wordt de patiënt in een andere urgentiecategorie geplaatst.

Betrouwbaarheid

Er zijn geen studies gevonden die de betrouwbaarheid van de ESI hebben onderzocht.

Validiteit

In een systematische review van Farrohknia zijn vijf studies opgenomen die validiteit rapporteren afgezet tegen ziekenhuisopname (Chi 2006, Wuertz 2000, Eitel 2003, Tanabe 2004, Wuertz 2001). In

alle studies wordt een significante toename in percentage ziekenhuisopnamen gezien met toenemend triagelevel.

Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)

De Canadian Emergency Department Triage Scale (CTAS) is een algemeen triagesysteem voor SEH's. Ook dit triagesysteem kent 5 urgentiecategorieën. Op basis van de presentatieklacht en bijkomende factoren zoals vitale parameters of pijn wordt een patiënt in een van de vijf urgentiecategorieën ingedeeld.

Betrouwbaarheid

Zeven studies hebben de betrouwbaarheid van de CTAS onderzocht (Dong (2006), Manos (2002), Beveridge (1999), Göransson (2005), Worster (2004), Dallaire (2012), Fernandes (2013).

Hoewel de individuele studies verschilden in grootte, methodiek (echte patiënten of scenario's) en analyse (al dan niet gewogen kappa's), was de algemene bevinding dat voor volwassen patiënten de interbeoordelaar-betrouwbaarheid van de CTAS voldoende tot goed is.

Vier studies (waarvan drie door dezelfde groep) onderzochten de interbeoordelaar-betrouwbaarheid van de CTAS voor kinderen (Gravel (2007, 2008, 2012); Bergeron (2002)). Geconcludeerd kan worden dat deze redelijk is.

Validiteit

Eén studie heeft gekeken naar de validiteit van de CTAS door vergelijking met de uitkomsten mortaliteit op de SEH en ziekenhuisopname (Dong (2007)). In een groep van 29.346 patiënten stierven 70 patiënten op de SEH, 22% van de patiënten die als level 1 geïnclassificeerd waren (OR (level 1 vs level 2-5) = 664 (95% BI 357-1233)). Van de patiënten in level 4 overleed 0.018%, in level 5 0%. De resultaten zijn niet gecorrigeerd voor leeftijd, wat de sterkste voorspeller is voor overlijden. Omdat de sterfte in level 4 en 5 zeer laag is kan de CTAS volgens de auteurs wel veilig gebruikt worden.

In twee studies van Gravel (2012, 2013) is gekeken naar de validiteit van de CTAS bij kinderen. Er was een duidelijke relatie tussen triagelevel en percentage opname, gebruik van middelen, verblijfsduur, IC-opname en percentage kinderen dat vertrok van de SEH zonder door een arts gezien te zijn. De studies van Gravel zijn gedaan op tertiaire kinder-SEH's, dus niet zonder meer extrapoleerbaar naar algemene ziekenhuizen.

2. Wat is het effect van triage op doorlooptijd en uitkomst?

Er is slechts één studie gevonden die keek naar het effect van het invoeren van een triagesysteem op doorlooptijd.

Storm-Versloot (2014) deed een voor-na-studie naar het effect van het invoeren van MTS op wachttijd, behandeltime, LOS, patiënttevredenheid en verdeling van wachttijden over triagelevels in academisch ziekenhuis (AMC) in Nederland. Er werden 906 patiënten geïnccludeerd twee jaar vóór invoering MTS, en 900 patiënten 6 maanden na invoering. Na invoering werden 310 patiënten getrieerd en 587 patiënten niet. Patiënten registreerden zelf de tijden.

Voor de hele groep patiënten werd geen verandering gezien in de wachttijd (tijd van registratie tot aan behandelkamer). Behandeltime (tijd in behandelkamer) en LOS (registratie tot ontslag of opname) namen toe. De verdeling van de wachttijden over de triagelevels werd wel beter. Slechts bij drie patiënten werd de maximale tijd tot behandeling overschreden.

Na invoering was bij de getrieerde patiënten de wachttijd tot de behandelkamer langer dan bij niet-getrieerde patiënten maar de behandeltime korter. De totale verblijfsduur was hetzelfde. Bij een hoger urgentielevel was de triagetijd langer maar de tijd tot behandeling korter.

Na invoering van het triagesysteem waren de patiënten minder tevreden over de informatieverstrekking en over de gelegenheid om hun klachten uit te leggen, maar meer tevreden over wachttijd en oplossen van het probleem. Hierin was geen verschil tussen getrieerde en niet-getrieerde patiënten.

3. Is er verschil in effect van triage tussen verschillende beroepsgroepen?

Abdulwahid (2016) deed een systematische review naar de vraag of triage door een ervaren arts meerwaarde heeft boven triage door een verpleegkundige. Gecontroleerde studies werden geïncludeerd als ze het effect van triage door een SEH-arts op variabelen zoals wachttijd, verblijfsduur, left without being seen (LWBS), left without treatment complete (LWTC), ongewenste effecten en kosten onderzochten.

Er werden 25 studies geïncludeerd. Twaalf pre-post studies (lage kwaliteit), 9 studies van matige kwaliteit en vier van hoge kwaliteit. De meeste studies lieten een verbetering zien bij triage door een SEH-arts. Over het algemeen werd een gunstig effect gezien op verblijfsduur van matig acute patiënten, een reductie in wachttijd, en minder patiënten die de SEH verlieten zonder gezien te zijn door een behandelaar. Er werd geen verschil gevonden in ongewenste voorvallen, patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit. De auteur concludeert dat triage door een SEH-arts triage kan verbeteren maar dat onderzocht moet worden of dit kosteneffectief is.

Conclusies

De werkgroep concludeert dat geen van de onderzochte triagesystemen duidelijk beter is dan de andere. De validiteit van de MTS, de ESI en de CTAS afgezet tegen proxy-variabelen is redelijk, de interbeoordelaar-betrouwbaarheid van de MTS en de CTAS is redelijk tot goed. Over de NTS zijn geen betrouwbare conclusies te trekken.

Het invoeren van MTS heeft geen gunstig effect op wachttijd, verblijfsduur en patiënttevredenheid. Triage door een ervaren SEH-arts lijkt een gunstig effect te hebben op het triageproces. Er is onvoldoende bekend over kosteneffectiviteit.

Overwegingen

In de Australische Quality Standards in Australian Emergency Departments worden de volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot triage:

“Patiënten die zich op de SEH presenteren krijgen een prioriteit toegewezen volgens de ATS (Nederlandse vertaling: een triagesysteem).

Criteria

- Het SEH-team trieert patiënten volgens de ATS (een triagesysteem).
- Patiënten die zich op de SEH presenteren worden bij aankomst getrieerd door een daarvoor opgeleide en ervaren zorgprofessional.
- De triagebeoordeling en triagecode worden vastgelegd in het patiëntendossier.
- Wachtende patiënten worden regelmatig herbeoordeeld door een ter zake kundige zorgprofessional om te beoordelen of er veranderingen zijn opgetreden die re-triage nodig maken.
- De triageruimte is direct toegankelijk en duidelijk herkenbaar.
- Het triagesysteem wordt op een duidelijke, consistente en niet-discriminerende wijze toegepast.
- Het triagesysteem omvat specifieke afspraken omtrent kwetsbare patiënten of situaties.”

Hoewel de werkgroep geen aanbeveling kan doen welk triagesysteem beter is, is zij wel van mening dat het wenselijk is dat in regio's en ketens waarin wordt samengewerkt zoveel mogelijk hetzelfde systeem wordt gebruikt door hierin getrainde medewerkers.

Weinig triagesystemen zijn specifiek onderzocht voor gebruik bij (kwetsbare) ouderen. De ervaring van de werkgroep is dat bestaande systemen de ernst vaak onderschatten in deze groep.

Aanbevelingen

Maak bij triage gebruik van een gevalideerd systeem (zoals de MTS, ESI of NTS). Houd daarbij expliciet rekening met mogelijke ondertriage van kwetsbare patiëntengroepen (bijvoorbeeld ouderen, patiënten met polyfarmacie, mensen met gestoorde immuniteit).

Gebruik voor kinderen een voor die populatie geschikt triagesysteem.

Gebruik in de keten (RAV, HAP, SEH) en regionaal zoveel mogelijk hetzelfde triagesysteem. Zorg dat alle triagemedewerkers adequaat getraind zijn in het gebruik van het triagesysteem.

Trieer patiënten op de SEH binnen 10 minuten, tenzij de patiënt binnen die tijd gezien wordt door de arts (medisch beslisser) met minimaal twee jaar klinische werkervaring, waarvan tenminste één jaar poortspecialisme, en die – in het geval van een A(N)IOS - bekwaam geacht wordt door zijn supervisor.

Zorg voor gerichte monitoring van de patiënt, afgestemd op de conditie. Leg de resultaten vast.

Referenties

- Parenti N, Reggiani ML, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(7):1062-9.
- Steiner D, Renetseder F, Kutz A, Haubitz S, Faessler L, Anderson JB, et al. Performance of the Manchester Triage System in Adult Medical Emergency Patients: A Prospective Cohort Study. *J Emerg Med.* 2016;50(4):678-89.
- Pinto D, Salgado PeO, Chianca TC. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Revista latino-americana de enfermagem.* 2012;20(6):1041-7.
- Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, et al. Validity of the Manchester triage system in emergency care: A prospective observational study. *PLoS ONE.* 2017;12(2).
- Huibers, Linda A.M.J. et al. Wetenschappelijk onderzoek Nederlands Triagesysteem. IQ Healthcare, UMC st Radboud Nijmegen. December 2009
- Farrokhnia N, Castren M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19:42.
- Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, Millar K, Curtis S, Joubert G, et al. Performance of the Canadian Triage and Acuity Scale for children: a multicenter database study. *Ann Emerg Med.* 2013;61(1):27-32.e3.
- Gravel J, Gouin S, Goldman RD, Osmond MH, Fitzpatrick E, Boutis K, et al. The Canadian Triage and Acuity Scale for children: a prospective multicenter evaluation. *Ann Emerg Med.* 2012;60(1):71-7.e3.
- Mirhaghi A, Heydari A, Mazlom R, Ebrahimi M. The reliability of the Canadian triage and acuity scale: Meta-analysis. *North Am J Med Sci* 2015;7:299-305.
- Storm-Versloot MN, Vermeulen H, van Lammeren N, Luitse JS, Goslings JC. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J.* 2014;31(1):13-8.
- Abdulwahid MA, Booth A, Kuczawski M, Mason SM. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emerg Med J.* 2016;33(7):504-13.
- Australasian college for emergency medicine. College of Emergency Nursing Australia Ltd. Quality Standards for EMERGENCY DEPARTMENTS and other HOSPITAL-BASED EMERGENCY CARE SERVICES. 2015

Module 3. Overdracht

Inleiding

Het is van groot belang dat vanuit de SEH wordt gezorgd voor goede informatieoverdracht. Er zijn verschillende overdrachtmomenten te benoemen: overdracht tussen diensten op de SEH en overdracht naar een andere afdeling bij opname, of naar de eerste lijn.

Toegankelijkheid van de informatie is essentieel: het ziekenhuis moet ervoor zorgdragen dat alle informatie op ieder moment toegankelijk is voor de zorgverlener van de patiënt.

Er zijn verschillende systemen beschikbaar die de overdracht kunnen structureren, bijvoorbeeld SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), RSVP (Reason, Story, Vital Signs, Plan) en ATMIST (Age, Time, Mechanisms, Injury, Signs and Treatments). Welke systemen werken goed, bij wie ligt de verantwoordelijkheid van deze overdracht en welke eisen kunnen worden gesteld aan de veiligheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van deze informatie?

Literatuur

Er is een brede literatuursearch uitgevoerd voor de organisatie van de SEH en daarnaast zijn er een aantal meer verdiepende searches uitgevoerd; deze waren niet specifiek gericht op overdracht, wel op triage, capaciteit en doorlooptijd. Binnen deze searches werden een aantal artikelen gevonden die ook over overdracht gingen. Verder is gebruik gemaakt van interviews met ziekenhuizen die werken met zogenaamde 'goede voorbeelden' (*best practices*). Hier zijn ook goede elementen voor de overdracht uitgehaald. Op basis van deze literatuur en expert opinion is de werkgroep tot een aanbeveling gekomen.

Farhan (2012) ontwikkelde op basis van literatuurstudie, observaties van overdrachten en interviews met SEH-medewerkers een 'best practice' voor een gestructureerde overdracht tussen diensten op de SEH. Deze methode is 'ABC of handover' genoemd (Areas and Allocation; Beds, Bugs and Breaches; Colleagues and Consultant on call; Deaths and Disasters, including Deserters; Equipment and External Events). Om goede implementatie te bevorderen is een gestructureerd formulier wenselijk. Daarnaast wordt aanbevolen dat er op vaste momenten een overdracht zou moeten plaatsvinden, in een goede ruimte waar privacy en vertrouwelijkheid gewaarborgd kunnen worden en waar ook goede toegang is tot ICT, dat er zo min mogelijk onderbrekingen zijn, dat personeel getraind wordt om een goede overdracht te kunnen realiseren, en dat de overdracht wordt opgeslagen in een veilige omgeving.

Sujan (2015) observeerde 270 klinische overdrachten voor drie spoedeisende zorgpaden in drie ziekenhuizen en twee ambulancediensten. Daarnaast werden focusgroepen, interviews en discussies gebuikt. Drie soorten overdrachten werden geobserveerd: van ambulance naar SEH (dokter of reanimatieteam) voor reanimatie, van ambulance naar SEH voor 'major' probleem (senior verpleegkundige), en telefonische overdracht van SEH naar afdeling. De grootste bedreigende factoren voor de kwaliteit van de overdracht waren de organisatorische problemen, zoals het 'managen' van patiëntenstromen en druk door tijdgerelateerde prestatiedoelstellingen. Commitment van leidinggevenden om meer als partners op te treden zal helpen bij het verbeteren van de overdracht.

De studie van Mullan is een beschrijvende observationele studie in een academisch kindziekenhuis, waarin de invoering van een gestandaardiseerde checklist voor de overdracht tussen diensten wordt geëvalueerd (Physician Active Shift Signout in the Emergency Department). Van de 732 overdrachten werd de checklist in 98% van de gevallen gebruikt, waarvan in 89% compleet. De gebruikers vonden

dat de checklist een positief effect had op de communicatie en op kwaliteit, veiligheid en effectiviteit van de zorg.

Het literatuuronderzoek van Dawson richt zich op het identificeren van thema's geassocieerd met aspecten van ziekenhuisoverdracht tussen paramedici en SEH-staf die verbeterd kunnen worden. Uit de literatuur kwam met name naar voren dat er behoefte is aan meer complete en tegelijk beknopte overdracht, dat er respectvol en effectief gecommuniceerd moet worden. Daar kan een gestructureerd overdrachtsinstrument zoals ISBAR goed bij ondersteunen. Daarnaast is er behoefte aan betere observatiesystemen voor het vastleggen en overdragen van vitale parameters vooral om early warning systems te incorporeren. Verder wordt geadviseerd om het personeel een communicatietraining te laten volgen om zo effectiever teamwork te realiseren.

In de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van KMMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en Patiëntenfederatie wordt ook kort aandacht besteed aan de overdracht.

- Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's of informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen (aandachtspunt 4).
- Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen (aandachtspunt 5).
- Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie (aandachtspunt 9).

Conclusies

Uit de literatuur blijkt dat het belangrijk is om de overdracht te standaardiseren met een systeem, zodat belangrijke zaken niet vergeten worden. Het is hierbij van belang om de overdracht dat er respectvol en effectief gecommuniceerd dien te worden. Naast de mondelinge overdracht moet de overdracht vastgelegd worden in het dossier.

Overwegingen

De werkgroep onderschrijft het belang van de overdracht in aanwezigheid van de patiënt, in het geval van kinderen in aanwezigheid van het kind en de ouders/verzorgers en in het geval van de oudere patiënt in aanwezigheid van de oudere en zijn of haar eerste contactpersoon. Verder vindt de werkgroep het belangrijk dat de overdracht mondeling plaatsvindt en bij de verpleegkundige overdracht zelfs face-to-face.

Aanbevelingen

Overdracht op SEH

- Draag bij wisseling van behandelend arts of verpleegkundige op de SEH mondeling en gestructureerd over in aanwezigheid van de patiënt. Maak daarvan verslag in het EPD.
- Draag bij de overdracht van behandelend arts of verpleegkundige van kinderen bij voorkeur over in aanwezigheid van het kind en de ouders/verzorgers.
- Draag bij de overdracht van behandelend arts of verpleegkundige van (kwetsbare) ouderen bij voorkeur over in aanwezigheid van de eerste contactpersoon.
- Doe de overdracht bij wisseling van dienst (bijvoorbeeld de teamoverdracht van de ochtenddienst naar de avonddienst) in een rustige omgeving met zo min mogelijk verstoringen en leg de overdracht vast in het dossier.

Overdracht SEH naar andere locatie in het ziekenhuis

Draag bij opname in het ziekenhuis mondeling en gestructureerd over, bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt. Tussen verpleegkundigen wordt face to face overgedragen, tussen artsen bij voorkeur ook, als de conditie van de patiënt het toelaat kan het eventueel telefonisch. Maak daarvan verslag in het EPD.

Indien er nog zaken voor de volgende visite moeten worden gedaan of gecontroleerd, benoem deze dan apart en verwoord deze SMART. En maak ook hiervan verslag in de status.

Overdracht naar ander ziekenhuis/locatie

Zorg voor goede schriftelijke en mondelinge overdracht van informatie.

Zorg dat voor de patiënt helder is wie op welk moment de hoofdbehandelaar is.

Standaardiseer het overdrachtsgesprek met behulp van een systeem, bijvoorbeeld SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation).

Referenties

- Maise Farhan, Ruth Brown, Maria Woloshynowych, Charles Vincent. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J* 2012;29:941-946
- Sujan MA, Chessum P, Rudd M, Fitton L, Inada-Kim M, Cooke MW, et al. Managing competing organizational priorities in clinical handover across organizational boundaries. *J Health Serv Res Policy*. 2015;20(1 Suppl):17-25
- Mullan PC, Macias CG, Hsu D, Alam S, Patel B. A novel briefing checklist at shift handoff in an emergency department improves situational awareness and safety event identification. *Pediatric Emergency Care*. 2015;31(4):231-8 (alleen abstract)
- Dawson S, King L, Grantham H. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia*. 2013;25(5):393-405 (alleen abstract)
- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, Patiëntenfederatie. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Januari 2010

Module 4. Beschikbaarheid en maximale wachttijd diagnostiek

Inleiding

Om de juiste diagnose te kunnen stellen is het van belang dat bepaalde vormen van diagnostiek snel en adequaat gedaan kunnen worden, met name radiologische diagnostiek en lab. Momenteel zijn er verschillen in de beschikbaarheid van diagnostiek op de SEH. Daarom is het van belang om afspraken te maken over de minimale beschikbaarheid.

Literatuur

Rapport Gezondheidsraad De basis moet goed

De Gezondheidsraad geeft in haar adviesrapport aan dat als ondersteunende specialismen snel beschikbaar moeten zijn: apotheek, klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. Omdat er snel geopereerd moet kunnen worden, is de beschikbaarheid van een anesthesist en een OK-team onontbeerlijk. Ook laboratorium- en radiologiefaciliteiten moeten direct toegankelijk zijn. Een 24-uurs verkoeverfunctie en observatieafdeling voor acute problematiek zijn eveneens geboden.

Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland, Analyse gevoelige ziekenhuizen.

Het is belangrijk dat op elke SEH snelle diagnostiek kan plaatsvinden. Dit geldt in het bijzonder bij alarmerende symptomen en wanneer niet duidelijk is wat de vervolgstappen moeten zijn. Ook na initiële stabilisatie is vaak primaire diagnostiek nodig om goede vervolgzorg te kunnen bieden. Momenteel leidt 64% van de SEH-bezoeken tot diagnostiek en bijna 50% tot laboratoriumonderzoek. Voor de beschikbaarheid van een radioloog om de CT of MRI te beoordelen zijn in het algemeen geen tijdsnormen genoemd. Wel is benoemd dat het beoordelen van de CT-scan door de radioloog een van de vertragende barrières is bij de opvang in de acute fase van een beroerte.

Het RIVM heeft een inventarisatie gedaan van bereikbaarheid van SEH's en aanwezigheid en beschikbaarheid van specialisten, verpleegkundigen en (diagnostische) faciliteiten. Uit de inventarisatie van de aanwezigheid van laboratorium- en radiologiefaciliteiten volgt dat deze op vrijwel alle SEH's met 24/7 openingstijden tijdens kantooruren aanwezig zijn. Tijdens ANW-uren is er vaak geen radioloog aanwezig om de beelden te beoordelen, terwijl er wel behoefte aan is. Een aantal ziekenhuizen gaf aan dat de beoordeling door de radioloog vanaf het huisadres gebeurt waarbij de radioloog via een internetverbinding de beelden beschikbaar krijgt.

Uitkomsten bespreking patiënt journeys samenvattend overzicht, om te komen tot een landelijk Kwaliteitskader Spoedzorg. 2 december 2016. LNAZ

In de beschrijving van de patiënt journeys wordt benoemd dat op de SEH de toegang tot veel diagnostische faciliteiten georganiseerd moet worden, waaronder de CT. Deze middelen moeten 24/7 beschikbaar zijn, dit geldt voor de apparatuur, kennis en kunde. Ook wordt benoemd dat zo spoedig mogelijk moet worden gestart met diagnostiek.

Conclusies

Het is belangrijk dat de ondersteunende specialismen, waaronder laboratorium- en radiologie faciliteiten, snel beschikbaar zijn. Er wordt beschreven dat deze diensten 24/7 beschikbaar moeten zijn, maar ook de kennis en kunde moet 24/7 beschikbaar zijn. Uit inventarisatie blijkt echter dat tijdens de ANW-uren vaak geen radioloog aanwezig is om de beelden te beoordelen, terwijl deze behoefte er wel is.

Overwegingen

Het is van belang dat er lokaal afspraken gemaakt worden over de minimale beschikbaarheid en de maximale wachttijd voor diagnostiek. Met name omdat het voorkomt dat de vitaal bedreigde patiënt te lang moet wachten op diagnostiek. Verder zijn er nog geen afspraken gemaakt over de ECG en echo's terwijl hier wel behoefte aan is.

Aanbevelingen

Radiologie

- Maak lokaal duidelijke afspraken over minimale beschikbaarheid en maximale wachttijd voor diagnostiek (zowel de beschikbaarheid van apparatuur en laboranten als de uitslag). Evalueer deze afspraken jaarlijks.
- Vervaardig binnen 30 minuten na aanvraag een röntgenfoto om het SEH-proces te bespoedigen.
- Maak bij een vitaal bedreigde patiënt binnen 60 minuten na aanvraag een CT, binnen 30 minuten wordt deze beoordeeld.

Lab

- Laboratoriumuitslagen zijn regulier binnen maximaal 60 minuten na aanvraag beschikbaar.

ECG

- Bij binnenkomst op de SEH wordt de patiënt bij verdenking op hartproblemen aangesloten aan de monitor en wordt een ECG gemaakt. Het ECG wordt zo snel mogelijk beoordeeld, bij de vitaal bedreigde patiënt wordt het ECG direct beoordeeld. Bij voorkeur kunnen de ECG's via het EPD worden geraadpleegd.

Echo

- Maak lokaal afspraken over beschikbaarheid en wachttijd voor het maken van spoedecho's.
- Maak lokaal afspraken over beschikbaarheid en wachttijd voor het maken van hartecho's.

Referenties

- De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. Gezondheidsraad, Februari 2012
- Krommer G.J. et al. Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland. Analyse gevoelige ziekenhuizen. RIVM Briefrapport 2015-0077.

Module 5. Regievoering en verantwoordelijkheid

Inleiding

In veel gevallen is voor de patiënt onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor zijn behandeling op de SEH. Met als gevolg dat de patiënt waarbij niet meteen duidelijk is welke acties moeten worden ingezet langer zonder diagnose of passende behandeling op de SEH verblijven. Vooral omdat logistiek en medisch inhoudelijk het overzicht mist van de beschikbaarheid van de verschillende specialismen en bedden.

Literatuur

KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

In de gezondheidszorg komt het steeds vaker voor dat meerder zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt. Een goede samenwerking is daarom van groot belang, met name een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling ondersteunt een goede samenwerking. De handreiking beoogt randvoorwaarden te expliciteren en te verduidelijken. De volgende elementen zijn voor dit kader van belang.

- Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
 - het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
 - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
 - belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.
- Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt. En een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingsstraject zorgt ervoor dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. De relevante gegevens worden opgenomen in het dossier van de patiënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingspartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.
- Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt. En deze zorgverleners zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener.
- Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie. Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

NVK Kwaliteitscriteria Kindergeneeskunde 2014.

Dit document zegt over de SEH-zorg: De kinderarts is eindverantwoordelijk voor patiënten met kindergeneeskundige problematiek die de SEH-afdeling bezoeken. Indien de SEH-arts (in opleiding) betrokken is bij de opvang van acuut zieke kinderen, zijn afspraken hierover schriftelijk vastgelegd.

Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist bij verwijzingen (HASP)

Als wordt gekeken naar de samenwerking tussen huisarts en specialist op het moment dat een patiënt wordt verwezen, dan is duidelijk dat beiden behoefte hebben aan gerichte informatie van de andere partij. Het blijkt in de praktijk goed mogelijk om momenten in het zorgproces aan te wijzen waarop wordt stilgestaan bij de informatiebehoefte aan de andere kant. In het geval van de spoedeisende hulp informeert de huisarts de specialist op het moment van verwijzen; de specialist informeert de huisarts bij opname vanaf de spoedeisende hulp, of bij doorverwijzing naar een andere instelling. Deze update of overdracht moet op dezelfde dag plaatsvinden en zo snel als noodzakelijk voor de continuïteit van zorg.

De richtlijn HASP geeft ook aanbevelingen voor de verdeling van de verantwoordelijkheid. “In de periode dat de patiënt wordt gezien door zowel de huisarts als de medisch specialist, moet er duidelijkheid zijn over de verdeling van de verantwoordelijkheid. De huisarts en de medisch specialist volgen in het algemeen de regel dat de medisch specialist de verantwoordelijkheid overneemt voor de klacht waarvoor is verwezen terwijl de huisarts verantwoordelijk blijft voor de overige zorg. Gedurende een opname ligt ook voor de overige zorg de verantwoordelijkheid bij de specialist. Bij ontslag gaat deze verantwoordelijkheid weer terug of deels terug naar de huisarts.” Indien hiervan wordt afgeweken wordt dit duidelijk vastgelegd.

Conclusies

Het is van belang dat er goede afspraken worden gemaakt over de regievoering en verantwoordelijkheid. Deze afspraken zijn voor een belangrijk deel vastgelegd in de KNMG-handreiking. Elementen hieruit dienen als basis voor de aanbevelingen. Daarnaast moeten voor kinderen specifieke aanbevelingen gedaan worden, deze worden gebaseerd op het Kwaliteitscriteria van de NVK. Voor uitwisseling van informatie en verdeling van verantwoordelijkheden tussen huisarts en specialist wordt aangesloten bij de richtlijn HASP.

Overwegingen

De NVK stelt zich op het standpunt dat kinderen t/m 17 jaar met kindergeneeskundige problematiek onder de kinderarts vallen. In uitzonderingsgevallen kan, indien de kwaliteit van zorg hierbij gebaat is, worden besloten de zorg van kinderen van 16 jaar en ouder over te dragen aan een volwassenen specialisme. Hier moeten dus lokaal afspraken over gemaakt worden.

Aanbevelingen

Direct na triage moet duidelijk zijn welke medisch specialist/SEH-arts eindverantwoordelijk is voor de zorg aan de patiënt op de SEH.

De medisch specialist /SEH-arts die eindverantwoordelijk is voor de zorg blijft dat totdat deze verantwoordelijkheid aantoonbaar is overgedragen.

Maak lokaal afspraken over gedelegeerde verantwoordelijkheid en leg deze vast.

Bij kinderen t/m 17 jaar met kindergeneeskundige problematiek is de kinderarts eindverantwoordelijk.

Er dienen lokale afspraken te zijn vastgelegd over wanneer het hoofdbehandelaarschap van kinderen wordt overgedragen aan een volwassenenspecialisme.

Zorg dat de patiënt (en eventueel de begeleider) op de SEH maar ook na ontslag van de SEH te allen tijde is geïnformeerd over:

- wie de eindverantwoordelijke behandelaar is
- wie het aanspreekpunt is voor vragen
- wie de zorgcoördinator is
- waar belangrijke informatie te vinden is
- na ontslag: wanneer contact op te nemen

Zorg dat bij ontslag naar huis de huisarts binnen 24 uur geïnformeerd wordt volgens de richtlijn HASP.

Referenties

- KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, Patiëntenfederatie. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Januari 2010
- Kwaliteitscriteria Kindergeneeskunde, definitieve lijst kwaliteitscriteria algemene kindergeneeskunde, aangenomen door de ALV op 6 november 2014.
- Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP) Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Rob Dijkstra, directeur-bestuursvoorzitter Federatie Medisch Specialisten (FMS), Marcel Daniëls, algemeen voorzitter. Derde, geheel herziene versie, december 2017

Module 6. Pijn

Inleiding

Acute pijn is de meest voorkomende klacht van patiënten op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) (Cordell 2002). Adequate behandeling van acute pijn is een essentieel onderdeel van een goede patiëntenzorg op de SEH, om verschillende redenen. Allereerst zijn er humanitaire redenen: het zo effectief mogelijk behandelen van pijn wordt als een fundamenteel mensenrecht beschouwd (Brennan 2007). Daarnaast kan acute pijn complicaties veroorzaken, in het bijzonder cardiovasculaire, en herstel vertragen (Lewis 1994). Slecht behandelde acute pijn kan resulteren in chronische pijnklachten (Dunwoody 2008). In tegenstelling tot de verbeterde behandeling van postoperatieve en chronische pijn echter (Gramke 2009 en Steegers 2009), is de behandeling van acute pijn op de SEH nog steeds onvoldoende geregeld (Gakeer 2009, Berben 2008, meldactie Patiëntenfederatie).

Literatuur

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van het proefschrift van Berben en het proefschrift van Pierik. Daarnaast is, specifiek voor de behandeling van kinderen, gebruik gemaakt van de Richtlijn pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen (NVK/CBO oktober 2017).

Pijnbeleid - algemeen

Het onderzoek van Berben, 2011 laat zien dat 70 procent van de traumapatiënten in de ambulance zorg pijn heeft. Hiervan ontvangt circa 42 procent farmacologische pijnstilling (overwegend fentanyl) voor aankomst in het ziekenhuis.

Daarnaast worden ook niet-farmacologische interventies ingezet. Denk hierbij aan immobiliseren door middel van spalken en verbanden en het schoonmaken van de wond. Bij binnenkomst op een spoedeisende hulp (SEH) heeft 90 procent van de traumapatiënten pijnklachten (Berben 2008). In 37 procent van de gevallen wordt de pijn minder gedurende het verblijf op de SEH, bij 46 procent blijft de pijn op hetzelfde niveau en bij 17 procent verergert de pijn. Op de SEH richt men zich voornamelijk op de behandeling van de verwonding en aanvullende farmacologische interventies die niet gericht zijn op pijn, terwijl in slechts 19 procent van de gevallen pijn wordt behandeld. Bij het verlaten van de SEH heeft 86 procent nog steeds pijn, bij tweederde van deze patiënten gaat het om matige of ernstige pijn.

De studie van Decoster, 2007 laat zien dat de aanwezigheid van protocollen voor adequate pijnbehandeling op de SEH leidt tot snellere toediening van pijnmedicatie aan meer patiënten en dat het de tevredenheid van zowel patiënten als de SEH-medewerkers verbetert.

Voordat een zorgverlener medicamenteuze pijnstilling toedient, is het noodzakelijk de pijn nader te diagnosticeren en verdere klachten door het trauma te beoordelen. Hierbij is het belangrijk om de vitale functies van de patiënt vast te stellen en in kaart te brengen of het toedienen van pijnmedicatie de vitale functies bedreigt. Een algemene misvatting is dat pijnstilling de symptomen, bijvoorbeeld bij de beoordeling van een (acute)buik, maskeert; een andere misvatting is dat pijnstilling pas toegediend kan worden nadat een diagnose is gesteld (Macintyre 2010).

In een recente systematische review van Dijkstra 2014 wordt een overzicht gegeven van de effectiviteit en veiligheid van verschillende farmacologische pijninterventies bij trauma-patiënten met acute pijn in de Nederlandse spoedzorgketen. In deze systematische review werden 25 studies geïncludeerd. Uit de review blijkt dat paracetamol, zowel oraal als intraveneus, en intraveneuze opioïden (morfine en

fentanyl) effectieve pijnstillers zijn. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) laten geen eenduidige resultaten zien en worden daarom niet geadviseerd voor pijnmanagement in de spoedzorg keten.

De systematische review van Sampson 2014 onderzocht de effectiviteit van interventies die het pijnmanagement verbeteren op spoedeisende hulp. In totaal werden er 42 relevante studies geïnccludeerd, het merendeel beschrijft ongecontroleerde voor- en nametingen. De volgende interventies worden beschreven: implementatie van richtlijnen en protocollen, educatieprogramma's, pijnscoringsinstrumenten en verandering in verpleegtaken. Hoewel de meeste studies een verbetering in pijnmanagement vonden is er te weinig bewijs om een specifieke interventie aan te bevelen.

Het meten van pijn

Pijn is een zeer individuele subjectieve ervaring. Alleen een patiënt kan aangeven of hij pijn heeft en hoe deze wordt ervaren; zijn oordeel moet leidend zijn bij de pijnbehandeling. Het meten of beoordelen van pijn is na de beoordeling van de ABCD-methode in de traumatologie (American College of Surgeons Committee, 1997), als 'fifth vital sign' belangrijk voor de keuze en evaluatie van de pijnbehandeling, maar ook voor het bewaken van de ernst en het verloop van de toestand van de patiënt. Het is daarbij noodzakelijk om valide en betrouwbare meetinstrumenten te gebruiken. De volgende meetinstrumenten worden bruikbaar en toepasbaar geacht in de spoedzorg: (I) de Visual-Analogue Scale (VAS), (II) de Numeric Rating Scale (NRS) en de Verbal Rating Scale (VRS).

Visual-Analogue Scale (VAS) - De VAS is een horizontale lijn van 10 cm met aan de linkerkant de beschrijving 'geen pijn' (0) tot aan de rechterkant de beschrijving 'ergst denkbare pijn' (10). De patiënt wordt gevraagd om de mate van pijn aan te kruisen op de lijn waarbij de afstand van dat punt tot '0' in millimeters de pijnscore is. De VAS is algemeen erkend als een betrouwbaar en valide meetinstrument om klinische pijnintensiteit te meten, ook in de spoedzorg (Berthier 1998). De VAS kan wel problemen opleveren kinderen onder de 7 jaar of bij ouderen boven de 67 jaar omdat de schaal concentratie, coördinatie en begrip van getallen vraagt.

Numeric Rating Scale (NRS) - De NRS vraagt patiënten om hun mate van pijn aan te geven op een schaal van 0 tot 10. De '0' staat voor 'geen pijn' en '10' voor 'de ergst denkbare pijn'. De NRS kun je zowel schriftelijk als mondeling gebruiken. De NRS geeft consistente resultaten en stemt goed overeen met de VAS (Berthier 1998). Ook voor de NRS geldt dat het problemen kan opleveren bij kinderen onder de 5 jaar en bij ouderen boven de 67 jaar omdat de schaal concentratie, coördinatie en begrip van getallen vraagt.

Verbal Rating Scale (VRS) - De VRS bestaat uit zorgvuldig gekozen bewoording over de intensiteit van pijn, die oplopend gerangschikt zijn op volgorde van intensiteit. De patiënt wordt gevraagd de bewoording te kiezen die het beste de ervaren pijn beschrijft. De VRS is vooral geschikt voor het meten van pijn bij oudere patiënten.

Richtlijn pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen; NVK oktober 2007.

Voor kinderen moet een pijninstrument gebruikt worden dat geschikt is voor de leeftijd van het kind, de situatie en de aard van de pijn. Hierbij is het van belang dat ervaring opgedaan wordt met een of twee valide meetinstrumenten en om die dan op een afdeling consequent te gebruiken. Voor zuigelingen is er matig bewijs voor een geschikt meetinstrument. Deze richtlijn zegt dat de COMFORT gedragsschaal, NIPS en PIPP het best voldoen voor het aantonen van acute en postoperatieve pijn. Voor kinderen onder de 7 jaar worden gezichtjesschalen (vanaf ongeveer 3 jaar) of gedragsschalen als

de COMFORT gedragsschaal, de CHIPPS, de POKIS en de FLACC en de CHEOPS geadviseerd voor het aantonen van acute en postoperatieve pijn. Voor kinderen ouder dan 7 jaar de VAS en numerieke schalen.

Er is geen onderzoek beschikbaar naar de frequentie van een pijnmeting. De frequentie van het meten is mede afhankelijk van het doel van de meting: diagnostiek, evaluatie van een behandeling of het monitoren van pijn in de tijd. Toch lijkt het wenselijk om in elk geval driemaal te meten: bij aankomst op de SEH, na de interventie en bij het beëindigen van de hulpverlening (overdracht of ontslag). Afhankelijk van de toegepaste interventie kies je het tijdstip van evalueren. Bij toediening van intraveneuze opioïden wordt bijvoorbeeld getitreerd op effect en bijwerking, dus daarbij evalueer je direct en vaker dan drie keer. Het effect van orale paracetamol kan na 20-30 minuten geëvalueerd worden. Als het bewaken van de pijn ook samenhangt met het beoordelen van een mogelijke verslechtering van de algemene conditie van de patiënt, kan het nodig zijn om vaker te meten.

Organisatie van pijnbehandeling

Een goede organisatie is essentieel voor een adequate pijnbehandeling in de spoedzorg. Om tot een optimale organisatie te komen is het van belang om factoren in kaart te brengen die invloed hebben op de kwaliteit van de pijnbehandeling.

In het proefschrift van Berben, 2011 worden de volgende belemmerende factoren genoemd die de pijnbehandeling op de SEH negatief beïnvloeden: (I) het niet tijdig erkennen en behandelen van pijn in de ambulance (McEachin 2002 en Vassiliadis 2002); (II) een hogere werkdruk op de SEH (Forero 2008 en Hwang 2006); (III) wanneer de zorgverlener in de ambulance denkt dat de patiënt overdrijft (Miner 2006 en Jones 2003); (IV) wanneer de zorgverlener de pijnintensiteit baseert op de diagnose in plaats van op de zelfrapportage van de patiënt (Bijur 2006), (V) kennistekorten en meer dan drie jaar ervaring van de zorgverlener hebben een negatieve invloed op het verstrekken van farmacologische pijnbestrijding (Sandhu 1998 en Heins 2006), (VI) triage categorie 5 zorgt (Taylor 2016), (VII) wanneer er een tolk nodig om te communiceren met de patiënt (Taylor 2016) en (VIII) wanneer de patiënt ouder is dan 56 jaar (Taylor 2016). Naast belemmerende factoren zijn de volgende factoren gevonden die de kwaliteit van pijnbehandeling in de spoedzorg bevorderen: (I) het noteren van de pijnscore in het dossier (Thomas 2004, Vazirani 2011); (II) het gebruik van standaard formulieren voor pijnbeoordeling en farmacologische pijnbehandeling (Baumann et al, 2007); (III) het toevoegen van de Numeric Rating Scale (NRS) aan het standaard formulier met vitale functies (Nelson 2004) en (IV) wanneer de patiënt tijdens de nacht wordt aangemeld (Taylor 2016).

Uit de literatuur is gebleken dat protocollen een belangrijke rol spelen in de organisatie van adequate pijnbehandeling. De invoering van pijnprotocollen zorgt namelijk voor een sneller, frequenter en adequater gedoseerde toediening van pijnstillende middelen op de SEH (Yanuka 2008 en Stalnikowicz 2006). Verder zorgt een protocol dat ambulancemedewerkers toestaat morfine te geven zonder tussenkomst van de arts voor een verkorte tijd tot toediening analgetica (Fullerton-Gleason 2002).

Uit de literatuur blijkt ook dat er op het managementniveau een aantal verbeteringen kunnen worden doorgevoerd die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de pijnbestrijding in de spoedzorg (Macintyre 2010). Scholing bevordert bijvoorbeeld de kwaliteit van pijnbehandeling in de spoedzorg. Het invoeren van educatieprogramma's voor artsen in opleiding op de SEH leidt ertoe dat artsen vaker een pijnmeting uitvoeren en dat pijn ook daadwerkelijk wordt behandeld op de SEH. De kwaliteit van pijnbestrijding wordt ook bepaald door de beschikbaarheid van voorzieningen, personeel met pijnexpertise en de aanwezigheid van kwaliteitsprogramma's om pijn te monitoren (Macintyre 2010).

In de richtlijn Procedurele sedatie en/of analgesie op locaties buiten de operatiekamer (NVA/NVK 2012) wordt beschreven aan welke voorwaarden moet worden voldaan, bijvoorbeeld met betrekking tot samenstelling en vaardigheden van het team, en welke medicijnen moeten worden gebruikt. Deze richtlijn moet beschikbaar zijn en gevolgd worden op de SEH. Binnen deze richtlijn wordt specifiek aandacht besteed aan de procedure voor kinderen. Bij dementerende ouderen is het moeilijk om pijn in te kunnen schatten, hiervoor kunnen bijvoorbeeld de Pain assessment scale for seniors with severe dementia (PACSLAD-D) (Zwakhalen 2006b) of Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) worden gebruikt (Warden 2003).

Conclusies

Aanwezigheid van protocollen, inclusief aparte protocollen voor kinderen, voor adequate pijnmeting en pijnbehandeling leidt op de SEH tot snellere toediening van pijnmedicatie aan meer patiënten en verbetert de tevredenheid van zowel patiënten als de SEH-medewerker. Voordat een zorgverlener medicamenteuze pijnstilling toedient, is het noodzakelijk de pijn nader te diagnosticeren en verdere klachten door het trauma te beoordelen. Paracetamol, zowel oraal als intraveneus, en intraveneuze opioïden (morfine en fentanyl) blijken effectieve pijnstillers.

VAS is algemeen erkend als een betrouwbaar en valide meetinstrument om pijn te meten, maar kan problemen opleveren kinderen onder de 7 jaar of bij ouderen boven de 67 jaar. De VRS is vooral geschikt voor het meten van pijn bij oudere patiënten. Voor kinderen onder de 7 jaar moet een ander meetinstrument gekozen worden. Het is belangrijk om op meerdere momenten pijn te meten.

Overwegingen

Het is belangrijk dat elke SEH een systeem gebruikt om pijn te scoren, daarnaast moet de pijnbehandeling geëvalueerd worden. Er moet een goede koppeling zijn tussen de uitkomst van de pijnscore en de behandeling van de pijn. Hiervoor moeten protocollen worden opgesteld.

Aanbevelingen

Zorg voor beschikbaarheid van procedurele sedatie en/of analgesie op de SEH volgens de geldende richtlijnen volg deze op. Indien PSA bij kinderen wordt toegepast dient hiervoor een apart protocol aanwezig te zijn.

Maak lokaal afspraken welk gevalideerd meetinstrument voor pijn wordt ingezet (VAS, VRS of NRS).

Meet regelmatig pijn, maar tenminste bij binnenkomst, na interventie en bij ontslag. En leg vast.

Zorg voor een apart protocol voor pijnmeting en pijnbehandeling bij kinderen en ouderen.

Gebruik bij zuigelingen en pasgeborenen de COMFORTneo gedragsschaal, NIPS of PIPP om pijn te meten.

Gebruik bij kinderen onder de 7 jaar de gezichtjesschalen (vanaf ongeveer 3 jaar) of gedragsschalen als de COMFORT gedragsschaal, de CHIPPS, de POKIS, de FLACC of de CHEOPS bij het meten van pijn.

Gebruik voor het meten van pijn bij ouderen boven de 65 jaar een schaal die voor deze patiëntengroep is gevalideerd.

Gebruik bij dementerende ouderen de (PACSLAD-D) of (PAINAD).

Leg de pijnscore vast in het dossier.

Maak lokaal afspraken over wanneer met welke medicatie wordt gestart.

Leg deze afspraken vast in een protocol.

Referenties

- Cordell WH, Keene KK, Giles BK, et al. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg med* 2002;20(3):165-9.
- Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg* 2007;105(1):205-21.
- Lewis KS, Whipple JK, Michael KA, Quebbeman EJ. Effect of analgesic treatment on the physiological consequences of acute pain. *American Journal of Health-System Pharmacology*. 1994;51(12):1539-54.
- Gaakeer MI, van Lieshout JM, Bierens JJLM. Pain management in emergency departments: a review of present protocols in The Netherlands. *Eur J Emerg Med* 2009;17(5):286-9.
- Berben SA, Meijs TH, van Dongen RT, van Vugt AB, Vloet LC, Mintjes-de Groot JJ, van Achterberg T. Pain prevalence and pain relief in trauma patientpatients in the Accident & Emergency department. *Injury*. 2008 May;39(5):578-85.
- Berben SA, Schoonhoven L, Meijs TH, van Vugt AB, van Grunsven PM. Prevalence and relief of pain in trauma patient in emergency medical services. *Clin J Pain*. 2011 Sep;27(7):587-92.
- Decosterd I, Hugli O, Tamchès E, Blanc C, Mouhsine E, Givel J-C, et al. Oligoanalgesia in the emergency department: short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Annals of emergency medicine*. 2007;50(4):462-71.
- Dijkstra BM, Berben SAA, van Dongen RTM, Schoonhoven L. Review on pharmacological pain management in trauma patients in (pre-hospital) emergency medicine in the Netherlands. *Eur J Pain* 18 (2014) 3–19
- Berthier F, Potel G, Leconte P, et al. Comparative study of methods of measuring acute pain intensity in an ED. *Em J Emerg Med* 1998;16(2):132-6.
- Richtlijn pijnmeting en behandeling van pijn bij kinderen, NVK/CBO oktober 2017
- McEachin CC, McDermott JT, Swor R. Few emergency medical services patients with lower-extremity fractures receive prehospital analgesia. *Prehosp Emerg Care* 2002;6(4):406-10.
- Vassiliadis J, Hitkos K, Hill CT. Factors influencing prehospital and emergency department analgesia administration to patients with femoral neck fractures. *Emerg Med (Fremantle)* 2002;14(3):261-6.
- Forero R, Mohsin M, McCarthy S, et al. Prevalence of morphine use and time to initial analgesia in an Australian emergency department. *Emerg Med Australas* 2008;20(2):136-43.
- Hwang U, Richardson LD, Sonuyi TO, Morrison RS. The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(2):270-5.
- Miner J, Biras MH, Trainor A, et al. Patient and physician perceptions as risk factors for oligoanalgesia: a prospective observational study of the relief of pain in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2006;13(2):140-6.
- Jones JE, Machen I. Pre-hospital pain management: the paramedics' perspective. *Accid Emerg Nurs* 2003;11(3):166-72.
- Bijur PE, Berard A, Esses D, et al. Lack of influence of patient self-report of pain intensity on administration of opioids for suspected long bone fractures. *J Pain* 2006;7(6):438-44.
- Sandhu S, Driscoll P, Nancarrow J, McHugh D. Analgesia in the accident and emergency department: do SHOs have the knowledge to provide optimal analgesia? *J Accid Emerg Med* 1998;15(3):147-50.
- Heins JK, Heins A, Grammas M. et al. Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2006;32(3):219-24.
- Thomas SH, Andruszkiewicz LM. Ongoing visual analog score display improves Emergency Department pain care. *J Emerg Med* 2004;26(4):389-94.
- Vazirani J, Knott JC, Mandatory Pain Scoring at Triage Reduces Time to Analgesia. *Ann Emerg Med*. 2012;59:134-138.
- Baumann BM, Holmes JH, Chansky ME, et al. Pain assessments and the provision of analgesia: the effects of a template chart. *Acad Emerg Med* 2007;14(1):47-52.
- Nelson BP, Cohen D, Lander O. et al. Mandated pain scales improve frequency of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med* 2004;22(7):582-5.
- Yanuka M, Soler D, Halpern P. An interventional study to improve the quality of analgesia in the emergency department. *CJEM* 2008;10(5):435-9.
- Stalnikowicz R, Mahamid R, Kaspi S, et al. Undertreatment of acute pain in the emergency department: a challenge. *Int J Qual Health Care* 2005;17(2):173-6.
- Fullerton-Gleason L, Crandall C, Sklar DP. Prehospital administration of morphine for isolated extremity injuries: a change in protocol reduces time to medication. *Prehosp Emerg Care* 2002;6(4):411-6.
- Macintyre PE, Schug S, Scott D, Visser E, Walker S. Acute pain management: scientific evidence: NHMRC; 2010
- Zwakhalen SM, Hamers JP, Huijjer-Abu Saad H, Berger MP. 2006a. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics* 2006a;6:3.
- Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*: 2003;4:9-15.

Module 7. Verwarde patiënt

Inleiding

Binnen de huidige organisatie van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is de crisisdienst veelal de centrale spil in acute situaties, maar in ongeveer 25% van de gevallen vindt de eerste consultatie in de acute psychiatrie plaats op de SEH. De eerste medische opvang vindt meestal plaats via de huisartsenpost (HAP) en vaak ook via spoedeisende hulp (SEH) om somatiek uit te sluiten of te behandelen. De SEH vraagt vervolgens de psychiater in consult die in het ene geval intern in het ziekenhuis werkt en in het andere geval werkt voor de lokale crisisdienst.

Zijn er specifieke eisen zijn voor de behandeling van de psychiatrische patiënt op de SEH, waaronder bijvoorbeeld de organisatie van de zorg?

Literatuur

Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (SEH), *Rapportage Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis*. 2009. Prof dr. F.C. Breedveld

Dit rapport beschrijft een profiel waaraan een SEH-afdeling van een ziekenhuis zou moeten voldoen om de kwaliteit van de geleverde zorg op de SEH te kunnen waarborgen. De beschrijving van het basisprofiel gaat nadrukkelijk uit van de competenties waarover een arts en verpleegkundige moeten kunnen beschikken. De werkgroep Breedveld heeft daarnaast een aantal patiëntencategorieën onderscheiden die voor een adequate opvang en behandeling specifieke competenties en materieel vereisen, waaronder het profiel acute gedragsstoornissen. In dit profiel vallen patiënten met: acute verwardheid ten gevolge van middelenmisbruik, suïcidaliteit c.q. post-tentamen suïcide en psychotische toestand. Het rapport beschrijft ook over welke faciliteiten men minimaal moet beschikken om te kunnen voldoen aan adequate zorg voor deze patiënt, namelijk:

- Binnen 30 minuten beschikbaarheid consultatief psychiater;
- Directe beschikbaarheid consultatief psychiatrisch verpleegkundige;
- En ruimte op de SEH die geschikt is voor de opvang van patiënten in de acute verwardheid toestand en voor het kunnen uitvoeren van (lichamelijk) onderzoek;
- Beschikbaarheid psychiatrische opnamecapaciteit.

De Generieke module Acute psychiatrie, maart 2017

De generieke module beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De generieke module is opgesteld om bij te dragen aan tijdig en kwalitatief goede acuut psychiatrische hulpverlening voor iedereen die dit nodig heeft. In deze module worden ook de rollen van de SEH/Ziekenhuispsychiatrie beschreven. Deze wordt beschreven aan de hand van drie stappen.

- Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende urgentiegraden van acute psychiatrische problematiek. Deze urgentiegraden zijn gebaseerd op de Nederlandse Triage Standaard (NTS) (zie figuur 5 in de Generieke module Acute Psychiatrie 'Urgentiegraden, kenmerken van personen en tijden').

Wanneer de verwijzer somatische problemen constateert of vermoedt dat sprake is van somatische problematiek, stuurt hij de persoon naar de huisarts/HAP of SEH. Wanneer hij de persoon naar de SEH stuurt, is de SEH verantwoordelijk voor het bieden van somatische spoedzorg, eventueel gelijktijdig met of gevolgd door een psychiatrische beoordeling door de ziekenhuispsychiatrie of GGz-crisisdienst. De SEH kan fungeren als een beoordelingslocatie als dit in de regio afgesproken is. De (hulpverlening op de) SEH voldoet dan aan de voorwaarden zoals gedefinieerd in de generieke module. De hulpverleners op de SEH zijn verantwoordelijk

voor de medische conditie van de persoon en kunnen indien nodig ondersteuning vragen van interne versterking en wanneer nodig politie.

- De SEH beschikt over een acuut psychiatrische hulpverlener en/of heeft met de crisisdienst in de regio afspraken gemaakt over het uitvoeren van de psychiatrische beoordeling op de SEH.

Generieke module Ziekenhuispsychiatrie, december 2016

De Generieke Module Ziekenhuispsychiatrie beschrijft de noodzakelijke, algemeen geldende onderdelen van multidisciplinaire zorg voor volwassen patiënten met complexe somatisch psychiatrische comorbiditeit zoals die wordt geleverd in het algemeen ziekenhuis of universitair medisch centrum (UMC). De Generieke module stelt normen aan de maximale wachttijd voor een SEH-consult (85% binnen 30 minuten), regulier consult (85% binnen 24 uur) en spoedopname op de Medisch Psychiatrische Unit (85% binnen 24 uur). Consulten op de SEH worden binnen 30 minuten verricht, gemeten vanaf het moment van oproep tot komst van de a(n)ios psychiatrie of psychiater. Het betreft urgentiegraden 1 en 2 uit de Generieke module Acute psychiatrie.

KWegwijzer Stigmabestrijding in de GGz.

Structurele bijscholing kan destigmatisering bevorderen en de competenties in 'shared decision making' bij de betrokken hulpverleners vergroten. De competentie van de zorgverleners in de toepassing van 'shared decision making' wordt regelmatig geëvalueerd. Bijscholing kan niet alleen de kwaliteit van de omgang met patiënten verbeteren, maar ook bijdragen aan een effectievere zorg. Door scholing worden behandelaars beter toegerust om patiënten respectvol en vrij van oordelen te blijven bejegenen. In een ziekenhuis zou daarom op reguliere basis (bij)scholing van professionals over psychiatrische comorbiditeit plaats moeten vinden, ten minste op de spoedeisende hulp (SEH). Dit werkt destigmatiserend (en houdt de (ziekenhuis)zorg toegankelijk voor patiënten met psychiatrische comorbiditeit. Een voorbeeld van lokale uitwerking van het SEH-profiel Acute Gedragsstoornissen is te vinden via de 'Focusgroep Acute Psychiatrie' van TraumaNet AMC.

Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: Utrecht (versie 2017 is in ontwikkeling)

Deze richtlijn heeft als doel om op een aantal uitgangsvragen antwoord te geven, met name gericht op de effectiviteit van psychiatrische consultgeving. In deze richtlijn wordt echter ook de SEH voor een klein onderdeel meegenomen. Hier wordt benoemd dat er eisen moeten worden gesteld aan de ruimte waar op de SEH waar een patiënt behandeld/beoordeeld kan worden. Deze eisen zijn met name gericht op de veiligheid van behandelaar. Hierin wordt benoemd dat de veiligheid kan worden bevorderd door de ruimte waar psychiatrische beoordelingen plaatsvinden zodanig te positioneren dat hier vanuit een centrale ruimte of de receptie toezicht mogelijk is, het plaatsen van een tweede deur als vluchtweg, en het aanleggen van een alarmsysteem. Ook zal gezorgd moeten worden voor de veiligheid van de patiënt, dus geen scherpe voorwerpen, vloeistoffen, glazen ramen etc.

Conclusies

Als het nodig is moet binnen 30 minuten een A(N)IOS psychiatrie of psychiater beschikbaar kunnen zijn. Verder moet er een ruimte op de SEH zijn, die geschikt is voor de opvang van acuut verwarde patiënten. Er moeten ook afspraken zijn over de beschikbaarheid van psychiatrische opnamecapaciteit. Verder zal gezorgd moeten worden voor de veiligheid van de patiënt en behandelaren.

Overwegingen

Er is een duidelijk verschil tussen de verwarde patiënt en de verwarde en verstorende patiënt. Voor de behandeling van de verwarde verstorende patiënt zouden in het ziekenhuis goede afspraken gemaakt moeten worden over de benadering van deze patiënt, denk hierbij ook aan beveiligingspersoneel. Omdat het soms lastig is deze patiënt te benaderen, komt het weleens voor dat deze patiënten later dan gewenst behandeld worden. Afspraken, om effectief en snel te kunnen handelen, kunnen zijn dat bijvoorbeeld drie specialisten tegelijk de patiënt beoordelen (SEH-arts, internist en psychiater).

Aanbevelingen

Indien nodig is binnen 30 minuten een A(N)IOS psychiatrie of psychiater aanwezig.

Zorg voor een veilige (voor patiënt en behandelaar) en prikkelarme voorziening voor de opvang van de verwarde patiënt op de SEH.

Maak binnen het ziekenhuis afspraken over de opvang van de verwarde en SEH-verstorende patiënt.

Maak in het ziekenhuis (PAAZ, PUK, MPU) of met GGZ-aanbieders in de regio afspraken over de beschikbare psychiatrische opnamecapaciteit voor psychiatrische patiënten die moeten worden opgenomen vanuit de SEH.

Referenties

- Rapportage werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. Prof. Dr. F. C. Breedveld, voorzitter werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp. Oktober 2009.
- Geraline Boonzaaijer De generieke module Acute psychiatrie, SIRM strategies in regulated markets, oktober 2016. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie>
- Generieke module Ziekenhuispsychiatrie, december 2016 <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/ziekenhuispsychiatrie>
- Kenniscentrum Phrenos, GGZ Drenthe, en Stichting Samen Sterk zonder Stigma, Wegwijzer Stigmabestrijding in de GGz. 2014
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Richtlijn Consultatieve Psychiatrie. 2008, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie: Utrecht (versie 2017 is in ontwikkeling)