



Escalatieprocedure ziekenhuis bij dreigende SEH/shockroom-stop

Doel escalatieprocedure

Deze procedure beschrijft de maatregelen die genomen moeten worden binnen het ziekenhuis wanneer een SEH-stop dreigt. Doel hiervan is een daadwerkelijke stop te voorkomen. Daarbij is het belangrijk dat alle ziekenhuizen dezelfde procedure hanteren bij een dreigende SEH-stop.

Een SEH-stop is een uiterste maatregel. Elke stop heeft direct effect op de kwaliteit van zorg voor patiënten en effect op de omliggende klinieken, de eerste lijn en de ambulancezorg.

Een SEH-stop mag pas afgekondigd worden als de hieronder beschreven maatregelen geheel doorlopen en uitgevoerd zijn en desondanks onvoldoende effect hebben.

Het is van belang deze acties in te zetten ruim vóór een stop noodzakelijk lijkt.

Stap 1: Doorlopen escalatieprocedure

Er zijn geen vaste criteria die aangeven wanneer een stop ingesteld mag worden. Het SEH-team besluit zelf om over te gaan tot het ondernemen van acties om een stop te voorkomen.

Het is belangrijk dat acties die vanuit de escalatiematrix zijn ondernomen, goed worden vastgelegd voor latere evaluatie. Toetsing achteraf moet mogelijk zijn; juiste registratie van de oorzaken van de stops en de doorlopen acties ter voorkoming van de stop kan helpen bij het implementeren van structurele verbeteringen en oplossingen.

Stap 2: Afkondigen SEH-stop

Voor het afkondigen van een stop wordt de regionale Procedure Acute Zorgportaal gevolgd.

Uitsluitend indien de acties uit de escalatiematrix geen adequate oplossing bieden, kan een stop worden afgekondigd. De RvB is eindverantwoordelijk voor dit besluit en kan deze taak aan derden mandateren (RvB-gemandateerde vertegenwoordiger), dan wel zelf per keer dit besluit nemen. Deze beslisstructuur moet vastgelegd zijn, waarbij de input vanuit de SEH van essentieel belang is. Een besluit tot een SEH-stop vervalt 2 uur na afkondiging, tenzij uit de evaluatie blijkt dat verlenging noodzakelijk is. Zie voor het afkondigen van een SEH-stop de procedure beschreven in het eigen opnamestopprotocol van het ziekenhuis.

Relatie met andere documenten

- Regionale procedure voor het Acute Zorgportaal (overkoepelende procedure, stelt dat procedure intern geborgd moet worden, waar deze escalatieprocedure onderdeel van uitmaakt).
- Interne opnamestopprotocol ziekenhuis (beschrijving procedure afkondigen stops – deze escalatieprocedure gaat hieraan vooraf).

Wie verantwoordelijk?

- Binnen kantoortijd: (*functionaris ziekenhuis benoemen*)
- Buiten kantoortijd: (*functionaris ziekenhuis benoemen*)

Definitie stops

Deze escalatieprocedure betreft de ongeplande SEH-stop en shockroom-stop.

N.B. We spreken niet meer van een presentatiestop, aangezien er altijd uitzonderingen zijn om bepaalde patiënten wel te presenteren.

DEFINITIE STOPS		
Type stop	Toelichting	Duur
SEH-stop	<p>Betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tijdelijk afbuigen van ambulances naar andere ziekenhuizen (ambulance-stop) – het gaat om nieuwe presentaties voor SEH vanaf het moment van afkondigen van stop Tijdelijk afbuigen/afhouden van insturen van patiënten door huisartsen <p>Uitzonderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ABCD-instabiele patiënten die op de shockroom gepresenteerd worden Bekende patiënten: d.w.z. patiënten met een actieve behandeling in het ziekenhuis met een aan de behandeling gerelateerde klacht. In overleg tussen coördinerend SEH-functionaris en verwijzer kan tijdstip van presentatie mogelijk uitgesteld worden. Patiënten die zich al in het ziekenhuis bevinden en worden doorverwezen vanuit de polikliniek of in pandige HAP Patiënten die al aangemeld waren voor afkondiging van de stop. De eerste 20 minuten na afkondiging stop mag ambulance patiënten nog brengen (ambulance checkt vóór vertrek beschikbaarheid in AZP, waardoor ambulance al onderweg is ten tijde van afkondiging stop). Zelfverwijzers zullen wél aanlopen en ontvangen worden; zij worden tijdens de triage goed ingelicht over de wachttijd. 	Max 2 uur
Shockroom-stop	<p>Betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> Niet kunnen opvangen van ABCD-instabiele patiënten Tijdelijk afbuigen van ambulances naar andere ziekenhuizen <p>Uitzonderingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Patiënten die zich al in het ziekenhuis bevinden en/of worden doorverwezen door de polikliniek of in pandige HAP Instabiele patiënten waarvoor ambulance niet meer kan uitwijken (op inschatting van ambulanceverpleegkundige; ambulance moet altijd de mogelijkheid houden iedere patiënt ter stabilisatie te kunnen presenteren in het dichtstbijzijnde ziekenhuis). Instabiele patiënt wordt altijd vooraf aangemeld. 	Max 1 uur



	<ul style="list-style-type: none">• Shockroomstop voor een SEH met profielspecialisme is niet mogelijk zonder overleg met een 'partnerziekenhuis' (bv. bij AAA-week, ECMO/ECPR, Trombolyse, Cardio interventie)	
--	---	--

Acties bij dreigende stops

ACTIES BIJ (DREIGENDE) SHOCKROOM-STOP
Oorzaak: niet beschikbaar door technisch probleem / (onvoorzien) onderhoud / bezetting door patiënt
<ul style="list-style-type: none">• In overleg met IC, de patiënt vervroegd overplaatsen naar IC
Oorzaak: verminderde capaciteit door personeelstekort
<ul style="list-style-type: none">• Personeel vrijmaken van SEH; shockroom heeft altijd voorrang• In overleg met IC, de patiënt vervroegd overplaatsen naar IC

ACTIES BIJ DREIGENDE SEH-STOP
Oorzaak: te hoge INSTROOM patiënten of patiënten met relatief hoge zorgzwaarte
<ul style="list-style-type: none">• Melding naar MKA, rijdende ambulancedienst en huisartsen(post) om situatie dreigende stop aan te geven (situatie 'oranje') – aanrijden/presenteren in overleg;• Melding naar dienstdoende specialisten om situatie dreigende stop aan te geven;• In overleg met verwijzer bepalen of zorgvraag enkele uren uitgesteld kan worden. Het betreft hier aangemelde patiënten waarvan de situatie duidelijk in te schatten is;• Indien huisartsen patiënten willen insturen, vragen of presentatie enkele uren uitgesteld kan worden of dat zij patiënt naar een andere locatie kunnen verwijzen;• Indien presentatie vanuit "eigen" ziekenhuis of in pandige huisartsenpost vragen of de verwijzer al aanvullend onderzoek in gang kan zetten/ uitvoeren;• Primaire triage naar eerste lijn in overleg met huisartsenpost, zeker van de 'aanlopers'.
Oorzaak: te geringe DOORSTROOM op SEH door te geringe capaciteit op de SEH (personeel/bedden/infrastructuur)
<ul style="list-style-type: none">• Radiologie: verzoek directe beschikbaarheid van 1 dienstdoende radioloog op SEH voor versnelde diagnostiek, indicatie, planning en interpretatie;• Arts-assistenten: binnen 10 minuten extra capaciteit arts-assistenten voor de specialismen waar nog ongeziene patiënten voor zijn dan wel worden verwacht;• 'Drie in een rij? Supervisor erbij!' Voor specialisme waarvan de doorstroming vertraagd en/of met groot aanbod op dat moment: dienstdoende specialist komt binnen 15 minuten (binnen kantoortijd) en binnen 30 minuten (buiten kantoortijd) fysieke supervisie op de SEH geven;• Vraag ondersteuning van verpleegkundigen van andere afdelingen (bv IC);• SEH-verpleegkundigen: alloceren van kantoortaken of teamleider/hoofd mee laten werken;• Arts-assistenten/SEH-artsen: alloceren van afdeling van betreffende specialisme of kantoortaken;• Niet acute patiënten uit bedden/behandelkamer en terug naar wachtruimte of op stoelen in afwachting van verder beleid;• Niet acuut noodzakelijk aanvullend onderzoek op ander moment of andere afdeling laten uitvoeren;• Bij opname indicatie: consulten op de afdeling laten uitvoeren, niet op de SEH.



Oorzaak: te geringe UITSTROOM door te lange doorlooptijd opname / tekort capaciteit kliniek/OK/IC

- Patiënten naar verpleegafdelingen / IC overplaatsen voordat de diagnostiek/verpleegkundige interventies zijn afgerond (i.o.m. afdeling);
- Patiënt met werkdiagnose versneld naar AOA/opname-afdeling doorsturen; patiënt krijgt beleid voor korte termijn mee dat op de AOA/opname-afdeling door een arts gevolgd kan worden;
- Overplaatsingen uit andere ziekenhuizen direct doorsturen naar afdeling, ook al is daar nog geen bed vrij;
- Bij opname indicatie: consulten op de afdeling laten uitvoeren, niet op de SEH
- Uitstroom stagneert door lange wachttijden B-vervoer: patiënten die met ontslag kunnen niet laten wachten op SEH, maar indien mogelijk in tussen-/wachtruimtes
- Vastgelegd opnamemandaat toepassen door SEH-arts in geval van discussie over hoofdbehandelaarschap dan wel uitblijven besluit tot opname.
- Overleg opname coördinatie:
 - Afdelingen creëren (indien mogelijk) capaciteit d.m.v. versneld ontslag of vrijgeven gereserveerd bed voor de volgende dag
 - Openen extra bedden op kliniek of IC
- Overplaatsing van de patiënt naar een ander ziekenhuis