

Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp

Welke gegevens zijn van belang om digitaal uit te wisselen?



**nederlands huisartsen
genootschap**



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NedHIS

*Nederlandse vereniging van gebruikersverenigingen
van huisartseninformatiesystemen*



Betere zorg
door betere informatie



Versie 2014 v3.0

23 mei 2014

Auteur: NHG/Nictiz

Leden werkgroep voor update van de richtlijn: Tjeerd van Althuis (NHG), Judith Mulder (NVSHA), Anja Meekes (InEen), Margot Lenos (InEen), Ineke Linden-Brümmer (NVSHA), Geert-Jan van Kemenade (Nictiz), Herman Levelink (NedHIS), Judy Westerveld (AZN), Gert Koelewijn (projectleider, Nictiz).

©NHG 2014
Domus Medica
Lomanlaan 103
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
e-mail: T.vanAlthuis@nhg.org
<http://www.nhg.org>

In opdracht van Nictiz
Oude Middenweg 55, 2491 AC Den Haag
Postbus 19121, 2500 CC Den Haag
tel: 070 – 317 34 50
e-mail: info@nictiz.nl
<http://www.nictiz.nl>

INHOUD

1	INLEIDING	5
1.1	DOEL RICHTLIJN ESPOED	5
1.2	ACHTERGROND	5
1.3	WIJZIGINGEN VERSIE 3.0	6
1.4	BEHEER RICHTLIJN	6
1.5	GERELATEERDE DOCUMENTEN	6
1.6	BEGRIPPEN EN AFKORTINGEN	7
2	TOTSTANDKOMING RICHTLIJN EN REVISIE	9
2.1	WERK GROEPEN	9
	<i>Werkgroep eerste versie</i>	<i>9</i>
	<i>Werkgroep gegevensset & procesmodel</i>	<i>9</i>
	<i>Werkgroep versie 2.....</i>	<i>9</i>
	<i>Werkgroep versie 3.....</i>	<i>9</i>
2.2	AFBAKENING.....	10
2.3	UITGANGSPUNTEN/RANDVOORWAARDEN	10
	<i>Medische historie in patiëntendossier bij de huisarts</i>	<i>10</i>
	<i>Adequate dossiervorming.....</i>	<i>10</i>
	<i>Goed beheerde zorgsystemen, XIS-typegoedkeuring en NEN7510.....</i>	<i>10</i>
	<i>Identificatie, authenticatie, verwijzindex, logging</i>	<i>11</i>
	<i>Draagvlak.....</i>	<i>11</i>
	<i>Patiëntentoesemming</i>	<i>12</i>
	<i>Berichten</i>	<i>12</i>
	<i>Relatie met waarneming.....</i>	<i>12</i>
	<i>Relatie met medicatieoverdracht.....</i>	<i>12</i>
3	WERKGEBIED ESPOED.....	13
3.1	PARTIJEN.....	13
3.2	OMVANG GEBRUIKERS EN BERICHTENSTROOM.....	14
4	BERICHTEN ESPOED.....	15
4.1	SCENARIO'S	15
4.2	BERICHTEN.....	15
4.2.1	LOGISTIEKE BERICHTEN	16
	<i>(Spoed)melding (HA/HAP → MKA)</i>	<i>16</i>
	<i>Bevestiging (MKA → HA/HAP).....</i>	<i>16</i>
	<i>Voorwaarschuwing (MKA → SEH)</i>	<i>16</i>
	<i>Ritopdracht (MKA → AMB)</i>	<i>17</i>
	<i>Patiëntidentificatie (SEH → AMB)</i>	<i>17</i>
4.2.2	OPVRAGINGEN DOSSIER HUISARTS	17
	<i>Professionele samenvatting voor meldkamer (HA → MKA)</i>	<i>17</i>
	<i>Professionele samenvatting voor ambulance (HA → AMB).....</i>	<i>18</i>
	<i>Professionele samenvatting voor spoedeisende hulp (HA → SEH).....</i>	<i>18</i>
4.2.3	RAPPORTAGES VERLEENDE ZORG	19
	<i>Meldkamerrapportage (MKA → HA)</i>	<i>19</i>
	<i>Ambulancerapportage (AMB → HA).....</i>	<i>19</i>
	<i>Spoedeisende hulprapportage (SEH → HA).....</i>	<i>19</i>

4.2.4	GEDETAILLEERDE UITWISSELING VAN DE AMBULANCE NAAR DE AFDELING SPOEDEISENDE HULP.....	20
	<i>Vooraankondiging (AMB → SEH).....</i>	20
	<i>Ambulance interventie en beloop (AMB → SEH).....</i>	20
	<i>Ambulance overdracht (AMB → SEH).....</i>	21
4.2.5	VERWIJZINGEN.....	21
	<i>HAP waarnemend huisarts verwijst naar SEH (HAP huisarts → SEH).....</i>	22
	<i>HAP triagist verwijst naar SEH (HAP triagist → SEH).....</i>	22
	<i>SEH Triage verpleegkundige verwijst naar HAP of huisarts (SEH triagist → HAP of huisarts).....</i>	23
	<i>MKA triagist verwijst naar huisarts of HAP (MKA triagist → huisarts of HAP).....</i>	23
BIJLAGE 1: SCENARIO'S		24
	SCENARIO 1: DE HUISARTS, WAARNEMEND HUISARTS, TRIAGIST VAN HAP VERWIJST EEN PATIËNT NAAR DE SEH.....	25
	<i>Scenario 1a: huisarts verwijst naar SEH, regelt ambulance naar SEH.....</i>	25
	<i>Scenario 1b: waarnemend huisarts verwijst vanuit HAP naar SEH.....</i>	26
	<i>Scenario 1c: triagist verwijst vanuit HAP naar SEH.....</i>	27
	SCENARIO 2: FAMILIE BELT 112.....	28
	<i>Scenario 2a: Familie belt 112, vervoer naar SEH.....</i>	28
	<i>Scenario 2b: Familie belt 112, MKA geeft zelfzorgadvies.....</i>	30
	<i>Scenario 2c: Familie belt 112, MKA adviseert huisartsenpost.....</i>	30
	SCENARIO 3: OMSTANDERS BELLEN 112.....	31
	<i>Scenario 3a: Omstanders bellen 112, vervoer naar SEH.....</i>	31
	<i>Scenario 3b: Omstanders bellen 112, ambulance handelt af.....</i>	32
	<i>Scenario 3c: Omstanders bellen 112, MKA geeft zelfzorgadvies.....</i>	33
	<i>Scenario 3d: Omstanders bellen 112, ambulance handelt af en adviseert huisarts.....</i>	34
	SCENARIO 4: PATIËNT MELDT ZICHZELF OP DE SEH.....	35
	<i>Scenario 4a: Patiënt meldt zichzelf op de SEH, opname in ziekenhuis.....</i>	35
	<i>Scenario 4b: Patiënt meldt zichzelf op de SEH, triage verpleegkundige verwijst van SEH naar HAP.....</i>	36
BIJLAGE 2: INVENTARISATIE INFORMATIEBEHOEFTE VERSUS BESCHIKBARE INFORMATIE.....		38
	A) INFORMATIEBEHOEFTE BIJ DE BETROKKEN PARTIJEN	38
	<i>Informatie gewenst door de huisarts (of waarnemend huisarts).....</i>	38
	<i>Informatie gewenst door de meldkamer.....</i>	40
	<i>Informatie gewenst door de ambulance.....</i>	40
	<i>Informatie gewenst door de afdeling spoedeisende hulp.....</i>	41
	B) GEGEVENS BESCHIKBAAR BIJ DE BETROKKEN PARTIJEN	41
	<i>Gegevens beschikbaar in het dossier bij huisarts.....</i>	41
	<i>Gegevens doorgegeven door de huisarts.....</i>	42
	<i>Gegevens bij de melding aan de meldkamer.....</i>	43
	<i>Gegevens bij oproep ambulance.....</i>	43
	<i>Gegevens vergaard bij waarneming en meting tijdens de zorg in de ambulance.....</i>	44
BIJLAGE 3: RELATIE RUBRIEK MET HIS-REFERENTIEMODEL.....		46

1 Inleiding

1.1 Doel richtlijn eSpoed

Deze richtlijn geeft de berichten- en gegevenssets die nodig zijn om de informatievoorziening binnen de acute zorg adequaat te ondersteunen. Deze richtlijn vormt de basis voor de informatiestandaard die op technisch niveau de berichten en gegevens beschrijft. De implementatie van de berichten- en gegevenssets valt buiten de scope van deze richtlijn. De implementatie wordt door de betrokken organisaties bepaald.

In veel acute situaties is het van levensbelang dat zorgverleners in de acute zorgketen, zoals centralisten van de meldkamer Ambulancezorg (MKA), ambulanceverpleegkundigen, huisartsen, zorgverleners op de huisartsenpost en SEH-zorgverleners in één oogopslag relevante medische gegevens en de informatie over de acute situatie van een patiënt kunnen inzien. In de acute zorgketen zijn in korte tijd vaak meerdere en verschillende zorgaanbieders bij de zorg betrokken en gaat het om voor hen onbekende patiënten. In een groot en toenemend aantal gevallen gaat het om patiënten met complexe aandoeningen. Hiervoor dragen MKA's, ambulanceverpleegkundigen, huisartsen en huisartsenposten snel en betrouwbaar gegevens over aan de collega-zorgverleners in de acute zorgketen en kunnen zij de actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar delen.

1.2 Achtergrond

Begin deze eeuw is de informatievoorziening van de Centrale Huisartsenpost (CHP) vormgegeven. Belangrijke elementen hierin zijn het opvragen op de CHP van de meest recente gegevens over de patiënt vanuit het HIS bij de huisarts, en het retour melden aan de huisarts van de verrichte zorg op de CHP. De afspraken hiervan zijn vastgelegd in de richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP) [Richtlijn HWG]. Deze ontwikkeling heeft partijen in de spoedeisende hulp geïnspireerd om een dergelijke oplossing ook te hanteren in de spoedeisende hulp, een eerste demonstratieopstelling hiervan werd gegeven op het EMD Congres in Ede in 2004.

In 2005 is een eerste richtlijn “gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp” opgesteld door Nictiz en NHG [Richtlijn eSpoed 2005]. In deze richtlijn is de wens opgenomen dat Meldkamers Ambulancezorg, ambulances en spoedeisende hulp ook gegevens bij de eigen huisarts kunnen opvragen. De geautoriseerde richtlijn beschrijft de gevolgde werkwijze, de noodzakelijke randvoorwaarden, de gegevenssets die worden uitgewisseld en het geplande vervolg.

In 2008 is een tweede richtlijn opgesteld door Nictiz, NHG, NVZ, NVSHA en AZN [Richtlijn eSpoed 2008]. In deze versie zijn de gegevenssets verder uitgewerkt en is toegevoegd de gegevensuitwisseling tussen meldkamer, ambulance en spoedeisende hulp. Verder zijn de scenario's voor gegevensuitwisseling in spoedeisende situaties geactualiseerd en anders gepresenteerd.

In 2010 hebben het NHG en de LHV in het [NHG/LHV-Standpunt] Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) ‘Gelukkig staat alles in mijn dossier dokter...’ hun visie gegeven op de rol en functie van de huisarts bij het beheren, registreren en bewerken van gegevens en bij het uitwisselen daarvan met andere zorgverleners. Dit standpunt verwijst naar deze richtlijn en geeft als beleidsdoelstelling dat huisartsen de e-Spoedberichten genereren en ontvangen.

In 2013 heeft het NHG in het [NHG-Standpunt huisarts en spoedzorg] haar visie gegeven op de huisartsgeneeskundige inbreng in de spoedzorg(keten), zowel binnen kantooruren als daarbuiten. Een randvoorwaarde om continuïteit van zorg te waarborgen is dat ketenpartners elkaar (digitaal) informeren over de behandeling van de patiënt.

1.3 Wijzigingen versie 3.0

In versie 3.0 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- De term Centrale Huisartsenpost (CHP) is vervangen door huisartsenpost met als afkorting HAP. De huisartsenpost is een meer gebruikelijke term in de volksmond en ook bij de huisartsen. Het verwijst naar de plek of functionele unit van waaruit de avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) wordt verleend in plaats van naar de organisatievorm, zoals Huisartsen Diensten Structuur of Centrale Huisartsenpost.
- De gegevensuitwisseling is toegevoegd tussen huisarts, huisartsenpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH) voor het verwijzen van een patiënt van een HAP naar een SEH en de verwijzing na triage (intake) bij een van de partijen in de spoedketen naar een andere zorgaanbieder. Daarnaast is de verwijzing van meldkamer naar HAP of huisarts toegevoegd.
- Het document is geactualiseerd en de overdracht van gegevens is in alle scenario's met nieuwe schema's geïllustreerd.

1.4 Beheer richtlijn

Deze richtlijn is in beheer bij het NHG. Contact T.vanAlthuis@nhg.org.

1.5 Gerelateerde documenten

Als inputbronnen worden gebruikt:

- [Richtlijn HASP] NHG [Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen](#) (HASP), 2008.
- [Richtlijn eSpoed 2008] [NHG Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp](#), december 2008.
- [Richtlijn ADEPD] NHG [Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD](#), derde versie, 2013.
- [Richtlijn HWG] [Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost \(CHP\)](#), mei 2013.
- [HIS Referentiemodel] [NHG Publieksversie HIS-Referentiemodel](#), 2013.
- [Richtlijn medicatieoverdracht], [Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten](#), 2008.

Als referentiedocumenten zijn beschikbaar:

- [Richtlijn eSpoed 2005] [Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp](#), juli 2005, 1^e versie door NHG en Nictiz.
- [NHG-Standpunt acute ketenzorg] [NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg](#), december 2005.
- [Plan van aanpak] Plan van aanpak, Programma eSpoed, versie 1.0, 1 augustus 2007.
- [Procesmodel 2007] Procesmodel ‘Uitwisselberichten in processchema’s voor 7 scenario’s’, versie 0.3, 27 september 2007, Nictiz.
- [NHG/LHV-Standpunt] [NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier \(H-EPD\) gegevensbeheer en gegevensuitwisseling ‘Gelukkig staat alles in mijn dossier dokter...’](#), april 2010.
- [NEN7510] [NEN7510](#) Norm voor informatiebeveiliging in de zorg, 2011
- [NHG-Standpunt huisarts en spoedzorg] [NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg](#), juni 2013.
- [Jaarplan eSpoed 2013] Jaarplan 2013 – Programma eSpoed, 14 februari 2013.
- [Basisdatasets eSpoed], zoals de [basisdataset](#) en het overdrachtsbericht tussen ambulance en SEH, [basisdataset](#) voor de professionele samenvatting van de huisarts naar de meldkamer, ambulance of spoedeisende hulp en toelichting en de [basisdataset](#) voor de terugrapportage van de meldkamer, ambulance of spoedeisende hulp naar de huisarts en toelichting.
- [Uitgangspunten autorisatieprotocol eSpoed] Dit document beschrijft de generieke uitgangspunten van een autorisatieprotocol die nodig is voor het uitwisselen van medische gegevens tussen acute zorgverleners.
- [Gedragscode EGIZ] [Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg](#), versie juli 2013.

1.6 Begrippen en afkortingen

Algemeen

Afkorting	Omschrijving
AZN	Ambulancezorg Nederland
BDS	Basisdataset
BSN	Burgerservicenummer
BVA	Beroepsvereniging Ambulancepersoneel
GBZ	Goed Beheerd Zorgsysteem
HA	Huisarts
HAP	Huisartsenpost
HASP	Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen
HIS	Huisarts informatiesysteem
HWG	Huisartswaarneemgegevens
InEen	InEen organiseert de eerste lijn. Vanaf 1 januari 2014 vormen de LOK, LVG en VHN samen InEen
LSP	Landelijk Schakelpunt
MKA	Meldkamer Ambulancezorg

Afkorting	Omschrijving
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
SEH	Spoedeisende hulp
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland (in 2014 opgegaan in InEen)
VZVZ	Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie
Zorgverlener	Voor acute zorg is dit een BIG-geregistreerd persoon die beroepsmatig zorg verleent aan een ander.

In dataset gebruikte begrippen

Afkorting	Omschrijving
GBA	Gemeentelijke basisadministratie
LOINC	Logical observation identifiers names and codes
NAW	Naam adres woonplaats
NTS	Nederlands Triage Systeem
PS	Professionele Samenvatting
RAV	Regionale Ambulance voorziening
SBAR	Situation Background Assessment Recommendation
SBV-Z	Sectorale berichtenvoorziening in de zorg
TGN	Toegekend getroffen nummer
UZI	Unieke zorgverleneridentificatie
UZOVI	Unieke zorgverzekeraaridentificatie
WB	Waarneembericht
WID	Wettelijk identificatiedocument

2 Totstandkoming richtlijn en revisie

2.1 Werkgroepen

Werkgroep eerste versie

In december 2004 is een werkgroep samengesteld door het NHG met vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Ambulancezorg Nederland (AZN), de Beroepsvereniging Ambulancepersoneel (BVA), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz). Begin 2005 heeft deze werkgroep versie 1.0 van deze richtlijn [Richtlijn eSpoed 2005] opgesteld.

Werkgroep gegevensset & procesmodel

Eind 2007 is onder auspiciën van de Nictiz programma adviescommissie eSpoed (PAES) een werkgroep ‘gegevensset en procesmodel’ [Procesmodel 2007] samengesteld met vertegenwoordigers van dezelfde organisatie met als opdracht revisie en uitbreiding van de richtlijn.

Werkgroep versie 2

In de periode tot april 2008 heeft de werkgroep versie 2 met als uitgangspunt de [Richtlijn eSpoed 2005] en het [Procesmodel 2007] de gewenste uitbreiding van de gegevensset en de berichten ter hand genomen.

Eerste stap was uitbreiding van de berichtenset met de berichten die nodig zijn met en tussen ambulance en afdeling spoedeisende hulp. Voor de gegevens in deze berichten is geput uit gegevenssets die in de praktijk al worden gebruikt. Daarnaast werd de richtlijn waar nodig geactualiseerd.

Ten slotte heeft een beperkte commentaarronde binnen de deelnemende organisaties plaatsgevonden waarvan de input is verwerkt in versie [Richtlijn eSpoed 2008].

Werkgroep versie 3

Vanaf mei 2013 heeft de werkgroep versie 3 het document uit 2008 uitgebreid met de verwijsberichten die nodig zijn tussen meldkamer, HAP, huisarts en SEH. Daarnaast is het document geactualiseerd en zijn de illustraties bij de scenario's gewijzigd. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Ambulancezorg Nederland (AZN), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg (Ineen), Nederlandse Vereniging van gebruikersverenigingen van huisartseninformatiesystemen (NedHIS) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).

2.2 Afbakening

Deze richtlijn beschrijft de gegevenssets uitsluitend voor zorginhoudelijke communicatie. Het beschrijft de gegevenssets in logische of generieke zin, dus de gegevens of gegevensgroepen gerelateerd aan het moment waarop gegevens nodig zijn. De gedetailleerde gegevens worden beschreven in afzonderlijke documenten [Basisdatasets eSpoed].

Deze richtlijn beschrijft niet het autorisatieprotocol. De generieke uitgangspunten van dit protocol worden beschreven in een afzonderlijk document [Uitgangspunten autorisatieprotocol eSpoed]. Daarin wordt eveneens de omgang met regio-indelingen beschreven.

2.3 Uitgangspunten/randvoorwaarden

Medische historie in patiëntendossier bij de huisarts

Een belangrijk uitgangspunt is dat het medisch dossier bij de huisarts een beeld geeft van de actuele en volledige medische historie van een patiënt. Dit past bij de taakopvatting van de huisarts: het verlenen van persoonlijke en continue zorg. Dit betekent dat er in het dossier bij de huisarts ook informatie is vastgelegd over de zorgtrajecten verleend door anderen. Het medisch dossier bij de huisarts bevat dan wel niet alle details over zorg verleend door anderen, het is in ieder geval wel de medisch-inhoudelijke wegwijzer/samenvatting over die zorg. Dat maakt dit dossier een waardevolle bron van informatie voor andere zorgverleners.

Adequate dossiervorming

Juist om toegang tot gegevens voor anderen in het kader van samenwerking en gegevensuitwisseling te bevorderen is het van belang dat zorgverleners, in dit geval huisartsen, op een enigszins uniforme wijze het medisch dossier opbouwen. De mate waarin een huisarts het medisch dossier gestructureerd opbouwt, bepaalt tot op zekere hoogte het gemak waarmee anderen dit dossier kunnen gebruiken. Adequate dossiervorming is een randvoorwaarde voor het samenstellen van ‘goed gevulde’ berichten, zie hiervoor NHG [Richtlijn ADEPD].

Naast gegevens van de huisarts zijn gegevens van belang die vergaard worden tijdens de hulp aan de patiënt in de spoedketen. Een volgende schakel moet weten wat de andere partij(en) hebben onderzocht en aan behandeling ingezet hebben, zodat daar veilig op doorgewerkt kan worden.

Goed beheerde zorgsystemen, XIS-typegoedkeuring en NEN7510

Voor alle partijen geldt dat ze in lijn met de [NEN7510] voor informatiebeveiliging in de zorg een risicoafweging moeten maken voor bijstelling of uitbreiding van de bestaande set maatregelen in het kader van passende informatiebeveiliging.

Verder geldt dat samenwerking afhankelijk is van het in de eigen systemen gebruikmaken van een gedeelde architectuur voor uitwisseling van gegevens (zoals via systemen met [XIS-typegoedkeuring](#)), en het in de eigen organisatie ondersteunen van beheer van de berichtuitwisseling (zoals via de eisen door VZVZ gesteld aan een goed beheerd zorgsysteem ([GBZ-eisen](#))).

Voor de software van zogenaamde bronsystemen, waaronder het HIS, geldt dat deze een aantal functies moet ondersteunen om raadpleging van gegevens op een adequate manier af te kunnen handelen. Deze functies betreffen:

- ondersteunen van berichtstandaarden en autorisatie (zoals via XIS-typegoedkeuring),
- logging van inzage,
- inzage- en afschermrechten patiënten vanuit de WGBO.

Voor de systemen bij de overige partijen (RAV inclusief MKA, centrale huisartsenpost, afdeling spoedeisende hulp) geldt eveneens de eis van ondersteuning van berichtstandaarden en autorisatie (zoals via XIS-typegoedkeuring). Voor het uitwisselen van gegevens vanaf mobiele plekken, zoals de ambulance, geldt dat het systeem draadloos beschikbaar moet zijn.

Voor de huisartsinformatiesystemen betekent een en ander dat er aanpassingen nodig zijn om nieuwe informatiestandaarden vanuit deze richtlijn te ondersteunen. Ze moeten voldoende ondersteuning bieden om het dossier netjes te kunnen ordenen (volgens [HIS Referentiemodel] en de [Richtlijn ADEPD]). Ook dienen de toestemmings- en afschermrechten van patiënten hun weerslag te krijgen in de software.

De richtlijn loopt vooruit op een aantal van deze noodzakelijke aanpassingen. Zo zijn huisarts informatiesystemen nog niet volledig gestandaardiseerd op het uniform en eenduidig opslaan van alle gegevens die al wel in deze richtlijn zijn benoemd. Voor het te allen tijde kunnen opvragen van een “spoedeisende hulp samenvatting” uit het medisch dossier bij de eigen huisarts is het noodzakelijk dat deze gegevens 24 uur/dag en 7 dagen per week beschikbaar en toegankelijk zijn.

Identificatie, authenticatie, verwijzindex, logging

Naast fysieke toegang tot gegevens moet er ook in een netwerk voldaan zijn aan een aantal voorwaarden aangaande logische toegang en moet daartoe een aantal voorzieningen beschikbaar zijn, zoals:

- Unieke identificatie voor patiënten;
- Unieke identificatie voor zorgverleners;
- Unieke identificatie voor zorgaanbieders;
- Zorgverleners en zorgaanbieders beschikken over beveiligingscertificaten voor het beveiligd uitwisselen van gegevens binnen het netwerk;
- Geaccepteerde zorgnetwerken die beveiligde communicatie bieden tussen zorgaanbieders.

Draagvlak

Op verzoek van de organisaties die zitting hebben in de programma adviescommissie eSpoed is deze richtlijn opgesteld. Dit zijn het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Ambulancezorg Nederland (AZN), vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg (InEen), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).

Patiëntentoeestemming

Patiënten hebben vooraf aan de huisarts toestemming verleend voor het ter beschikking stellen van medische gegevens aan andere zorgverleners waar zij in behandeling zijn bij voorbeeld in gevallen van spoedeisende hulp zodat die beschikbaar zijn voor inzage. Patiënten moeten zijn geïnformeerd dat gegevens worden doorgezonden naar een volgende schakel in de keten van de spoedzorg. Voor praktische richtlijnen over de gedragscode bij het uitwisselen van patiëntgegevens tussen zorgverleners zie de Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg [Gedragscode EGIZ].

Berichten

Met een bericht wordt hier bedoeld een functionele gegevensset dat op een bepaald moment tussen zorgverleners wordt uitgewisseld. De technische structuur ervan wordt beschreven in een informatiestandaard.

Bij het toekennen van berichtnamen is zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande begrippen in de praktijk (vooraankondiging, voorwaarschuwing, ritformulier). Waar verwarring zou kunnen ontstaan over voor wie het bericht is bedoeld is de ontvanger achter aan het bericht toegevoegd (professionele samenvatting meldkamer respectievelijk professionele samenvatting ambulance en professionele samenvatting spoedeisende hulp). Op dezelfde manier is soms de verzender voor aan het bericht toegevoegd (meldkamerrapportage, spoedeisende hulp-rapportage).

Relatie met waarneming

In deze richtlijn is niet opgenomen hoe de gegevensuitwisseling bij waarneming door een andere huisarts plaatsvindt. Dit is beschreven in de Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP) [Richtlijn HWG].

Relatie met medicatieoverdracht

Deze richtlijn verwijst naar de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten [Richtlijn Medicatieoverdracht]. Deze richtlijn geeft aan dat zorgprofessionals in de samenwerkende keten voor de patiëntveiligheid altijd over een actueel medicatieoverzicht beschikken bij het voorschrijven, verstrekken en toedienen van medicatie. Deze gegevens zijn aanwezig in verschillende bronnen, zoals systemen van voorschrijvers (huisarts) en verstrekkers (apothekhoudende) en bij de patiënt zelf.

3 Werkgebied eSpoed

3.1 Partijen

De bij eSpoed onderkende partijen zijn de huisarts, zorgverleners op de huisartsenpost (HAP), de ambulanceverpleegkundige, de verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg (MKA), de zorgverleners op de spoedeisende hulp (SEH).

De *huisarts* verleent de continue zorg aan de patiënt. Haar of zijn dossier bevat de actuele en volledige medische historie van een patiënt. De huisarts is beschikbaar tijdens kantooruren. Een professionele samenvatting van de informatie in het HIS steeds vaker 7x24 uur beschikbaar. De huisartsenzorg buiten kantooruren wordt geregeld via dienstwaarneming geregeld door de huisarts zelf en collega's; veelal geschiedt dit vanuit de HAP. Gegevens vastgelegd tijdens de waarneming zijn in principe beschikbaar bij de huisarts in de vorm van een waarneembericht.

De *meldkamer ambulancezorg* is 7x24 uur bemenst. Meestal is een *verpleegkundig centralist* aanwezig. De meldkamer werkt onder meer met een geïntegreerd meldkamersysteem (GMS). Oproepen van ambulances geschieden meestal via een pieper (P2000) of portofoon (C2000). Verdere communicatie gebeurt via het beveiligde netwerk C2000 en via digitale systemen van de RAV en AZN.

De *ambulanceverpleegkundige* ontvangt een oproep via de mobilfoon/portofoon. De ambulanceverpleegkundige neemt deze gegevens over op het (digitale) ritformulier (steeds vaker reeds digitaal aangeleverd door de MKA) en vult dit aan met ritgegevens en gegevens over de (gezondheidstoestand van de) patiënt.

De *spoedeisende hulp* in het ziekenhuis is vaak 7x24 uur bemenst. *Verpleegkundig Triagisten* doen de eerste opvang. Meestal is een *SEH-arts* aanwezig, indien dit niet het geval is dan is er een arts die geschoold is in de opvang patiënten met een acuut zorgprobleem. Er is een grote verscheidenheid in geautomatiseerde ondersteuning, hetzelfde geldt voor procedures en geregistreerde gegevens. Patiënten komen naar de SEH na een 112 melding via de ambulance, via een verwijzing van de huisarts (met ambulance of eigen vervoer) of ze melden zichzelf op de SEH.

De *huisartsenpost* is bemand buiten de openingstijden van huisartsenpraktijken. In enkele gebieden gebeurt de waarneming door huisartsen onderling maar in het overgrote deel van het land is die geregeld via de huisartsenpost. *Triagisten* doen de eerste opvang. De zorg wordt verleend door of onder verantwoordelijkheid van *waarnemend huisartsen*.

3.2 Omvang gebruikers en berichtenstroom

Landelijk zijn er:

- 25 RAV's, met 2218 ambulanceverpleegkundigen, 414 verpleegkundig centralisten en 725 ambulances. ([bron: Ambulances in-zicht, 2012](#)).
- 122 huisartsenposten (bron: website [Ineen](#));
- 8.879 huisartsen ([bron: nivel 2012](#));
- 101 SEH's. Een SEH is onderdeel van een ziekenhuis. ([bron: NVZ, Factsheet Voorlegger bij rapport 'Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp', 2013](#)).

Jaarlijks zijn er meer dan 7 miljoen patiëntcontacten met de acute zorg ([bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid](#)). In 2012 hadden huisartsenposten ruim 4 miljoen patiëntcontacten. Het aantal behandelingen op de SEH's is ruim 2 miljoen. In 2012 waren er 774.000 spoedeisende inzetten van ambulancezorg ([bron: Ambulances in-zicht, 2012](#)). Voor veel van deze patiëntcontacten zijn er gegevensuitwisselingen binnen de acute zorgketen.

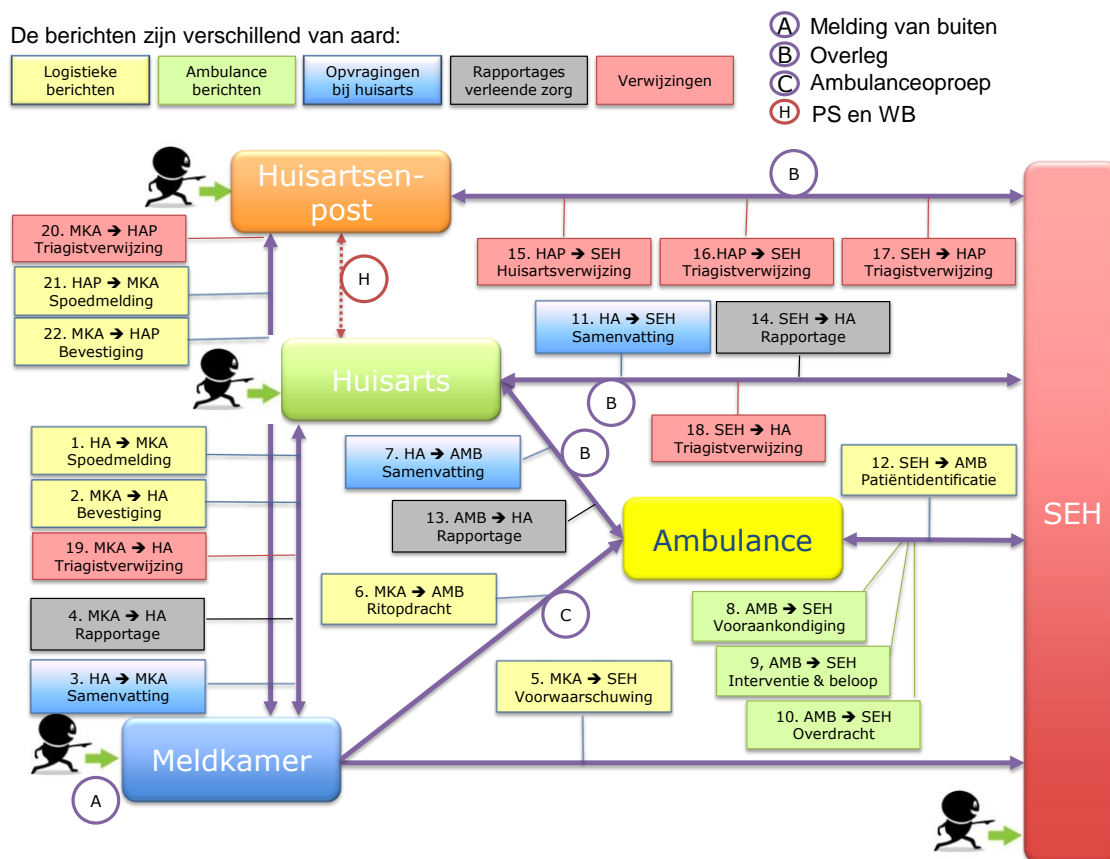
4 Berichten eSpoed

4.1 Scenario's

Om het volledige beeld te krijgen van de benodigde berichten voor eSpoed is uitgegaan van scenario's die de veel voorkomende spoedsituaties in de zorg beschrijven. Het geheel van beschreven scenario's vormt volgens de in de werkgroep vertegenwoordigde beroepsgroepen een vrijwel compleet beeld. Zie bijlage 1 voor de scenario's.

4.2 Berichten

Vanuit de scenario's is vastgesteld welke berichten nodig zijn om de informatievoorziening adequaat te ondersteunen. Het gaat om tweeëntwintig berichten, figuur 1 geeft een volledig overzicht van de onderkende zorgverleners, contactmomenten en elektronische berichten (paarse pijlen). Er zijn geen pijlen gegeven voor verbale- en schriftelijke overdrachten tussen zorgverleners. Voor de overdracht tussen huisartsenpost en huisarts is een stippellijn gegeven.



Figuur 1: Zorgverleners, contactmomenten en berichten binnen de spoedeisende hulp. Contactmoment A betreft de telefonische melding aan de meldkamer (melding van buiten). Contactmomenten A t/m C gaan om verbale overdracht per telefoon etc. Berichten 1 t/m 22 worden elektronisch uitgewisseld. H is de elektronische uitwisseling tussen huisarts en huisartsenpost.

Hieronder worden de berichten per gelijksoortige groep beschreven. De volgorde waarin de berichten worden uitgewisseld volgt in grote lijnen de nummering in figuur 1.

Onderstaande paragrafen sommen voor elke groep de gegevens op per bericht. Voor de definitie sluiten wij aan bij wat al gebruikelijk is, zie hiervoor bijlage 2. Algemene gegevens zoals identificatie van patiënt, verzender en ontvanger worden hier buiten beschouwing gelaten.

4.2.1 Logistieke berichten

Logistieke berichten (1, 2, 5, 6, 12, 21 en 22) dienen ter ondersteuning van de overdracht van precieze gegevens, zoals gesprekken per telefoon.

(Spoed)melding (HA/HAP → MKA)

De huisarts of huisartsenpost zendt dit bericht (zie fig. 1 nr. 1 of 21) naar de meldkamer, meestal na telefonisch contact. Indien de huisarts de patiënt aanmeldt voor vervoer kan een PS voor de ambulance worden meegestuurd.

Gegevens in dit bericht:

Persoonsgegevens patiënt
Verzoek om ritnummer of verzoek om vervoer
Vervoerindicatie (indien bekend)
Toelichting vervoersindicatie
Urgentie
Afhaaladres
Bestemming (indien bekend)
MelderPS (indien nodig voor ambulancevervoer)

Bevestiging (MKA → HA/HAP)

De meldkamer verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 2 of 22) naar de huisarts of de huisartsenpost als verzekering dat de gevraagde ambulance onderweg is, dan wel met de toekenning van het gevraagde ritnummer voor de auto van de huisartsenpost. Het belangrijkste doel is zekerheid en geruststelling bij de patiënt/familie. Bij een melding buiten de huisarts om wordt dit bericht niet verstuurd (de huisarts ontvangt wél het rapportagebericht door de laatste hulpverlener in de keten, bericht 4, 13 of 14; zie verder).

Gegevens in dit bericht:

Urgentiecode die is toegekend (A1, A2, B)
Geschatte aankomsttijd (ETA)
evt. toegekend ritnummer
evt. problemen capaciteit

Voorwaarschuwing (MKA → SEH)

De meldkamer verstuurt in sommige gevallen dit bericht (zie fig. 1 nr. 5) naar de spoedeisende hulp. Doel is de spoedeisende hulp zo snel mogelijk in staat te stellen zich voor te bereiden op de komst van een patiënt of grootschalige incidenten.

Gegevens in dit bericht:

Gegevens in dit bericht:

Persoonsgegevens patiënt
Incidentgegevens
Meldingsgegevens (inclusief de uitgevoerde triage)

Ritopdracht (MKA → AMB)

De meldkamer verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 6) naar de ambulance. Het bericht wordt in alle gevallen verstuurd en dient om de diverse zorginhoudelijke en logistieke gegevens goed door te geven.

Gegevens in dit bericht:

Persoonsgegevens patiënt
Incidentgegevens
Meldingsgegevens
Bestemmingsgegevens
Urgentiecode

Patiëntidentificatie (SEH → AMB)

De afdeling spoedeisende hulp verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 12) aan de ambulance/meldkamer. Dit bericht dient twee doelen: het levert de patiëntidentificatie ingeval de ambulance gewerkt heeft zonder deze identificatie. Daarnaast verstrekt het de feedbackinformatie voor kwaliteitsbewaking.

NB Dit laatste doel valt buiten de noodzaak van direct van belang voor de patiënt.

Gegevens in dit bericht:

Ritidentificatie
Patiëntidentificatie
Conclusie, diagnose
Opmerkingen naar aanleiding van overdracht/behandeling door ambulance

4.2.2 Opvragingen dossier huisarts

Opvragingen uit het dossier van de huisarts vinden plaats zonder menselijke tussenkomst. Een aanzet voor de regels voor raadpleging wordt hieronder gegeven via beschrijving van condities en de selectie van relevante gegevens. Opvragingen kunnen gebeuren binnen en buiten de kantooruren van de huisartspraktijk. De logging van deze opvragingen vindt plaats volgens de vaste regels rond de gebruikte infrastructuur en wordt hier niet nader beschreven. Wel zal op elke opvraging een inhoudelijke rapportage volgen, zie hiervoor de berichten 4, 13 en 14. Voor de opvragingen uit het dossier van de huisarts wordt steeds dezelfde berichtstructuur gebruikt. De professionele samenvatting voor de meldkamer bevat slechts een beperkt aantal ingevulde gegevens, maar het bericht wordt voor ambulance resp. SEH steeds verder gevuld.

Professionele samenvatting voor meldkamer (HA → MKA)

Afhankelijk van de melding haalt de verpleegkundig centralist op de meldkamer dit bericht (zie fig. 1 nr. 3) op uit het dossier bij de huisarts/waarnemer. Doel is optimaal op de hoogte te

kunnen zijn van de gegevens die nodig zijn om adequate afhandeling van de melding te verzorgen.

Gegevens in dit bericht:

Niet verwerkte retourberichten uit de waarneming en eerdere spoedsituaties
Episodelijst
(Deel) contact verslagen (afgelopen 10 dagen)
Medicatiegegevens (voorschriften tot 4 maanden terug)
Meetwaarden (afgelopen 10 dagen)
Samenvattingen van de correspondentie (afgelopen 10 dagen)
Belaste familie-anamnese
Ingrepen en behandelingen
Additionele gegevens - sociaal

Professionele samenvatting voor ambulance (HA → AMB)

Afhankelijk van de melding haalt de ambulanceverpleegkundige dit bericht (zie fig. 1 nr. 7) op in het dossier bij de huisarts. Doel is optimaal op de hoogte te kunnen zijn van de gegevens die nodig zijn om adequate zorgverlening aan de patiënt te kunnen verlenen.

Gegevens in dit bericht:

Niet verwerkte retourberichten uit de waarneming en eerdere spoedsituaties
Episodelijst
(Deel) contact verslagen (afgelopen 10 dagen)
Actuele medicatie en medicatiehistorie (voorschriften tot 4 maanden terug)
Meetwaarden (afgelopen 10 dagen)
Samenvattingen van de correspondentie (afgelopen 10 dagen)
Contra-indicaties en geneesmiddelovergevoeligheden
Belaste familie-anamnese
Ingrepen en behandelingen
Additionele gegevens - sociaal
Additionele gegevens - profylaxe en voorzorg

Professionele samenvatting voor spoedeisende hulp (HA → SEH)

In alle gevallen haalt de spoedeisende hulp dit bericht (zie fig. 1 nr. 11) op in het dossier bij de huisarts. Doel is optimaal op de hoogte te zijn van de gegevens die nodig zijn om adequate afhandeling van de melding te verzorgen.

Gegevens in dit bericht:

Niet verwerkte retourberichten uit de waarneming en eerdere spoedsituaties
Episodelijst
(Deel) contact verslagen (afgelopen 10 dagen)
Actuele medicatie en medicatiehistorie (voorschriften tot 4 maanden terug)
Meetwaarden (afgelopen 10 dagen)
Samenvattingen van de correspondentie (afgelopen 10 dagen)
Contra-indicaties en geneesmiddelovergevoeligheden
Belaste familie-anamnese
Ingrepen en behandelingen
Additionele gegevens - sociaal

Gegevens in dit bericht:

Additionele gegevens - profylaxe en voorzorg

4.2.3 Rapportages verleende zorg

Voor alle rapportages (4, 13, 14) over verleende zorg worden rubrieken gebruikt zoals in de [Richtlijn HASP], zie bijlage 2.

Meldkamerrapportage (MKA → HA)

De meldkamer verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 4) ingeval de verpleegkundig centralist op de meldkamer zelf een advies geeft aan patiënt en dit ook de laatste zorgactie is aan de patiënt in deze kwestie. Doel is de huisarts volledig op de hoogte te brengen van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Rubrieken in de kern:

Reden van melding

Conclusie, diagnose

Advies gegeven aan patiënt

Ambulancerapportage (AMB → HA)

De ambulance verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 13) ingeval de ambulanceverpleegkundige zelf na anamnese en onderzoek een interventie pleegt en advies geeft aan patiënt en dit ook de laatste zorgactie is aan de patiënt in deze kwestie. Het dient om de huisarts volledig op de hoogte te brengen van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Rubrieken in de kern:

Reden van melding

Conclusie, diagnose

Advies gegeven aan patiënt

Rubrieken in de bijlage:

Anamnese

Lichamelijk onderzoek

Beloop, interventie

Spoedeisende hulprapportage (SEH → HA)

De SEH verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 14) zodra de eerste opvang is afgerond. Het dient om de huisarts volledig op de hoogte te brengen van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Rubrieken in de kern:

Voortraject

Reden van komst SEH

Conclusie, diagnose

Beleid

Aanbeveling vervolg voor de huisarts

Advies gegeven aan patiënt

Rubrieken in de bijlage:

Anamnese
Lichamelijk onderzoek
Beloop, interventie
Laboratorium onderzoek
Beeldvormend onderzoek
Functieonderzoek
Overig onderzoek
Intercollegiale consulten
Verrichtingen derden
Medicatie actueel

4.2.4 Gedetailleerde uitwisseling van de ambulance naar de afdeling spoedeisende hulp

Voor de berichten (8, 9, 10) van de ambulance naar de SEH wordt steeds dezelfde berichtstructuur gebruikt. De vooraankondiging (8) bevat slechts enkele ingevulde gegevens, maar het bericht wordt steeds verder gevuld. Het idee is daarbij dat de op de SEH binnengekomen berichten volledig geautomatiseerd worden verwerkt en geïntegreerd in de daar gehanteerde en getoonde gegevensset.

Vooraankondiging (AMB → SEH)

De ambulance verstuurt dit bericht (zie fig. 1 nr. 8) zo snel mogelijk na eerste anamnese en onderzoek naar de afdeling spoedeisende hulp. De hele set is beschikbaar, maar meestal worden de gegevens met * verstuurd in de voorwaarschuwing.

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt*
Incidentgegevens*
Meldingsgegevens*
Ritgegevens
Uitrukgegevens
Afhaalgegevens
Bestemmingsgegevens
SBAR gegevens
Medicatie
Infusen
Primary survey
Secondary survey
Werkdiagnosen
Patiëntligging
Bijlagen

Ambulance interventie en beloop (AMB → SEH)

De ambulance gebruikt dit bericht (zie fig. 1 nr. 9) om nieuwe en aanvullende gegevens te melden aan de afdeling spoedeisende hulp. De ambulance verstuurt dit bericht zo vaak als

mogelijk is en nodig wordt geacht. De hele set is beschikbaar. De situatie bepaalt welke gegevens worden verstuurd.

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt
Incidentgegevens
Meldingsgegevens
Ritgegevens
Uitrukgegevens
Afhaalgegevens
Bestemmingsgegevens
SBAR gegevens
Medicatie
Infusen
Primary survey
Secondary survey
Werkdiagnosen
Patiëntligging
Bijlagen

Ambulance overdracht (AMB → SEH)

Dit is het laatste, afrondende bericht (zie fig. 1 nr. 10) van de ambulance naar de afdeling spoedeisende hulp. De ambulanceverpleegkundige verstuurt dit bericht meestal vanuit een wat minder hectisch, administratief moment. De set wordt aangevuld en volledig verstuurd.

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt
Incidentgegevens
Meldingsgegevens
Ritgegevens
Uitrukgegevens
Afhaalgegevens
Bestemmingsgegevens
SBAR gegevens
Medicatie
Infusen
Primary survey
Secondary survey
Werkdiagnosen
Patiëntligging
Bijlagen

4.2.5 Verwijzingen

Een patiënt kan contact opnemen met de meldkamer, huisarts(enpost) of SEH. Op al deze plaatsen vindt triage plaats. Als vervolg op deze triage is er doorgaans een eerste zorgaanbod van een huisartsenvoorziening (huisartsenpost of huisartsenpraktijk), ambulancedienst of SEH.

Met triage wordt het proces bedoeld van vaststellen van de urgentiegraad van de hulpvraag en het bepalen van voor de patiënt en de hulpvraag de beste eerste zorgaanbieder in de zorgketen. De triage gebeurt vaak telefonisch. Bij zelfmelders op de HAP en SEH gebeurt het in een persoonlijk contact. Het kan ook dat iemand door een zorgverlener in een persoonlijk contact beoordeeld wordt en dat die in overleg met de patiënt van oordeel is dat de zorg elders in de keten beter geleverd kan worden. Uiteindelijk is het doel van triage dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment en de juiste plaats krijgt.

Ook na eerste onderzoek en behandeling kan een verwijzing naar een andere zorgaanbieder voor verder onderzoek en/of behandeling nodig zijn. Verwijzingen van acute patiënten moeten dus mogelijk zijn tussen de acute zorgaanbieders: huisartsenzorg, ambulancezorg en tweedelijns spoedzorg (SEH) zowel na alleen triage als na onderzoek en behandeling. Dat kan dus zijn na onderzoek door de huisarts bij de patiënt thuis of op het spreekuur, na vervoer door de ambulance of onderzoek op de SEH. Verwijzingen tussen die zorgaanbieders onderling moeten ook mogelijk zijn, zij het dat niet het volume tussen alle aanbieders hetzelfde is.

Er zijn vier verwijzingen (15, 16, 19, 20), waarbij de verwijzing na triage ook bruikbaar is voor ambulance en SEH:

- HAP Waarnemend huisarts verwijst patiënt na aanvullend onderzoek of eerste behandeling naar SEH;
- HAP-triagist verwijst patiënt na telefonische of persoonlijke triage naar SEH;
- SEH-triagist verwijst patiënt na triage naar HAP of huisarts;
- MKA-triagist verwijst patiënt na triage naar HAP of huisarts of SEH.

HAP waarnemend huisarts verwijst naar SEH (HAP huisarts → SEH)

Na behandeling of aanvullend onderzoek stuurt de waarnemend huisarts van de HAP dit bericht naar de SEH (zie fig. 1 nr. 15) als de patiënt naar de spoedeisende hulp wordt verwezen.

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt

Gegevens verwijzer (huisarts)

Deelcontactverslaggegevens (SOEP, datum en tijdstip van contact)

Medicatiegegevens (die op de HAP zijn toegediend)

Metingen

Contra-indicaties en overgevoeligheden

Urgentiecode

Reden van verwijzing

Adressering inclusief specialisme

PS (HA-SEH)

HAP triagist verwijst naar SEH (HAP triagist → SEH)

Na triage stuurt de HAP triagist dit bericht naar de SEH (zie fig. 1 nr. 16) als de patiënt naar de spoedeisende hulp wordt verwezen. Dit gebeurt zonder tussenkomst van een waarnemend huisarts. Soms wordt ook naar een andere HAP buiten de regio verwezen.

Rubrieken in de kern:

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt
Gegevens verwijzer (triagist, huisarts)
Urgentiecode
Triageverslag
Adressering inclusief specialisme
Aanvullende gegevens uit contact met patiënt (telefonisch of persoonlijk)

SEH Triage verpleegkundige verwijst naar HAP of huisarts (SEH triagist → HAP of huisarts)

Na triage stuurt SEH Triage verpleegkundige dit bericht (zie fig. 1 nr. 17 en 18) als de patiënt naar de huisartsenpost of huisarts wordt verwezen.

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt
Gegevens verwijzer (SEH Triage verpleegkundige)
Verpleegkundig verslag
Urgentiecode
Triageverslag

MKA triagist verwijst naar huisarts of HAP (MKA triagist → huisarts of HAP)

Na triage stuurt de MKA triagist dit bericht (zie fig. 1 nr. 19 en 20) als de patiënt naar de huisarts of huisartsenpost wordt verwezen.

Rubrieken in de kern:

Persoonsgegevens patiënt
Gegevens verwijzer (MKA triagist)
Urgentiecode
Triageverslag
Aanvullende gegevens uit contact met patiënt

Bijlage 1: scenario's

Voor alle hier beschreven scenario's geldt dat ze dienen als voorbeeld van hoe de berichtenset spoedeisende hulp kan worden ingezet. Ze zijn niet normstellend.

Voorlopig onderscheiden we vier groepen scenario's. Deze worden in onderstaande tabel opgesomd.

Groepen scenario's

1. geïnitieerd door de huisarts, waarnemend huisarts of triagist vanuit huisartsenpost
2. geïnitieerd door de familie of andere bekenden van de patiënt
3. geïnitieerd door de omstanders
4. geïnitieerd door de patiënt

Opmerkingen:

Binnen de scenario's wordt voor het ophalen van de patiëntgegevens uit het huisartsdossier gewerkt met het LSP van VZVZ.

Zorgverleners, zoals SEH-artsen, ambulanceverpleegkundigen, verpleegkundig centralisten, doen met behulp van de UZI-pas bij het LSP een verzoek tot inzage van een samenvatting uit het dossier van de patiënt bij diens huisarts.

Het LSP achterhaalt de huisarts van de patiënt en levert, vanuit het HIS van de huisarts, een professionele samenvatting op maat voor de zorgverlener.

De zorgverleners zijn gerechtigd tot inzage van de relevante gegevens op grond van de (opt-in) toestemming van de patiënt.

Voor de goede zorg van de patiënt is het noodzakelijk om gegevens tussen zorgverleners over te dragen.

Scenario 1: De huisarts, waarnemend huisarts, triagist van HAP verwijst een patiënt naar de SEH.

- 1a: huisarts verwijst naar SEH, regelt ambulance naar SEH
- 1b: waarnemend huisarts verwijst vanuit HAP naar SEH
- 1c: triagist verwijst vanuit HAP naar SEH

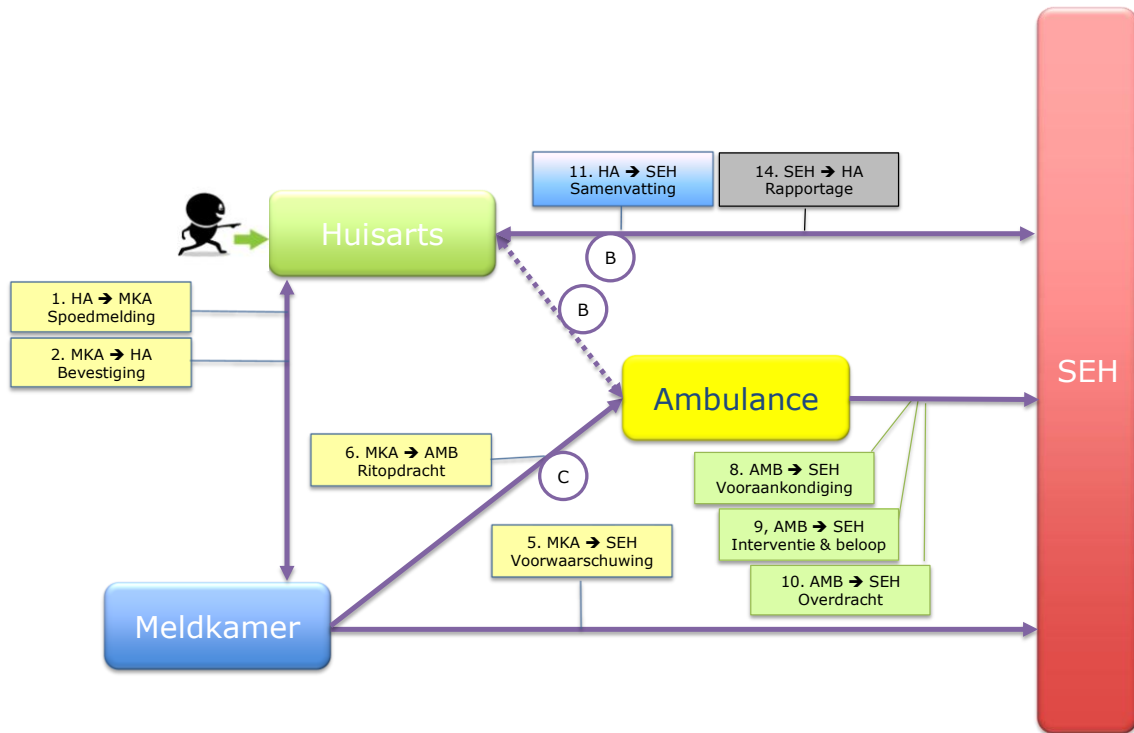
Scenario 1a: huisarts verwijst naar SEH, regelt ambulance naar SEH

64-jarige Patiënt Pieter belt op een maandagochtend Huisarts Hans wegens acuut ernstige pijn in de rug. Zijn assistente geeft een visitesamenvatting uit het HIS mee. Patiënt Pieter is bekend met aneurysma (abdominalis) en staat op de wachtlijst voor operatie. Tijdens visite treft Huisarts Hans een zeer zieke patiënt met lage tensie en forse rugpijn.

Scenario 1a.

Huisarts verwijst vanuit visite naar SEH en regelt vervoer via meldkamer

- (B) Overleg
- (C) Ambulanceoproep



Figuur 2. Scenario 1a: De huisarts verwijst een patiënt vanuit visite naar de afdeling spoedeisende hulp en regelt vervoer per ambulance

Huisarts Hans overlegt met het ziekenhuis waar Patiënt Pieter bekend is en verneemt dat Pieter daar welkom is voor de chirurg. Hij bestelt direct een ambulance met de waarschijnlijkheidsdiagnose ruptuur van de aneurysma aorta abdominalis.

Verpleegkundig centralist Coby van de MKA roept een vrije ambulance op en stuurt een (#5) voorwaarschuwing naar de SEH. Met A1 vertrekt de ambulance. Vervolgens typt de centralist in het geïntegreerd meldkamer systeem (GMS) de belangrijkste gegevens in (adres, diagnose) en stuurt deze als (#6) ritopdracht naar de ambulance. Tenslotte stuurt de centralist een (#2) bevestiging naar de huisarts. Huisarts Hans draagt Patiënt Pieter over aan de

ambulanceverpleegkundige. Hierbij geeft Huisarts Hans zijn waarnemverslag mee aan de ambulanceverpleegkundige.

De SEH treft voorbereidingen om Patiënt Pieter op te vangen en vraagt een (#11) professionele samenvatting op van de patiënt bij zijn huisarts. SEH-arts Simone kan deze informatie alvast in het elektronisch dossier van Patiënt Pieter toevoegen.

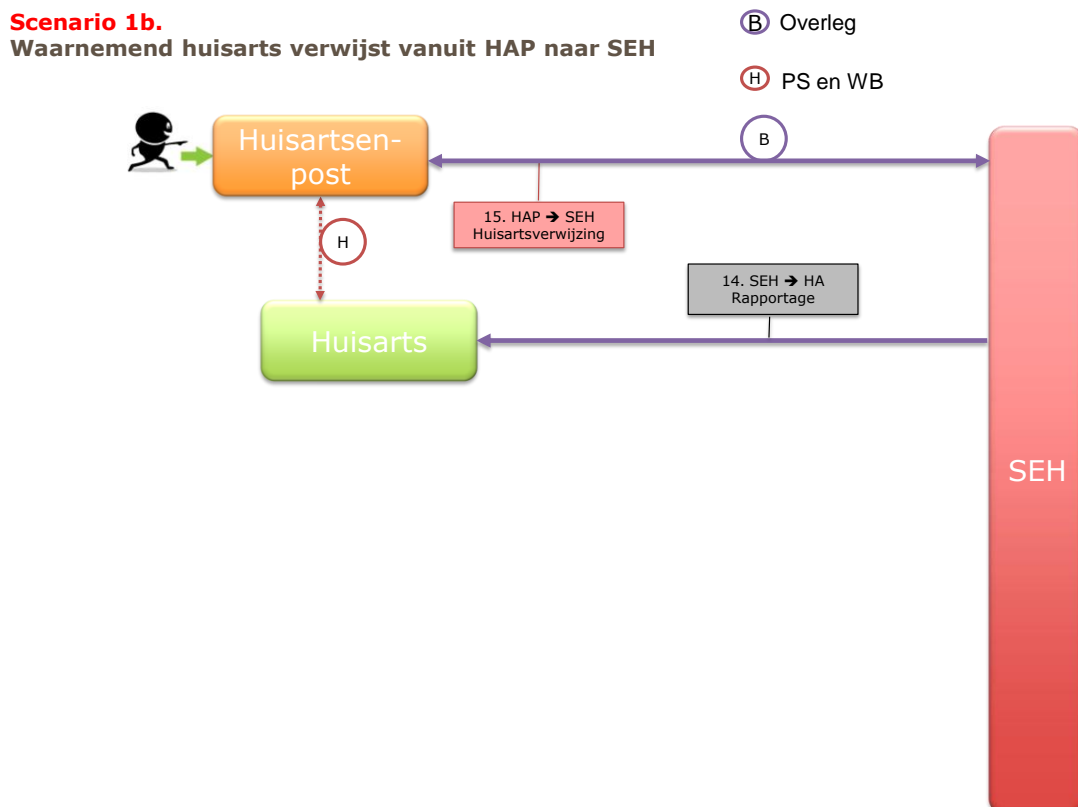
Inmiddels arriveert de ambulance bij Patiënt Pieter. Na onderzoek wordt de werkdiagnose AAA onderschreven. De ambulanceverpleegkundige geeft zuurstof, brengt een infuus in en geeft pijnstilling. Intussen vertrekt de ambulance naar de SEH. Vanuit de ambulance worden de medische gegevens die zijn vastgelegd door de ambulanceverpleegkundige op verschillende momenten doorgestuurd naar de SEH, bij (#8) vooraankondiging, (#9) interventie en beloop en (#10) overdracht. Bij aankomst is de SEH volledig op de hoogte.

Terwijl Patiënt Pieter naar de operatiekamer gaat, stuurt SEH-Arts Simone de (#14) spoedeisende hulprapportage naar Huisarts Hans.

Scenario 1b: waarnemend huisarts verwijst vanuit HAP naar SEH

Patiënt Peter belt huisartsenpost met buikpijn, rechts onderin, twee dagen geleden ontstaan en met lichte verhoging.

Triagist Tina trieert Patiënt Peter, schrijft een triageverslag en maakt een afspraak bij waarnemer Huisarts Henk.



Figuur 3. Scenario 1b: De waarnemend huisarts verwijst een patiënt vanuit consult naar de afdeling spoedeisende hulp

Huisarts Henk ziet Patiënt Peter al in zijn agenda staan, kijkt naar het triageverslag en haalt de Professionele Samenvatting op uit het dossier van Peters eigen huisarts. Hij ziet al snel dat Patiënt Peter geen relevante voorgeschiedenis heeft en geen medicatie gebruikt.

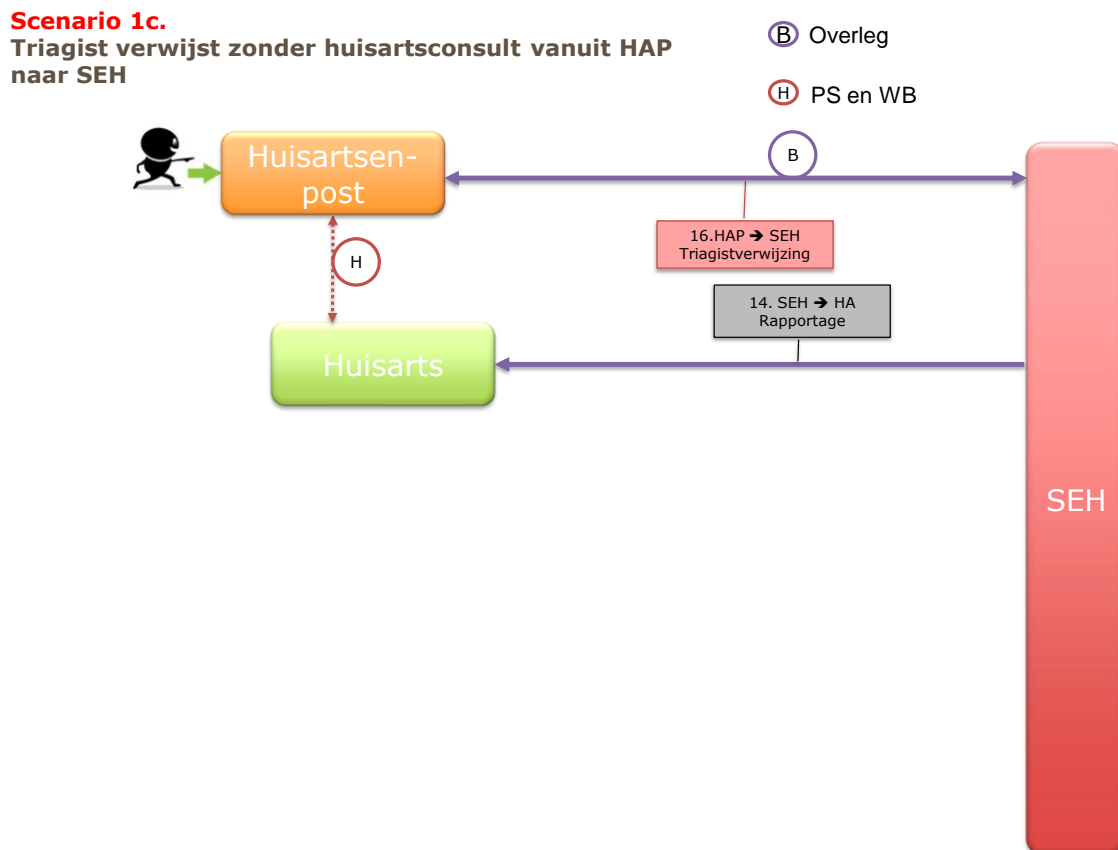
Op de HAP onderzoekt Huisarts Henk Patiënt Peter en denkt aan appendicitis. Hij besluit de patiënt meteen door te sturen naar de SEH. Huisarts Henk belt eerst even met SEH-Arts Simone. Na overleg kan Patiënt Peter inderdaad naar de SEH.

Huisarts Henk schrijft en stuurt het (#15) verwijsbericht naar SEH-arts Simone, om haar van alle informatie te voorzien die zij nodig zal hebben. Tevens stuurt Huisarts Henk een waarneemretourbericht naar Peter's eigen huisarts.

Patiënt Peter gaat naar de SEH en wordt al snel door SEH-arts Simone gezien. SEH-arts Simone stuurt na het bezoek de (#14) SEH-rapportage naar Peter's eigen huisarts.

Scenario 1c: triagist verwijst vanuit HAP naar SEH

De moeder van Patiënt Paul zoekt contact met de HAP i.v.m. gezwollen pols met afwijkende stand na val van klimrek.



Figuur 4. Scenario 1c: De HAP-triagist verwijst zonder huisartsconsult een patiënt naar de afdeling spoedeisende hulp. Triagist Tina triert Patiënt Paul en adviseert direct naar de SEH te gaan. Ze belt met de SEH. Triagist Tina schrijft triageverslag en de huisartsenpost stuurt het (#16) verwijsbericht naar de SEH. SEH-arts Simone leest het bericht. Patiënt Paul komt op SEH en wordt behandeld. Triagist Tina zet het waarneembericht klaar en de huisartsenpost stuurt het naar Paul's eigen huisarts. SEH-arts Simone stuurt na het bezoek een (#14) SEH-rapportage naar Paul's eigen huisarts.

Scenario 2: Familie belt 112.

2a: familie belt 112, vervoer naar SEH

2b: familie belt 112, meldkamer geeft zelfzorgadvies

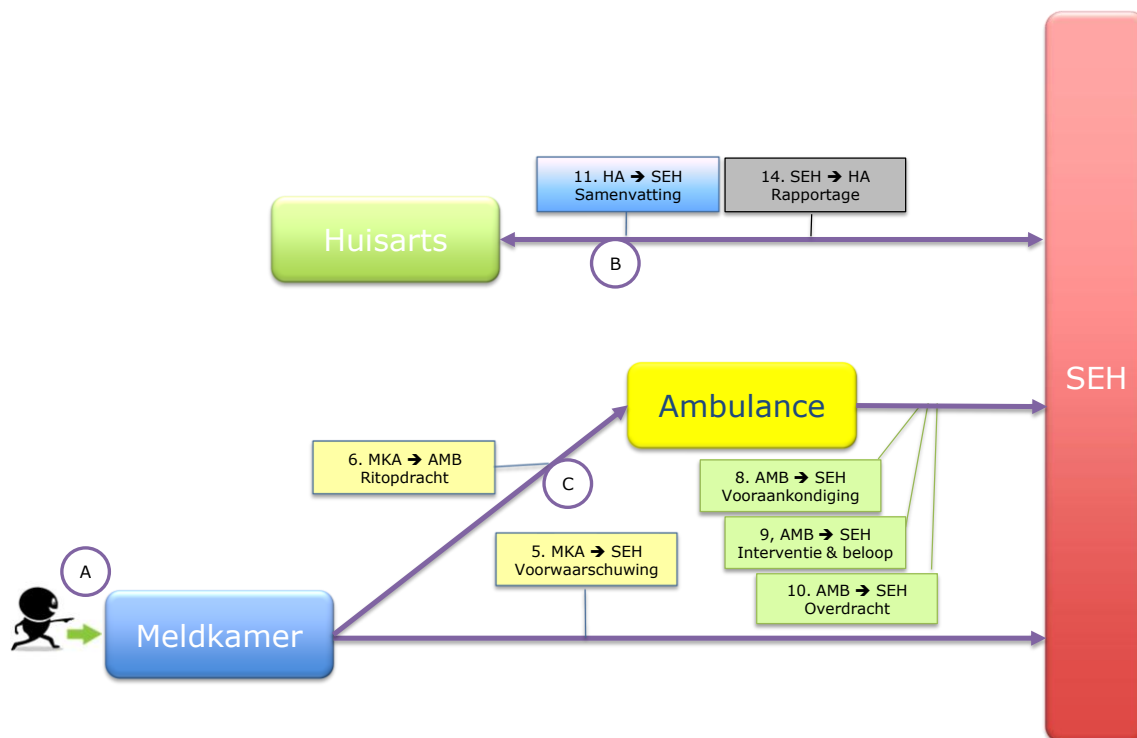
2c: familie belt 112, meldkamer adviseert huisartsenpost

Scenario 2a: Familie belt 112, vervoer naar SEH

Familie Peeters uit Nijmegen is een dagje winkelen in Utrecht. De winkelpret wordt verstoord doordat mevrouw Peeters zich plotseling niet lekker voelt. Ze ziet asgrauw en transpireert. Plotseling zakt ze in elkaar en wordt helemaal blauw. De dochter en meneer Peeters schrikken enorm. Meneer Peeters belt 112.

Scenario 2a. Familie belt 112; Vervoer naar SEH

- Ⓐ Melding van buiten
- Ⓑ Overleg
- Ⓒ Ambulanceoproep



Figuur 5. Scenario 2a: Familie belt 112, vervoer naar SEH

Hij wordt onmiddellijk doorverbonden met de meldkamer ambulancezorg (MKA) van Utrecht. De MKA verpleegkundig centralist vraagt waar de ambulance moet zijn en wat er aan de hand is. De centralist concludeert via uitvragen dat het waarschijnlijk om een reanimatiesituatie gaat en vraagt een collega alvast twee ambulances te sturen. De collega stuurt de (#6) richtopdrachten naar de ambulances. Intussen krijgt meneer Peeters instructies welke hij doorgeeft aan zijn dochter. De dochter heeft een EHBO-diploma en kan de instructies van de centralist goed opvolgen. Op deze manier wordt snel met reanimatie gestart. De MKA stuurt een (#5) voorwaarschuwing naar de afdeling SEH van het dienstdoende

ziekenhuis. Door tijdgebrek wordt de professionele samenvatting niet opgevraagd. De professionele samenvatting zou misschien iets aan het beleid kunnen veranderen, zoals de keuze van het ziekenhuis.

Enkele minuten later arriveert de eerste ambulance. Terwijl de ambulanceverpleegkundige de beademing overneemt, sluit zijn collega de monitor/defibrillator aan. De dochter gaat door met borstcompressies. Omdat er sprake blijkt van ventrikelfibrillatie gaat de verpleegkundige over tot defibrillatie. Het hartritme herstelt tot sinusritme met output. Mevrouw Peeters wordt geïntubeerd, en geholpen door de tweede ambulance wordt het transport naar het ziekenhuis voorbereid.

De ambulance geeft in een (#8) vooraankondiging de NAW-gegevens van de patiënt en volgens het SBAR-acronym (Situation Background Assessment Recommendation) de meest relevante gegevens door aan de SEH. Later tijdens de rit worden actuele gegevens zoals bloeddruk, zuurstofsaturatie en medicatie via een (#9) ambulance beloop en interventiebericht verstuurd naar de SEH.

De SEH treft voorbereidingen voor de komst. De SEH-arts vraagt gegevens op in het (#11) dossier van de huisarts in Nijmegen. Het dossier vermeldt essentiële hypertensie, geen bekende allergieën, actuele medicatie is metoprololtartraat 100mg, verder komt plotse hartdood voor in de familie. Met deze voorkennis en de actuele informatie uit de ambulance kan de SEH-arts zich richten op de zorg voor mevrouw Peeters. Wanneer de patiënt arriveert volstaat een 12-afleidingen-ECG om de vermoede diagnose van long-QT-syndroom te bevestigen. Er zijn geen electrocardiografische tekenen van een myocardinfarct. De ambulance verstuurt de laatste gegevens via het (#10) overdrachtbericht naar de SEH.

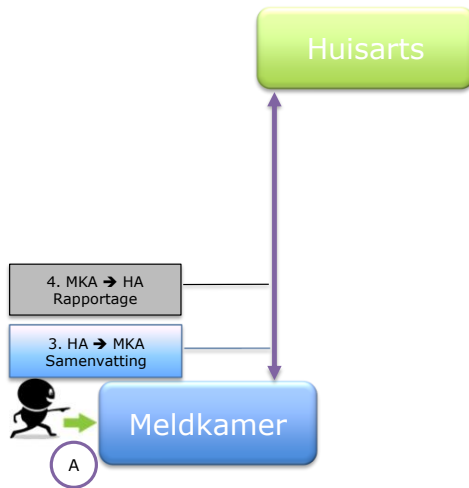
Mevrouw Peeters gaat naar de Intensive Care waar zij na enkele uren het bewustzijn herwint. De SEH-arts stuurt een (#14) rapportage naar de huisarts.

Scenario 2b: Familie belt 112, MKA geeft zelfzorgadvies

A Melding van buiten

Scenario 2b.

Familie belt 112; Meldkamer geeft zelfzorgadvies



Figuur 6. Scenario 2b: Familie belt 112, MKA geeft zelfzorgadvies.

Moeder belt in paniek dat haar dochtertje Petra Patiënt van 3 jaar ineens 40° koorts heeft. Tot een uur geleden leek er niks aan de hand en speelde het meisje vrolijk. Nu heeft ze blosjes op de wangen en is hangerig. De MKA verpleegkundig centralist ziet een blanco voorgeschiedenis in de (#3) opgevraagde samenvatting van de huisarts en hoort bij navraag geen alarmsignalen. De MKA verpleegkundig centralist geeft een passend zelfzorg advies aan Petra's moeder. De MKA verpleegkundig centralist stuurt de (#4) rapportage naar de huisarts.

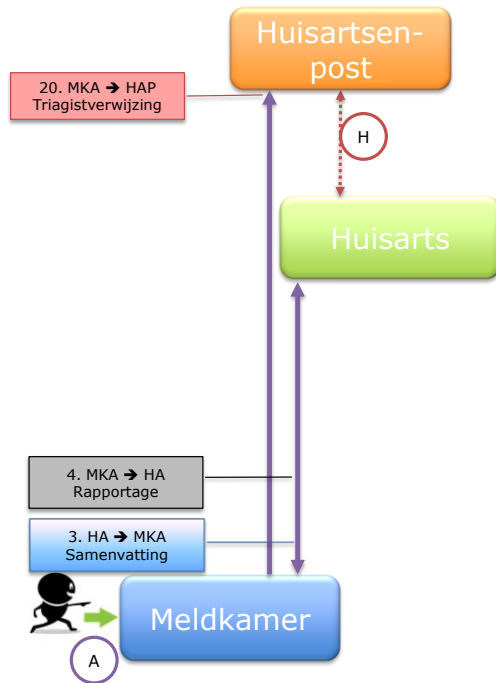
Scenario 2c: Familie belt 112, MKA adviseert huisartsenpost

Op zaterdag belt een zeer verontruste vader dat zijn zoon Phillip Patiënt van 10 jaar een gat onder zijn knie heeft. Bij een hockeywedstrijd heeft Phillip een hockeystick tegen zijn been gekregen. De wond is open en het bloedt. De MKA verpleegkundig centralist ziet een blanco voorgeschiedenis in de (#3) opgevraagde samenvatting van de huisarts en hoort bij navraag geen alarmsignalen. De MKA verpleegkundig centralist neemt contact op met de dichtstbijzijnde huisartsenpost en geeft het advies om naar deze huisartsenpost te gaan. De MKA verpleegkundig centralist stuurt de (#4) rapportage naar de huisarts en stuurt de (#20) verwijzing naar de HAP. De vader van Phillip gaat met zijn zoon naar de huisartsenpost. De HAP haalt de professionele samenvatting op bij de huisarts en krijgt daarbij de rapportage van de verpleegkundig centralist. De waarnemend huisarts hecht Philips knie. De huisartsenpost stuurt het waarneemverslag naar Philips huisarts.

Scenario 2c.
Familie belt 112; Meldkamer adviseert huisartsenpost

(A) Melding van buiten

(H) PS en WB



Figuur 7. Scenario 2c: Familie belt 112, MKA geeft advies om naar de huisartsenpost te gaan.

Scenario 3: Omstanders bellen 112.

- 3a: omstanders bellen 112, vervoer naar SEH
- 3b: omstanders bellen 112, ambulance handelt af
- 3c: omstanders bellen 112, meldkamer geeft zelfzorgadvies
- 3d: omstanders bellen 112, ambulance adviseert huisarts

Scenario 3a: Omstanders bellen 112, vervoer naar SEH

De meldkamer wordt gebeld door toevallige voorbijgangers dat er een jongeman gewond geraakt is die met zijn brommer uit de bocht gevlogen is en tegen een muurtje terecht gekomen is. Hij lijkt buiten kennis te zijn en de omstanders kennen de jongeman niet. De meldkamer stuurt de ambulance ter plaatse om de jongeman naar de SEH te vervoeren. De verpleegkundig centralist stuurt de (#6) richtopdrachten naar de ambulances en stuurt eventueel een waarschuwing naar de (#5) SEH.

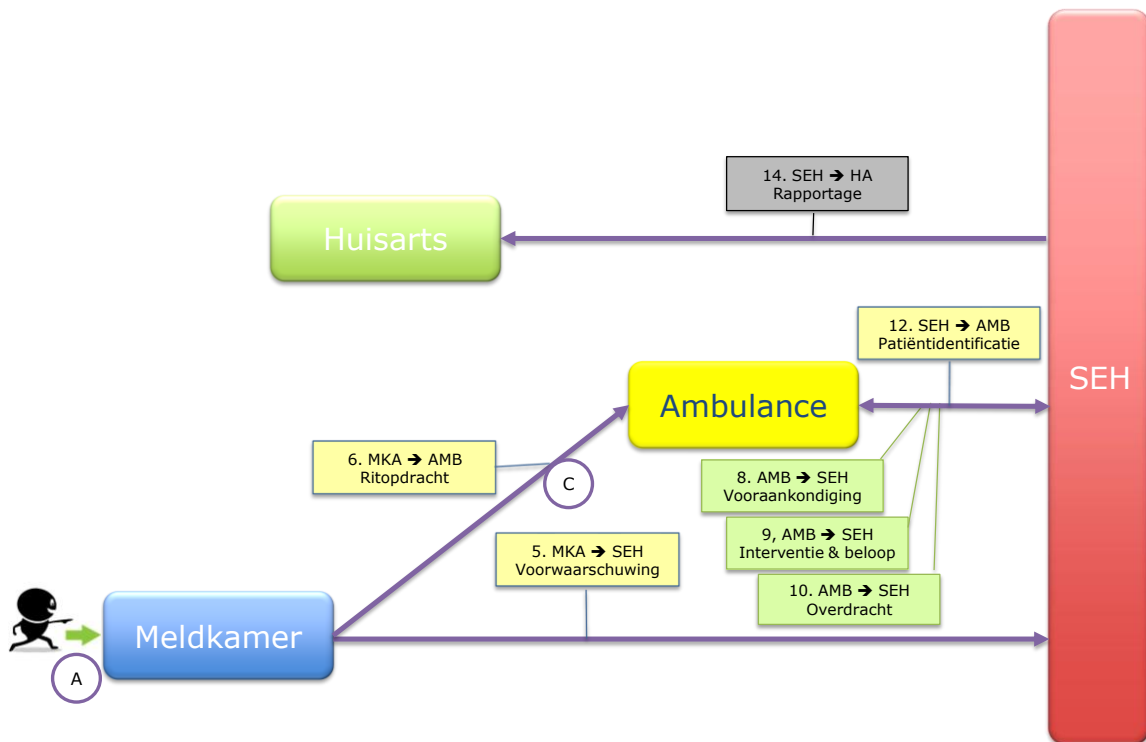
Omdat het hier een onbekend slachtoffer betreft, is het niet mogelijk gegevens op te vragen bij de huisarts. De ambulanceverpleegkundige stuurt een bericht aan de SEH met de (#10) overdrachtsgegevens en de ritidentificatie.

Op de SEH lukt het uiteindelijk de identiteit van de jongeman te achterhalen. Voor de administratieve afhandeling en ter verbetering van zorg op basis van feedback vanuit het ziekenhuis gaat een (#12) bericht retour naar de ambulance. De huisarts van de jongeman krijgt een (#14) rapportage van de spoedeisende hulp.

Scenario 3a.
Omstanders bellen 112; Vervoer naar SEH

Ⓐ Melding van buiten

Ⓒ Ambulanceoproep



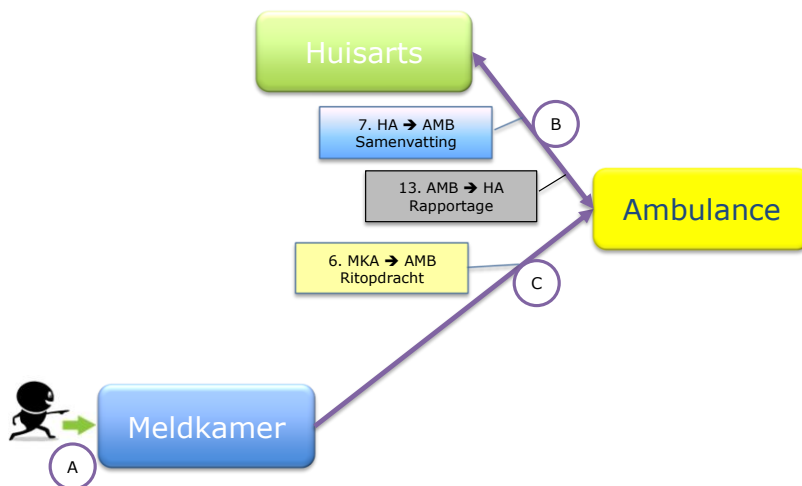
Figuur 8. Scenario 3a: Omstanders bellen 112, vervoer naar SEH.

Scenario 3b: Omstanders bellen 112, ambulance handelt af

Op de meldkamer komt het bericht binnen dat een man tussen de 30 en de 35 is gecollabeerd op het Dorpsplein. Het lijkt in eerste instantie op een epileptische aanval. Wanneer de uitgerukte ambulance ter plekke aankomt wordt de man onderzocht en wordt naam, postcode, huisnummer en geboortedatum gevraagd. De ambulanceverpleegkundige haalt de (#7) samenvatting op uit het dossier van de patiënt bij dienst huisarts.

Scenario 3b.
Omstanders bellen 112; Ambulance handelt af

- (A) Melding van buiten
- (B) Overleg
- (C) Ambulanceoproep



Figuur 9. Scenario 3b: Omstanders bellen 112, ambulance handelt af.

Aan de samenvatting van het dossier zijn specifieke overdrachtgegevens gekoppeld ten behoeve van vervoer. Hierin staat:

Patiënt heeft regelmatig pseudo-epileptische aanvallen. Patiënt dient op zijn gedrag aangesproken te worden en kan vervolgens naar huis gebracht worden.

De informatie is van grote waarde voor de ambulanceverpleegkundige. De patiënt wordt gekalmeerd en aangesproken op zijn gedrag. Vervolgens wordt hij naar huis gebracht.

Vanuit het ambulancesysteem wordt aan de huisarts van de patiënt een elektronisch bericht verzonden met de (#13) rapportage over tijdstip, patiëntgegevens, beschrijving van het voorval. De huisarts kan hier vervolgens actief beleid op voeren.

Scenario 3c: Omstanders bellen 112, MKA geeft zelfzorgadvies

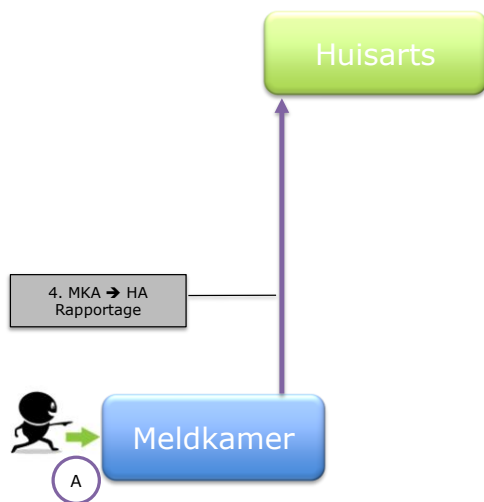
De meldkamer ambulancezorg (MKA) wordt gebeld door toevallige voorbijgangers dat er een jonge vrouw gewond geraakt is die van haar fiets is gevallen. De omstander die belt weet niet wat te doen. Bij navraag zit de jonge vrouw alweer op haar fiets en lijkt het allemaal wel mee te vallen.

Via een omstander communiceert de meldkamer met het slachtoffer, en uiteindelijk is ook de vrouw zelf telefonisch aanspreekbaar. Na uitvragen geeft de MKA verpleegkundig centralist

enige toepasbare adviezen en vraagt naam en huisarts. De vrouw geeft deze en de MKA verpleegkundig centralist stuurt een korte (#4) rapportage naar de huisarts.

Scenario 3c.
Omstanders bellen 112; Meldkamer handelt af

- (A) Melding van buiten
- (B) Overleg
- (C) Ambulanceoproep



Figuur 10. Scenario 3c: Omstanders bellen 112, meldkamer handelt af.

Scenario 3d: Omstanders bellen 112, ambulance handelt af en adviseert huisarts

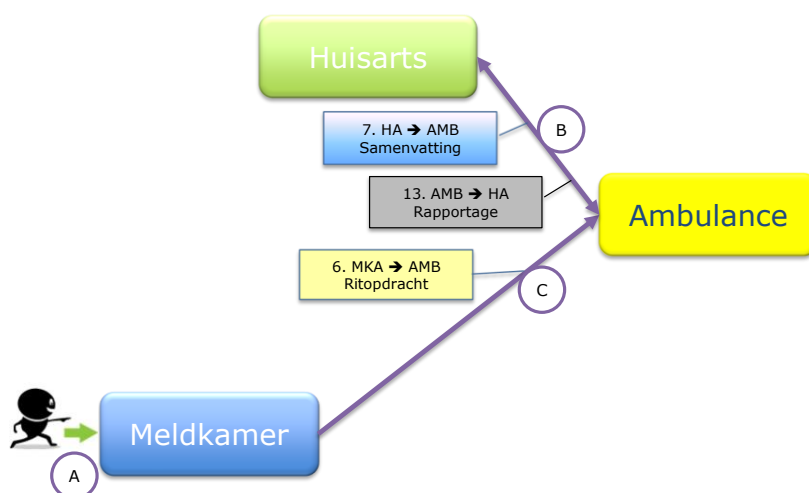
Op de meldkamer ambulancezorg (MKA) komt het bericht binnen dat mevrouw Pascalie Patiënt van 22 jaar in het winkelcentrum gevallen is. Ze trilt, heeft hoofdpijn, is vermoeid en voelt zich duizelig. Wanneer de uitgerukte ambulance ter plekke aankomt wordt de vrouw onderzocht en worden naam, postcode, huisnummer en geboortedatum gevraagd.

De ambulanceverpleegkundige (of eventueel de MKA verpleegkundig centralist) haalt via het LSP de (#7) samenvatting uit het dossier van Pascalie Patiënt bij haar huisarts en ziet dat ze diabetes type 1 heeft en welke medicatie ze heeft. Na behandeling door de ambulanceverpleegkundige knapt ze snel op. Het blijkt dat ze het afgelopen half jaar niet meer bij haar huisarts op controle is geweest. De ambulanceverpleegkundige geeft haar het advies om voor controle naar haar huisarts te gaan.

Vanuit het ambulancesysteem wordt aan de huisarts van de patiënt een elektronisch bericht verzonden met de (#13) rapportage over tijdstip, patiëntgegevens, beschrijving van het voorval. De huisarts kan hier vervolgens actief beleid op voeren. Pascalie maakt een afspraak met haar huisarts.

Scenario 3d.
Omstanders bellen 112; Ambulance adviseert huisarts

- Ⓐ Melding van buiten
- Ⓑ Overleg
- Ⓒ Ambulanceoproep



Figuur 11. Scenario 3d: Omstanders bellen 112, meldkamer adviseert om naar de huisarts te gaan.

Scenario 4: Patiënt meldt zichzelf op de SEH.

4a: Patiënt meldt zichzelf op de SEH, opname in ziekenhuis

4b: Patiënt meldt zichzelf op de SEH, triage verpleegkundige verwijst van SEH naar HAP

Scenario 4a: Patiënt meldt zichzelf op de SEH, opname in ziekenhuis

Patiënt Pedro, 72 jaar, wordt door zijn dochter naar de SEH gebracht in verband met toenemende benauwdheidsklachten. Ze hebben geen contact gehad met de huisarts. Hij wordt ingeschreven, en vervolgens kent de SEH-verpleegkundige na triage categorie 2 toe (hoog-risicosituatie). Een andere, minder zieke patiënt wordt gevraagd weer even in de wachtkamer plaats te nemen, waardoor binnen tien minuten Patiënt Pedro gezien wordt door een SEH-arts en SEH-verpleegkundige.

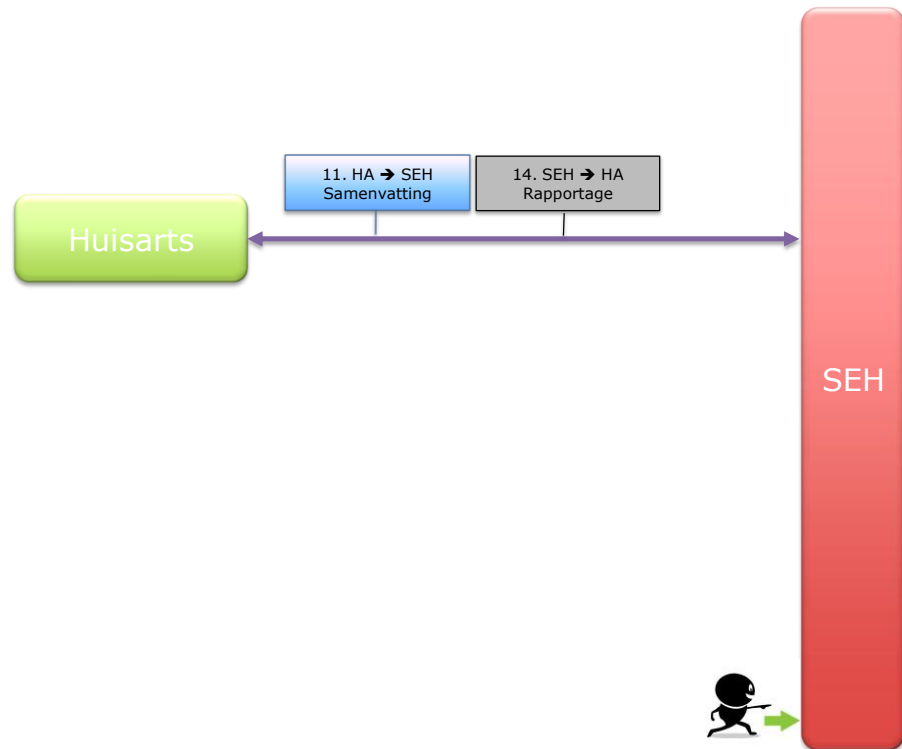
Intussen wordt de (#11) professionele samenvatting spoedeisende hulp opgehaald uit het dossier van de huisarts. Uit het journaal blijkt Patiënt Pedro zich al enkele dagen niet lekker te voelen met hoesten en koorts, gisteren leidend tot het voorschrijven van een antibioticum. Gegevens over voorgeschiedenis, actueel medicatiegebruik, bekende allergieën worden opgehaald en verwerkt in het elektronisch dossier van de SEH.

Op basis van de reeds voorgeschreven antibiotica en de bekende allergie voor penicilline wordt een adequaat antibioticum intraveneus gegeven en wordt Patiënt Pedro opgenomen op de afdeling longziekten.

SEH arts Simone schrijft een (#14) rapportage aan de huisarts.

Scenario 4a

Patiënt bezoekt zelf SEH; Behandeling in ziekenhuis



Figuur 12. Scenario 4: Patiënt meldt zich op de SEH, behandeling in ziekenhuis

Scenario 4b: Patiënt meldt zichzelf op de SEH, triage verpleegkundige verwijst van SEH naar HAP

Patiënt Pim woont in Limburg is op vakantie in Noord-Holland. Hij heeft sinds een paar dagen oorpijn en gaat naar de dichtsbijzijnde SEH.

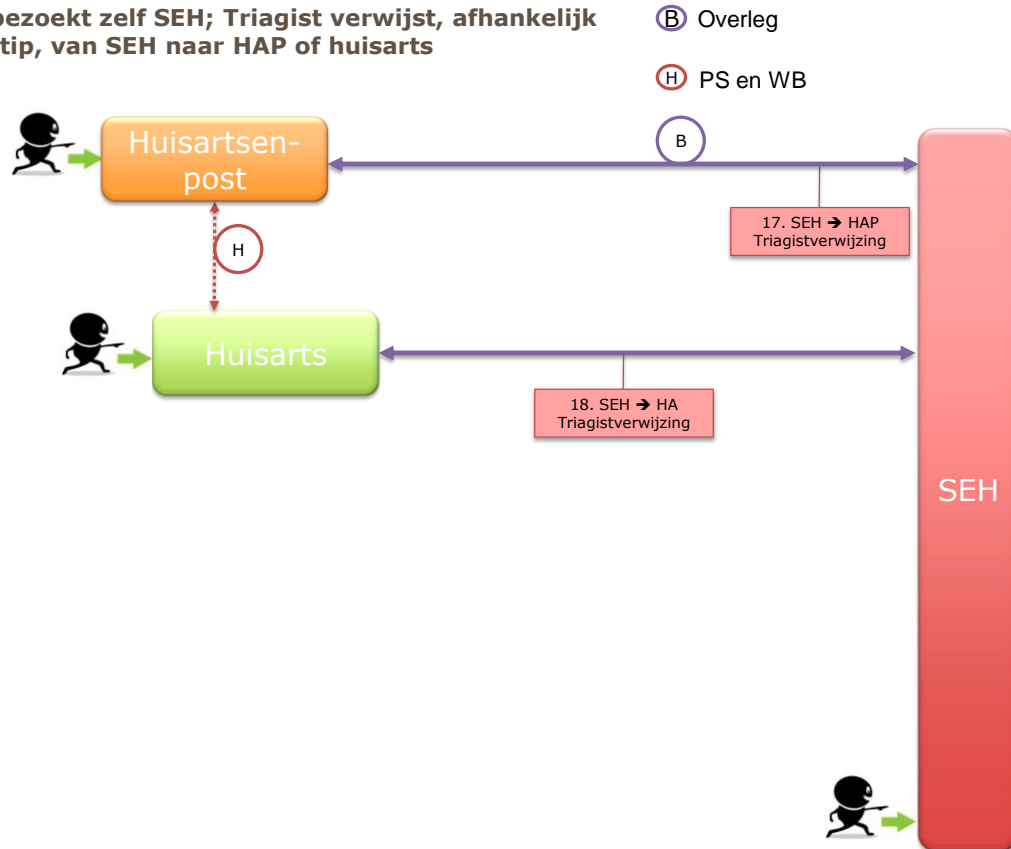
Verpleegkundig Triagist Vera triert Patiënt Pim en adviseert hem naar de HAP of de huisarts te gaan (afhankelijk van tijdstip). Het is 20.00 uur 's avonds en Verpleegkundig Triagist Vera belt met de Triagist Tina van de HAP of zij Pim kunnen beoordelen.

Triagist Tina is akkoord om Pim te beoordelen.

Verpleegkundig Triagist Vera schrijft een verslag van het bezoek en stuurt het verslag en de gegevens van de triage in een (#17) verwijsbericht naar de HAP (op werkdagen is dit (#18) verwijsbericht naar de huisarts). SEH-arts Simone verifieert achteraf het verwijsbericht. Patiënt Pim komt op de HAP waar het verslag van verpleegkundig Triagist Vera al binnengekomen is. De huisarts haalt de professionele samenvatting bij de eigen huisarts op en beoordeelt hem snel.

Scenario 4b

Patiënt bezoekt zelf SEH; Triagist verwijst, afhankelijk van tijdstip, van SEH naar HAP of huisarts



Figuur 13. Scenario 1d: De triagist van de SEH verwijst een patiënt naar de HAP.

Na de behandeling stuurt de waarnemend huisarts een waarneembericht naar Pim's huisarts.

Bijlage 2: Inventarisatie informatiebehoefte versus beschikbare informatie.

Voor het benoemen van de inhoud van de berichten op de verschillende overdrachtmomenten is het uitgangspunt de ontvangende partij: welke informatie heeft de ontvanger nodig om de zorg adequaat te kunnen verlenen? Daarbij geldt de beperking dat niet meer kan worden opgevraagd of verstuurd dan bij de verstreckende partij beschikbaar is.

Deze bijlage geeft beide aspecten: de informatiebehoefte bij de ontvanger en de beschikbare informatie aan de ander kant, al of niet tijdens diens aanwezigheid.

A) Informatiebehoefte bij de betrokken partijen

Informatie gewenst door de huisarts (of waarnemend huisarts)

Voor rapportages richting huisarts is het format waarvan wordt uitgegaan beschreven in de [richtlijn HASP]. In het kader van continuïteit van de zorg door de huisarts aan patiënt en diens familie is het van groot belang dat deze rapportages onverwijld worden verstuurd. Per bericht zal een selectie van rubrieken uit HASP van toepassing zijn.

De [richtlijn HASP] onderscheidt een ‘kern’ en een ‘bijlage’. Hieronder volgt informatie overgenomen uit de richtlijn HASP.

De ‘kern’ moet de huisarts snel inzicht geven in de problematiek rond de patiënt en de verleende zorg, maar ook over de gewenste nazorg. De informatie over de patiënt komt in de eerste vier rubrieken, de relevante informatie voor de overdracht van de zorg komt in de laatste twee rubrieken.

Tevens wil de huisarts een informatie ontvangen van de huisartsenpost wanneer deze de patiënt behandeld heeft (Huisartswaarneemgegevens), maar ook wanneer is besloten de patiënt door te verwijzen naar de Spoedeisende hulp.

Gegevens	Omschrijving
Vraagstelling	In korte bewoordingen de vraagstelling uit de brief van de huisarts als die beschikbaar is; indien van toepassing ook ‘patiënt bezocht op eigen initiatief’, ‘kwam met ambulance’ et cetera. respectievelijk ‘betreft doorverwijzing door ...’.
Bespreking	De overwegingen van de specialist over de aard, oorzaak, gevolg en functie van de klacht. De specialist gaat hierbij in op de vraag van de huisarts. Afhankelijk van het stadium een werkhypothese of differentiële diagnose, en het tot nu toe gevolgd beleid, met overwegingen en onderbouwing.
Conclusie, diagnose	Een kernachtige samenvatting van conclusie of diagnose. Het gaat hier om het eigen oordeel van de specialist. Indien de diagnose elders is gesteld dan dit vermelden. Indien relevant en bekend ook de prognose vermelden.

Gegevens	Omschrijving
Beleid	Het actuele beleid van de specialist, de ingestelde behandeling. De door de specialist uitgevoerde controles. Ook een medicatiewijziging vermelden, bijvoorbeeld: ‘Middel X opgehoogd; middel B gestaakt’ (hier geen uitgebreide lijst of voorschrift vermelden, die komen in de bijlage).
Aanbeveling vervolg voor de huisarts	De nazorg van de huisarts in het kader van de behandeling. Ook de controles die de huisarts moet uitvoeren, en wat die controles inhouden; ook al of niet voortzetten medicatie. Eventueel advies voor doorverwijzing.
Advies gegeven aan patiënt	Indien relevant het advies dat patiënt heeft gekregen, zo letterlijk mogelijk geformuleerd. Verder vermelden hetgeen is besproken met de patiënt en of een patiënteninformatiefolder is verstrekt.

Alle rubrieken met de overige relevante informatie komen in de ‘bijlage’:

Gegevens	Omschrijving
Anamnese	Eventueel samenvatting van de voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese. De voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht. Indien relevant het tijdstip van ontstaan, duur en beloop van de klacht, eerdere behandeling en effect. Indien relevant ook negatieve bevindingen. Een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.
Beloop, interventie	Belangrijke punten uit het beloop en/of toegepaste interventie (ook: therapeutische diagnostiek, operatie, ingreep).
Familieanamnese	Ziekten in de familie voor zover relevant. Steeds de ziekte en de familierelatie tot de patiënt vermelden.
Psychosociale anamnese	Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde (terughoudend omgaan met deze rubriek).
Lichamelijk onderzoek	Relevante positieve en negatieve bevindingen uit het lichamelijk onderzoek.
Laboratoriumonderzoek	Relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek datum, plaats, type bepaling, materiaal en waarde. Indien relevant ook nadere details vermelden, zoals methode, uitvoerder, eenheid en, normaalwaarden. Onder deze rubriek worden bijvoorbeeld vermeld klinisch-chemisch, bacteriologisch en pathologisch onderzoek.
Beeldvormend onderzoek	Idem, bijvoorbeeld röntgen, echo.
Functieonderzoek	Idem, bijvoorbeeld ecg, longfunctie, vaatonderzoek, neurologisch en gehoor onderzoek.

Gegevens	Omschrijving
Overig onderzoek	Idem, psychologisch onderzoek, quality of life.
Intercollegiale consulten	Uitslagen van consulten door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.
Verrichtingen derden	Verrichtingen door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.
Medicatie actueel	Volledige medicatie zoals bekend bij verzender en zoals die geldt op het moment van het schrijven van de brief, dus meestal bij het ontslag uit kliniek of uit poliklinische zorg. Per medicatieregel het middel, de dosering, de klacht waarvoor het middel is voorgeschreven, de eerste voorschrijver, de actuele voorschrijver, de duur et cetera.
Overgevoeligheden	Overgevoeligheden is een overkoepelende term voor allergieën en intoleranties.
Contra-indicaties	Voorschrijvers en verstrekkers voeren medicatiebewaking uit op contra-indicaties/voorzorgen
Risicovol leefgedrag	Gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen, spuiten. Verder risicovol seksueel gedrag. Indien bekend altijd vermelden. Ook negatieve bevindingen.
Voorzieningen nodig bij consult	Extra aandacht of maatregelen nodig voor een consult met deze patiënt. Bijvoorbeeld tolk nodig, hardhorend, komt in rolstoel.
Reanimatiebeleid	Afspraken over wel of niet reanimeren. Precies formuleren welke afspraak is gemaakt, met wie en wanneer deze is vastgelegd. Het gegeven wordt niet gecommuniceerd, omdat het niet wordt vastgelegd in het HIS.

Informatie gewenst door de meldkamer

Berichten met de meldkamer als ontvanger betreffen 1) de eerste melding en 2) de professionele samenvatting die de verpleegkundige op de meldkamer kan ophalen bij de huisarts. Welke rubrieken de meldkamer nodig heeft hangt samen met haar taak in urgentiebepaling en triage. Echter ook een evt. aantekening van de huisarts in de rubriek additionele gegevens is van belang op de meldkamer.

Informatie gewenst door de ambulance

Berichten met de ambulance als ontvanger betreffen de ritmelding en de professionele samenvatting die de ambulanceverpleegkundige kan ophalen bij de huisarts. In het geval van hoge urgentie of bij bepaalde indicaties kan deze informatie al worden opgehaald tijdens het aanrijden van de ambulance. De ambulanceverpleegkundige is dan bij aankomst bij slachtoffer/patiënt al op de hoogte van de actuele gezondheidskwesties en risico's bij slachtoffer/patiënt.

Verder heeft de ambulancedienst behoefte aan retouremelding van de patiëntidentificatie bij een aanvankelijk onbekende patiënt, en aan conclusie en diagnose voor evaluatie van de verleende hulp.

Informatie gewenst door de afdeling spoedeisende hulp

Berichten met de afdeling spoedeisende hulp als ontvanger betreffen aankondiging van de meldkamer, spoedverwijzing dan wel professionele samenvatting van de huisarts of de verwijzing vanuit de huisartsenpost, en de berichten vanuit de ambulance. Veel van deze gegevens zijn ook direct van waarde en gewenst op de spoedeisende hulp. Zeker indien daarop ingerichte software beschikbaar is kunnen vele gegevens overzichtelijk worden gepresenteerd, en is veelvuldige verversing dan wel aanvulling van deze gegevens gewenst.

B) Gegevens beschikbaar bij de betrokken partijen

Beschikbare informatie in de context van eSpoed bestaat uit gegevens beschikbaar in het dossier van de huisarts plus informatie die tijdens de spoedzorg door de diverse betrokkenen wordt vergaard en doorgegeven.

Gegevens beschikbaar in het dossier bij huisarts

Uitgangspunt bij het benoemen van groepen van medische gegevens bij de huisarts is het [HIS Referentiemodel]. Zonder tussenkomst van een huisarts zijn beschikbaar:

Gegevens	Omschrijving
Episodelijst (open episodes)	Onder <i>episode</i> slaat de huisarts gegevens op rond een zelfde klacht, aandoening of probleem van de patiënt. De <i>episodelijst</i> geeft een overzicht van bekende zorgproblematiek bij de patiënt. Bij elke episode kan een <i>beleid</i> horen wat de huisarts hanteert.
(Deel) contactverslagen (afgelopen 10 dagen)	De contactverslagen geven het meest recente deel van de decursus (beloop) bij de patiënt. Contactverslagen bevatten patiëntgegevens in tekstuele vorm. De periode van 10 dagen omvat nog juist het vorige weekend.
Actuele medicatie actueel en (medicatiehistorie (voorschriften tot 4 maanden terug))	De actuele medicatie geeft het overzicht van de actuele voorgeschreven medicatie zoals bekend bij de huisarts. Dit omvat dus ook elders voorgeschreven medicatie voorzover bekend. De medicatiehistorie kan eveneens relevant zijn bij spoedeisende hulp. De periode van 4 maanden is gesteld vanuit ervaring bij dienstwaarneming huisartsen.
Contra-indicaties bij voorschrijven	De contra-indicatie-waarden codes ten behoeve van medicatiebewakingssystemen (volgens de G-standaard).
Geneesmiddelen-overgevoeligheden	(kruis) overgevoeligheid of allergie voor een geneesmiddel, gecodeerd volgens systematiek G-Standaard,

Gegevens	Omschrijving
Belaste familieanamnese	Onder belaste <i>familieanamnese</i> vallen voorkomende ziekten in de familie. Enkele vormen van belaste familie-anamnese kunnen worden geregistreerd als meetwaarde met behulp van de tabel diagnostische bepalingen. Het gaat hier met name om familiale belasting op hart- en vaatziekten.
Additionele gegevens	Onder overdrachtgegevens additionele gegevens vallen onder andere patiëntvoorkeuren, bv. met betrekking tot ziekenhuisopname, reanimeren of wilsuitingen zoals donorcodicil.
Ingrepen en behandelingen	Het gaat hier om ingrepen en behandelingen die volgens het HIS-referentiemodel in het dossierdeel Behandelingen (gecodeerd) zijn vastgelegd. Bij de behandeling wordt de eventuele attentiewaarde vermelden. Hierbij gaat het om operaties en ingrepen die in de eerste en tweede lijn zijn uitgevoerd. Daarnaast is het mogelijk ingrijpende behandelingen (cytostatische therapie/bestralingstherapie) op te nemen.

NB Bij meerdere rubrieken speelt het privacyaspect. Aandachtspunt vormen vooral de episodes in de sfeer van sociale, psychosociale en psychiatrische problematiek. Enerzijds kan kennis hiervan van belang zijn bij spoedeisende hulpverlening, anderzijds betreft het informatie die wordt ervaren als privacygevoeliger. Voor precieze omgang met deze materie wordt aangesloten bij landelijke afspraken.

NB Voor precieze relatie met het NHG HIS Referentiemodel zie bijlage 3.

Gegevens doorgegeven door de huisarts

De huisarts of waarnemer belt de spoedeisende hulp voor een spoedverwijzing. Telefonisch overgedragen gegevens zijn meestal kort en slechts enkele uit de hier opgesomde, maar kunnen betreffen:

Gegevens	Omschrijving
Persoonsgegevens patiënt	Van patiënt of slachtoffer: naam, adres, huisarts, geboortedatum, geboorteplaats.
Vraagstelling	In korte bewoordingen de overwegingen van de huisarts ten aanzien van de aard en oorzaak van de spoedeisende klacht.
Anamnese	Voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese.
Lichamelijk onderzoek	Relevante bevindingen uit het lichamelijk onderzoek; zowel positieve als negatieve bevindingen.
Relevante co-morbiditeit	Bij de patiënt gediagnosticeerde problemen of ziekten met dien verstande dat ze relevant zijn voor de spoedsituatie.

Gegevens	Omschrijving
Ingestelde behandeling	Door de huisarts ingestelde of gestaakte behandeling en/of medicatie op het moment van verwijzing.
Aanvullend onderzoek	Op de HAP wordt steeds meer Point of Care Testing (POCT) gedaan, zoals een CRP of Hb screen.
Besproken met patiënt	Of en hoe de verwijzing is doorgesproken met de patiënt.
Procedurevoorstel	Voorstel van de huisarts voor de verdere samenwerking. Desgewenst ook het voorgestelde beleid indien geconsulteerde geen verklaring vindt voor de klachten van de patiënt.

Gegevens bij de melding aan de meldkamer

De huisarts, patiënt zelf of een derde neemt contact op met de meldkamer. Gemelde en/of uitgevraagde gegevens betreffen:

Gegevens	Omschrijving
Persoonsgegevens patiënt	Van patiënt of slachtoffer: naam, adres, huisarts, geboortedatum, geboorteplaats.
Vervoerindicatie (indien bekend)	Indicatie die aanleiding is voor het bestellen van ambulancevervoer.
Afhaaladres	Woonplaats, straat, huisnummer of weg, richting, hectometerpaal of andere zo precies mogelijke aanduiding.
Bestemming (indien bekend)	Naar welk ziekenhuis of adres slachtoffer of patiënt moet worden vervoerd.
Melder	Naam, adres, relatie tot patiënt, telefoonnummer

Gegevens bij oproep ambulance

De meldkamer roept de ambulance op.

Overgedragen gegevens betreffen:

Vervoerindicatie

Afhaaladres

Bestemming

Urgentiecode

Zie voor beschrijving hierboven.

Gegevens vergaard bij waarneming en meting tijdens de zorg in de ambulance

In de ambulance wordt diagnostiek verricht, interventie gepleegd en wordt de patiënt gevolgd aan de hand van diverse indicatoren.

De belangrijkste gegevenssets voor de ambulance zijn vastgelegd in de basis dataset (BDS) van AZN. In de praktijk is er echter veel variatie: de groepen gegevens in de sets bevatten soms redundantie, er worden verschillende codestelsels naast elkaar gebruikt en er wordt regelmatig gewerkt met vrije tekst. Locale afspraken geven nog een verdere variatie.

Op weg naar een verdere ordening voor de gegevens in de ambulance wordt onderstaande groepering gehanteerd. In de technische uitwerking zullen alle definities worden gepreciseerd en zal de redundantie waar mogelijk verwijderd.

Gegevens	Omschrijving
Persoonsgegevens patiënt	BSN (SBV-Z), identificatiegegevens (6 items), NAW gegevens (8 items), telefoon, email, verzekeringsgegevens (UZOVI; 3 items), gegevens WID-controle (4 items), contactpersoon (4 items), huisarts (UZI)
Incidentgegevens	Datum/tijd incident
Meldingsgegevens	datum/tijd melding, zorgaanvrager (gecodeerd), medisch kladblok meldkamer, meldkamerurgentie (2 codesystemen, voorkeur voor NTS)
Ritgegevens	ritnummer, datum/tijd ritopdracht, reden overschrijding ritopdracht (gecodeerd), ambulancenummer (regio plus volgnummer volgens landelijk nummerplan), soort vervoer (gecodeerd), chauffeur (UZI), verpleegkundige (UZI)
Uitrukgegevens	datum/tijd uitruk, reden overschrijding uitrukken (gecodeerd), GPS-locatie, vertrekadres (5 items conform GBA)
Afhaalgegevens	datum/tijd aankomst patiënt, reden overschrijding afhalen (gecodeerd), GPS-locatie, adres (5 items conform GBA), geen vervoer (j/n plus code), ambulance-urgentie (2 codesystemen, voorkeur voor NTS), aantal patiënten, gewondennummer TGN; datum/tijd vertrek patiënt, datum/tijd vrijmelding, verwachte reistijd
Bestemmingsgegevens	datum/tijd aankomst bestemming, code (tijdelijk nog gebruik van locale/WCC codes), adres (5 items), bijzonderheden algemeen, type opvang (lokale codes voor opvang op SEH, bijv trauma – reanimatie – pediatrie), verwacht specialisme SEH (gecodeerd subset MDS-01), datum/tijd vrijmelding

Gegevens	Omschrijving
SBAR gegevens	Situation Background Assessment Recommendation Het SBAR systeem creëert een gestructureerde en gestandaardiseerde formaat voor het communiceren van gegevens tussen zorgverleners.
Medicatie	medicatie (G-standaard), medicatietekst, - medicatiehoeveelheid, medicatietoediening (G-standaard), medicatietijd (toedieningsmoment resp. looptijd infuus)
Infusen	infuusvloeistofcode (G-standaard), tekst, hoeveelheid
Primary Survey	CWK stabilisatie (j/n), airway vrij (j/n), breathing insufficiënt (j/n), circulation adequaat (j/n), disability (gecodeerd MDS-07), exposure (allergie, medicatie, past, last meal, events)
Secondary Survey	(alle tekst tenzij anders aangegeven:) hoofdhals, borst, rug, abdomen, bekken, extremiteiten armen/benen, huid (gecodeerd MDS-15), uitscheiding, verloskunde/gynaecologie (gecodeerd MDS-17; vruchtwaterverlies, weeën)
Werkdiagnosen	Letselcode (gecodeerd MDS-02)
Overige medische gegevens	Hoofdfixatie (j/n), nekspalk, NTBR verklaring (inclusief naam, functie, datum)

Gegevens beschikbaar bij triage door huisartsenpost

De triagist van de huisartsenpost heeft de volgende gegevens beschikbaar:

Gegevens	Omschrijving
Persoonsgegevens patiënt	Van patiënt of slachtoffer: naam, adres, geboortedatum, geboorteplaats; zo mogelijk ook huisarts,.
Verwijzer	Naam, adres, telefoonnummer.
Urgentiecode	De code van de urgentie.
triageverslag	Voor de klacht relevante bevindingen uit de triage.
Verwacht specialisme SEH	Indien al bekend de opvolgend specialist.

Bijlage 3: relatie rubriek met HIS-referentiemodel

Onderstaand overzicht geeft aan hoe de rubrieken in de berichten voor de professionele samenvatting vanuit het HIS moeten worden gevuld.

Deze tabel kan gebruikt worden bij implementatie in de huisartsinformatiesystemen. In grote lijn kunnen uit de verschillende soorten en generaties HIS'en dezelfde gegevens gehaald worden. Echter doordat zowel het NHG referentiemodel als de HIS'en in beweging zijn, zien we voorlopig nog wel verschillen in de praktijk. De kolommen 'gegeven' en 'referentiemodel 2013' geven de oplossing die het NHG voorstaat.

Gegeven	Referentiemodel 2013	Opmerking
Episodelijst/beleid	Alle open episodes: <ul style="list-style-type: none"> • episodetitel • ingangsdatum • ICPC • laatste contactdatum • beleid • attentievlag • volgordenummer 	Exclusief door patiënt afgeschermd episodes. De volgorde van episodes en attentievlaggen geven het belang aan volgens de huisarts.
(Deel)contact verslag	Deelcontractverslagen omvatten een verslag in vrije tekst van patiëntencontacten of van intern of extern overleg over de patiënt gerangschikt volgens de SOEP structuur over de afgelopen 10 dagen	
Medicatie	Voorschriften actueel en tot 4 maanden terug <ul style="list-style-type: none"> • middel (tekst, HPK, PRK) • eenheid • sterkte • dosering • gebruiksvoorschrift • hoeveelheid 	
Meetwaarden	Tot 10 dagen terug <ul style="list-style-type: none"> • bepaling • uitslag/resultaat • aanvullende tekst 	

Gegeven	Referentiemodel 2013	Opmerking
Correspondentie	Samenvattingstekst van inkomende of uitgaande correspondentie over de afgelopen 10 dagen <ul style="list-style-type: none"> • tekst • datum • afzender • geadresseerde 	
Contra-indicaties	Alle conform tabel contra-indicatieaarden, G-Standaard	
Geneesmiddel allergie of intolerantie	Alle conform tabellen G-Standaard	
Behandeling of operatie	Alle met attentiewaarde	
Additioneel - sociaal	Uit additioneel-sociaal: mn. <ul style="list-style-type: none"> • reanimatiebeleid • donorcodicil • opnamebeleid 	
Additioneel – profylaxe en voorzorg		
Familiaire belasting	Meetwaarde: alle	
Episodelijst/beleid	Alle open episodes: <ul style="list-style-type: none"> • episodetitel • ingangsdatum • ICPC • laatste contactdatum • beleid • attentievlag • volgordenummer 	Exclusief door patiënt afgeschermd episodes. De volgorde van episodes en attentievlaggen geven het belang aan volgens de huisarts.