

Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Richtlijn **Gegevens- uitwisseling acute zorg**

Welke gegevens zijn van
belang om digitaal uit
te wisselen?

2022

Versie 4

H.B. van Boetzelaer

h.vanboetzelaer@nhg.org

www.nhg.org

Nederlands Huisartsen Genootschap

Domus Medica

Mercatorlaan 1200

Postbus 3231

3502 GE Utrecht

De richtlijn wordt onderschreven door NVSHA, InEen, Nictiz, AZN en NVAVG.



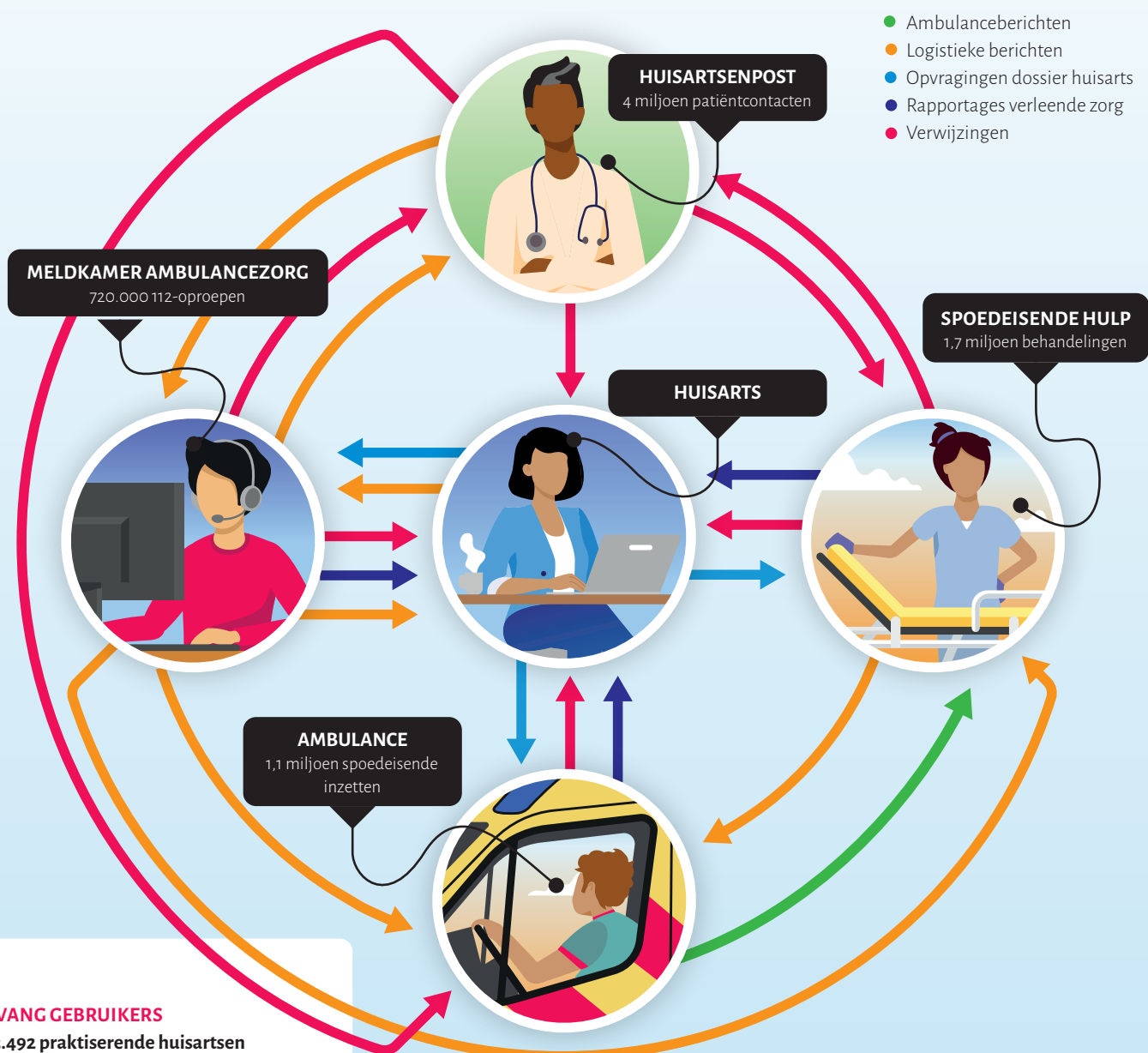
AMBULANCEZORG
NEDERLAND



Samenvatting

In de acute zorg is het van levensbelang dat zorgverleners in 1 oogopslag relevante medische gegevens en informatie over de acute situatie van een patiënt kunnen overzien. Hiervoor delen de betrokken zorgverleners in de acute zorgketen actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar. De **Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg** beschrijft welke gegevens van belang zijn om digitaal uit te wisselen.

ZORGVERLENERS EN GEGEVENSUITWISSELING BINNEN DE ACUTE ZORG



OMVANG GEBRUIKERS

- 13.492 praktiserende huisartsen
- 112 huisartsenposten
- 83 spoedeisende hulpafdelingen
- 25 regionale ambulancevoorzieningen
 - 2.628 ambulancezorgprofessionals
 - 451 verpleegkundig centralisten

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	<u>7</u>
1.1	Het doel van de richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg	<u>7</u>
1.2	Historie	<u>7</u>
1.3	Wijzigingen in versie 4 (2022)	<u>8</u>
1.4	Beheer van de richtlijn	<u>9</u>
2	TOTSTANDKOMING EN REVISIE VAN DE RICHTLIJN	<u>10</u>
2.1	Werkgroepen	<u>10</u>
	Werkgroep versie 1	<u>10</u>
	Werkgroep gegevensset en procesmodel	<u>10</u>
	Werkgroep versie 2	<u>10</u>
	Werkgroep versie 3	<u>10</u>
	Versie 4	<u>10</u>
2.2	Afbakening	<u>11</u>
2.3	Uitgangspunten/randvoorwaarden	<u>11</u>
	Draagvlak	<u>11</u>
	Medische historie in patiëntendossier bij de huisarts	<u>11</u>
	Adequate dossiervorming	<u>12</u>
	Toestemming van de patiënt	<u>12</u>
	Logging inzage NEN7513	<u>12</u>
	Algemene Verordening Gegevensbescherming en informatiebeveiliging	<u>12</u>
	Relatie met waarneming	<u>13</u>
	Relatie met medicatieoverdracht	<u>13</u>
3	WERKGEBIED GEGEVENSUITWISSELING ACUTE ZORG	<u>14</u>
3.1	Partijen	<u>14</u>
3.2	Omvang gebruikers en gegevensuitwisseling	<u>14</u>
4	GEGEVENSUITWISSELING BINNEN DE ACUTE ZORG	<u>16</u>
4.1	Scenario's	<u>16</u>
4.2	Berichten	<u>16</u>

4.2.1	Logistieke berichten	<u>18</u>
	(Spoed)melding (HA/HAP → MKA)	<u>18</u>
	Bevestiging (MKA → HA/HAP)	<u>18</u>
	Voorwaarschuwing (MKA → SEH)	<u>18</u>
	Inzetopdracht (MKA → AMB)	<u>19</u>
	Spoedeisendehulpsterugkoppeling (SEH → AMB)	<u>19</u>
4.2.2	Opvragingen uit het dossier van de huisarts	<u>20</u>
	Spoedsamenvatting voor de meldkamer (HA → MKA)	<u>20</u>
	Spoedsamenvatting voor de ambulance (HA → AMB)	<u>21</u>
	Spoedsamenvatting voor de spoedeisende hulp (HA → SEH)	<u>21</u>
4.2.3	Rapportages over de verleende zorg	<u>22</u>
	Meldkamerrapportage (MKA → HA)	<u>22</u>
	Ambulancerapportage (AMB → HA)	<u>22</u>
	Spoedeisendehulprapportage (SEH → HA)	<u>22</u>
4.2.4	Gegevensuitwisseling van de ambulance naar de SEH	<u>24</u>
	Ambulance vooraankondiging (AMB → SEH)	<u>24</u>
	Ambulance interventie en beloop (AMB → SEH)	<u>24</u>
	Ambulance overdracht (AMB → SEH)	<u>25</u>
4.2.5	Verwijzingen	<u>26</u>
	Verwijzing van de HAP-triagist of waarnemend huisarts naar de SEH (HAP-triagist of HA → SEH)	<u>26</u>
	Verwijzing SEH-triageverpleegkundige naar HAP of huisarts (SEH-triagist → HAP of HA)	<u>27</u>
	Verwijzing MKA-centralist naar huisarts of HAP (MKA-centralist → HA of HAP)	<u>27</u>
	Verwijzing AMB-verpleegkundige naar huisarts of HAP (AMB → HA of HAP)	<u>27</u>
BIJLAGE 1. BEGRIPPEN EN AFKORTINGEN		<u>28</u>
BIJLAGE 2. SCENARIO'S		<u>29</u>
Scenario 1. De huisarts, waarnemend huisarts of triagist van de HAP verwijst een patiënt naar de SEH		<u>29</u>
	Scenario 1a. De huisarts verwijst naar de SEH en regelt de ambulance naar de SEH	<u>30</u>
	Scenario 1b. De waarnemend huisarts verwijst vanuit de HAP naar de SEH	<u>31</u>
	Scenario 1c. De triagist verwijst vanuit de HAP naar de SEH	<u>32</u>

Scenario 2. Familie belt 112	<u>32</u>
Scenario 2a. Familie belt 112, vervoer naar de SEH	33
Scenario 2b. Familie belt 112, de MKA geeft zelfzorgadvies	34
Scenario 2c. Familie belt 112, de MKA adviseert om naar de HAP te gaan	35
Scenario 3. Omstanders bellen 112	<u>36</u>
Scenario 3a. Omstanders bellen 112, vervoer naar de SEH	36
Scenario 3b. Omstanders bellen 112, ambulance handelt alles af	36
Scenario 3c. Omstanders bellen 112, de MKA geeft zelfzorgadvies	37
Scenario 3d. Omstanders bellen 112, de ambulance handelt alles af en adviseert de patiënt naar de huisarts te gaan	38
Scenario 4. De patiënt meldt zichzelf op de SEH	<u>39</u>
Scenario 4a. De patiënt meldt zichzelf op de SEH, behandeling in het ziekenhuis	39
Scenario 4b. De patiënt meldt zichzelf op de SEH, de SEH-triageverpleegkundige verwijst naar de HAP of huisarts	40
Scenario 5. De ambulancezorgprofessional verwijst een patiënt	<u>41</u>
Scenario 5a. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de huisarts	41
Scenario 5b. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de HAP	42
BIJLAGE 3. INVENTARISATIE VAN DE INFORMATIEBEHOEFTE VERSUS DE BESCHIKBARE INFORMATIE	<u>44</u>
A) Informatiebehoefte bij de betrokken partijen	<u>44</u>
Informatie gewenst door de huisarts (of waarnemend huisarts)	44
Informatie gewenst door de MKA	44
Informatie gewenst door de ambulance	44
Informatie gewenst door de SEH	45
B) Gegevens beschikbaar bij de betrokken partijen	<u>45</u>
Gegevens uit het dossier bij de huisarts	45
Gegevens verzameld bij de triage op de HAP	46
Gegevens verzameld tijdens de waarneming op de HAP	46
Gegevens verzameld bij een melding aan de MKA	46
Gegevens verzameld bij de waarneming en meting tijdens de ambulancezorg	47
Gegevens verzameld tijdens de triage op de SEH	47
Gegevens verzameld tijdens de zorgverlening op de SEH	48
BIJLAGE 4. UITWERKING VAN DE SPOEDSAMENVATTING VOLGENS DE DEFINITIES UIT HET NHG HIS-REFERENTIEMODEL 2021	<u>49</u>
BIJLAGE 5. GERELATEERDE DOCUMENTEN	<u>53</u>

1 INLEIDING

1.1 Het doel van de richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg

In veel acute situaties is het van levensbelang dat zorgverleners in de acutezorgketen, zoals verpleegkundig centralisten van de meldkamer ambulancezorg (MKA), ambulancezorgprofessional, huisartsen, zorgverleners op de huisartsenpost (HAP) en zorgverleners op de Spoedeisende Hulp (SEH), in 1 oogopslag relevante medische gegevens en de informatie over de acute situatie van een patiënt kunnen overzien. In de acutezorgketen zijn binnen een kort tijdsbestek vaak verschillende zorgverleners bij de zorg betrokken en gaat het om voor hen onbekende patiënten. In een groot en toenemend aantal gevallen betreft het patiënten met complexe aandoeningen. Hiervoor dragen de betrokken zorgverleners snel en betrouwbaar gegevens over aan hun collega's in de acutezorgketen en delen ze de actuele medische gegevens die nodig zijn voor de behandeling van de patiënt elektronisch met elkaar. Voor de continuïteit van de zorg is het essentieel dat de zorgverleners in de acutezorgketen aan de huisarts doorgeven waaruit de verleende spoedzorg bestond.

Deze richtlijn beschrijft de gegevensuitwisseling die nodig is om de informatievoorziening binnen de acute zorg adequaat te ondersteunen. De richtlijn vormt de basis voor de informatiestandaard die op technisch niveau de berichten en de gegevens beschrijft. Een nieuwe versie van de richtlijn leidt in de regel tot het actualiseren van de informatiestandaard. De implementatie van de informatiestandaard is nog niet volledig gerealiseerd en valt buiten de scope van deze richtlijn. De betrokken organisaties bepalen hiervan de implementatie.

1.2 Historie

Begin deze eeuw is de informatievoorziening van de HAP vormgegeven. Belangrijke elementen daarvan zijn het opvragen van de meest recente gegevens over de patiënt uit het huisartsinformatiesysteem (HIS) en het retour melden aan de huisarts van de verrichte zorg op de HAP. De afspraken hierover zijn vastgelegd in de NHG-Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP). Deze ontwikkeling heeft partijen in de spoedeisende hulp geïnspireerd om een vergelijkbare oplossing te ontwikkelen voor de spoedeisende hulp. Een eerste demonstratieopstelling hiervan werd gegeven op het EMD-Congres in Ede in 2004.

In 2005 hebben Nictiz en het NHG de eerste Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp opgesteld (Richtlijn eSpoed 2005). Hierin werd aangegeven dat MKA's, ambulances en SEH's de behoefte hadden aan een middel om gegevens bij de huisarts van de patiënt op te vragen. De geautoriseerde richtlijn beschrijft de gevolgde werkwijze, de noodzakelijke randvoorwaarden, de gegevenssets die worden uitgewisseld en het geplande vervolg.

In 2008 hebben Nictiz, het NHG, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en Ambulancezorg Nederland (AZN) een tweede versie opgesteld (Richtlijn eSpoed 2008). Hierin zijn de gegevenssets verder uitgewerkt en is de gegevensuitwisseling tussen de Regionale ambulancevoorziening (RAV) en SEH opgenomen. Verder zijn de scenario's voor gegevensuitwisseling in spoedeisende situaties geactualiseerd.

In 2010 gaven het NHG en de LHV in het Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD). 'Gelukkig staat alles in mijn dossier dokter...' hun visie 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 formuleert als beleidsdoelstelling dat huisartsen verantwoordelijk worden voor het genereren en ontvangen van de eSpoedberichten.

In 2013 heeft het NHG in het NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg zijn visie gegeven op de huisarts-geneeskundige 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.

In 2014 is versie 3 van de richtlijn uitgebracht. Hierin is de term Centrale Huisartsenpost (CHP) vervangen door huisartsenpost (HAP). De gegevensuitwisseling tussen huisarts, HAP en SEH voor het verwijzen van een patiënt van een HAP naar een SEH en de verwijzing na triage naar een andere zorgverlener is toegevoegd. Daarnaast is de verwijzing van MKA naar HAP of huisarts toegevoegd.

In 2020 is in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen beschreven dat de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg (2014) de veldnorm is voor het overdragen van gegevens in de acute zorg. Omdat de implementatie van de gegevensuitwisseling achterbleef, is in 2020 het Programma Met spoed beschikbaar gestart, dat als doel heeft de Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancevoorziening – afdeling spoedeisende hulp versneld te implementeren. De landelijke branche- en beroepsorganisaties van de betrokken spoedzorgverleners, het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, VZVZ en Nictiz werken hierbij samen. Wanneer het merendeel van de zorgverleners in de spoedzorg conform de richtlijn digitaal gegevens kan inzien en uitwisselen, moet dat leiden tot betere gezondheidssuitkomsten, een efficiënter en sneller verlopend (keten)proces, meer werkplezier voor zorgverleners en kwaliteitsverbetering van het zorgproces.

1.3 Wijzigingen in versie 4 (2022)

In versie 4 (2022) zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- De titel 'Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp' is gewijzigd in 'Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg'.
- Het document is geactualiseerd en de overdracht van gegevens wordt in alle scenario's met nieuwe schema's geïllustreerd.
- Waar in deze richtlijn 'huisarts' staat, kan ook 'vaste arts generalistische zorg' (werkzaam in een huisartsenpraktijk of instelling) worden gelezen.
- De Professionele samenvatting is vervangen door Spoedsamenvatting.
- Er zijn 2 nieuwe gegevensuitwisselingen toegevoegd:
 - verwijzing AMB-verpleegkundige naar huisarts (nummer 23)
 - verwijzing AMB-verpleegkundige naar HAP (nummer 24)
- De berichten nummer 15 en 16 zijn samengevoegd in 'Verwijzing HAP-triagist of waarnemend huisarts naar SEH' (nummer 15). Nummer 16 is komen te vervallen.
- De naam van bericht 12 'Patiëntidentificatie' is gewijzigd in 'Spoedeisendehulptherugkoppeling'.
- Het bericht 'Spoedsamenvatting' is aangepast:
 - toegevoegd: Behandelgrenzen¹ en Gesloten episodes met attentiewaarde
 - verwijderd: Belaste familie-anamnese
 - de termijn voor SOEP-verslagen, meetwaarden en correspondentie is verlengd van 10 dagen naar 4 maanden (voor ambulance en SEH, nummer 7 en 11)

¹ Als synoniem wordt de term behandelaanwijzing gebruikt.

- Het bericht '(Spoed)melding' (nummers 1, 21) is aangepast:
 - toegevoegd: Triageverslag
- De naam van bericht 6 'Ritopdracht' is gewijzigd in 'Inzetopdracht'.
- Het bericht 'Spoedeisendehulprapportage' (nummer 14) is aangepast: de rubrieken Overgevoeligheid, Contra-indicatie, Profylaxe en Behandelgrenzen zijn toegevoegd.
- Het bericht 'Gegevensuitwisseling van ambulance naar SEH' (nummer 8, 9, 10) is aangepast:
 - toegevoegd: Bestemmingsstatus, Mechanisme, Werkdiagnoses, Consultgever op afstand, Afspraken met patiënt, Toelichtingsgegevens
 - verwijderd: Patiëntligging
- De bijlage Uitwerking van de spoedsamenvatting is aangepast volgens de definities van het NHC HIS-Referentiemodel 2021.

1.4 Beheer van de richtlijn

Het NHC beheert deze richtlijn (H.B. van Boetzelaer, h.vanboetzelaer@nhg.org).

2 TOTSTANDKOMING EN REVISIE VAN DE RICHTLIJN

2.1 Werkgroepen

Werkgroep versie 1

In december 2004 heeft het NHG een werkgroep samengesteld van 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 van deze richtlijn (Richtlijn eSpoed 2005) opgesteld.

Werkgroep gegevensset en procesmodel

Eind 2007 is onder auspiciën van de Programma adviescommissie eSpoed (PAES) van Nictiz een werkgroep 'gegevensset en procesmodel' (Procesmodel 2007) samengesteld, met vertegenwoordigers van dezelfde organisatie. De opdracht betrof revisie en uitbreiding van de richtlijn.

Werkgroep versie 2

In de periode tot april 2008 heeft de werkgroep voor versie 2 de gewenste uitbreiding van de gegevensset en de berichten ter hand genomen. Uitgangspunt waren de Richtlijn eSpoed 2005 en het Procesmodel 2007. Eerst werd de berichtenset uitgebreid met de berichten met en tussen de ambulance en de SEH. Voor de gegevens in deze berichten is geput uit gegevenssets die in de praktijk al worden gebruikt. Waar nodig werd de richtlijn geactualiseerd.

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

Werkgroep versie 3

In 2013 heeft de werkgroep versie 3 het document uit 2008 uitgebreid met de verwijsberichten tussen de MKA, HAP, huisarts en SEH. Ook 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), de vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg (InEen), de Nederlandse Vereniging van gebruikersverenigingen van huisartseninformatiesystemen (NedHIS) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).

Versie 4

Samen met de betrokken landelijke koepels helpt het programma, Met spoed beschikbaar, zorgverleners en leveranciers bij de versnelde implementatie van de Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.

De ervaringen die zijn opgedaan bij de uitvoering van het programma, de pilots en expertpanels zijn in de expertgroep van het programma geëvalueerd. De expertgroep heeft op basis daarvan de volgende adviezen voor de doorontwikkeling van de richtlijn geformuleerd:

- Breid de gegevensuitwisseling uit met 2 verwijzingen: van de ambulance naar de HAP en de huisarts. Deze berichten moeten ondersteuning bieden bij het huidige werkproces.
- Neem de gegevenselementen Bestemmingsstatus en Behandelgrenzen op in respectievelijk de berichten 'Gegevensuitwisseling van ambulance naar SEH' en 'Spoedsamenvatting'.

- Breid de termijn voor SOEP-verslagen, meetwaarden en correspondentie uit van 10 dagen naar 4 maanden in de ‘Spoedsamenvatting’ voor ambulance en SEH, omdat de betreffende zorgverleners deze informatie nodig hebben voor de behandeling van de patiënt. Deze uitbreiding is niet gewenst voor de ‘Spoedsamenvatting’ voor MKA.

De situaties zijn opgenomen in de scenario's en de illustraties zijn aangepast.

Waar nodig werd de richtlijn geactualiseerd en vond een commentaarronde binnen de deelnemende organisaties plaats. De expertgroep onderschrijft de wijzigingen in de richtlijn.

2.2 Afbakening

De gegevenssets zijn uitsluitend bedoeld voor zorginhoudelijke communicatie. Het gaat hier om gegevenssets in logische of generieke zin, dus de gegevens of gegevensgroepen die gerelateerd zijn aan het moment waarop deze nodig zijn. In de Informatiestandaard Acute zorg (Nictiz, 2021) zijn de gegevenssets verder uitgewerkt op informatieniveau (datasets). De Autorisatierichtlijn Acute zorg (VZVZ, 2021) beschrijft wie welke gegevens wanneer mag opvragen en delen.

2.3 Uitgangspunten/randvoorwaarden

Draagvlak

Deze versie van de richtlijn is opgesteld op verzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Ambulancezorg Nederland (AZN), de vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg (InEen), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz).

Medische historie in patiëntendossier bij de huisarts

De huisarts is bij de meeste patiënten verantwoordelijk voor het leveren van generalistische, persoonlijke en continue zorg aan de patiënt. Bij bepaalde patiënten wordt deze rol vervuld door een andere vaste arts, zoals de arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. Waar in deze richtlijn ‘huisarts’ staat, kan ‘vaste arts generalistische zorg’ (werkzaam in een huisartsenpraktijk of instelling) worden gelezen.²

Een belangrijk uitgangspunt is dat het medisch dossier bij de huisarts een beeld geeft van de volledige medische historie van een patiënt. Dit past bij de taakopvatting van de huisarts: het verlenen van persoonlijke en continue zorg. In het dossier bij de huisarts is ook informatie vastgelegd over de zorg die anderen hebben verleend. Hoewel dit medisch dossier misschien niet alle details bevat over door anderen verleende zorg, is het in ieder geval wel de medisch-inhoudelijke wegwijzer/samenvatting over die zorg. Dat maakt dit dossier een waardevolle bron van informatie voor andere zorgverleners. Om het medisch dossier bij de huisarts actueel te houden, is het van belang dat relevante berichten tijdig naar de huisarts worden gestuurd en worden verwerkt.

² In het geval van complementair werken door artsen in de medisch-generalistische zorg is gegevensuitwisseling met elk van deze zorgverleners van belang voor de informatievoorziening binnen de acute zorg.

Adequate dossiervorming

Voor een soepele samenwerking en gegevensuitwisseling dienen anderen toegang te krijgen tot de patiëntgegevens en daarom is het van belang dat zorgverleners, in dit geval huisartsen, het medisch dossier op een uniforme wijze inrichten. De mate waarin een huisarts erin slaagt het medisch dossier gestructureerd bij te houden, bepaalt de toegankelijkheid van dit dossier voor anderen. Adequate dossiervorming is een randvoorwaarde voor het samenstellen van een 'goedgevulde' spoedsamenvatting (zie de NHG-Richtlijn ADEPD, 2019).

Behalve de gegevens die de huisarts in het medisch dossier vastlegt, is het van belang gegevens bij te houden die verzameld 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 hebben ingezet, zodat daar veilig op doorgewerkt kan worden.

Toestemming van de patiënt

Voor de meeste zorg hoeft de patiënt geen expliciete toestemming te geven voor het delen van informatie tussen de zorgverleners die bij de behandeling betrokken zijn. Dat geldt ook wanneer het zorg betreft die over organisatiegrenzen heen gaat. Concreet gaat het om de zorg waarvoor de huisarts de patiënt verwijst, of waarbij de patiënt al op een eerder moment in de behandeling toestemming voor uitwisseling heeft gegeven. Dit vloeit voort uit de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In deze gevallen moet ook niet onnodig om toestemming voor uitwisseling worden gevraagd.

Wanneer een zorgverlener zonder verwijzing bij de huisarts gegevens wil opvragen, gelden 2 eisen:

1. De patiënten moeten hun huisarts vooraf toestemming hebben verleend voor het in principe ter beschikking stellen van medische gegevens voor raadpleging door andere zorgverleners bij wie zij in behandeling zijn, bijvoorbeeld in gevallen van spoedeisende hulp. De patiënten moeten ervan op de hoogte zijn gesteld dat hun gegevens worden doorgezonden naar een volgende schakel in de keten van de spoedzorg.
2. Bij het eerste station waar patiënten medische hulp vragen of krijgen moet de toestemming zo mogelijk worden herbevestigd. Wanneer patiënten niet in staat zijn om toestemming te geven, mag de zorgverlener hierover beslissen.

Zie de Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (Gedragscode EGIZ) voor praktische richtlijnen voor het uitwisselen van patiëntgegevens tussen zorgverleners.

Logging inzage NEN7513

Elke (poging tot) toegang tot zorginhoudelijke patiëntgegevens moet voldoen aan NEN7513 – Vastleggen van acties op elektronische patiëntdossiers. Conform deze norm moet elke inzage in het medisch dossier worden vastgelegd in een logregel en moet er toezicht zijn op inzage. Dit geldt dus voor elke partij die een bericht verstuurt en/of een bericht ontvangt – versturen en ontvangen vallen ook onder inzage. Het doorzetten van een bericht zonder dat het kan worden ingezien valt hier niet onder.

Algemene Verordening Gegevensbescherming en informatiebeveiliging

Vanzelfsprekend geldt bij toepassing van deze richtlijn de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Expliciet noemen wij hier naleving van adequate informatiebeveiliging volgens de NEN7510 (IT-leveranciers moeten zich hiervoor certificeren), opname van alle gegevensverwerking in het verwerkingenregister (wat voor alle zorgaanbieders geldt) en protocollen voor datalekken (wat voor IT-leveranciers en zorgaanbieders geldt).

Relatie met waarneming

In deze richtlijn is niet opgenomen op welke manier de gegevensuitwisseling bij waarneming door een andere huisarts plaatsvindt. Dit is beschreven in de NHG-Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP) (2021).

Relatie met medicatieoverdracht

Deze richtlijn verwijst naar de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (2019). Die bepaalt hoe medicatiegegevens in het netwerk van de patiënt worden overgedragen met het oog op de continuïteit van de zorg en de patiëntveiligheid bij het voorschrijven, verstrekken en toedienen van medicatie. Deze gegevens zijn in verschillende bronnen vastgelegd, zoals systemen van voorschrijvers en apothekers, en bij de patiënt zelf.

3 WERKGEBIED GEGEVENSUITWISSELING ACUTE ZORG

3.1 Partijen

De bij acute zorg betrokken partijen zijn de huisarts, zorgverleners op de HAP, de ambulancezorg-professional, de verpleegkundig centralist op de MKA en de zorgverleners op de SEH.

De huisarts verleent de continue zorg aan de patiënt. Het dossier bevat de actuele en volledige medische historie van een patiënt. De huisarts is beschikbaar tijdens kantooruren. Een spoedsamenvatting van de informatie in het HIS is steeds vaker 7 x 24 uur beschikbaar. De huisartsenzorg buiten kantooruren verloopt via de dienstwaarneming, geregeld door de huisarts zelf en waarnemend huisartsen. Dit gebeurt veelal vanuit de HAP. De gegevens die tijdens de waarneming zijn vastgelegd, kan de huisarts inzien in het waarnemingsverslag.

De ambulancezorg is 7 x 24 uur beschikbaar. De 25 regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) zijn ieder in hun eigen verzorgingsgebied verantwoordelijk voor de meldkamer en de rijdende dienst. In de meldkamer nemen verpleegkundig centralisten de meldingen aan, leggen deze vast in het meldkamersysteem en bepalen op basis van triage de urgentie. Dit kan leiden tot inzet van een ambulance, waarbij de noodzakelijke gegevens via beveiligde verbindingen worden doorgezet van meldkamer naar ambulance en direct ook opgenomen in het digitale ritformulier. De rijdende dienst verleent zorg aan de patiënt en zo nodig wordt de patiënt naar het ziekenhuis gebracht. Verslaglegging vindt plaats in het digitale ritformulier (het patiëntdossier ambulancezorg) van waaruit ook overdrachten, verwijzingen en rapportages naar andere betrokken zorgverleners worden gestuurd.

De SEH in het ziekenhuis is vaak 7 x 24 uur bemenst. Verpleegkundig triagisten doen de eerste opvang. Meestal is een SEH-arts aanwezig. Wanneer deze er niet is, is er een arts die geschoold is in de opvang van patiënten met een acuut zorgprobleem. Er is een grote verscheidenheid aan vormen van geautomatiseerde ondersteuning; hetzelfde geldt voor procedures en geregistreerde gegevens. Patiënten komen naar de SEH na een 112-melding via de ambulance of een verwijzing van de huisarts (met de ambulance of eigen vervoer), of ze melden zichzelf op de SEH.

De HAP is bereikbaar buiten de openingstijden van huisartsenpraktijken. In enkele gebieden nemen huisartsen de waarneming zelf op zich, maar in het overgrote deel van het land is die geregeld via de HAP. Triagisten doen de eerste opvang. Waarnemend huisartsen verlenen de zorg zelf of houden de verantwoordelijkheid, terwijl anderen de zorg verlenen.

3.2 Omvang gebruikers en gegevensuitwisseling

Landelijk zijn er:

- 25 RAV's, met 2628 ambulancezorgprofessionals en 451 verpleegkundig centralisten (bron: Sectorkompas Ambulancezorg. Tabellenboek 2021)
- 112 huisartsenposten (bron: Ineen Benchmark huisartsenposten 2020)
- 13.492 werkzame huisartsen (bron: Nivel 2021)
- 83 SEH's; een SEH is onderdeel van een ziekenhuis (bron: Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2020, RIVM)

Jaarlijks zijn er meer dan 7 miljoen patiëntcontacten met de acute zorg (bron: VZinfo.nl – Acute zorg). In 2020 hadden HAP's ruim 4 miljoen patiëntcontacten. Het aantal behandelingen op de SEH's ligt op ongeveer 1,7 miljoen. In 2021 waren er 1.071.383 spoedeisende inzetten (urgentie A1 en A2) van ambulancezorg (bron: Sectorkompas Ambulancezorg: Tabellenboek 2021). Voor veel van deze patiëntcontacten vindt de gegevensuitwisseling binnen de acutezorgketen plaats.

4 GEGEVENSUITWISSELING BINNEN DE ACUTE ZORG

4.1 Scenario's

Om een volledig beeld te krijgen van de benodigde gegevensuitwisseling in de acute zorg is uitgegaan van scenario's die de veelvoorkomende spoedsituaties in de zorg beschrijven. Zie bijlage 2 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 23 berichten. Figuur 1 geeft een volledig overzicht van de betrokken zorgverleners, contactmomenten en elektronische gegevensuitwisseling. Er zijn geen pijlen voor verbale en schriftelijke overdrachten tussen zorgverleners. De overdracht tussen HAP en huisarts wordt met een stippellijn weergegeven.

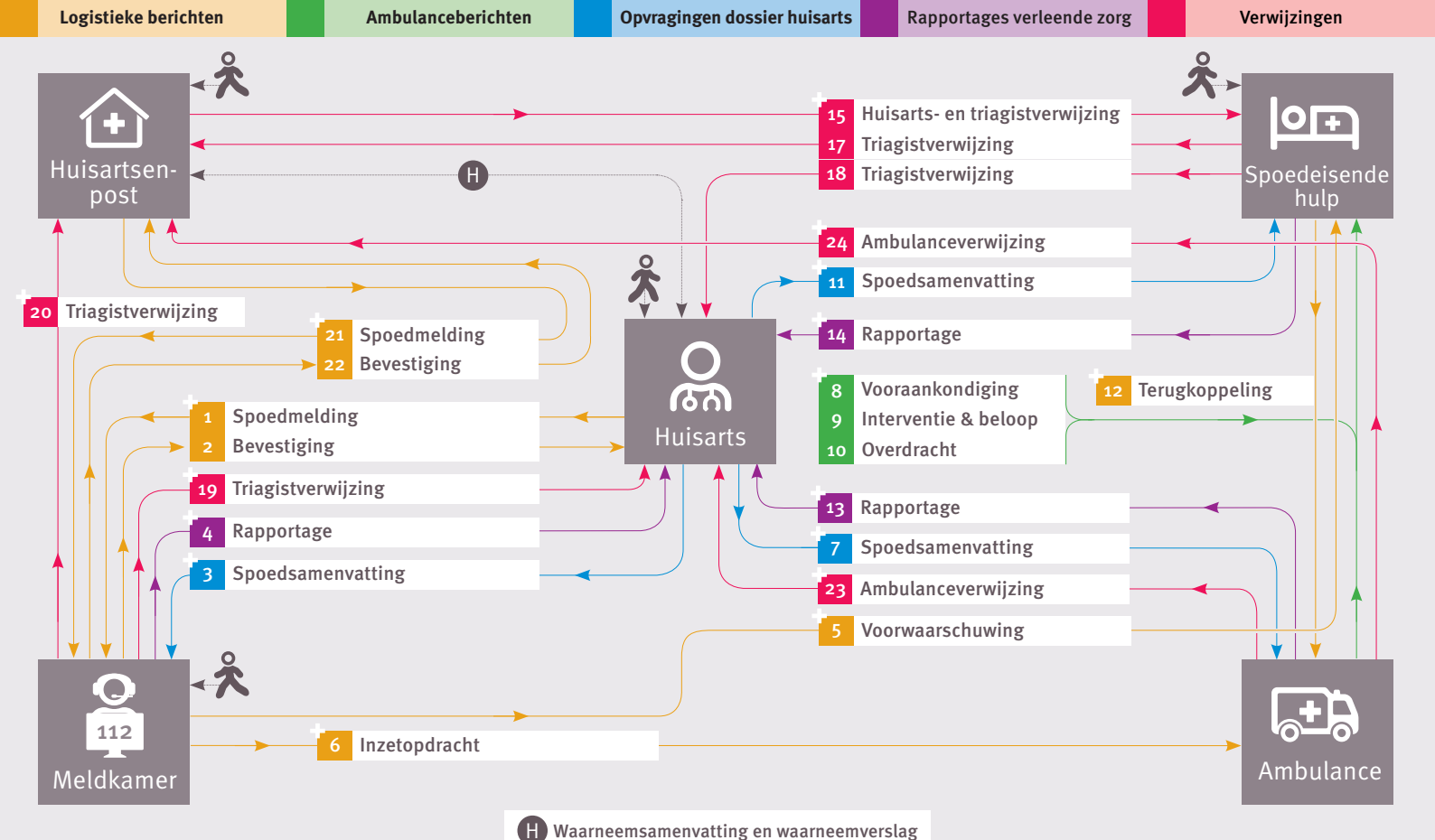
Er wordt onderscheid gemaakt tussen het opvragen van spoedsamenvattingen (pull-verkeer) en het sturen van verwijzingen, rapportages, logistieke berichten en ambulanceberichten (push-verkeer).

Bij het opvragen van een spoedsamenvatting ligt het initiatief voor gegevensuitwisseling bij de zorgverlener die de gegevens nodig heeft voor de behandeling van de patiënt, te weten de MKA, ambulance of SEH. De opvragingen worden gedaan uit het dossier van de vaste huisarts en bevatten alleen de gegevens die relevant zijn voor de zorgverlening. De inhoud van de spoedsamenvatting kan daarom per betrokkene in de spoedketen verschillen.

Bij het sturen van verwijzingen, rapportages, logistieke berichten en ambulanceberichten ligt het initiatief voor gegevensuitwisseling bij de brondossierhouder. Die stuurt gericht gegevens naar ontvanger(s) wanneer die noodzakelijk zijn voor de te verrichten werkzaamheden.

Om de meerwaarde te bereiken die deze richtlijn beoogt, vindt de gegevensuitwisseling tussen de zorgverleners plaats met gestructureerde en gecodeerde gegevens. Voor sturende informatiesystemen betekent dit dat de gegevens gestructureerd en gecodeerd beschikbaar worden gesteld en voor ontvangende informatiesystemen dat de gegevens gestructureerd en gecodeerd worden ontvangen en verwerkt.

Bij het toekennen van namen aan de berichten is zo veel mogelijk aangesloten bij bestaande begrippen in de praktijk ('vooraankondiging', 'voorwaarschuwing', 'inzetopdracht'). In gevallen waarin er verwarring kan ontstaan over de vraag voor wie de gegevens bestemd zijn, is de ontvanger achter de naam toegevoegd ('spoedsamenvatting MKA', 'spoedsamenvatting ambulance' en 'spoedsamenvatting SEH'). Om dezelfde reden is soms de verzender voor de naam geplaatst ('MKA-rapportage', 'SEH-rapportage').



Figuur 1. Zorgverleners, contactmomenten en gegevensuitwisseling binnen de acute zorg. Nummer 1 tot en met 24 worden elektronisch uitgewisseld. **H** betreft de elektronische uitwisseling tussen huisarts en HAP.

1	HA → MKA Spoedmelding	13	AMB → HA Rapportage
2	MKA → HA Bevestiging	14	SEH → HA Rapportage
3	HA → MKA Spoedsamenvatting	15	HAP → SEH Huisarts- en triagistverwijzing
4	MKA → HA Rapportage	17	SEH → HAP Triagistverwijzing
5	MKA → SEH Voorwaarschuwing	18	SEH → HA Triagistverwijzing
6	MKA → AMB Inzetopdracht	19	MKA → HA Triagistverwijzing
7	HA → AMB Spoedsamenvatting	20	MKA → HAP Triagistverwijzing
8	AMB → SEH Vooraankondiging	21	HAP → MKA Spoedmelding
9	AMB → SEH Interventie en beloop	22	MKA → HAP Bevestiging
10	AMB → SEH Overdracht	23	AMB → HA Ambulanceverwijzing
11	HA → SEH Spoedsamenvatting	24	AMB → HAP Ambulanceverwijzing
12	SEH → AMB Terugkoppeling		

Hieronder beschrijven we de berichten per gelijksoortige groep: logistieke berichten, opvragingen bij de huisarts (spoedsamenvatting), rapportages over de verleende zorg, ambulanceberichten en verwijzingen. De volgorde waarin de gegevensuitwisseling plaatsvindt, volgt in grote lijnen de nummering in **figuur 1**.

Onderstaande paragrafen sommen voor elke groep de berichten op. Algemene gegevens, zoals persoonsgegevens van de patiënt, gegevens van de verwijzer en ontvanger, beschrijven we niet bij elk bericht.

4.2.1 Logistieke berichten

Logistieke berichten (figuur 1, nummer 1, 2, 5, 6, 12, 21 en 22) moeten de overdracht van precieze gegevens ondersteunen, zoals gesprekken per telefoon.

(Spoed)melding (HA/HAP → MKA)

De huisarts of HAP verstuurt de spoedmelding naar de MKA (figuur 1, nummer 1 of 21), meestal na telefonisch contact. Wanneer de huisarts de patiënt voor ambulancezorg aanmeldt, stuurt deze een Spoedsamenvatting voor de ambulance (nummer 7) mee.

Gegevens
Persoonsgegevens van de patiënt
Verzoek om het ritnummer of verzoek om vervoer
Vervoersindicatie (indien bekend)
Toelichting op de vervoersindicatie
Urgentiecode
Haalgegevens
Bestemmingsgegevens (indien bekend)
Triageverslag
Spoedsamenvatting (tijdelijk) ³

Bevestiging (MKA → HA/HAP)

De MKA verstuurt de bevestiging naar de huisarts of de HAP (figuur 1, nummer 2 of 22) om te laten weten dat de gevraagde ambulance onderweg is. Het belangrijkste doel is het bieden van zekerheid en geruststelling aan de patiënt/familie. Wanneer de melding niet is gedaan door een huisarts of HAP, verstuurt de MKA deze bevestiging niet. De huisarts ontvangt wél de rapportage van de laatste hulpverlener in de keten, nummer 4, 13 of 14; zie beneden.

Gegevens
Persoonsgegevens van de patiënt
Toegekende urgentiecode (A1, A2, B)
Geschatte aankomsttijd (ETA)
Inzetgegevens
Meldingsgegevens

Voorwaarschuwing (MKA → SEH)

De MKA verstuurt in sommige gevallen de voorwaarschuwing naar de SEH (figuur 1, nummer 5). Doel is de SEH zo snel mogelijk in staat te stellen zich voor te bereiden op de komst van een patiënt of op grootschalige incidenten.

Gegevens
Persoonsgegevens van de patiënt
Incidentgegevens
Meldingsgegevens (inclusief de uitgevoerde triage)

³ Hoewel er sprake is van een logistiek bericht, maakt ook de niet-logistieke spoedsamenvatting momenteel deel van de set uit. Het meesturen van de spoedsamenvatting in de acutezorgketen is een tijdelijke oplossing voor de informatievoorziening, totdat alle partijen het opvragen van de spoedsamenvatting (nummer 3, 7 en 11) hebben geïmplementeerd.

Inzetopdracht (MKA → AMB)

De MKA verstuurt de inzetopdracht naar de ambulance (figuur 1, nummer 6). De inzetopdracht wordt in alle gevallen door de meldkamer verstuurd en dient om de diverse zorginhoudelijke en logistieke gegevens door te geven aan het ambulanceteam.

Dit bericht betreft een intern proces van de RAV, maar aangezien in de gegevensuitwisselingen onderscheid wordt gemaakt tussen de meldkamer en de ambulance is deze stroom hier ter referentie opgenomen.

Spoedeisendehulpsterugkoppeling (SEH → AMB)

De SEH verstuurt de terugkoppeling naar de ambulance (figuur 1, nummer 12). Dit heeft 2 doelen: het levert de patiëntidentificatie wanneer de ambulance zonder deze identificatie gewerkt heeft en het verstrekt de feedbackinformatie voor kwaliteitsbewaking.

Gegevens ⁴
Ritgegevens
Patiëntidentificatie
Conclusie, diagnose
Opmerkingen naar aanleiding van de overdracht/behandeling door de ambulance

⁴ In een algemene maatregel van bestuur (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-63110.html>) wordt geregeld welke gegevens een Regionale ambulancevoorziening (RAV) die zij ontvangt van afdelingen spoedeisende hulp (SEH's) mag verwerken en wat de maximale bewaartermijn is.

4.2.2 Opvragingen uit het dossier van de huisarts

Opvragingen uit het dossier van de huisarts gebeuren zonder menselijke tussenkomst. Opvragingen kunnen binnen en buiten de kantooruren van de huisartsenpraktijk worden gedaan. De logging van deze opvragingen gebeurt volgens de vaste regels die voor de gebruikte infrastructuur gelden en zullen we hier niet nader beschrijven. Wel volgt op elke opvraging een inhoudelijke rapportage; zie nummer 4, 13 en 14. Voor elke opvraging uit het dossier van de huisarts wordt dezelfde structuur gebruikt. De spoedsamenvatting voor de MKA bevat minder gegevens dan die voor de ambulance en SEH, omdat de zorgverleners op de MKA voor de uitvoering van hun werkzaamheden minder gegevens nodig hebben. Toekomstige ontwikkelingen richting zorgcoördinatiecentra kunnen leiden tot wijzigingen in dit onderscheid.

Bijlage 4 bevat een gedetailleerde uitwerking van de berichten. Ze zijn beschreven op basis van het NHG HIS-Referentiemodel (versie 2021).

Spoedsamenvatting voor de meldkamer (HA → MKA)

Afhankelijk van de melding vraagt de verpleegkundig centralist op de MKA de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de huisarts (figuur 1, nummer 3). Doel is optimaal op de hoogte te zijn van de gegevens die nodig zijn om de melding adequaat af te handelen.

Gegevens
Niet-verwerkte verslagen en rapportages uit de waarneming en eerdere spoedsituaties
Episodelijst
Beleid per episode
SOEP-verslagen over de laatste 10 dagen
Uitslagen over de laatste 10 dagen
Samenvatting van de correspondentie van de laatste 10 dagen
Actuele medicatie en medicatiehistorie tot 4 maanden terug
Behandelgrenzen
Behandelingen
Sociale gegevens

Spoedsamenvatting voor de ambulance (HA → AMB)

Afhankelijk van de melding vraagt de ambulancezorgprofessional de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de huisarts (figuur 1, nummer 7). Doel is optimaal op de hoogte te zijn van de gegevens die nodig zijn om de patiënt adequate zorg te kunnen verlenen.

Gegevens
Niet-verwerkte verslagen en rapportages uit de waarneming en eerdere spoedsituaties
Episodelijst
Beleid per episode
SOEP-verslagen over de laatste 4 maanden
Uitslagen over de laatste 4 maanden
Samenvatting van correspondentie van de laatste 4 maanden
Actuele contra-indicaties
Actuele medicatieovergevoeligheden
Actuele medicatie en medicatiehistorie tot 4 maanden terug
Behandelgrenzen
Behandelingen
Profylaxe
Sociale gegevens
Aanvullende contactgegevens

Spoedsamenvatting voor de spoedeisende hulp (HA → SEH)

In alle gevallen vraagt de SEH de spoedsamenvatting op uit het dossier bij de huisarts (figuur 1, nummer 11). Doel is optimaal op de hoogte te zijn van de gegevens die nodig zijn om de patiënt adequate zorg te kunnen verlenen.

Gegevens
Niet-verwerkte verslagen en rapportages uit de waarneming en eerdere spoedsituaties
Episodelijst
Beleid per episode
SOEP-verslagen over de laatste 4 maanden
Uitslagen over de laatste 4 maanden
Samenvatting van de correspondentie van de laatste 4 maanden
Actuele contra-indicaties
Actuele medicatieovergevoeligheden
Actuele medicatie en medicatiehistorie tot 4 maanden terug
Behandelgrenzen
Behandelingen
Profylaxe
Sociale gegevens
Aanvullende contactgegevens

4.2.3 Rapportages over de verleende zorg

Voor alle rapportages (figuur 1, nummer 4, 13, 14) over de verleende zorg worden rubrieken uit de NHG-Richtlijn HASP gebruikt.

Meldkamerrapportage (MKA → HA)

De MKA verstuurt de rapportage (figuur 1, nummer 4) wanneer de verpleegkundig centralist op de MKA de patiënt een advies geeft en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt in deze kwestie. Doel is de huisarts volledig op de hoogte te brengen van de spoedsituatie, de urgentiebepaling en de verleende zorg.

Rubrieken in de kern

Reden van de melding

Conclusie, diagnose

Advies gegeven aan de patiënt

Ambulancerapportage (AMB → HA)

De ambulance verstuurt de rapportage naar de huisarts (figuur 1, nummer 13) wanneer de ambulance-zorgprofessional na anamnese en onderzoek zelf een interventie pleegt en de patiënt een advies geeft, en dit de laatste zorgactie is bij de patiënt in deze kwestie (mobiel zorgconsult). Hiermee wordt de huisarts volledig op de hoogte gebracht van de spoedsituatie en de verleende zorg.

Rubrieken in de kern

Reden van de melding

Conclusie, diagnose

Afspraken met de patiënt

Aanbeveling voor de follow-up

Rubrieken in de dossiersamenvatting

Anamnese

Lichamelijk onderzoek

Beloop, interventie

Spoedeisendehulprapportage (SEH → HA)

Zodra de eerste opvang is afgerond verstuurt de SEH de rapportage naar de huisarts (figuur 1, nummer 14). Deze 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 naar de SEH

Conclusie, diagnose

Beleid

Aanbeveling voor de follow-up

Afspraken met de patiënt

Rubrieken in de dossiersamenvatting
Anamnese
Lichamelijk onderzoek
Beloop, interventie
Laboratoriumonderzoek
Beeldvormend onderzoek
Functieonderzoek
Overig onderzoek
Intercollegiale consulten
Verrichtingen van derden
Medicatie
Overgevoeligheid; contra-indicaties
Profylaxe
Behandelgrenzen

4.2.4 Gegevensuitwisseling van de ambulance naar de SEH

Voor de gegevensuitwisseling van de ambulance naar de SEH (figuur 1, nummer 8, 9, 10) wordt steeds dezelfde structuur gebruikt. De vooraankondiging (nummer 8) bevat slechts enkele ingevulde gegevens, maar het bericht wordt steeds verder aangevuld. Het idee is dat de op de SEH binnengekomen gegevens volledig geautomatiseerd worden verwerkt en geïntegreerd in de daar gehanteerde en getoonde gegevensset.

Ambulance vooraankondiging (AMB → SEH)

De ambulance verstuurt de vooraankondiging (figuur 1, nummer 8) zo snel mogelijk na de anamnese en het onderzoek naar de SEH. Het hele bericht is beschikbaar, maar meestal worden alleen de gegevens verstuurd die met een asterisk zijn gemarkeerd.

Gegevens
Persoonsgegevens*
Incidentgegevens*
Meldingsgegevens*
Inzetgegevens
Haalgegevens
Bestemmingsgegevens
Mechanisme
Werkdiagnoses
Meetwaarden
Behandeling
Primary survey
Secondary survey
Consultgever op afstand
Afspraken met de patiënt
Bijlagen
Toelichtingsgegevens

Ambulance interventie en beloop (AMB → SEH)

De ambulance gebruikt dit bericht om nieuwe en aanvullende gegevens door te geven aan de SEH (figuur 1, nummer 9). De ambulance verstuurt dit bericht zo vaak mogelijk en telkens wanneer dat nodig is. De hele set is beschikbaar. De situatie bepaalt welke gegevens worden verstuurd.

De bestemmingsstatus (die onderdeel is van de bestemmingsgegevens) geeft de status aan van de ambulance wat betreft de bestemming (actief, geannuleerd of overgedragen). Wanneer de rit bij het ziekenhuis is aangemeld en de rit vervalt, wordt de bestemmingsstatus 'geannuleerd' gebruikt. Het ziekenhuis stopt verdere actie en verwijdert de reeds ontvangen gegevens van de ambulance.

Gegevens
Persoonsgegevens
Incidentgegevens
Meldingsgegevens
Inzetgegevens
Haalgegevens
Bestemmingsgegevens
Mechanisme
Werkdiagnoses
Meetwaarden
Behandeling
Primary survey
Secondary survey
Consultgever op afstand
Afspraken met de patiënt
Bijlagen
Toelichtingsgegevens

Ambulance overdracht (AMB → SEH)

Deze overdracht betreft de laatste en afrondende gegevensuitwisseling van de ambulance naar de SEH (figuur 1, nummer 10). De ambulancezorgprofessional verstuurt de overdracht zo snel mogelijk op een wat minder hectisch, administratief moment. De gegevensset wordt aangevuld en volledig verstuurd.

Gegevens
Persoonsgegevens
Incidentgegevens
Meldingsgegevens
Inzetgegevens
Haalgegevens
Bestemmingsgegevens
Mechanisme
Werkdiagnoses
Meetwaarden
Behandeling
Primary survey
Secondary survey
Consultgever op afstand
Afspraken met de patiënt
Bijlagen
Toelichtingsgegevens

4.2.5 Verwijzingen

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

Met triage bedoelen we het proces waarbij de triagist vaststelt wat de urgentiegraad van de hulpvraag is en wie voor de patiënt en de hulpvraag de beste eerste zorgverlener in de zorgketen is. De triage gebeurt vaak telefonisch. Bij zelfmelders op de HAP en SEH gebeurt het in een persoonlijk contact. Een zorgverlener kan de patiënt ook in een persoonlijk contact beoordelen en in overleg met de patiënt concluderen dat de zorg beter elders in de keten 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 een eerste onderzoek en behandeling kan blijken dat het nodig is om de patiënt voor verder onderzoek en/of behandeling naar een andere zorgverlener te verwijzen. Acute patiënten moeten dus niet alleen na triage, maar ook na onderzoek en behandeling naar andere acute zorgverleners verwezen kunnen worden: huisartsenzorg, ambulancezorg en tweedelijns spoedzorg (SEH). Verwijzing gebeurt dan bijvoorbeeld na onderzoek door de huisarts bij de patiënt thuis of op het spreekuur, na onderzoek en/of behandeling door de ambulance, na onderzoek op de SEH. Verwijzingen tussen die zorgverleners onderling moeten ook mogelijk zijn, zij het dat niet het volume tussen alle aanbieders hetzelfde is.

Verwijzing van de HAP-triagist of waarnemend huisarts naar de SEH (HAP-triagist of HA → SEH)

Na triage door de HAP-triagist en eventueel beoordeling door de waarnemend huisarts van de HAP wordt deze verwijzing naar de SEH gestuurd (figuur 1, nummer 15) wanneer de patiënt naar de SEH wordt verwezen.

Voor deze verwijzing is uitgegaan van de indeling en rubrieken uit het verwijsbericht in de NHG-Richtlijn HASP. De verwijzer kan zo nodig onderdelen van de Waarneemsamenvatting (HA-HAP) opnemen.

Rubrieken in de kern

Reden en context van de verwijzing

Ingestelde behandeling

Procedurevoorstel

Verder van belang

Rubrieken in de dossiersamenvatting

Deelcontactverslag (inclusief triageverslag)

Episodelijst

Behandelingen

Medicatie (toegediend op de HAP)

Overgevoeligheid voor medicatie; contra-indicaties voor voorschrijven

Aanvullend onderzoek

Behandelgrenzen

Waarneemsamenvatting (HA-HAP)

Verwijzing SEH-triageverpleegkundige naar HAP of huisarts (SEH-triagist → HAP of HA)

Na triage stuurt de SEH-triageverpleegkundige deze verwijzing wanneer de patiënt naar de huisarts of HAP wordt verwezen (figuur 1, nummer 17 en 18).

Gegevens
Persoonsgegevens van de patiënt
Gegevens van de verwijzer (SEH-triageverpleegkundige)
Verpleegkundig verslag
Urgentiecode
Triageverslag

Verwijzing MKA-centralist naar huisarts of HAP (MKA-centralist → HA of HAP)

De MKA-centralist stuurt deze verwijzing na triage wanneer de patiënt naar de huisarts of HAP wordt verwezen (figuur 1, nummer 19 en 20).

Gegevens
Persoonsgegevens van de patiënt
Gegevens van de verwijzer (MKA-centralist)
Urgentiecode
Triageverslag
Aanvullende gegevens uit contact met patiënt

Verwijzing AMB-zorgprofessional naar huisarts of HAP (AMB → HA of HAP)

De ambulancezorgprofessional stuurt deze verwijzing na onderzoek en/of behandeling wanneer de patiënt naar de huisarts of HAP wordt verwezen (figuur 1, nummer 23 en 24). Voor deze verwijzing worden de rubrieken uit de NHG-Richtlijn HASP gebruikt.

Rubrieken in de kern
Reden van melding
Conclusie, diagnose
Beleid
Aanbeveling voor de follow-up
Afspraken met de patiënt

Rubrieken in de dossiersamenvatting
Anamnese
Lichamelijk onderzoek
Beloop, interventie

BIJLAGE 1. BEGRIPPEN EN AFKORTINGEN

Afkorting	Omschrijving
AMB	Ambulance
AZN	Ambulancezorg Nederland
BSA	Basisset Ambulancezorg
BVA	Beroepsvereniging Ambulancepersoneel
HA	Huisarts
HAP	Huisartsenpost
HASP	Richtlijn informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen
HIS	Huisartsinformatiesysteem
InEen	Vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
RAV	Regionale ambulancevoorziening. Verantwoordelijk voor meldkamer (MKA) en rijdende dienst (AMB)
SEH	Spoedeisende hulp
VZVZ	Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie
Zorgverlener	Voor acute zorg is dit een BIG-geregistreerd persoon die beroepsmatig zorg verleent aan een ander



BIJLAGE 2. SCENARIO'S

Voor alle hier beschreven scenario's geldt dat ze als voorbeeld dienen voor de manier waarop de berichten in de acute zorg kunnen worden ingezet. Ze zijn niet normstellend.

We onderscheiden 5 groepen scenario's (zie onderstaande tabel).

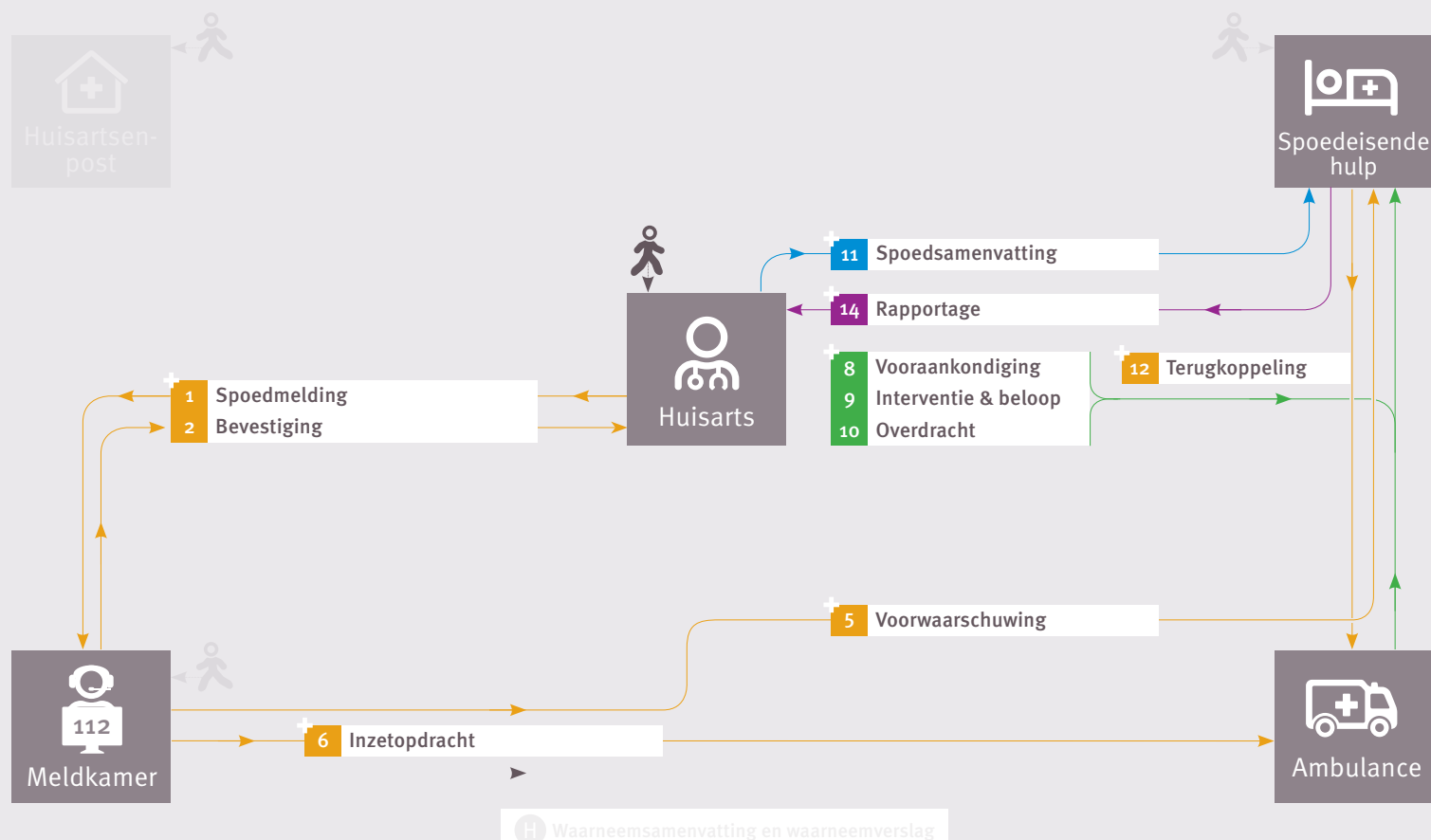
Groepen scenario's
1. Geïnitieerd door de huisarts, waarnemend huisarts of de triagist vanuit de HAP
2. Geïnitieerd door de familie of andere bekenden van de patiënt
3. Geïnitieerd door omstanders
4. Geïnitieerd door de patiënt
5. Geïnitieerd door de ambulance

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

Scenario 1a. De huisarts verwijst naar de SEH, regelt de ambulance naar de SEH

Scenario 1b. De waarnemend huisarts verwijst vanuit de HAP naar de SEH

Scenario 1c. De triagist verwijst vanuit de HAP naar de SEH



Figuur 2. Scenario 1a. De huisarts bezoekt de patiënt, verwijst naar de SEH en regelt de ambulance naar de SEH.

Scenario 1a. De huisarts verwijst naar de SEH en regelt de ambulance naar de SEH

De 64-jarige Pieter belt op een maandagochtend zijn huisarts Hans wegens acuut ernstige pijn in de rug. De assistente geeft Hans een visitesamenvatting uit het HIS mee. Pieter heeft een aneurysma (abdominalis) in de voorgeschiedenis en staat op de wachtlijst voor een operatie. Tijdens de visite treft Hans een zeer zieke patiënt aan met een lage bloeddruk en forse rugpijn.

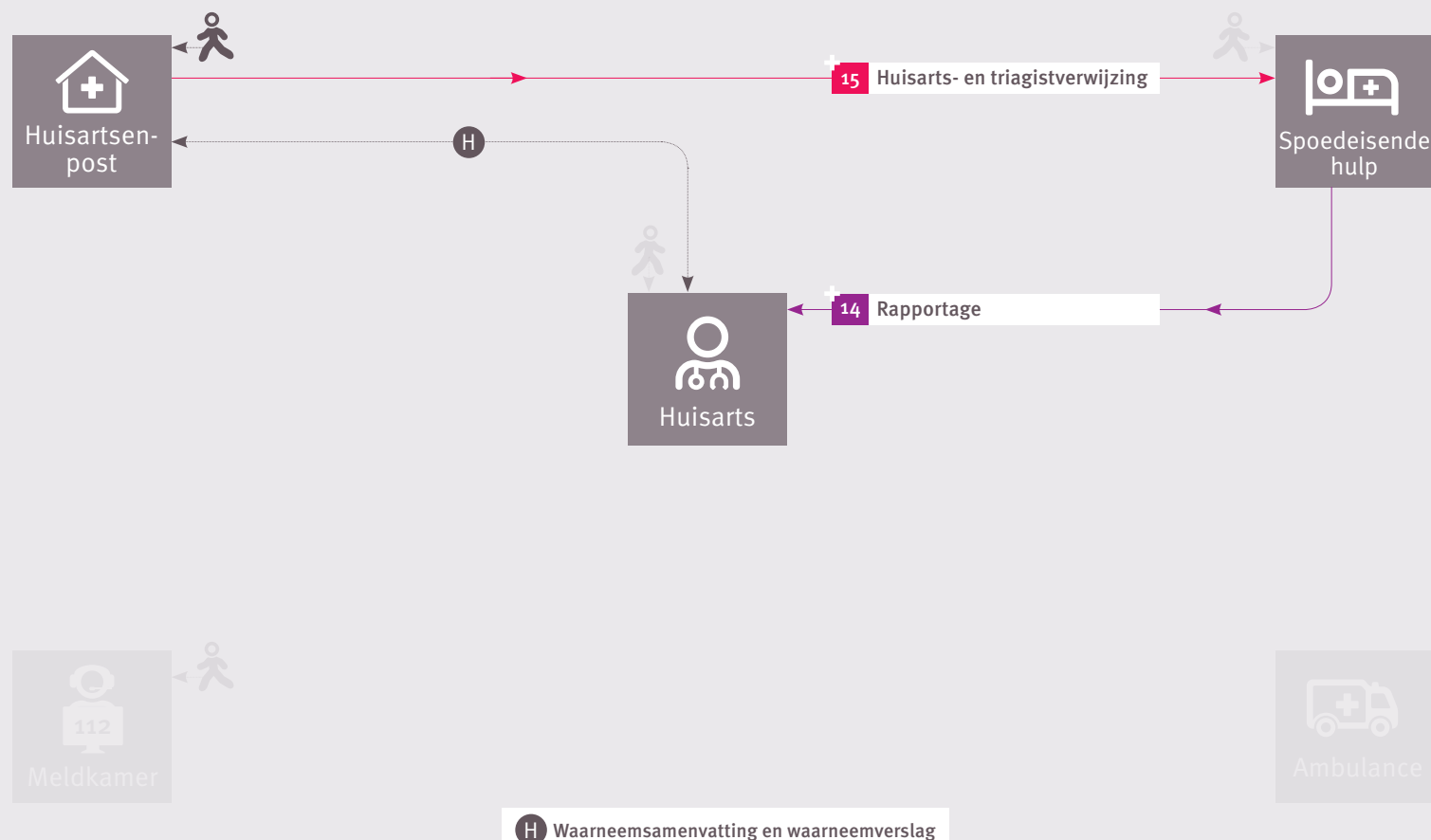
Hans overlegt met het ziekenhuis waar Pieter patiënt is en hoort dat Pieter daar welkom is voor de chirurg. Hij bestelt direct een ambulance met de waarschijnlijksdiagnose ruptuur van de aneurysma van de abdominale aorta en stuurt de spoedmelding naar de MKA (figuur 2, nummer 1).

Verpleegkundig centralist Coby van de MKA roept een vrije ambulance op en stuurt een voorwaarschuwing naar de SEH (nummer 5). De ambulance vertrekt met A1-urgentie. Vervolgens typt Coby in het geïntegreerde MKA-systeem (GMS) de belangrijkste gegevens in en stuurt deze als inzetopdracht naar de ambulance (nummer 6). Ten slotte stuurt Coby een bevestiging naar de huisarts (nummer 2). Huisarts Hans draagt Pieter over aan de ambulancezorgprofessional en stuurt een verwijzing naar de chirurg.

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

Inmiddels arriveert de ambulance bij Pieters huis. Na onderzoek wordt de werkdiagnose ruptuur van de aneurysma van de abdominale aorta onderschreven. De ambulancezorgprofessional geeft zuurstof, brengt een infuus in en geeft pijnstilling. Intussen vertrekt de ambulance naar de SEH. Vanuit de ambulance worden de medische gegevens die de ambulancezorgprofessional heeft vastgelegd op verschillende momenten doorgestuurd naar de SEH, bij de vooraankondiging (nummer 8), de interventie en het beloop (nummer 9) en de overdracht (nummer 10). Bij aankomst is de SEH volledig op de hoogte.

Terwijl Pieter naar de operatiekamer gaat, stuurt SEH-arts Simone de SEH-rapportage naar huisarts Hans (nummer 14). De SEH stuurt gegevens naar de ambulance (nummer 12) ter verbetering van de zorg op basis van feedback.



Figuur 3. Scenario 1b. De waarnemend huisarts verwijst een patiënt vanuit de HAP naar de SEH.

Scenario 1b. De waarnemend huisarts verwijst vanuit de HAP naar de SEH

Patiënt Peter belt de HAP omdat hij rechts onder in zijn buik pijn heeft. Die is 2 dagen geleden ontstaan. Ook heeft hij een lichte verhoging.

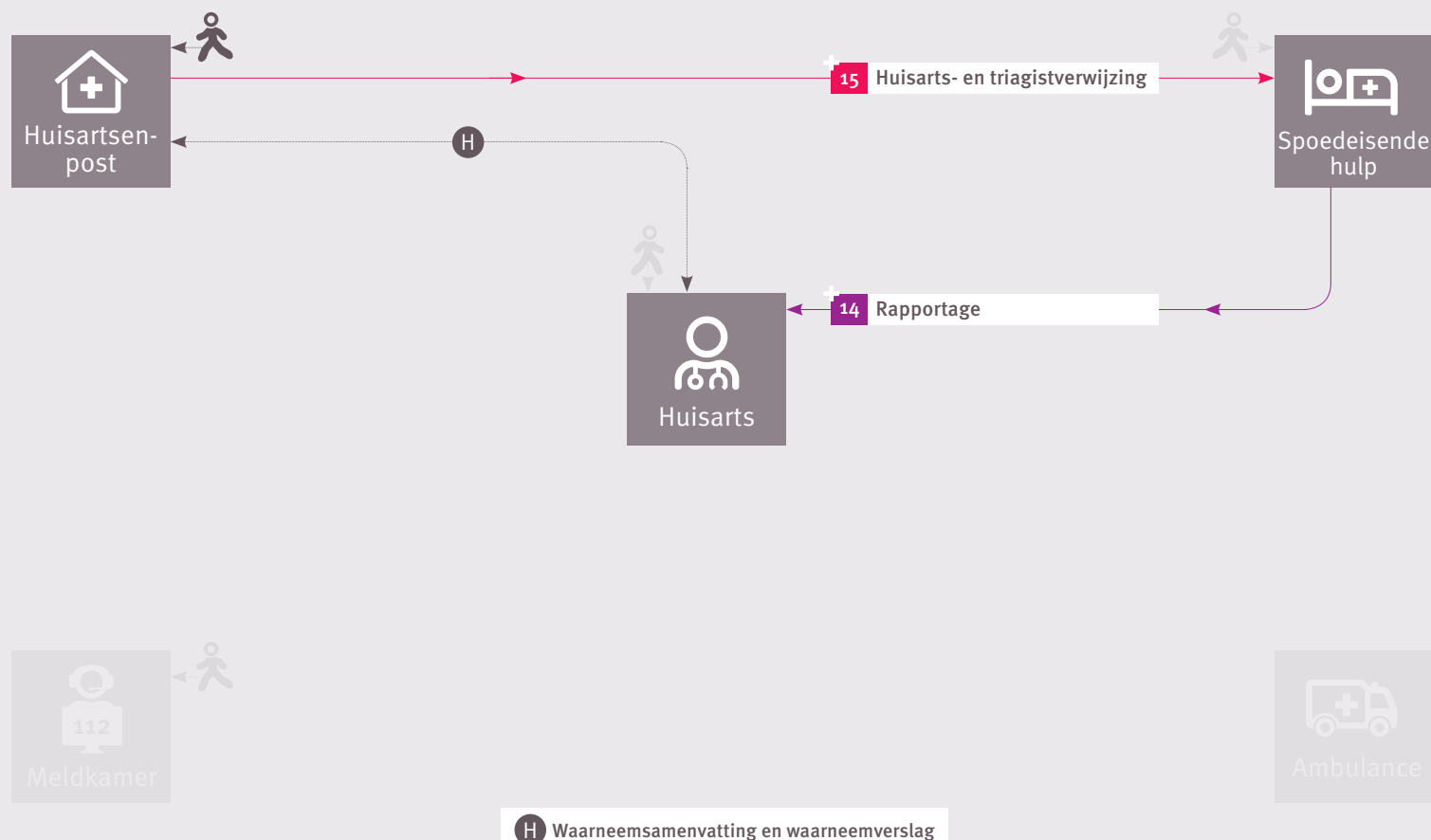
Triagist Tina triert Peter, schrijft een triageverslag en maakt een afspraak bij waarnemend huisarts Henk.

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

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

Henk schrijft en stuurt de verwijzing naar Simone (figuur 3, nummer 15) om haar van alle relevante informatie te voorzien. Ook stuurt Henk een waarneemverslag naar Peters eigen huisarts.

Peter gaat naar de SEH en wordt al snel door Simone gezien. Ze stuurt na het bezoek de SEH-rapportage (nummer 14) naar Peters eigen huisarts.



Figuur 4. Scenario 1c. De HAP-triagist verwijst een patiënt zonder huisartsconsult naar de SEH.

Scenario 1c. De triagist verwijst vanuit de HAP naar de SEH

De moeder van patiënt Paul zoekt contact met de HAP. Paul is uit een klimrek gevallen en heeft een gezwollen pols met een afwijkende stand.

Triagist Tina triert patiënt Paul en adviseert direct naar de SEH te gaan. Ze belt met de SEH. Tina schrijft een triageverslag en de HAP stuurt de verwijzing naar de SEH (figuur 4, nummer 15). SEH-arts Simone leest de gegevens. Paul komt op de SEH en wordt behandeld.

Triagist Tina zet het waarneemverslag klaar en de HAP stuurt het naar Pauls eigen huisarts.

SEH-arts Simone stuurt na het bezoek een SEH-rapportage naar Pauls eigen huisarts (nummer 14).

Scenario 2. Familie belt 112

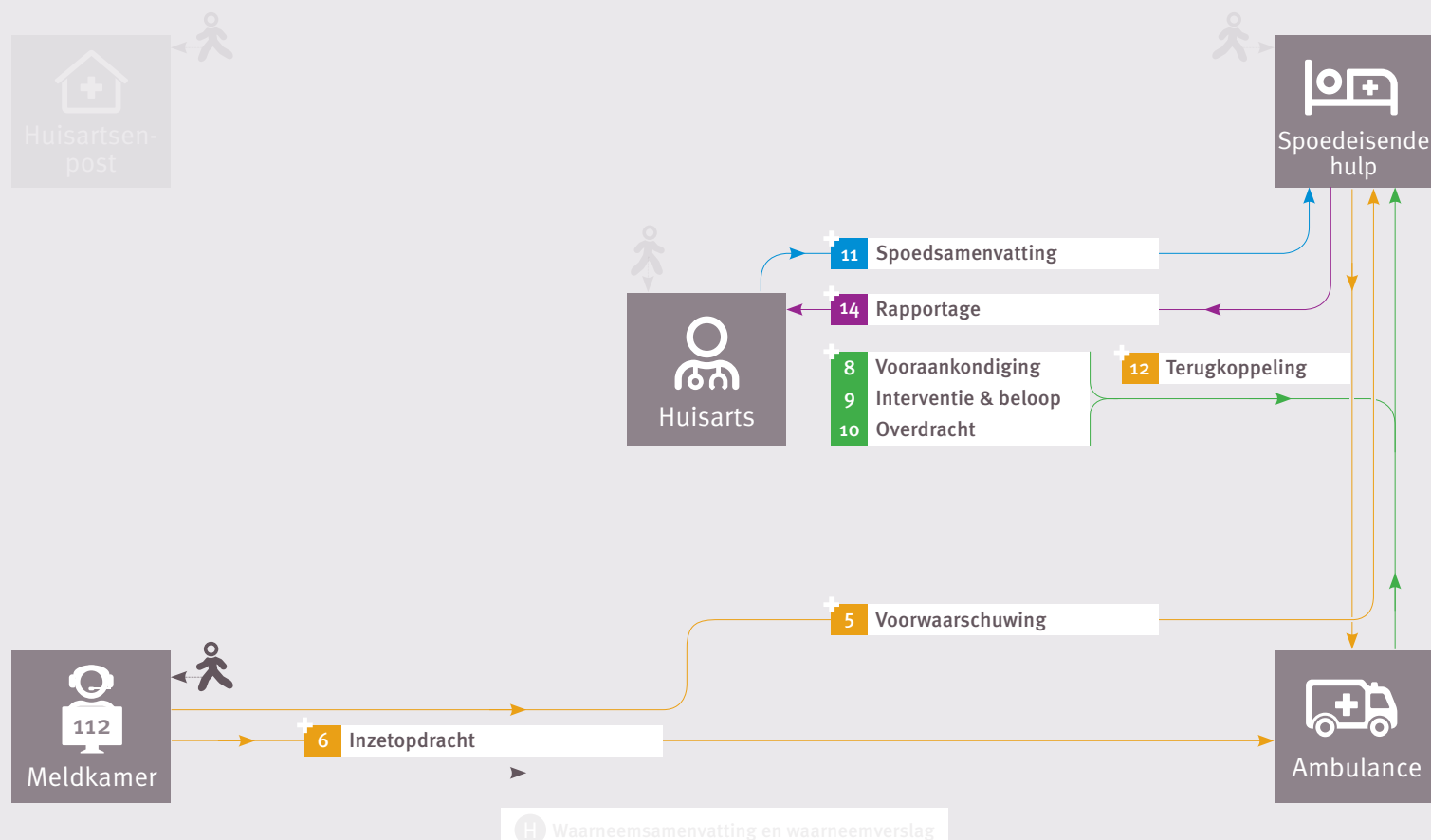
Scenario 2a. Familie belt 112, inzet AMB en vervolgzorg SEH

Scenario 2b. Familie belt 112, de MKA geeft zelfzorgadvies

Scenario 2c. Familie belt 112, de MKA adviseert de HAP

Scenario 2a. Familie belt 112, inzet AMB en vervolgzorg SEH

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



Figuur 5. Scenario 2a. Familie belt 112, inzet AMB en vervolgzorg SEH.

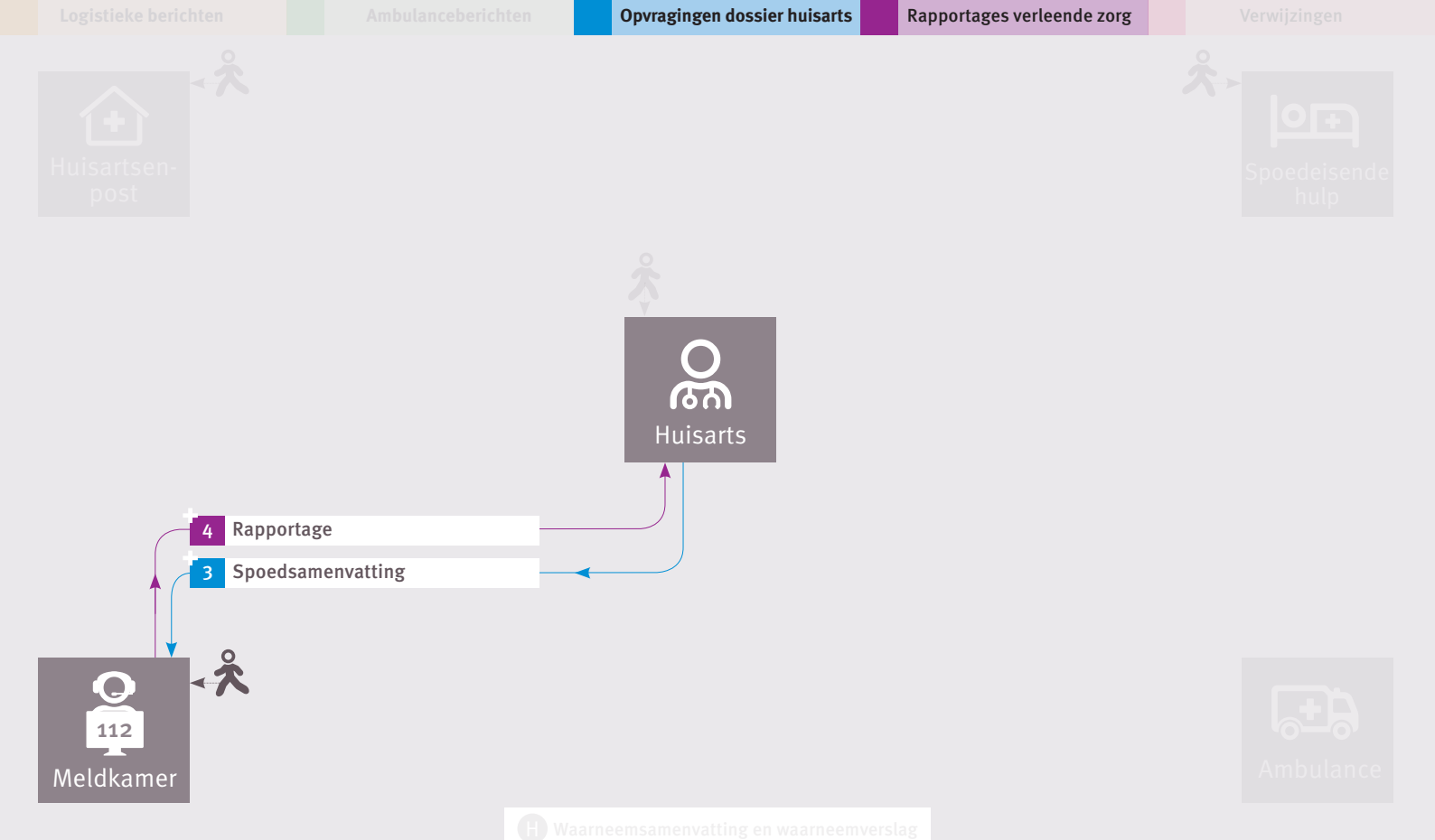
Meneer Peeters wordt onmiddellijk doorverbonden met de MKA van Utrecht. De MKA-verpleegkundig centralist vraagt waar de ambulance moet zijn en wat er aan de hand is. De verpleegkundig centralist concludeert via uitvragen dat het waarschijnlijk om een reanimatesituatie gaat en vraagt een collega alvast 2 ambulances te sturen. De collega stuurt de inzetopdrachten naar de ambulances (figuur 5, nummer 6) en tegelijkertijd worden burgerhulpverleners (HartslagNu) gealarmeerd. Intussen krijgt meneer Peeters instructies, die hij aan zijn dochter doorgeeft. Zij heeft een EHBO-diploma en kan de instructies van de verpleegkundig centralist goed opvolgen. Op deze manier wordt snel met reanimatie gestart. De verpleegkundig centralist stuurt een voorwaarschuwing naar de afdeling SEH van het dienstdoende ziekenhuis (nummer 5). Vanwege tijdgebrek wordt de spoedsamenvatting niet opgevraagd. De spoedsamenvatting zou misschien iets aan het beleid kunnen veranderen, zoals de keuze van het ziekenhuis.

Enkele minuten later arriveert de eerste ambulance. Terwijl de ambulancezorgprofessional 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 samen met de tweede ambulance wordt het transport naar het ziekenhuis voorbereid.

De ambulancezorgprofessional geeft in een vooraankondiging (nummer 8) 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 ambulance interventie en beloop verstuurd naar de SEH (nummer 9).

De SEH treft voorbereidingen voor de komst. De SEH-arts vraagt gegevens op uit het dossier van de huisarts (nummer 11) in Nijmegen. Het dossier vermeldt essentiële hypertensie, geen bekende allergieën, actuele medicatie is metoprololtartraat 100 mg. 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 vermoedelijke diagnose van lange-QT-syndroom te bevestigen. Er zijn geen elektrocardiografische aanwijzingen voor een myocardinfarct. De ambulancezorgprofessional verstuurt de laatste gegevens via de overdracht naar de SEH (nummer 10).

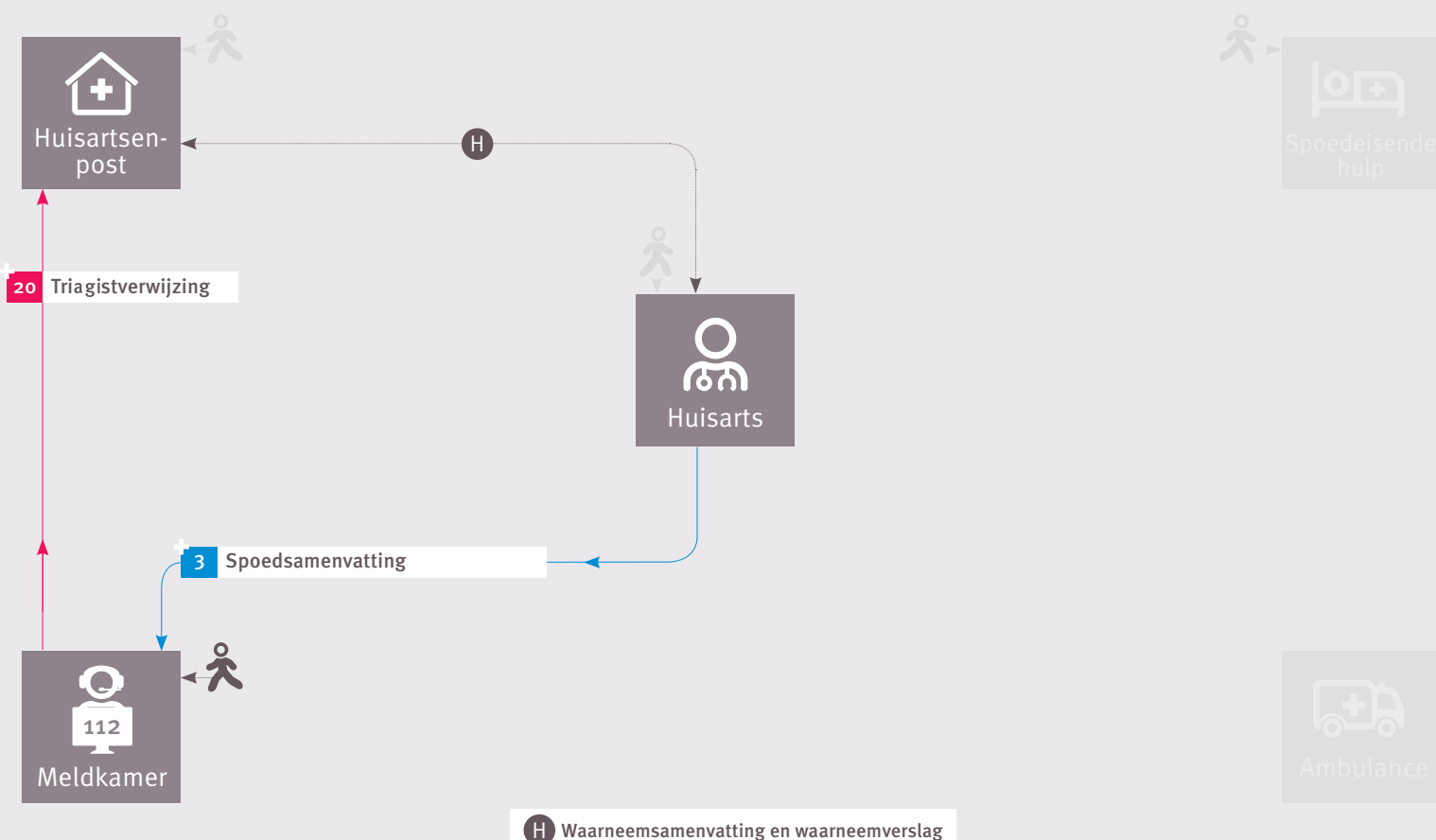
Mevrouw Peeters gaat naar de intensive care, waar zij na enkele uren het bewustzijn herwint. De SEH-arts stuurt een rapportage naar de huisarts (nummer 14). De SEH stuurt gegevens naar de ambulance (nummer 12) ter verbetering van de zorg op basis van feedback.



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

Scenario 2b. Familie belt 112, de MKA geeft zelfzorgadvies

Een moeder belt in paniek omdat haar dochtertje Petra van 3 jaar ineens 40 °C koorts heeft. Tot een uur geleden leek er niks aan de hand en was het meisje vrolijk aan het spelen. Nu heeft ze blosjes op de wangen en is ze hangerig. De MKA-verpleegkundig centralist ziet een blanco voorgeschiedenis in de opgevraagde samenvatting van de huisarts (figuur 6, nummer 3) en hoort bij navraag niets over alarmsignalen. De MKA-verpleegkundig centralist geeft Petra's moeder een passend zelfzorgadvies. De MKA-verpleegkundig centralist stuurt de rapportage naar de huisarts (nummer 4).



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

Scenario 2c. Familie belt 112, de MKA adviseert om naar de HAP te gaan

Op zaterdag belt een zeer verontruste vader omdat zijn 10-jarige zoon Philip een gat onder zijn knie heeft. Bij een hockeywedstrijd heeft hij een hockeystick tegen zijn been gekregen. De wond is open en er vloeit bloed uit. De MKA-verpleegkundig centralist ziet een blanco voorgeschiedenis in de opgevraagde samenvatting van de huisarts (figuur 7, nummer 3) en hoort bij navraag niets over alarmsignalen. De MKA-verpleegkundig centralist neemt contact op met de dichtstbijzijnde HAP en geeft de vader het advies om daarnaartoe te gaan. De MKA-verpleegkundig centralist stuurt de verwijzing naar de HAP (nummer 20). Vader en zoon gaan naar de HAP. De HAP haalt de waarneemsamenvatting op bij de huisarts en krijgt daarbij de rapportage van de verpleegkundig centralist. De waarnemend huisarts hecht Philips knie. De HAP stuurt het waarneemverslag naar Philips huisarts.

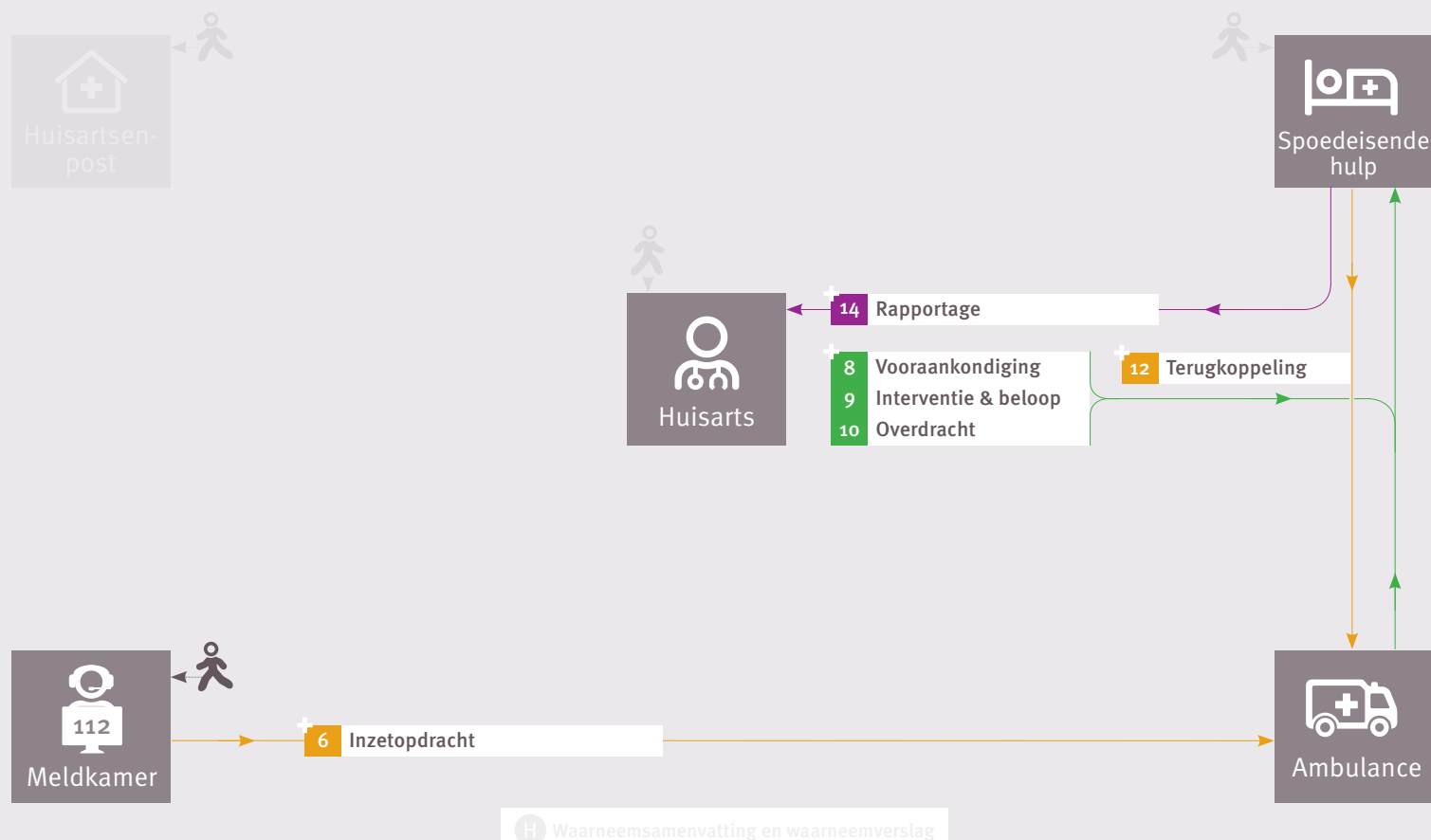
Scenario 3. Omstanders bellen 112

Scenario 3a. Omstanders bellen 112, inzet ambulance en vervolgzorg SEH

Scenario 3b. Omstanders bellen 112, ambulance handelt alles af (mobiel zorgconsult)

Scenario 3c. Omstanders bellen 112, de MKA geeft zelfzorgadvies

Scenario 3d. Omstanders bellen 112, de ambulance adviseert patiënt naar de huisarts te gaan



Figuur 8. Scenario 3a. Omstanders bellen 112, inzet ambulance en vervolgzorg SEH.

Scenario 3a. Omstanders bellen 112, inzet ambulance en vervolgzorg SEH

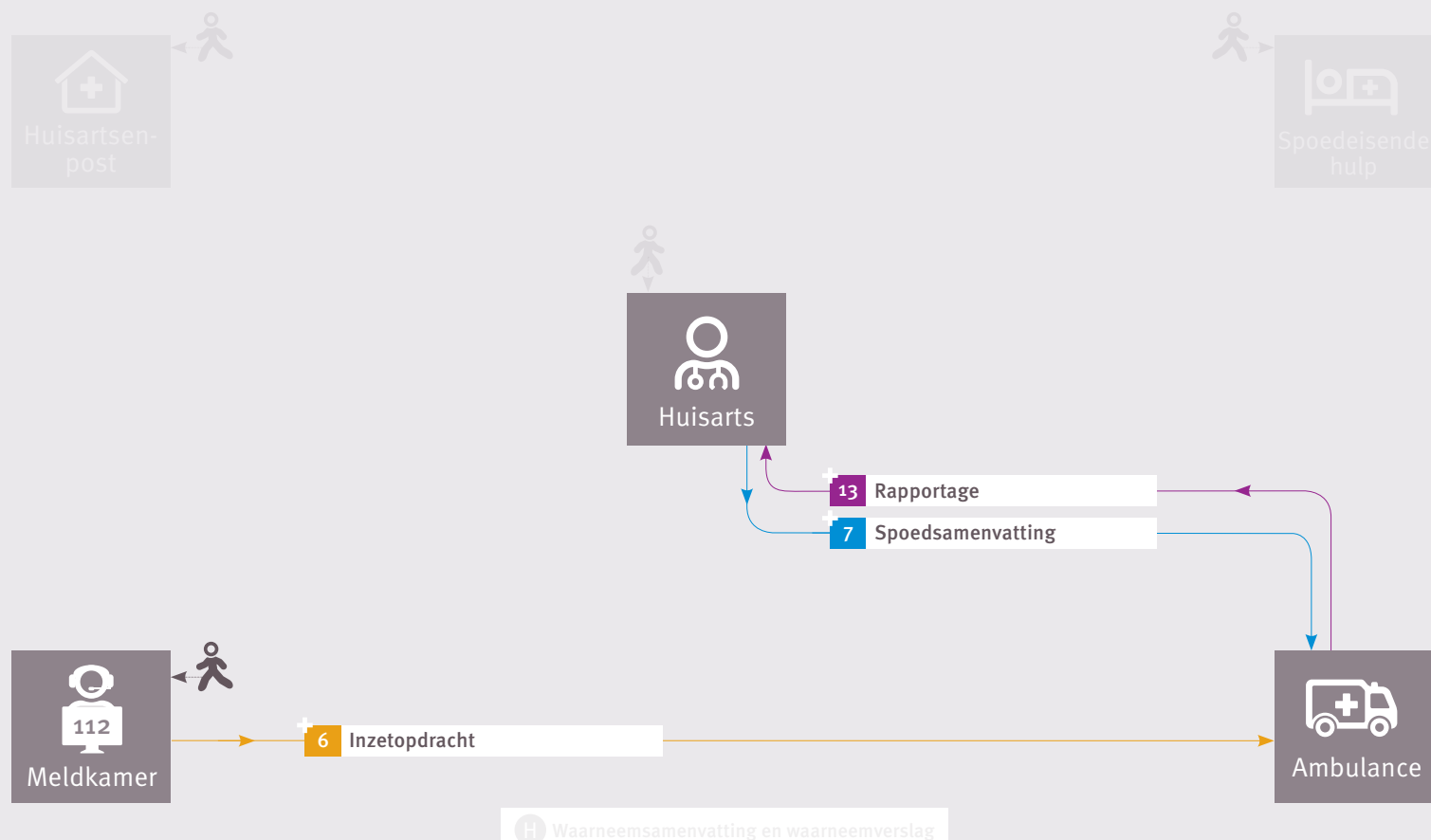
Een toevallige voorbijgangster belt de MKA en vertelt dat een voor haar onbekende jongeman gewond is geraakt doordat hij met zijn brommer uit de bocht is gevlogen en tegen een muurtje is geklapt. Hij lijkt buiten kennis te zijn. De MKA-verpleegkundig centralist stuurt de ambulance ter plaatse om de jongeman naar de SEH te vervoeren. De verpleegkundig centralist stuurt de inzetopdracht naar de ambulances (figuur 8, nummer 6).

Omdat het hier een onbekende patiënt betreft, is het niet mogelijk gegevens op te vragen bij de huisarts. De ambulancezorgprofessional stuurt een overdracht aan de SEH (nummer 10).

Op de SEH lukt het uiteindelijk de identiteit van de jongeman te achterhalen. De SEH stuurt gegevens naar de ambulance (nummer 12) voor de administratieve afhandeling en ter verbetering van de zorg op basis van feedback. De huisarts van de jongeman krijgt een rapportage van de SEH (nummer 14).

Scenario 3b. Omstanders bellen 112, ambulance handelt alles af (mobiel zorgconsult)

Op de MKA komt het melding binnen dat een man tussen de 30 en de 35 bewusteloos ineengezakt is op het Dorpsplein. Het lijkt in eerste instantie op een epileptische aanval. Wanneer de uitgerukte ambulance ter plekke aankomt wordt de man onderzocht en vraagt de ambulancezorgprofessional naar naam, postcode, huisnummer en geboortedatum. De ambulancezorgprofessional haalt de samenvatting op uit het dossier van de patiënt bij dienst huisarts (figuur 9, nummer 7).



Figuur 9. Scenario 3b. Omstanders bellen 112, ambulance handelt alles af (mobiel zorgconsult).

In de samenvatting van het dossier leest de ambulancezorgprofessional het volgende beleid:

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

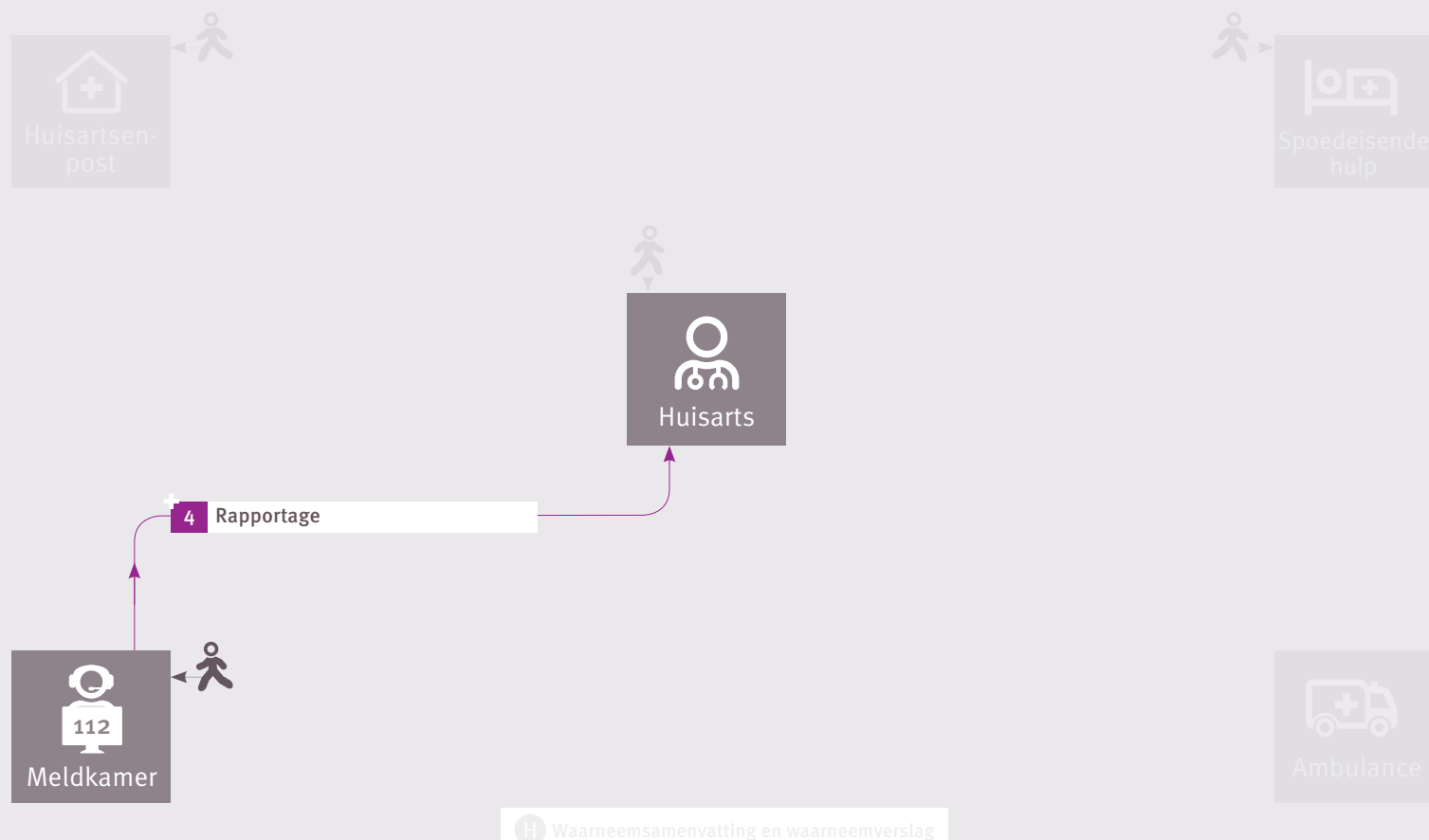
De informatie is van grote waarde voor de ambulancezorgprofessional. Hij kalmeert de patiënt en spreekt hem aan op zijn gedrag. Vervolgens wordt de man naar huis gebracht.

Vanuit het ambulancesysteem wordt aan de huisarts van de patiënt een elektronische rapportage (nummer 13) verzonden met informatie over het tijdstip, patiëntgegevens en het voorval. De huisarts kan hier vervolgens actief beleid op voeren.

Scenario 3c. Omstanders bellen 112, de MKA geeft zelfzorgadvies

Een toevallige voorbijganger belt de MKA en vertelt dat een jonge vrouw gewond is geraakt nadat ze van haar fiets is gevallen. De beller weet niet wat hij moet doen. Bij navraag zit de jonge vrouw alweer op haar fiets en lijkt het allemaal wel mee te vallen.

Via de voorbijganger communiceert de MKA-verpleegkundig centralist met de patiënt, en uiteindelijk is ook de vrouw zelf telefonisch aanspreekbaar. Na uitvragen geeft de verpleegkundig centralist enige toepasbare adviezen en vraagt naar haar naam, postcode, huisnummer, geboortedatum en huisarts. De vrouw geeft deze informatie en de verpleegkundig centralist stuurt een korte rapportage naar de huisarts van de vrouw (figuur 10, nummer 4).



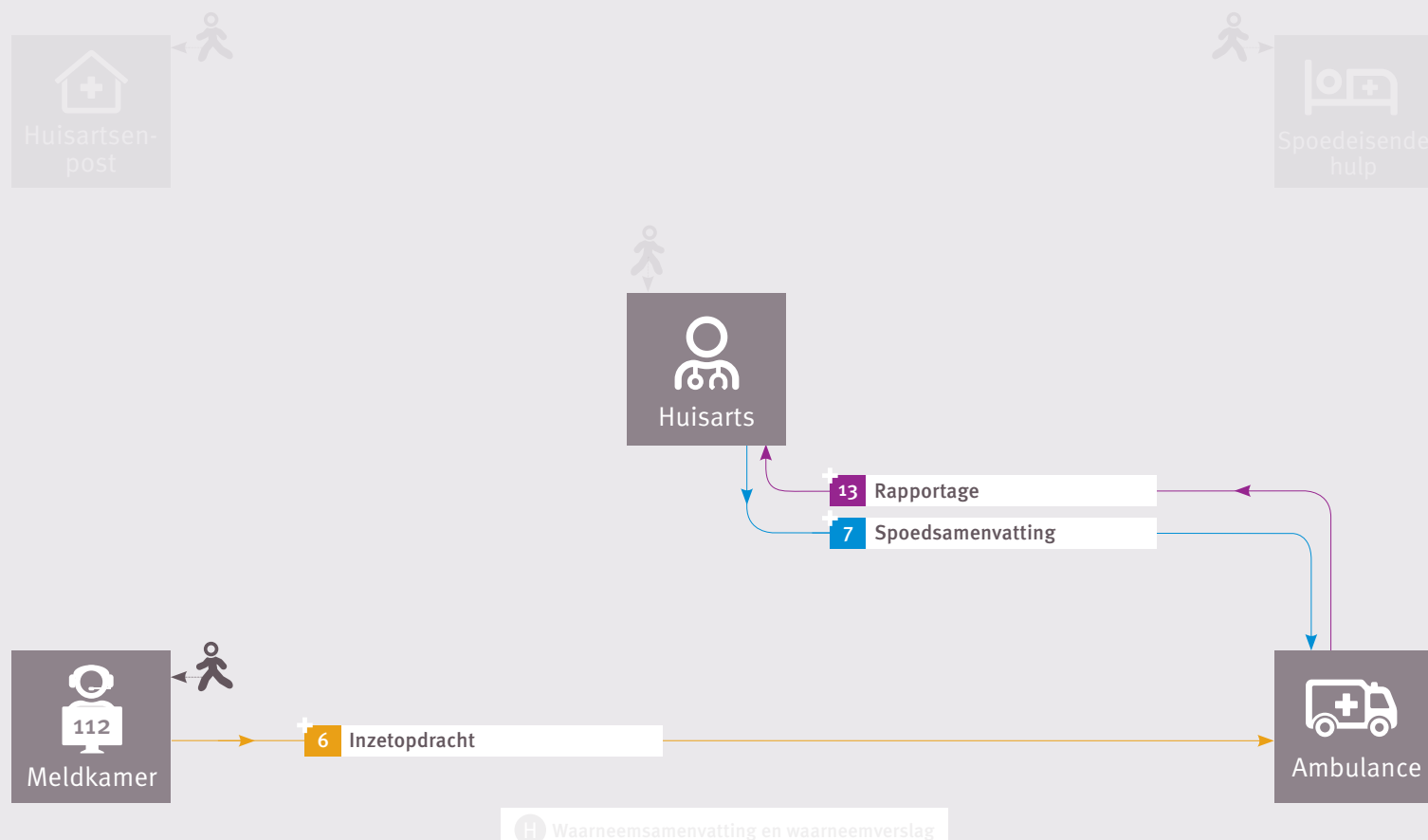
Figuur 10. Scenario 3c. Omstanders bellen 112, de MKA handelt alles af.

Scenario 3d. Omstanders bellen 112, de ambulance handelt alles af en adviseert de patiënt naar de huisarts te gaan

Op de MKA komt de melding binnen dat de 22-jarige Pascalle in het winkelcentrum gevallen is. Ze trilt, heeft hoofdpijn, is vermoeid en voelt zich duizelig. Nadat de uitgerukte ambulance ter plekke is aangekomen, onderzoekt de ambulancezorgprofessional Pascalle en vraagt ze naar haar naam, postcode, huisnummer en geboortedatum.

De ambulancezorgprofessional vraagt de samenvatting op uit het dossier van Pascalle bij haar huisarts (figuur 11, nummer 7) en ziet dat ze diabetes mellitus type 1 heeft en welke medicatie ze gebruikt. Na behandeling door de ambulancezorgprofessional knapt Pascalle snel op. Het blijkt dat ze het afgelopen half jaar niet meer bij haar huisarts op controle is geweest. De ambulancezorgprofessional geeft haar het advies om voor controle naar haar huisarts te gaan.

Vanuit het ambulancesysteem wordt een elektronische rapportage naar de huisarts van de patiënt (nummer 13) verzonden, met informatie over het tijdstip, patiëntgegevens en het voorval. De huisarts kan hier vervolgens actief beleid op voeren. Pascalle maakt een afspraak met haar huisarts.



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

Scenario 4. De patiënt meldt zichzelf op de SEH

Scenario 4a. De patiënt meldt zichzelf op de SEH, behandeling in het ziekenhuis

Scenario 4b. De patiënt meldt zichzelf op de SEH, de SEH-triageverpleegkundige verwijst naar de HAP of huisarts

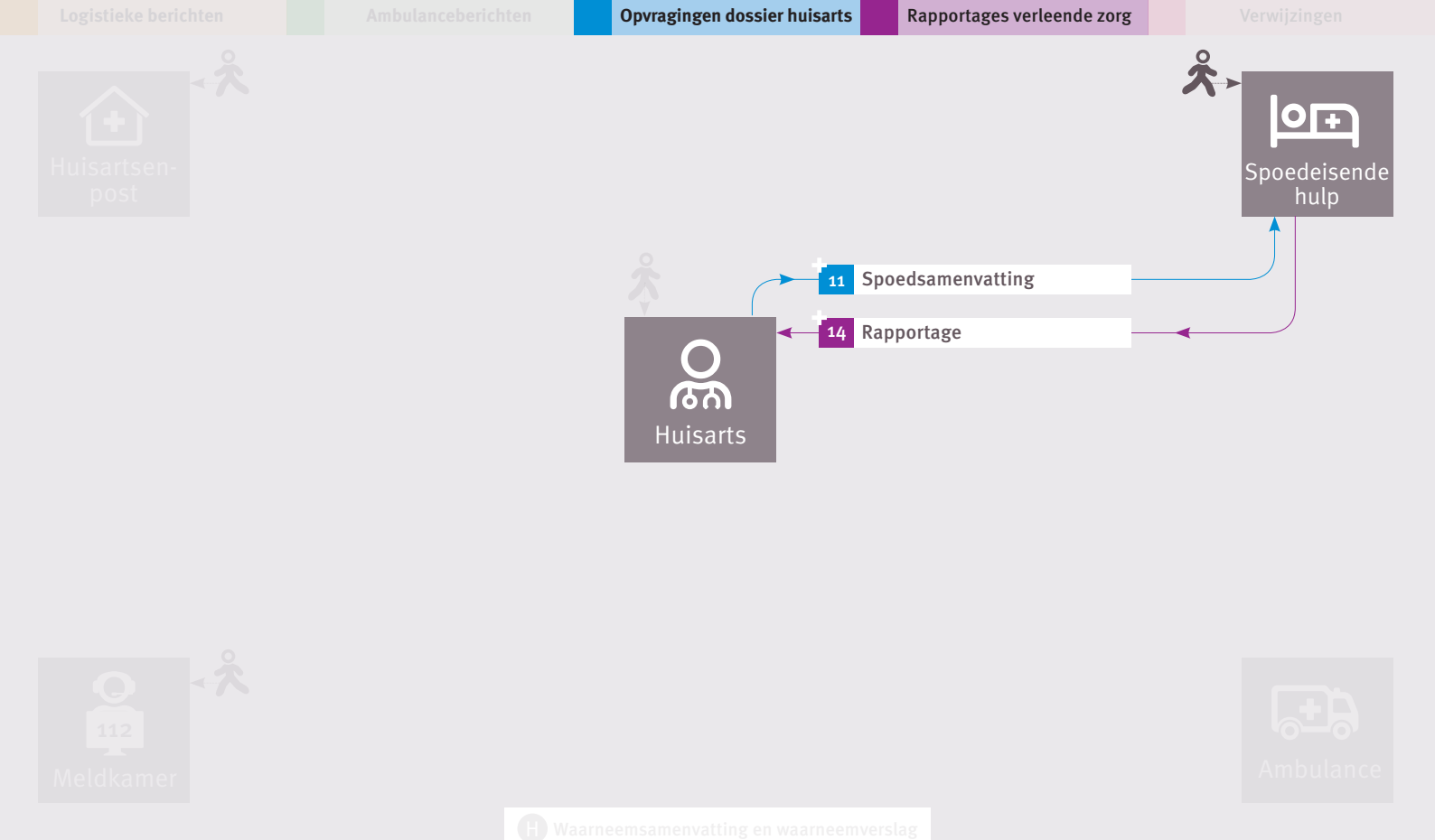
Scenario 4a. De patiënt meldt zichzelf op de SEH, behandeling in het ziekenhuis

De 72-jarige Pedro 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 (hoogrisicosituatie). Een andere, minder zieke patiënt wordt gevraagd weer even in de wachtkamer plaats te nemen, waardoor Pedro binnen 10 minuten gezien wordt door een SEH-arts en SEH-verpleegkundige.

Intussen wordt de spoedsamenvatting (figuur 12, nummer 11) opgehaald uit het dossier van de huisarts. Uit het journaal blijkt dat Pedro zich al enkele dagen niet lekker voelde, hoestte en koorts had. Een dag geleden kreeg hij daarom een antibioticum voorgeschreven. Gegevens over de voorgeschiedenis, het actuele medicatiegebruik en bekende allergieën worden opgehaald en verwerkt in het elektronisch dossier van de SEH.

Vanwege de reeds voorgeschreven antibiotica en een allergie voor penicilline krijgt Pedro intraveneus een adequaat antibioticum en wordt hij opgenomen op de afdeling longziekten.

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



Figuur 12. Scenario 4a. De patiënt meldt zich op de SEH, behandeling in het ziekenhuis.

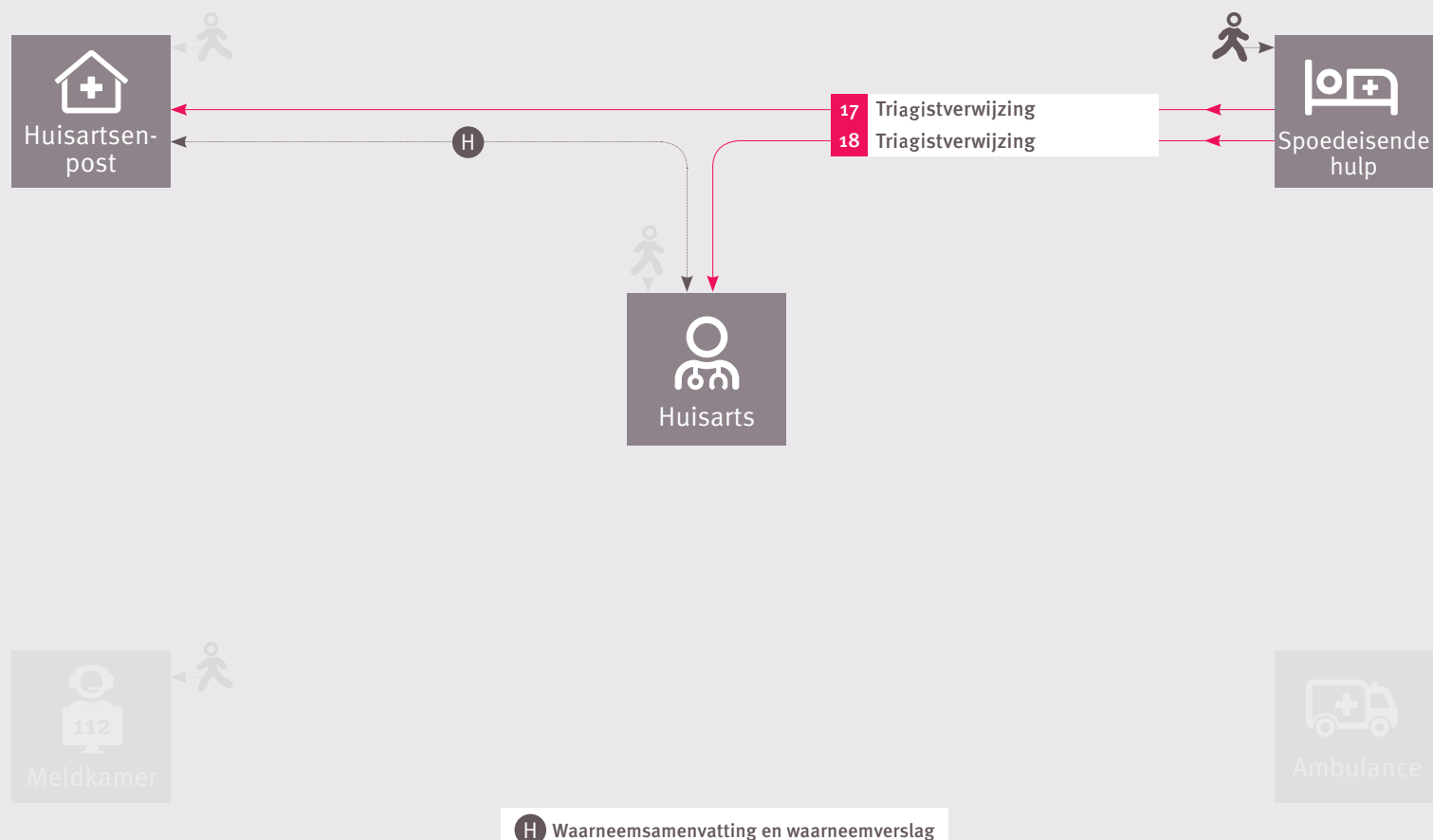
Scenario 4b. De patiënt meldt zichzelf op de SEH, de SEH-triageverpleegkundige verwijst naar de HAP of huisarts

De in Limburg woonachtige Pim is op vakantie in Noord-Holland. Hij heeft sinds een paar dagen oorspijn en gaat naar de dichtstbijzijnde SEH.

Verpleegkundig triagist Vera trieert Pim en adviseert hem naar de HAP of de huisarts te gaan (afhankelijk van het tijdstip). Het is 20.00 uur en verpleegkundig triagist Vera belt met de triagist Tina van de HAP of zij Pim kan beoordelen. Triagist Tina is bereid Pim te beoordelen.

Verpleegkundig triagist Vera schrijft een verslag van het bezoek en stuurt dat plus de gegevens van de triage in een verwijzing naar de HAP (figuur 13, nummer 17) (op werkdagen is dit een verwijzing naar de huisarts (nummer 18)). SEH-arts Simone verifieert achteraf de verwijzing. Pim komt op de HAP, waar het verslag van verpleegkundig triagist Vera al binnengekomen is. De huisarts haalt de waarneemsamenvatting bij de eigen huisarts op en beoordeelt hem snel.

Na de behandeling stuurt de waarnemend huisarts een waarneemverslag naar Pims huisarts.



Figuur 13. Scenario 4b. De triagist van de SEH verwijst een patiënt naar de HAP of de HA.

Scenario 5. De ambulancezorgprofessional verwijst een patiënt

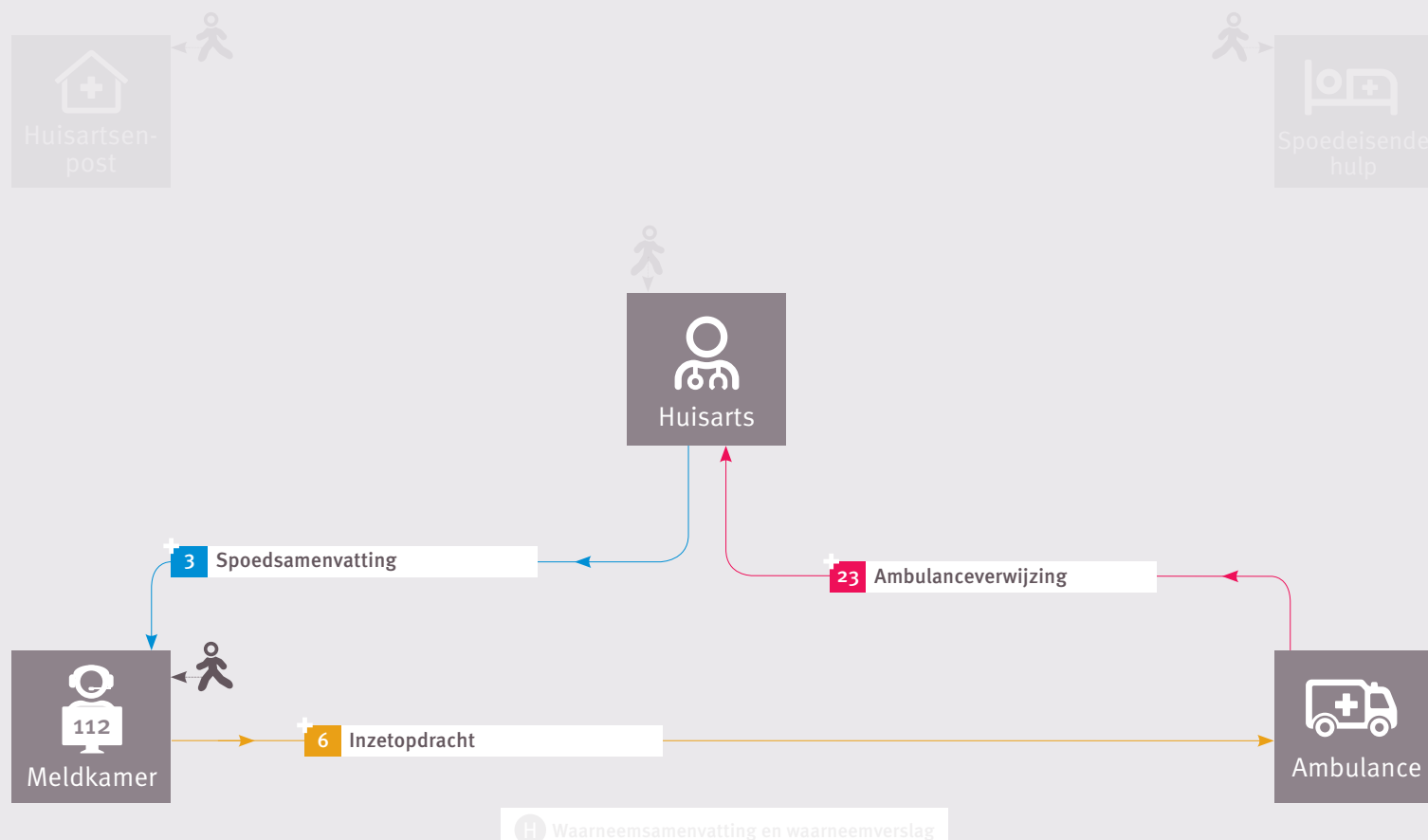
Scenario 5a. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de huisarts

Scenario 5b. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de HAP

Scenario 5a. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de huisarts

Op maandagochtend belt een teamgenoot van de 30-jarige patiënt Pepijn 112 omdat Pepijn tijdens het sporten door zijn enkel is gegaan en daarna kortdurend buiten bewustzijn is geraakt. De MKA-verpleegkundig centralist vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier van de patiënt (figuur 14, nummer 3) en ziet dat Pepijn een blanco voorgeschiedenis heeft. De verpleegkundig centralist stelt de teamgenoot gerust en roept een ambulance op (nummer 6).

De ambulancezorgprofessional komt ter plaatse en vermoedt dat Pepijn een verzwikte enkel heeft en flauwgevallen is van de pijn. De ambulancezorgprofessional verwijst Pepijn naar zijn eigen huisarts (nummer 23) voor behandeling van de verzwikte enkel. Hij informeert de huisarts telefonisch en de doktersassistente plant een consult in voor Pepijn.

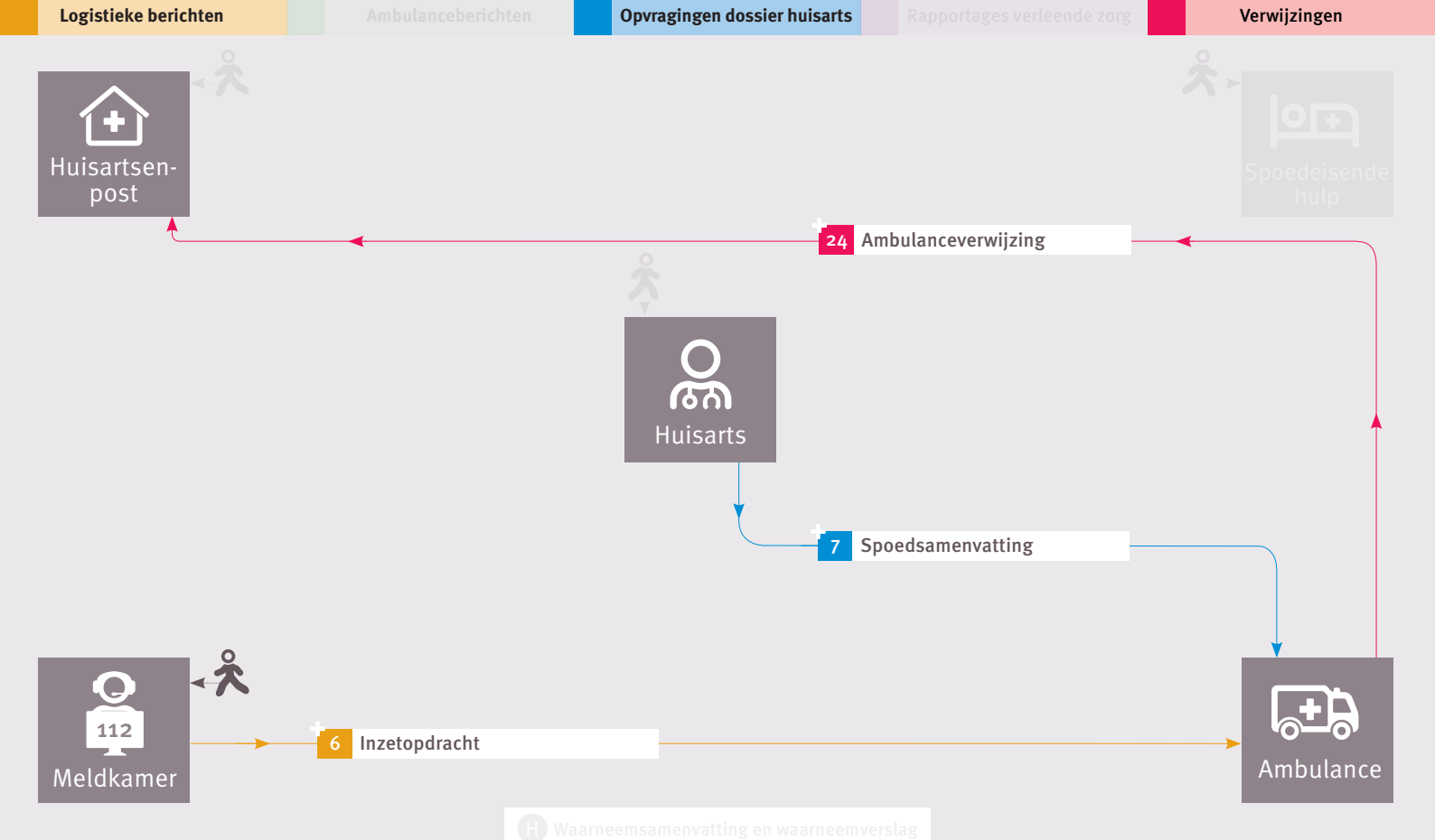


Figuur 14. Scenario 5a. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de HA.

Scenario 5b. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de HAP

De 82-jarige Patrick belt 112 omdat hij pijn op de borst heeft. De MKA-verpleegkundig centralist roept direct de ambulance op (figuur 15, nummer 6).

De ambulancezorgprofessional komt ter plaatse en vraagt de spoedsamenvatting op uit het dossier van patiënt Patrick (nummer 7). Hij ziet dat de patiënt diabetes mellitus type 2 heeft. De ambulancezorgprofessional constateert maagklachten en geeft Patrick medicatie, waar hij snel van opknapt. De ambulancezorgprofessional verwijst Patrick naar de waarnemend huisarts op de HAP (nummer 24) voor een consult ter controle. Nadat hij de HAP hierover heeft geïnformeerd en de triagist van de HAP een consult heeft gepland, kan hij de patiënt met een gerust gevoel thuislaten.



Figuur 15. Scenario 5b. De ambulancezorgprofessional verwijst naar de HAP.

BIJLAGE 3. INVENTARISATIE VAN DE INFORMATIEBEHOEFTE VERSUS DE BESCHIKBARE INFORMATIE

Voor het benoemen van de inhoud van de berichten op de verschillende overdrachtmomenten vormt de ontvangende partij het uitgangspunt. 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 verstrekende partij beschikbaar is.

Deze bijlage gaat in op beide aspecten: de informatiebehoefte bij de ontvanger en de beschikbare informatie van de zorgverlener aan de ander kant, al of niet tijdens diens aanwezigheid.

A) Informatiebehoefte bij de betrokken partijen

Informatie gewenst door de huisarts (of waarnemend huisarts)

Het format voor rapportages en verwijzing richting huisarts is beschreven in de NHG-Richtlijn HASP. Om de continuïteit van de zorg door de huisarts aan patiënt en diens familie te waarborgen, is het van groot belang dat deze rapportages direct worden verstuurd. Per bericht zal een selectie van rubrieken uit de richtlijn HASP van toepassing zijn.

De NHG-Richtlijn HASP onderscheidt een kern en een dossiersamenvatting. De kern moet de huisarts snel inzicht geven in de problematiek van de patiënt en de verleende zorg, maar ook in de gewenste nazorg. De rubrieken in de dossiersamenvatting bevatten relevante informatie uit het dossier van de verzender, die tezamen het beeld omvatten dat de zorgverlener op het moment van de overdracht had.

Detailinformatie over de rubrieken uit de richtlijn HASP geldt ook voor deze richtlijn en is te vinden in de online HASP-viewer onder domein Huisarts <> Medisch specialist.

De huisarts wil ook informatie van de HAP ontvangen wanneer de patiënt op de HAP behandeld is (waarneemverslag) en wanneer is besloten de patiënt door te verwijzen naar de SEH.

Informatie gewenst door de MKA

De gegevensuitwisseling met de MKA als ontvanger betreft 1) de eerste melding en 2) de spoedsamenvatting die de verpleegkundig centralist op de MKA bij de huisarts ophaalt.

Informatie gewenst door de ambulance

De gegevensuitwisseling met de ambulance als ontvanger betreft de ritmelding en de spoedsamenvatting die de ambulancezorgprofessional bij de huisarts ophaalt. Wanneer de urgentie hoog is of bepaalde indicaties daartoe aanleiding geven, kan de ambulancezorgprofessional deze informatie al tijdens het aanrijden van de ambulance ophalen. De ambulancezorgprofessional is dan al bij aankomst bij de patiënt op de hoogte van de actuele gezondheidskwesties en risico's.

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

Informatie gewenst door de SEH

De gegevensuitwisseling met de SEH als ontvanger betreft de aankondiging van de MKA, de verwijzing vanuit de HAP, de berichten vanuit de ambulance en de spoedsamenvatting die de SEH bij de huisarts ophaalt. Veel van deze gegevens zijn ook direct van waarde en gewenst op de SEH. Daarop ingerichte software zou deze gegevens overzichtelijk kunnen presenteren en die desgewenst veelvuldig kunnen verversen dan wel aanvullen.

B) Gegevens beschikbaar bij de betrokken partijen

De gegevens die bij acute zorg worden uitgewisseld komen uit het dossier van de huisarts en zijn afkomstig van andere betrokken partijen die tijdens de spoedzorg informatie registreren en sturen.

Gegevens uit het dossier bij de huisarts

De verschillende soorten beschikbare medische gegevens uit het dossier bij de huisarts worden omschreven in het NHG HIS-Referentiemodel. Zonder tussenkomst van een huisarts zijn onderstaande gegevens beschikbaar.

Gegevens	Omschrijving
Episodelijst	Opsomming van actuele en belangrijke episodes. Een episode is een gezondheidsprobleem, zoals een klacht of aandoening, waar in de loop van de tijd zorg aan wordt besteed. Aan een episode zijn medische gegevens gekoppeld. De episodelijst geeft een overzicht van alle open (actuele) episodes (met of zonder attentievlag) en gesloten episodes met attentievlag. Deze laatste zijn belangrijke episodes uit het verleden die niet meer actueel zijn, maar die de huisarts toch in beeld wil houden.
Beleid per episode	Beleid en doelstelling betreffende de episode voor de langere termijn, zoals afgesproken met de patiënt
SOEP-verslagen (laatste 4 maanden)	Een SOEP-verslag bevat de informatie uit een deelcontact dat in vrije tekst is vastgelegd, volgens de SOEP-structuur.
Uitslagen (laatste 4 maanden)	De resultaten (uitkomsten) van bepalingen, bijvoorbeeld laboratoriumbepalingen of metingen, die zijn vastgelegd (bijvoorbeeld in het diagnostisch archief of de meetwaardemodule)
Correspondentie (laatste 4 maanden)	De samenvattingen van uitgaande en inkomende brieven
Actuele contra-indicaties	Aandoeningen en omstandigheden van een patiënt die van belang zijn voor de medicatiebewaking (volgens de G-standaard)
Actuele medicatie-overgevoeligheden	Overgevoeligheid voor een geneesmiddel, stof of geneesmiddelengroep waarmee rekening gehouden moet worden bij het voorschrijven van medicatie (volgens de G-Standaard)
Actuele medicatie en medicatiehistorie (laatste 4 maanden)	Het overzicht van de actuele medicatieafspraken en medicatieafspraken met een einddatum tot 4 maanden terug. Dit betreft ook elders voorgeschreven medicatie. Van iedere medicatieafpraak wordt het meest recente verstrekingsverzoek opgenomen.
Behandelgrenzen	Met de behandelgrens wordt aangegeven hoe wenselijk een bepaalde behandeling is, zoals een reanimatie, voordat deze behandeling (acuut) noodzakelijk wordt.
Behandelingen	Hieronder vallen ingrepen als ook niet-invasieve handelingen die in de eerste of tweede lijn zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld operaties of cytostatische therapie.
Profylaxe	Aanduiding dat een voorzorgsmaatregel in specifieke situaties moet worden uitgevoerd om een ernstige ziekte te voorkomen, zoals endocarditisprofylaxe
Sociale gegevens	Aspecten uit de woon- en leefomstandigheden van de patiënt die van belang kunnen zijn voor het medisch handelen, zoals taal, woonsituatie en levensovertuiging
Aanvullende contactgegevens	Actuele aanvullingen over de bereikbaarheid van de patiënt

Bij meerdere rubrieken speelt privacy een rol. 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 als privacygevoeliger wordt beschouwd. Landelijke afspraken bepalen hoe zorgverleners hiermee moeten omgaan.

Gegevens verzameld bij de triage op de HAP

De triagist van de HAP beschikt over onderstaande gegevens.

Gegevens	Omschrijving
Gegevens van de patiënt	Persoons- en contactgegevens van de patiënt
Gegevens van de verwijzer	Persoons- en contactgegevens van de verwijzer
Triageverslag	Voor de klacht relevante bevindingen uit de triage
Urgentie	De code van de urgentie
Verwacht specialisme SEH	Indien al bekend: de opvolgend specialist

Gegevens verzameld tijdens de waarneming op de HAP

De huisarts of waarnemer belt de SEH voor een spoedverwijzing en beschikt over onderstaande gegevens.

Gegevens	Omschrijving
Gegevens van de patiënt	Persoons- en contactgegevens van de patiënt
Gegevens van de verwijzer	Persoons- en contactgegevens van de verwijzer
Reden en context van de verwijzing	De reden en vraagstelling van de verwijzing en de overwegingen over de aard en oorzaak van de spoedeisende klacht
Anamnese	Bevindingen uit de anamnese die de relevant zijn voor de klacht
Lichamelijk onderzoek	Relevante bevindingen uit het lichamelijk onderzoek
Relevante comorbiditeit	Bij de patiënt gediagnosticeerde problemen of ziekten die relevant zijn voor de spoedsituatie
Ingestelde behandeling	Door de huisarts ingestelde of gestaakte behandeling en/of medicatie op het moment van verwijzing
Aanvullend onderzoek	Relevante uitslagen van onderzoek uitgevoerd op de HAP
Contra-indicaties en overgevoeligheden	Overgevoeligheid voor medicatie en/of contra-indicaties voor voorschrijven
Behandelgrenzen	Met de behandelgrens wordt aangegeven hoe wenselijk een bepaalde behandeling is, zoals een reanimatie, voordat deze behandeling (acuut) noodzakelijk wordt.
Besproken met patiënt	Of en hoe de verwijzing met de patiënt doorgesproken is.
Procedurevoorstel	Voorstel van de huisarts voor verdere samenwerking en eventueel het voorgestelde beleid

Gegevens verzameld bij een melding aan de MKA

De huisarts, patiënt zelf of een derde neemt contact op met de MKA. Gemelde en/of uitgevraagde informatie betreft de onderstaande gegevens.

Gegevens	Omschrijving
Gegevens van de patiënt	Persoons- en contactgegevens van de patiënt
Vervoersindicatie (indien bekend)	Indicatie die aanleiding is voor het inschakelen van ambulancezorg
Triageverslag	Voor de klacht relevante bevindingen uit de triage
Urgentie	De code van de urgentie
Haaladres	Adres of zo precies mogelijke plaats waar de patiënt zich bevindt
Bestemming (indien bekend)	Naar welk ziekenhuis of adres de patiënt moet worden vervoerd
Melder	Persoons- en contactgegevens van de melder

Gegevens verzameld door rijdende dienst ambulancezorg

De ambulancezorgprofessional levert zorg aan de patiënt, waaronder het verrichten van diagnostiek, plegen van interventies en bewaking van de patiënt.

De belangrijkste gegevenssets voor de ambulance zijn vastgelegd in de basisset ambulancezorg (BSA) van AZN.

Gegevens	Omschrijving
Gegevens van de patiënt	Persoons- en contactgegevens van de patiënt
Incidentgegevens	De datum/tijd waarop het incident heeft plaatsgevonden
Melding	Gegevens over de melding
Inzetgegevens	Gegevens over het uitrukken en de rit van de ambulance
Haalgegevens	Gegevens over het ophalen van de patiënt
Bestemmingsgegevens	Gegevens over de bestemming van de ambulance
Mechanisme	Gegevens over het ongevalsmechanisme
Werkdiagnose	Voorlopige diagnose die als uitgangspunt voor het verdere beleid dient
Meetwaarden	De uitslagen van metingen
Behandeling	Door de ambulancezorgprofessional ingestelde of gestaakte behandeling en/of medicatie
Primary survey	Eerste beoordeling van de patiënt volgens ABCDE-systematiek
Secondary survey	Gedetailleerd onderzoek (top-tot-teen-onderzoek)
Consultgever op afstand	Gegevens van de consultgever op afstand
Afspraken	De afspraken die met de patiënt zijn gemaakt
Bijlagen	Bijgevoegde informatie, zoals foto's en ecg's

Gegevens verzameld tijdens de triage op de SEH

De triagist van de SEH beschikt over de onderstaande gegevens.

Gegevens	Omschrijving
Gegevens van de patiënt	Persoons- en contactgegevens van de patiënt
Gegevens van de verwijzer	Persoons- en contactgegevens van de verwijzer
Triageverslag	Voor de klacht relevante bevindingen uit de triage
Urgentie	De code van de urgentie
Verpleegkundig verslag	Voor de klacht relevante bevindingen uit het onderzoek en/of de ingestelde behandeling

Gegevens verzameld tijdens de zorgverlening op de SEH

De medisch specialist op de SEH beschikt over onderstaande gegevens.

Gegevens	Omschrijving
Gegevens van de patiënt	Persoons- en contactgegevens van patiënt
Reden van de komst	In korte bewoordingen de reden van bezoek aan de SEH
Conclusie, diagnose	Een samenvatting van de conclusie of diagnose
Beleid	Het actuele beleid of de ingezette behandeling
Anamnese	Voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese
Lichamelijk onderzoek	Relevante bevindingen uit het lichamelijk onderzoek
Beloop, interventie	Het beloop en/of de toegepaste interventies op de SEH
Medicatie	De actuele medicatieafspraken
Aanvullend onderzoek	Relevante uitslagen van onderzoek uitgevoerd op de SEH
Contra-indicaties en overgevoeligheden	Overgevoeligheid voor medicatie en/of contra-indicaties voor voorschrijven
Behandelgrenzen	Met de behandelgrens wordt aangegeven hoe wenselijk een bepaalde behandeling is, zoals een reanimatie, voordat deze behandeling (acuut) noodzakelijk wordt.
Profylaxe	De vastgelegde voorzorgsmaatregelen die van belang zijn voor de zorg
Afspraken	De afspraken die met de patiënt zijn gemaakt
Aanbeveling voor de follow-up	Het voorstel voor nazorg voor de patiënt

BIJLAGE 4. UITWERKING VAN DE SPOEDSAMENVATTING VOLGENS DE DEFINITIES UIT HET NHG HIS-REFERENTIEMODEL 2021

Onderstaand overzicht laat zien hoe de rubrieken in de spoedsamenvatting uit het HIS moeten worden gevuld.

Gegeven	HIS-Referentiemodel 2021
Episodelijst	Alle open episodes (met of zonder attentievlag) en alle gesloten episodes met attentievlag met per episode: • ID • episodetitel, bestaande uit: - episodenaam - episode-ICPC (NHG-Tabel 24 ICPC) • attentievlag (ja/nee) • status (open/afgesloten) • startdatum (datum van de aanmaak van de episode) • begindatum van de aandoening • datum van het laatste contact⁵ • afsluitdatum
Beleid	• episode-ID • beleidstekst • attentievlag • invoerdatum/tijd
SOEP-verslagen	SOEP-verslagen van de laatste 4 maanden: • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • contactwijze • episodetitel: de episodetitel op het moment dat het SOEP-verslag werd opgeslagen; de episodetitel bestaat uit: - episodenaam - episode-ICPC • episode-ID • S-regel • O-regel • E-regel • P-regel • ICPC-S • ICPC-E

⁵ De datum van het laatste contact is niet beschreven als eigenschap van een episode in het HIS-Referentiemodel, maar is wel af te leiden uit de invoerdatum/tijd van het laatste episode-item uit deze episode.

Gegeven	HIS-Referentiemodel 2021
Uitslagen	Uitslagen over de laatste 4 maanden: • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • episode-ID • omschrijving van de bepaling (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen) • nummer van de bepaling (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen) • groep van de bepaling (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen) • datum van de uitslag • status van de uitslag (concept/definitief) • waarde • eenheid • referentiewaarde(n) • opmerking • afwijkend (ja/nee)
Correspondentie	Inkomende brieven over de laatste 4 maanden: • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • episode-ID • derde: - NAW - discipline (NHG-Tabel 12 Soort derde) • samenvatting • categorie (NHG-Tabel 60 Soort correspondentie) Uitgaande brieven over de laatste 4 maanden: • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • episode-ID • derde: - NAW - discipline (NHG-Tabel 12 Soort derde) • verwijsreden⁶ • categorie (NHG-Tabel 60 Soort correspondentie)
Actuele contra-indicaties	• invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • begindatum • aard code (G-Standaard) • aard beschrijving • toelichting

⁶ Verwijsreden is geen expliciete eigenschap van een uitgaande brief in het HIS-Referentiemodel, maar de eigenschap kan mogelijk vanuit andere gegevens ingevuld worden.

Gegeven	HIS-Referentiemodel 2021
Actuele medicatieovergevoeligheden	• invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • begindatum • blokkade (ja/nee) • geneesmiddel(groep) • geneesmiddel(groep) code (G-Standaard) • geneesmiddel(groep) omschrijving • reactie aard • reactie ernst (NHG-Tabel 55 Ernst overgevoelighedsreactie) • bron
Medicatie	Actuele medicatieafspraken en medicatieafspraken met een einddatum tot 4 maanden terug (let op: ook eventueel geregistreerde medicatieafspraken van 'derden' (extern)): • voorschrijver • afspraakdatum/tijd • attentievlag • episode-ID • geneesmiddel - niveau (PRK/HPK) - productnaam (G-Standaard) - productcode (G-Standaard) - werkzame stof - sterkte - farmaceutische vorm - toedieningsweg • dosering (NHG-Tabel 25) • ingangsdatum • einddatum • effectieve periode • reden wijzigen/staken (NHG-Tabel 54 Reden stoppen of wijzigen van voorschrift) • reden van voorschrijven (NHG-Tabel 24 ICPC) • extern (ja/nee) Van iedere medicatieafpraak dient ook het meest recente verstrekingsverzoek meegestuurd te worden: • invoerdatum/tijd • verzoekdatum • voorschrijver • apotheek • medicatieafpraak geneesmiddel • hoeveelheid • verbruiksperiode • iteraties (aantal herhalingen van de opgegeven hoeveelheid)

Gegeven	HIS-Referentiemodel 2021
Actuele behandelgrenzen	• aard (NHG-Tabel 62 Behandelgrenzen) • aard beschrijving • behandelbesluit (wel uitvoeren/niet uitvoeren/anders) • besluit voorwaarden • aanvullingen • laatste bespreekdatum • invoerder • invoerdatum/tijd • attentievlag (ja/nee) • besproken met
Behandelingen	• identificatie (NHG-Tabel 49 Ingrepen en behandelingen) • omschrijving (NHG-Tabel 49 Ingrepen en behandelingen) • code (NHG-Tabel 49 Ingrepen en behandelingen) • uitvoeringsdatum • uitvoerder - instelling - naam - specialisme (NHG-Tabel 12 Soort derde) • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • episode-ID
Profylaxe	• invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee) • omschrijving (NHG-Tabel 56 Profylaxe)
Sociale gegevens	• onderwerp (NHG-Tabel 70 Soort sociaal gegeven) • omschrijving • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee)
Aanvullende contactgegevens	• beschrijving • invoerdatum/tijd • invoerder • attentievlag (ja/nee)

BIJLAGE 5. GERELATEERDE DOCUMENTEN

Als inputbronnen worden gebruikt:

- NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP) (2017) en de gerelateerde online HASP-viewer (2020).
- NHG-richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (2014, versie 3).
- NHG-richtlijn Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD) (2019).
- NHG-richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP) (2021).
- NHG HIS-Referentiemodel (2021).
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (2019).

Als referentiedocumenten zijn beschikbaar:

- NHG/Nictiz Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (Richtlijn eSpoed) (2005, versie 1).
- NHG/Nictiz Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (Richtlijn eSpoed) (2008).
- NHG-Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP) (2013).
- Nictiz Procesmodel 'Uitwisselberichten in processchema's voor 7 scenario's (2007).
- NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg (2013).
- NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) gegevensbeheer en gegevensuitwisseling 'Gelukkig staat alles in mijn dossier dokter...' (2010).
- Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (EGiZ) (2019).
- Nictiz Informatiestandaard Acute zorg (2021).
- VZVZ Autorisatierichtlijn Acute zorg (2021).
- VZVZ Autorisatierichtlijn Waarneemgegevens (2021).
- VZVZ AORTA-documentatie zorgtoepassing Acute zorg (2021).
- Programma Met spoed beschikbaar, Factsheet Met spoed beschikbaar (2020).
- Zorginstituut Nederland, Kwaliteitskader Spoedzorgketen (2020).