

## Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling Spoedeisende Hulp



**nederlands huisartsen  
genootschap**



**N I C T I Z**  
Nationaal ICT Instituut in de Zorg

©NHG 2005  
Domus Medica  
Lomanlaan 103  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
e-mail: [t.vanalthuis@nhg-nl.org](mailto:t.vanalthuis@nhg-nl.org)  
<http://nhg.artsennet.nl>

NICTIZ  
Overgoo 11, 2266 JZ Leidschendam  
Postbus 262, 2260 AG Leidschendam  
tel: 070 – 317 45 50  
e-mail: [info@nictiz.nl](mailto:info@nictiz.nl)  
<http://www.nictiz.nl>

Geautoriseerd juli 2005  
Juli 2005, 1<sup>e</sup> versie  
T.R. van Althuis

## **Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling Spoedeisende Hulp**

Auteurs: T.R. van Althuis, C. Buiting

Leden werkgroep: D. Donker (NICTIZ), L. Engelen (AZN), P.M. van Grunsven (BVA),  
D. Meeuwis (NVSHA), H. van de Pas (NVSHA), W. Rutjens (BVA)

## **Inleiding**

Begin 2004 is de Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP) vastgesteld door het NHG. Deze richtlijn beschrijft welke gegevens de waarnemer bij een Centrale Huisartsen Post (CHP) te allen tijde kan opvragen uit het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) bij de eigen huisarts.

Op het EMD Congres te Ede in oktober 2004 is door NICTIZ, huisartsen, AZN en leveranciers een opstelling getoond waarin berichten vanuit het huisartsensysteem oproepbaar zijn in de ambulance en een retourbericht weer terug in het HIS kan worden opgenomen. Een zelfde opstelling is in november 2004 getoond op de Ambulancevakbeurs te Apeldoorn. Bij deze opstelling is gebruik gemaakt van de gegevenssets zoals gegeven in de Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP).

Bij de ontwikkeling van deze richtlijn kwam aan de orde dat het wenselijk is om op soortgelijke wijze gegevens op te kunnen vragen bij de eigen huisarts in spoedeisende situaties door verpleegkundigen op de ambulance en door artsen op de afdeling spoedeisende hulp in het ziekenhuis, dus om een richtlijn gegevensuitwisseling huisarts, ambulancedienst, afdeling spoedeisende hulp te ontwikkelen.

## **Werkgroep**

In december 2004 is een werkgroep samengesteld uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Ambulance Zorg Nederland (AZN), de Beroepsvereniging Ambulancepersoneel (BVA), de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) en het Nederlands ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ). Het inrichten van deze werkgroep sluit aan bij de doelstellingen van de Stuurgroep ICT en Ketenzorg.

Begin 2005 heeft de werkgroep de nu voorliggende juli 2005 geautoriseerde richtlijn “gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp” ontwikkeld. In de geautoriseerde richtlijn beschrijven we de gevolgde werkwijze, de noodzakelijke randvoorwaarden, de gegevenssets die worden uitgewisseld en het geplande vervolg.

## **Domein van deze richtlijn**

Tijdens het samenstellen van de werkgroep en in de eerste discussies bleek al snel dat de organisatie van de afdeling spoedeisende hulp complex is en sterk kan variëren per ziekenhuis. Soms loopt al het spoedeisende aanbod via de afdeling spoedeisende hulp, soms is er sprake van een verdere specialisatie met aparte lijnen voor bijvoorbeeld obstetrie, neurologie, cardiologie, pediatrie. Verder bleek dat de eindverantwoordelijkheid voor de afd. spoedeisende hulp niet uniform is belegd. Deze kan bij voorbeeld berusten bij een chirurg of bij een traumatoloog.

Om toch enige voortgang te boeken hebben we er voor gekozen om met de reeds samengestelde groep van betrokkenen deze eerste versie van een richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afd. spoedeisende hulp op te stellen en om een aantal spoedeisende situaties waar specifieke disciplines bij betrokken zijn, voorlopig uit te sluiten. De richtlijn richt zich op de informatievoorziening voor het gemiddelde aanbod op een afdeling spoedeisende hulp (idem bij ambulancedienst) bij een gemiddelde afdeling spoedeisende hulp.

## **Werkwijze**

De werkgroep is in de maanden januari-maart 2005 driemaal bij elkaar gekomen. Verder zijn er tussen de vergaderingen door opdrachten uitgewerkt en zijn notities per mail becommentarieerd.

Voor een aantal herkenbare en veel voorkomende situaties in de spoedeisende hulp zijn in gewone taal scenario's (story boards) geschreven (zie bijlage 1: scenario's). Deze scenario's vormden de basis om te definiëren aan welke gegevens behoefte is (opvragen), welke gegevens worden doorgegeven (actieve rapportage) en welke gegevens worden teruggerapporteerd. Ook konden op basis van deze scenario's de informatiestromen in schema worden gebracht (zie bijlage 2: schema's informatiestromen).

Al ras bleek dat er verschillende rapportage of registratie sjablonen of formats bestaan: MIST, ABCDE en SOEP. Deze sjablonen sluiten niet geheel op elkaar aan. De werkgroep gaat er van uit dat in spoedeisende hulp situaties zorgverleners het MIST of ABCDE sjabloon volgen bij het elkaar informeren, dwz. bij actieve rapportage. De huisarts registreert in het journaal een contact volgens het SOEP format en heeft via het Huisarts Informatiesysteem (HIS) de beschikking over nog enige andere structuren om het medisch dossier te organiseren.

## **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 complete 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 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.

### **Gegevens 24 uur/dag, 7 dagen/week beschikbaar**

Voor het te allen tijde kunnen opvragen van een "spoedeisende hulp samenvatting" uit het medisch dossier bij de eigen huisarts is het vanzelfsprekend noodzakelijk dat deze gegevens 24 uur/dag en 7 dagen per week beschikbaar en toegankelijk zijn. Op dit moment is dat nog niet landelijk het geval.

Het is noodzakelijk om fysiek toegang te krijgen tot de patiëntgegevens bij de eigen huisarts. Dit impliceert dat het systeem van de huisarts is opgenomen in een netwerk en dat er voldoende bandbreedte is. Voor delen van het communicatiesysteem geldt bovendien dat het draadloos beschikbaar dient te zijn.

## **Identificatie, Authenticatie, Verwijsindex, Logging**

Naast fysieke toegang tot de patiëntgegevens bij de huisarts moet er ook in een netwerk voldaan zijn aan een aantal voorwaarden aangaande logische toegang en moet daartoe een aantal voorzieningen beschikbaar zijn. Dit valt samen te vatten onder de functies van het Shared Service Centre (SSH) resp. het Landelijk Schakelpunt (LSP).

## **Software eisen**

Voor de software van zogenaamde bronsystemen, waaronder de huisartsinformatiesystemen, geldt dat ze een aantal functies moeten ondersteunen om raadpleging van gegevens op een adequate manier af te kunnen handelen. Deze functies betreffen onder andere:

- ondersteunen van berichtstandaarden,
- logging van inzage,
- autorisatie,
- eisen vanuit de WGBO
- eisen Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ)

Voor de huisartsinformatiesystemen geldt dat er aanpassingen nodig zijn om het dossier netjes (volgens HIS Referentiemodel 2005 en de Richtlijn Adequate Dossiervorming) te kunnen ordenen, dat het systeem nieuwe berichtvormen en standaarden ondersteunt en dat het de toegang tot het systeem (opvragen van delen van het medisch dossier) logt en dat het de autorisatie tot het raadplegen van delen van het medisch dossier ondersteunt. Verder dienen de rechten die patiënten hebben op basis van de WGBO hun weerslag te krijgen in de software. Bij dit laatste gaat het vooral om de mogelijkheid om (delen van ) het dossier te kunnen blokkeren voor derden, dus uit te sluiten van toegang. Tenslotte dient ook de software van de gebruiker (het bronsysteem) te voldoen aan de eisen gesteld aan een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ).

**De richtlijn loopt vooruit op een aantal van deze noodzakelijke aanpassingen. Zo zijn nog niet alle huisarts informatiesystemen gestandaardiseerd op het uniform en eenduidig opslaan van bepaalde gegevens die al wel in deze richtlijn zijn benoemd.**

## **Patiëntenperspectief**

Patiënten moeten zijn geïnformeerd over het ter beschikking stellen van medische gegevens bij de huisarts voor andere zorgverleners in gevallen van spoedeisende hulp. De precieze juridische implicaties (wijze van informeren, toestemming) dienen nog nader te worden onderzocht.

## **Gegevenssets**

Uitgangspunt bij het benoemen van groepen van medische gegevens is het HIS Referentiemodel 2005<sup>1</sup>. Bij de beschrijving van de gegevenssets is alleen uitgegaan van die gegevens die opvraagbaar dienen te zijn uit het elektronisch medisch dossier bij de huisarts en van de retourinformatie naar huisarts en ambulancedienst. Rapportage van een incident volgens MIST (of ABCDE) gebeurt of mondeling of via reeds bestaande registratiesystemen (papier of elektronisch).

---

<sup>1</sup> Ook hierin loopt deze richtlijn voor op de stand van zaken bij de meeste huisartsinformatiesystemen

## **Beschikbaarheid bij huisarts, opvraagbaar:**

- episodelijst: open episodes
- journaal per episode voor de afgelopen zeven dagen
- actuele medicatie
- contra-indicaties: co-morbiditeit en intoleranties
- additionele gegevens: familie-anamnese
- additionele gegevens: ingrepen, behandelingen, profylaxe
- additioneel: overdrachtgegevens

### **Episodelijst: open episodes**

De lijst van open episodes is een weergave van al die aandoeningen, klachten en problemen waarvoor de huisarts zorg verleent aan de patiënt.

De huisarts heeft vrijheid om de indeling in episodes zelf in te richten en de episodes te benoemen.

Aandachtspunt is mogelijk dat de episodelijst ook al die episodes bevat in de sfeer van sociale, psychosociale en psychiatrische problematiek. Enerzijds kan dit van belang zijn bij spoedeisende hulpverlening, anderzijds betreft het informatie die ervaren wordt als sensitiever dan de medisch-somatische gegevens.

### **Journal per episode voor de afgelopen zeven dagen**

Hierin valt het meest recente deel van de decursus terug te vinden voor een specifieke episode. Het journaal is een samenvatting van contactgegevens (tekst), uitslagen en bepalingen, medicatie en correspondentie.

### **Actuele medicatie**

Het overzicht van de actuele voorgeschreven medicatie zoals bekend bij de huisarts. Door het toenemen van de elektronische communicatie en de verbinding met de gegevens van de apotheek, beperkt dit overzicht zich niet tot de door de huisarts voorgeschreven medicatie. Het streven is om bij de huisarts een overzicht te hebben van alle voorgeschreven medicatie.

### **Contra-indicaties: co-morbiditeit en intoleranties**

Het overzicht van contra-indicaties tegen bepaalde geneesmiddelen of hulpstoffen.

### **Additioneel gegeven: familie-anamnese**

In dit onderdeel wordt de familie-anamnese vastgelegd. Hieruit valt in voorkomende gevallen een belaste familie-anamnese bv. voor hart- en vaatziekten af te leiden.

### **Additioneel gegeven: ingrepen, behandelingen, profylaxe**

In dit onderdeel worden ingrepen en behandelingen uit het verleden vastgelegd evenals een aantal aandoeningen die ook op langere termijn aandacht behoeven zonder dat ze vallen onder het begrip episode: pacemaker, miltextirpatie (pneumococcenvaccinatie), klepgebreken en acuut reuma (antibioticaprofylaxe), etc.

### **Additioneel gegeven: overdrachtgegevens**

Hieronder vallen meldingen voor andere zorgverleners die van belang zijn voor de continuïteit in de hulpverlening.

## **Retourinformatie van afdeling SEH naar ambulancedienst en huisarts**

- reden van komst naar afd. SEH (van ambulance)
- (opname) diagnose
- actie
- behandeling
- eventueel advies

Reden van komst naar afd. SEH (van ambulance oproep)

Kort weergave van de aanleiding voor spoedeisende hulp, bijvoorbeeld verkeersongeval, collaps, sporttrauma. (Mechanism, Injury uit de MIST rapportage)

(Opname) Diagnose

Dit is de diagnose of werkhypothese bij het verlaten van de afdeling spoedeisende hulp, hetzij via opname, hetzij via verwijzing, hetzij door retour huis.

Actie

Opname, verwijzing, retour naar huis

Behandeling

De ingestelde behandeling op de afdeling spoedeisende hulp

Eventueel advies

Dit is kan bestaan uit de voorgestelde controle (huisarts of polikliniek), het advies (of verzoek) aan de huisarts voor follow-up, eventueel advies aan de patiënt

## **Vervolg**

De huidige geautoriseerde richtlijn is in een korte tijdsspanne ontwikkeld in klein verband. De werkgroep wil via een commentaarronde bij een aantal organisaties en koepels commentaar verzamelen op de nu voorliggende richtlijn. Hierna kan de richtlijn worden vastgesteld door de organisaties die deze richtlijn hebben ontwikkeld. Tevens zal de vastgestelde richtlijn in één á twee regio's in de praktijk getoetst worden.

Wij stellen ons voor om in een vervolgtraject aandacht te vragen voor de richtlijn bij een aantal andere disciplines (en organisaties die deze disciplines vertegenwoordigen) die betrokken kunnen zijn bij spoedeisende hulp. Te denken valt aan de overige poortspecialismen zoals cardiologie, neurologie en obstetrie en een aantal eerstelijns disciplines die in het huidige project niet zijn meegenomen, zoals de verloskundigen en de GGZ.

## **Bijlage 1: scenario's**

### ***Scenario 1: Patiënt meldt zichzelf op de SEH***

Mijnheer Spierings, 72 jaar, wordt door zijn dochter naar de SEH gebracht in verband met toenemende benauwdheidsklachten. Ze hebben niet eerst contact gehad met de huisarts. Hij wordt ingeschreven, en vervolgens getriëerd door de SEH-verpleegkundige welke triagecategorie 2 (hoogrisico-situatie) toekent.

Een andere, minder zieke patiënt wordt gevraagd weer even in de wachtkamer plaats te nemen, waardoor binnen tien minuten de patiënt gezien wordt door een SEH-arts en SEH-verpleegkundige.

Intussen wordt door het computersysteem van de afdeling contact gelegd met de eigen huisarts. Uit de gegevens van de huisarts (journaal) blijkt de patiënt 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 penicillinen, wordt een adequaat antibioticum intraveneus gegeven en wordt de patiënt opgenomen op de afdeling longziekten.

Opgehaalde gegevens:

- episodelijst (open episodes wo episode pneumonie)
- episode (pneumonie)
- journaal (beloop) over episode pneumonie
- medicatie (antibioticum)
- overgevoeligheid (penicilline)
- plus enige zekerheid over afwezigheid andere complicerende factoren: episodelijst (aandoeningen), additionele gegevens (ingrepen)

Retourinformatie van SEH naar huisarts:

- reden van komst (toenemende dyspnoea)
- opnamediagnose (pneumonie)
- actie (opname)
- behandeling (antibiotica)
- evt. advies (geen)



## **Scenario 2: Patiënt ligt op straat, ambulance haalt op en levert af bij afd. SEH**

### **Oude situatie**

Melding via 112, oudere man gevallen met fiets, maakt een verwarde indruk.

Meldkamer ambulancezorg (MKA) waarschuwt ambulance, urgentie A1. Bij aankomst ambulance constateert de bemanning dat er een fiets op het wegdek ligt met nauwelijks schade. Het slachtoffer, een man van 72 jaar loopt wat verward rond. Lichamelijk onderzoek gda, muv een hematoom achterhoofd.

Hij weet niet wat er gebeurd is, volgens omstanders maakte hij een slingerende beweging met zijn fiets voordat hij viel. Het is een eenzijdig ongeval. Kortom hij vertoont een “commotio beeld”. EMV (coma schaal) 4 6 5. Hij zegt gezond te zijn, medicijngebruik weet hij niet meer. Heeft geen alcohol genuttigd. Glucosetest → 8.0.

Ambulance vervoert het slachtoffer naar het ziekenhuis (SEH), met een vooraankondiging, 72 jarige man val met fiets, commotioneel beeld, EMV 4 6 5, RTS 12 (revised trauma scale), hematoom achterhoofd.

### **Nieuwe situatie**

Zelfde casus, ambulance komt aan bij slachtoffer, bemanning luistert naar verhaal slachtoffer + verhaal van de omstanders. De verpleegkundige wil toch meer informatie en logt in bij het huisartsinformatiesysteem (HIS), wat de volgende informatie oplevert.

Patiënt was de laatste week reeds 2 x bij de huisarts geweest met vermoeidheidsklachten.

Aantal jaren geleden myocard infarct, bekend met ritmestoornissen.

Gebruikt oa sintrom. Huisarts heeft een aantal aanvullende onderzoeken ingezet, waarvan nog geen uitslag.

Met deze gegevens legt verpleegkundige patiënt aan de monitor voor ecg bewaking, sO<sub>2</sub>, geeft evt zuurstof, waaknaald, controleert de parameters etc.

Mbt sintrom gebruik, val op hoofd + hematoom extra reden om hem voor onderzoek naar ziekenhuis te vervoeren. Verpleegkundige doet via meldkamer vooraankondiging ziekenhuis, en geeft hierbij de persoonsgegevens door, zodat de arts op de SEH via het ziekenhuis informatiesysteem (ZIS) eventueel al gegevens kan opzoeken van deze patiënt. Vanuit de ambulance is het al mogelijk om relevante gegevens reeds door te zenden naar de SEH.

### **Opgehaalde gegevens:**

- episodelijst (vermoeidheidsklachten, ritmestoornissen, status na hartinfarct)
- journaal bij episode vermoeidheidsklachten (beloop vermoeidheidsklachten)
- medicatie (ontstolling met coumarine)

### **Retourinformatie**

- reden van komst (trauma capitis)
- opnamediagnose (commotio)
- actie (opname)
- behandeling (observatie)
- evt. advies (geen)

### **Scenario 3: familie belt ambulance**

Familie Peters is een dagje op stap in Utrecht. Ze komen vanuit Nijmegen voor een leuk dagje winkelen. De winkelpret wordt verstoord doordat mevrouw Peters zich plotseling helemaal niet lekker voelt. Ze ziet asgrauw en transpireert. Plotseling zakt ze in elkaar en wordt helemaal blauw. De dochter en meneer Peters schrikken zich rot.

Meneer Peters belt snel 112. Hij wordt onmiddellijk doorverbonden met de meldkamer ambulancezorg van Utrecht (MKA). De MKA verpleegkundig centralist vraagt waar de ambulance moet zijn en wat er aan de hand is. De centralist komt er al snel achter dat het waarschijnlijk om een reanimatiesituatie gaat, en vraagt een collega alvast twee ambulances ter plaatse te sturen. Intussen krijgt meneer Peters instructies welke hij doorgeeft aan zijn dochter. De dochter blijkt gelukkig een ehbo-diploma te hebben en kan de instructies van de centralist opvolgen. Op deze manier wordt snel met reanimatie gestart.

Enkele minuten later arriveert de eerste ambulance. Terwijl de ambulanceverpleegkundige de beademing overneemt, sluit zijn collega de monitor/defibrillator aan. Ondertussen gaat de dochter door met thoraxmassage. Er blijkt sprake van ventrikelfibrillatie, de verpleegkundige defibrilleert. Het hartritme herstelt tot sinusritme met output. Mevrouw Peters wordt geïntubeerd, en geholpen door de tweede ambulance wordt het transport naar het ziekenhuis voorbereid.

De centrale verbindt de verpleegkundige door met de SEH van het ziekenhuis. Volgens het MIST-acronym (mechanism-injury-signs-treatment) worden de meest relevante gegevens doorgegeven, evenals de persoonsgegevens van de patiënte. De SEH treft voorbereidingen voor de komst. De SEH-arts krijgt intussen via het ziekenhuiscomputersysteem gegevens van de huisarts uit Nijmegen. Het dossier vermeldt essentiële hypertensie, geen bekende allergieën, het actuele medicatiegebruik blijkt beperkt tot metoprololtraat 100mg en plotse hartdood in de familie-anamnese.

Met deze voorkennis kan de SEH-arts zich richten op de zorg voor mevrouw Peters. 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. Mevrouw Peeters gaat naar de Intensive Care waar zij na enkele uren het bewustzijn herwint.

Opgehaalde gegevens:

- episodelijk (hypertensie)
- medicatie (metoprolol)
- additioneel (familie-anamnese)<sup>2</sup>
- allergieën (geen)

---

<sup>2</sup> Eigenlijk is er behoefte aan zicht op bekende risico's vanuit de familie-anamnese. De gedachten hierover zijn nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Voor hart- en vaatziekten zijn er, naast de familie-anamnese, al wel een aantal codes voor HIS'en beschikbaar die wijzen op een al dan niet belaste anamnese.

## Retourinformatie

reden van komst (collaps, reanimatie)  
opnamediagnose (long QT syndrome)  
actie (opname)  
behandeling (reanimatie, observatie)  
evt. advies (geen)

**Scenario 4: Patiënt wordt gezien door huisarts, huisarts vraagt ambulance aan, informeert afd. SEH of med. specialist waarnaar verwezen wordt.**

Een 64-jarige patiënt belt de huisarts op een maandagochtend wegens acuut ernstige pijn in de rug. De assistente selecteert de patiëntgegevens en ziektegeschiedenis uit het HIS en geeft die samenvatting aan de huisarts mee op zijn palmtop. Patiënt blijkt bekend te zijn met atherosclerose in de liezen, en staat op de wachtlijst voor operatie door de chirurg, zo leest de huisarts onderweg. Ter plaatse, na onderzoek van patiënt, blijkt deze zeer ziek, heeft een lage tensie en forse rugpijn. De huisarts besluit om direct een ambulance te bestellen via de MKA (meldkamer ambulancezorg), diagnose waarschijnlijk AAA.

De MKA-centralist typt via het elektronisch registratiesysteem GMS (geïntegreerd meldkamer systeem) op een leeg elektronisch ritformulier van de ambulanceverpleegkundige (ook als palmtop beschikbaar) de belangrijkste gegevens in (adres, AAA). Met A1 vertrekt de ambulance.

Intussen heeft de huisarts op zijn palmtop de huidige medische gegevens ingevuld. Telefonisch overlegt hij met het ziekenhuis waar patiënt bekend is en verneemt dat patiënt daar welkom is voor de chirurg. Vervolgens stuurt hij de samenvatting uit het HIS, de belangrijkste bevindingen en naam ziekenhuis via de MKA door naar de betreffende chirurg en ook de ambulanceverpleegkundige. De chirurg kan alvast deze info alvast in het elektronisch dossier van pt. voegen.

Inmiddels is de ambulance gearriveerd, en na onderzoek wordt nogmaals de werkdiagnose AAA bevestigd. De ambulance vertrekt na het geven van zuurstof, het aanbrengen van een infuus, vullen en pijnstilling naar de SEH. Via de MKA worden vanuit de ambulance per palmtop de medische gegevens die zijn vastgelegd door de ambulanceverpleegkundige doorgestuurd naar SEH. Bij aankomst is de SEH nu dus elektronisch volledig op de hoogte.

Opgevraagd

episodelijst (atherosclerose)

Retourinformatie:

reden van komst (acute rugpijn, lage tensie)

opnamediagnose (AAA)

actie (opname)

behandeling ( )

advies

## **Scenario 5: Patiënt neemt contact op met Centrale Huisartsen Post, gevolgd door visite, waarna verwijzing per ambulance naar afd. SEH.**

Dhr. van Vliet, 24 jaar, voelt zich in de loop van de nacht in toenemende mate onwel. Hij wordt verward en onrustig. Zijn vriendin belt de huisartsenpost en vertelt dat er geen land meer met hem is te bezeilen. Soms zakt hij weg en dan weer maalt en tolt ie in de rondte. Op de CHP wordt de melding geregistreerd als spoedeisend maar niet levensbedreigend, U2. Het medisch dossier bij de huisarts wordt geraadpleegd (waarneemsamenvatting). Hieruit blijkt dat deze jongeman bekend is met astma (episodelijst) en dat de astma niet goed is te regelen (journaal). Verder blijkt hij bij diverse instanties bekend vanwege verslavingsproblematiek (verslavingsproblematiek: episodelijst; instanties: journaal). De medicatie bestaat uit beclometason en salmeterol, beide als inhalatie. Deze informatie wordt toegevoegd aan het verslag op de CHP. Het verslag wordt uitgeprint en gaat mee met de visiterijnde huisarts.

Bij de patiënt aangekomen ziet de huisarts een verwarde en onrustige jongeman die weinig coherent uit zijn woorden komt. Het blijkt dat hij gisteren naar een feest is geweest en daar heeft gedronken (wat en hoeveel blijft onduidelijk) en ook wat pillen heeft gebruikt (wat, hoeveel blijft onduidelijk). Na wat doorvragen blijkt hij zijn astma-medicatie onregelmatig te gebruiken en waarschijnlijk de afgelopen dagen niet of nauwelijks. Een en ander wordt genoteerd op de visite-uitdraai, evenals bloeddruk, pols, pupillen, ademfrequentie, temperatuur en glucose (strip).

De waarnemer beoordeelt de patiënt als delier bij intoxicatie en vindt opname, observatie en nader onderzoek op z'n plaats, mede ook vanwege de astma. Vervoer per ambulance is geïndiceerd.

De waarnemer neemt contact op met de meldkamer en vraagt vervoer aan. Hierbij geeft hij aan de meldkamer door: conditie volgens ABCD (normaal), als Evaluatie delier bij intoxicatie en als bijzonderheid bekend met astma. Op de meldkamer wordt de oproep (en de bijzonderheden) geregistreerd, beoordeling A2 (dringend, niet levensbedreigend).

De waarnemer neemt contact op met de afdeling Spoedeisende Hulp van het regionale ziekenhuis en vraagt naar de dienstdoende arts. Hij geeft dezelfde gegevens door en krijgt bevestiging dat de patiënt wordt verwacht. Huisarts blijft bij patiënt tot ambulance is gekomen.

Terug op de CHP vult de waarnemer het verslag aan met de bevindingen van de visite volgens SOEP. Hij maakt een retourbericht naar de eigen huisarts (dit bericht gaat ter informatie in kopie naar de afd. SEH): S: vriendin meldt onrust; S: feest gehad, alcohol +, drugs +?; O: BP, pols, pupillen, temp, ademhalingsfrequentie (AF), zichtbaar verward en incoherent; E: delier bij intoxicatie?; P: opname SEH, ambulancevervoer.

In de ambulance verliest patiënt bewustzijn en gaat rochelend en onregelmatig ademen. Verpleegkundige brengt Mayo-tube in en legt een infuus aan, geeft zuurstof met masker, begint met ECG. De wijziging in de conditie van de patiënt wordt telefonisch doorgegeven aan de afd. SEH volgens ABCD. In het ziekenhuis is al een dossier geopend voor de patiënt. Hierin is opgenomen de gegevens van de melding door de waarnemer, de kopie van het retourbericht van de waarnemer aan de huisarts. Nu aangevuld met de melding uit de ambulance. De patiënt krijgt met deze nieuwe informatie afkomstig van de ambulanceverpleegkundige triage categorie 1 (bedreigde ademweg). Intubatiemateriaal,

zuurstof, ECG en infuus worden klaargezet. Gelijktijdig wordt de patiënt al afgeleverd. Nu heeft de ambulanceverpleegkundige tijd om het eigen verslag bij te werken en door te geven aan de afd. SEH.

Op de SEH is men ondertussen druk bezig om de patiënt verder te stabiliseren. Ook wordt de spoedsamenvatting van de eigen huisarts geraadpleegd. Naast de reeds bekende gegevens uit de verwijzing, ziet men nu de exacte medicatie van de patiënt. Deze wordt overgenomen in het dossier op de SEH als medicatie bij opname. Voor nu is het niet relevant want deze medicatie wordt niet gecontinueerd. Wel volgt een medicatie-stop-bericht. Een medicatie-intoxicatie lijkt op het eerste gezicht niet de verklaring voor de klachten.

Uiteindelijk gaat patiënt naar de Intensive Care. De huisarts krijgt een eerste bericht van de afd. SEH: bevestiging opname IC en voorlopige diagnose.

Opgevraagd

medicatie (beclometason en salmeterol)

Retourinformatie

reden van komst (delier)

opnamediagnose (delier)

actie (opname)

behandeling (observatie)

advies

## **Scenario 6: Ambulance vindt patiënt op straat; blijkt vaste klant**

Op de centrale 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 ambulance ter plekke aankomt wordt de man onderzocht en wordt tevens naam, postcode, huisnummer en geboortedatum gevraagd.

Op grond van deze gegevens kan de ambulanceverpleegkundige, na identificatie met behulp van zijn UZI-pas, via het Landelijk schakelpunt een verzoek doen tot inzage van een samenvatting uit het dossier van de patiënt bij diens vaste huisarts.

Op het landelijk schakelpunt wordt nagegaan of de UZI-pas nog valide is. Tevens wordt nagegaan of de patiëntgegevens voldoende zijn om de patiënt uniek te koppelen aan een BurgerServiceNummer (BSN). Mocht dit niet het geval zijn, dan worden extra gegevens gevraagd totdat de patiënt wel uniek identificeerbaar is.

Uit de UZI-pas blijkt tevens de functie van de zorgverlener en hieruit kan afgeleid worden dat deze gerechtigd is tot inzage van de gegevensset SpoedEisende Hulp. Via de VerwijsIndex is bekend wie de vaste huisarts van de patiënt is. Het HuisartInformatieSysteem van deze huisarts wordt vervolgens verzocht om een Professionele Samenvatting SEH te leveren. Aan de samenvatting van het dossier zijn specifieke overdrachtgegevens gekoppeld ten behoeve van SOS-meldingen. Hierin staat het volgende:

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

Hieruit leidt het ambulancepersoneel af dat het een loze 112-melding betreft. De patiënt wordt gekalmeerd en aangesproken op zijn gedrag en vervolgens naar huis gebracht.

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

### Opgevraagd

episodelijst (pseudo-epileptische aanvallen)

additioneel, overdrachtsgegevens: zorgafspraken (contact opnemen met huisarts)<sup>3</sup>

### Retourinformatie

reden van komst (collaps)

incidentdiagnose (collaps)

actie (contact huisarts)

behandeling (geen)

advies

---

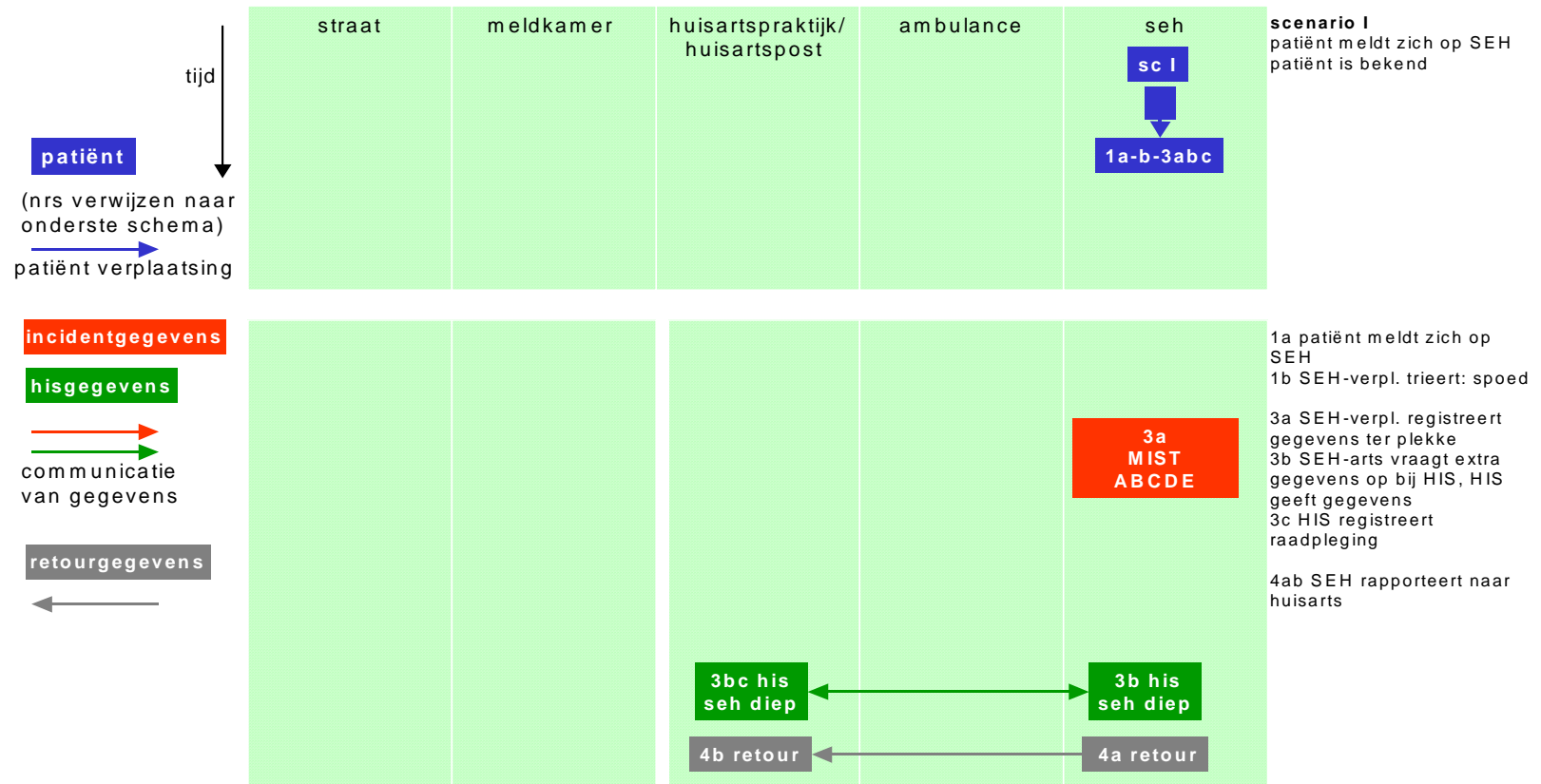
<sup>3</sup> Er is hier momenteel geen eenduidige locatie voor in het HIS. Ook is onvoldoende bekend over het voorkomen van deze specifieke zorgafpraak.



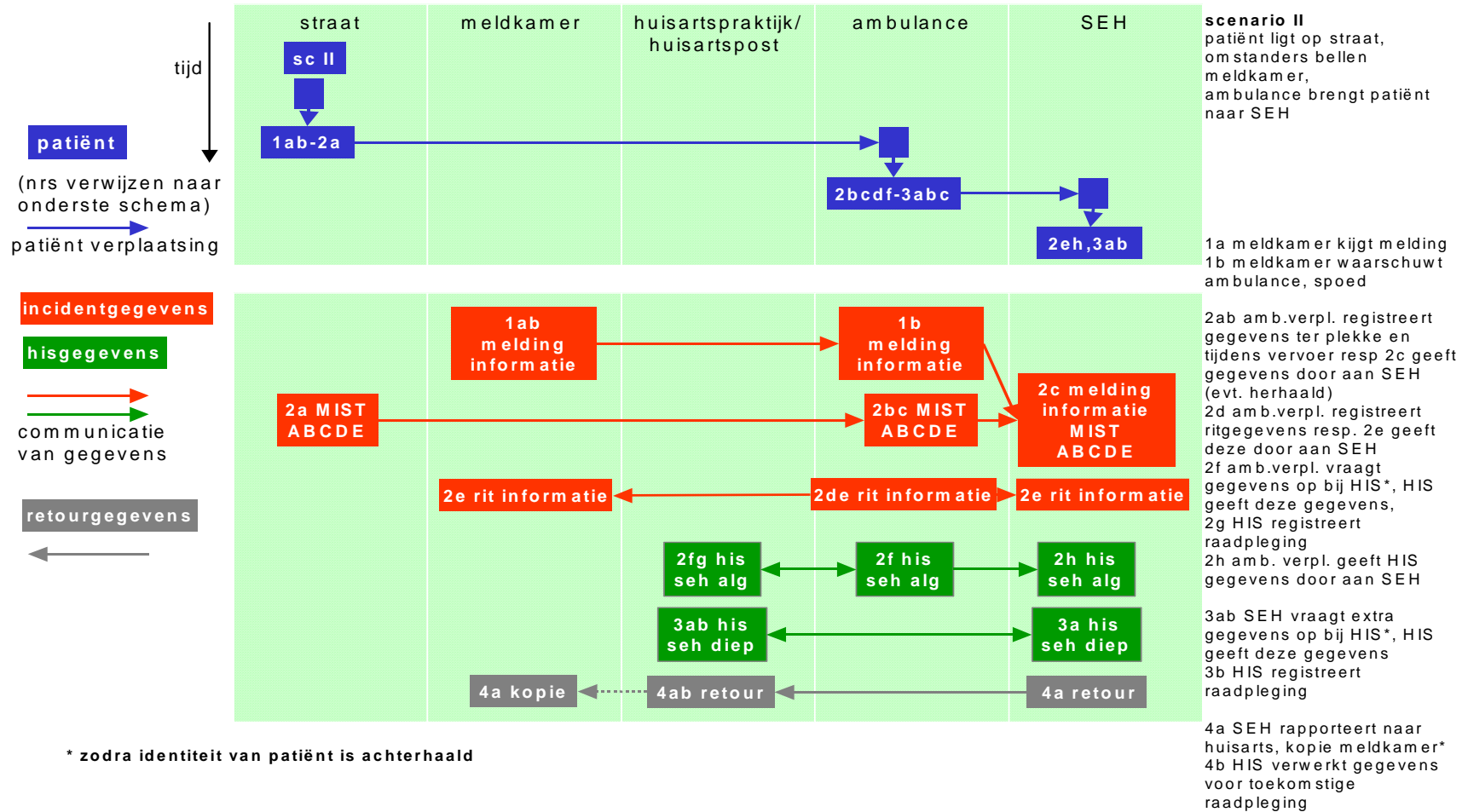


# Bijlage: schema's informatiestromen

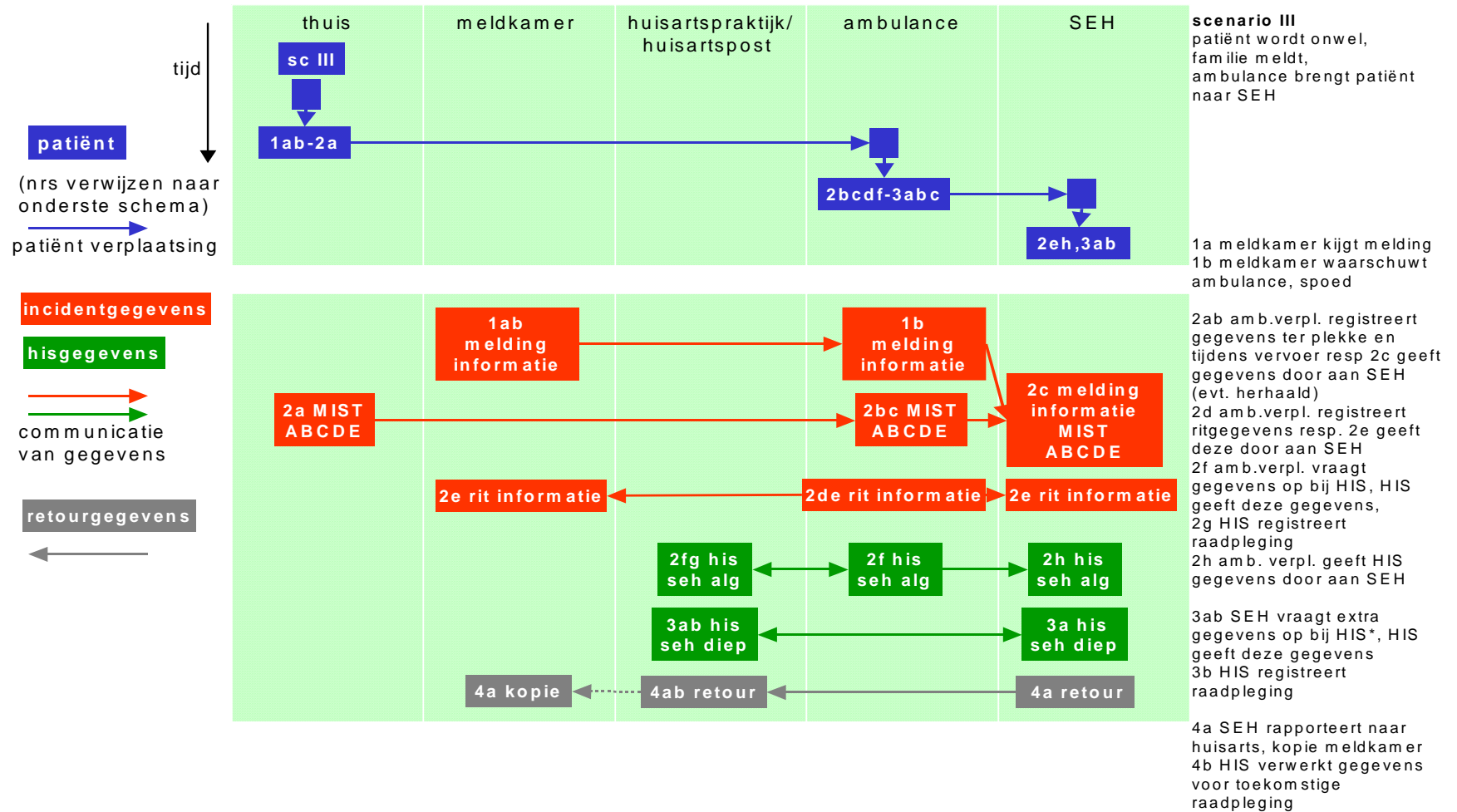
## Scenario 1: Patiënt meldt zichzelf op de SEH



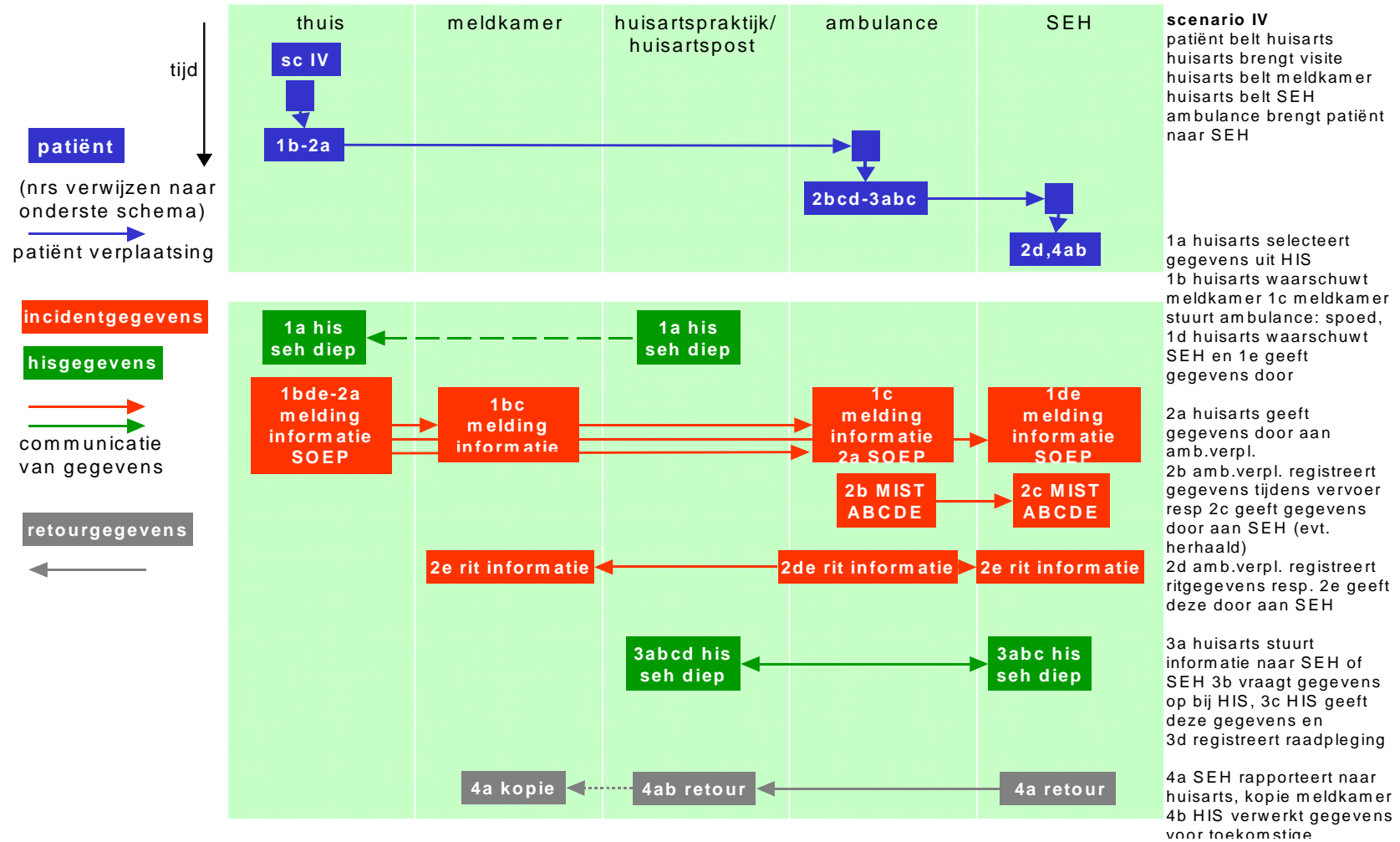
Scenario 2: Patiënt ligt op straat, ambulance haalt op en levert af bij afd. SEH



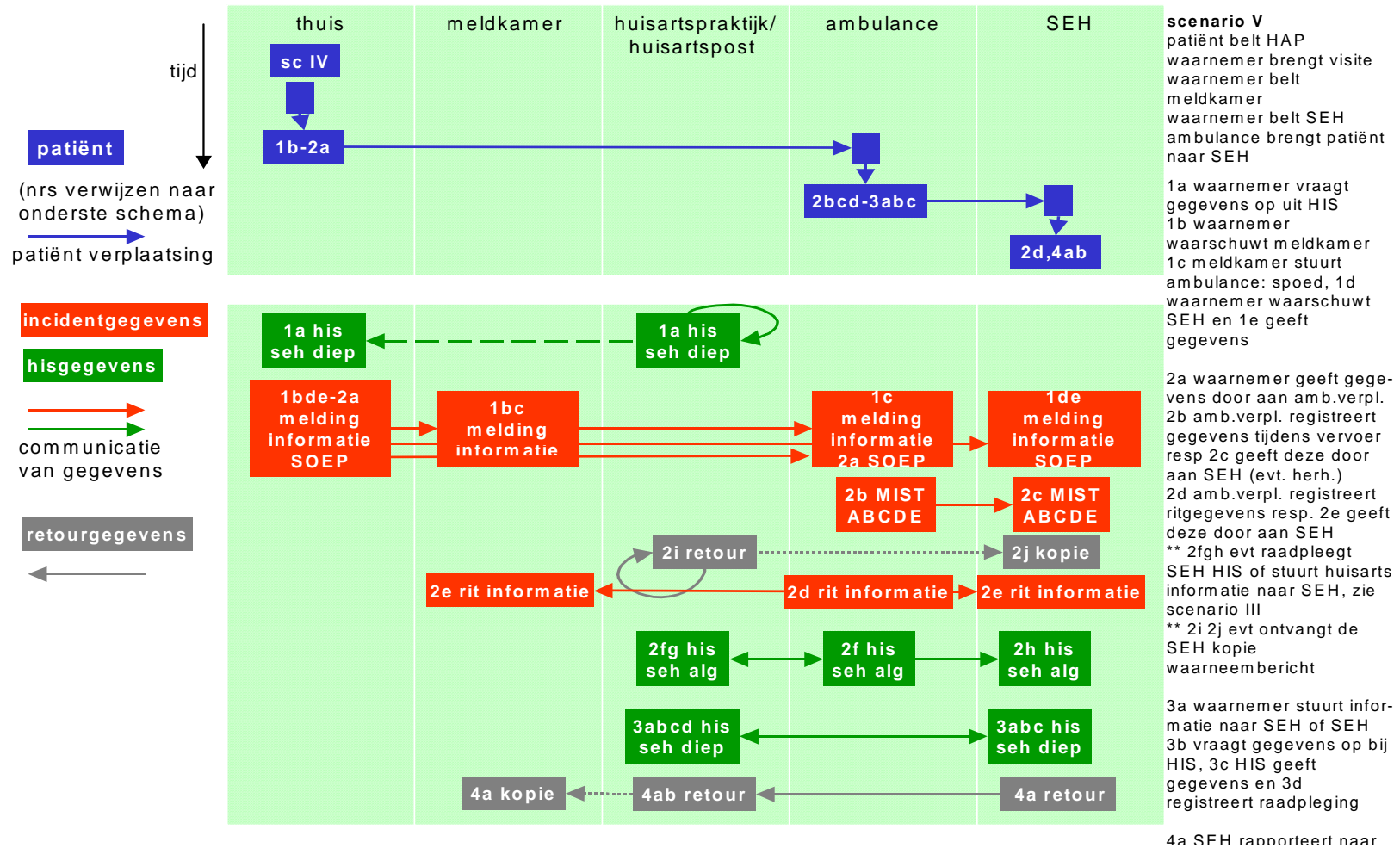
### Scenario 3: familie belt ambulance



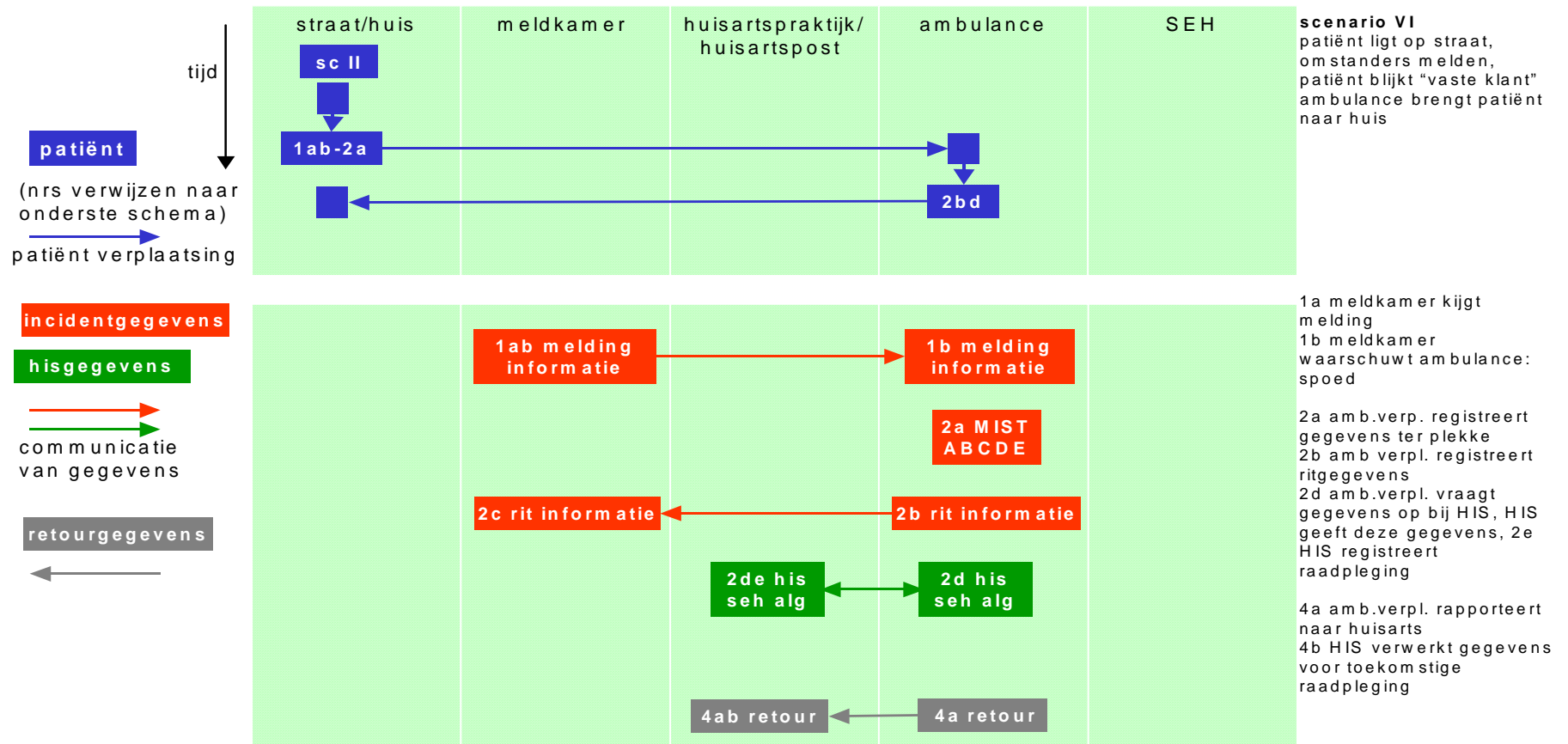
Scenario 4: Patiënt wordt gezien door huisarts, huisarts vraagt ambulance aan, informeert afd. SEH of med. specialist waarnaar verwezen wordt



Scenario 5: Patiënt neemt contact op met Centrale Huisartsen Post, gevolgd door visite, waarna verwijzing per ambulance naar afd. SEH.



Scenario 6: Ambulance vindt patiënt op straat; blijkt vaste klant



\* zodra identiteit van patiënt is achterhaald