

INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT

Doel van de richtlijn

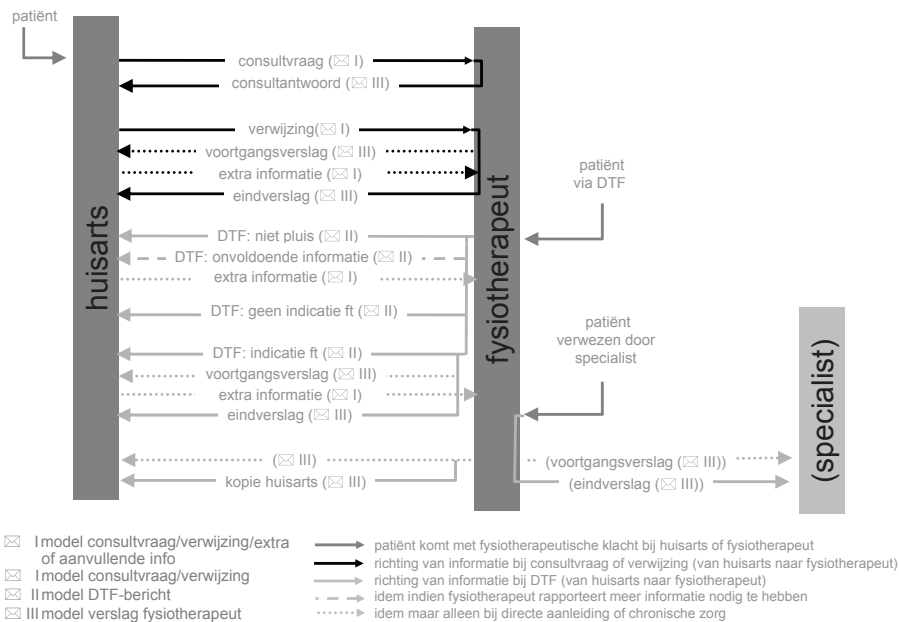
Het doel van de richtlijn is om voor huisartsen en fysiotherapeuten

- vast te leggen op welke momenten zij informatie uitwisselen bij consulten, verwijzingen en directe toegang fysiotherapie (DTF);
- optimale automatische ondersteuning mogelijk te maken vanuit de systemen aan beide kanten.

Momenten voor informatie-uitwisseling

Logische momenten voor informatie-uitwisseling in het zorgproces:

- *Eenmalig consult bij de fysiotherapeut.* De huisarts formuleert een consultvraag, de fysiotherapeut antwoordt met een consultantwoord.
 - *Verwijzing naar de fysiotherapeut.* De huisarts stuurt een verwijzingsbrief en na afronding van de behandeling stuurt de fysiotherapeut een eindverslag (soms stuurt de fysiotherapeut een tussentijds voortgangsverslag of verzoek om extra informatie).
 - *Directe toegang fysiotherapie (DTF):* fysiotherapeut
 - adviseert patiënt contact op te nemen met huisarts n.a.v. 'rode vlaggen';
 - verzoekt huisarts om aanvullende informatie voor beoordeling indicatie fysiotherapie;
 - stelt vast dat sprake is van indicatie voor fysiotherapie;
 - stelt vast dat geen indicatie voor fysiotherapie aanwezig is
- In deze gevallen brengt de fysiotherapeut de huisarts op de hoogte met een DTF-bericht. Als de fysiotherapeut overgaat tot behandeling, volgt een soortgelijk verslag als bij de verwijzing door de huisarts.
- *Verwijzing door de specialist.* De fysiotherapeut stuurt een eindverslag of eventueel een voortgangsverslag naar de specialist en een kopie daarvan naar de huisarts.



INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT

Drie modellen met vaste indeling: envelop – kern – bijlage

De berichten die worden uitgewisseld hebben dezelfde driedeling: envelop – kern – bijlage.

Deze bestaan elk uit een aantal rubrieken:

- *envelop:* rubrieken voor administratieve en logistieke gegevens.
- *kern:* alle relevante informatie over de patiënt.
- *bijlage:* overige medisch-inhoudelijke rubrieken, zoals medicatie, uitslagen.

Er zijn drie modellen berichten. Per model ligt vast uit welke rubrieken het bericht bestaat.

De huisarts gebruikt één model:

I consultvraag/verwijzing

☒ Model I: rubrieken in de consultvraag of verwijzing (huisarts → fysiotherapeut)

Veel HIS'sen kunnen de rubrieken in de consultvraag of verwijzing al geheel of gedeeltelijk vullen. Dit model is ook van toepassing op een verzoek van de fysiotherapeut om aanvullende informatie. De huisarts vult dit aan en maakt er een lopende tekst van. Hieronder staan voor de consultvraag, verwijzing en aanvullende informatie de automatische vulling en de afrondende actie door de huisarts voor de onderdelen kern en bijlage. Het onderdeel envelop wordt volledig automatisch gevuld door het HIS.

Kern

rubriek	inhoud	vulling HIS en afrondende actie door de huisarts
vraagstelling/ reden verwijzing	<ul style="list-style-type: none"> • Belangrijkste klacht of hulpvraag van de patiënt voor deze verwijzing. • Overwegingen van de huisarts ten aanzien van aard, oorzaak, gevolg en functie van de klacht. • Gevraagde actie van de fysiotherapeut voor onderzoek en/of behandeling. • Indien van toepassing ook: 'patiënt dringt aan op verwijzing'. 	<ul style="list-style-type: none"> • HIS presenteert een leeg veld. • De huisarts formuleert klacht en vraagstelling. • Evt. met raadplegen E-regel van het deelcontact.
anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Alleen de grote lijn. • Wel: tijdstip van ontstaan en duur klacht, ook negatieve bevindingen. • Eerdere behandeling en effect, beloop van de klacht. • Voorgeschiedenis, indien gerelateerd aan klacht of hulpvraag. 	<ul style="list-style-type: none"> • HIS vult vanuit S-regel deelcontact. • De huisarts selecteert zonodig extra E-regels van Episode. • De huisarts vult aan en maakt de tekst begrijpelijk.
lichamelijk onderzoek	<ul style="list-style-type: none"> • Zowel positieve als negatieve bevindingen. 	<ul style="list-style-type: none"> • HIS vult vanuit O-regel deelcontact. • De huisarts vult aan en maakt de tekst begrijpelijk.

INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT

rubriek	inhoud	vulling HIS en afrondende actie door de huisarts
relevante comorbiditeit	<ul style="list-style-type: none">Terughoudend gebruiken (de episodelijst komt altijd al mee in de bijlage!).Denk ook aan belastbaarheid voor oefenprogramma's.Denk ook afwijkingen in houding en bewegingsapparaat.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts selecteert handmatig uit de episodelijst.
ingestelde behandeling	<ul style="list-style-type: none">Door de huisarts ingestelde behandeling en/of medicatie op het moment van verwijzing.	<ul style="list-style-type: none">HIS vult vanuit P-regel deelcontact.De huisarts selecteert evt. extra P-regels of uit medicatielijst.
besproken met patiënt	<ul style="list-style-type: none">Of en hoe de verwijzing is doorgesproken met de patiënt.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts formuleert dit indien gewenst.
procedurevoorstel	<ul style="list-style-type: none">Voorstel van de huisarts voor de (verdere) samenwerking.Zo precies mogelijk bijv.: 'Gaarne eenmalig advies' of: 'Gaarne behandeling instellen'.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts formuleert dit of kiest uit een voorselectie.

Bijlage

rubriek	inhoud	vulling HIS en afrondende actie door de huisarts
medicatie actueel	<ul style="list-style-type: none">Middel, dosering, gebruiksvoorschrift, reden van voorschrijven, duur.Selecteer uit de medicatie die relevant is; begin met een leeg veld.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts selecteert handmatig uit de medicatielijst.
aanvullend onderzoek	<ul style="list-style-type: none">Relevante uitslagen van onderzoek.Type bepaling, materiaal, datum en plaats.Vooraf beeldvormend onderzoek.Indien relevant nadere details zoals methode, uitvoerder, eenheid en normaalwaarden.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts selecteert handmatig uit diagnostisch archief en/of de correspondentie.
ook bekend bij	<ul style="list-style-type: none">Zorgverleners waarbij patiënt in behandeling is (eventueel was).Alleen indien relevant.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts selecteert handmatig uit de correspondentie.
risicovol leefgedrag	<ul style="list-style-type: none">Alcohol, tabak, verdovende middelen, spuiten, risicovol seksueel gedrag.Indien bekend altijd vermelden.Ook relevante negatieve bevindingen vermelden.	<ul style="list-style-type: none">HIS vult vanuit diagnostisch archief.De huisarts controleert op privacy.
familieanamnese	<ul style="list-style-type: none">Ziekten in de familie voor zover relevant.Familierelatie tot de patiënt.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts formuleert indien van toepassing.
psychosociale anamnese	<ul style="list-style-type: none">Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde.Vooraf arbeidsparticipatie en sport zijn relevant voor de fysiotherapeut.Terughoudend gebruiken.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts formuleert indien van toepassing.
voorzieningen nodig bij consult	<ul style="list-style-type: none">Extra aandacht of maatregelen voor een consult met deze patiënt, bijvoorbeeld: 'tolk Turks nodig', 'patiënt komt met rolstoel'.	<ul style="list-style-type: none">De huisarts formuleert indien van toepassing.

INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN FYSIOTHERAPEUT

Rubrieken per moment

De huisarts heeft in alle gevallen alle rubrieken tot zijn beschikking. Of een rubriek verplicht moet worden ingevuld hangt af van het moment in de communicatie.

rubriek	consultvraag	verwijzing	aanvullende informatie
kern			
vraagstelling, reden verwijzing	*	*	*
anamnese	*	*	+
lichamelijk onderzoek	*	*	+
relevante comorbiditeit	*	*	+
ingestelde behandeling	*	*	+
besproken met patiënt	+	+	+
procedurevoorstel	*	*	*
bijlage			
medicatie actueel	*	*	+
aanvullend onderzoek	*	*	+
ook bekend bij	*	*	+
risicovol leefgedrag	*	*	+
familieanamnese	+	+	+
psychosociale anamnese	+	+	+
voorzieningen nodig bij consult	+	+	+

+ optioneel in dit bericht
* verplicht in dit bericht