

**RICHTLIJN
INFORMATIE-UITWISSELING
TUSSEN HUISARTS EN
SPECIALIST BIJ VERWIJZINGEN
(HASP)**

© Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Tel. 030 - 282 35 00
www.nhg.org

RICHTLIJN

INFORMATIE-UITWISSELING

TUSSEN HUISARTS EN SPECIALIST

BIJ VERWIJZINGEN (HASP)



© 2008 Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
www.nhg.org

Carinke Buiting, Khing Njoo
c.buiting@nhg.org

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotokopie, microfilm, druk of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NHG.

Inhoud

Voorwoord	3
1 Inleiding	4
1.1 Doel van de richtlijn	4
1.2 Veranderingen ten opzichte van de versie van 2000	5
1.3 Beheer richtlijn	5
1.4 Gerelateerde documenten	5
2 Momenten van informatie-uitwisseling	6
2.1 Logische momenten in het zorgproces voor informatie-uitwisseling	6
2.2 Verschillende sjablonen voor verschillende zorgmomenten	7
3 Vorm van informatie-uitwisseling	8
3.1 Vaste indeling: envelop – kern – bijlage	8
3.2 Rubrieken	9
4 Informatie van huisarts naar specialist: de e-verwijsbrief	10
4.1 Rubrieken in de e-verwijsbrief	10
4.2 Soorten e-verwijsbrief en informatie in de kern	14
5 Informatie van specialist naar huisarts: de e-retourbrieven	16
5.1 Set e-retourbrieven	16
5.2 Rubrieken in de e-retourbrief	17
5.3 Toelichting per soort e-retourbrief	22
6 Implementatie bij de huisarts	24
6.1 Ondersteuning vanuit het HIS	24
6.2 Instructie huisarts	26
6.3 Instructie per rubriek	26
6.4 Differentiatie e-verwijsbrief per specialisme	29
7 Implementatie bij specialist en ziekenhuis	30
7.1 Ondersteuning vanuit het ZIS	30
7.2 Ondersteuning vanuit het ziekenhuis	32
7.3 Instructie specialist	32
7.4 Instructie per rubriek	33
7.5 Differentiatie e-retourbrief per specialisme	36
Bijlage A: wijze van verzenden, beveiliging, tags	38
Bijlage B: ontwikkelingen	40

Voorwoord

Het is belangrijk dat uitwisseling van informatie rond het verwijzen van patiënten soepel en adequaat verloopt. Dit is een serieuze zaak. Juist op overdrachtmomenten is de zorg voor patiënten kwetsbaar. Het moet aan de specialist in één oogopslag duidelijk zijn waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is. Andersom moet het de huisarts in één blik duidelijk zijn wat het antwoord van de specialist is op de vraagstelling, en welke nazorg de huisarts moet bieden. En deze informatie moet tijdig beschikbaar zijn.

Al decennia lang worden regionaal richtlijnen voor verwijsbrieven en retourbrieven ontwikkeld en verbeterd. Door het goede uit regionale richtlijnen te combineren kan een landelijke richtlijn worden samengesmeed. Hiermee is voor alle regio's direct een richtlijn beschikbaar die tegelijkertijd ook de uniformiteit biedt die nodig is voor geautomatiseerde ondersteuning.

De eerste versie van deze richtlijn verscheen in 2000. Sindsdien is veel ervaring opgedaan. Dit heeft geleid tot een substantiële verbetering van de richtlijn. De meest in het oog springende verbetering is dat de kern van de verwijs- of retourboodschap nu in één blik duidelijk is. Verder is er een verbeterde oplossing voor differentiatie per specialisme of per regio die geen afbreuk doet aan de gewenste uniformiteit. Tegelijkertijd is de tekst van deze richtlijn grondig aangepast om beter aan te sluiten bij de behoefte in de praktijk.

Anno 2008 overheerst de mening dat voor de zorg – naast inzage – tijdige, accurate en liefst elektronische briefwisseling met andere bij de behandeling betrokken zorgverleners op daarvoor aangewezen momenten essentieel blijft.¹

Wij hopen dat deze richtlijn een bijdrage levert aan een adequate informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist en wensen u veel succes met de implementatie van deze richtlijn.

Arno Timmermans, huisarts
bestuursvoorzitter NHG

¹ Bestuurlijk ICT Overleg in de Zorg (BIOZ): Visie op ICT in de zorg, oktober 2007.

1 Inleiding

1.1 Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is het voor de huisarts en de specialist vastleggen op welke momenten zij informatie uitwisselen bij verwijzingen, en om welke gegevens het gaat. Daarnaast biedt de richtlijn houvast aan landelijk opererende leveranciers voor geautomatiseerde ondersteuning van briefwisseling vanuit de systemen aan beide kanten.

Een achterliggende wens bij deze richtlijn is dat de arts als verzender snel een goede brief kan opstellen waarbij hij erop kan vertrouwen dat die aansluit bij de wensen aan de ontvangstkant. Als ontvanger wil hij snel en goed worden geïnformeerd en erop kunnen vertrouwen dat géén bericht betekent dat er geen nieuwe informatie is. En hij wil geen overbodige of dubbele berichten.

Met de richtlijn in de hand kan een regio in onderling overleg invulling geven aan de verwijscommunicatie:

- De huisarts kan een HIS selecteren dat de richtlijn goed ondersteunt. Soms is een verwijsapplicatie in de regio beschikbaar die de richtlijn ondersteunt. Bij het verwijzen kiest de huisarts de juiste sjabloon voor de brief. Het HIS of de verwijsapplicatie zorgt voor een gedeelte van de vulling. Tijdens of na het consult verzorgt de huisarts, eventueel met de richtlijn in de hand, de juiste afronding van de verwijsbrief. De brief wordt elektronisch verzonden (voorkeur) of wordt meegegeven aan de patiënt.
- Het ziekenhuis wijst in samenwerking met de specialisten de juiste momenten aan voor retourbrieven aan de huisarts en ondersteunt met concrete hulpmiddelen als ruimte, voorzieningen en personeel een directe en gemakkelijke verzending van de retourbrieven.
- De specialist zorgt met de richtlijn in de hand voor het juist vullen of dicteren van de brieven. Het is vaak handig het secretariaat verantwoordelijk te maken voor de tijdige afronding en verzending.
- Met de richtlijn kan een verwijsapplicatie, HIS, ZIS of XIS optimaal voorwerk doen.

Met deze invulling zijn de artsen in een regio in staat om op het juiste moment leesbare en informatieve brieven uit te wisselen. En met de minste inspanning.

1.2 Veranderingen ten opzichte van de versie van 2000

De eerste versie van deze richtlijn is ontstaan door combinatie van een aantal regionale richtlijnen en een veldronde. Belangrijke punten waren: vaste momenten van verzenden, vaste rubrieken, de 'ontvanger bepaalt' welke rubrieken hij wil zien in de brief, en mogelijkheid voor differentiatie per regio.

Input voor de revisie 2008 komt gedeeltelijk vanuit de suggesties van richtlijngebruikers voor extra rubrieken, andere naamgeving, schrappen van rubrieken of aanpassing in de volgorde. De grootste input komt echter van bevindingen uit een groot-schalig onderzoek in ZO-Brabant naar verzonden brieven die volgens de richtlijn 2000 waren opgesteld.

De belangrijkste wijzigingen anno 2008 betreffen:

- Het bieden van sneller inzicht aan de ontvanger in de essentie van de verwijzing, dan wel de retourbrief. Dit is bereikt door het hanteren van een driedeling: envelop - kern - bijlage.
- Varianten van de brief per specialisme worden niet meer ondersteund. De reden hiervoor is dat in de praktijk alle specialismen met dezelfde brief en rubrieken uit de voeten kunnen, terwijl de geautomatiseerde ondersteuning daardoor veel minder foutgevoelig wordt én het beheer voor het onderhouden van de varianten kan vervallen. Indien gewenst voor een specialisme wordt wel landelijk een invulinstructie afgesproken.

Een gedetailleerd overzicht van de wijzigingen is beschikbaar via www.nhg.org onder automatisering.

1.3 Beheer richtlijn

Het NHG beheert deze richtlijn en de bijbehorende tabellen (Carinke Buiting, c.buiting@nhg.org).

Ontwikkelingen ten aanzien van invulinstructie per specialisme zijn opvraagbaar via de website www.nhg.org of via de eigen wetenschappelijke specialistenvereniging.

1.4 Gerelateerde documenten

HIS-referentiemodel 2000

HIS-referentiemodel 2005

NHG Richtlijn adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier (ADEMD) 2004

NHG Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – centrale huisartsenpost 2005

NHG Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling Spoedeisende Hulp 2005

2 Momenten van informatie-uitwisseling

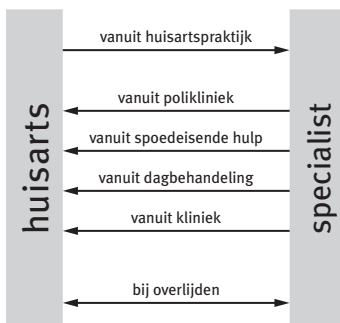
2.1 Logische momenten in het zorgproces voor informatie-uitwisseling

Als we kijken naar de samenwerking tussen huisarts en specialist op het moment dat een patiënt wordt verwezen, dan is duidelijk dat beiden behoefte hebben aan gerichte informatie van de andere partij. Het blijkt in de praktijk goed mogelijk om momenten in het zorgproces aan te wijzen waarop even wordt stilgestaan bij de informatiebehoefte aan 'de andere kant'.

Bij de verwijzing spreekt het voor zich: op het moment van verwijzen. Een belangrijk moment dat vaak wordt vergeten is het moment dat zich een nieuw probleem voordoet in de eerste lijn dat ook van belang is voor de specialist waarnaar al eerder werd verwezen.

Ook in de polikliniek of de kliniek zijn zulke momenten aan te wijzen, namelijk steeds als nieuwe relevante informatie beschikbaar is voor de huisarts, van belang voor zijn continue zorg voor zorgverlening aan de patiënt en, niet te vergeten, aan diens thuisfront:

- Vanuit de polikliniek: Na het eerste bezoek (soms na het tweede), zodra de specialist een werkhypothese en een plan heeft opgesteld. Verder op de dag van ontslag uit poliklinische controle. En als de patiënt lang onder controle blijft: op gezette tijden rapportage over het ingezette traject.
- Vanuit de spoedeisende hulp: op dezelfde dag.
- Vanuit de dagbehandeling: op dezelfde dag.
- Vanuit de kliniek: De dag van opname (of de dag daarna). De dag van een operatie. Op het moment dat een nieuwe diagnose wordt gesteld, of als zich een wijziging in het beloop zich voordoet en dergelijke. Ten slotte: op de dag van ontslag



Figuur 1. Verzendmomenten

Het is goed zich te realiseren dat *tempo* vaak prevaleert boven volledigheid. Dit speelt vooral bij de ontslagbrieven. De huisarts is zeer gediend met een brief op de dag van ontslag. Dan zijn meestal niet de laatste uitslagen bekend. Daarom voorziet de richtlijn ook in een advies voor deze nagekomen informatie en de eventuele consequenties.

Bij een goed vormgegeven situatie betekent 'geen bericht' dat er 'geen nieuwe ontwikkelingen' zijn.

2.2 Verschillende sjablonen voor verschillende zorgmomenten

Niet alle zorgmomenten verlangen dezelfde informatie. Daarom onderscheiden we voor meer ingewikkelde verwijzingen voor de huisarts de *uitgebreide verwijsbrief*, en voor eenvoudige verwijzingen de *korte verwijsbrief*. Voor de specialist is er een sjabloon voor de eerste brief, voor de voorlopige ontslagbrief et cetera. Zie hoofdstuk 4 en 5 voor precieze beschrijving van zorgmomenten, type brief en bijbehorende informatie.

3 Vorm van informatie-uitwisseling

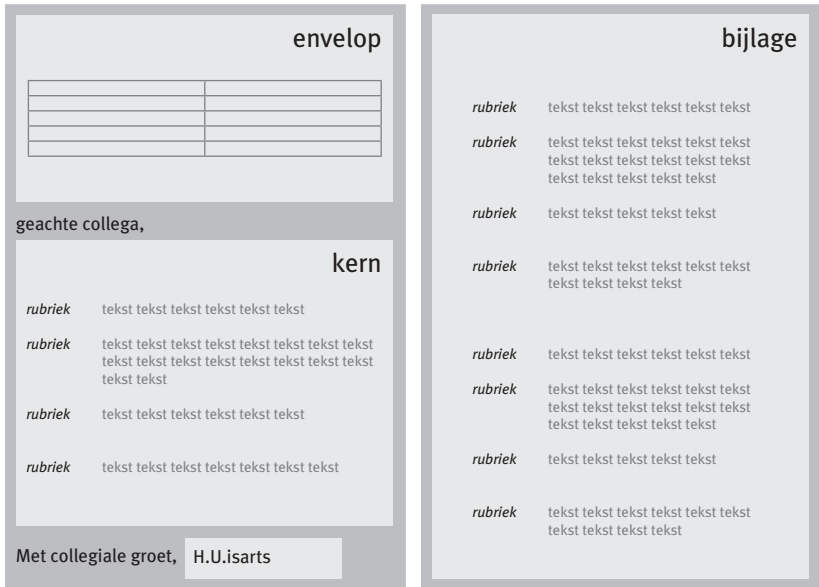
3.1 Vaste indeling: envelop – kern – bijlage

Alle verwijs- en retourbrieven hebben dezelfde driedeling envelop – kern – bijlage(n).

De verzender richt zich bij het samenstellen van de brief op de kern van de vraag. Het moet aan de specialist in één oogopslag duidelijk zijn waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is. Andersom moet het de huisarts in één blik duidelijk zijn wat het antwoord van de specialist is op de vraagstelling, en welke nazorg de huisarts moet bieden.

De overige informatie komt terecht in de envelop en de bijlage.

- De *envelop* bevat administratieve en logistieke gegevens, het secretariaat of de assistente van de ontvanger kan hiermee een consult plannen en administratieve afhandeling verzorgen;
- De *kern* bevat in compacte vorm alle relevante informatie over de patiënt in het kader van de verwijzing;
- De *bijlage* bevat overige rubrieken zoals medicatie, uitslagen et cetera.



Figuur 2. Algemene indeling brief

3.2 Rubrieken

Alle brieven putten uit dezelfde set rubrieken. Voor alle informatie die wordt uitgewisseld tussen huisarts en specialist is een rubriek beschikbaar. De rubrieken zijn zo geformuleerd dat dezelfde informatie steeds wordt gevonden in dezelfde rubriek.

Bij de keuze van rubrieken zijn de volgende input en criteria gehanteerd:

- onderzoek van verzonden elektronische brieven;
- feedback op de bestaande rubrieken door gebruikers van de richtlijn;
- de eis dat de verzender de rubriek snel kan invullen;
- de eis dat de ontvanger snel en goed wordt geïnformeerd.

Voor de namen van de rubrieken is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij termen die huisarts en specialist beiden gebruiken. Indien zo'n term niet voorhanden was, is gezocht naar een alternatief dat bij beiden voldoende herkenning geeft en niet leidt tot verwarring.

Een rubriek moet goed leesbare tekst bevatten, informatief en duidelijk. Veel rubrieken krijgen al een vulling mee vanuit het informatiesysteem; het is dan aan de verzender om te controleren en veelal ook aan te passen op leesbaarheid, relevantie en volledigheid. De controle op leesbaarheid geldt vooral voor de kern, de controle op relevantie en volledigheid geldt voor de hele brief.

Sommige rubrieken zijn verplicht. Andere rubrieken zijn afhankelijk van het zorgmoment verplicht of juist niet van toepassing. Verplichte rubrieken worden altijd vermeld in de brief. De informatie – of het feit dat er geen informatie is – is dan dermate belangrijk dat dit altijd in de brief wordt vermeld.

Hoofdstuk 4 en 5 gaan nader in op vulling en eisen per rubriek.

4 Informatie van huisarts naar specialist: de e-verwijsbrief

4.1 Rubrieken in de e-verwijsbrief

Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts dat de specialist met de e-verwijsbrief snel inzicht heeft in de problematiek van de patiënt en de vraag van de huisarts. Dit betekent dat de huisarts de brief na de automatische vulling vanuit het huisartsinformatiesysteem (HIS) nog moet controleren op volledigheid, gerichtheid en leesbaarheid en desgewenst moet aanvullen.

Hieronder volgt voor de drie gedeelten – envelop, kern, bijlage – de opsomming van de rubrieken. Bij de rubrieken in kern en bijlage wordt ook de definitie en soms nadere uitleg gegeven. Wat betreft de envelop beperkt de richtlijn zich tot een opsomming van wat veelal nodig wordt geacht: voor de precieze invulling sluit deze richtlijn aan bij meer algemene richtlijnen die beschikbaar zijn voor elektronische berichten.²

In sommige gevallen bestaat bij een specialisme behoefte aan nadere precisering van de informatie die men in een rubriek wenst. Voor deze differentiatie per specialisme wordt verwezen naar hoofdstuk 6 Implementatie huisarts.

4.1.1 Envelop

De envelop bevat rubrieken voor overdracht van administratieve gegevens. Het secretariaat van de specialist gebruikt deze gegevens om het consult te plannen. Onder deze gegevens vallen ook die welke nodig zijn voor ondersteuning van regionale afspraken, zoals toegangspad, urgentie et cetera. Ten slotte is er ook ruimte voor contactgegevens: wanneer en hoe kan de specialist de huisarts bereiken, hoe kan de specialist de patiënt of zijn thuisfront bereiken. Zoals gezegd beperkt de richtlijn zich tot een opsomming van wat veelal nodig wordt geacht.

² Hiervoor verwijzen wij naar het Nationaal ICT Instituut voor de Zorg (NICTIZ) en de door NICTIZ gehanteerde HL7-berichten.

<i>huisarts</i>	H.U.Isarts	<i>patiënt</i>	S. Verkuilen
<i>praktijk</i>	pm	<i>geboortedatum</i>	
<i>adres</i>	Hoofdstraat 6 5675 AB Delft	<i>burgerservicnr.</i>	
<i>telefoon</i>	040-3462541	<i>geslacht</i>	
<i>fax</i>		<i>adres</i>	
<i>e-mail</i>		<i>telefoonnummer</i>	
<i>tel. spreekuur</i>	12:30 - 13:30 uitgezonderd woe		
		<i>verzekeraar</i>	
<i>datum/tijd</i>	1 feb 2008	<i>verzekeringnr</i>	
<i>specialisme</i>		<i>kopie</i>	longarts A. Huizen
<i>ziekenhuis</i>	MCC	<i>toegangspad</i>	knie
<i>locatie</i>	Veldhoven	<i>afsprakennummer</i>	ZD988888888888
<i>specialist</i>	C. Bastiaanssen	<i>urgentie</i>	spoed

Met collegiale groet, H.Idha

Figuur 3. Voorbeeld verwijsbrief (envelop)

Invulling hiervan spreekt voor de meeste rubrieken voor zich. Bij datum/tijd wordt aangehouden het tijdstip waarop de verzender de brief afrondt en aanbiedt voor verzending. Rubrieken zoals toegangspad, urgentie en afspraaknummer zijn soms aan de orde bij regionale afspraken.

4.1.2 Kern

De kern van de verwijsbrief moet de ontvanger snel inzicht geven in de problematiek van de patiënt en de vraag die nu aan de orde is. De informatie over de patiënt komt in de eerste vier rubrieken, de informatie relevant voor de overdracht van de zorg aan de patiënt komt in de laatste drie rubrieken. De rubrieken met * worden altijd afgedrukt, ook als ze niet zijn ingevuld.

klacht, vraagstelling	Sinds 20-11-2007 Exacerbatie COPD met koorts niet reagerend op antibiotica. X thorax (27/11): li infiltraat met pleuravocht. Verdacht voor maligniteit.
anamnese	20-11-2007 Kortademigheid en hoesten. Soms groen slijm. Voelt zich koortsig en ziek. Inhaleert nu met voorzetkamer. Heeft zelf de dosis Formoterol verdubbeld. 27-11-2007 Kuur afgemaakt. Geen verbetering. Dyspnoe in rust. Sinds 2 dagen meer benauwd en kan niet meer plat liggen. Doodmoe. Ziet er grauw en ziek uit. Nycturie -
lichamelijk onderzoek	20-11-2007 VAG ronchi – Cor gda 27-11-2007 Pulm/cor gda Enkels gb Lymfekl hals np
relevante co-morbiditeit	
ingestelde behandeling	20-11-2007 doxycycline 27-11-2007 Amoxicilline/Clavulaanzuur
procedure-voorstel	Gaarne uw diagnostiek en overname behandeling.

Figuur 4. Voorbeeld verwijsbrief (kern)

Klacht, vraagstelling*

In korte bewoordingen de belangrijkste klacht(en) of hulpvraag van de patiënt in de context van deze verwijzing. Daarbij ook de overwegingen van de huisarts ten aanzien van de aard, oorzaak, het gevolg en de functie van de klacht. Indien al bekend ook de ingreep of actie die de huisarts aan de specialist vraagt, bijvoorbeeld: ‘sterilisatie’. Indien van toepassing ook: ‘Patiënt dringt aan op verwijzing.’

Anamnese*

Voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese. De voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht. Indien relevant ook het tijdstip van ontstaan, duur klacht, beloop van de klacht, eerdere behandeling en effect. Indien relevant ook negatieve bevindingen. Een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Lichamelijk onderzoek*

Relevante bevindingen uit het lichamelijk onderzoek; zowel positieve als negatieve bevindingen.

Relevante co-morbiditeit*

Bij de patiënt gediagnosticeerde problemen of ziekten voor zover relevant voor de verwijzing. Bedacht moet worden dat de volledige episodelijst altijd wordt meegeestuurd in de bijlage.

Ingestelde behandeling*

Door de huisarts ingestelde of gestaakte behandeling en medicatie op het moment

van verwijzing. Eventueel verwijzen naar de lijst met de actuele medicatie in de bijlage.

Besproken met patiënt

Of en hoe de verwijzing is besproken met de patiënt.

Procedurevoorstel*

Voorstel van de huisarts voor de verdere samenwerking, bijvoorbeeld: 'Graag eenmalig advies' of 'Gaarne overname behandeling'. Tevens de wijze waarop de huisarts betrokken wil blijven (bijvoorbeeld klinische besprekingen, doorverwijzing, controles). Desgewenst ook het voorgestelde beleid indien de geconsulteerde specialist geen verklaring vindt voor de klachten van de patiënt.

4.1.3 Bijlage

Alle rubrieken met verder relevante informatie voor de verwijzing komt in de bijlage. De ontvanger zal de bijlage 'screenend' doornemen, bijvoorbeeld op zoek naar bepaald medicijngebruik.

Probleemlijst, episodelijst*

Actuele ziekten en actuele episodes, beide voor zover niet eerder genoemd. Eerst wordt (indien de huisarts daarmee werkt) de probleemlijst vermeld en vervolgens de episodelijst, waarbij uitsluitend open episodes worden vermeld.

Medicatie actueel*

Actueel medicatievoorschrift met per medicatieregel het middel, de dosering, de klacht waarvoor het middel is voorgeschreven, de eerste voorschrijver, de actuele voorschrijver, de duur et cetera.

Allergie, intolerantie*

Allergieën voor zover relevant met de aard van allergie of intolerantie en/of het agens (volgens de G-standaard)

Contra-indicatiecodes*

De codes ten behoeve van medicatiebewakingssystemen (volgens de G-standaard).

Aanvullend onderzoek*

Relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek datum, plaats, type bepaling, materiaal en waarde. Indien relevant ook nadere details vermelden zoals methode, uitvoerder, eenheid en normaalwaarden. Onder deze rubriek worden bijvoorbeeld vermeld klinisch-chemisch, bacteriologisch, pathologisch, röntgen, echo, ecg, longfunctie, vaat-, neurologisch, gehoor-, psychologisch en quality of life onderzoek, alsmede consultering collega.

Ook bekend bij*

Zorgverleners waarbij de patiënt in behandeling is of was; alleen vermelden indien relevant.

Risicovol leefgedrag*

Gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen, spuiten. Verder risicovol seksueel gedrag. Indien bekend altijd vermelden. Ook negatieve bevindingen.

Familieanamnese

Ziekten in de familie voor zover relevant. Steeds per ziekte en de familierelatie tot de patiënt vermelden.

Psychosociale anamnese

Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde. In verband met privacy terughoudend omgaan met deze rubriek.

Voorzieningen nodig bij consult

Extra aandacht of maatregelen nodig voor een consult met deze patiënt. Bijvoorbeeld tolk nodig, hardhorend, komt in rolstoel.

Reanimatiebeleid

Afspraken over wel of niet reanimeren. Precies formuleren welke afspraak is gemaakt, met wie en wanneer deze is vastgelegd.

Levenstestament, donorcodicil

Wensen die de patiënt kenbaar heeft gemaakt omtrent handelen rond en na overlijden.

4.2 Soorten e-verwijsbrief en informatie in de kern

De huisarts staan twee soorten voor de e-verwijsbrief ter beschikking: de uitgebreide verwijsbrief en de korte verwijsbrief. Alle brieven kennen de indeling envelop – kern – bijlage.

Daarnaast zijn nog twee momenten van berichtgeving benoemd, namelijk tussentijdse berichtgeving en bericht van overlijden. Hierbij is geen sprake van een verwijzing, maar veelal kan de korte brief gebruikt worden.

4.2.1 Uitgebreide verwijsbrief

De uitgebreide verwijsbrief is de eerste keuze in verwijssituaties die wat meer toelichting vragen.

- De uitgebreide verwijsbrief neemt de gegevens uit de gehele episode van waaruit wordt verwezen mee uit het HIS in de 'kern' voor wat betreft de rubrieken lichamelijk en aanvullend onderzoek.
- De huisarts zal veelal de bijlage aanvullen met niet-verplichte rubrieken met relevante informatie.

4.2.2 Korte verwijsbrief

De korte verwijsbrief is de eerste keuze voor eenvoudige of standaard verwijzingen.

- Een korte verwijfsbrief neemt in de kern alleen de gegevens uit het laatste (deel) contact mee uit het HIS.
- De huisarts zal veelal de bijlage zonder aanvullingen kunnen meesturen.

4.2.3 Tussentijds bericht van huisarts

Het komt voor dat de patiënt is verwezen naar een specialist, en zich dan voordat de zorg in de tweede lijn is afgesloten meldt met een nieuwe klacht of met een onverwacht beloop van een bestaande klacht. In dit geval kan het van belang zijn dat de specialist daarvan op de hoogte wordt gesteld. Als voor de tweede klacht ook wordt verwezen volstaat een kopie van die brief naar de specialist of specialisten waar de patiënt nog onder behandeling is.

Indien de huisarts de klacht zelf behandelt, maar hij het toch van belang vindt om het feit aan de specialist te melden kan hij een tussentijdse brief versturen. Dit betreft dan geen verwijzing maar een berichtgeving. Meestal zal worden gekozen voor een korte brief, met in de rubriek 'vraagstelling' de opmerking toegevoegd dat het hier gaat om een 'kennisgeving'. De huisarts zal veelal de bijlage achterwege laten.

4.2.4 Bericht van overlijden

De brief bij overlijden is een berichtgeving. Gekozen kan worden voor de uitgebreide of de korte brief. De huisarts zal veelal de bijlage achterwege laten.

5 Informatie van specialist naar huisarts: de e-retourbrieven

5.1 Set e-retourbrieven

Met de e-retourbrief houdt de specialist de huisarts op de hoogte van diagnostiek en behandeling. Het is de verantwoordelijkheid van zorginstelling en specialist om e-retourbrieven te verzenden op momenten dat nieuwe relevante informatie beschikbaar is. Op deze manier is de huisarts in staat de continue zorg aan de patiënt en diens thuisfront te leveren. Bij een goede organisatie betekent 'geen bericht' dat er geen nieuwe ontwikkelingen zijn.

Daarbij verdient de samenhang tussen de verstuurd e-retourbrieven aandacht. De e-retourbrief bevat, in de kern, steeds wel de context, maar verder alleen de nieuwe gegevens. Met andere woorden: de nieuws waarde is expliciet, de huisarts hoeft niet te puzzelen wat er is veranderd. Verder bevat de e-retourbrief ook altijd de interpretatie of mening van de specialist.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat het verzenden van e-retourbrieven niet kan worden vervangen door het bieden van inzage in het ziekenhuisinformatiesysteem!

	polikliniek	kliniek		SEH	dagopname	overlijden
altijd: <i>(na eerste bezoek polikliniek resp. op dag van opname)</i>	eerste brief	eerste brief				
zo nodig:	vervolgbrief	operatie-bericht	overplaatsings-bericht			
altijd: <i>(op dag van ontslag uit poliklinische controle resp. ontslag uit kliniek resp. dag van overlijden)</i>	voorlopige ontslagbrief	voorlopige ontslagbrief		voorlopige ontslagbrief	voorlopige ontslagbrief	eerste brief
zo nodig:	afrondings-brief	afrondings-brief			afrondings-brief	afrondings-brief
zo nodig:	nagekomen uitslag	nagekomen uitslag			nagekomen uitslag	nagekomen uitslag

Figuur 5. Momenten van verzending van retourbrieven

De set e-retourbrieven biedt de mogelijkheid om met relatief weinig werk, dat bovendien goed aansluit bij de routine in de (poli)kliniek, tegemoet te komen aan de wens om het tempo van informeren te laten prevaleren boven volledigheid. Vanuit de (poli)kliniek krijgt de huisarts altijd (!) een eerste brief en een brief op de dag van ontslag. Vanuit de spoedeisende hulp, de dagopname en bij overlijden krijgt de huisarts altijd een van deze brieven. Vaak volstaat deze set, maar de richtlijn voorziet ook in e-retourbrieven voor nagekomen informatie en de eventuele consequenties.

5.2 Rubrieken in de e-retourbrief

De volgorde van de rubrieken in de e-retourbrief houdt rekening met verzender én ontvanger. De driedeling – envelop, kern, bijlage – komt tegemoet aan de wens van de huisarts om, in de ‘kern,’ snel de conclusie en door de huisarts te leveren zorg te vinden. Voor de specialist betekent dit echter veelal een wijziging in zijn systematiek: de richtlijn vraagt om eerst de eindconclusie en gewenste nazorg te formuleren, in de kern, en dan pas de onderbouwing, in de bijlage.

Hieronder volgt voor de drie gedeelten – envelop, kern, bijlage – de inhoud van de rubrieken. Voor de kern en bijlage betreft dit de precieze opsomming van rubrieken, elk met de definitie en soms ook nadere uitleg. Voor de envelop beperkt de richtlijn zich tot een opsomming van wat veelal nodig wordt geacht; voor de precieze invulling sluit deze richtlijn zich aan bij meer algemene richtlijnen die beschikbaar zijn voor elektronische berichten.³

Voor differentiatie per specialisme wordt verwezen naar hoofdstuk 7, Implementatie specialist.

5.2.1 Envelop

De envelop bevat rubrieken voor overdracht van administratieve gegevens. De huisarts gebruikt deze gegevens om de relatie te leggen met de verwijsggegevens. Daarnaast is er ruimte voor contactgegevens: wanneer en hoe kan de huisarts de specialist bereiken. Zoals gezegd beperkt de richtlijn zich tot een opsomming van wat veelal nodig wordt geacht.

³ Hiervoor verwijzen wij naar het Nationaal ICT Instituut voor de Zorg (NICTIZ) en de door NICTIZ gehanteerde HL7-berichten.

<i>specialist</i>	X. Melchior	<i>patiënt</i>	S. Verkuilen
<i>specialisme</i>	chirurgie	<i>geboortedatum</i>	
<i>contactpersoon</i>	A. Assistent	<i>burgerservicnr.</i>	
<i>tel. bereikbaar</i>	na 13.00; niet op woensdag		
<i>ziekenhuis</i>	MMC	<i>datum/tijd</i>	9 januari 2008 9:55
<i>locatie</i>	Eindhoven		
<i>adres</i>	xx	<i>kopie aan</i>	longarts A. Huizen
<i>telefoonnr</i>	040-5556871		
		<i>toegangspad</i>	knie
<i>huisarts</i>	H. Arts	<i>urgentie</i>	spoed
<i>praktijk</i>	pm		
<i>verwijzer</i>	J.A. Hoefnagels		

Met collegiale groet, A. Assistent

Figuur 6. Voorbeeld retourbrief (envelop)

Invulling hiervan spreekt voor de meeste rubrieken voor zich. Bij datum/tijd wordt aangehouden het tijdstip waarop de verzender de brief afrondt en aanbiedt voor verzending. Rubrieken zoals toegangspad, urgentie en afspraaknummer zijn soms aan de orde bij regionale afspraken.

5.2.2 Kern

De kern van de retourbrief moet de huisarts snel inzicht geven in de beoordeling van de patiënt door de specialist, de aanpak in de tweede lijn en de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen specialist en huisarts. De informatie over de patiënt komt in de eerste vier rubrieken, de relevante informatie voor de overdracht van de zorg komt in de laatste twee rubrieken. Rubrieken met * worden in de eerste brief en de voorlopige ontslagbrief altijd afgedrukt, ook als ze niet zijn ingevuld.

vraagstelling	U verwees patiënt x naar onze polikliniek met het verzoek om differentiaal diagnostiek bij kortademigheid en hoesten.
bespreking	20-11-2007 onderzoek ingezet 13-12-2007 overigens gelet op de nicotine abusius en de persisterende obstructie wijzen uitslagen duidelijk op COPD,
conclusie, diagnose	13-12-2007 COPD Gold classificatie 2
beleid	Ik stel patiënt in op pulmonale medicatie. Patiënt blijft bij mij onder controle. Op termijn volgt nog een histaminedrempel om een bronchiale hyperreactiviteit uit te sluiten. Indien dit onderzoek positief is zal ik uiteraard nog allergisch onderzoek verrichten.
aanbeveling vervolg voor de huisarts	Bij goed resultaat verwijs ik patiënt naar je terug, waarbij ik nog aanvullende informatie over de histaminedrempel zal vermelden.
advies gegeven aan patiënt	Patiëntenfolder pulmonale medicatie

Figuur 7. Voorbeeld retourbrief (kern)

Vraagstelling*

In korte bewoordingen de vraagstelling uit de brief van de huisarts als die beschikbaar is; indien van toepassing ook 'patiënt bezocht op eigen initiatief', 'kwam met ambulance' et cetera. respectievelijk 'betreft doorverwijzing door ...'

Bespreking

De overwegingen van de specialist over de aard, oorzaak, gevolg en functie van de klacht. De specialist gaat hierbij in op de vraag van de huisarts. Afhankelijk van het stadium een werkhypothese of differentiële diagnose, en het tot nu toe gevolgd beleid, met overwegingen en onderbouwing.

Conclusie, diagnose*

Een kernachtige samenvatting van conclusie of diagnose. Het gaat hier om het eigen oordeel van de specialist. Indien de diagnose elders is gesteld dan dit vermelden. Indien relevant en bekend ook de prognose vermelden.

Beleid

Het actuele beleid van de specialist, de ingestelde behandeling. De door de specialist uitgevoerde controles. Ook een medicatiewijziging vermelden, bijvoorbeeld: 'Middel X opgehoogd; middel B gestaakt' (hier geen uitgebreide lijst of voorschrift vermelden, die komen in de bijlage).

Aanbeveling vervolg voor de huisarts*

De nazorg van de huisarts in het kader van de behandeling. Ook de controles die de huisarts moet uitvoeren, en wat die controles inhouden; ook al of niet voortzetten medicatie. Eventueel advies voor doorverwijzing.

Advies gegeven aan patiënt*

Indien relevant het advies dat patiënt heeft gekregen, zo letterlijk mogelijk geformuleerd. Verder vermelden hetgeen is besproken met de patiënt en of een patiënteninformatiefolder is verstrekt.

5.2.3 Bijlage

Alle rubrieken met de overige relevante informatie komen in de bijlage. De ontvanger zal de bijlage 'screenend' doornemen.

		bijlage
<i>anamnese</i>		Half oktober klaagt patiënt over hoesten, aanvankelijk productief wit slijm. Hij heeft veel koortsperiodes doorgemaakt, geen thoracale pijnklachten of hemoptoe. Wel is er sprake van een piepende ademhaling. Kortdurend heeft patiënt Spiriva gebruikt. De eetlust is goed. Het gewicht is stabiel. De klachten zijn zowel overdag als 's nachts. Geen uitlokkende factoren. De pulmonale voorgeschiedenis vermeldt geen astma, bronchitis, pneumonie of tuberculose. De tractusanamnese is niet bijdragend. De voorgeschiedenis vermeldt tweemaal een HNP-operatie, ritme-stoornis, interne analyse i.v.m. hoestklachten in 2000, een operatie in 1964.
<i>beloop, interventie</i>		geen
<i>psychosociale anamnese</i>		Patiënt is gehuwd, heeft 2 kinderen. Hij was filiaalleider bij C & A. Hij zwemt 3 maal per week, zingt in een koor en tuiniert graag.
<i>lichamelijk onderzoek</i>		Een vitale man. Tensie 140/90 mmHg. Gewicht 71 kg bij een lengte van 1.77 m. Pols 60/min. Geen pathologische lymfklieren. Cor geen souffles of geruisen. Over de longen normaal ademgeruis, geen bijgeluiden. Sonore percussie. Abdomen: soepele buik, normale peristaltiek, lever en milt niet vergroot. Aan extremiteten g.a
<i>laboratorium onderzoek</i>		<u>Laboratoriumonderzoek</u> : geen bijzonderheden.
<i>beeldvormend onderzoek</i>		<u>Röntgenonderzoek thorax</u> : slank cor, goed afgrensbare diafragmata, scherpe sinussen, geen intrapulmonale afwijkingen.
<i>functieonderzoek</i>		<u>Longfunctieonderzoek</u> : een fors gegeneraliseerde luchtwegobstructie met een Tiffeneau van 59%, een FEV1 van 2.4 l, transfer voor CO die nog binnen de norm ligt, gecorrigeerd voor het alveolaire volume.
<i>medicatie actueel</i>		13-12-2007 Sotacor 2 dd 500 13-12-2007 Acenocoumarol 9x900

Figuur 8. Voorbeeld retourbrief (bijlage)

Anamnese

Eventueel samenvatting van de voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese. De voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht. Indien relevant het tijdstip van ontstaan, duur en beloop van de klacht, eerdere behandeling

en effect. Indien relevant ook negatieve bevindingen. Een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Beloop, interventie

Belangrijke punten uit het beloop en/of toegepaste interventie (ook: therapeutische diagnostiek, operatie, ingreep).

Familieanamnese

Ziekten in de familie voor zover relevant. Steeds de ziekte en de familierelatie tot de patiënt vermelden.

Psychosociale anamnese

Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde (terughoudend omgaan met deze rubriek).

Lichamelijk onderzoek

Relevante positieve en negatieve bevindingen uit het lichamelijk onderzoek.

Laboratoriumonderzoek

Relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek datum, plaats, type bepaling, materiaal en waarde. Indien relevant ook nadere details vermelden, zoals methode, uitvoerder, eenheid en, normaalwaarden. Onder deze rubriek worden bijvoorbeeld vermeld klinisch-chemisch, bacteriologisch en pathologisch onderzoek.

Beeldvormend onderzoek

Idem, bijvoorbeeld röntgen, echo.

Funcieonderzoek

Idem, bijvoorbeeld ecg, longfunctie, vaatonderzoek, neurologisch en gehoor onderzoek.

Overig onderzoek

Idem, psychologisch onderzoek, quality of life.

Intercollegiale consulten

Uitslagen van consulten door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.

Verrichtingen derden

Verrichtingen door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.

Medicatie actueel

Volledige medicatie zoals bekend bij verzender en zoals die geldt op het moment van het schrijven van de brief, dus meestal bij het ontslag uit kliniek of uit poliklinische zorg. Per medicatieregule het middel, de dosering, de klacht waarvoor het middel is voorgeschreven, de eerste voorschrijver, de actuele voorschrijver, de duur et cetera.

Allergie, intolerantie*

Allergieën voor zover relevant met de aard van allergie of intolerantie en/of het agens (volgens de G-standaard)

Contra-indicatiecodes

De codes ten behoeve van medicatiebewakingssystemen (volgens de G-standaard).

Risicovol leefgedrag

Gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen, spuiten. Verder risicovol seksueel gedrag. Indien bekend altijd vermelden. Ook negatieve bevindingen.

Voorzieningen nodig bij consult

Extra aandacht of maatregelen nodig voor een consult met deze patiënt. Bijvoorbeeld tolk nodig, hardhorend, komt in rolstoel.

Reanimatiebeleid

Afspraken over wel of niet reanimeren. Precies formuleren welke afspraak is gemaakt, met wie en wanneer deze is vastgelegd.

5.3 Toelichting per soort e-retourbrief

Zoals gezegd zijn de eerste brief en de voorlopige ontslagbrief het belangrijkste. Vaak volstaan deze.

Alle brieven bestaan ten minste uit de verplichte rubrieken. Daarnaast worden optionele rubrieken toegevoegd indien daarvoor aanleiding is. Zie paragraaf 7.4 voor de verplichte en aanbevolen rubrieken per soort brief.

5.3.1 Eerste brief

De eerste brief wordt gestuurd direct na het eerste bezoek van de patiënt aan de polikliniek of de dag van opname in de kliniek. De snelheid van de brief is belangrijker dan de volledigheid: voor de huisarts is de brief het signaal dat de verantwoordelijkheid (gedeeltelijk) is overgenomen. Soms kan echter worden afgesproken dat de eerste brief van de polikliniek pas na het tweede bezoek komt omdat pas dan een goed beeld is verkregen.

5.3.2 Vervolgbrief, operatiebericht, overplaatsingsbericht

De vervolgbrief wordt gebruikt in situaties waarin sprake is van langdurige specialistische controle. Men kan afspreken dat deze brief jaarlijks of halfjaarlijks wordt verstuurd.

Het operatiebericht wordt gestuurd op de dag van de operatie. Voor de huisarts is het van belang te weten dat de patiënt is geopereerd, hoe de operatie is verlopen en of een (voorlopige) diagnose is gesteld. Als de patiënt direct is ontslagen na de operatie, wordt in plaats van een operatiebericht een voorlopige ontslagbrief gestuurd.

Het overplaatsingsbericht wordt gestuurd op de dag van overplaatsing naar een andere afdeling of ander specialisme (dus niet verplaatsing naar een ander bed of andere kamer!).

5.3.3 Voorlopige ontslagbrief

De voorlopige ontslagbrief wordt gestuurd binnen 24 uur na ontslag. De snelheid van de brief is belangrijker dan de volledigheid: voor de huisarts is de brief het signaal dat de verantwoordelijkheid aan hem wordt teruggegeven.

5.3.4 Nagekomen uitslag, afrondingsbrief

De nagekomen uitslag wordt gestuurd indien latere informatie consequenties heeft voor de zorg aan de patiënt of anderszins van belang is voor de huisarts. Naast de nagekomen informatie is daarom ook een toelichting gewenst in de rubrieken bespreking, beleid, aanwijzing voor de huisarts of advies voor patiënt. De huisarts bewaart de nagekomen uitslag naast de voorlopige ontslagbrief.

In sommige gevallen is een afrondingsbrief aan de orde: een uitgebreide brief zodra alle uitslagen bekend zijn. De huisarts zal de eerdere brieven vervangen door deze brief. Bij vraagstelling vermeldt de specialist daarom: 'Deze brief vervangt de voorlopige ontslagbrief'.

5.3.5 Bericht van overlijden

Bij overlijden kan worden gekozen voor het sjabloon van de eerste brief, de afrondingsbrief of de nagekomen uitslag. De specialist zal veelal de bijlage achterwege laten.

6 Implementatie bij de huisarts

Implementatie van de richtlijn bij de huisarts omvat ondersteuning vanuit het HIS of andere applicatie én correct gebruik van functionaliteit. Pas als aan beide eisen is voldaan zullen verwijsbrieven volgens de richtlijn worden geproduceerd.

6.1 Ondersteuning vanuit het HIS

Deze paragraaf beschrijft de benodigde ondersteuning vanuit het HIS of een losse daartoe ingerichte applicatie die is gekoppeld aan het HIS. Voor beide situaties geldt het zelfde eisenpakket.

6.1.1 ondersteuning e-verwijsbrieven

Het HIS respectievelijk de verwijs- of communicatieapplicatie:

- ondersteunt onder de naam 'NHG Verwijsbrief (HASP)' alle briefsoorten uit deze richtlijn die voor gebruiker van toepassing zijn (voor de huisarts: korte brief en uitgebreide brief)
- biedt de gebruiker de mogelijkheid om defaults in te stellen voor:
 - het soort brief dat default verschijnt,
 - het presenteren van een lege kern dan wel een die vanuit het HIS is gevuld,
 - de periode waarover gegevens worden geselecteerd voor de verwijsbrief⁴;
- biedt de gebruiker de mogelijkheid voor het aanmaken van een brief rechtstreeks of vanuit een deelcontact met de mogelijkheid om:
 - te kiezen voor andere dan de default-instellingen,
 - een patiënt te selecteren (indien de brief rechtstreeks wordt aangemaakt),
 - een ziekenhuis, specialisme en/of specialist te selecteren,
 - idealiter: gegevens (meetwaarden et cetera) voor de brief actief te selecteren;
- presenteert een correcte sjabloon voor het gekozen soort brief:
 - met van alle verplichte rubrieken de rubrieknamen identiek aan de wijze waarop ze zijn vermeld in deze richtlijn, en zonder de mogelijkheid om rubrieken toe te voegen, rubrieknamen te wijzigen of verplichte rubrieken te schrappen,
 - met (indien gebruiker 'vulling vanuit het HIS' heeft aangegeven) een vulling per rubriek overeenkomstig de tabellen in 6.3, waarbij geldt dat indien voor een rubriek geen informatie beschikbaar is 'geen' wordt ingevuld,

⁴ Bij episodegericht registreren (EGR) kan de selectie plaatsvinden vanuit de desbetreffende episode: alle gegevens gekoppeld aan die episode van de laatste vier maanden en van ten minste de laatste drie consulten binnen de episode. Bij een niet-EGR dossier: alle gegevens van de laatste vier maanden en ten minste de laatste drie consulten.

- met een duidelijke aanduiding dat er niet-verplichte rubrieken beschikbaar zijn, welke rubrieken dit zijn, en met de mogelijkheid om deze rubrieken voor deze verwijzing toe te voegen;
- biedt per rubriek de mogelijkheid:
 - om de rubriek nader aan te vullen, leeg te maken, te overschrijven, opnieuw de ‘vulling vanuit het HIS’ op te halen, de periode waarover gegevens (meetwaarden et cetera) worden geselecteerd te wijzigen,
 - om te ‘scrollen’ door het dossier van de patiënt,
 - om op eenvoudige wijze de definitie van een rubriek te tonen,
 - om, indien voorhanden, op eenvoudige wijze de invulinstructie voor het specialisme te tonen;
- vertaalt sjabloon plus rubrieken naar een te verzenden brief
 - volgens de lay-out zoals getoond in deze richtlijn,
 - met de tekst ‘geen’ voor verplichte rubrieken waarvoor geen informatie is ingevuld,
 - met voor de gebruiker de mogelijkheid op elk moment de brief te bekijken in de lay-out zoals die zal worden verzonden;
- biedt de mogelijkheid om de brief te autoriseren voor verzending met de mogelijkheid
 - met standaard de huisarts als verzender en de mogelijkheid om de verzender aan te passen ingeval van waarnemer, aio, hidha et cetera,
 - om een ziekenhuis, specialisme en/of specialist te selecteren of te wijzigen;
- biedt de mogelijkheid om brieven later af te ronden
 - met een melding zodra HIS of applicatie wordt gestart dat er nog niet afgeronde brieven klaarstaan,
 - met dezelfde functionaliteit zoals hierboven aangegeven;
- slaat verzonden brieven op.

6.1.2 afrondende acties bij verzenden

Het HIS respectievelijk de applicatie:

- biedt de mogelijkheid om deze brief bij verzending om te zetten in XML en/of HL7 afhankelijk van standaarden bij de geselecteerde ontvanger.

Zie hiervoor Bijlage A.

6.1.3 ondersteuning e-retourbrieven

Het HIS respectievelijk de applicatie:

- is in staat om een overzicht te tonen van ontvangen e-retourbrieven met per brief een regel met daarin:
 - gegevens verzender: specialisme, naam specialist, ziekenhuis, locatie,
 - gegevens patiënt: naam, burgerservicenummer, geboortedatum, geslacht, adres,

- gegevens ontvanger: naam huisarts,
- gegevens verzending: datum/tijdstip autorisatie,
- soort brief: eerste brief, vervolgbrief, voorlopige ontslagbrief, nagekomen uitslag, afrondingsbrief;
- biedt de gebruiker de mogelijkheid om ontvangen brieven integraal op te slaan onder 'correspondentie';
- biedt de gebruiker voor retourbrieven de mogelijkheid defaults in te stellen per rubriek:
 - voor het doorsluizen van rubrieken uit de retourbrieven naar bepaalde HIS-delen, waarbij dan altijd de relatie met de brief (datum, tijd, verzender dan wel rechtstreekse koppeling) wordt behouden;
- stelt de gebruiker in staat om de e-retourbrief voor een patiënt te raadplegen
 - vanuit het patiëntdossier,
 - en/of vanuit de afspraak voor de patiënt in de spreekuurmodule.

6.2 Instructie huisarts

Deze paragraaf beschrijft de acties die de huisarts (vaak ondersteund door zijn assistente) uitvoert bij het samenstellen van een brief.

De huisarts stelt eenmalig de defaults in voor het werken met verwijsbrieven. Dit betreft het soort sjabloon dat verschijnt bij het starten van de verwijs- of communicatiemodule, en de voorkeur voor een brief met een voorselectie uit het HIS, dan wel voor een lege brief (met selectiemogelijkheid in het HIS).

Tijdens of na het consult maakt de huisarts de verwijsbrief. Hij start hiervoor de verwijsmodule vanuit het betreffende deelcontact. Meestal vraagt de verwijs- of communicatiemodule een aantal gegevens rond de verwijzing zoals ziekenhuis, specialisme, specialist en locatie. Soms kan de huisarts aangeven tot hoe lang terug gegevens van de patiënt moeten worden toegevoegd. Vervolgens geeft de huisarts aan dat de verwijs- of communicatiemodule de brief kan gaan samenstellen.

De huisarts controleert nauwgezet de 'kern' van de brief, en in grote lijnen de 'bijlage'. Per rubriek voert hij de afrondende actie uit zoals beschreven bij de paragrafen 6.3.2 en 6.3.3. Indien gewenst voegt hij de optionele rubrieken toe (rubrieken zonder * in genoemde tabel).

Ten slotte controleert hij de brief in de definitieve lay-out, autoriseert hij de brief en verzendt hem.

6.3 Instructie per rubriek

Onderstaande tabellen geven de samenhang tussen de automatische vulling vanuit het HIS en de afrondende actie door de huisarts.

6.3.1 Envelop

De rubrieken uit de envelop worden indien van toepassing gevuld door het HIS respectievelijk de verwijsapplicatie.

Rubriek	Automatisch vullen vanuit his of verwijsapplicatie	Afrondende actie huisarts
Gegevens huisarts	Ja.	Geen.
Gegevens ontvanger	Standaardtabellen hanteren, keuze van huisarts overnemen.	Geen.
Gegevens patiënt	Bij voorkeur via burgerservice-nummer, anders overnemen uit verwijsbrief.	Geen.
Datum en tijdstip autorisatie *	Op moment van verzenden.	Geen.
Toegangspad	Indien regionale afspraken.	Geen.
Urgentie	Indien regionale afspraken.	Geen.
Afspraaknummer	Indien regionale afspraken.	Geen.
Contactgegevens patiënt	Indien mogelijk.	Handmatig invullen.
Naam verzender	Ja.	Geen.

6.3.2 Kern

De rubrieken uit de kern worden indien van toepassing gevuld door het HIS respectievelijk de verwijsapplicatie. Alle rubrieken komen in de brief. Rubrieken met * krijgen de inhoud 'geen' indien geen informatie beschikbaar is.

Rubriek	Automatisch vullen vanuit his of verwijsapplicatie	Afrondende actie huisarts
Klacht, vraagstelling *	Vanuit de E-regel van het deelcontact van waaruit wordt verwezen. Afhankelijk van de implementatie is een alternatieve vulling voor deze rubriek een goed opgebouwd laatste deelcontactverslag.	De huisarts formuleert de vraag erbij.
Anamnese *	Vanuit de S-regel van het deelcontact.	De huisarts selecteert zo nodig extra SOEP-regels van de episode. De huisarts vult aan en maakt de tekst begrijpelijk.
Lichamelijk onderzoek *	Vanuit de O-regels van de episode. NB Afhankelijk van de implementatie kan het zijn dat bevindingen voor het lichamelijk onderzoek moeten worden opgehaald uit het diagnostisch archief.	De huisarts vult aan en maakt de tekst begrijpelijk.
Relevante comorbiditeit *		De huisarts selecteert handmatig uit de episodelijst.

Rubriek	Automatisch vullen vanuit his of verwijsapplicatie	Afrondende actie huisarts
Ingestelde behandeling *	Vanuit de P-regel van het deelcontact.	De huisarts selecteert zo nodig extra p-regels van de episode, of regels uit de medicatielijst.
Besproken met patiënt		De huisarts formuleert dit indien gewenst.
Procedurevoorstel *		De huisarts formuleert deze rubriek, eventueel selecteert hij uit vaak voorkomende teksten (eventueel regionaal een keuzelijst afspreken).

6.3.3 Bijlage

De rubrieken in de bijlage worden indien van toepassing gevuld door het HIS respectievelijk de verwijsapplicatie. Voor samengestelde en/of gecodeerde velden geldt dat deze leesbaar worden gepresenteerd. Dit houdt bijvoorbeeld in dat spaties worden ingevoegd, dat velden netjes onder elkaar worden geplaatst en dat bij codes omschrijving van de code wordt bijgevoegd. Rubrieken met * worden altijd opgenomen en krijgen de inhoud 'geen' indien geen informatie beschikbaar is.

Rubriek	Automatisch vullen vanuit his of verwijsapplicatie	Afrondende actie huisarts
Probleemlijst, episode-lijst *	Vanuit de episodelijst en/of probleemlijst.	De huisarts past de tekst zo nodig aan overeenkomstig privacyeisen, en vult eventueel aan uit lijst gesloten episodes.
Medicatie actueel *	Vullen vanuit de medicatielijst.	
Allergie, intolerantie *	Vullen vanuit allergie.	
Contra-indicatiecodes *	Vullen vanuit de contra-indicatiecodes.	
Aanvullend onderzoek *	Bij EGR van diagnostisch archief en correspondentie is soms aanvulling mogelijk. Dan geldt voor de korte brief dat de waarden behorend bij het deelcontact worden geselecteerd, bij de uitgebreide brief de waarden behorend bij de gehele episode. De periodeselectie vervalt daarmee.	De huisarts selecteert handmatig uit het diagnostisch archief en/of de correspondentie.
Ook bekend bij *		De huisarts selecteert uit correspondentie.

Rubriek	Automatisch vullen vanuit his of verwijsapplicatie	Afrondende actie huisarts
Risicovol leefgedrag *	Vanuit diagnostisch archief. Afhankelijk van de implementatie kan het zijn dat bevindingen voor deze rubriek moeten worden opgehaald uit het diagnostisch archief (roken) of de episodelijst (verslavingen).	De huisarts vult zo nodig aan.
Familieanamnese		De huisarts formuleert indien van toepassing.
Psychosociale anamnese		De huisarts formuleert indien van toepassing.
Voorzieningen nodig bij consult		De huisarts formuleert indien van toepassing.
Reanimatiebeleid		De huisarts formuleert indien van toepassing.
Levenstestament, codicil	Soms vullen vanuit ruiter.	De huisarts formuleert indien van toepassing.

6.4 Differentiatie e-verwijsbrief per specialisme

Soms is voor een specialisme specifieke informatie in een rubriek gewenst.

Differentiatie voor een specialisme geschiedt via invulinstructies in de vorm van de toelichtende tekst bij een rubriek. Bijvoorbeeld voor een brief naar de cardiologie kan de huisarts bij de rubriek *relevante comorbiditeit* de invulinstructie krijgen dat het voor de cardioloog van belang is hier melding te doen van de aan- of afwezigheid van diabetes, hypertensie, adipositas en roken. Voor een ander specialisme kan een andere invulinstructie gelden.

De invulinstructie wordt in eerste instantie gemaakt door de specialistenvereniging⁵. Regionaal kan men hierop een aanvulling formuleren. In een regionale aanvulling kan de chirurg dan bijvoorbeeld expliciet vragen of en waar een foto is gemaakt. Het gebruik van regionale instructies vraagt uitgebreide technische ondersteuning; het is niet te verwachten dat dit in alle situaties gerealiseerd kan worden.

Er dient zeer terughoudend te worden omgegaan met invulinstructies.

⁵ Op dit moment zijn er nog geen invulinstructies van specialistenverenigingen beschikbaar.

7 Implementatie bij specialist en ziekenhuis

Implementatie van de richtlijn bij de specialist omvat ondersteuning vanuit het elektronisch patiëntendossier (EPD), ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) of andere applicatie, ondersteuning vanuit de ziekenhuisorganisatie én correct gebruik van functionaliteit door de specialist. Pas als aan alle eisen is voldaan zullen retourbrieven volgens de richtlijn worden geproduceerd.

7.1 Ondersteuning vanuit het ZIS

Deze paragraaf beschrijft de benodigde ondersteuning vanuit het EPD en/of ZIS of een losse daartoe ingerichte applicatie die is gekoppeld aan het EPD en/of ZIS voor het verwerken van de e-verwijsbrief en het vervaardigen van de e-retourbrieven. Soms kan de functionaliteit zijn verdeeld over meerdere systemen.

7.1.1 verwerken en raadplegen e-verwijsbrief

Het EPD en/of ZIS respectievelijk de bedoelde applicatie:

- is in staat om een overzicht te tonen van ontvangen e-verwijsbrieven met per brief een regel met daarin:
 - gegevens verzender: naam verzender, naam huisarts,
 - gegevens patiënt: naam patiënt, burgerservicenummer, geboortedatum,
 - gegevens ontvanger: specialisme, naam specialist, locatie,
 - gegevens verwijzing: datum/tijdstip autorisatie, afspraaknummer, toegangspad, urgentie,
 - de aanduiding of de e-verwijsbrief al is gekoppeld aan een afspraak en/of een patiëntendossier;
- ondersteunt het voeren van het beheer over de ontvangen brieven:
 - archiveert alle ontvangen e-verwijsbrieven waarbij een behandelingsrelatie is ontstaan gedurende de wettelijke voorgeschreven termijn gekoppeld aan het EPD van de patiënt,
 - retourneert met een in te stellen frequentie (bijvoorbeeld vier keer per jaar) de brieven waarbij binnen een in te stellen termijn (bijvoorbeeld drie maanden) geen behandelingsrelatie is ontstaan naar de afzender;
- stelt de gebruiker in staat om de e-verwijsbrief voor een patiënt te raadplegen
 - vanuit het patiëntdossier,
 - en/of vanuit de afspraak voor de patiënt in de spreekuurmodule.

7.1.2 ondersteuning e-retourbrieven

Het EPD en/of ZIS respectievelijk de bedoelde applicatie:

- ondersteunt onder de naam ‘NHG Retourbrief (HASP)’ alle briefsoorten uit deze richtlijn die voor gebruiker van toepassing zijn (voor de specialist: eerste polikliniekbrief, vervolgbrief et cetera);
- biedt de gebruiker de mogelijkheid voor het aanmaken van een brief met de optie om:
 - een briefsoort te kiezen,
 - een patiënt te selecteren;
- presenteert een correcte sjabloon voor het gekozen soort brief:
 - met van alle verplichte rubrieken de rubrieknamen zoals vermeld in deze richtlijn, zonder de mogelijkheid om rubrieken toe te voegen, rubrieknamen te wijzigen of verplichte rubrieken (zie verder) te schrappen,
 - met, voor zover mogelijk, een vulling per rubriek overeenkomstig de tabellen in 7.4, waarbij ‘geen’ wordt ingevuld indien voor een verplichte rubriek geen informatie beschikbaar is,
 - met een duidelijke aanduiding dat er niet-verplichte rubrieken beschikbaar zijn en welke rubrieken dit zijn inclusief de mogelijkheid om deze rubrieken toe te voegen;
- biedt per rubriek de mogelijkheid om:
 - op eenvoudige wijze de definitie zoals in deze richtlijn gegeven te tonen,
 - op eenvoudige wijze de invulinstructie voor het specialisme te tonen indien voorhanden;
- vertaalt sjabloon plus rubrieken naar een te verzenden brief:
 - volgens de lay-out zoals getoond in deze richtlijn,
 - met de tekst ‘geen’ voor verplichte rubrieken waarvoor geen informatie is ingevuld,
 - met voor de gebruiker de mogelijkheid op elk moment de brief te bekijken in de lay-out zoals die zal worden verzonden;
- biedt de mogelijkheid om de brief te autoriseren voor verzending met:
 - standaard de specialist als verzender en de mogelijkheid om de verzender aan te passen ingeval van assistent et cetera,
 - de mogelijkheid om ontvangers van kopiebrieven te selecteren;
- biedt de mogelijkheid om brieven later af te ronden:
 - met een melding zodra de applicatie wordt gestart dat er nog niet afgeronde brieven klaar staan,
 - met dezelfde functionaliteit als hierboven aangegeven;
- slaat verzonden brieven op.

7.2 Ondersteuning vanuit het ziekenhuis

Meer dan bij de huisarts ligt hier een rol in de taakverdeling tussen ziekenhuis, secretariaat en specialist, die ertoe moet leiden dat brieven steeds op tijd de deur uitgaan.

Met figuur 5 als startpunt spreekt men per specialisme af op welk moment wordt verzonden.

Bijvoorbeeld voor specialisme A:

- *De eerste brief voor aandoeningen x en y na het tweede consult, voor de overige na het eerste consult en de voorlopige ontslagbrief op de dag van ontslag uit poliklinische zorg.*
- *Indien de patiënt wordt opgenomen, dan komt een vervolgbrief die kond doet van het plan voor opname. Op de dag van opname volgt een eerste brief, bij ontslag de voorlopige ontslagbrief. Eventueel volgt dan nog een nagekomen uitslag of een afrondingsbrief.*

Voor alle specialismen:

- *Bij overlijden altijd een eerste brief op de dag van overlijden, zo nodig gevolgd door een afrondingsbrief of een nagekomen uitslag.*

Per specialisme spreekt men af hoe de route is.

Bijvoorbeeld voor specialisme A:

- *Het secretariaat geeft op de status aan dat er een brief moet uitgaan.*
- *Voor de eerste brief levert de specialist na afloop van het spreekuur de benodigde informatie via de status (elektronisch of via een invulbrief) aan bij het secretariaat.*
- *Het secretariaat maakt binnen een halve werkdag de brieven biedt die aan ter autorisatie.*
- *De arts accordeert binnen een halve werkdag.*
- *Het secretariaat verzendt direct na autorisatie (of: arts verzendt bij autorisatie).*

Per specialisme spreekt men af wie de verzending bewaakt. Vaak is dat het secretariaat, dat daarvoor zelf lijstjes bijhoudt.

Verder gaat men na in hoeverre automatische vulling door het EPD en/of ZIS mogelijk is. Zie hiervoor ook de tabel onder 7.4. Ten slotte spreekt men evaluatiemomenten af.

7.3 Instructie specialist

Hoe de specialist uiteindelijk komt tot een correcte brief, verschilt nogal per setting. Belangrijk is dat de specialist zich in alle gevallen beperkt tot de aangeboden rubrie-

ken: extra rubrieken worden niet ondersteund door de HIS'en van de huisartsen. Ook is van belang dat de specialist de brief controleert en autoriseert voor verzending.

Zoals gezegd verschillen de manieren waarop een specialist een brief componeert. Sommige specialisten dicteren met de richtlijn in de hand en hun secretariaat verwerkt het gedicteerde in een bijpassende sjabloon tot een brief volgens de richtlijn. Soms werken deze specialisten met een eigen dicteerkaartje toegespitst op de rubrieken uit de richtlijn die de specialist meestal gebruikt, eventueel voorzien van 'beginzinnen'. Andere specialisten werken tijdens het consult met een invulbrief volgens de richtlijn, soms al ingevuld met de relevante uitslagen. Het secretariaat werkt de brief uit met het bijpassende sjabloon. Sommige specialisten maken al zelf vanuit het EPD en/of ZIS de retourbrief aan.

7.4 Instructie per rubriek

Onderstaande tabellen geven de samenhang tussen eventuele vulling vanuit het EPD en/of ZIS of de communicatiemodule, en de afrondende actie door de specialist.

7.4.1 Envelop

De rubrieken uit de envelop worden indien van toepassing en zo mogelijk gevuld vanuit het EPD en/of ZIS of de communicatiemodule. De inhoudelijke actie komt van de specialist.

Rubriek	Uit EPD/ZIS of communicatiemodule	Actie specialist
Gegevens specialist	Uit eigen systeem.	Geen.
Gegevens huisarts	Overnemen uit verwijsbrief.	Geen.
Verwijzer	Overnemen uit verwijsbrief.	Controle uitvoeren: het gaat om de ondertekenaar van de verwijsbrief.
Gegevens patiënt	Bij voorkeur via burgerservice-nummer, anders overnemen uit verwijsbrief.	Geen.
Datum en tijdstip autorisatie *	Op moment van verzenden.	Geen.
Ontvangers kopieën	Aan wie een kopie wordt gestuurd. Ook regelen dat de kopieën worden verstuurd.	Controle uitvoeren.
Toegangspad	Bij regionale afspraken, overnemen uit de verwijsbrief.	Geen.
Urgentie	Bij regionale afspraken, overnemen uit de verwijsbrief.	Geen.

7.4.2 Kern

De rubrieken uit de kern worden indien mogelijk gevuld vanuit het ZIS of de communicatiemodule, in onderstaande tabel staat dit onder 'administratief'. Veelal dicteert de specialist en rondt het secretariaat de brief af.

Alle rubrieken uit de kern komen in de brief. Rubrieken met * krijgen de inhoud 'geen' indien geen informatie beschikbaar is.

Rubriek	Eerste brief	Vervolgbrief	Voorlopig ontslagbericht ontslag	Operatiebericht	Overplaatsingsbericht	Nagekomen uitslag	Afrondingsbrief	Uit EPD/ZIS of communicatiemodule (zie hoofdstuk 5 of inlegkaartje voor definities)	Actie specialist (zie hoofdstuk 5 of inlegkaartje voor definities)
Vraagstelling	*	*	*	*	*	*	*	Overnemen uit de verwijsbrief.	Indien de patiënt kwam zonder verwijsbrief formuleert de specialist zelf.
Bespreking	+	+	+	+	+		+	Datum plus consultregels uit de status.	De specialist vult aan en formuleert het antwoord op de vraag van de huisarts.
Conclusie, diagnose	*		*	+			*		De specialist formuleert.
Beleid	+	+	+				+		De specialist formuleert.
Aanbeveling vervolg huisarts	*		*				*		De specialist formuleert.
Advies gegeven aan patiënt	*		*				*		De specialist formuleert.

* altijd vermelden

+ meestal vermelden

7.4.3 Bijlage

De rubrieken in de bijlage worden indien van toepassing gevuld door het ZIS respectievelijk de verwijsapplicatie. Rubrieken met * worden altijd opgenomen en krijgen de inhoud 'geen' indien geen informatie beschikbaar is.

Rubriek	Eerste brief	Vervolgbrief	Voorlopig ontslagbericht ontslag	Operatiebericht	Overplaatsingsbericht	Nagekomen uitslag	Afrondingsbrief	Uit EPD/ZIS of communicatiemodule (zie hoofdstuk 5 of inlegkaartje voor definities)	Actie specialist (zie hoofdstuk 5 of inlegkaartje voor definities)
Anamnese	+						+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Beloop/ interventie		+	*				+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Familieanamnese							+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Psychosociale anamnese							+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Lichamelijk onderzoek	+					+	+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Laboratorium onderzoek	+	+				+	+	Overnemen uit betreffende applicatie.	De specialist selecteert welke van toepassing zijn.
Beeldvormend onderzoek	+	+				+	+	Overnemen uit betreffende applicatie.	De specialist selecteert de relevante uitslagen.
Functie- onderzoek	+	+				+	+	Overnemen uit betreffende applicatie.	De specialist selecteert de relevante uitslagen.
Overig onderzoek	+	+				+	+	Overnemen uit betreffende applicatie.	De specialist selecteert de relevante uitslagen.
Intercollegiale consulten							+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Verrichtingen derden							+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist vult aan.
Medicatie actueel	*	*					*	Overnemen uit betreffende applicatie.	De specialist controleert.
Allergie, intolerantie							+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist controleert.
Contra- indicatiecodes							+	Overnemen uit betreffende applicatie.	De specialist controleert.
Risicovol leefgedrag							+	Datum + consultregels uit de status.	De specialist controleert.
Voorzieningen nodig bij consult								Datum + consultregels uit de status.	De specialist controleert.
Reanimatiebeleid								Datum + consultregels uit de status.	De specialist controleert.

7.5 Differentiatie e-retourbrief per specialisme

Soms is voor een specialisme differentiatie gewenst van de specialistenbrief.

Differentiatie per specialisme dient bij voorkeur te geschieden via invulinstructie. Zo zou het specialisme psychiatrie bij de rubriek *anamnese* de toelichtende tekst kunnen verstrekken welke onderdelen bij de anamnese kunnen worden onderscheiden, bijvoorbeeld psychiatrische anamnese, psychiatrische voorgeschiedenis en toestand bij opname.

De invulinstructie wordt in eerste instantie gemaakt door de specialistenvereniging⁶; regionaal kan men hierop een aanvulling formuleren.

In (zeer) uitzonderlijke gevallen kan voor een specialisme een extra rubriek nodig zijn in het gedeelte 'kern'. Er lopen afspraken om dergelijke rubrieken toe te voegen via overleg met de Orde/Raad WOK (wetenschap, opleiding en kwaliteit). Vooral voor de psychiatrie is dit aan de orde. Het gaat dan om rubrieken zoals status inbewaaringstelling, vigerende behandelingsafspraken, regievoerder, biografie, gezinsinterventie, bewindvoerder.

⁶ Op dit moment zijn er nog geen invulinstructies van specialistenverenigingen beschikbaar.

Bijlage A: wijze van verzenden, beveiliging, tags

Wijze van verzenden

Bij de wijze van verzenden zijn aan de orde het technische format (bijvoorbeeld HL7, Edifact, XML, opgemaakte tekst) en de wijze van uitwisselen, te weten elektronisch (meerdere alternatieven), fax of papier. Idealiter verzendt men de brief als HL7 bericht via een beveiligd en/of besloten netwerk. In de praktijk komen echter tussen de voorkeursvariant en opgemaakte tekst op papier vele tussenoplossingen voor. Indien men kiest voor elektronisch verzenden met XML is het noodzakelijk om de rubrieken te markeren. Zie hiervoor onder 'tags' verderop in deze bijlage. In alle gevallen dient men af te stemmen met de ontvanger. Ook is in alle gevallen beveiliging aan de orde.

Beveiliging

De e-verwijsbrief en e-retourbrief bevatten altijd medisch-inhoudelijke gegevens, die het hoogste niveau van informatiebeveiliging vragen. Onafhankelijk van de wijze van verzenden komt de brief op enig moment buiten de beveiligde omgeving van huisartsenpraktijk respectievelijk ziekenhuis. Het is daarom van belang om maatregelen te nemen voor het waarborgen van beschikbaarheid, integriteit en exclusiviteit van de brief. Hier wordt volstaan met het noemen van een minimale set maatregelen; veelal is meer noodzakelijk.

De papieren brief wordt verzonden in een gesloten envelop of meegegeven aan de patiënt in een open envelop. Verzending per fax vraagt aan beide kanten om een fax die onder toezicht of achter slot en grendel staat.

Indien men gebruikmaakt van e-mail, dan dient dit versleuteld te geschieden over een beveiligd netwerk met certificaten aan beide kanten.

Bij verzending via eigen netwerken of inbellijnen dient men gebruik te maken van beveiligde verbindingen en de algemeen gangbare beveiligingseisen hiervoor. Op zijn minst moet versleuteling plaatsvinden.

In alle gevallen dient de ontvangende organisatie maatregelen te nemen om te zorgen dat de brief ook daadwerkelijk bij de geadresseerde aankomt, en dat er onderweg geen ongeautoriseerde inzage is.

Tags

In sommige situaties wordt gewerkt met onderstaande tags (of mnemonics, of drielettercodes).

tag	rubriek	komt voor in verwijsbrief	komt voor in retourbrief
ADV	advies gegeven aan patiënt	-	ja
ALI	allergie, intolerantie	ja	ja
ANM	anamnese	ja	ja
AVH	aanbeveling vervolg voor de huisarts	-	ja
AVO	aanvullend onderzoek	ja	-
BLD	beleid	-	ja
BPI	beloop, interventie	-	ja
BPT	besproken met patiënt	ja	-
BSP	bespreking	-	ja
BVO	beeldvormend onderzoek	-	ja
CDG	conclusie, diagnose	-	ja
CIC	contra-indicatie-codes	ja	ja
DTA	datum en tijdstip autorisatie	ja	ja
FAN	familieanamnese	ja	ja
FNO	functie onderzoek	-	ja
IBE	ingestelde behandeling	ja	-
INC	intercollegiale consulten	-	ja
KVR	klacht, vraagstelling	ja	-
LBO	laboratorium onderzoek	-	ja
LON	lichamelijk onderzoek	ja	ja
LTC	levenstestament, donorcodicil	ja	-
MAC	medicatie actueel	ja	ja
OBB	ook bekend bij	ja	-
OVO	overig onderzoek	-	ja
PAN	psychosociale anamnese	ja	ja
PEL	probleemlijst, episodelijst	ja	-
PRV	procedurevoorstel	ja	-
RCM	relevante co-morbiditeit	ja	-
REA	reanimatiebeleid	ja	ja
RLG	risicovol leefgedrag	ja	ja
VRD	verrichtingen derden	-	ja
VRG	vraagstelling	-	ja
VZC	voorzieningen nodig bij consult	ja	ja

Bijlage B: ontwikkelingen

Ketenzorg

Deze richtlijn is opgesteld voor informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist. Inmiddels wordt de richtlijn ook steeds meer gebruikt voor bredere communicatie, zoals bij gegevensuitwisseling tussen meerdere zorgverleners in de eerste en tweede lijn en bij communicatie tussen specialisten onderling. Ook bij een gedeeld dossier blijkt het noodzakelijk om de zorg via een expliciete verwijsbrief respectievelijk retourbrief over te dragen. Vaak zijn er dan meerdere ontvangers van kopieën. Voorwaarde voor het vervaardigen van een goede verwijsbrief is dat men ook gedeelde gegevens primair in het eigen dossier registreert.

NICTIZ: landelijk gegevensmodel (DMIM)

Met het oog op de toekomstige landelijke ontsluiting van dossiers is het van belang dat de relatie van de berichtuitwisseling via deze richtlijn met het landelijk gegevensmodel bekend is en wordt onderhouden. In 2005 is een afbeelding gemaakt van deze richtlijn op het gegevensmodel specifiek voor de eerstelijns, opdat de brief via een HL7 bericht is te versturen. Inmiddels wordt gewerkt aan integratie van deze richtlijn in het generieke gegevensmodel dat NICTIZ zal gaan hanteren.

NICTIZ: landelijke verwijsindex (LSP)

De mogelijkheid om gegevens op te kunnen halen doet niets af aan de noodzaak van een verwijs- en retourbrief. Op den duur kan bij goed functioneren van de landelijke verwijsindex het meesturen van het medicatieoverzicht respectievelijk uitslagen in de bijlage komen te vervallen.

HIS-referentiemodel (NHG), NHG Richtlijn adequate dossiervoering (ADEMD)

Deze richtlijn geldt integraal voor het HIS-referentiemodel 2000 en 2005.

Voor het geautomatiseerd vullen van verwijsbrieven op basis van deze richtlijn is ADEMD een essentiële richtlijn. Wanneer de huisarts ADEMD toepast, kan de brief beter automatisch worden 'voorgevuld'. Voor het in concrete gevallen adequaat verwijzen is een aanvulling op de richtlijn ADEMD voorzien. Zo kan de huisarts bij een korte verwijsbrief voor een simpele ingreep, vraagstelling of aandoening al bij het vastleggen van het deelcontactverslag rekening houden met de automatische voorzet voor de verwijsbrief.

⁷ Nationaal ICT Instituut in de Zorg