

**INFORMATIEVERSTREKKING  
TUSSEN HUISARTSEN  
BIJ OVERDRACHT VAN  
BEHANDELRELATIE**



nederlands huisartsen  
genootschap

# **INFORMATIEVERSTREKKING TUSSEN HUISARTSEN BIJ OVERDRACHT VAN BEHANDELRELATIE**



© 2006 Nederlands Huisartsen Genootschap  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

*Tjeerd van Althuis, Paul Voskuyl, Khing Njoo,*  
26 september 2006

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.

# Inleiding

Deze notitie beschrijft welke medische gegevens in aanmerking komen voor overdracht van een huisarts waar een patiënt is (was) ingeschreven naar een huisarts waar de patiënt is (zal worden) ingeschreven. Tevens behandelt de notitie hoe de huisarts dient om te gaan met de gegevens van de uitgeschreven patiënt. De gevolgen van een mutatie van een patiënt voor de aanmelding van patiëntengegevens bij het Landelijk Schakelpunt (LSP) komen eveneens aan de orde.

Het medisch dossier bij de huisarts is een bijzonder dossier. Dit volgt uit de rol en taakopvatting van de huisarts in het Nederlandse zorgbestel. De huisarts levert integrale, persoonlijke en continue zorg aan de patiënt en de huisarts is het eerste medische aanspreekpunt voor de patiënt in de zorg (poortwachter). Men name de aspecten integrale zorg en continuïteit hebben gevolgen voor de inhoud van het medisch dossier bij de huisarts. Het medisch dossier bij de huisarts geeft een overzicht van de medische geschiedenis van een patiënt in de tijd, niet alleen van contacten tussen huisarts en patiënt maar ook van de medische wederwaardigheden met andere zorgverleners zoals andere eerstelijns zorgverleners en medisch specialisten.

Het is vanuit deze optiek dus van het grootste belang dat de medische gegevens zoals die worden beheerd door de huisarts optimaal worden overgedragen wanneer de behandelrelatie overgaat van de ene naar de andere huisarts (mutatie). Dit klemmt te meer nu er meer en meer gegevens worden geregistreerd bij de patiëntenzorg én deze gegevens, onder voorwaarden, ook elektronisch opvraagbaar worden voor andere zorgverleners.

# Uitgangspunten

## Bewaarplicht

Volgens de WGBO moet elke zorgverlener een dossier bijhouden. Dit dossier moet de zorgverlener gedurende 15 jaar, of zoveel langer als redelijkerwijze voor het verlenen van goede zorg noodzakelijk is, bewaren. De KNMG stelt zich op het standpunt dat de bewaarplicht overgaat op de nieuwe huisarts bij overdracht van de behandelrelatie. In de tijd van het papieren dossier betekende dit dat het gehele papieren archief overging van oude naar nieuwe huisarts en dat er bij de oude huisarts geen patiëntendossier achterblijft. Hiermee was continuïteit op een zeer pragmatische wijze gegarandeerd.

Nadeel van deze aanpak is dat een huisarts in bepaalde situaties, zoals tuchtzaken, niet meer de beschikking heeft over het originele medisch patiëntendossier en dus problemen kan ondervinden bij het zich verantwoorden over de geboden zorg. Juist het zich kunnen verantwoorden over geboden zorg is een van de hoekstenen van de WGBO. Overigens geeft de KNMG aan dat de voormalige huisarts bij tuchtzaken recht heeft op het patiëntendossier zoals dat bij de nieuwe huisarts wordt beheerd.

Het NHG stelt voor dat het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) na overdracht voor een beperkte periode, tot maximaal drie jaar, beschikbaar blijft bij de oorspronkelijke huisarts. Hiervoor zijn twee argumenten:

1. verantwoording over het gevoerde beleid in individuele gevallen;
2. beschikbaarheid van patiëntegegevens voor het samenstellen van rapportages.

## Patiëntenrechten

De patiënt heeft het recht op inzage, aanvulling, verwijderen en afscherming. Bij overdracht van het dossier dient de patiënt gewezen te worden op de mogelijkheid om informatie uit zijn dossier te verwijderen, voordat het naar de nieuwe huisarts gaat.

## **Continuïteit bij de overdracht**

Om de continuïteit van de zorg te garanderen dient het gehele patiëntendossier, zowel het elektronisch deel als de papieren archieven, overgedragen te worden aan de huisarts waar de patiënt zich heeft laten inschrijven.

## **Integriteit van EPD**

Juist bij elektronische dossiers zijn er allerlei mogelijkheden om data te manipuleren en te gebruiken: kopiëren, verwijderen, aanvullen, wijzigen. Tegelijkertijd is het van belang om een EPD zoals het wordt overgedragen zowel qua inhoud als qua structuur als een “eigenstandig document”, dat niet meer te wijzigen is, te bewaren.

## **Elektronische overdracht van het Elektronisch Patiënten Dossier**

Dit uitgangspunt spreekt mogelijk voor zich.

# Huidige Praktijk

De huidige praktijk is gevarieerd, qua procedures, qua inhoud, qua opslag- en transportmedia. Tegenwoordig houden vrijwel alle huisartsen een (groot) deel van het medisch dossier in een elektronisch systeem bij, een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Veelal bestaat er naast het EPD nog een papieren archief. In het papieren of fysieke archief bevinden zich de stukken van voor de invoering van het EPD en die correspondentie die (nog) per post komt. Afhankelijk van de werkwijze van de huisarts en de wijze waarmee deze het werken met het EPD is gestart, bestaat het papieren archief uit kopie-informatie die ook in het EPD is verwerkt of ook uit originele gegevens die niet in het EPD zijn ingevoerd.

Bij overdracht van de behandelrelatie wordt het papieren archief overgedragen en wordt een kopie van het EPD, veelal als papieren afdruk, bijgesloten. Veelal blijft, afhankelijk van het gebruikte huisartsinformatiesysteem (HIS), het originele EPD in elektronisch gearchiveerde vorm beschikbaar bij de oorspronkelijke huisarts. Een enkele huisarts maakt een papieren samenvatting van het elektronisch medisch dossier à la de verwijfsbrief voor de medisch specialist.

Aan de ontvangende kant, bij de nieuwe huisarts, is in grote lijnen de situatie dat uit een overdaad aan gegevens de belangrijkste punten worden geselecteerd, deze worden overgenomen in het nieuw op te bouwen elektronisch medisch dossier. Vervolgens wacht men af wat de patiënt “brengt”. Wat er verder aan papier meekomt wordt (soms) globaal doorgenomen op relevante highlights. Papieren onderdelen van het medisch dossier gaan in de archiefkast. Afhankelijk van de werkwijze van de huisarts wordt oude medische correspondentie een enkele keer nog wel geraadpleegd (schatting: 2-4 keer per jaar per praktijkpopulatie); de rest (de afdruk van het originele EPD, eventueel groene kaart) wordt niet geraadpleegd.

Bij huisartsen bestaan twee wensen op het terrein van de overdracht van medische gegevens:

1. geheel elektronische overdracht van het EPD, dat wil zeggen als gestructureerd databestand dat integraal en gestructureerd kan worden overgenomen in het eigen huisartsinformatiesysteem;
2. het verkrijgen van een samenvatting of een overzicht bij het EPD.

Deze twee wensen kunnen niet los van elkaar begrepen worden. Dat wil zeggen dat wanneer een huisarts een adequaat bijgehouden en gevuld EPD ontvangt in de vorm van een gestructureerd databestand dat kan worden overgenomen in het eigen systeem, deze huisarts “automatisch” beschikt over een overzicht en de instrumenten heeft om dit overzicht naar eigen behoefte en inzicht aan te passen. Maar wanneer niet aan deze condities is voldaan, dan is de behoefte groot aan een gestructureerde samenvatting op papier bij de overdracht.

Een apart probleem wordt gevormd doordat in toenemende mate huisartsen de ontvangen papieren correspondentie inscannen en de zo verkregen elektronische documenten verwerken in of bij het EPD. Te verwachten valt dat in de toekomst huisartsen correspondentie meer en meer in elektronische vorm zullen ontvangen. Er zijn geen afspraken hoe met deze elektronische documenten bij de overdracht moet worden omgegaan: al dan niet mee overdragen met het EPD, als integraal onderdeel van het EPD of als bijlage bij het EPD en de methode voor het elektronisch overdragen van deze bijlagen (techniek, format).

# Uitsluitingen

Situaties die niet vallen onder “patiëntoverdracht”:

1. Praktijkopvolging

Deze situatie valt niet onder de hier beschreven “patiëntoverdracht”. De praktijkopvolger neemt de zorg en verantwoordelijkheden voor de praktijkpopulatie integraal over van de voorganger.

2. Emigratie

Emigratie is een situatie die niet valt onder de condities van overdracht, immers er is geen nieuwe huisarts (ontvanger). Wel eindigt de behandelrelatie, de huisarts kan in dit geval informatie meegeven aan de patiënt, waarbij aspecten als vorm (elektronisch (tekst, gestructureerd) of gedrukt), taal en omvang van de inhoud afgewogen kunnen worden in samenspraak met de patiënt, de betrokkene.

3. Revalidatie/inrichting/verpleeghuis/ontwenningsskliniek

Valt niet onder patiëntoverdracht. De patiënt wordt uitgeschreven (bij opname langer dan 1 maand, patiënt gaat over naar AWBZ) bij de oorspronkelijke, eigen huisarts. Wel dient (kan) de huisarts informatie verstrekken aan andere behandelaars in betreffende instellingen. Bij tijdelijke opnames komt patiënt weer terug en wordt weer ingeschreven.

4. Tijdelijk verblijf “elders”: gevangenis, zontoeristen, overwinteraars Zie 3. alleen blijft in dit soort situaties de patiënt gewoon ingeschreven bij de eigen huisarts.

5. Niet op naam ingeschreven patiënten (NONI's)

Valt niet onder patiëntoverdracht, immers er is geen nieuwe huisarts, ontvanger. Medische dossiervorming, continuïteit en informatievoorziening vormen een probleem waarvoor geen pasklare oplossing voorhanden is.

6. Asielzoekers/zwervers/daklozen/illegalen

Valt niet onder patiëntoverdracht, hebben een versnipperd dossier, meerdere behandelaars, geen centraal punt.

7. Uitwonende kinderen (studenten)

Zolang ingeschreven bij eigen huisarts van ouders is de eigen huisarts dossierbeheerder. Wanneer het uitwonende kind zich inschrijft bij een nieuwe huisarts is er sprake van “patiëntoverdracht”. Ondertussen kan er (zal er veelal) sprake zijn van meerdere behandelaars.

8. Patiëntengegevens die zijn verzameld in het kader van onderzoek

Het onderzoeksprotocol voorziet in toestemming van de patiënt voor deelname aan onderzoek. Onderdeel van het onderzoeksprotocol is veelal dat onderzoeksgegevens voor een bepaalde tijd beschikbaar blijven voor latere controle.



# Actoren

Patiënt

Oorspronkelijke huisarts (zender)

Medewerkers (bv. praktijk-assistente) bij oorspronkelijke huisarts

Nieuwe huisarts (ontvanger)

Medewerkers (bv. praktijk-assistente) bij nieuwe huisarts

# Aandachtspunten bij overdracht van patiëntgegevens

## Adequate dossiervorming

Voor het overdragen van patiëntendossier is een adequaat gevuld en gestructureerd elektronisch patiëntendossier een essentiële voorwaarde.

## Informereren en rechten van patiënt

Overdracht van medische informatie over een patiënt is niet iets dat “van-zelf” gaat. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om mee te bepalen welke informatie ter beschikking wordt gesteld aan de nieuwe huisarts. Het komt voor dat patiënten bepaalde informatie niet willen doorgeven (beginnen met een schone lei). Wanneer patiënten besluiten om bepaalde informatie te blokkeren van overdracht, moet de oorspronkelijke huisarts de patiënt uitleggen wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn.

## Minderjarigen

Iedere patiënt heeft zijn eigen dossier, bij overdracht van medische gegevens van minderjarigen (praktisch vanaf 12 jaar) is opletten vereist. Toestemming van een minderjarige (vanaf 12 jaar) is feitelijk noodzakelijk.

## Woonverband

Soms zal een heel woonverband (gezin) vertrekken uit de praktijk. In zo'n geval zullen alle leden van het woonverband ieder apart moeten aangeven welke informatie aan de opvolger wordt verstrekt.

## Verzoeken van derden cq. de nieuwe huisarts

Pas honoreren na duidelijke (schriftelijke) machtiging van patiënt.

## **Informatievoorziening na het tijdstip van overdracht**

Veelal komt er nog medische informatie binnen bij de oorspronkelijke huisarts na de mutatie. Het kan dan gaan om uitslagen van eerder ingezet onderzoek of een eerdere verwijzing (correct geadresseerd), of om incorrect geadresseerde post (mn. bij chronische patiënten onder behandeling bij medisch specialist). In alle gevallen moet de oorspronkelijke huisarts één of meer van de volgende acties kunnen ondernemen:

- doorsturen naar nieuwe huisarts (opvolger)
- retour sturen naar afzender (met correct adres)
- De oorspronkelijke huisarts moet de mogelijkheid hebben om nagekomen uitslagen toch nog in het eigen patiëntendossier vast te leggen. Het gaat dan vooral om die uitslagen die nog van belang zijn voor het vastleggen (documenteren) van het eigen beleid.

## **Huisarts – Centrale Huisartsenpost (CHP)**

Met het vertrek van een patiënt uit de praktijk verandert er ook iets in de communicatie HA-CHP (en dus de verwijsindex). Het lijkt ons dat de verwijzing in de index naar de oorspronkelijke huisarts moet verdwijnen (op het moment van uitschrijven) en dat met het inschrijven van een patiënt bij een nieuwe huisarts er een nieuwe verwijzing in de index moet komen. Anders gezegd: het kan niet zo zijn dat er bij een CHP twee of meer “waarneemsamenvattingen” op het beeldscherm verschijnen wanneer een patiënt zich daar meldt tijdens ANW tijden.

# Inhoud overdracht

Bij de overdracht wordt het gehele actuele medische dossier overgedragen aan de nieuwe huisarts. Het gaat dan, in termen van het Referentiemodel 2005, om alle patiëntgebonden medische gegevens (additioneel) en alle episodegebonden medische gegevens (episodelijst, deelcontactverslagen, medicatie, correspondentie en diagnostisch archief, beleid en doel).

Ook gegevens van derden (denk aan medicatiedossier, voorschriften/afleveringen) voor zover opgenomen in het actuele medische dossier worden mede overgedragen. In het elektronisch medisch dossier bij de huisarts worden ook gegevens van derden vastgelegd om zo een volledig beeld te hebben van de medische toestand van een patiënt. Voor zover deze informatie gekoppeld is aan episodica, gaat deze informatie mee met de patiëntoverdracht.

Eerdere patiëntoverdrachten gaan mee in de vorm van gestructureerde elektronische archieven.

Met het actuele medische dossier wordt bedoeld het EPD zoals dat door de huisarts qua inhoud en structuur is vormgegeven. Dit bestaat uit eigen toegevoegde gegevens, gegevens van derden zoals toegevoegd gedurende de behandelrelatie en, als bijzondere vorm van gegevens van derden, gegevens die zijn overgenomen naar het actuele medische dossier uit een eerdere overdracht (het actuele EPD en meegezonden archieven) van de vorige huisarts.

Voor de overdracht van ontvangen correspondentie (brieven, afbeeldingen) gelden bijzondere regels.

- ontvangen papieren correspondentie wordt integraal overgedragen;
- ontvangen papieren correspondentie die is ingescand kan als elektronische bijlage bij het EPD worden meegezonden (ingescande brieven bij voorkeur in het PDF format);
- ontvangen elektronische correspondentie kan als elektronische bijlage bij het EPD worden meegezonden,
- idealiter wordt in het EPD de bronvermelding opgenomen; wanneer bij de bron (verzender) de correspondentie elektronisch opvraagbaar is, dan wordt de ontvangen correspondentie voor zover beschikbaar bij de huisarts, niet overgedragen.

Ontvangen correspondentie wordt dus behandeld als bijlage bij het EPD. Dat wil zeggen dat opmerkingen of een samenvatting van de correspondentie wel integraal onderdeel uitmaken van het EPD.

Een overzicht van zorgcontacten met derden (bij wie is deze patiënt momenteel onder behandeling) is als zodanig niet in een HIS beschikbaar en kan dus ook niet worden overgedragen. Men kan alleen een beeld hiervan krijgen via het doorlopen van de uitgaande en binnenkomende correspondentie.

Een lijst van voorgangers (cave verhuisfrequentie) kon in de papieren tijd afgeleid worden uit handschriften en initialen. In een HIS wordt geen lijst bijgehouden van eerdere huisartsen. Bij elektronische dossiervorming en elektronische overdracht van patiëntengegevens is het wel mogelijk om inzicht te krijgen in de voorgangers, als signaal voor verhuisfrequentie, via de meegestuurde elektronische archieven, van iedere voorgaande huisarts één.

Werkaantekeningen horen niet bij het medisch dossier en gaan dus niet mee met de patiëntoverdracht.

Geheime regels of regels gemarkeerd als “vertrouwelijk” horen wél bij het medisch dossier. De markering geeft aan dat het zaken betreft die vertrouwelijk dienen te blijven, dus tussen patiënt en huisarts. Voor de overdracht betekent dit dat deze gegevens niet worden overgedragen, tenzij hiervoor als nog toestemming van de patiënt voor wordt verkregen. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om het dossier te controleren op dit soort items, om te overwegen of het inhoudelijk items betreft die wellicht toch wel moeten worden overgedragen en, indien dit het geval is, een en ander te overleggen met de patiënt.

In het huisartsinformatiesysteem worden diverse logbestanden bijgehouden. De belangrijkste zijn het logbestand waarin wijzigingen met reden worden bijgehouden die naderhand in het EPD worden doorgevoerd en het logbestand waarin wordt bijgehouden wanneer en door wie welke patiëntengegevens elektronisch zijn opgevraagd.

Er is een zekere tegenstrijdigheid tussen de eis dat de integriteit van gegevens door de software gegarandeerd moet worden (vandaar loggen van wijzigingen in de gegevens achteraf) en de eis dat patiënten gegevens moeten kunnen wijzigen of verwijderen. We kiezen ervoor om bij de overdracht van gegevens de rechten van de patiënt zwaarder te laten wegen dan de eis voor het behoud van de integriteit van de gegevens. Om die reden worden de logbestanden (wijzigingen in het EPD, elektronische inzages door derden) niet mee overgedragen.

## Patiëntengegevens na de overdracht bij de oude huisarts

Het EPD blijft bij de oude huisarts nog enige tijd na uitschrijven beschikbaar. Dit is noodzakelijk voor de verwerking van nagekomen informatie en voor rapportages. Na een zekere periode (1 tot x maanden) kan het EPD worden gearchiveerd, dat wil zeggen dat het EPD alleen nog onder bijzondere omstandigheden kan worden geopend. Het opnieuw openen van een gearchiveerd dossier van een patiënt waarvan het dossier is overgedragen aan een andere huisarts wordt geregistreerd. Na maximaal drie jaar moet het EPD definitief en geheel worden verwijderd uit het systeem. Bij het verwijderen gaat het om het actuele EPD, eventuele archieven, werkaantekeningen en logbestanden (wijzigingen, inzages, heropenen).

Het is mogelijk dat er ook nog patiëntengegevens (tot de persoon herleidbare medische gegevens) zijn vastgelegd in andere systemen dan het huisarts informatiesysteem. Alle regels met betrekking tot overdracht gelden voor alle patiëntengegevens en zijn systeem onafhankelijk.

# Patiëntengegevens na overdracht bij de nieuwe huisarts

De nieuwe huisarts ontvangt de overdracht als archieven die niet te wijzigen zijn. De huisarts start met een nieuwe registratie, een nieuw actueel medisch dossier. Bij het vullen van het nieuwe EPD kan de huisarts delen uit het voorgaande medisch dossier of het gehele voorgaande medische dossier invoeren (kopiëren) in de nieuwe patiëntenregistratie.

# Landelijk Schakelpunt

Gegeven de visie op de huisartsenzorg en de daaruit voortvloeiende organisatie rond het EPD bij de huisarts, kan er maar altijd één verwijzing in het Landelijk Schakelpunt (LSP) voorkomen naar een huisarts.

Bij overdracht van een patiënt dient te verwijzing naar de vorige huisarts vervangen te worden naar een verwijzing naar de actuele huisarts. Deze wijziging kan pas plaatsvinden nadat de actuele huisarts de overdracht heeft ontvangen en verwerkt. We gaan er van uit dat bij overdracht er zich geen wijziging zal voordoen in de eventueel aangemelde gegevenssoorten in de LSP. Dat wil zeggen dat bij het muteren van de huisartsverwijzing in de LSP automatisch ook de aangemelde gegevenssoorten mee wijzigen.



## Archieven en duplicatie van gegevens

De medische gegevens worden van de ene naar de volgende huisarts overgedragen in de vorm van afzonderlijke archieven per eerdere huisarts (zie schema). De inhoud en structuur van deze archieven mag niet gewijzigd worden. De nieuwe huisarts bouwt elke keer een nieuw actueel medisch dossier op, daarbij gebruikmakend van gegevens van de voorgaande en eventueel eerdere huisartsen. Dat betekent dat per overdracht gegevens gedupliceerd zullen worden. Deze aanpak garandeert de grootst mogelijke vrijheid voor een huisarts om het actuele medische dossier naar inhoud en structuur vorm te geven, terwijl het tevens garandeert dat historische gegevens “nooit” verloren zullen gaan (hoewel hierop vanuit de rechten die patiënten wettelijk hebben toch weer een uitzondering op is). Tevens blijft de interpretatie van de medische geschiedenis van een patiënt door eerdere huisartsen behouden doordat de dossiers van eerdere huisartsen naar inhoud en structuur behouden blijven. De eventuele bijlagen (elektronische vormen van ontvangen correspondentie) worden slechts één keer overgedragen en blijven gekoppeld aan één archief.

# Patiëntenrechten en archieven

Formeel gesproken heeft een patiënt het recht om ook in de gearchiveerde medische dossiers gegevens te wijzigen of te verwijderen. In het actuele medische dossier wordt het wijzigen of verwijderen van (delen van) het medisch dossier bijgehouden in een logbestand, zodat inzichtelijk blijft wie wanneer welke wijziging heeft doorgevoerd en om welke reden. Dit impliceert dat eenzelfde bewaking noodzakelijk is op gearchiveerde medische dossiers.

# Bewaartermijn en archieven

De wettelijke bewaartermijn is recent verhoogd naar 15 jaar. Dit betekent dat het in principe toch mogelijk moet zijn om de digitale archieven op te schonen, hoewel er tegelijkertijd juist garanties moeten zijn dat gegevens niet zonder reden gewijzigd of verwijderd kunnen worden. Ook hieruit volgt dat het mogelijk moet zijn om met redenen omkleed (logging) in digitale archieven patiëntengegevens te kunnen verwijderen.

# Scenario's/use cases/story boards

Klassiek (toekomst verhaal)

De familie Roos gaat verhuizen van Utrecht naar Leidschendam. Gelukkig heeft mijnheer Roos bij de voorbereidingen van de verhuizing zich kunnen aanmelden bij het Gezondheidscentrum Visking, bij huisarts Plats. Nu komt mevrouw Roos bij haar huisarts in Utrecht, dr. Vlok, en vertelt dat zij binnenkort met haar familie zal verhuizen. Mw. Roos geeft aan dat zij graag wil dat de nieuwe huisarts goed is geïnformeerd over haar gezondheid omdat zij net met een behandeling bezig is. De praktijk-assistente vraagt gegevens over de nieuwe huisarts en wanneer de verhuizing precies zal plaatsvinden. Zij vraagt of ook andere gezinsleden verhuizen en of ook de medische informatie van hen opgestuurd moet worden. Mw. Roos beaamt dit en de praktijk-assistente legt uit dat haar man en kinderen ieder toestemming moeten geven. Misschien is het het handigste om een afspraak te maken, dan kan precies bekeken worden welke informatie moet worden opgestuurd en dan kan ook te toestemming worden geregeld.

De praktijk-assistente maakt een afspraak en geeft een informatiefolder mee waarin ook een toestemmingsformulier is verwerkt.

Op de afspraak met de huisarts komen zowel mijnheer als mevrouw Roos. Dr. Vlok toont aan mw. Roos wat er vanuit het dossier bij hem over mw. Roos naar de huisarts in Leidschendam zou kunnen gaan. Daar kijkt mw. Roos toch wel van op: er is wel heel veel informatie over haar, ook van lang geleden. "Is dat allemaal wel belangrijk" vraagt zij. Dr. Vlok legt uit waarom bepaalde zaken toch belangrijk blijven en mw. Roos gaat akkoord. Vervolgens is mijnheer Vlok aan de beurt. Dezelfde stappen worden doorlopen. Voor de kinderen van 6 en 8 jaar oud kijken de ouders de informatie even door. De huisarts kan nu de berichten met de overdrachtinformatie klaarzetten. Dr. Vlok geeft aan dat hij nu klaar is en wenst de familie het beste toe. De praktijk-assistente kan het nu verder afhandelen.

De praktijk-assistente ziet dat er vier berichten klaar staan voor verzending naar de nieuwe huisarts. Ze boekt de vier patiënten uit en inactiveert de dossiers. Ze vertelt de familie Roos dat zij de klaargezette overdrachten per elektronische post zal versturen naar dr. Plats.

In het Gezondheidscentrum Visking ziet de praktijk-assistente van dr. Plats dat er vier berichten zijn aangekomen. Het zijn de overdrachten voor vier nieuwe patiënten, de familie Roos. Ze zet de informatie klaar voor dr. Plats. Later op de dag bekijkt dr. Plats de overdrachten. Hij ziet dat de overdrachten overzichtelijk zijn opgebouwd en neemt deze onverkort over in zijn systeem. Bij mw.

Roos ziet hij als openstaande episode dat zij bezig is met een behandeling voor secundaire subfertiliteit in het ziekenhuis in Utrecht. Hij neemt zich voor om in het kennismakingsgesprek te informeren hoe het gaat en of zij naar Utrecht zal blijven gaan voor deze behandeling.

# Andere systeemzaken (geen effect op communicatie, overdracht medische gegevens)

## Facturatie

Op het moment van uitschrijven, blijft de administratie gewoon doorlopen tot evt. rekeningen zijn voldaan. Dit kan door met de normale routine rekeningen te versturen (nu naar nieuw adres) of door bij vertrek direct een eindafrekening op te laten maken. Administratie wordt gesloten na ontvangst van betalingen.

## Verslagen en overzichten

Voor bepaalde tellingen, bv. het jaarverslag blijft het noodzakelijk om over alle gegevens te kunnen beschikken van de praktijkpopulatie, ook over de vertrokken patiënten. Een dossier kan dus pas definitief worden gearhiveerd wanneer zowel de financiële administratie is afgerond als de praktijkrapportage is afgerond.

# Begrippen

## Mutatie

Verandering van huisarts; patiënt wordt uitgeschreven bij oude/vorige huisarts en ingeschreven bij nieuwe/volgende huisarts.

## Verhuizing

Verandering van woonadres van patiënt.

## Woonverband

Dit begrip wordt losjes gebruikt en dekt verschillende ladingen: gezin, mensen op één adres, samenlevingsverband. Binnen een HIS kan het handig zijn om bepaalde dossiers met elkaar te kunnen associëren. In het kader van dossierbeheer en informatievoorziening is het echter essentieel om ieder dossier als een aparte entiteit te beschouwen.

## Medisch dossier

Alle medische informatie over een patiënt: elektronisch, papier, bij de hand of gearhiveerd.

## Actueel medisch dossier

Dat deel van het medisch dossier dat door de actuele huisarts is gevuld en gestructureerd, al dan niet met behulp van informatie afkomstig van andere zorgverleners.

## Elektronisch patiënten dossier (EPD)

Dat deel van het medisch dossier dat op elektronische wijze is opgeslagen. Het EPD bestaat uit het EPD in engere zin, bestaande uit de registratie van patiëntengegevens door de huisarts, en het EPD in ruimere zin, bestaande uit voornoemde registratie en alle elektronische documenten (originelen) van ontvangen correspondentie.

## Huisarts

Oude of oorspronkelijke huisarts waar de patiënt stond ingeschreven  
nieuwe huisarts (opvolger) waar de patiënt staat ingeschreven.

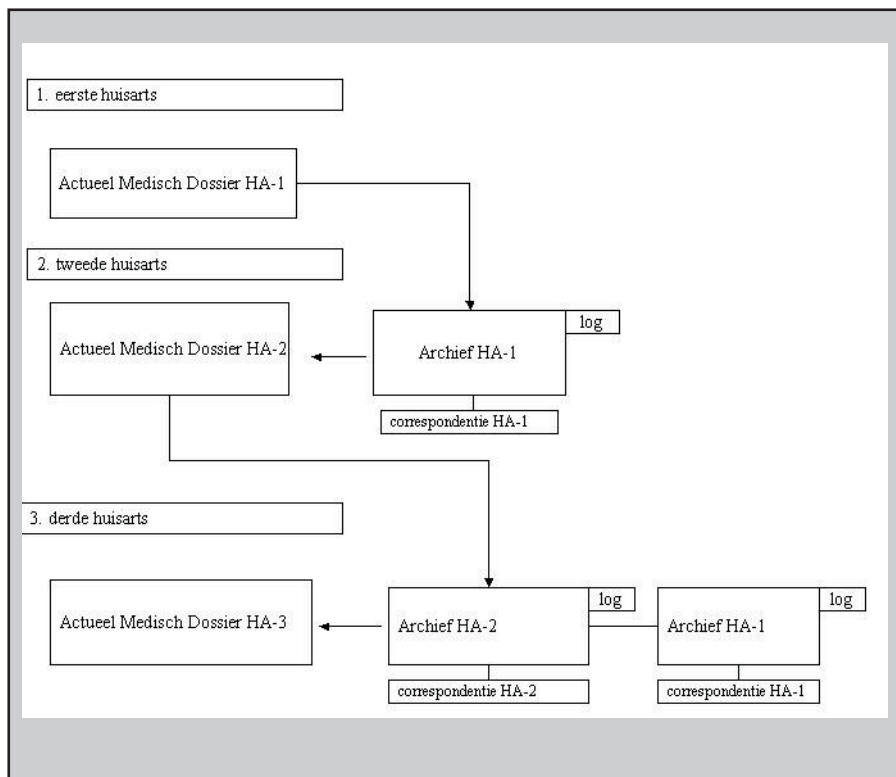
PS. omvang van een gemiddeld patiëntendossier is momenteel ongeveer 250 Kb (dat zal ex. bijlagen, plaatjes en ingescande correspondentie zijn).

# Literatuur

KNMG Richtlijn, Overdracht van patiëntendossiers na ontstentenis van de arts zonder opvolging, Mr. D.Y.A. van Meersbergen, Dr. T.J.A.M. van Meersbergen.



## Bijlage: Diagram patiëntenoverdracht



---

© Nederlands Huisartsen Genootschap  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
Tel. 030 - 282 35 00  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

---