

Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)



**nederlands huisartsen
genootschap**

©NHG
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
e-mail: t.vanalthuis@nhg.org

**(Specificaties voor gegevens in de dienstwaarneming,
Professionele samenvatting voor de waarnemer,
Minimumdataset Waarneming)**

14 april 2004

J.W. van der Kouwe
E.H.C. Bastiaanssen
A.F. van der Meulen †

versie 2, 21 januari 2005

T.R. van Althuis

versie 3, 24 juli 2008

P.A.J. Rijnierse
K.H. Njoo
T.R. van Althuis

versie 4, 1 mei 2013

P.A.J. Rijnierse
T.R. van Althuis
R. Westerhof
E.H.C. Bastiaanssen

Inhoudsopgave

VERSIE-INFORMATIE	4
VERSIE 2 (JANUARI 2005).....	4
VERSIE 3 (JULI 2008).....	4
VERSIE 4 (MEI 2013)	4
INLEIDING	5
DOEL VAN DE RICHTLIJN	5
VERANDERINGEN TEN OPZICHTE VAN VERSIE 3 (2008)	5
BEHEER VAN DE RICHTLIJN.....	6
GERELATEERDE DOCUMENTEN.....	6
GEGEVENSUITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN DE CHP	7
INHOUD VAN DE GEGEVENSSETS.....	7
RANDVOORWAARDEN	10
FUNCTIONELE EISEN AAN HET HIS	11
FUNCTIONELE EISEN EN PRESENTATIE-EISEN AAN HET CHP-IS.....	11
BIJLAGE 1. BEGRIPPENLIJST	14
BIJLAGE 2. TOTSTANDKOMING	15
BIJLAGE 3. DEFINITIE HIS-REFERENTIEMODEL 2012	16
BIJLAGE 4. UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: ALGEMENE GEGEVENS (VOOR PS EN WRB).....	17
BIJLAGE 5. UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: DE PROFESSIONELE SAMENVATTING (VOLGENS DEFINITIE HIS-REFERENTIEMODEL 2012)	18
BIJLAGE 6. UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: HET WAARNEEMRETOURBERICHT	22
BIJLAGE 7. AFSCHERMING VAN GEGEVENS IN HET HIS-REFERENTIEMODEL 2012.....	24

Versie-informatie

Versie 2 (januari 2005)

- De titel van het document is veranderd van ‘Project Professionele Samenvatting¹ voor de Waarneming Huisartsen’ naar ‘Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)’.
- Het item ‘volledigheid van de gegevens’, in de tekst ook wel aangeduid als ‘vlag’, is verwijderd uit de specificaties voor de professionele samenvatting voor de waarnemend huisarts en uit het waarneemretourbericht.

Toelichting

Het is aan de patiënt om aan te geven welke informatie niet beschikbaar is voor derden, in dit geval de waarnemer op de Centrale Huisartsenpost. De verantwoordelijkheid voor de beslissing om informatie niet ter beschikking te stellen ligt eveneens bij de patiënt.

Het is dan niet juist om in de communicatie van de huisarts naar waarnemer op te nemen dat informatie wel beschikbaar is maar niet wordt getoond, omdat er gegevens zijn afgeschermd.

Versie 3 (juli 2008)

In versie 3 is in het waarneemretourbericht het veld ‘episode’ opgenomen; hier kan de waarnemer een voorstel doen voor een episodenaam. Daarnaast is de tekst van de richtlijn volledig herschreven.

Versie 4 (mei 2013)

In versie 4 wordt de richtlijn uitgebreid met gegevens uit enkele nieuwe dossierdelen uit het HIS-Referentiemodel zoals behandelingen, beleid en additioneel. Daarnaast zijn afgesloten episodes met attentiewaarde toegevoegd. Overdrachtsgegevens als apart onderdeel in het bericht van de huisarts naar de waarnemer verdwijnen.

¹ In de loop der tijd zijn door het veld verschillende termen na en naast elkaar gebruikt: aanvankelijk minimum dataset waarneming, later professionele samenvatting (PS) of waarneem dataset huisarts (WDH), bij Nictiz huisarts waarneemgegevens (HWG). In deze richtlijn is steeds sprake van professionele samenvatting (PS) en waarneemretourbericht(WRB).

Inleiding

De komst van grotere organisatiestructuren voor de dienstwaarneming² heeft ertoe geleid dat steeds meer huisartsen betrokken raken bij de zorg voor één patiënt. Tegelijkertijd krijgt iedere huisarts afzonderlijk te maken met een grotere groep patiënten. In de dienstwaarneming zal de huisarts³ de meeste patiënten die hij ziet, niet goed kennen. De schaalvergroting maakt het belangrijker dan ooit dat de waarnemer over relevante patiëntengegevens kan beschikken.

Om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen moet hij in elk geval een verkorte versie van de gegevens kunnen inzien. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is van mening dat het presenteren van een samenvatting aan de waarnemer de voorkeur heeft boven het ter beschikking stellen van het gehele patiëntendossier. Met dit doel is de 'Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)', voorheen genoemd Professionele Samenvatting (P.S.), ontwikkeld.

De richtlijn beschrijft twee soorten gegevens;

1. Een selectie van gegevens uit het HIS van de huisarts die door de CHP kan worden opgevraagd, de Professionele samenvatting (PS)
2. Het verslag van de waarnemer aan de huisarts van de patiënt over het contact op de CHP, het waarneemretourbericht (WRB)

Doel van de richtlijn

Het doel van de richtlijn is het beschrijven van de gegevenssets die de huisarts bij zijn werk op de Centrale Huisartsenpost ter beschikking dient te hebben om in de waarneming goede zorg te kunnen leveren. Daarnaast beschrijft de richtlijn de inhoud van het waarneemretourbericht (WRB), het verslag van de waarnemer aan de huisarts van de patiënt over het contact op de CHP. Een gedetailleerde uitwerking van de gegevenssets in de bijlagen is toegevoegd met name voor Nictiz en de HIS leveranciers ten behoeve van de berichten. De richtlijn beschrijft een aantal randvoorwaarden en doet suggesties wat betreft de presentatie van gegevens op de CHP en de functionaliteit die wenselijk is in CHP-IS en HIS voor de verwerking van de gegevens.

Veranderingen ten opzichte van versie 3 (2008)

Dossierdelen en wijzigingen uit het HIS-Referentiemodel nu opgenomen in versie 4:

- Ingrepen: ingrepen en behandelingen, die (gecodeerd) in het HIS zijn vastgelegd.
- Afgesloten episodes die voorzien zijn van een attentiewaarde.
- Beleid en doel per episode: bij elke episode het bijbehorende beleid.
- Aanvullende gegevens: Sociale gegevens, Aanvullende contactgegevens en Profylaxe en voorzorg, zoals beschreven in dossierdeel Additioneel van het HIS-Referentiemodel.

² Het NHG onderscheidt hiernaast nog een andere vorm van waarneming: zorg aan een patiënt verleend tijdens normale praktijkuren, bijvoorbeeld tijdens vakantie of ziekte van de huisarts, waarbij het beleid op de langere termijn op de voorgrond staat. Deze vorm van waarneming is in deze richtlijn niet aan de orde.

³ In deze tekst kan voor Centrale Huisartsenpost ook de daar werkzame huisarts/waarnemer worden gelezen en voor huisarts ook de huisartsenpraktijk worden gelezen.

- Overdrachtsgegevens als apart onderdeel zijn verdwenen uit de PS, deze gegevens kunnen nu worden vastgelegd in Additioneel (Sociale gegevens en Aanvullende contactgegevens) en Beleid en doel.
- Aan het waarneemretourbericht zijn contra-indicaties toegevoegd.

Niet alle voorgestelde wijzigingen zullen op korte termijn in de berichten kunnen worden opgenomen. Het NHG kiest er voor ze in de richtlijn op te nemen om daarmee een snelle plaatsing op de ontwikkel en implementatie agenda's te bevorderen.

Beheer van de richtlijn

Het NHG beheert deze richtlijn (T.van Althuis, t.vanalthuis@nhg.org).

Gerelateerde documenten

HIS-Referentiemodel 2012

NHG Richtlijn adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD) 2009

Gegevensuitwisseling tussen huisarts en de CHP

Een goede kwaliteit van waarneming op de Centrale huisartsenpost vereist een goede gegevensuitwisseling en gegevensverwerking door CHP en huisartsenpraktijk. Daarvoor zijn de volgende aspecten van belang:

- De inhoud van de gegevenssets: Algemene gegevens en identificatie, de Professionele samenvatting (PS) en het waarneemretourbericht (WRB).
- Randvoorwaarden
- Functionele eisen aan het HIS
- Functionele en presentatie-eisen aan het CHP-IS

Inhoud van de gegevenssets

Dit hoofdstuk geeft een globale beschrijving van de inhoud van de gegevenssets. In bijlagen 4, 5 en 6 worden de gegevenssets meer in detail uitgewerkt. De gegevenssets zijn beschreven op basis van het HIS-Referentiemodel van het NHG: een indeling van diverse soorten gegevens (dossier-items) opgeslagen in een aantal dossierdelen.

Algemene gegevens en identificatie

Patiënt, huisarts en waarnemer moeten in de verschillende informatiesystemen eenduidig zijn terug te vinden. Deze richtlijn beschrijft in algemene termen welke algemene gegevens in de PS en in het waarneemretourbericht (WRB) beschikbaar moeten zijn:

- Identificatiegegevens van de patiënt
- Identificatiegegevens van de huisarts en de huisartsenpraktijk
- Identificatiegegevens van de waarnemer en de huisartsenpost

Een beschrijving van de methoden en technieken voor persoonsidentificatie, zoals bijvoorbeeld BSN en UZI, valt buiten het bestek van deze richtlijn.

De professionele samenvatting (PS)

De professionele samenvatting is een samenvatting uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de patiënt, zoals beheerd door de huisarts, die vanuit het HIS wordt verstuurd naar het CHP-IS op verzoek van een waarnemer.

De PS bevat de volgende gegevens uit het patiëntendossier van de huisarts:

- Episodelijst: de lijst open/actieve episodes en hun eventuele attentiewaarde⁴
- Episodelijst: afgesloten episodes mits voorzien van een attentiewaarde
- Beleid en doel per episode
- Deelcontactverslagen: overzicht van de deelcontractverslagen, geordend volgens SOEP, van de open episodes over de laatste vier maanden of minimaal de laatste vijf contacten
- Meetwaarden⁵ over de laatste 4 maanden
- Correspondentie over de laatste 4 maanden

⁴ In het HIS-Referentiemodel is het mogelijk elk episode-item attentiewaarde toe te kennen door het toevoegen van een 'attentievlag'. Als hier wordt gesproken van de probleemstatus of attentiewaarde van een episode betekent dat in termen van het HIS-Referentiemodel dat deze episode voorzien is van een attentievlag.

⁵ Meetwaarden staat voor 'uitslagen' in het HIS-Referentiemodel. Uitslag: het resultaat (uitkomst) van een bepaling.

- Actuele contra-indicaties
- Actuele medicatie en medicatiehistorie tot vier maanden terug
- Ingrepen en behandelingen
- Additionele informatie

Toelichting

De inhoud van de verschillende delen van de professionele samenvatting die gecommuniceerd en op de CHP getoond dienen te worden is hier kort omschreven:

- **Episodelijst**
 - **Actuele episodes**
Hiermee wordt bedoeld: alle open/actieve episodes inclusief begindatum, episodenaam (indien aanwezig de eigen omschrijving van de huisarts), ICPC-code en datum van het laatste contact binnen die episode. Daarnaast is het noodzakelijk om per episode de eventuele attentiewaarde te vermelden.
 - **Afgesloten episodes met attentiewaarde**
Naast de open episodes worden ook afgesloten episodes met attentiewaarde opgenomen. Afgesloten episodes met attentiewaarde zijn belangrijke episodes uit het verleden die niet meer actueel zijn maar die de huisarts toch 'in beeld' wil houden, met name bij verwijzen en als informatie voor de waarnemer op de CHP. Voorbeelden zijn: oude genezen TBC of een ernstige depressie in het verleden. Ook van een afgesloten episode met attentievlag wordt de episodetitel, begindatum, ICPC-code en datum van het laatste gegeven binnen deze episode meegenomen.
- **Beleid en doel.**
Naast de episodelijst kan in het HIS bij elke episode een beleid en doel voor de langere termijn worden vastgelegd met de daarbij behorende afspraken met de patiënt.
- **Deelcontactverslagen.**
Deelcontractverslagen omvatten een verslag in vrije tekst van patiëntencontacten of van intern of extern overleg over de patiënt gerangschikt volgens de SOEP structuur. De selectie van deelcontactverslagen voor de professionele samenvatting bestaat uit de deelcontactverslagen van de laatste vier maanden of van (minimaal) de laatste vijf contacten. Dat wil zeggen dat eerst een selectie wordt gemaakt van deelcontactverslagen over de afgelopen vier maanden. Alleen wanneer dit geen gegevens oplevert of gegevens over minder dan vijf contacten, dan wordt de selectie uitgebreid naar de deelcontactverslagen over de laatste vijf contacten.
- **Meetwaarden**
De uitslagen van bepalingen over de laatste 4 maanden worden opgenomen.
- **Correspondentie**
De samenvatting van uitgaande en inkomende correspondentie over de laatste 4 maanden wordt opgenomen.

- Actuele contra-indicaties
Onder contra-indicatie wordt verstaan een kenmerk van een patiënt dat een overweging kan zijn bij de behandeling met een geneesmiddel. Contra-indicatie omvat co-morbiditeit en medicatie-overgevoeligheid. Voor de overdracht zijn alleen de actuele contra-indicaties van belang. Voor de overdracht naar andere systemen en een goede medicatiebewaking in de ontvangende systemen is het essentieel, dat comorbiditeiten en medicatie-overgevoeligheden met gestandaardiseerde codes worden aangeduid volgens de systematiek van de G-Standaard.
- Actuele medicatie en medicatiehistorie tot vier maanden terug
Hieronder valt alle medicatie waarvan tenminste één van de voorschriften op enig moment gedurende de afgelopen vier maanden actueel was.
- Ingrepen en behandelingen
Het gaat hier om ingrepen en behandelingen die volgens het HIS-referentiemodel in het dossierdeel Behandelingen (gecodeerd) zijn vastgelegd. Bij de behandeling wordt de eventuele attentiewaarde vermelden. Hierbij gaat het om operaties en ingrepen die in de eerste en tweede lijn zijn uitgevoerd. Daarnaast is het mogelijk ingrijpende behandelingen (cytostatische therapie/bestralingstherapie) op te nemen.
- Additioneel
Het betreft de actuele gegevens uit de dossieronderdelen Sociale Gegevens, Aanvullend contactgegevens en Profylaxe en voorzorg uit het dossierdeel Additioneel, zoals beschreven in het HIS-Referentiemodel. Bij sociale gegevens hoort informatie van patiënt over een wilsbeschikking, (geloofs)overtuiging, woon en gezinssituatie, etc. Bij 'aanvullende contactgegevens' de contactgegevens van familie of mantelzorgers. Onder profylaxe zijn profylactische maatregelen vastgelegd die van belang zijn voor de zorg, zoals endocarditis profylaxe, endoprothese profylaxe etc.

Het waarneemretourbericht (WRB)

De waarnemer stuurt de volgende medische gegevens naar de huisarts:

- Contactwijze
- Deelcontactverslag
- Voorgeschreven medicatie
- Meetwaarden
- Overdrachtgegevens
- Contra-indicaties
- Episode

Toelichting

- Contactwijze
Hiermee wordt het soort contact bedoeld: consult, telefonisch consult of visite.
- Deelcontactverslag
Het deelcontactverslag is de beschrijving van het patiëntencontact op de Centrale Huisartsenpost in SOEP-regels.

- Voorgescreven medicatie
Hieronder wordt verstaan: nieuwe medicatie die de waarnemer heeft voorgeschreven of wijzigingen in de bestaande medicatie.
- Meetwaarden
Hierbij gaat het om uitslagen van onderzoeken die zijn uitgevoerd op de Centrale Huisartsenpost. Voorbeelden zijn: urineonderzoek, zwangerschapstest.
- Overdrachtgegevens
Hiermee worden aandachtspunten en opmerkingen voor de huisarts bedoeld voor zover niet vermeld in het contactverslag. Het gaat vooral om eventueel actief follow-up beleid.
- Contra-indicaties
Door de waarnemer geconstateerde contra-indicaties worden (gecodeerd) opgenomen.
- Episode
Hier kan de waarnemer een voorstel doen aan de huisarts voor het toekennen van een episodenaam (of eigen omschrijving), ICPC-code en eventueel attentiewaarde aan het patiëntencontact op de Centrale Huisartsenpost. De huisarts bepaalt zelf hoe hij het episodevoorstel afhandelt in het HIS, hij kan het accepteren of wijzigen.

Randvoorwaarden

Om deze richtlijn goed te kunnen implementeren moet aan een aantal randvoorwaarden zijn voldaan. Deze voorwaarden gelden voor de huisarts, de waarnemer en de patiënt, en ook voor de ondersteunende informatiesystemen.

Opbouw van het patiëntendossier bij de huisarts

Uitgangspunt is dat het EPD van de huisarts een overzicht geeft van alle zorg die aan de patiënt is verleend. Het bevat dus ook informatie over de zorg door andere hulpverleners, vaak in de vorm van samenvattingen. Om deze gegevens voor de waarnemer gemakkelijk toegankelijk te maken is het van belang dat de huisarts het medisch dossier gestructureerd opbouwt. Adequate dossiervorming is een randvoorwaarde voor het samenstellen van een 'goed gevulde' professionele samenvatting voor de waarnemer op de huisartsenpost (zie de NHG-Richtlijn ADEPD, 2009).

Verslaglegging door de waarnemer

De waarnemer maakt van zijn handelen een adequaat verslag voor de huisarts en stuurt hem dit toe in de vorm van een waarneemretourbericht (WRB).

In het CHP-IS legt de waarnemer alleen de contacten op de Centrale Huisartsenpost vast. Er wordt op de Centrale Huisartsenpost geen volledig chronologisch dossier van de patiënt aangelegd dat als zodanig beschikbaar is voor waarnemers op de huisartsenpost. Omdat het mogelijk is dat een patiënt in een (lang) weekend meerdere keren contact heeft met de huisartsenpost, is het van belang dat de inhoud van het WRB beschikbaar blijft (voor alle CHP's) totdat de gegevens zijn opgenomen in het dossier van de huisarts en daarmee ook deel uitmaken van de professionele samenvatting.

Rechten van de patiënt

De huisarts moet de patiënt informeren dat de waarnemer op de huisartsenpost patiëntengegevens kan raadplegen en de patiënt hiervoor expliciet toestemming vragen. Naar huidig inzicht is toestemming van de patiënt altijd noodzakelijk voor raadpleging van diens gegevens door derden ('opt-in'). De patiënt kan inzage door derden weigeren en kan ook delen van zijn dossier tegen inzage door derden bij de huisarts laten afschermen.

Functionele eisen aan het HIS

Te allen tijde moet het mogelijk zijn dat de waarnemer een professionele samenvatting (PS) opvraagt uit het EPD van de huisarts. Ook moet het te allen tijde mogelijk zijn in de praktijk een waarneemretourbericht te ontvangen. Het is dus noodzakelijk dat het HIS 24 uur per dag en 7 dagen per week toegankelijk is. Bij de verwerking van het waarneemretourbericht heeft de huisarts de mogelijkheid het episodevoorstel van de waarnemer te accepteren of te wijzigen, om daarna een nieuwe episode aan te maken, het onder te brengen bij een nieuwe episode of eventueel de naam van een bestaande episode te wijzigen.

In het Programma van Eisen voor een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ) van NICTIZ zijn de eisen vastgelegd waaraan een informatiesysteem moet voldoen om te kunnen worden aangesloten op het Landelijk schakelpunt (LSP). Voor huisartsinformatiesystemen geldt dat zij de functies moeten ondersteunen waardoor de waarnemer in staat is relevante patiëntengegevens op de juiste wijze te raadplegen. Deze functies betreffen onder andere: het genereren van een professionele samenvatting (PS); het ondersteunen van berichtstandaarden; en de beschikbaarheid van de patiëntengegevens.

Functionele eisen en presentatie-eisen aan het CHP-IS

De waarnemer moet kunnen beschikken over de professionele samenvatting uit het dossier van de patiënt. Het CHP-IS moet hem dus de mogelijkheid bieden deze professionele samenvatting op te halen bij de huisarts; ook moet het CHP-IS het bericht met de professionele samenvatting kunnen ontvangen en verwerken. Bij voorkeur wordt de beschikbare informatie episodegewijs getoond.

Daarnaast moet het mogelijk zijn in het CHP-IS gegevens over de triage en de patiëntencontacten op de Centrale Huisartsenpost op te slaan.

Ten slotte moet de waarnemer in het CHP-IS een waarneemretourbericht (WRB) kunnen aanmaken. Omdat het mogelijk is dat een patiënt in een (lang) weekend meerdere keren contact heeft met de huisartsenpost, is het van belang dat de inhoud van het WRB beschikbaar blijft (voor alle CHP's) totdat de gegevens zijn opgenomen in het dossier van de huisarts en daarmee ook deel uitmaken van de professionele samenvatting.

Voor de presentatie van de professionele samenvatting in het CHP-IS leidt dit tot de volgende aandachtspunten:

- weergave van de episodelijst met per episode de begindatum, de laatste contactdatum, ICPC-code en attentiewaarde; episodes met attentiewaarde bovenaan, bij voorkeur staan de episodes in dezelfde volgorde als in het HIS;
- weergave van afgesloten episodes met een attentiewaarde; deze afgesloten episodes met per episode de begindatum, de laatste contactdatum, ICPC-code zijn in de presentatie herkenbaar als afgesloten;
- weergave van beleid bij de episode waarop ze betrekking hebben;

- weergave van alle episode-items: deelcontractverslagen (met SOEP-codering), voorschriften, uitslagen, behandelingen en correspondentie van de laatste 4 maanden, bij voorkeur te selecteren per episode. Deze weergave bij voorkeur in het ‘overzicht van episode-items’ of uitslagen in een apart meetwaardenscherm en correspondentie in een correspondentiedossier;
- weergave van de contra-indicaties nodig voor de medicatiebewaking: co-morbiditeiten en medicatie-overgevoeligheden (allergieën en intoleranties) ;
- weergave van de actuele medicatie en de medicatiehistorie van de laatste vier maanden;
- weergave van ingrepen en behandelingen, ingrepen en behandelingen met attentiewaarde worden bovenaan de lijst gepresenteerd
- weergave van sociale gegevens, contactgegevens en profylaxe;

Voor de functionaliteit van het CHP-IS leidt dit tot de volgende aandachtspunten:

- de beschikbaarheid van de ICPC-1 bij het maken van een episodevoorstel in het waarneem retourbericht (WRB);
- de beschikbaarheid van het NHG formularium voor het maken van een voorschrift op de huisartsenpost;
- de mogelijkheid om de contra-indicaties opgenomen in de professionele samenvatting te gebruiken bij de medicatiebewaking op de huisartsenpost;

Literatuur

Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD).
Utrecht: NHG, 2009.

HIS-Referentiemodel 2012, Utrecht, NHG, 2012.

Publieksversie HIS-Referentiemodel 2012. Utrecht, NHG, 2012.

Programma van Eisen voor een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ). Leidschendam: NICTIZ, 2007.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Zie: www.minvws.nl.

Zienswijze CBP over doorstartmodel voor landelijke uitwisseling medische gegevens, 2011, www.cbpweb.nl

Bijlage 1. Begrippenlijst

waarneming	Zorg aan een patiënt verleend tijdens diensturen, bijvoorbeeld op de Centrale Huisartsenpost, door een andere arts dan de eigen huisarts, vooral gericht op de korte termijn
waarnemer	Arts die tijdelijk de medische zorg voor een patiënt overneemt; hij biedt geen volledige integrale zorg maar deelaspecten van zorg zoals interventies in acute situaties
huisarts	Eigen huisarts van de patiënt
patiënt	Persoon als patiënt ingeschreven bij huisarts
huisarts informatiesysteem (HIS)	Software om medische gegevens van patiënten en praktijkgegevens elektronisch vast te leggen en te verwerken. Het huisartsinformatiesysteem is in staat tot: het genereren van een professionele samenvatting; het ontvangen van gegevens uit een waarnemretourbericht; het bieden van ondersteuning bij het verwerken daarvan
Centrale Huisartsenpost Informatie Systeem(CHP-IS)	Informatiesysteem van de waarnemer dat onder andere in staat is tot: het opvragen, tonen en verwerken van een professionele samenvatting; het aanmaken en retour zenden van een waarnemretourbericht
professionele samenvatting (PS of WDH)	Subset van alle gegevens uit het HIS over één patiënt, voor zover nodig om de kwaliteit van de zorg te waarborgen tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten: niet te weinig maar ook niet te veel
waarnemretourbericht (WRB)	Bericht dat de waarnemer terugstuurt naar de huisarts met gegevens over het contact met de patiënt op de huisartsenpost

Bijlage 2. Totstandkoming

In 2001 heeft het NHG, op verzoek van het toenmalige platform Virtuele Integratie Zorg Informatie (VIZI), een minimumdataset voor de waarneming geformuleerd en ook de functionaliteit daarbij beschreven. In samenwerking met de vakgroep Medische Informatica van de Universiteit van Maastricht (UMMI) zijn de gegevens van deze dataset in model gebracht op basis van het HL7 v3 RIM. Het zo tot stand gekomen model is vervolgens getoetst door het NHG, de koepel van gebruikersverenigingen NEDHIS en de vakgroep Medische Informatica van de Erasmus Universiteit Rotterdam (MIEUR).

In maart 2004 heeft het Nederlands ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ), samen met het NHG, een proefopstelling (pilot) georganiseerd waarin de minimum dataset – inmiddels professionele samenvatting (PS) genoemd – kon worden getest. Aan deze pilot deden drie softwarehuizen mee (Uzorg, Promedico en Labelsoft) en twaalf huisartsen. Daarnaast is ook een commentaarronde onder gebruikersverenigingen, Districts Huisartsenverenigingen en Huisartsen Diensten Structuren gehouden. De pilot en de veldronde leverden een aantal conclusies op:

- Een samenvatting heeft de voorkeur boven het toegankelijk maken van het gehele patiëntendossier.
- Eenduidige en gestandaardiseerde verslaglegging door huisartsen is erg belangrijk. Als verschillende huisartsen gelijksoortige gegevens op andere plaatsen in het HIS zetten, leidt dit tot verwarring en kwaliteitsverlies.
- Er is behoefte aan een uniek patiëntnummer.
- Ruiters blijken in de communicatie tussen huisarts en waarnemer niet noodzakelijk.

Versies 2 en 3 zijn tot stand gekomen op basis van overleg met andere belanghebbenden, zoals KNMG en NPCF, en op basis van opmerkingen van huisartsen en hun gebruikservaringen. Versie 4 voegt daaraan gegevens uit enkele (nieuwe) dossierdelen van het HIS-Referentiemodel toe, waarvan in overleg met vertegenwoordigers van de gebruikersverenigingen in de klankbordgroep HIS-Referentiemodel is vastgesteld dat ze belangrijk zijn voor de gegevensuitwisseling.

Bijlage 3. Definities HIS-Referentiemodel 2012

Actuele medicatie	Voorschriften(sets) die niet verlopen en niet gestopt zijn (andere term: “lopende medicatie”).
Behandeling	Handeling aan de patiënt, die invloed heeft op de gezondheidstoestand van de patiënt
Beleid	Doelstelling en beleid van de zorgverlener betreffende één episode, zoals afgesproken met de patiënt
Bepaling	Een objectiveerbare diagnostische verrichting.
Contra-indicatie	Een kenmerk van een patiënt dat een overweging kan zijn om een behandeling niet in of door te zetten. N.B. Contra-indicatie wordt in het HIS-Referentiemodel gebruikt in de context van medicatie. Contra-indicatie omvat co-morbiditeit en medicatie-overgevoeligheid.
Deelcontactverslag	Verslag over één gezondheidsprobleem zoals besproken binnen een contact tussen arts en patiënt, tussen praktijkmedewerker en patiënt of praktijkmedewerker met een andere zorgverlener (binnen of buiten de praktijk) over de patiënt.
Dossier-item	Het "atomaire deeltje" van medische gegevens in het Medisch dossier van één patiënt. Toelichting: als abstracte klasse bevat het de generieke eigenschappen van een medisch gegeven
Episode	De chronologische verzameling van medische gegevens vastgelegd in het Medisch dossier van één patiënt die de toestandsverandering in de tijd weergeeft betreffende één gezondheidsprobleem.
Profylaxe	Beschrijving van een afgesproken specifieke voorzorgsmaatregel, die niet elders in het Medisch dossier is vastgelegd
SOEP-regel	Vrije tekst-regel uit een deelcontactverslag die of een S-regel (subjectief), of een O-regel (objectief), of een E-regel (evaluatie) of een P-regel (plan) is
Uitslag	Het resultaat (uitkomst) van een bepaling.
Voorschrift	De gestructureerd vastgelegde medicatieafspraken

Bijlage 4. Uitwerking van de gegevenssets: algemene gegevens (voor PS en WRB)

Patiënt

naam:

voorvoegsel:

voorletters:

voornaam (bij personen onder 18 jaar):

naam partner:

voorvoegsel naam partner:

geboortedatum:

BSN:

geslacht:

straat:

huisnummer:

toevoeging:

postcode:

plaats:

land:

telefoonnummer:

Huisarts

naam:

praktijkadres:

Waarnemer

naam:

naam huisartsenpost:

adres huisartsenpost:

Waarnemingsgegevens algemeen (WRB)

datum consult tijdens dienstwaarneming:

begintijdstip consult tijdens dienstwaarneming:

Bijlage 5. Uitwerking van de gegevenssets: de professionele samenvatting (volgens definities HIS-Referentiemodel 2012)

De relatie tussen een gegeven en een episode is in het HIS-Referentiemodel niet beschreven als eigenschap. Voor de eenvoud wordt deze relatie in deze uitwerking aangeven met de eigenschap 'episode-ID'.

HIS-Referentiemodel 2012
<i>Alle open episodes (met of zonder attentiewaarde) en alle afgesloten episodes met attentiewaarde</i>
<p>Van episode zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:</p> <ul style="list-style-type: none">• episode-titel, bestaande uit:<ul style="list-style-type: none">• episode-naam• episode-ICPC• attentievlag (ja/nee)• status (open/gesloten)• invoerdatum/tijd (datum aanmaak episode)⁶• datum laatste contact⁷
<i>Beleid</i>
<p>Van beleid zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:</p> <ul style="list-style-type: none">• episode-ID• beleid-tekst• attentievlag• invoerdatum/tijd
<i>De laatste vijf deelcontactverslagen aangevuld tot alle deelcontactverslagen van de laatste vier maanden</i>
<p>Van dossier-item deelcontactverslag zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:</p> <ul style="list-style-type: none">• invoerdatum/tijd• invoerder• attentievlag• episode-label. De episode-label is de episode-titel op het moment dat het deelcontactverslag werd vastgelegd. De episode-label bestaat uit:<ul style="list-style-type: none">○ episode-naam○ episode ICPC• episode-ID• S-regel• O-regel

⁶ Invoerdatum/tijd van een episode is niet beschreven als eigenschap van een episode in het HIS-Referentiemodel, maar is wel af te leiden van de invoerdatum/tijd van het eerste episode-item uit deze episode.

⁷ Contacten zijn niet expliciet beschreven in het HIS-referentiemodel. De bedoelde datum kan vertaald worden naar de invoerdatum van het laatste gegeven dat is vastgelegd binnen deze episode.

- E-regel
- P-regel
- ICPC-S
- ICPC-E
- contactwijze

Actuele medicatie en medicatiehistorie over de laatste vier maanden. (Toelichting: alle voorschriften die op enig moment gedurende de afgelopen vier maanden actueel waren.)

Van het voorschrift (en stopvoorschrift) zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen

- invoerdatum/tijd
- voorschrijver
- attentievlag
- episode-ID
- product
 - productnaam
 - productcode (GPK/HPK/PRK)
- aantal/hoeveelheid
- dosering (tabel 25)
- gebruiksaanwijzingen (tabel 25)
- vrije etikettekst
- aantal herhalingen
- extern
- specialisme voorschrijver (bij extern voorschrift)
- begindatum
- einddatum
- gestopt
- datum stopafpraak
- opdrachtgever stoppen
- reden van stoppen

Uitslagen over de laatste vier maanden

Van dossier-item uitslag zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- episode-ID
- naam bepaling
- code bepaling⁸
- groep
- datum uitslag
- status uitslag (definitief/voorlopig)
- uitslagwaarde
- eenheid

⁸ In het HIS-Referentiemodel wordt hier de numerieke code bedoeld. Echter, in de praktijk wordt deze nog niet gebruikt en werkt men met de alfanumerieke sleutelcode.

- referentiewaarde(n)
- opmerking(en)
- afwijkend

Correspondentie

Van dossier-item brief zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- episode-ID
- derde
 - NAW
 - specialisme (tabel soort derde)
- samenvatting brief⁹

Contra-indicaties: comorbiditeit

Van dossier-item co-morbiditeit zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- datum
- omschrijving
- opmerking
- code (G-Standaard, Contra-indicatieaarden, thesaurus 40)

Contra-indicaties: medicatie-overgevoeligheid (intolerantie, allergie)

Van dossier-item medicatie-overgevoeligheid zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- datum
- omschrijving
- opmerking
- code (G-Standaard, voor stoffen: stamnaam + stamtoedieningsweg, bestand 725; voor groepen: ongewenste groepen, thesaurus 122)

⁹ Indien er geen sprake is van een samenvatting: de presentatietekst.

Behandelingen

Van dossier-item behandeling zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- episode-ID
- naam behandeling
- numerieke code behandeling
- (sub)rubriekcode
- datum
- einddatum
- instelling
- specialisme uitvoerder
- opmerkingen

Additioneel: overige rubrieken

Sociale gegevens

Van dossier-item sociaal gegeven zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- onderwerp
- omschrijving

Aanvullende contactgegevens

Van dossier-item contactgegevens zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- aanvullende contactgegevens

Profylaxe en voorzorg

Van dossier-item profylaxe zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- invoerdatum/tijd
- invoerder
- attentievlag
- omschrijving
- opmerking

Bijlage 6. Uitwerking van de gegevenssets: het waarneemretourbericht

<i>Deelcontactverslag</i>
<ul style="list-style-type: none"> • invoerdatum/tijd • invoerder • S-regel • O-regel • E-regel • P-regel • contactwijze (consult/visite/telefonisch)
<i>Episode (voorstel episodetitel aan eigen huisarts)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • omschrijving • ICPC-code • (attentievlag)
<i>Voorgeschreven medicatie</i>
<ul style="list-style-type: none"> • voorschrijver • specialisme voorschrijver • product <ul style="list-style-type: none"> ○ productnaam ○ productcode (GPK/HPK/PRK) • aantal/hoeveelheid • dosering (tabel 25) • gebruiksaanwijzingen (tabel 25) • vrije etikettekst • reden van voorschrijven • gestopt • reden van stoppen • datum stopafpraak • opdrachtgever stoppen
<i>Uitslagen van bepalingen verricht op de CHP</i>
<ul style="list-style-type: none"> • naam bepaling • code bepaling • datum uitslag • uitslagwaarde • eenheid • referentiewaarde(n) • opmerking(en) • afwijkend
<i>Contra-indicaties: comorbiditeit</i>
<ul style="list-style-type: none"> • invoerdatum/tijd • invoerder

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• attentievlag• datum• omschrijving• opmerking• code (G-Standaard, Contra-indicatieaarden, thesaurus 40) |
|--|

<i>Contra-indicaties: medicatie-overgevoeligheid (intolerantie, allergie)</i>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• invoerdatum/tijd• invoerder• attentievlag• datum• omschrijving• opmerking• code (G-Standaard, voor stoffen: stamnaam + stamtoedieningsweg, bestand 725; voor groepen: ongewenste groepen, thesaurus 122) |
|--|

<i>Overdrachtsgegevens van waarnemer</i>
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Tekst |
|---|

Bijlage 7. Afscherming van gegevens in het HIS-Referentiemodel 2012

Toegankelijkheid van patiëntengegevens in de dienstwaarneming (volgens HIS-Referentiemodel 2012)

In het HIS-Referentiemodel 2012 is beschreven over welke functionaliteit het HIS moet beschikken om toestemming voor inzage van patiëntengegevens te kunnen regelen.

De volgende aspecten zijn van belang:

- De patiënt heeft het recht om delen van het dossier te laten afschermen voor inzage. Hij maakt dit kenbaar aan de praktijk. Voor de raadpleging **binnen** de huisartsenpraktijk kan de patiënt aangeven voor welk type zorgverlener deze gegevens dienen te worden afgeschermd.
De gegevens die in het medisch dossier *in de eigen praktijk* worden vastgelegd kunnen standaard door alle zorginhoudelijke medewerkers in de praktijk worden ingezien. Bij elk dossieritem dat zij invoeren, kan via de eigenschap 'toestemming' worden aangegeven welke categorie(n) zorgverleners het gegeven mogen inzien.
- Het HIS-Referentiemodel onderscheidt vijf niveaus van toestemming:
 1. invoerder
 2. alleen medische medewerkers
 3. alle praktijkmedewerkers (zorginhoudelijke medewerkers)
 4. waarnemers (tijdens anw-diensten)
 5. alle zorgverleners
- Standaard staat de eigenschap 'toestemming' ingesteld op niveau 5 'alle zorgverleners'. Dit betekent niet dat elke zorgverlener buiten de praktijk alle gegevens kan inzien. De verschillende beroepsgroepen hebben afspraken gemaakt over de gegevenssets die per beroepsgroep beschikbaar moeten zijn. Alleen de relevante gegevenssets worden zichtbaar gemaakt, niet het gehele dossier.
Welke episodes en dossieritems aan een zorgverlener *buiten de praktijk* worden getoond is dus afhankelijk van:
 - de instelling van de eigenschap 'toestemming' (aangegeven door de patiënt) bij een bepaald medisch gegeven;
 - de rol van de aanvrager
 - het soort bericht

Achteraf kan via een logfile (van het HIS of een communicatie-infrastructuur) worden gecontroleerd wie de aanvrager van de gegevens is geweest.

Binnen de praktijk kan een praktijkmedewerker aan het dossier zien dat er gegevens voor hem zijn afgeschermd. Bij gegevensverstrekking buiten de praktijk is dit niet zichtbaar.