

NHG/LHV-Standpunt

Het elektronisch
huisartsendossier
(H-EPD)
'Gelukkig staat alles in
mijn dossier, dokter...'



nederlands huisartsen
genootschap



Landelijke Huisartsen Vereniging

Bekrachtigd in de Algemene Ledenvergadering van het NHG van 3-12-2009 en vastgesteld door de Ledenraad van de LHV in de vergadering van 13-4-2010

NHG/LHV-STANDPUNT TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG 2012

HET ELEKTRONISCH HUISARTSENDOSSIER (H-EPD) GEGEVENSBEHEER EN GEGEVENSUITWISSELING

Samenvatting

Dit Standpunt geeft de visie weer van NHG en LHV op de rol en functie van de huisarts bij het **beheren** (= **verzamen en bewerken**) van gegevens en bij het **uitwisselen** daarvan met andere zorgverleners.

Dit Standpunt is geen norm waar de beroepsgroep zich aan **moet** houden. Het geeft de visie weer en richting aan de ontwikkeling. Het kan pas de norm worden als er daadwerkelijk aan de gestelde randvoorwaarden wordt voldaan en de ontwikkeling van het gegevensbeheer en gegevensuitwisseling een juiste plaats krijgt binnen de organisatie en financiering van de huisartsenzorg. De lat is hoog gelegd in dit Standpunt en dat is bewust gedaan om de kwaliteit van de huisartsenvoorziening verder te brengen. Op een aantal punten zoals aansprakelijkheid, acceptatie en implementatie dient echter wel nadere verkenning en actie plaats te vinden samen met andere betrokken partijen en door middel van proefprojecten.

De kaders voor het Standpunt vormen onder andere de WBGO, de WBP en de KNMG-regelgeving.¹ De kern van dit Standpunt wordt gevormd door zeven uitgangspunten, gerangschikt onder de volgende kopjes (zie verder hoofdstuk 3):

1. Adequaat gegevensbeheer in het H-EPD
2. Communicatie tussen huisarts en patiënt
3. Communicatie in de reguliere zorgverlening
4. Communicatie in de diensten en bij spoedeisende hulp
5. Gegevensbeheer en communicatie in de ketenzorg bij chronische aandoeningen
6. Informatiebeveiliging
7. Transparantie, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek

Huisartsenzorg is continue, integrale zorg, zowel 7x24-uurs als tijdens de gehele levensloop van de patiënt. Continuïteit van zorg vereist continuïteit van gegevensbeheer in het H-EPD volgens de ADEPD-richtlijnen, en van gegevensuitwisseling. De huisarts zorgt (voor zover mogelijk) voor de juiste informatie op de juiste tijd en

plaats en op de juiste wijze. Dit is conform zijn rol als poortwachter en verwijzer, en als primair aanspreekpunt voor de patiënt, en daarmee als spil in het informatieproces rondom de patiënt. De kwaliteit van het H-EPD staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben (gehad). Zij informeren de huisarts op hun beurt tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg. Regionaal worden hierover afspraken gemaakt, op basis van landelijke richtlijnen.

Het H-EPD vervult de volgende functies²:

- verslaglegging ten behoeve van integrale zorg en continuïteit van het eigen handelen van de zorgverlener (zie par. 3.1);
- informatievoorziening naar de patiënt (zie par. 3.2);
- continuïteit in de samenwerking (zie par. 3.3, 3.4 en 3.5);
- transparantie met betrekking tot de geleverde zorg en kwaliteitsbewaking (het H-EPD vormt ook een bron voor onderzoek) (zie par. 3.7).

De huisarts begeleidt de patiënt wanneer deze gebruik wenst te maken van zijn (wettelijke) rechten met betrekking tot het H-EPD, bijvoorbeeld het inzage-recht en het recht om gegevens af te schermen voor inzage door een andere zorgverlener. De huisarts biedt de patiënt diverse vormen van elektronische dienstverlening (e-health).

Bij verwijzing en terugverwijzing communiceert de huisarts op basis van werkafspraken met zorgverleners die een behandelrelatie met zijn patiënt hebben. Aan de uitwisseling van zorginformatie zitten de aspecten 'brenginformatie' ('push') en 'haalinformatie' ('pull'). Voor de directe raadpleging door andere curatieve artsen stelt de huisarts de EPD-basisgegevens beschikbaar.

De huisarts stelt 7x24-uur relevante informatie uit het H-EPD beschikbaar aan collega-huisartsen ten behoeve van de diensten - het WGH (waarneemgegevens huisartsen). Ook ten behoeve van spoedeisende hulp stelt de huisarts, op voorwaarde dat daarover regionale werk- en samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, 7x24-uur relevante informatie uit het H-EPD beschikbaar aan de meldkamer, ambulancedienst en afdeling SEH van een ziekenhuis.

De huisarts beschikt in het H-EPD in zijn huisartsinformatiesysteem (HIS)³ over alle relevante gegevens voor het integrale zorgproces van zijn patiënten met een of meer chronische aandoeningen. Aan andere zorgverleners wordt ten behoeve van hun aandeel in de ketenzorg door de huisarts inzage gegeven in de voor hen relevante gegevens uit het H-EPD. Zij koppelen de voor de huisarts relevante gegevens terug aan de huisarts. Het keteninformatiesysteem (KIS) vervult een aantal functies voor de geprotocolleerde, intensieve, multidisciplinaire samenwerking in de zorggroep.

De huisartsenvoorziening voldoet aan de eisen voor informatiebeveiliging. En is transparant met betrekking tot de geleverde zorg, draagt zorg voor bewaking van de kwaliteit van de registratie, en levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek.

Implementatie van dit Standpunt en de aanbevelingen erin is alleen mogelijk als op zo kort mogelijke termijn gezamenlijk aandacht wordt besteed aan realisering van de randvoorwaarden (zie hoofdstuk 4) door middel van:

- een door NHG en LHV op te stellen implementatieplan, inclusief een tijdsplanning/fasering en prioriteiten (zowel landelijk als regionaal);
- een implementatieorganisatie, dat wil zeggen een gezamenlijke Taskforce H-EPD, bij voorkeur met betrokkenheid van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), en met een goede afstemming met de regionale huisartsenorganisaties en met VWS en Nictiz;
- adequate financiering van de huisartsenvoorziening om de plannen te kunnen realiseren;
- het maken van ruimte in de ambities voor (tussentijdse) aanpassing en bijstelling van de plannen op basis van voortschrijdend inzicht;
- regie van de beroepsgroep bij de implementatie.

De kwaliteit van het H-EPD staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben (gehad). Zij informeren de huisarts op hun beurt tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg.

In navolging van de Toekomstvisie is het streven de implementatie te realiseren in de periode tot 2012.

Het onderwerp van dit Standpunt is zeer dynamisch en het valt dan ook te verwachten dat een actualisering ervan met zekere regelmaat nodig zal zijn.

Gebruikte termen

Huisarts/huisartsenvoorziening

Waar in dit Standpunt huisarts staat wordt ook de huisartsenvoorziening bedoeld. Waar expliciet de huisartsenvoorziening wordt bedoeld, wordt dat vermeld.

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012⁴ wordt het begrip 'huisartsenvoorziening' nader uitgewerkt. Met het oog op het waarborgen van continuïteit van zorg en de persoonsgerichte benadering kunnen daarin meerdere huisartsen de krachten bundelen. Daarnaast maakt ondersteunend personeel deel uit van de huisartsenvoorziening. In de Toekomstvisie heeft een huisartsenvoorziening idealiter 10.000 tot 15.000 patiënten.

Nederland telt circa 8.500 huisartsen. Vanuit circa 4.500 huisartsenpraktijken en 130 huisartsenposten bieden zij lokaal en regionaal huisartsenzorg. Zij werken met anderen samen binnen de huisartsenpraktijk en werken samen met andere disciplines in de eerste en tweede lijn. In de ketenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen werken huisartsen in zorggroepen samen met andere zorgverleners. In het hele land bestaan al diabeteszorggroepen. In toenemende mate richten de zorggroepen zich ook op andere chronische aandoeningen.⁵

Elektronisch medisch huisartsendossier = huisartsen-EPD = H-EPD

Het H-EPD is de gestructureerde en geïnterpreteerde gegevensverzameling over een patiënt zoals deze wordt bijgehouden en beheerd door en onder verantwoordelijkheid van de huisarts in zijn huisartsinformatiesysteem (HIS). Het H-EPD bevat alle in het kader van de huisartsenzorg relevante gegevens over de zorg aan de patiënt, ook uit het verleden en ook door andere zorgverleners aangeleverd in het kader van de behandelrelatie die zij met de patiënt hebben (gehad).

Een selectie uit het H-EPD, de EPD-basisgegevenset, kan toegankelijk worden gemaakt voor curatief werkzame artsen, in eerste instantie in het kader van patiëntveiligheid en medicatieveiligheid. De EPD-basisgegevenset is ook direct ter inzage voor de patiënt.

Voor specifieke doeleinden kan die EPD-basisgegevenset worden aangevuld (HWG-huisartswaarneemgegevens, e-SPOED-bericht, ketenzorg, zie hieronder).

ADEMD/ADEPD

Adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier=EMD > elektronisch patiëntendossier=EPD.

In dit Standpunt is ADEMD vervangen door ADEPD (in navolging van de herziening van de NHG-Richtlijn ADEPD) (zie bijlage 2).

Overzicht van de verschillende gegevenssets die ter beschikking worden gesteld (zie par. 3.3, 3.4 en 3.5)

- De EPD-basisgegevensset voor curatieve artsen, en de patiënt zelf. Zie hieronder en par. 3.3.
- Het HWG (huisartswaarneemgegevens)/de professionele samenvatting (PS): de EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste vier maanden), voor huisartsen en triage-assistenten in de 7x24-uurs huisartsenzorg. Zie par. 3.4.
- Het e-Spoed-bericht: de EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste tien dagen), voor de meldkamer, de verpleegkundige in de ambulance en de arts op de afdeling SEH. Zie par. 3.4.
- Relevante gegevens uit het H-EPD voor andere zorgverleners ten behoeve van hun aandeel in de ketenzorg. Zie par. 3.5.

De EPD-basisgegevensset (zie par. 3.3)

Het accent zal in eerste instantie vooral liggen op patiëntveiligheid en medicatiebewaking. De basisgegevensset bestaat uit:

- de episodes met attentiewaarde (=probleemlijst);
- overige episodes uit de episodelijst indien die in de laatste vier maanden zijn gemuteerd;
- aandoeningen relevant bij voorschrijven (=comorbiditeit relevant bij voorschrijven en medicatiebewaking), bij voorkeur op basis van de landelijke Nictiz-tabel;
- actuele medicatie (voorschriften), incl. medicatie die recent is gewijzigd, gestopt;
- allergieën en overgevoeligheden (voor medicatie);
- beperkte set meetwaarden (biometrie, hematologie, biochemie) van de laatste maand.⁶

De gedachtevorming over de inhoud van de basisgegevensset moet nog in de praktijk worden getoetst. Uitbreiding in de toekomst is mogelijk op basis van zorgvuldige afweging en beschikbare ervaringen.⁷

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

1. Uitgangspunten Standpunt over gegevensbeheer en gegevensuitwisseling	7
2. Inleiding	9
2.1. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en NHG-Meerjarenbeleidplan	9
2.2. Korte voorgeschiedenis ICT in de huisartsenpraktijk	9
2.3. Huidige stand van zaken ICT in de huisartsenpraktijk	10
3. Uitwerking van de uitgangspunten met aanbevelingen	11
<i>A. Gegevensbeheer (= gegevensverzameling en -bewerking)</i>	<i>11</i>
3.1. Adequaat gegevensbeheer in het H-EPD	11
<i>B. Elektronische communicatie met de patiënt</i>	<i>15</i>
3.2. Communicatie tussen huisarts en patiënt	15
3.2.1. Begeleiding van de patiënt bij inzage etc. in het H-EPD	15
3.2.2. Dienstverlening langs elektronische weg door de huisarts aan de patiënt (e-health)	16
<i>C. Gegevensuitwisseling met andere zorgverleners</i>	<i>18</i>
3.3. Communicatie in de reguliere zorgverlening	18
3.4. Communicatie in de diensten en bij spoedeisende hulp	20
3.5. Gegevensbeheer en communicatie in de ketenzorg bij chronische aandoeningen	22
<i>D. Informatiebeveiliging</i>	<i>24</i>
3.6. Informatiebeveiliging	24
<i>E. Transparantie</i>	<i>26</i>
3.7. Transparantie, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek	26
4. Randvoorwaarden	28
4.1. Algemeen	28
4.2. Inhoudelijk	28
4.3. Organisatorisch	29
4.4. Juridisch	30
4.5. Technisch	31
4.6. Financieel	32
5. Overzicht van aanbevelingen	34
5.1. Aanbevelingen voor de huisarts(envoorziening)	34
5.2. Aanbevelingen voor NHG en LHV (samen met partners)	35

Bijlagen

1. NHG-Meerjarenbeleidplan 2006-2011 'Zichtbare huisartsenzorg: van toekomstvisie naar praktijk' over EPD, gegevensbeheer en -uitwisseling	36
2. Overzicht van NHG-Richtlijnen op het gebied van gegevensbeheer/-uitwisseling	38
3. Enige gegevens over ICT in de huisartsenpraktijk	39
4. Informatie over WGBO en WBP	40
5. NHG-Standpunten in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012	41
6. Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling in NHG-Standpunten	42
7. Totstandkoming van het NHG/LHV-Standpunt	48
8. Gebruikte afkortingen	49
9. Geraadpleegde literatuur	51

Noten

Opbouw van dit Standpunt

Hoofdstuk 1 bevat een overzicht van de uitgangspunten voor gegevensbeheer en gegevensuitwisseling. In hoofdstuk 2 wordt kort ingegaan op de voorgeschiedenis van ICT in de huisartsenpraktijk en op de huidige stand van zaken. Hoofdstuk 3 bevat het eigenlijke Standpunt met een uitwerking van de uitgangspunten en met aanbevelingen. (Een overzicht van alle aanbevelingen staat in hoofdstuk 5.)

Hoofdstuk 4 bevat een groot aantal randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan willen huisartsen kunnen gaan werken vanuit de beschreven uitgangspunten.

1. UITGANGSPUNTEN STANDPUNT OVER GEGEVENSBEHEER EN GEGEVENS-UITWISSELING

Het Standpunt heeft de volgende uitgangspunten, die in hoofdstuk 3 worden uitgewerkt. Zij houden een ambitie in die alleen realiseerbaar is als aan randvoorwaarden is voldaan (zie hoofdstuk 4).

1. Adequaats gegevensbeheer in het H-EPD

Huisartsenzorg is continue, integrale zorg, zowel 7x24-uurs als tijdens de gehele levensloop van de patiënt. Continuïteit van zorg vereist continuïteit van gegevensbeheer (= het verzamelen en bewerken gegevens) in het H-EPD volgens de ADEPD-richtlijnen, en van gegevensuitwisseling.

De huisarts zorgt (voor zover mogelijk) voor de juiste informatie op de juiste tijd en plaats en op de juiste wijze. Dit is conform zijn rol als behandelaar, poortwachter en verwijzer, en als primair aanspreekpunt voor de patiënt, en daarmee als spil in het informatieproces rondom de patiënt.

De kwaliteit van het H-EPD staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben (gehad). Zij informeren de huisarts op hun beurt tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg.

Regionaal worden hierover afspraken gemaakt, op basis van landelijke richtlijnen.

Zie paragraaf 3.1 op pagina 11.

2. Communicatie tussen huisarts en patiënt

1) De huisarts begeleidt de patiënt wanneer deze gebruik wenst te maken van zijn (wettelijke) rechten met betrekking tot het H-EPD, bijvoorbeeld het inzage-recht en het recht om gegevens af te schermen voor inzage door een andere zorgverlener.

2) De huisarts biedt de patiënt diverse vormen van elektronische dienstverlening (e-health).

Zie par. 3.2 op pag. 15.

3. Communicatie in de reguliere zorgverlening

De huisarts communiceert bij verwijzing en terugverwijzing op basis van werkafspraken op elektronische wijze met zorgverleners die een behandelrelatie met zijn patiënt hebben. Aan de uitwisseling van zorginformatie zitten de aspecten 'brenginformatie' ('push') en 'haalinformatie' ('pull'). Voor de directe raadpleging door andere curatieve artsen stelt de huisarts de EPD-basisgegevens beschikbaar.

Zie par. 3.3 op pag. 18.

4. Communicatie in de diensten en bij spoedeisende hulp

De huisarts stelt 7x24-uur een selectie van relevante informatie uit het H-EPD beschikbaar aan collega-huisartsen en triage-assistenten ten behoeve van de diensten - het HWG (huisartswaarneemgegevens).

Ook ten behoeve van spoedeisende hulp stelt de huisarts, op voorwaarde dat daarover regionale werk- en samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, 7x24-uur een selectie van relevante informatie uit het H-EPD beschikbaar aan de meldkamer, ambulancedienst en afdeling SEH van een ziekenhuis.

Zie par. 3.4 op pag. 20.

5. Gegevensbeheer en communicatie in de ketenzorg bij chronische aandoeningen

De huisarts beschikt in het H-EPD in zijn HIS over alle relevante gegevens voor het integrale zorgproces van zijn patiënten met een of meer chronische aandoeningen. Aan andere zorgverleners wordt ten behoeve van hun aandeel in de ketenzorg door de huisarts inzage gegeven in de voor hen relevante gegevens uit het H-EPD en zij koppelen de voor de huisarts relevante gegevens terug aan de huisarts.

De patiënt heeft het recht hiertegen bezwaar te maken. Bij bezwaar is een gesprek gewenst.

Het KIS vervult een aantal functies voor de geprotocolleerde, intensieve, multidisciplinaire samenwerking in de zorggroep.

Zie par. 3.5 op pag. 22.

6. Informatiebeveiliging

De huisartsenvoorziening voldoet aan de eisen voor informatiebeveiliging.

Zie par. 3.6 op pag. 24.

7. Transparantie, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek

De huisartsenvoorziening is transparant met betrekking tot de geleverde zorg, draagt zorg voor bewaking van de kwaliteit van de registratie, en levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek.

Zie par. 3.7 op pag. 26.

2. INLEIDING

Nederland telt ruim 8.500 huisartsen. Vanuit circa 4.500 huisartsenpraktijken en 130 huisartsenposten bieden zij lokaal en regionaal huisartsenzorg. Zij werken met anderen samen binnen de huisartsenpraktijk en werken samen met andere disciplines in de eerste en tweede lijn. In de ketenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen werken huisartsen in zorggroepen samen met andere zorgverleners. In het hele land bestaan al diabetes-zorggroepen. In toenemende mate richten de zorggroepen zich ook op andere chronische aandoeningen.⁸

Het onderwerp Huisarts en EPD raakt aan een zeer actuele ontwikkeling, namelijk de invoering van het Landelijk EPD. De maatschappelijke discussie die daarover pas recent echt goed op gang is gekomen, laat zien dat invoering van welk EPD dan ook grote impact heeft op het handelen van zorgprofessionals en fundamentele vragen oproept over de positie van de zorgprofessionals en de patiënt. Huisartsen hebben al ruim 15 jaar ervaring opgedaan met het huisartsen-EPD en het daarbij behorende gegevensbeheer en gegevensuitwisseling. NHG en LHV willen door middel van dit Standpunt een bijdrage leveren aan het helpen beantwoorden van deze fundamentele vragen, en het ondersteunen van de verdere ontwikkeling in de huisartsenzorg.

2.1. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en NHG-Meerjarenbeleidplan

Uitgangspunt van dit Standpunt vormen de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012⁹ en het Meerjarenbeleidplan van het NHG.¹⁰ De huisarts als spil in de zorg en als beheerder van het patiëntendossier is een van de uitgangspunten van de Toekomstvisie. In het Meerjarenbeleidplan wordt uitgebreid ingegaan op de rol van de huisarts bij het verzamelen en overdragen van gegevens (zie bijlage 1). De huisarts zorgt (voor zover mogelijk) voor de juiste informatie op de juiste tijd en plaats en op de juiste wijze. Dit is conform zijn rol als poortwachter en verwijzer, en als primair aanspreekpunt voor de patiënt, en daarmee als spil in het informatieproces rondom de patiënt. Iedere zorgverlener heeft zijn eigen verantwoordelijkheid, en ook de patiënt zelf. Dit is verder uitgewerkt in diverse NHG-Standpunten Toekomstvisie (zie bijlage 6).

2.2. Korte voorgeschiedenis ICT in de huisartsenpraktijk¹¹

Het gebruik van ICT in de huisartsenpraktijk is in Nederland medio jaren tachtig begonnen en heeft zich sindsdien steeds verder ontwikkeld. In eerste instantie ondersteunden de HIS'en de financieel-administratieve processen, later ook de zorginhoudelijke processen, vooral de registratie van patiëntengegevens. Momenteel is er veel aandacht voor de inzet van ICT bij de ondersteuning van de huisarts bij interacties met andere zorgverleners (elektronische communicatie), verslaglegging/analyse en rapportage op praktijkniveau, en preventie. NHG en LHV hebben deze ontwikkelingen landelijk vanaf 1984 begeleid via de Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering (WCIA). Deze werkgroep heeft tot eind jaren negentig gefunctioneerd, daarna heeft het NHG zelf de coördinerende en ontwikkelingsactiviteiten uitgevoerd. Resultaat is dat er een grote mate van inhoudelijke standaardisatie is tussen de verschillende HIS'en en ook met diverse systemen waarmee de huisarts communiceert, in het bijzonder die van laboratoria en apothekers.

In 2000 is het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) opgericht. Dit kreeg als doel om landelijk het EPD in te voeren. Tot de herstructurering van Nictiz in 2005 waren alle betrokken partijen erin vertegenwoordigd zoals zorgverleners, zorgverzekeraars, instellingen, en patiëntenverenigingen. Nictiz heeft het algemene raamwerk opgeleverd voor de landelijke ICT-basisinfrastructuur voor de zorg (AORTA) en op een aantal zorginhoudelijke deelgebieden specificaties voor elektronisch berichtenverkeer. Zo zijn met medewerking van onder andere het NHG de onderdelen gegevensuitwisseling tussen huisarts en waarnemer - het waarneemdossier huisartsen (WDH) - en de gegevensuitwisseling om te komen tot een elektronisch medicatiedossier (EMD) opgepakt en

uitgewerkt. Ook zijn er NHG-Richtlijnen gemaakt voor gegevensuitwisseling bij contra-indicatiebewaking in het project Intoleranties, Comorbiditeit, Allergieën (ICA) en voor gegevensuitwisseling in de spoedketen (ambulancedienst en afdelingen SEH van ziekenhuizen). Zie bijlage 2.

2.3. Huidige stand van zaken ICT in de huisartsenpraktijk¹²

ICT in de huisartsenpraktijk is relatief sterk ontwikkeld. Alle huisartsen hebben geïntegreerd in hun HIS de beschikking over consultondersteunende faciliteiten in de vorm van de NHG-Standaarden, NHG-Patiëntenbrieven en het NHG-Formularium. Medicatiebewaking geschiedt op basis van Z-index en er zijn koppelingen met het Farmacotherapeutisch Kompas, en in het HIS ingebouwde functies.

Andere beroepsgroepen/organisaties waarbij de inzet van een elektronisch patiëntendossier landelijk ver is gevorderd, zijn vooral de apothekers, fysiotherapeuten, huisartsenlaboratoria, en vooral ondersteunende medisch specialismen, zoals röntgenologie en pathologie. Bij de meeste beroepsgroepen staat de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier echter nog in de kinderschoenen.

Internationaal gezien hoort Nederland tot de koplopers, vooral door de vergevorderde mogelijkheden bij huisarts en apotheker.¹³ Een essentiële voorwaardenscheppende factor om dat te bereiken bestond en bestaat uit eenheid van taal en standaardisatie: de G-Standaard, het HIS-Referentiemodel, de HIS-tabellen, communicatierichtlijnen en gebruiksrichtlijnen en daarnaast specificaties voor consultondersteunende toepassingen (ICPC-zoekmodule en ConsultWijzer). Door deze standaarden kunnen zorgverleners via hun systemen met elkaar gegevens uitwisselen en is het relatief gemakkelijk om een patiëntendossier over te zetten van het ene naar het andere HIS. De vergelijkbaarheid en daarmee uitwisselbaarheid van informatie in Nederlandse HIS'en is veel beter dan in de landen om ons heen.

Goede cijfers over ICT in de huisartsenpraktijk ontbreken. Hieronder wordt als indicatie gebruikgemaakt van recente gegevens uit een Atlas-enquête (2008), zie ook bijlage 3, en van recente gegevens van Lifeline, OZIS, VWS en ZorgDomein.

Zo goed als alle huisartsen gebruiken nu een computer en een HIS. Binnen het HIS leggen alle huisartsen in toenemende mate op gestructureerde wijze medische patiëntengegevens vast in het H-EPD. De papieren 'groene kaart' is vrijwel verdwenen. De huisarts gebruikt zijn computer als informatie- en registratiehulpmiddel, tijdens het spreekuur ter ondersteuning van het consult, en soms ook samen met de patiënt.

Het HIS speelt ook een belangrijke rol bij de digitale gegevensuitwisseling. Meer dan de helft van de huisartsen wisselt elektronisch medische gegevens uit ten behoeve van onderlinge waarneming. Uit recente OZIS-gegevens blijkt dat in 42 regio's de huisartsendossiers van meer dan 6,44 miljoen inwoners voor huisartsenposten opvraagbaar zijn bij de eigen huisarts van de patiënt. Dat is een stijging van 79% ten opzichte van september 2008.¹⁴

Vrijwel alle huisartsen kunnen in mindere of meerdere mate elektronisch communiceren met andere zorgverleners via een beveiligd/besloten postbussensysteem, op basis van de wat oudere, maar nog veel gebruikte berichtentechniek Edifact (14,3 miljoen berichten in 2008). Ongeveer de helft van de huisartsen scant nieuw binnengekomen specialistenbrieven in; ongeveer een kwart heeft het hele brievenarchief gedigitaliseerd (gescand en digitaal opgeborgen). Een groot deel van de huisartsen verstuurt elektronisch recepten naar de apotheek; veel van hen ontvangen bruikbare informatie retour van de apotheek. De meeste huisartsen ontvangen berichten elektronisch van het laboratorium. Een deel van de huisartsen kan ook elektronisch communiceren via beveiligde webapplicaties. Zo verwijzen huisartsen in toenemende mate patiënten langs elektronische weg (via de website van ZorgDomein) naar de medisch specialist en boeken tegelijkertijd in op het juiste zorgaanbod in het ziekenhuis (eenderde van de huisartsen volgens cijfers van ZorgDomein uit 2009). Omgekeerd handelt ook eenderde van de instellingen (onder andere ziekenhuizen) die verwijzingen af via de website van ZorgDomein (cijfers 2009).

Uit de recente rapportage van de minister over de invoering van het landelijk EPD (juli 2009) blijkt dat de aangesloten zorgaanbieders in het tweede kwartaal van 2009 via het landelijke netwerk circa 400.000 keer EPD-gegevens succesvol hebben geraadpleegd. In het eerste half jaar van 2009 zijn ruim 130.000 medicatiegegevens opgevraagd en ruim 53.000 waarneemgegevens.

3. UITWERKING VAN DE UITGANGSPUNTEN MET AANBEVELINGEN

A. Gegevensbeheer (= gegevensverzameling en -bewerking)

Beleidsdoelstellingen

- Implementatie van adequate dossiervorming door de huisarts in het H-EPD, met specifieke aandacht voor de EPD-basisgegevensset.
- Bij verandering van huisarts (ten gevolge van verhuizing van de patiënt of praktijkbeëindiging van de huisarts): overgang van het totale dossier - uitsluitend elektronisch - op zo kort mogelijk termijn naar de nieuwe huisarts.
- In 2012 registreren huisartsen alle nieuwe gegevens volgens de ADEPD-richtlijnen.

3.1. Adequaat gegevensbeheer in het H-EPD

Huisartsenzorg is continue, integrale zorg, zowel 7x24-uurs als tijdens de gehele levensloop van de patiënt. Continuïteit van zorg vereist continuïteit van gegevensbeheer (= het verzamelen en bewerken gegevens) in het H-EPD volgens de ADEPD-richtlijnen, en van gegevensuitwisseling.

De huisarts zorgt (voor zover mogelijk) voor de juiste informatie op de juiste tijd en plaats en op de juiste wijze.

Dit is conform zijn rol als behandelaar, poortwachter en verwijzer, en als primair aanspreekpunt voor de patiënt, en daarmee als spil in het informatieproces rondom de patiënt.

De kwaliteit van het H-EPD staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben (gehad). Zij informeren de huisarts tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg.

Regionaal worden hierover afspraken gemaakt, op basis van landelijke richtlijnen.

Gegevensbeheer door de huisarts omvat het gestandaardiseerd, uniform en gestructureerd vastleggen van patiëntgegevens conform de NHG-Richtlijn 'Adequate dossiervorming met het EPD'. De WGBO, de WBP en de KNMG-regelgeving zijn van kracht bij het aanleggen, bijhouden en beheren van het huisartsen-EPD.

In de WGBO staat: 'De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.'¹⁵

Niet alle gegevens die over de patiënt bekend zijn moeten in het dossier of op de patiëntenkaart genoteerd worden, maar alleen de gegevens die voor een 'goede hulpverlening aan de patiënt' noodzakelijk zijn. Welke gegevens dat precies zijn varieert per behandelingsituatie en is ter beoordeling aan de arts.

Het verdient aanbeveling om een aantal basisgegevens in ieder geval in het dossier te bewaren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om zaken als diagnose, ingesteld behandeling(s)plan of onderzoek(en), aantekeningen van gesprekken of eventuele wilsverklaringen van de patiënt, voortgangsrapportages, PA-verslag (histologie, cytologie en/of obductie), anesthesieverslag, operatieverslag, CTG's, (samengevatte) verpleegkundige rapportages, belangrijke laboratoriumuitslagen, verwijs- en ontslagbrieven (eventueel van andere hulpverleners), röntgenfoto's en bevindingen van eventuele vroegere hulpverleners of geraadpleegde deskundigen. Op verzoek van de patiënt kunnen ook bepaalde gegevens aan het dossier worden toegevoegd, zoals een 'aantekening over de verkregen toestemming van de patiënt voor ingrijpende verrichtingen.'¹⁶

In de toekomstvisie op de huisartsgeneeskunde spelen de borging van continuïteit en de context van de geneeskundige zorgverlening een belangrijke rol. Samenwerken is geen vrijblijvende zaak meer. 7x24 uur beschikbare huisartsenzorg wordt door meerdere huisartsen en praktijkmedewerkers geleverd. Het H-EPD

evolueert hiermee van informatiebron binnen een huisartsenpraktijk tot informatiebron voor de huisartsen-voorziening, inclusief de ketenzorg, en is toegankelijk voor de patiënt zelf en andere zorgverleners. De huisarts dient te beschikken over een HIS dat hem voldoende faciliteert in gegevensbeheer en gegevens-uitwisseling.

Het H-EPD vervult de volgende functies:¹⁷

- verslaglegging ten behoeve van integrale zorg en continuïteit van het eigen handelen van de zorgverlener (analyse, interpretatie en ordening van medische problemen; werkaantekeningen, gedachten, etc.) (deze paragraaf);
- informatievoorziening naar de patiënt (zie par. 3.2);
- continuïteit in de samenwerking (zie par. 3.3, 3.4 en 3.5);
- transparantie met betrekking tot de geleverde zorg en kwaliteitsbewaking (het huisartsen-EPD vormt ook een bron voor onderzoek) (zie par. 3.7).

Het organiseren van informatie door de huisarts

De huisarts legt conform de ADEPD-richtlijn relevante informatie overzichtelijk in het H-EPD vast, zo dat een selectie van deze informatie ook uitwisselbaar is tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en andere zorgverleners, en tussen huisarts en patiënt. Gegevens worden vastgelegd indien en voor zover relevant voor de huisartsenzorg. De context van de zorgverlening bepaalt welk deel van die gegevens voor uitwisseling relevant is.

Het bewerken en interpreteren van deze informatie - in een leesbare en werkbare vertaling c.q. samenvatting - zodat die op een toegankelijke wijze (conform de ADEPD-richtlijnen) wordt ingepast in het H-EPD, maakt die informatie tot bruikbare kennis voor de huisarts en anderen in het zorgproces. Doordat de huisarts al deze informatie gestructureerd en gecodeerd opslaat, waardoor die analyseerbaar en bewerkbaar is, kan de informatie worden ingezet bij consultondersteuning: bij het leggen van verbanden, soms relevant bij diagnostiek, zeker relevant bij medicatiebewaking of het waken voor overbehandeling. (Zie verder hieronder.)

Het dossier dient een eigenstandig geheel te zijn en alle relevante gegevens te bevatten, in het bijzonder die (positieve en negatieve) sleutelgegevens die van invloed zijn geweest op beleid. Gegevens die zijn overgenomen van derden zijn vastgelegd met bronvermelding. Dit verhoogt de betrouwbaarheid op langere termijn en biedt een weergave van ontwikkeling in de tijd (verantwoording, voortschrijdend inzicht).

Uit het oogpunt van adequate dossiervorming en continuïteit van zorg wordt het van toenemend belang dat de huisarts bij nieuwe informatie het dossier van de patiënt op werkdagen binnen 24 uur actualiseert, mits deze informatie elektronisch wordt aangeleverd en voor zover relevant voor zorgverleners.¹⁸

Consultondersteuning

De huisarts maakt ook bij zijn dagelijkse werk in de spreekkamer gebruik van ICT-ondersteuning. Een goed H-EPD heeft als belangrijke functie de procesondersteuning voor behandeling van patiënten, in het bijzonder patiënten met chronische aandoeningen. Goed uitgewerkte protocollen voor chronische aandoeningen met aandacht voor multimorbiditeit zijn belangrijk en moeten passen in een keteninformatiesysteem (zie par. 3.5). Expertsystemen ter beslissingondersteuning in het consult ('meedenkende computer') dienen gebaseerd te zijn op bewezen effectiviteit en gebruiksgemak. Voor de ontwikkeling en implementatie ervan dient aan diverse voorwaarden te worden voldaan, zie hoofdstuk 4.

Voorbeelden van geïmplementeerde expertsystemen zijn de ICPC-zoekmodule en de medicatiebewaking. Daarnaast is in vrijwel alle systemen aanvullende informatie beschikbaar via het NHG-Formularium, de NHG-Standaarden en de NHG-Patiëntenbrieven.

Prodigmo (Project Digitale Monitoring) richt zich op de verbetering van de registratiemogelijkheden voor chronische ziekten in de HIS'en. Met een protocol kan de huisarts en/of de praktijkondersteuner op gestandaardiseerde wijze gegevens vastleggen. Hieruit kunnen vervolgens overzichten worden samengesteld die de huisarts inzicht geven in de toestand van de patiënt.

Het is van belang dat HIS'en (ook dat voor de huisartsenpost) de geschetste ontwikkelingen ondersteunen en instrumenten aanbieden om de registratie en monitoring van de zorg goed te ondersteunen. (Zie verder hoofd-

stuk 4.) Risicosignalering voor medische beslissingsondersteuning ten behoeve van patiëntveiligheid en voor preventie en casefinding dient te worden ingebouwd.

Een van de huidige ontwikkelingen is dat het NHG via het expertsysteem NHGDoc ervaring wil opdoen met een beslissingsondersteunende webservice in de huisartsenpraktijk, die helpt bij het stellen van een diagnose en het geven van behandelinformatie ten behoeve van zorg-op-maat.

De regierol van de huisarts¹⁹

De huisarts heeft een regierol in het zorgproces dat, althans voor een aantal patiëntencategorieën, steeds complexer wordt.²⁰ In het verlengde van deze regierol in de zorg ligt ook een centrale rol voor de huisarts in de informatievoorziening.

De regierol van huisartsen houdt ook in dat zij regionaal bij andere zorgverleners het belang van goede informatie-uitwisseling benadrukken en met hen niet-vrijblijvende werkafspraken maken over een goede invulling van de onderlinge gegevensuitwisseling, dat wil zeggen wie welke informatie op welk moment in het zorgproces nodig heeft. Dit gebeurt op basis van landelijke adviezen. Vanuit hun grote ervaring kunnen huisartsen hierbij een gidsfunctie vervullen.

De regionale en landelijke huisartsenorganisaties kunnen dit faciliteren, samen bijvoorbeeld met de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en/of de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

Wederkerigheid

De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben. Zij informeren op hun beurt de huisarts tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg.²¹

Huisartsen maken bijvoorbeeld in de regio met medisch specialisten afspraken over de onderlinge informatie-uitwisseling op basis van de NHG-Richtlijn HASP²². Daarin zijn inhoud, frequentie, tijdstippen en format van de informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist gespecificeerd. Die afspraken moeten er ook komen met de fysiotherapeut, apotheker, verloskundige, etc.

Het is aan de huisarts zelf of hij een doorgegeven aanvulling in zijn dossier opneemt of niet, afhankelijk van de relevantie voor de huisartsenzorg.

Alleen op deze wijze kan worden bevorderd dat er op één plaats een overzicht beschikbaar is voor medebehandelaars en de patiënt zelf.²³

N.B. De huisarts is niet aansprakelijk voor onvolledige informatie van andere zorgverleners.

Continuïteit van het gegevensbeheer

Huisartsenzorg is continue zorg, zowel 7x24-uurs als tijdens de gehele levensloop van de patiënt. Gegevensbeheer in het H-EPD dient dus ook continu te zijn.

- **Bewaren van gegevens**

Hier wordt het standpunt ingenomen dat het H-EPD een levensloopp dossier is en dat de huisarts daarom alles bewaart wat hij registreert, of wat hij van een voorganger heeft overgedragen gekregen.²⁴ Uiteraard staat het de huisarts vrij om in overgedragen informatie desgewenst selecties en orde aan te brengen.

Hiervoor geldt wat hieronder staat over het standpunt dat de KNMG heeft ingenomen ten aanzien van het bewaren van samenvattingen van bijvoorbeeld specialistenbrieven.

Uit het H-EPD wordt dus geen relevante informatie vernietigd. Een praktisch bijkomend argument is dat het ondoenlijk is om het H-EPD op een selectieve manier periodiek op te schonen.

Dit standpunt zal het NHG bij de KNMG neerleggen. Het zal nog worden aangescherpt door de communicatie met de patiënt hierbij te betrekken, zie par. 3.2.1.

- **Continuïteit van gegevensbeheer bij afwezigheid**

De verantwoordelijkheid voor een adequaat dossierbeheer stopt niet tijdens de afwezigheid van de huisarts, bijvoorbeeld wegens ziekte of vakantie. Net zo goed als hij dan dient te zorgen voor waarneming voor de zorg van zijn patiënten, dient hij ervoor te zorgen dat er in zo'n periode geen lacunes ontstaan in het dossier. Papieren of digitale retourinformatie dient regelmatig te worden verwerkt. Dit is een onderdeel van informatiebeveiliging, namelijk dat de beschikbare informatie volledig ('integer') dient te zijn, zie par. 3.6.

- **Overdracht van gegevens**

Bij verandering van huisarts (ten gevolge van verhuizing van de patiënt of praktijkbeëindiging van de huisarts), gaat het totale dossier - uitsluitend elektronisch - op zo kort mogelijke termijn over naar de nieuwe huisarts, alsmede de bewaarplicht daarvan. Toestemming van de patiënt is hiervoor vereist (zie verder par. 3.3). De informatie wordt verstuurd van huisarts naar huisarts, op aanvraag van de nieuwe huisarts.

De huisarts zorgt ervoor dat wanneer de patiënt overgaat naar een andere huisarts, er geen losse specialistenbrieven en andere zorginhoudelijke documenten meer meegestuurd worden. Dit houdt in dat alle documenten < 15 jaar zijn ingescand in het medisch dossier voordat dit wordt verzonden.

Conform de wettelijke bepalingen heeft de KNMG een standpunt ingenomen ten aanzien van het bewaren van samenvattingen van bijvoorbeeld specialistenbrieven: 'In het dossier moeten (voor de behandeling) relevante gegevens worden opgenomen. De verantwoordelijkheid voor een adequate selectie uit de brief ligt natuurlijk wel bij de huisarts en een verwijzing (datum correspondentie en/of kenmerk, etc.) naar de oorspronkelijke tekst is aan te bevelen.'

Een verdere uitwerking van het gegevensbeheer is beschikbaar in de NHG-PraktijkWijzer Informatiebeveiliging (2009). Zie ook par. 3.6.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts houdt van elke patiënt in het HIS een elektronisch dossier bij, het H-EPD.
- De huisarts legt gegevens vast volgens de ADEPD-richtlijn.
- De huisarts legt in het H-EPD ook de voor de huisartsenzorg relevante zorgepisodes (of samenvattingen daarvan) van de patiënt bij andere zorgverleners vast, met behulp van door hen aangeleverde medische informatie.
- De huisarts maakt bij zijn dagelijkse werk in de spreekkamer gebruik van expert-consultondersteuning.
- De huisarts bewaart alles in zijn dossier wat hij registreert, of wat hij van een voorganger heeft overgedragen gekregen. Uit het H-EPD wordt dus geen relevante informatie vernietigd.
- De huisarts dient ervoor zorg te dragen dat er bij zijn afwezigheid geen lacunes ontstaan in het dossier.
- Bij verandering van huisarts draagt de vorige huisarts de patiëntengegevens zo spoedig mogelijk en uitsluitend elektronisch over. Toestemming van de patiënt is hiervoor vereist.

Aanbeveling voor LHV en NHG

- LHV en NHG bundelen de huidige initiatieven en maken een implementatieschema voor adequaat dossierbeheer met het EPD door huisartsen.

B. Elektronische communicatie met de patiënt

Beleidsdoelstellingen

- Aandacht voor patiëntenrechten in relatie tot het H-EPD.
- Verbeteren van de elektronische dienstverlening aan de patiënt, waardoor tevens de betrokkenheid van de patiënt kan worden vergroot en diens mogelijkheden tot zelfmanagement, en de patiënt een bijdrage kan leveren aan het betrouwbaar houden van de informatie in het H-EPD.
- Realisatie van de belangrijkste functies van elektronische dienstverlening via de praktijkwebsite: praktijkinformatie en -voorlichting, aanvragen van herhalings-recepten, e-consult, maken van standaard afspraken, invoer van thuismetingen.

3.2. Communicatie tussen huisarts en patiënt

- 1) *De huisarts begeleidt de patiënt wanneer deze gebruik wenst te maken van zijn (wettelijke) rechten met betrekking tot het H-EPD, bijvoorbeeld het inzage-recht en het recht om gegevens af te schermen voor inzage door een andere zorgverlener.*
- 2) *De huisarts biedt de patiënt diverse vormen van elektronische dienstverlening (e-health).*

3.2.1. Begeleiding van de patiënt bij inzage etc. in het H-EPD

De WGBO heeft de patiënt een aantal rechten toegekend: het recht op informatie, inzage/afschrift, verbetering, verwijdering, afscherming, vernietiging, verzet, medisch beroepsgeheim, en aanvulling.^{25,26} Deze rechten betreffen alle onderdelen van het medisch dossier, inclusief de correspondentie aan en van derden. Die rechten van de patiënt zijn niet absoluut, want de huisarts heeft zijn dossierplicht.²⁷ Wat als persoonlijke, dat wil zeggen niet uitwisselbare aantekeningen van een zorgverlener kan worden aangemerkt, valt buiten het dossier en dit patiëntenrecht.

In juridische zin is er geen eigenaar van het H-EPD. De huisarts heeft zijn dossierplicht; de patiënt bovengenoemde rechten.²⁸

De patiënt kan te allen tijde de EPD-basisgegevens inzien, in combinatie met de mogelijkheid elektronisch te reageren naar de huisarts (zie verder par. 3.2.2.). Op die manier kunnen patiënt en huisarts gezamenlijk werken aan een complete en correcte EPD-basisgegevensset en heeft de patiënt inzage in de inhoud van de communicatie met anderen.

Als de patiënt inzage wenst in andere delen van het H-EPD, biedt de huisarts de patiënt hierbij begeleiding, op basis van landelijk vastgestelde kaders. Een vertrouwensmodel vormt hiervoor de basis.²⁹ Samen bekijken zij welke informatie voor de patiënt, afhankelijk van de context, relevant en bruikbaar is. Zij bekijken ook samen op welke manier die gegevens het best aan de patiënt ter inzage kunnen worden gegeven. De huisarts geeft toelichting, legt verbanden en vraagt de patiënt om aanvullingen.

Het is niet gewenst dat de patiënt thuis op de eigen computer te allen tijde rechtstreekse toegang tot het hele dossier heeft, zonder toelichting en begeleiding van de huisarts.³⁰ Het belangrijkste motief hiervoor is dat het dossier nog niet door de huisarts geverifieerde hypothesen en niet geïnterpreteerde uitslagen van diagnostisch onderzoek kan bevatten. Dit kan leiden tot ongerustheid of ook valse gerustheid bij de patiënt.

Zie par. 3.5 voor een nadere invulling in het kader van de chronische zorg.

De WGBO heeft de patiënt ook het recht op afscherming of verwijdering gegeven. De huisarts moet de mogelijkheid bieden het gehele dossier of onderdelen te blokkeren voor inzage door andere zorgverleners. Hierbij kan een conflict ontstaan met de functie van het medisch dossier van de zorgverlener ten dienste van het zorgproces.³¹ Wanneer de patiënt daarin aanpassingen zou kunnen aanbrengen waardoor voor een andere zorgverlener cruciale gegevens voor het zorgproces ontbreken, schiet het patiëntenrecht zijn doel voorbij. De huisarts wijst de patiënt daarom op het risico van afschermen van gegevens voor diens zorgproces en op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in dezen.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts stelt de EPD-basisgegevensset ter beschikking van de patiënt.
- De huisarts zoekt samen met de patiënt een weg hoe gegevens anders dan de EPD-basisgegevensset op een zinvolle wijze voor de patiënt toegankelijk kunnen worden gemaakt, op basis van landelijk vastgestelde kaders.
- De huisarts nodigt de patiënt uit om eventuele aanvullingen en correcties op zijn EPD-basisgegevensset aan hem door te geven.
- De huisarts wijst de patiënt op het eventuele nadeel van afschermen van gegevens voor diens zorgproces en op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in dezen.

Aanbeveling voor LHV en NHG met andere partners

- De beroepsorganisaties LHV en NHG nemen samen met de NPCF het initiatief op het gebied van patiëntenrechten in relatie tot het H-EPD. Zij faciliteren huisartsen en huisartsenposten bij het geleidelijk, stapsgewijze toegankelijk maken van medische dossiers en spoeddossiers voor patiënten volgens de boven geschetste lijnen. Het NHG volgt samen met de NPCF experimenten die hiermee in den lande worden ondernomen. Er wordt informatiemateriaal ontwikkeld voor patiënten om de gegevens, met de huisarts als gids, te kunnen interpreteren.

3.2.2. Dienstverlening langs elektronische weg door de huisarts aan de patiënt (e-health)

Een deel van de patiënten wenst in toenemende mate via elektronische weg te communiceren met zijn (huis) arts. De huisarts kan via de praktijkwebsite praktijkinformatie en -voorlichting geven.

Voor de elektronische dienstverlening gaat de voorkeur uit naar een 'patiëntenportal' van de praktijk voor veilige elektronische communicatie tussen huisarts en patiënt, met als basis het H-EPD (geïntegreerd in het HIS dus). De patiënt kan via de portal een e-consult van de huisarts krijgen; en zelf standaardafspraken maken bij de huisarts (voor niet-spoedeisende zaken). Hij kan er de EPD-basisgegevensset inzien, in het bijzonder het medicatiedossier zoals dat bekend is bij de huisarts, en van daaruit herhalingsrecepten aanvragen. De mogelijkheid bestaat ook van invoer van thuismetingen (bloedsuikers, gewicht, bloeddruk), die de huisarts desgewenst kan overnemen. Voor de toekomst is koppeling met domotica denkbaar.

In het kader van chronische zorg kunnen patiënten die tot de betreffende doelgroep behoren toegang tot uitgebreidere zorginformatie krijgen. Dit onder meer ter versterking van het zelfmanagement door de patiënt.

Wenselijk is dat speciale gegevenssets vanuit het huisartsen-EPD gekopieerd kunnen worden naar een personal health record (PHR) van de patiënt, waartoe deze zelf de toegang heeft en waarvoor hij zelf verantwoordelijk is. In die omgeving kunnen patiënten de gegevens gebruiken in het kader van zelfmanagement rond ziekte en gezondheid en ze delen met anderen. Het is voor de huisarts van belang dat de koppelingen met en de gegevensoverdracht naar het PHR veilig zijn. Het beheer en de beveiliging van het PHR en de daarin door de patiënt geplaatste gegevens zijn de verantwoordelijkheid van de patiënt en zij kunnen niet dienen ter vervanging van het professionele dossier bij de zorgverlener.

NHG en LHV ondersteunen de ontwikkeling van deze vormen van elektronische dienstverlening door de huisarts³².

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts geeft via de praktijkwebsite patiënteninformatie en -voorlichting.
- De huisarts biedt via een patiëntenportal de mogelijkheden voor veilige elektronische communicatie tussen huisarts en patiënt, bijvoorbeeld een e-consult en elektronische herhalingsrecepten, en toegang tot de EPD-basisgegevensset en eventueel dossierdelen met betrekking tot de chronische zorg.

Aanbevelingen voor NHG en LHV

- NHG en LHV zullen samen met de NPCF mogelijkheden onderzoeken om het H-EPD begrijpelijk te maken voor de patiënt, bijvoorbeeld via aanvullend voorlichtingsmateriaal.
- NHG en LHV bieden de huisartsenvoorziening ondersteuning bij andere vormen van elektronische dienstverlening.
- NHG en LHV onderzoeken samen met de NPCF de mogelijkheid van een landelijke portal voor patiënten die na eenmalig inloggen de patiënt toegang geeft tot de websites van alle zorgverleners waar hij of zij bekend is.

C. Gegevensuitwisseling met andere zorgverleners

Beleidsdoelstellingen

- Verbeteren van de kwaliteit van zorg door de juiste betrouwbare informatie op het juiste moment op de juiste plek te hebben, gebaseerd op (lokale) werkafspraken.
- Voorkomen van dubbeldiagnostiek en verbeteren van de medicatieveiligheid.
- In 2012 hebben huisartsen hun EPD-basisgegevensset actueel en compleet.
- Huisartsen hebben in 2012 allemaal een aansluiting op een elektronische postbus of een koppeling daarmee (met aansluiting op het landelijke netwerk).
- Huisartsen hebben in 2012 een aansluiting op het LSP en kunnen dan HWG- en e-Spoedberichten genereren en ontvangen.
- Huisartsenposten: volledige elektronische uitwisseling van de professionele samenvatting en het waarnemerbericht.
- Ziekenhuizen/specialisten: volledig elektronische uitwisseling van verwijs- en specialistenbrieven. Ter beschikking stellen van EPD-basisgegevensset.
- GGZ: volledige elektronische uitwisseling van verwijs- en retourberichten.
- Apothekers: volledige elektronische uitwisseling van het recept- en afleverbericht, ook als de huisarts niet de voorschrijver is van het recept.
- Fysiotherapeuten: volledige elektronische uitwisseling van verwijzing en retourbericht.
- Huisartsenlaboratoria: volledige elektronische uitwisseling van labaanvragen en labuitslagen.
- Ketenzorg: precieze functies van het KIS bekend en de verhouding tot het HIS.

3.3. Communicatie in de reguliere zorgverlening³³

De huisarts communiceert bij verwijzing en terugverwijzing op basis van werkafspraken op elektronische wijze met zorgverleners die een behandelrelatie met zijn patiënt hebben. Aan de uitwisseling van zorginformatie zitten de aspecten 'brenginformatie' ('push') en 'haalinformatie' ('pull'). Voor de directe raadpleging door andere curatieve artsen stelt de huisarts de EPD-basisgegevensset beschikbaar.

De basis van de onderlinge informatievoorziening tussen zorgverleners moet bestaan uit het elkaar actief informeren (ook wel 'push' genoemd), zoals dat nu ook op papier gebeurt (en grotendeels al elektronisch) bij verwijzen, aanvragen en terugkoppelen. Bij deze vorm van informatieverzorging kan de huisarts zelf bepalen, eventueel en zo nodig in samenspraak met de patiënt, wat, gezien de vraag of klacht van de patiënt, relevante informatie is voor een andere zorgverlener. Automatisering en sjablonen kunnen hem daarbij helpen; volautomatisch gaat dit per definitie niet.

Deze rechtstreekse communicatie sluit ook het beste aan bij de huidige afspraken en processen (rollen, verantwoordelijkheden, wetgeving).

Bij de rechtstreekse communicatie gaat het om verwijsbrieven, tussenrapportages, ontslagbrieven, labaanvragen en labuitslagen, etc. De communicatie met de medisch specialist heeft meestal de vorm van een brief met probleemstelling en vraagstelling, en bijlagen met achtergrondinformatie, alle bij voorkeur volgens de HASP-richtlijn (zie hieronder). (Zie voor de diagnostiek de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak 'Rationeel aanvragen van Laboratoriumdiagnostiek'.) In toenemende mate - en bij voorkeur - worden brief en bijlagen elektronisch verzonden.

Dat laat een aantal situaties over waarin lacunes kunnen ontstaan in de continuïteit van zorg en informatie: buiten kantooruren, bij onverwachte, acute en noodsituaties, vooral met het oog op medicatieveiligheid (actuele medicatie en contra-indicaties), en wanneer er veel tijd is verlopen tussen een verwijzing door de huisarts en feitelijke behandeling door een andere zorgverlener. Voor die situaties kan de 'push'-informatievoorziening worden aangevuld met de mogelijkheid om patiëntengegevens bij de huisarts te kunnen raadplegen ('pull'). Nader dient nog te worden onderzocht in welke situaties precies het opvragen van gegevens belangrijk is, en onder welke condities.

(Elektronische) informatie-uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners geschiedt alleen in het kader van de behandelrelatie en met adequate authenticatie en autorisatie.

Huisarts en patiënt bepalen samen wie welke informatie op welk moment in het zorgproces nodig heeft; landelijk wordt dit vastgelegd in zorgprotocollen, informatie-uitwisselingsafspraken en informatiestandaarden. In de WGBO is vastgelegd onder welke voorwaarden inzage door andere zorgverleners in het dossier en uitwisseling van gegevens uit het dossier mogelijk is. Veronderstelde toestemming van de patiënt is van toepassing in die gevallen waar een andere zorgverlener als rechtstreeks betrokkene bij de hulpvraag van de patiënt aangemerkt kan worden. Hoewel er geen wettelijke bepaling is die schriftelijke toestemming verplicht, kan het in sommige gevallen handig en verstandig zijn om die toestemming schriftelijk te vragen.

Overzicht van de verschillende gegevenssets die ter beschikking worden gesteld

- De EPD-basisgegevensset voor curatieve artsen, en de patiënt zelf. Zie hierna.
- Het HWG (huisartswaarneemgegevens): de EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste vier maanden), voor collega-huisartsen en triage-assistenten in de 7x24-uurs huisartsenzorg. Zie par. 3.4.
- Het e-Spoedbericht: de EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste tien dagen), voor de meldkamer, de verpleegkundige in de ambulance en de arts op de afdeling SEH. Zie par. 3.4.
- Relevante gegevens uit het H-EPD voor andere zorgverleners ten behoeve van hun aandeel in de ketenzorg. Zie par. 3.5.

Communicatie tussen huisarts en specialist conform de HASP-richtlijn ('push')

Huisarts en medisch specialist volgen bij de uitwisseling van gegevens bij verwijzingen de NHG-Richtlijn HASP.³⁴ Deze geeft:

- het format voor de verwijfsbrief die het de specialist in één oogopslag duidelijk maakt waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is;
- het format voor de retourbrief van de specialist die de huisarts direct inzicht geeft in het antwoord op de vraagstelling en welke nazorg de huisarts moet bieden (na overleg en conform landelijke en regionale samenwerkingsafspraken);
- de geëigende momenten om elkaar te informeren;
- de relatie met HIS respectievelijk ZIS of EMD voor maximale geautomatiseerde ondersteuning.

Huisartsen dienen volgens de HASP-richtlijn bij hun berichtgeving aan specialisten goed af te stemmen op de informatiebehoefte van specialisten, in plaats van dat ze ongedifferentieerde journaaltekst doorgeven. Adequate dossiervorming door de huisarts kan hieraan bijdragen. Aan de andere kant is het wenselijk dat specialisten gericht zijn op overdracht en terugkoppeling van voor de huisarts relevante informatie. Huisartsen hebben behoefte aan aanvullende informatie, niet aan uitgebreide brieven die voor hen bekende informatie bevatten, voor een deel van hen zélf afkomstig.

Voor medicatieveiligheid is kennis van co-morbiditeit, allergieën en intoleranties essentieel en voor medicatiebeleid is het belangrijk om ook van elkaar te weten waarom bepaalde medicatie is gewijzigd of gestopt, naast het overzicht van de huidige medicatie.³⁵

Elektronische uitwisseling van verwijfs- en retourberichten in de GGZ kan gaan geschieden op basis van de HASP-aanvulling GGZ (2010).

De EPD-basisgegevensset voor raadpleging door andere curatieve artsen ('pull')

Voor de directe raadpleging door andere curatieve artsen - artsen die bij de patiënt betrokken zijn in de curatieve zorg en de verpleeghuiszorg³⁶ - beheert de huisarts een set van gegevens die hier verder de EPD-basisgegevensset wordt genoemd. (N.B. De huisarts moet werken met een HIS waarin ondersteuning is ingebouwd voor het onderhoud van de episodes met attentiewaarde (ADEPD II).)

De EPD-basisgegevensset

Het accent zal in eerste instantie vooral liggen op patiëntveiligheid en medicatiebewaking. De basisgegevensset bestaat uit:

- de episodes met attentiewaarde (=probleemlijst);
- overige episodes uit de episodelijst indien die in de laatste vier maanden zijn gemuteerd;
- aandoeningen relevant bij voorschrijven (=comorbiditeit relevant bij voorschrijven en medicatiebewaking), bij voorkeur op basis van de landelijke Nictiz-tabel;
- actuele medicatie (voorschriften), incl. medicatie die recent is gewijzigd, gestopt;
- allergieën en overgevoeligheden (voor medicatie);
- beperkte set meetwaarden (biometrie, hematologie, biochemie) van de laatste maand.³⁷

De gedachtevorming over de inhoud van de basisgegevensset moet nog in de praktijk worden getoetst. Uitbreiding in de toekomst is mogelijk op basis van zorgvuldige afweging en beschikbare ervaringen.³⁸

Juist doordat de huisarts overzicht houdt en het huisartsen-EPD de complete breedte van de patiënteninformatie bevat, is de EPD-basisgegevensset van de huisarts geschikt om als vraagbaak geraadpleegd te worden in situaties waarin andere curatieve artsen acuut/actuele informatie over een patiënt nodig hebben.

Communicatie tussen huisarts en andere eerstelijnszorgverleners

De inzet van een elektronisch patiëntendossier is landelijk ook ver gevorderd bij de apothekers, fysiotherapeuten en huisartsenlaboratoria.

- *Apothekers*
Het streven is volledige elektronische uitwisseling van het recept- en afleverbericht, ook als de huisarts niet de aanvrager is van het recept.
Het is in het kader van de medicatiebewaking van groot belang dat er goede terugkoppeling ('push') plaatsvindt naar de huisarts van voorschriften van specialisten om het medicatiedeel in het huisartsen-EPD zo volledig mogelijk te krijgen (elektronisch medicatiedossier).
- *Fysiotherapeuten*
Het streven is volledige elektronische uitwisseling van verwijzing en retourbericht, op basis van de HASP-aanvulling Fysiotherapie (2009).
- *Huisartsenlaboratoria*
Het streven is volledige elektronische uitwisseling van labaanvragen en labuitslagen.
Zie ook de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak 'Rationeel aanvragen van Laboratoriumdiagnostiek'.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts communiceert bij verwijzing en terugverwijzing op basis van werkafspraken op elektronische wijze met zorgverleners die een behandelrelatie met zijn patiënt hebben.
- Voor de directe raadpleging door andere curatieve artsen beheert de huisarts de EPD-basisgegevensset.

3.4. Communicatie in de diensten en bij spoedeisende hulp

De huisarts stelt 7x24-uur een selectie van relevante informatie uit het H-EPD beschikbaar aan collega-huisartsen en triage-assistenten ten behoeve van de diensten - het HWG (huisartswaarneemgegevens). Ook ten behoeve van spoedeisende hulp stelt de huisarts, op voorwaarde dat daarover regionale werk- en samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, 7x24-uur een selectie van relevante informatie uit het H-EPD beschikbaar aan de meldkamer, ambulancedienst en afdeling SEH van een ziekenhuis.

Curatief werkzame artsen hebben de mogelijkheid om buiten kantooruren, bij onverwachte, acute en nood-situaties, mede met het oog op medicatieveiligheid (actuele medicatie en contra-indicaties) bij de huisarts gegevens op te halen ('pull').

7x24-uurs huisartsenzorg; het HWG (huisartswaarneemgegevens)

Ten behoeve van de 7x24-uurs huisartsenzorg stelt de huisarts aan collega-huisartsen en triage-assistenten de EPD-basisgegevensset beschikbaar, aangevuld met de recente journaalregels (laatste vier maanden), conform de richtlijnen van het HWG (huisartswaarneemgegevens).³⁹

Spoedeisende hulp (meldkamer, ambulancedienst en afdeling SEH van een ziekenhuis)

Wanneer daarover regionale werk- en samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, stelt de huisarts ten behoeve van spoedeisende hulp 7x24-uur aan de meldkamer, ambulancedienst en afdeling SEH van een ziekenhuis de EPD-basisgegevensset beschikbaar, aangevuld met de recente journaalregels (laatste tien dagen), conform de hiervoor geldende richtlijn.⁴⁰ De e-Spoed-richtlijn geeft tevens aan in welke situaties zorgverleners terugkoppeling geven aan de huisarts.

Aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden in de diensten

Onder huisartsen en huisartsenposten leven vragen over aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden in de diensten, bijvoorbeeld wie voor welk deel van het zorgproces primair verantwoordelijk is, en wie dus ook verantwoordelijk is voor de daarbij behorende informatie. Dit is een medisch-juridisch complex onderwerp, dat bovendien nog volop in beweging is. Verwezen wordt daarom naar de hierop betrekking hebben richtlijnen, onder andere die van de KNMG.⁴¹

Ervaring leert dat een gezamenlijke verantwoordelijkheid onduidelijk is en dus niet werkbaar. Dit geldt zowel voor het zorginhoudelijk handelen als het zorg dragen voor de juiste en adequate informatie die dat zorginhoudelijk handelen moet ondersteunen. Duidelijke afspraken hierover moeten het fundament zijn voor ondersteunende ICT-toepassingen.

De huisarts van de patiënt heeft een (uit de dossierplicht voortvloeiende) juridische aansprakelijkheid voor vulling en beheer van het huisartsen-EPD conform ADEPD en het zorgen voor een goede overdracht van relevante gegevens (toegankelijkheid en beschikbaarheid), ook tijdens zijn afwezigheid (zie par. 3.1). Maar ook de dienstdoende huisarts en de (triage-)assistent op de huisartsenpost (of een andere zorgverlener, bijvoorbeeld een medisch specialist) hebben een eigen verantwoordelijkheid.

De (triage-)assistent en dienstdoende huisarts op de huisartsenpost zijn niet verplicht in het WDH beschikbare patiëntengegevens te raadplegen. Dat is alleen noodzakelijk als dat volgens de medewerker of zorgverlener iets kan toevoegen aan de al beschikbare informatie. Lijkt er iets aan de informatie relevant voor de klacht in kwestie te ontbreken of kan de hulpvrager niet alle relevante vragen beantwoorden, dan is raadpleging aan te bevelen, mede omdat de patiënt niet bekend is bij de medewerker of dienstdoende huisarts. Gaat er iets fout en blijkt achteraf dat relevante informatie aanwezig was waardoor de fout had kunnen worden voorkomen, dan zal de persoon die de beslissing nam de beschikbare gegevens niet te raadplegen, desgevraagd moeten kunnen motiveren waarom dat niet is gebeurd.⁴²

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts heeft de verantwoordelijkheid de waarnemend huisarts adequaat van informatie te voorzien voor de 7x24-uurs huisartsenzorg. Deze verplichting wordt ingevuld door het ter beschikking stellen van het HWG (huisartswaarneemgegevens) [EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste vier maanden)].
- De huisarts kan op basis van regionale werk- en samenwerkingsafspraken de meldkamer, ambulancedienst en afdeling SEH van informatie voorzien voor de spoedeisende hulp. Dit wordt ingevuld door het ter beschikking stellen van het e-Spoedbericht [EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste tien dagen)].
- De huisarts (zo goed als iedere andere arts en andere zorgverlener met toegangsrechten) heeft een eigen verantwoordelijkheid bij het uitvragen van de patiënt en beoordelen van het beschikbare dossierdeel op juistheid en relevantie (en het gestructureerd terugrapporteren aan de eigen huisarts).
- De huisarts (zo goed als iedere andere bij een patiënt betrokken zorgverlener met toegangsrechten) dient desgevraagd te allen tijde te kunnen onderbouwen waarom hij iets wel of niet heeft gevraagd of gedaan.

Aanbevelingen voor LHV en NHG met andere partners

- LHV en NHG spannen zich samen met eerstelijns samenwerkingspartners, de OMS en de NPCF in om het werken met de verschillende genoemde gegevenssets te bevorderen. De beroepsorganisaties en met name het NHG, als hoeder van het belangrijkste dossier, en de KNMG bepalen welke gegevens beschikbaar kunnen zijn voor welke zorgverleners.
- NHG en LHV doen nader onderzoek naar in welke situaties precies het opvragen van gegevens belangrijk is, en onder welke condities.

3.5. Gegevensbeheer en communicatie in de ketenzorg bij chronische aandoeningen

De huisarts beschikt in het H-EPD in zijn HIS over alle relevante gegevens voor het integrale zorgproces van zijn patiënten met een of meer chronische aandoeningen. Aan andere zorgverleners wordt ten behoeve van hun aandeel in de ketenzorg door de huisarts inzage gegeven in de voor hen relevante gegevens uit het H-EPD en zij koppelen de voor de huisarts relevante gegevens terug aan de huisarts.

De patiënt heeft het recht hiertegen bezwaar te maken. Bij bezwaar is een gesprek gewenst.

Het KIS vervult een aantal functies voor de geprotocolleerde, intensieve, multidisciplinaire samenwerking in de zorggroep.

Ook de zorg bij veelvoorkomende chronische aandoeningen (diabetes mellitus, astma/COPD, CVR, hartfalen) dient samenhangende, integrale zorg te zijn vanuit een generalistisch, persoons- en contextgericht perspectief.⁴³ De zorgvragen van deze patiënten betreffen grotendeels vragen en klachten die niet direct samenhangen met die chronische aandoening(en).⁴⁴ En ze hebben vaak meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). In de praktijk leveren huisartsen het merendeel van deze zorg. Huisartsen hebben samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners in de zorgketen (in toenemende mate in het kader van zorggroepen), onder meer over relevante patiëntengegevens.

Het H-EPD in het HIS vormt ook de basis voor de informatievoorziening bij de zorg voor chronisch zieken. De huisarts heeft daarin overzicht over alle relevante gegevens. Het H-EPD ondersteunt continuïteit in de zorg. Andere zorgverleners (medebehandelaars) worden expliciet geconsulteerd via een verwijfsbrief met gerichte actuele informatie en vraagstelling of krijgen ten behoeve van hun aandeel in de zorg inzage in de voor hen relevante gegevens uit het H-EPD ('push' én 'pull'). Zij rapporteren terug aan de huisarts, opdat het H-EPD actueel blijft. Indien zij niet in staat zijn om gestructureerde elektronische informatie over de door hen geleverde zorg te leveren aan de huisarts, dan wordt een gestructureerd bericht met een samenvatting over de geleverde zorg aan de huisarts gestuurd.

De afspraken ten aanzien van privacy gelden ook in de ketenzorg. Dat wil in dit geval zeggen dat aan een andere zorgverlener alleen informatie wordt verschaft die nodig is gezien zijn rol in de zorgketen.

Bij ketenzorg vindt geprotocolleerde, intensieve, multidisciplinaire samenwerking plaats in de zorggroep.

Hierbij past een KIS met de volgende functies:

- gegevensregistratie van administratieve gegevens van zorgverleners en patiënten;
- monitoring van de zorg en feedback aan de zorgverleners (en patiënten);
- (management)rapportage (gestandaardiseerde uitspoel van indicatoren conform de NHG-Richtlijnen);
- financiële administratie en facturering.

Over de precieze functies van het KIS en de verhouding tot het HIS is nog veel onduidelijk; nader onderzoek is nodig en ook goede richtlijnen. NHG en LHV zullen hiervoor, via de Adviesgroep Ketenzorg, een handreiking bieden. Uitgangspunten daarbij zijn:

- de wet- en regelgeving is van toepassing;
- de huisarts houdt het H-EPD te allen tijde overzichtelijk en compleet;
- bij dossieroverdracht bijvoorbeeld bij verhuizing moet geen discontinuïteit ontstaan in de gegevens die betrekking hebben op chronische zorg. Uit het oogpunt van patiëntveiligheid, continuïteit en verantwoorde zorg, dienen gegevens daarom te allen tijde transporteerbaar te zijn naar het HIS.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts heeft via zijn H-EPD in het HIS overzicht over alle relevante gegevens voor het zorgproces van zijn patiënten met een chronische aandoening.
- De huisarts geeft andere zorgverleners t.b.v. hun aandeel in de ketenzorg inzage in de voor hen relevante gegevens uit het H-EPD.

Aanbeveling voor NHG en LHV met andere partners

- NHG, LHV, HIS-leveranciers en gebruikersverenigingen anticiperen, samen met andere medisch specialisten, op nieuwe ontwikkelingen in de zorg bij chronische aandoeningen (ketenzorg) en ontwikkelen daarvoor gezamenlijk benodigde nieuwe faciliteiten. Over de precieze functies van het KIS en de verhouding tot het HIS zullen NHG en LHV, via de Adviesgroep Ketenzorg, een handreiking bieden.

D. Informatiebeveiliging

Beleidsdoelstelling

Verdere ontwikkeling van de informatiebeveiliging en privacybescherming in de huisartsenvoorziening, onder meer door de ontwikkeling door het NHG van indicatoren.

3.6. Informatiebeveiliging

De huisartsenvoorziening voldoet aan de eisen voor informatiebeveiliging.

De patiënt is erbij gebaat dat op betrouwbare wijze met de informatie uit diens dossier wordt omgegaan (dit is ook een vorm van patiëntveiligheid). Risico's op verkeerd gebruik zijn nooit helemaal uit te bannen, maar kunnen wel worden beheerst en zo geminimaliseerd. De huisartsenvoorziening dient daartoe te voldoen aan de bestaande eisen voor informatiebeveiliging (NEN 7510-7512, GBZ, etc.). Dit houdt in dat de vereiste informatie op de afgesproken momenten beschikbaar is, juist, actueel en volledig is (integer) en alleen toegankelijk is voor de personen die hiervoor bevoegd zijn (privacybeschermd).

Overigens is het dossier per definitie om meerdere redenen nooit helemaal compleet. Zo kan in die gevallen waarin de patiënt de huisarts heeft verzocht om een deel van de gegevens af te schermen of te verwijderen, de zorgverlener die de gegevens raadpleegt niet zien dat iets is afgeschermd of verwijderd.

Informatiebeveiliging is een continu proces. In de eerste plaats omdat de praktijk zelf altijd in beweging is met nieuwe functies, nieuwe informatiesystemen en nieuwe samenwerkingsafspraken. In de tweede plaats omdat de invloeden van buitenaf continu veranderen. Beide zaken vragen steeds om pro-actieve aandacht en maatwerk. De belangrijkste methode van onderhoud van de informatiebeveiliging in de huisartsenpraktijk is daarom de (jaarlijkse) kwaliteitscyclus.

Informatiebeveiliging heeft deels betrekking op de systemen die gebruikt worden voor opslag en bewerking van patiëntendossiers - de HIS'en of andere systemen met patiëntgegevens die huisartsen zoal kunnen gebruiken, zoals een KIS - en heeft deels betrekking op de organisatorische aspecten in de huisartsenpraktijk. Bij het eerste kan gedacht worden aan back-ups, beveiliging tegen inbraak, misbruik door derden, ongeoorloofde toegang (firewall, tijdig installeren van updates, virusbescherming), voorkomen van gegevensverlies bij onvoorziene uitval van het systeem, etc. Bij het tweede moet gedacht worden aan procedures rond het toevoegen en weer afmelden van medewerkers, beheer en gebruik van wachtwoorden, klachtenregelingen, procedures voor het melden van incidenten, geheimhoudingsclausules in overeenkomsten met medewerkers en contracten met derden met toegang tot de patiëntgegevens zoals leveranciers of systeembeheerders, etc. Veelal zitten de grootste risico's juist op organisatorisch gebied en dit verdient daarom de meeste aandacht.

Transparantie (zie par. 3.7) houdt ook in dat er een adequaat tracking systeem in het HIS is, zodat duidelijk is wie wat noteert c.q. wijzigt in het H-EPD. Dit is ook een vorm van informatiebeveiliging.

Waarborgen van privacy

De huisarts waarborgt de privacy van de patiënt.⁴⁵ Het verstrekken van informatie aan derden is aan regels gebonden.⁴⁶ In principe gebeurt dit op basis van expliciete toestemming van de patiënt. De te verstrekken informatie moet beperkt zijn tot 'relevante informatie'. Wanneer er sprake is van verwijzing, volgt uit het verwijzen zelf dat er informatie wordt verstrekt. In de praktijk gaat men in veel situaties uit van de impliciete toestemming van de patiënt. (Volgens de WGBO is bij verwijzing de toestemming tot verstrekken van informatie impliciet aanwezig.)

Bij het beschikbaar stellen van patiëntgegevens voor opvraging/raadpleging door derden verkeert de huisarts in het dilemma van enerzijds geheimhoudingsplicht en anderzijds (continuïteit van) zorg voor de patiënt. Per definitie is niet te voorzien welke gegevens op welk moment en in welke context relevant zijn, dus er zal altijd meer informatie beschikbaar worden gesteld dan per situatie strikt genomen verantwoord of noodzakelijk is.

De instrumenten om dit op te lossen/te ondervangen zijn tot nu toe:

- voorlichting naar de patiënt voordat informatie beschikbaar wordt gesteld;
- de effectieve mogelijkheid voor de patiënt om gegevens af te schermen;
- de herbevestiging indien mogelijk bij de patiënt als er daadwerkelijk gegevens worden geraadpleegd;
- professionele standaarden (als HWG-huisartswaarneemgegevens en e-Spoed) ten aanzien van wat er volgens de beroepsgroep beschikbaar zou moeten zijn;
- controle achteraf (de patiënt en de huisarts moeten kunnen controleren of van de gegevens door anderen gebruik is gemaakt).

In het kader van de WBP heeft 'de verantwoordelijke' beheerder de plicht om aan te geven voor welk(e) doel(en) persoonsgegevens worden verzameld, om het gegevensbestand aan te melden bij het College Bescherming Persoonsgegevens, om de patiënt te informeren over de procedures rond gegevensverwerking en om passende organisatorische en technische beveiligingsmaatregelen te nemen.⁴⁷

Op het gebied van de informatiebeveiliging is nog een lange weg te gaan. De gestelde doelen zijn niet in een keer bereikbaar. Zie ook hoofdstuk 4 over de randvoorwaarden.

Ter ondersteuning van de huisartsenvoorziening is beschikbaar de NHG-PraktijkWijzer Informatiebeveiliging (2009).

Aanbeveling voor de huisarts(envoorziening)

- De huisartsenvoorziening voldoet aan de eisen voor informatiebeveiliging, volgens de planning voor implementatie vastgesteld door de beroepsgroep.
- De huisarts waarborgt de privacy van de patiënt.

Aanbevelingen voor NHG en LHV

- NHG en LHV spannen zich in voor implementatie van de NHG-PraktijkWijzer Informatiebeveiliging.
- Het NHG draagt zorg voor indicatoren voor informatiebeveiliging in de huisartsenvoorziening.

E. Transparantie

Beleidsdoelstelling

Verdere ontwikkeling van transparantie, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenvoorziening.

3.7. Transparantie, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek

De huisartsenvoorziening is transparant met betrekking tot de geleverde zorg, draagt zorg voor bewaking van de kwaliteit van de registratie, en levert een bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek.

Als (delen van) de informatie in het dossier elektronisch en gestandaardiseerd opgeslagen zijn, dan maakt dat het in toenemende mate mogelijk geleverde zorg transparant te maken. De verantwoordelijkheid voor het transparant maken van de aard, inhoud en kwaliteit van de door de huisarts geleverde zorg is een taak voor de beroepsgroep zelf. Ook het bijdragen aan huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek behoort hiertoe (zie de volgende pagina). De beroepsgroep stelt hiervoor gegevenssets vast, die als vaste exportmogelijkheid in de gebruikte systemen kunnen worden ingebouwd. Het streven naar transparantie mag nooit worden verward met openbaar bezit van privacygevoelige en/of bedrijfsgegevens.

Transparantie

De huisartsenvoorziening draagt om een aantal redenen bij aan transparantie over de aard, inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg (dit is ook conform de Kwaliteitswet zorginstellingen). De huisarts kan geaggregeerde en geanonimiseerde gegevens aanleveren te behoeve van:

1. interne kwaliteitsborging en -verbetering (in het kader van kwaliteitsmanagement en eventueel deelname aan accrediterings- of certificeringstrajecten);
2. keuze-informatie voor patiënten;
3. monitoring en interne benchmarking binnen de zorggroep;
4. informatie over de geleverde zorg aan de zorgverzekeraars en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Uit het dossier moet blijken hoe de zorgverlener c.q. huisarts heeft gehandeld en waarop dit handelen is gebaseerd. Aan deze maatschappelijke opdracht zal ICT ondersteuning moeten bieden. Zo dient het HIS bijvoorbeeld de mogelijkheid te bieden voor rapporten ten behoeve van het jaarverslag en zorgindicatoren (zie par. 4.5).

Kwaliteitsbewaking

Het periodiek meten van de kwaliteit van de registratie - eventueel als onderdeel van praktijkaccrediteringstrajecten - is een standaardonderdeel van de praktijkorganisatie van de huisartsenvoorziening.⁴⁸

Het NIVEL, IQ healthcare en het NHG hebben hiervoor de EPD-scan voor huisartsen (EPD-scan-h) ontwikkeld. Met dat instrument wordt beoogd per praktijk aan te geven in hoeverre de dossiers op orde zijn en welke zaken beter zouden kunnen.⁴⁹

Wetenschappelijk onderzoek

Het is van belang dat huisartsvoorzieningen geanonimiseerd gegevens kunnen aanleveren voor wetenschappelijk onderzoek. Een absolute voorwaarde hiervoor is dat gegevens gestandaardiseerd worden vastgelegd. De ADEPD-richtlijn is daarbij een uitgangspunt, maar toch nog sterk gericht op zorg alleen. HIS'en moeten daarbij specifieke ondersteuning geven, bijvoorbeeld door goede selectiemodules of koppelingen met hun database van geschikte programmatuur.

Deelname aan wetenschappelijk onderzoek zou kunnen geschieden door 'pop up'- invulformulieren waarbij de verzamelde gegevens zowel naar het HIS (journaal; elders) worden weggeschreven alsook als exportfile beschikbaar zijn. Uiteraard met de daarbij benodigde garanties van anonimiseren.

Gegevensuitwisseling met het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsgeneeskunde (LINH) en regionale registratie- en researchnetwerken verbonden aan universitaire onderzoeksinstituten moet als normaal worden ervaren.

Het HIS moet ondersteunen dat patiënten hun gegevens afschermen voor wetenschappelijk onderzoek.

Aanbevelingen voor de huisartsenzorg

- De huisartsenzorg draagt op verschillende wijzen bij aan de transparantie over de geleverde zorg, onder andere in het jaarverslag.
- De huisartsenzorg meet periodiek de kwaliteit van de registratie als een standaardonderdeel van de praktijkorganisatie.
- De huisartsenzorg draagt bij aan wetenschappelijk (huisartsgeneeskundig) onderzoek en onderzoekt de mogelijkheden van gegevensuitwisseling.

Aanbeveling voor NHG en LHV

- NHG en LHV dragen er zorg voor dat alle HIS'en een structuur hebben die gegevensuitwisseling voor wetenschappelijk onderzoek faciliteert (bijvoorbeeld goede selectiemodules).

4. RANDVOORWAARDEN

Implementatie van dit Standpunt en de aanbevelingen erin is alleen mogelijk als op zo kort mogelijke termijn gezamenlijk aandacht wordt besteed aan realisering van de randvoorwaarden (zie hoofdstuk 4) door middel van:

- een door NHG en LHV op te stellen implementatieplan, inclusief een tijdsplanning/fasering en prioriteiten (zowel landelijk als regionaal);
- een implementatieorganisatie, dat wil zeggen een gezamenlijke Taskforce H-EPD, bij voorkeur met betrokkenheid van VHN en LVG, en met een goede afstemming met de regionale huisartsenorganisaties en met VWS en Nictiz;
- adequate financiering van de huisartsenvoorziening om de plannen te kunnen realiseren;
- het maken van ruimte in de ambities voor (tussentijdse) aanpassing en bijstelling van de plannen op basis van voortschrijdend inzicht;
- regie van de beroepsgroep bij de implementatie.

De kwaliteit van het H-EPD staat of valt met wederkerigheid. De huisarts informeert andere zorgverleners die een behandelrelatie met de patiënt hebben (gehad). Zij informeren de huisarts op hun beurt tijdig, adequaat en op elektronische wijze over de door hen verleende zorg.

In navolging van de Toekomstvisie is het streven de implementatie te realiseren in de periode tot 2012.

Het onderwerp van dit Standpunt is zeer dynamisch en het valt dan ook te verwachten dat een actualisering ervan met zekere regelmaat nodig zal zijn.

4.1. Algemeen

In dit hoofdstuk worden de randvoorwaarden voor gegevensbeheer en gegevensuitwisseling beschreven. Onderscheiden worden inhoudelijke, organisatorische, juridische, technische en financiële randvoorwaarden. Het in combinatie met elkaar realiseren van al deze randvoorwaarden zal de mate van succes bepalen; het is niet voldoende als slechts één deel ervan wordt ingevuld. Inbedding is nodig in de huisartsenzorg en de huisartsopleiding.

Een groeipad is nodig. Zowel inhoudelijk (bijvoorbeeld eerst medicatie en allergieën en daarna delen van voorgeschiedenis, etc.) als wat betreft de soort informatie-uitwisseling (met de apotheek, het lab, de fysiotherapie, ketenzorg, specialist, psychosociale zorg, etc.) en het veranderingsproces zelf (geen 'big bang', de zorgverlener dient mede aan het stuur te zitten).

4.2. Inhoudelijk

Eisen nieuwe ontwikkelingen

ICT moet innovatie binnen de huisartsenzorg ondersteunen, bij samenwerking in de eerste lijn, bij ketenzorg (bij één chronische aandoening - diseasesmanagement -, of op een specifiek zorgveld als de acute zorg) en samenhangende zorg (bij multimorbiditeit) met de tweede lijn, psychosociale zorg, jeugdgezondheidszorg. Voor de huisartsenpraktijk van 2012 is adequate dossiervorming en gegevensuitwisseling een must. In multidisciplinaire zorgprogramma's moet worden geëxpliciteerd welke datasets en procedures voor de samenwerkende disciplines relevant zijn.

Nieuwe ontwikkelingen in de zorg stellen dus nieuwe eisen aan gegevensbeheer en gegevensuitwisseling en de ICT-facilitering daarvan, ook met aandacht voor informatiebeveiliging. Dit kunnen allemaal stimulansen zijn om de HIS'en verder te ontwikkelen. Veranderingen dienen onderdeel te zijn van de ontwikkeling van de zorg en dienen daarin te worden ingebed en meegenomen bij toekomstige veranderingen (continuïteit van

zorg en informatie en dossiervoering).

Bijlage 6 bevat een overzicht van wat daarover in NHG-Standpunten Toekomstvisie Huisartsenzorg wordt gesteld, vooral over de randvoorwaarden die moeten worden gecreëerd.

Randvoorwaarde

1. Aansluiting bij nieuwe ontwikkelingen.

4.3. Organisatorisch

Veel aandacht gaat momenteel uit naar technische ICT-oplossingen. Die aandacht is zeker nodig, zie par. 4.5, maar technische oplossingen moeten zijn ingebed in een goede organisatie. Die komt op de eerste plaats, dan volgt ondersteuning door middel van ICT. Modules en patiëntenpassen of -portals gaan niets oplossen als ze niet ergens inpassen.

Er moet dan ook veel aandacht zijn voor het managen van de organisatorische veranderingen. Daar zit vaak bij veranderingsprocessen de grootste uitdaging en gaat de meeste tijd in zitten.

Eerst moeten de functionele kaders en normen worden bepaald, de technische oplossingen kunnen vervolgens worden overgelaten aan de leveranciers en gebruikersverenigingen.

Opdrachtgeverschap, taken en verantwoordelijkheden, doelen en verwachte resultaten moeten vooraf helder zijn. NHG en LHV zoeken hiertoe actief overleg met het ministerie van VWS, Nictiz, de zorgverzekeraars, de NPCF en andere verenigingen van zorgaanbieders om te komen tot samenwerkingsafspraken.

Acceptatie door en draagvlak bij de gebruikers is essentieel voor het slagen van dit ICT-project. De schaalgrootte ervan moet in verhouding staan tot de te behalen doelen en verbeteringen en er moet voldoende ruimte worden gemaakt voor de gebruikers om wijzigingen te accepteren en in te bedden in hun dagelijkse proces. Informatie-uitwisseling dient te voldoen aan en inpasbaar te zijn in de dagelijkse praktijk en de prioriteiten die daarin worden gesteld. Een goede kwaliteit en continuïteit van zorg en informatie dienen te worden nagestreefd. (Schaarse) kennis en ervaring moeten worden georganiseerd en gebundeld. De communicatie in de zorgketen moet voldoen aan eisen (bereikbaar, beschikbaar, elektronisch).

Zowel op het gebied van capaciteit en kennis als op dat van randvoorwaarden zijn er beperkingen. Deze hebben invloed op haalbaarheid en snelheid van de af te spreken veranderingen. Bovendien is het onmogelijk om op voorhand de effecten te voorzien van de toepassing van nieuwe mogelijkheden op de processen binnen de huisartsenpraktijk en de interactie met de omgeving. Ambities en doelstellingen zullen op die beperkingen worden afgestemd. De horizon waarmee wordt gewerkt in de projecten zal daarom ten hoogste twee tot drie jaar zijn. En de te realiseren functionaliteit moet binnen die termijn realiseerbaar zijn, anders wordt die functionaliteit teruggebracht. Gekozen wordt voor een iteratief, cyclisch proces met goede evaluaties, die kunnen leiden tot (tussentijdse) aanpassing en bijstelling van de plannen.

Landelijke aanpak, regionale werkafspraken

ICT en elektronische communicatie zijn middelen om de zorg en de samenwerking tussen zorgverleners te faciliteren. Zorginhoudelijke afspraken kunnen het best regionaal worden gemaakt, inclusief de daarbij horende ICT-aspecten, naar het voorbeeld van de Regionale Transmurale Afspraken (RTA's). Regionale organisaties stellen daartoe prioriteiten, initiëren en geven vorm en inhoud aan de samenwerking, en moeten kunnen beschikken over ICT-instrumenten die de zorg en de logistiek ondersteunen.

Eenduidige landelijke aanpak en landelijke ICT-oplossingen zijn nodig. Dit betreft zowel de infrastructuur en techniek als informatiebeveiliging, waaronder privacybescherming. De landelijke regievoerders (VWS, Nictiz, maar ook NHG, LHV en VHN) moeten zich richten op de ontwikkeling van standaarden voor uniformering van gegevensuitwisseling, beveiligingseisen, privacyvereisten en dergelijke. De regionale organisaties, ondersteund door de landelijke beroepsverenigingen en gefaciliteerd door het ministerie van VWS en zorg-verzekeraars, moeten er vervolgens primair voor zorgen dat op basis van die standaarden de bestaande applicaties worden toegepast en eventueel nieuwe worden ontwikkeld die voor gegevensuitwisseling in de regio als noodzakelijk

worden gezien. Er moet voor worden gezorgd dat de landelijke/regionale/lokale gegevensuitwisseling zo snel mogelijk langs elektronische weg mogelijk wordt. Dat komt de kwaliteit van zorg ten goede.

Zodra het mogelijk is moeten huisartsen werken met landelijk werkende oplossingen voor communicatie en berichtenuitwisseling. Weliswaar vindt de dagelijkse uitwisseling van patiëntgegevens voor het overgrote deel lokaal/regionaal plaats, maar regiogrenzen verschillen en het komt ook regelmatig voor dat huisartsen verwijzen naar ziekenhuizen in twee of meer regio's.

Aanvullende functies en diensten kunnen regionaal worden georganiseerd, waardoor partijen die hieraan behoefte hebben sneller mee kunnen in de gewenste doelstelling tot informatie-uitwisseling. In enkele regio's zijn hier al goede praktijkvoorbeelden van te zien. Zo komen de kernactiviteiten van de implementatie van ICT in de zorg weer daar te liggen waar de zorg om vraagt: bij de gegevensuitwisseling in de regio.⁵⁰

Onderwijs, onderzoek, ondersteuning, informatie

Huisartsen zullen gestimuleerd, getraind en onderwezen worden en geholpen worden bij het veranderingsproces. Een goede invulling van de rol van de huisarts bij gegevensbeheer en gegevensuitwisseling met het EPD vraagt om:

- Goede **(na)scholing** van geneeskundestudenten, aios, huisartsen en ondersteunend personeel over dossiervorming (gebruik van de ADEPD-richtlijnen en de gestandaardiseerde codetabellen).⁵¹ Voor de nascholing dienen landelijk materialen en methodieken te worden ontwikkeld. Uitvoering en aansturing vinden plaats in de regio zodat het aansluit bij de veranderingsprocessen en prioriteiten in de regio.
- Inbedding in **wetenschappelijk onderzoek**.
- Voldoende **ondersteunend personeel** (praktijkassistentes en praktijkondersteuners/-verpleegkundigen).
- Landelijke en regionale **ondersteuning en begeleiding** van huisartsen (door LHV en NHG, gebruikersverenigingen, huisartsencoöperaties en ROS'en), ten behoeve van de implementatie en doorontwikkeling van de uitwisseling en borging van kennis.
- Voldoende **informatiemateriaal voor patiënten** om de gegevens uit het dossier, met de huisarts als gids, te kunnen interpreteren.

Randvoorwaarden

2. Landelijke aanpak van infrastructuur, techniek, beveiliging, privacybescherming; regionale werkafspraken.
3. Inbedding in de (na)scholing.
4. Inbedding in wetenschappelijk onderzoek.
5. Voldoende ondersteunend personeel.
6. Landelijke en regionale ondersteuning en begeleiding van huisartsen.
7. Voorlichtingsmateriaal voor patiënten.

4.4. Juridisch

Er dient te worden aangesloten bij bestaande wet- en regelgeving en tuchtrechtjurisprudentie.

Voorafgaand aan de informatie-uitwisseling moet er duidelijkheid bestaan over aansprakelijkheid en risico van de uitwisseling en wie wat met deze gegevens doet of kan doen. (In afwachting van nadere helderheid hierover dient er een procedure te komen waarbij gestart kan worden met de communicatie en er lopende de analyses geen actief vervolging- en controlebeleid is.)

Nieuwe actoren (bijvoorbeeld LSP, RSP, klantenloket) moeten kunnen stoelen op een bestaande juridische basis en niet slechts door middel van een nieuwe wet of lokale contracten kunnen functioneren die bovendien op elementen conflicteert met bestaande wet- en regelgeving en jurisprudentie.

Er dienen geen conflicterende belangen (bijvoorbeeld certificering, invoering, standaardisering, uitvoering, beheer) binnen één partij te worden belegd.

Nader onderzoek is onder andere nodig naar:

- wat zinvolle informatie is voor de patiënt om over te beschikken;
- in hoeverre een (huis)arts tegemoet moet komen aan de wens van een patiënt als het gaat om het afschermen of verwijderen van (relevante) informatie uit het dossier/wat de rechten en plichten van de arts in dezen zijn;
- hoe in de ketenzorg de benodigde informatiesystemen het best op elkaar kunnen worden afgestemd;
- aansprakelijkheden en verantwoordelijkheden in de zorgketen;
- informatiebeveiliging en privacybescherming.

Verder dient er voorlichtingsmateriaal voor patiënten te komen waarin duidelijk staat beschreven wat rechten en plichten van de patiënt, inclusief de voor- en nadelen hiervan.

Randvoorwaarden

8. Aansluiting bij bestaande wet- en regelgeving en jurisprudentie
9. Geen conflicterende belangen/rollen binnen één partij
10. Onderzoek en informatieverschaffing ten aanzien van patiëntenrechten
11. 1Onderzoek ten aanzien van medisch-juridische aspecten bij de afstemming van informatiesystemen
12. Onderzoek naar informatiebeveiliging en privacybescherming

4.5. Technisch

Standaardisatie en normalisatie

Standaardisatie en normalisatie vormen de noodzakelijke basis voor automatisering en elektronische gegevensuitwisseling. Zij zijn nodig zowel op technisch als op inhoudelijk gebied, en zowel landelijk als lokaal. Standaardisatie is essentieel om ICT op nationale en regionale schaal te gebruiken.

Een goede toepassing van ICT in de zorg is alleen mogelijk als de processen die met ICT moeten worden ondersteund helder en eenduidig zijn beschreven (procesmodellering). Op basis van een dergelijke beschrijving kunnen informatiemodellen worden gemaakt, functies worden gedefinieerd, berichtspecificaties worden gemaakt en de inhoud van gegevens worden afgegrensd. Bij het beschouwen van processen is het essentieel om het systeem waarbinnen deze processen zich afspelen te beschouwen in z'n gehele context en zich niet te beperken tot deel- of subsystemen.^{52,53}

Van belang voor wederkerigheid (zie par. 3.1) is uniformiteit bij de verschillende informatiesystemen (met eenzelfde soort dossiervorming, structuren, inhoud en processen). Gegevensbeheer en -uitwisseling in de huisartsenzorg kunnen worden gestimuleerd door het bevorderen van adequate dossiervorming bij andere disciplines en in het ziekenhuis. (Als bepaald onderzoek (zoals echo's) al in de eerste lijn is verricht en specialisten die gegevens kunnen gebruiken, zouden zij het onderzoek niet nog eens moeten overdoen.)

Uitbreiding functionaliteit HIS'en

Het NHG-HIS-Referentiemodel geeft aan over welke functionaliteit HIS'en dienen te beschikken, bijvoorbeeld wat betreft de mogelijkheden van inhoudelijke ondersteuning van de huisarts bij het genereren van feedbackgegevens, en van onderlinge communicatie/ compatibiliteit tussen de HIS'en. (Nu is het nog zo dat de HIS'en variëren in de mate waarin ze de huisarts bij het gegevensbeheer faciliteren. Zoals in par. 3.1 is aangegeven, dient de huisarts te beschikken over een HIS dat hem voldoende faciliteert bij gegevensbeheer en -uitwisseling. De keuze om bij een HIS-leverancier te blijven of te veranderen van leverancier ligt uiteindelijk dus bij de huisarts.)

Het HIS dient in staat te zijn tot bijvoorbeeld het genereren van een professionele samenvatting, het ontvangen van gegevens uit professionele samenvattingen en retourberichten, en het bieden van ondersteuning bij het verwerken daarvan. Het moet alle gegevens kunnen bevatten ten behoeve van verhuis- en waarneemberichten, jaarverslag en zorgindicatoren. Van groot belang is dat het HIS een risicosignalering heeft voor medische beslissingsondersteuning ten behoeve van patiëntveiligheid en voor preventie/casefinding.

Uniformering van de HIS'en is van groot belang.⁵⁴

Er moet een tijdschema komen op welk moment het HIS moet voldoen aan voor dit Standpunt essentiële functionaliteit zoals beschreven in het Referentiemodel.

Alleen eenduidige (proces)specificaties maken eenduidige technische oplossingen mogelijk. Tegelijkertijd is de ervaring dat het maken van eenduidige technische specificaties vooraf niet voor 100 procent kan en/of een lange doorlooptijd en veel onderzoek en kosten vooraf vergt. En een lange doorlooptijd brengt het risico van voortschrijdend inzicht met zich mee. Er is dus een evolutiepad noodzakelijk.

Interoperabiliteit tussen systemen en eenheid van taal moeten zijn gewaarborgd.

En er dienen stabiliteit en garanties te zijn ten aanzien van performance.

Beheer en onderhoud moeten zijn gegarandeerd en voldoen aan NEN 7510-12 en GBZ-eisen.

Het testproces moet worden ingecalculeerd en door middel van 'use cases' worden ondersteund. De helpdesk-functie (met welk probleem kan de huisarts waar terecht en wanneer) moet eenduidig worden belegd.

Randvoorwaarden

13. Standaardisatie en normalisatie.
14. Uitbreiding functionaliteit en uniformering HIS'en.
15. Gegarandeerd beheer en onderhoud.
16. Testen.
17. Gefaseerd projectplan en ijkmomenten.

4.6. Financieel

Verandering kan alleen succesvol plaatsvinden als de huisarts mede de ICT-ontwikkeling in realistische fases kan aansturen. Belangrijkste toetssteen daarbij is of de ICT behulpzaam is voor de primaire zorgverlening. Veel van de elementen uit dit Standpunt met betrekking tot kwaliteitsverbetering, gegevensuitwisseling en beveiliging leiden tot hogere kosten en niet tot hogere inkomsten. Logistieke voordelen worden maar in beperkte mate gerealiseerd.

Invoeren en beheer van het H-EPD in de huisartsenpraktijk - en de bijbehorende techniek en processen (bijvoorbeeld patiëntenvoorlichting) - kosten tijd en geld, dat hiervoor moet worden uitgetrokken. Het op orde brengen van bestaande patiëntendossiers volgens de NHG-Richtlijnen, zodat ze volledig en betrouwbaar worden, is een omvangrijke operatie. Om ICT grootschalig in het zorgproces en de praktijkvoering in te voeren, zullen stimulerende maatregelen nodig zijn. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van expertsystemen en ten aanzien van het voorkomen van lacunes in het huisartsendossier bij langere afwezigheid wegens ziekte of vakantie. Veel huisartsen hebben nog weinig ervaring met het episodegericht registreren dat centraal staat in de richtlijn ADEPD. Hetzelfde geldt voor ICPC-coderen en het actueel houden van voorschrijfgegevens.^{55,56} ICT zal een bijdrage moeten leveren aan het (uiteindelijk) terugbrengen van tijd die de huisarts aan niet-zorgtaken besteedt. Mogelijk kunnen ook accrediteringspunten in het kader van de herregistratie adequate dossiervorming stimuleren. De ketenzorg en accreditering van zorgprogramma's (bij gezondheidscentra maar ook huisartsencollectieven) zullen ook stimulansen zijn.

De tijdsinvestering moet geprioriteerd worden bij de overige gewenste veranderingen (ketenzorg, ouderenzorg, jeugdzorg, beschikbaarheid/bereikbaarheid, transparantie). Met het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars moeten onderhandelingen worden gevoerd over de financiële randvoorwaarden met betrekking tot de initiële investeringen en de consequenties van de gewenste veranderingen voor de kosten van de huisartsenzorg.

Alle zaken die te maken hebben met gegevensbeheer en -uitwisseling moeten bekeken worden op hun effect op de budgettering van de huisartsenzorg. Binnen een budgetgestuurd model geldt dat meerwerk gebudgetteerd en vergoed moet worden. Investerings in het ene deel van de zorgketen die tot opbrengsten leiden in een ander deel moeten door de keten worden opgebracht. Er dient onderscheid te zijn tussen eenmalige en

structurele kosten. Beide soorten kosten dienen vooraf te worden gebudgetteerd en te worden vergoed. Investerings vragen vertrouwen en garanties ten aanzien van de mogelijkheid om deze investeringen terug te kunnen verdienen en in te passen binnen het continuïteitsperspectief van de onderneming binnen de zorgmarkt. Binnen een model van marktwerking is informatie geld waard en onderdeel van de marktverhoudingen. Het past niet om binnen de zorg voor informatie te laten betalen, maar het past evenmin om een situatie te creëren waarin de ene partij profiteert van door een door een andere partij verrichte werkzaamheden, en er zo oneerlijke concurrentie ontstaat.

Randvoorwaarden

18. Financiële vergoeding voor realiseren van ADEPD en GBZ. Tijd=geld>budgetteren en vergoeden van meerwerk.
19. Overige stimulansen, bijvoorbeeld accrediteringspunten en accreditering van zorgprogramma's.

5. OVERZICHT VAN AANBEVELINGEN

5.1. Aanbevelingen voor de huisarts(envoorziening)

Par. 3.1

- De huisarts houdt van elke patiënt in het HIS een elektronisch dossier bij, het H-EPD.
- De huisarts legt gegevens vast volgens de ADEPD-richtlijn.
- De huisarts legt in het H-EPD ook de voor de huisartsenzorg relevante zorgepisodes (of samenvattingen daarvan) van de patiënt bij andere zorgverleners vast, met behulp van door hen aangeleverde medische informatie.
- De huisarts maakt bij zijn dagelijkse werk in de spreekkamer gebruik van expert-consultondersteuning.
- De huisarts bewaart alles in zijn dossier wat hij registreert, of wat hij van een voorganger heeft overgedragen gekregen. Uit het H-EPD wordt dus geen relevante informatie vernietigd.
- De huisarts dient ervoor zorg te dragen dat er bij zijn afwezigheid geen lacunes ontstaan in het dossier.
- Bij verandering van huisarts draagt de vorige huisarts de patiëntengegevens zo spoedig mogelijk en uitsluitend elektronisch over. Toestemming van de patiënt is hiervoor vereist.

Par. 3.2

- De huisarts stelt de EPD-basisgegevensset ter beschikking van de patiënt.
- De huisarts zoekt samen met de patiënt een weg hoe gegevens anders dan de EPD-basisgegevensset op een zinvolle wijze voor de patiënt toegankelijk kunnen worden gemaakt, op basis van landelijk vastgestelde kaders.
- De huisarts nodigt de patiënt uit om eventuele aanvullingen en correcties op zijn EPD-basisgegevensset aan hem door te geven.
- De huisarts wijst de patiënt op het eventuele nadeel van afschermen van gegevens voor diens zorgproces en op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in dezen.
- De huisarts geeft via de praktijkwebsite patiënteninformatie en -voorlichting.
- De huisarts biedt via een patiëntenportal de mogelijkheden voor veilige elektronische communicatie tussen huisarts en patiënt, bijvoorbeeld een e-consult en elektronische herhalingsrecepten, en toegang tot de EPD-basisgegevensset en eventueel dossierdelen met betrekking tot de chronische zorg.

Par. 3.3

- De huisarts communiceert bij verwijzing en terugverwijzing op basis van werkafspraken op elektronische wijze met zorgverleners die een behandelrelatie met zijn patiënt hebben.
- Voor de directe raadpleging door andere curatieve artsen beheert de huisarts de EPD-basisgegevensset.

Par. 3.4

- De huisarts heeft de verantwoordelijkheid de waarnemend huisarts adequaat van informatie te voorzien voor de 7x24-uurs huisartsenzorg. Deze verplichting wordt ingevuld door het ter beschikking stellen van het HWG (huisartswaarneemgegevens) [EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste vier maanden)].
- De huisarts kan op basis van regionale werk- en samenwerkingsafspraken de meldkamer, ambulance-dienst en afdeling SEH van informatie voorzien voor de spoedeisende hulp. Dit wordt ingevuld door het ter beschikking stellen van het e-Spoed-bericht [EPD-basisgegevensset aangevuld met de recente journaalregels (laatste tien dagen)].
- De huisarts (zo goed als iedere andere arts en andere zorgverlener met toegangsrechten) heeft een eigen verantwoordelijkheid bij het uitvragen van de patiënt en beoordelen van het beschikbare dossierdeel op juistheid en relevantie (en het gestructureerd terugrapporteren aan de eigen huisarts).
- De huisarts (zo goed als iedere andere bij een patiënt betrokken zorgverlener met toegangsrechten) dient desgevraagd te allen tijde te kunnen onderbouwen waarom hij iets wel of niet heeft gevraagd of gedaan.

Par. 3.5

- De huisarts heeft via zijn H-EPD in het HIS overzicht over alle relevante gegevens voor het zorgproces van zijn patiënten met een chronische aandoening.

- De huisarts geeft andere zorgverleners t.b.v. hun aandeel in de ketenzorg inzage in de voor hen relevante gegevens uit het H-EPD.

Par. 3.6

- De huisartsenvoorziening voldoet aan de eisen voor informatiebeveiliging, volgens de planning voor implementatie vastgesteld door de beroepsgroep.
- De huisarts waarborgt de privacy van de patiënt.

Par. 3.7

- De huisartsenvoorziening draagt op verschillende wijzen bij aan de transparantie over de geleverde zorg, onder andere in het jaarverslag.
- De huisartsenvoorziening meet periodiek de kwaliteit van de registratie als een standaardonderdeel van de praktijkorganisatie.
- De huisartsenvoorziening draagt bij aan wetenschappelijk (huisartsgeneeskundig) onderzoek en onderzoekt de mogelijkheden van gegevensuitwisseling.

5.2. Aanbevelingen voor NHG en LHV (samen met partners)

Par. 3.1

- LHV en NHG bundelen de huidige initiatieven en maken een implementatieschema voor adequaat dossierbeheer met het EPD door huisartsen.

Par. 3.2

- De beroepsorganisaties LHV en NHG nemen samen met de NPCF het initiatief op het gebied van patiëntenrechten in relatie tot het H-EPD. Zij faciliteren huisartsen en huisartsenposten bij het geleidelijk, stapsgewijze toegankelijk maken van medische dossiers en spoeddossiers voor patiënten volgens de boven geschetste lijnen. Het NHG volgt samen met de NPCF experimenten die hiermee in den lande worden ondernomen. Er wordt informatiemateriaal ontwikkeld voor patiënten om de gegevens, met de huisarts als gids, te kunnen interpreteren.
- NHG en LHV zullen samen met de NPCF mogelijkheden onderzoeken om het H-EPD begrijpelijk te maken voor de patiënt, bijvoorbeeld via aanvullend voorlichtingsmateriaal.
- NHG en LHV bieden de huisartsenvoorziening ondersteuning bij andere vormen van elektronische dienstverlening.
- NHG en LHV onderzoeken samen met de NPCF de mogelijkheid van een landelijke portal voor patiënten die na eenmalig inloggen de patiënt toegang geeft tot de websites van alle zorgverleners waar hij of zij bekend is.

Par. 3.4

- LHV en NHG spannen zich samen met eerstelijns samenwerkingspartners, de OMS en de NPCF in om het werken met de verschillende genoemde gegevenssets te bevorderen. De beroepsorganisaties en met name het NHG, als hoeder van het belangrijkste dossier, en de KNMG bepalen welke gegevens beschikbaar kunnen zijn voor welke zorgverleners.
- NHG en LHV doen nader onderzoek naar in welke situaties precies het opvragen van gegevens belangrijk is, en onder welke condities.

Par. 3.5

- NHG, LHV, HIS-leveranciers en gebruikersverenigingen anticiperen, samen met andere medisch specialisten, op nieuwe ontwikkelingen in de zorg bij chronische aandoeningen (ketenzorg) en ontwikkelen daarvoor gezamenlijk benodigde nieuwe faciliteiten. Over de precieze functies van het KIS en de verhouding tot het HIS bieden NHG en LHV, via de Adviesgroep Ketenzorg, een handreiking bieden.

Par. 3.6

- NHG en LHV spannen zich in voor implementatie van de NHG-PraktijkWijzer Informatiebeveiliging.
- Het NHG draagt zorg voor indicatoren voor informatiebeveiliging in de huisartsenvoorziening.

Par. 3.7

- NHG en LHV dragen er zorg voor dat alle HIS'en een structuur hebben die gegevensuitwisseling voor wetenschappelijk onderzoek faciliteert (bijvoorbeeld goede selectiemodules).

BIJLAGE 1

NHG-MEERJARENBELEIDPLAN 2006-2011 'ZICHTBARE HUISARTSENZORG: VAN TOEKOMSTVISIE NAAR PRAKTIJK' OVER EPD, GEGEVENSBEHEER EN UITWISSELING

In hoofdstuk 4 van het Meerjarenbeleidplan 2006-2011, dat voortbouwt op de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 (2002) en de concretisering daarvan in het rapport Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening (2003), wordt op verschillende plaatsen ingegaan op het EPD en gegevensbeheer en -uitwisseling.

Pag. 25/26:

'Het patiëntendossier: sleutel voor continuïteit van zorg

Gegevensverzameling en -uitwisseling over patiënten is van belang voor de continuïteit en samenwerking binnen de huisartsenvoorziening en met andere zorgaanbieders (en is ook de basis voor wetenschappelijk onderzoek). Een actueel elektronisch patiëntendossier is een voorwaarde voor persoonsgerichte en contextgerichte zorg. De effectiviteit van het elektronisch patiëntendossier kan worden verbeterd door afspraken binnen het team van de huisartsenvoorziening over de wijze van verslaglegging en (de terugkoppeling van) het gebruik van de patiëntengegevens. Een patiënt moet ervan kunnen uitgaan dat binnen de huisartsenvoorzieningen en ook tussen de eerstelijnsvoorziening en het ziekenhuis optimale informatie-uitwisseling plaatsvindt. Het bijhouden en beheren van een actueel elektronisch patiëntendossier is een verantwoordelijkheid van de huisartsenvoorziening.'

Pag. 28/29:

'ICT als smeeroelie voor samenwerking

Binnen de huisartsenvoorziening worden de gegevens van en voor de patiënt vertaald en ter beschikking gesteld aan andere zorgverleners. Elektronische communicatie en gestandaardiseerde (verwijs)formulieren optimaliseren de samenwerking met andere zorgaanbieders. De afgelopen jaren is daarom door het NHG veel geïnvesteerd in de richtlijnontwikkeling voor ICT-producten. Deze inspanningen hebben onder meer geleid tot het HIS-Referentiemodel 2005, digitale protocollen voor diseasemanagement (Prodigmo) en richtlijnen voor gegevensuitwisseling.

Bij de ontwikkeling van een geïntegreerde eerstelijnszorg vervult de digitale ondersteuning een faciliterende rol. Daarom zal oriëntatie plaatsvinden op de registratieprocessen in andere disciplines, opdat hiermee bij de verdere ontwikkeling van het HIS-Referentiemodel rekening kan worden gehouden. Daarnaast worden methoden en materialen ontwikkeld om de centrale rol van de huisartsenvoorziening bij het beheer van het elektronisch patiëntendossier te ondersteunen.

Het NHG heeft veel ervaring opgedaan met de ICT-ontwikkeling voor de ondersteuning van de patiëntenzorg en de praktijkvoering. Op grond hiervan vervult het NHG een ambassadeursfunctie om de noodzakelijke uniformering en optimalisering van de ICT-ondersteuning te realiseren. Dit betekent onder meer dat er extra menskracht wordt ingezet voor het aangaan van (strategische) allianties voor en de marketing van ICT-producten. Een belangrijke samenwerkingspartner is onder meer het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ).

Prioriteit heeft dat de protocollen voor diseasemanagement (Prodigmo) op korte termijn beschikbaar zijn voor alle huisartsenvoorzieningen. Hierbij is het van belang dat gewenste feedbackgegevens eenvoudig kunnen worden gegenereerd.

Er zullen producten worden ontwikkeld die als applicaties aan de HIS'en kunnen worden gekoppeld. Verder zullen steeds meer producten en diensten via webapplicaties worden aangeboden die online zijn te raadplegen.

In de meest recente versie van het HIS-Referentiemodel (2005) is ook een zoekopdracht opgenomen om gegevens te genereren voor preventie, indicatoren, jaarverslag en onderzoek.

HIS-leveranciers hebben een licentie genomen op dit HIS-Referentiemodel, waardoor huisartsen in hun dagelijkse praktijk hiermee steeds meer hun voordeel kunnen doen.'

'Gegevensverzameling huisartsenzorg

Het vastleggen en verzamelen van gegevens behoort steeds meer tot de vaste activiteiten van de interne organisatie van de huisartsenvoorziening, onder andere om transparantie te bieden en voor wetenschappelijk onderzoek. De gegevensverzameling behoort tot de eigen behoefte van de beroepsgroep. Tegelijkertijd bestaat er een informatiebehoefte bij externe partijen, zoals de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om te voorkomen dat huisartsenvoorzieningen een grote diversiteit aan gegevens moeten verzamelen, hebben NHG en LHV eind 2005 met het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg het 'Convenant Dataverzameling Huisartsenzorg' gesloten. Dit beoogt betrouwbare, valide, bruikbare, acceptabele en uitvoerbare gegevensverzameling in de huisartsenzorg te realiseren met beperking van de administratieve lasten. Er worden afspraken gemaakt over het format en de aard van de te leveren gegevens. De komende periode wordt gewerkt aan een betrouwbare constructie voor opslag van de verzamelde gegevens ('datahuis') en heldere procedures om hieruit met toestemming van de huisarts te putten. Binnen enkele jaren is een Derde Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenvoorziening wenselijk.'

Resultaten

Het Meerjarenbeleidplan stelt dat in 2011 de volgende resultaten zijn behaald:

- Het NHG heeft een voortrekkersrol vervuld in de ICT-ontwikkelingen in de zorg in samenspraak met relevante partijen zoals NICTIZ, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. *Hoofdstuk 4 B*
- Het gebruik en toepassingsmogelijkheden van het HIS en het elektronisch patiëntendossier zijn mede bepaald door de inbreng van het NHG. *Hoofdstuk 4 B*
- De HIS'en zijn op grond van richtlijnen van het NHG verder uitgebouwd en geïmplementeerd. *Hoofdstuk 4 B*
- Het NHG heeft bijgedragen aan de beschikbaarheid van protocollen voor diseasemanagement in alle huisartsenvoorzieningen en aan het op eenvoudige wijze kunnen genereren van feedbackgegevens. *Hoofdstuk 4 B,C*
- In het elektronisch patiëntendossier/elektronisch medicatiedossier zijn kennis en richtlijnen geïntegreerd. Het elektronisch patiëntendossier is tijdens de diensten in de huisartsenposten en elders in de eerste en tweede lijn beschikbaar als randvoorwaarde voor goede afgestemde (keten)zorg. *Hoofdstuk 4 B,C*

BIJLAGE 2.

OVERZICHT VAN NHG-RICHTLIJNEN OP HET GEBIED VAN GEGEVENSBEHEER/-UITWISSELING

Door het NHG en externe partijen zijn al veel richtlijnen en ondersteunende producten geformuleerd over **gegevensbeheer**:

- NHG-HIS-Referentiemodel 2005
[Het HIS-Referentiemodel 2005-4 is gereed sinds 2007. Het kiest eenduidig voor de episodegerichte registratie (EGR), voor opslag van alle episodegebonden medische gegevens in vier dossierdelen, en heeft enkele nieuwe dossierdelen: Beleid, Additioneel en Preventie (generiek). Het besteedt extra aandacht aan autorisaties, privacy, inzage/afschermen van gegevens. Daarnaast zijn uitslagen van laboratoriumonderzoek, maar ook van beeldvormend en functieonderzoek gecodeerd op te slaan en wordt het ook op meer plaatsen: operaties/familieanamnese mogelijk om informatie gecodeerd op te slaan. Het Referentiemodel is nog niet geheel uitgekristaliseerd: over een aantal onderwerpen zijn nog werkconferenties met de gebruikersverenigingen in het verschiet. Ondanks dat de klantenkring erop aandringt, is het Referentiemodel nog niet in alle HIS'en doorgevoerd. Vegom is hier in een waarnemingspositie.]
- Richtlijn Adequate dossiervorming met het EMD (ADEMD (2004)/herziening 2009: Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD (ADEPD)

en over **gegevensuitwisseling**:

- NHG-Standaard Verwijsbrief
[Een update is gewenst over hoe met ICT-ondersteuning een goede verwijsbrief kan worden gemaakt.]
- Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP) (in samenwerking met COSIM en CSIZ, 2000). De nieuwe versie van HASP, HASP 2008, is sinds oktober 2008 beschikbaar. HASP is breed geïmplementeerd in elektronische vorm voor wat betreft de verwijsbrief naar de tweede lijn (20-30%). Het aantal HASP implementaties groeit gestaag. HASP heeft betrekking op alle specialismen. Over verbijzondering per specialisme wordt gesproken met de Orde van Medisch Specialisten.
 - In 2010 komt de HASP-aanvulling Fysiotherapie beschikbaar, die ook de DTF communicatiebehoefte beschrijft. Deze aanvulling staat model voor de eerste lijn.
 - In 2010 komt beschikbaar de HASP-aanvulling GGZ.
- Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-afdeling Spoedeisende Hulp (NHG-Nictiz, 2005)
- Richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale huisartsenpost (CHP) (NHG/Nictiz, 2004, update 2008)
- LTA /LESA's: kernpunten over wat regionaal af te spreken

De KNMG bijvoorbeeld heeft gedragsregels opgesteld over hoe om te gaan met gegevens.

BIJLAGE 3.

Enige gegevens over ICT in de huisartsenpraktijk

	Atlas-enquête (2008) (n=617)
Gebruik computer	100%
Gebruik HIS	100%
ICPC-coderen	Altijd: 66% Soms: 29% Nooit: 5%
Elektronisch recepten naar apotheek	Ja, alle recepten: 55% Ja, deels: 15% Nee: 9% Nvt (apotheekh): 22%
Bruikbare retourinformatie van apotheek	Ja, volledig: 30% Ja, deels: 39% Nee: 31%
Uitwisseling medische gegevens ten behoeve van onderlinge waarneming	Ja: 57% Nee: 43%
Ontvangt labberichten elektronisch	Ja: 93% Nee: 7%
Hele brievenarchief gedigitaliseerd (gescand en digitaal opgeborgen)	Ja: 23% Nee: 77%
Scant nieuw binnenkomende specialistenbrieven in	Ja: 48% Nee: 52%
Gebruik EVS	Ja: 10% Nee: 46% Soms: 44%

BIJLAGE 4. INFORMATIE OVER WGBO EN WBP

Zie voor de WGBO:

www.minvws.nl/dossiers/wet-op-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-wgbo/default.asp
of www.wgbo.nl

Actuele informatie is te krijgen bij de Artseninfolijn van de KNMG.

Zie ook: www.knmg.artsennet.nl (zoekwoorden: WGBO of WBP).

Voor wie zich verder wil verdiepen in deze materie zijn de volgende drie publicaties van belang:

- De KNMG gaf twee handzame brochures uit. Eén behandelt de WGBO 1995 en bespreekt relevante onderwerpen, onder andere de dossierplicht en de uitwisseling van gegevens. (Doppegieter RMS. Het consult Arts en Patiëntrechten. Utrecht: KNMG, 2000.) De andere brochure, over de WBP 2001, beschrijft voor alle artsen de consequenties van de nieuwe privacywet. Hierin komen de rechten van de patiënt en de plichten van de 'verantwoordelijke' beheerder van de gegevensverzameling aan de orde. In de bijlagen van deze brochure worden tips gegeven over hoe artsen in de praktijk met deze wet dienen om te gaan. (Doppegieter RMS, Hooghiemstra TFM, Lameer C. Handleiding voor artsen inzake privacy en omgaan met patiëntgegevens. Utrecht: KNMG, 2001.)
- Ten slotte is over de juridische aspecten van het dossier een handzaam boekje verschenen. Hierin wordt duidelijk gemaakt dat er een spanningsveld bestaat tussen het gebruik van de informatie uit het dossier door zorgverleners en het gebruik daarvan als informatiebron of zelfs bewijslast door derden. Het schetst in het kort hoe juridische ontwikkelingen rondom het dossier doorwerken in de zorgverlening en de arts-patiëntrelatie. (Legemate J (eindred.), Kastelein WR, Wery PR, Gevers JKM, Hooghiemstra TFM. Knelpunten rond het medisch dossier. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2000.)

BIJLAGE 5.

NHG-STANDPUNTEN IN HET KADER VAN DE IMPLEMENTATIE VAN DE TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG 2012

Verschenen (2005/2006/2007/2008/2009)

- Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn; met uitwerkingen voor patiënten met diabetes mellitus (2005) en astma/COPD (2005) en voor cardiovasculair risicomanagement (2007)
- De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2005)
- Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening (in samenwerking met de LHV) (2005)
- Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006)
- Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007)
- GGZ in de huisartsenzorg (2007)
- Huisartsenzorg en jeugd (2008)
- Huisarts en palliatieve zorg (2009)

In voorbereiding

- Actualisering Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening (in samenwerking met de LHV) (2010)
- Actualisering De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg (2010)
- Generalistische zorg (2010)

BIJLAGE 6.

GEGEENSVERZAMELING EN GEGEVENSOVERDRACHT IN NHG-STANDPUNTEN

NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn (2005)

Pag. 3/4, uit Randvoorwaarden:

Essentiële onderdelen van het kwaliteitsbeleid van de huisartsenpraktijk zijn:

- verslaglegging in het elektronisch medisch dossier;
- het praktijkjaarverslag.

Adequate dossiervorming ondersteunt de zorgverlening aan de individuele patiënt.

Er wordt gewerkt aan een landelijke infrastructuur met behulp van informatie- en communicatietechnologie voor het uitwisselen en verwerken van gegevens.

De huisarts blijft de vaste dossierhouder van de patiënt.

Tevens is het mogelijk aan de hand van periodieke overzichten inzicht te geven in het zorgproces en de medische uitkomsten daarvan op praktijkniveau. Op basis van deze overzichten kan een werkplan worden gemaakt om waar nodig de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Evaluatie van de kwaliteit van de zorg vindt plaats aan de hand van voor deze zorg gangbare indicatoren. De onderdelen van deze overzichten worden ook verwerkt in het praktijkjaarverslag voor de externe verantwoording over de geboden zorg.

NHG-Standpunt Cardiovasculair risicomanagement (2007)

Pag. 7/8, uit Uitgangspunten:

Zorgvuldige registratie en dossierbeheer

Voor een goed functionerend signaleringssysteem en voor het controleren en verder verbeteren van de kwaliteit van de geboden zorg is het noodzakelijk dat de gegevensverzameling in het EPD zorgvuldig en éénduidig is. Het is aan te bevelen om hiertoe duidelijke afspraken binnen het hele team van de huisartsenpraktijk te maken. Voor verantwoording, kwaliteitscontrole en -verbetering kan jaarlijks een overzicht op praktijkniveau worden gegenereerd. De NHG-Richtlijn Adequaat gebruik van het EMD en de NHG-PraktijkWijzer Jaarplan/Jaarverslag met behorende cursussen bieden hierbij ondersteuning.

Aanbevelingen voor de praktijk

- (...)
- De huisarts zorgt voor duidelijke afspraken binnen het team van de huisartsenpraktijk over eenduidige en zorgvuldige registratie in het EPD ten behoeve van het signaleringssysteem en de kwaliteitsbewaking.

Pag. 10, uit Randvoorwaarden:

3.1. Adequate organisatie en verslaglegging

Voor een gestructureerde selectie en identificatie van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en het bieden van gestructureerde zorg zijn een geautomatiseerd registratiesysteem en bruikbare codering noodzakelijk. Bovendien moet de gegevensverzameling in het HIS en het EPD zorgvuldig en eenduidig zijn. Voorwaarden hiervoor zijn de beschikbaarheid van goede, geïntegreerde ICT-modules en mogelijkheden voor het selecteren van gegevens voor monitoring en feedback. In overeenstemming met het advies in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt het gebruik van een apart elektronisch dossier voor patiënten met

een verhoogd risico op hart- en vaatziekten afgeraden.

Een belangrijk gemis is op dit moment de mogelijkheid om eenvoudig via het EPD lijsten te genereren van patiënten die tot de risicogroepen behoren om hen zo meer systematisch te kunnen oproepen, behandelen en vervolgen. Ook ontbreken meestal gestandaardiseerde gegevens voor het beschrijven en vaststellen van de kwaliteit van het cardiovasculair risicomanagement.

- Zorgvuldig en een eenduidig beheer van het patiëntendossier.
- Een geautomatiseerd registratiesysteem en bruikbare codering voor het opstellen van een risicoprofiel.
- Geïntegreerde ICT-modules voor het selecteren van gegevens voor monitoring en feedback.

NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006)

Pag. 6, uit Probleemstelling:

2.1. Ontbreken van een volledig medicatieoverzicht bij de huisarts

Vaak heeft de huisarts nog niet de beschikking over een volledig medicatieoverzicht in het EPD. Op dit punt valt veel te verbeteren door zorgvuldige registratie, goede samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de eerste en tweede lijn en de inzet van ICT voor digitale gegevensuitwisseling.

Patiënten hebben behoefte aan en baat bij een overzichtelijk en samenhangend aanbod aan spoedeisende zorg, waarbij het eerste- en tweedelijns aanbod binnen én buiten kantooruren zo goed mogelijk op elkaar zijn afgestemd of zijn geïntegreerd. Daarbij is ook een goede aansluiting op andere sectoren zoals de GGZ en de thuiszorg van belang.

2.2. Afstemming met tweede lijn en medicatieveiligheid kan beter

Bij migratie van de patiënt tussen de eerste en tweede lijn is overdracht van de volledige medicatiegegevens van groot belang voor de patiëntveiligheid. Uit onderzoek van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie blijkt dat in de overgang van het ziekenhuis naar de thuis-situatie veel risico bestaat op medicatiefouten. Er kan veel verbeterd worden bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis.

Uit onderzoek is gebleken dat in het ziekenhuis bewust gestaakte medicatie door de huisarts regelmatig wordt hervat na ontslag, doordat toelichtingen op een gewijzigd medicatiebeleid in de ontslagbrief ontbreken. Als gevolg hiervan ontstaan onnodige gezondheidsrisico's en mogelijke heropnames.

Pag. 9, uit Uitgangspunten:

3.1.2. Medicatiebewaking

Een belangrijk aandachtspunt bij het aanmaken van (herhaal)recepten is de (elektronische) medicatiebewaking. Het bewaken van de veiligheid van de medicatie vindt plaats bij het voorschrijven, en niet slechts bij het afleveren van geneesmiddelen. Optimale medicatieveiligheid wordt gerealiseerd met zorgvuldige registratie en een goede elektronische medicatiebewaking. Het gaat hierbij om de patiëntgerelateerde en geneesmiddelgerelateerde contra-indicaties (allergie of intolerantie), interacties, dubbelmedicatie, dosering, gebruiksduur en therapietrouw. Tot de eerstgenoemde behoren: co-morbiditeit (zoals nier- en leverfunctiestoornis), zwangerschap, borstvoeding en kindervens. Extra aandacht voor medicatiebewaking is nodig bij speciale patiëntencategorieën (zoals ouderen, patiënten die meer geneesmiddelen gebruiken, migranten en verstandelijk gehandicapten) en in overdrachtsituaties (...). Hiervoor is het noodzakelijk om de diagnose aan te geven, bij voorkeur met de ICPC-code.

De huisarts is bij controle van een patiënt alert op bijwerkingen. Dit geldt bij uitstek wanneer de patiënt betrekkelijk nieuwe geneesmiddelen gebruikt. (...)

Ook de apotheker heeft een belangrijke, wettelijk toebedeelde, rol bij de medicatiebewaking.

Het kan in sommige gevallen gewenst zijn om de reden van voorschrijven uit te wisselen.

Aanbevolen wordt hierover met de plaatselijke apotheker(s) heldere werkafspraken te maken.

Aanbevelingen voor de praktijk

- Maak bij het voorschrijven van geneesmiddelen gebruik van de mogelijkheden van het HIS voor de medicatiebewaking.
- Zorg ervoor dat in het HIS bij speciale patiëntencategorieën de terzake doende patiëntenkenmerken operationeel zijn voor de medicatiebewaking.
- Medicatiebewaking verdient extra aandacht bij verstandelijk gehandicapten, ouderen, migranten en patiënten die meerdere geneesmiddelen gebruiken. Let daarbij ook op uitleg en therapietrouw.
- Wees alert op bijwerkingen en overgevoeligheden en maak hiervan aantekening in het medicatieoverzicht.
- (...)
- Maak met de apotheker(s) werkafspraken over de medicatiebewaking.

Pag. 22/23, uit Randvoorwaarden

4.2. Goede ICT-ondersteuning, registratie en faciliterende HIS-applicaties

ICT-gebruik maakt snelle en goede gegevensuitwisseling mogelijk. Belangrijke randvoorwaarden voor het farmacotherapiebeleid zijn zorgvuldige registratie en goed gebruik van het HIS dat voldoet aan het NHG-Referentiemodel. Voor een optimale gegevensuitwisseling met andere zorgverleners is het gebruik van toegesneden formats noodzakelijk.

Randvoorwaarden

- HIS'en die voldoen aan het NHG-Referentiemodel.
- Zorgvuldige registratie en codering in het HIS.
- Aanpassing van het NHG-Referentiemodel zodat rechtstreeks vanuit het HIS aan het Lareb melding kan worden gemaakt van bijwerkingen.
- Beschikbare HIS-applicaties voor het uitdraaien van een goed leesbaar, actueel en compleet medicatieoverzicht (inclusief de gebruiksvorschriften).
- Beschikbare formats voor de digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners.

4.3. Afspraken over gegevensuitwisseling en beheer medicatieoverzicht

Vanwege de rol en taken is de huisarts bij uitstek de aangewezen zorgverlener om het medicatiedossier van de patiënt te beheren en de relevante (medicatie)gegevens ter beschikking te stellen aan andere zorgverleners op het moment dat dit nodig is. Het beheer van het medicatiedossier is naast eigen zorgvuldige registratie afhankelijk van de HIS-mogelijkheden en de gegevensuitwisseling van andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn. De ASP'en spelen in het bijzonder een belangrijke rol ten aanzien van de bevordering van de medicatieveiligheid in overdrachtssituaties tussen de eerste en tweede lijn.

Randvoorwaarden

- Implementatie van een apotheekservicepunt of een politheek met apotheekservicepunt bij alle ziekenhuizen, dat bij opname en ontslag voor de behandelend arts zorgt voor:
 - een nieuw medicatieoverzicht ter voorkoming van fouten in het geneesmiddelengebruik;
 - een ontslagrecept waarmee de patiënt wordt teruggezet op de oorspronkelijke medicatie conform de NHG-Richtlijnen, tenzij er sprake is van een door de specialist gemotiveerde therapeutische substitutie.
- De huisarts dient bij ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis (en bij wijziging ook na ieder polikliniekbezoek) een nieuw en compleet medicatieoverzicht te ontvangen.
- Het is wenselijk dat de huisarts informatie (van het ziekenhuis of van de apotheek) digitaal ontvangt zodanig dat deze eenvoudig in het elektronisch medisch dossier kan worden ingelezen.
- Goede samenwerkingsafspraken tussen de huisarts en andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn, vooral de apotheker.

NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (2007)

Pag. 11, uit *Uitwerking aanbevelingen*:

Acute zorg

(...) Vooral voor ouderen met complexe problematiek is een georganiseerde uitwisseling van medische gegevens (een adequaat patiëntendossier met een volledig medicatieoverzicht) noodzakelijk. De informatieoverdracht over patiënten die in palliatieve/terminale zorg zijn, vraagt in het bijzonder aandacht.

Aanbevelingen voor de huisarts

- (...)
- De huisarts zorgt voor een goede overdracht van informatie aan de waarnemend collega op de huisartsenpost. Dit in het bijzonder voor patiënten aan wie hij palliatieve/terminale zorg verleent.

Pag. 27, uit *Randvoorwaarde*:

6.4. Ondersteunende ICT

Essentieel voor continue, samenhangende zorg voor ouderen met complexe problematiek is tijdige, snelle en goede onderlinge digitale gegevensuitwisseling met gebruik van toegesneden formats - een goed bijgehouden EPD, inclusief medicatiedossier. 24-uurs huisartsenzorg voor ouderen kan niet zonder beschikbaarheid van medisch dossier gedurende 24 uur.

Vanwege de plaats van de huisarts in de gezondheidszorg is deze bij uitstek in staat om het EPD met een volledig diagnose- en medicatieoverzicht te beheren. De huisarts gebruikt probleemlijsten die de belangrijkste gezondheidsproblemen van een patiënt bevatten. De problemen zijn gecodeerd op ICPC-code, de papieren statussen zijn samengevat, de labuitslagen gerubriceerd en de medicatie die patiënt daadwerkelijk inneemt, wordt genoteerd. De huisarts zorgt ervoor dat de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar is, ook in de tweede lijn.

Uitwisseling van informatie met de verpleeghuisarts en/of transmuraal, vereist criteria voor de HIS'en. De mogelijkheid moet worden gecreëerd van opname van het zorgplan daarin.

Randvoorwaarde

- Goed werkende formats voor onderlinge digitale gegevensuitwisseling (EPD, zorgplan), in het bijzonder ook buiten kantooruren (elektronisch waarneemdossier)

NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg (2007)

Pag. 15, uit *Uitwerking uitgangspunten*:

4.9. In de eerstelijns GGZ is veelal sprake van een diagnose op basis van klachten. Voor de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk eenduidige terminologie in overeenstemming met de DSM-IV gebruikt. De huisarts moet de DSM-IV-terminologie dus in grote lijnen kennen.

In de huisartsenzorg kan vaak worden volstaan met ICPC-codering van een diagnose, omdat het meestal niet gaat om een psychische stoornis maar om een psychisch probleem. In de communicatie met andere GGZ-zorgverleners is echter een eenduidige terminologie en classificatie van belang. Uitgangspunt is daarom dat de huisarts de DSM-IV-terminologie in grote lijnen kent. De standaarden en de onderverdeling in mate van ernst zijn in lijn met de DSM-IV. In een studie van het project Tussen de Lijnen komt naar voren dat de huisarts, psychiater en eerstelijnspsycholoog elkaars diagnostische omschrijvingen verstaan. Alleen in het AMW wordt ander jargon gehanteerd; daar wordt gesproken in termen van systeemproblematiek.

Aanbeveling voor de huisarts

- In de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk gebruikgemaakt van eenduidige terminologie in overeenstemming met de DSM-IV.

Pag. 20, uit Voorwaarden:

7.4. Beheer patiëntendossier en verbetering GGZ-classificatie en EPD

Bij eerstelijns GGZ is een gezamenlijke dossiervoering noodzakelijk. De huidige EPD's zijn slechts beperkt hierop ingesteld. Vraag is in hoeverre met de privacy van de patiënt rekening gehouden kan worden in de afscherming dan wel openstelling van dit dossier.

Het is goed een GGZ-module gekoppeld aan het HIS te ontwikkelen in overeenstemming met de modulering van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Relevante gegevens dienen hierin een plek te krijgen, zoals risicofactoren en medicatie.

Communicatie met medewerkers binnen en buiten de huisartsenzorg, verwijzingen evenals financiële verwerking zijn hierin aandachtspunten.

Binnen het EPD is veelal wel ruimte voor het vermelden van relevante kenmerken of gevoeligheden van patiënten zoals een voorgeschiedenis van depressie of schizofrenie, maar dit blijkt onvoldoende te garanderen dat van deze gegevens optimaal gebruik wordt gemaakt. Ook ontbreekt ruimte voor werkaantekeningen. Preventieve activiteiten zijn daardoor moeilijk uit te voeren. Integratie van de GGZ-module in het HIS kan dit vergemakkelijken.

Randvoorwaarden

- Er dient een geïntegreerde GGZ-module in het HIS te worden ontwikkeld.
- Aanpassing van het EPD is wenselijk voor:
 - de monitoring van preventieve activiteiten (betere identificatie van patiënten met risicofactoren voor GGZ-problemen door het toevoegen van contextuele en medische gegevens);
 - de regiefunctie van de huisarts en de informatie-uitwisseling met andere beroepsbeoefenaren in de eerstelijns GGZ.

NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd (2008)

Zie pag. 14 e.v. over Dossierbeheer uit Uitwerking Standpunt, met diverse aanbevelingen voor de huisarts en de huisartsenzorg.

Aanbevelingen voor NHG en AJN

- Er wordt rekening houdend met de juridische mogelijkheden, een familie-informatielijst voor het HIS ontwikkeld, om voor de zorg van het kind relevante, objectieve gegevens vast te leggen, zoals het voorkomen van erfelijke en chronische aandoeningen en belangrijke informatie over het gezin/samenlevingsverband
- Er wordt een richtlijn ontwikkeld voor de digitale gegevensuitwisseling tussen huisartsen en het JGZ-team.

Randvoorwaarden

- De richtlijn voor het maken van HIS-software, het HIS-Referentiemodel 2005, is door de HIS-leveranciers geïmplementeerd zodat de huisarts gebruik kan maken van de noodzakelijke functionaliteiten als het koppelen van dossiers aan de dossiers van de andere leden van het gezin/primair woonverband die ingeschreven staan bij dezelfde huisarts.
- Er wordt in het HIS een 'familie-informatielijst' ontwikkeld voor het vastleggen van voor de zorg voor het kind relevante, objectieve gegevens als erfelijke of chronische aandoeningen in de familie en belangrijke objectieve informatie over het gezin/samenlevingsverband (zoals echtscheiding, overlijden).
- De huisarts beschikt over de noodzakelijke praktijkondersteuning voor het verzamelen van gegevens in het patiëntendossier en het beheer daarvan.
- Wanneer er is sprake is van veel patiëntenmutaties in de huisartsenvoorziening en relatief veel ingeschrevenen met een gecompliceerde biografische en/of medische achtergrond is het noodzakelijk dat er voor de taak van gegevensbeheer en gegevensuitwisseling extra menskracht beschikbaar is.

Bijlage 7.

Totstandkoming van het NHG/LHV-Standpunt

Dit Standpunt werd voorbereid door een werkgroep bestaande uit de volgende leden:

- A.P. Timmers, huisarts, voorzitter
- J.D. Beugelaar, huisarts (alleen de eerste bijeenkomst)
- G.J. Borghuis, arts en ICT-consultant (vanaf de bijeenkomst van 13 mei 2008)
- J.H. Levelink, huisarts (ook lid BAC ICT LHV⁵⁷)
- mw. J.M.Th. Oltheten, huisarts, lid NHG-Verenigingsraad
- H.P. Spiers, huisarts, voorgedragen door de LHV (lid BAC ICT)
- P. Rijnerse, huisarts, wetenschappelijk medewerker sectie Automatisering NHG
- drs. R.S.M. Helsloot, senior-beleidsmedewerker NHG, secretaris

In de laatste fase van de ontwikkeling van het Standpunt participeerden ook T.R. van Althuis (NHG) en J. van der Reijden (LHV) in de werkgroep.

Op 28-6-2007 adviseerde de NHG-Verenigingsraad het NHG-bestuur over de probleemstelling en de prioriteiten voor het Standpunt.⁵⁸ Een van de leden van de Raad trad toe tot de werkgroep.

De werkgroep startte haar werkzaamheden op 7 maart 2008. Adviseurs waren (in twee themabijeenkomsten) dr. D. de Bakker (NIVEL) - over gegevensverzameling/-beheer - en G.J. Borghuis en mw. C. Buiting (NHG) - over gegevensuitwisseling. (G.J. Borghuis heeft sindsdien deel van de werkgroep uitgemaakt.)

De brede commentaarronde vond plaats van 20 maart 2009 tot 20 april 2009. Er zijn in deze externe commentaarronde 29 reacties ontvangen van onder meer individuele huisartsen/ gebruikersverenigingen en HIS-leveranciers/universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde/de NHG-Verenigingsraad en de volgende organisaties:

- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz)
- Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)/Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH)
- Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)

Vermelding als referent betekent niet dat de referent het NHG/LHV-Standpunt op elk detail onderschrijft.

Het Standpunt werd nog eens besproken in de Algemene Ledenvergadering van het NHG van 25 mei 2009, aan de hand van de ontvangen commentaren. In de tweede helft van 2009 is het vastgesteld door het NHG-bestuur en het LHV-bestuur.

Op 3-12-2009 is het Standpunt bekrachtigd door de Algemene Ledenvergadering van het NHG en op 13-4-2010 is het vastgesteld door de LHV-Ledenraad.

BIJLAGE 8.

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ADEMD	adequate dossiervorming met het EMD
ADEPD	adequate dossiervorming met het EPD
AIS	apotheekinformatiesysteem
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMW	algemeen maatschappelijk werk
ASP	apotheekservicepunt
BAC ICT	Beleidsadviescommissie ICT (LHV)
BSN-z	burgerservicenummer in de zorg
CHP	centrale huisartsenpost
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
COSIM	Coördinatiepunt voor Standaardisatie en Informatievoorziening in de Medische sector
CSIZ	Coördinatiepunt voor Standaardisatie en Informatievoorziening in de Zorgsector
CVR	cardiovasculair risicomanagement
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTF	Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie
DWH	dienstwaarneming huisartsen (OZIS)
Edifact	Electronic data interchange for administration, commerce and transport, internationale standaard voor formaat EDI (electronic data interchange)
EGR	episodegericht registeren
EMD	elektronisch medicatiedossier/ook: elektronisch medisch dossier (nu vervangen door EPD)
EPD	elektronisch patiëntendossier
FMWV	Federatie Medisch Wetenschappelijke Verenigingen
GBZ	Goed Beheerd Zorgsysteem
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
G-standaard	geneesmiddelen databank beheerd door Z-Index, met alle relevante informatie over geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, zelfzorgproducten en homeopathische producten; gebruikt door apothekers, apotheekhoudende huisartsen, huisartsen en zorgverzekeraars
HAP	huisartsenpost
HASP	afkorting NHG-Richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen'
HDS	huisartsendienstenstructuur
H-EPD	huisartsen-EPD
HIS	huisartsinformatiesysteem [(N.B. Het HIS is te vergelijken met een archiefkast, waarin het huisartsendossier=H-EPD een logische deelverzameling is van alle aanwezige informatie (en een van de functies van het HIS).]
HWG	huisartswaarneemgegevens (nieuwe naam voor het WDH= Waarneemdossier huisartsen)
ICA	project Intoleranties, Comorbiditeit, Allergieën
ICPC	International Classification of Primary Care
ICT	informatie- en communicatietechnologie
KIS	keteninformatiesysteem
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (NHG)

LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen
LSP	Landelijk Schakelpunt
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak (NHG)
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
NEN	Nederlandse Norm
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
OMS	Orde van Medisch Specialisten
OZIS	(stichting) - samenwerkingsverband van leveranciers van informatiesystemen (OZIS is afgeleid van Open Zorg Informatie Systeem)
PHR	personal health record
PS	professionele samenvatting
ROS	regionale ondersteuningsstructuur
RSP	Regionaal Schakelpunt
RTA	Regionale Transmurale Afspraak
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	afdeling Spoedeisende hulp
UMC	Universitair Medisch Centrum
UZI-pas	Unieke Zorgverlener Identificatiepas
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VNZ	Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBGO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WCIA	Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering
WDH	Waarneemdossier huisartsen (nu HWG)
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet BSN	Wet burgerservicenummer in de zorg
Wet EPD	Wet op het elektronisch patiëntendossier
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (nu IQ healthcare) (UMC St Radboud)
ZAIS	ziekenhuisapotheekinformatiesysteem
Z-Index	intermediair in zorginformatie op maat
ZIS	ziekenhuisinformatiesysteem
ZSP	zorgserviceprovider

BIJLAGE 9.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Borghuis GJ. Serie columns ICT in de zorg. Arts & Auto, vanaf nr. 2008-3.
- Doppegieter RMS. Handreiking mandatering en verantwoordelijkheden binnen de huisartsendienstenstructuur (HDS) in het kader van het elektronisch patiëntendossier. Utrecht: Vereniging Huisartsenposten Nederland/Landelijke Huisartsen Vereniging, concept, juni 2008.
- Doppegieter RMS, Van Meersbergen DYA. Leidraad gegevensbeheer en -verkeer voor de huisartsendienstenstructuur (HDS). Utrecht: KNMG (in opdracht van de LHV), 2004.
- Grol R, Faber M, Braspenning J, Timmermans A. Commonwealth Fund 2006 Huisartsenenquête in 7 landen. Nijmegen/Utrecht: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), oktober 2006.
- Hooghiemstra TFM. Zelfbeschikking bij ICT en het medisch dossier. P&I (Privacy en Informatie) 2007;5:204-9.
- Hooghiemstra TFM. Reactie op *www.patiëntened.nl* in de discussie over Personal Health Record en het virtueel landelijk EPD.
- Jongejan WJ. Het EPD als luchtkasteel. Niemand zit te wachten op een duur en onbetrouwbaar systeem. Med Contact 2008;63(33/34):1360-3.
- *www.knmg.nl/vademecum*
- KNMG ea. Zorgorganisaties: elektronisch dossier moet op de schop. Med Contact 2008;63(18):748.
- Landelijke Huisartsen Vereniging/Nederlands Huisartsen Genootschap. Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004. Utrecht: LHV/NHG, 2004.
- Medisch Contact dossier Elektronisch patiëntendossier.
- Ministerie VWS. Wetsvoorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische uitwisseling in de zorg (Wet EPD). *www.ictzorg.com/tsic/resources/attachments/download/true/im/false/id/40405/EPD%20wet.doc*. Zie ook: *www.invoering-epd.nl*.
- Nationaal ICT Instituut in de Zorg. Programma van Eisen voor een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ). Leidschendam: Nictiz, 2007.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Communicatie in de zorg - Gegevens delen, autorisaties: wat wel, hoe niet! Utrecht: NHG, 2004.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Meerjarenbeleidplan 2006-2011 'Zichtbare huisartsenzorg: van toekomstvisie naar praktijk'. Utrecht: NHG, 2006.
- Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
- Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2003.
- Njoo K. ADEMD ondersteuning in HIS'en: een update. Utrecht: NHG, 2007.
- Ottes L, Van Rijen AJG. Zoektocht naar een integraal EPD. Med Contact 2005;60(34): 1340-3.
- Ottes L, Van Rijen O. Bij voorbaat achterhaald. Wetsvoorstel voor landelijke EPD biedt geen ruimte voor innovatie. Med Contact 2008;63(31/32):1299-1301.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Informatietechnologie in de zorg (Deel 1: Advies; Deel 2: Achtergronden). Zoetermeer: RVZ, 1996.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Internetgebruiker en de veranderingen in de zorg. Rijswijk: RVZ, 2005 (1).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier. Rijswijk: RVZ, 2005 (2).

- Rathenau Instituut. De nacht schreef rood. Informatisering van zorgpraktijken. Den Haag: Rathenau Instituut, 1998.
- Spaink K. Medische geheimen. Risico's van het elektronisch patiëntendossier. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar//XS4ALL, 2005.
- Universiteit van Tilburg. Aansprakelijkheid rond het EPD. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2008.
- Van Althuis T. NHG Beleid en het Elektronisch Patiënten Dossier. Utrecht: NHG, 2006.
- Van der Zanden JGM. Vastgelopen programma. Zorgsector zit zichzelf in de weg bij ontwikkeling EPD. Med Contact 2008;63(20):869-71.
- Wigersma L. Ontwikkeling elektronisch patiëntendossier moet sneller kunnen. Med Contact 2008;63(11):48.

NOTEN

1. WBGO= Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1995); WBP= Wet bescherming persoonsgegevens (2001). Zie bijlage 4.
2. NHG 2004.
3. Het HIS is te vergelijken met een archiefkast, waarin het huisartsendossier=H-EPD een logische deelverzameling is van alle aanwezige informatie (en een van de functies van het HIS). Zoals hierna in dit Standpunt nog zal worden aangegeven, kan de huisarts inzage geven in selecties uit het H-EPD aan andere artsen en zorgverleners en aan de patiënt.
4. NHG/LHV 2002.
5. LHV, VHN en NHG hebben het initiatief genomen tot de Adviesgroep Ketenzorg. Met dit initiatief ondersteunen de drie partijen zorggroepen waarvan de huisarts de regisseur is. Zie www.adviesgroepketenzorg.nl.
6. Hiermee wordt gestart; eventueel kan dit later worden uitgebreid.
7. Zodra ingrepen (genoteerd volgende de tabel Ingrepen) breed in de HIS'en zullen zijn ingevoerd, zullen die ook in de EPD-basisgegevensset worden opgenomen.
8. LHV, VHN en NHG hebben het initiatief genomen tot de Adviesgroep Ketenzorg. Met dit initiatief ondersteunen de drie partijen zorggroepen waarvan de huisarts de regisseur is. Zie www.adviesgroepketenzorg.nl.
9. NHG/LHV 2002; NHG/LHV 2004.
10. NHG 2006.
11. Van Althuis 2006. Zie ook Rathenau Instituut 1998.
12. Van Althuis 2006.
13. Grol ea 2006.
14. Deze enorme stijging komt niet alleen door een toename van het gebruik van de OZIS-standaard Dienstwaarneming huisartsen, maar ook doordat meer leveranciers gegevens hebben aangeleverd.
15. Artikel 7:454 lid 1 BW.
16. Informatie afkomstig van de KNMG, zie www.knmg.nl, dossier WGBO.
17. NHG 2004.
18. Dit komt overeen met de norm die VWS stelt in de Kaderwet EPD.
19. Bij de regiefunctie van huisartsen zijn diverse niveaus te onderscheiden:
 - lokaal in het samenwerkingsverband in de huisartsenpraktijk;
 - lokaal in de huisartsengroep;
 - regionaal, bijvoorbeeld in een huisartsencoöperatie of zorggroep;
 - landelijk, via de beroepsorganisaties LHV en NHG en de gebruikersverenigingen.
20. Zie de beschrijving van de regierol voor de huisarts in: Gercama AJ, Van der Horst HE, Stalman WAB. Van spil tot regisseur. Huisarts beste kandidaat om sturing te geven aan het zorgproces. Med Contact 2007;62(39):1603-5. Zij noemen delegeren, consulteren en verwijzen op basis van een behandelplan kernvaardigheden bij de uitoefening van de regiefunctie. Informatievoorziening aan alle betrokkenen, opbouwen van een consultatie- en verwijfsnetwerk en het opzetten van een patiëntenvolgsysteem zijn randvoorwaarden.
21. Artikel 14 van de concept-Wet cliëntenrechten zorg stelt het volgende:
 1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze hem slechts naar een andere zorgaanbieder verwijst na zich ervan te hebben vergewist dat die andere zorgaanbieder de zorg kan verlenen.
 2. De verwijzende zorgaanbieder verstrekt de andere zorgaanbieder de gegevens uit het dossier, bedoeld in artikel 23, welke die andere zorgaanbieder redelijkerwijs nodig heeft om goede zorg te kunnen verlenen.
 3. Indien de zorgaanbieder niet de huisarts is van de cliënt, verstrekt hij informatie, voor zover relevant, over de door hem verleende zorg aan die huisarts.

In de Memorie van toelichting wordt over het derde lid van artikel 14 opgemerkt: 'Als sluitstuk in een goed functionerend zorgstelsel dient er altijd iemand te zijn tot wie een cliënt zich kan wenden om raad of bijstand; in artikel 15 is neergelegd dat dit de huisarts is. De huisarts treedt voor de cliënt die door de inschrijving op naam aan hem is gekoppeld, op diens verzoek op als diens persoonlijke gids. Dat betekent wel dat de huisarts ook op de hoogte moet zijn van eventuele zorgverlening door andere zorgaanbieders. Het is van belang dat hij snel en adequaat informatie ontvangt van andere artsen om over de actuele gezondheidstoestand van zijn cliënten geïnformeerd te blijven. Herhaaldelijk komt het voor dat informatie over de behande-

ling bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis van cliënten onvolledig of te laat wordt doorgegeven. Om die reden leggen wij deze verplichting vast in dit artikel.'

Het wetsvoorstel is medio 2009 voor advies aangeboden aan de Raad van State. Het is de bedoeling om de wet in 2011 in werking te laten treden.

22. NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP). Zie bijlage 2.

23. Van Althuis 2006.

24. De wettelijke bewaartermijn conform de WGBO voor een medisch dossier is momenteel 15 jaar, te rekenen vanaf het moment waarop de gegevens werden vervaardigd. Na de 15 jaar moeten de gegevens worden vernietigd tenzij langere bewaring redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit, bijvoorbeeld omdat de arts alleen in staat is goede zorg te (blijven) bieden als de gegevens in het dossier bewaard blijven. Dit kan zich voordoen bij langlopende of terugkerende behandelingen zoals bij chronische ziekten. Ook bij erfelijke aandoeningen kan het van groot belang zijn voor andere familieleden de gegevens langer te bewaren. Daarover moeten (bij voorkeur schriftelijke) afspraken gemaakt worden met de patiënt.

Alleen wanneer de patiënt binnen de termijn van 15 jaar om vernietiging van de gegevens vraagt en de arts aan dat verzoek meent te kunnen voldoen, worden de gegevens eerder vernietigd. Een verzoek tot vernietiging kan alleen (gemotiveerd) worden afgewezen als een wettelijk voorschrift in een andere wet tot bewaring verplicht of als het aanmerkelijk belang van een ander dan de patiënt langere bewaring vereist.

De bewaartermijn conform de WGBO was oorspronkelijk 10 jaar. Op 1 februari 2006 trad een wijziging in werking die voorziet in verlenging van de bewaartermijn voor patiëntendossiers van 10 naar 15 jaar. De wijziging werkt terug tot en met 1 april 2005. Er werd een overgangsregeling getroffen voor oude gegevens van vóór 1 april 1995. Deze mochten allemaal bewaard blijven tot 1 april 2005. Voornoemde bewaartermijn ondervond de afgelopen jaren veel kritiek onder meer omdat de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek er te zeer door worden belemmerd.

Het gaat om een voorlopige wijziging, in afwachting van besluitvorming over voorstellen die door de Gezondheidsraad zijn gedaan. In 2004 adviseerde deze de termijn te verlengen tot minstens 30 jaar. Om zich gedegen op dit advies te kunnen beraden besloot het kabinet tot een tijdelijke wetswijziging. De overgangsregeling voor gegevens van voor 1995, werd eveneens met 5 jaar opgerekt. Als algemene regel geldt daarom dat alle patiëntendossiers ten minste tot 2010 bewaard moeten blijven, ook als ze op dat moment ouder zijn dan vijftien jaar. Binnen het ministerie van VWS werkt een commissie aan een wettelijke regeling voor de lange termijn.

Actuele informatie is te krijgen bij de Artseninfolijn van de KNMG. (Volgens de KNMG wordt in de literatuur als aanvangsmoment van de bewaartermijn aangenomen het moment waarop de behandelingsovereenkomst wordt beëindigd.)

25. Hooghiemstra 2007. T. Hooghiemstra is jurist en senior consultant bij Het Expertise Centrum (HEC) voor ICT en bestuur in de publieke sector. Voorheen was hij beleidsmedewerker gezondheidszorg bij het CBP, manager juridische zaken en projectleider vertrouwensfunctie bij Nictiz.

26. Artikel 14 van de concept-Wet cliëntenrechten zorg stelt het volgende:

1. De cliënt heeft er jegens de zorgaanbieder recht op dat deze hem slechts naar een andere zorgaanbieder verwijst na zich ervan te hebben vergewist dat die andere zorgaanbieder de zorg kan verlenen.
2. De verwijzende zorgaanbieder verstrekt de andere zorgaanbieder de gegevens uit het dossier, bedoeld in artikel 23, welke die andere zorgaanbieder redelijkerwijs nodig heeft om goede zorg te kunnen verlenen.
3. Indien de zorgaanbieder niet de huisarts is van de cliënt, verstrekt hij informatie, voor zover relevant, over de door hem verleende zorg aan die huisarts.

In de Memorie van toelichting wordt over het derde lid van artikel 14 opgemerkt: 'Als sluitstuk in een goed functionerend zorgstelsel dient er altijd iemand te zijn tot wie een cliënt zich kan wenden om raad of bijstand; in artikel 15 is neergelegd dat dit de huisarts is. De huisarts treedt voor de cliënt die door de inschrijving op naam aan hem is gekoppeld, op diens verzoek op als diens persoonlijke gids. Dat betekent wel dat de huisarts ook op de hoogte moet zijn van eventuele zorgverlening door andere zorgaanbieders. Het is van belang dat hij snel en adequaat informatie ontvangt van andere artsen om over de actuele gezondheidstoestand van zijn cliënten geïnformeerd te blijven. Herhaaldelijk komt het voor dat informatie over de behandeling bijvoorbeeld binnen het ziekenhuis van cliënten onvolledig of te laat wordt doorgegeven. Om die reden leggen wij deze verplichting vast in dit artikel.'

Het wetsvoorstel is medio 2009 voor advies aangeboden aan de Raad van State. Het is de bedoeling om de wet in 2011 in werking te laten treden.

27. 'Een belangrijke bepaling uit het gezondheidsrecht die volledige informationele zelfbeschikking van de patiënt door de patiënt echter de facto onmogelijk maakt is de dossierplicht van de zorgverlener (...)' Hooghiemstra 2007.

28. Hooghiemstra 2007.

29. De RVZ heeft hier ook eerder voor gepleit. [RVZ 2005(1).] In dit rapport rapporteert de Raad over een onderzoek dat het had gedaan naar de wensen van patiënten ten aanzien van inzage in hun eigen medisch dossier. 96% van de mensen die wel eens internetten, bleek hun medisch dossier graag te willen inzien. Bijna 71% wilde dat liefst thuis via internet doen, mits deze procedure goed beveiligd was ('vergelijkbaar met thuisbankieren'). Slechts 15% wilde liever zijn papieren dossier inzien. Mensen met een chronische ziekte en mensen die vaak hun huisarts of specialist bezoeken, waren het meest geporteerd van het gebruik van internet voor inzage van hun medisch dossier (80%).
30. Nictiz, NPCF en VWS gaan verder. Zij onderzoeken momenteel de wijze waarop patiënten in de toekomst rechtstreeks digitaal inzage kunnen krijgen in de medische gegevens die via het LSP worden uitgewisseld.
31. Het dilemma wordt treffend beschreven door Spaink. (Spaink 2005.) Zij wijst enerzijds op de legitimiteit en het medisch nut van elektronische toegang van patiënten tot hun eigen medisch dossier: alleen patiënten zelf weten wat zij allemaal gebruiken, ook aan zelfzorgmiddelen. Maar ze signaleert ook alle barrières die daarbij opdoemen:
- de patiënten zouden dan eigenlijk ook zelf wijzigingen in hun dossier moeten kunnen aanbrengen;
 - de inzage is qua beveiliging van dossiers (identificatie, autorisatie en authenticatie) buitengewoon lastig te realiseren;
 - maar vooral, de functie van het medisch dossier verandert als patiënten daar systematisch toegang toe krijgen. 'Medische dossiers zijn voor professionals in de eerste plaats werknootities en voortgangsverslagen; als behandelaars weten dat hun patiënten geregeld nalezen wat zij opschrijven, zullen ze minder snel speculaties over diagnoses of behandelingen noteren, hun dossiers meer naar de patiënt toeschrijven en zaken achterwege laten waarvan ze denken dat die schrik of vragen bij de patiënt oproepen. Medische dossiers zijn in de eerste plaats voor behandelaars bedoeld. De gedachte dat de gegevens die zorgverleners in een medisch dossier noteren eigendom van de patiënt zouden zijn, bewijst weliswaar lippendienst aan het idee van de mondige patiënt, maar is gebaseerd op een verkeerde inschatting van de functie van een professioneel dossier.'
32. Voor het e-consult in de huisartsenpraktijk heeft het NHG een checklist ontwikkeld. Zie Jansen P. NHG-Checklist e-consult: Implementatie van e-consult in de praktijk. Huisarts Wet 2006;49(8):nhg-89. Zie ook het commentaar van P. Jansen op de NHG-website (www.nhg.org >Nieuws-NHG-Nieuwsarchief>Archief 2008>jan-maart 2008) over het artikel van N. Nijland 'Huisarts loopt nog niet warm voor e-consult' (Medisch Contact 5/2008:202). Zie verder de KNMG-richtlijn 'Online arts-patiëntcontact'. Zie voor het feitelijke gebruik en de inhoud van e-consult: Verheij R, Ton C, Tates K. Het e-consult: hoe vaak en met wie? Huisarts Wet 2008;51(7):317.
33. NHG 2004.
34. NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP). Zie bijlage 2.
35. Zie het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2007).
36. De basisgegevensset is niet toegankelijk voor bijvoorbeeld verzekeringsartsen en bedrijfsartsen.
37. Hiermee wordt gestart; eventueel kan dit later worden uitgebreid.
38. Zodra ingrepen (genoteerd volgende de tabel Ingrepen) breed in de HIS'en zullen zijn ingevoerd, zullen die ook in de EPD-basisgegevensset worden opgenomen.
39. Voor hoe gegevensuitwisseling met huisartsenpost dient te geschieden, bestaat de NHG-Richtlijn 'Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale huisartsenpost (CHP)'. Zie bijlage 2. In deze richtlijn wordt voor de professionele samenvatting en het retourbericht gespecificeerd welke overdrachtgegevens over de actuele toestand van de patiënt van belang voor de samenwerking bij hulpverlening zij dienen te bevatten. Voorbeelden van overdrachtgegevens zijn: terminaal; abtinerend beleid; eigen huisarts bereikbaar op telefoonnummer...
(Daarnaast bestaat een OZIS-DWH-bericht in de regionale waarneming (geen NHG/Nictiz-product) dat meerdere varianten kent.)
40. NHG-Richtlijn 'Gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-afdeling Spoedeisende Hulp'. Zie bijlage 2.
41. O.a. Doppegieter RMS 2008; Doppegieter RMS ea 2004. Zie ook bijlage 3.
42. Doppegieter 2008.
43. Zie het NHG-Standpunt Zorg voor patiënten met een veelvoorkomende chronische aandoening in de eerste lijn (2005), met uitwerkingen voor de zorg voor diabetespatiënten en patiënten met astma/COPD; en zie ook het NHG-Standpunt Cardiovasculair risicomanagement (2007). Zie bijlage 5.
44. Schellevis F, Van Dijk C, Rijken M, De Bakker D, Verheij R, Groenewegen P. Kanttekeningen bij functionele bekostiging. Anders is niet per se beter. Med Contact 2009;64:973-6.
45. In de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) wordt aangegeven hoe de privacy binnen de relatie tussen behandelaar en patiënt gewaarborgd moet worden/blijven.
46. Dit geldt ook voor informatie ten behoeve van medisch wetenschappelijk onderzoek. Zie de richtlijn van de richtlijn van de Federatie Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV) over het gebruik van persoonsgegevens voor medisch wetenschappelijk onderzoek (www.federa.org).

47. Zie hiervoor de richtlijn van de KNMG.
48. Zie de richtlijn ADEPD.
49. Jabaaij L, Njoo K, Visscher S, Van den Hoogen H, Tiersma W, Levelink H, Verheij R. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. Huisarts Wet 2009;52(5):240-6. Een beschrijving van de (HIS-onafhankelijke) indicatoren en de referentiecijfers is te vinden in het rapport: Jabaaij L, Verheij R, Njoo K, Van den Hoogen H. Het meten van de kwaliteit van de registratie in elektronische patiëntendossiers van huisartsen met de EPD-scan-huisartsen. Utrecht: NIVEL/NHG/WOK, 2008. Dit rapport is te downloaden van www.linh.nl (in het zoekscherm EPD-scan-h intypen). Daarmee kan de EPD-scan zelf worden uitgevoerd, maar het NIVEL kan daarbij ook ondersteuning bieden.
50. Wigersma 2008; KNMG ea 2008.
51. Het NHG verzorgt ADEM(P)D-cursussen. Aan te bevelen is dat koppels van huisartsen en praktijkassistenten en -ondersteuners, en van huisartsopleiders en aios die cursussen volgen.
52. Van Althuis 2006.
53. Enkele voorbeelden: Inzage van patiëntendossiers is een proces zonder verder gebruik van de opgevraagde gegevens, waarbij het elke keer gaat om een beperkte hoeveelheid gegevens van één patiënt. Bij medicatiebewaking is er sprake van een proces waarbij opgevraagde gegevens (eenmalig of tijdelijk) worden gebruikt, ook hier een beperkte hoeveelheid gegevens over één patiënt. Bij het maken van een rapportage (kwaliteitsbewaking, jaarverslag) gaat het om een proces waarbij heel veel gegevens van heel veel patiënten moeten worden ontsloten en bewerkt.
54. Njoo 2007.
55. Zie noot 31 en Gebel RS. Informatie in medicatiedossier onvoldoende actueel. Med Contact 2006;61:1610.
56. Nictiz 2007.
57. De LHV-Beleidsadviescommissie ICT (BAC ICT) is een commissie die samen met het LHV-bestuur de voorwaarden en methoden voor de inzet van ICT omschrijft ter vervulling van de visie van de LHV en de behoeften van de huisartsen en patiënten. De BAC ICT adviseert gevraagd en ongevraagd het LHV-bestuur en de Ledenraad. Haar advies is bindend.
58. Zie het Advies 2007-7 'Concept-NHG-Standpunt Gegevensverzameling en -overdracht' van de NHG-Verenigingsraad aan het NHG-bestuur op de NHG-website (www.nhg.org >Vereniging>Verenigingsraad).