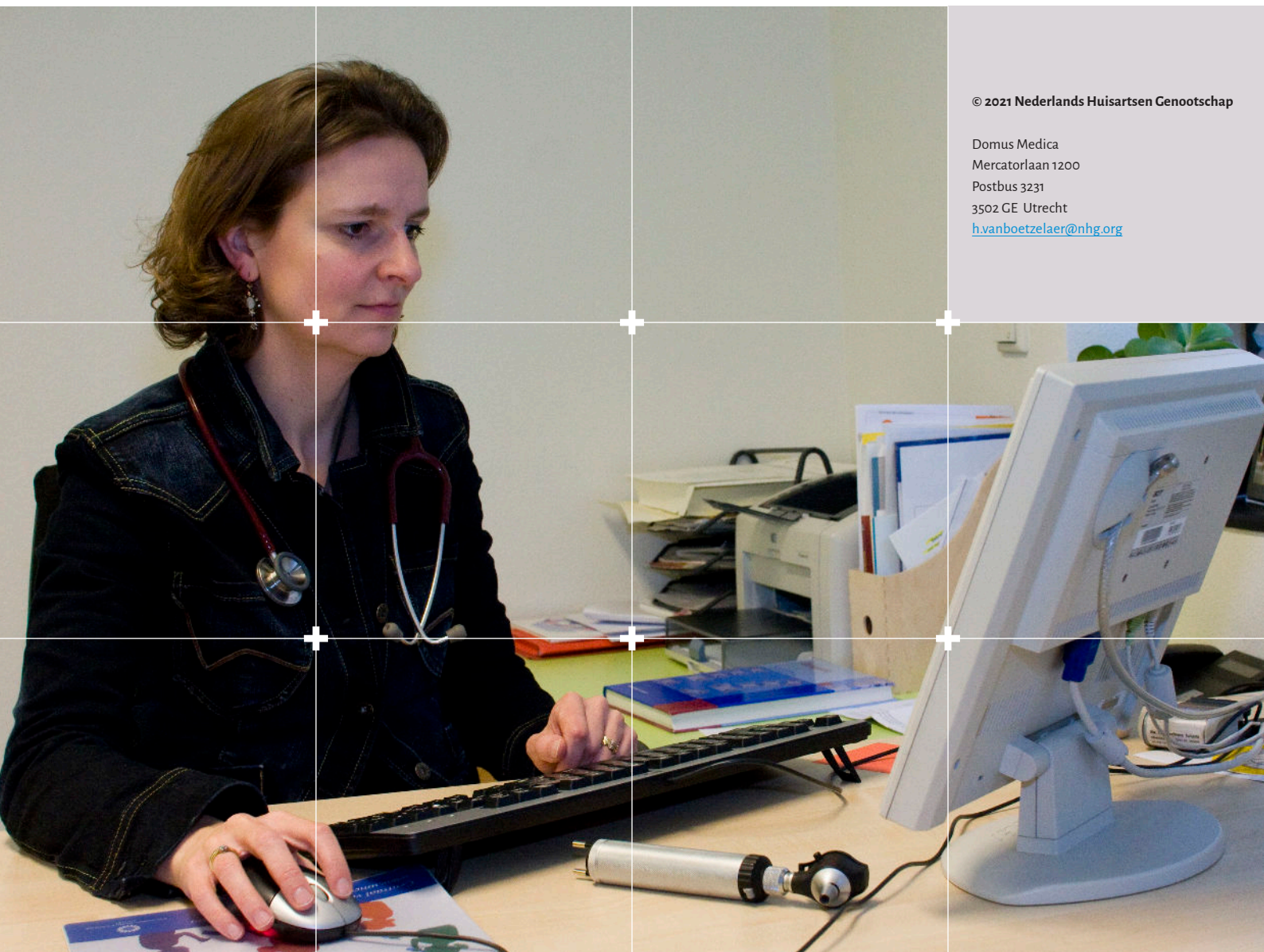
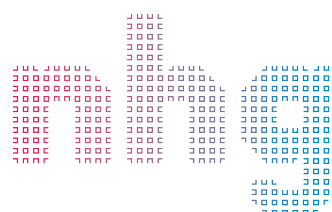


Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP)




© 2021 Nederlands Huisartsen Genootschap

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
h.vanboetzelaer@nhg.org



Nederlands
Huisartsen
Genootschap



SPECIFICATIES VOOR WAARNEEMGEGEVENS IN DE MEDISCH-GENERALISTISCHE ZORG: WAARNEEMSAMENVATTING EN WAARNEEMVERSLAG

Versie 6, december 2021

- H.B. van Boetzelaer
- C.I.C.M Buiting-van der Zon
- T.R. van Althuis
- E.H.C. Bastiaanssen
- M.F. Zonneveld

Inhoudsopgave

Specificaties voor huisartswaarneemgegevens: waarneemsamenvatting en waarneemverslag	2
Versie-informatie	4
Inleiding	5
Doel van de richtlijn	5
Veranderingen ten opzichte van versie 5 (2016)	6
Beheer van de richtlijn	6
Gerelateerde documenten	6
Gegevensuitwisseling in waarneemsituaties	7
Inhoud van de gegevenssets	8
Randvoorwaarden	12
Functionele eisen aan het informatiesysteem van de vaste arts	12
Functionele eisen aan het informatiesysteem van de waarnemer	13
Literatuur	14
Bijlage 1. Begrippenlijst	15
Bijlage 2. Totstandkoming	16
Bijlage 3. Definities HIS-Referentiemodel 2021	17
Bijlage 4. Uitwerking van de gegevenssets: algemene gegevens (voor waarneemsamenvatting en waarneemverslag)	19
Bijlage 5. Uitwerking van de gegevenssets: de waarneemsamenvatting (volgens definities HIS-Referentiemodel 2021)	20
Bijlage 6. Uitwerking van de gegevenssets: het waarneemverslag	25
Bijlage 7. Informatiebeveiliging	28

Versie-informatie

Versie 6 (december 2021)

- De tekst van de richtlijn en uitwerking van de gegevenssets zijn aangepast, zodat deze aansluiten bij het HIS-Referentiemodel (versie 2021) van het NHG.
- De term Centrale Huisartsenpost (CHP) is vervangen door Huisartsenpost met als afkorting HAP.
- De term Professionele samenvatting is vervangen door Waarneemsamenvatting.
- De term Waarneemretourbericht is vervangen door Waarneemverslag.
- De tekst is aangepast; de richtlijn is bedoeld voor zorgverleners in de medisch-generalistische zorg, namelijk huisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten oudergeneeskunde.
- Verenso en de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) onderschrijven deze richtlijn.

Versie 5 (september 2016)

- In versie 5 is de selectie van journaalregels (SOEP-regels, SOEP-verslag of deelcontactverslagen) aangepast naar gegevens over de afgelopen 4 maanden.
- Daarnaast zijn de inhoud en de tekst van de richtlijn aangepast, zodat deze aansluit bij het HIS-Referentiemodel (versie 2016) van het NHG.

Versie 4 (mei 2013)

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

Versie 3 (juli 2008)

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

Versie 2 (januari 2005)*

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

* Toelichting bij versie 2

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

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

INLEIDING

Door de komst van grotere organisatiestructuren voor generalistische zorgverlening en de dienstwaarneming¹ in de eerstelijnszorg raken steeds meer artsen betrokken bij de zorg voor 1 patiënt. Tegelijkertijd krijgt iedere individuele arts te maken met een grotere groep patiënten. In waarneemsituaties zal de waarnemend arts de meeste patiënten die hij ziet niet goed kennen. De schaalvergroting maakt het belangrijker dan ooit dat de waarnemer over relevante patiëntgegevens kan beschikken.

Tevens wordt de zorg niet meer door 1 zorgaanbieder geleverd, maar steeds meer gezamenlijk, waarbij betrokken zorgaanbieders een gedeelde verantwoordelijkheid hebben. Daarom is gegevensuitwisseling binnen het kader van generalistische zorgverlening in waarneemsituaties noodzakelijk.

Om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen moet de waarnemend arts in elk geval een verkorte versie van het patiëntendossier kunnen inzien en een waarneemverslag kunnen sturen naar de vaste arts. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is van mening dat het presenteren van een selectie van relevante gegevens aan de waarnemend arts de voorkeur heeft boven het ter beschikking stellen van het gehele patiëntendossier in het geval van een acute zorgvraag. Met dit doel is de 'Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP)' ontwikkeld.

De richtlijn beschrijft 2 soorten gegevens:

1. De waarneemsamenvatting: een selectie van gegevens uit het informatiesysteem van de vaste huisarts, artsen verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde die de waarnemer kan opvragen.
2. Het waarneemverslag: de gegevens over het waarneemcontact van de waarnemer aan de vaste arts van de patiënt.

Doel van de richtlijn

Het doel van deze richtlijn is het beschrijven van de gegevenssets die de zorgverleners die generalistische zorg leveren ter beschikking dienen te hebben om tijdens de waarneming goede zorg te kunnen leveren. Daarnaast beschrijft de richtlijn de inhoud van het waarneemverslag: het verslag van de waarnemer aan de vaste arts van de patiënt over het waarneemcontact. De bijlagen bevatten een gedetailleerde uitwerking van de gegevenssets, met name voor Nictiz en de informatiesysteemleveranciers.

De richtlijn beschrijft een aantal randvoorwaarden en doet suggesties voor de wenselijke functionaliteit van de informatiesystemen voor de verwerking van de gegevens.

¹ Het NHG onderscheidt nog een andere vorm van waarneming: zorg aan een patiënt verleend tijdens normale praktijkuren, bijvoorbeeld tijdens vakantie of ziekte van de huisarts, waarbij het beleid op de langere termijn op de voorgrond staat. Deze vorm van waarneming is in deze richtlijn niet aan de orde.

VERANDERINGEN TEN OPZICHTE VAN VERSIE 5 (2016)

De volgende dossieronderdelen en wijzigingen uit het HIS-Referentiemodel (versie 2021) zijn opgenomen in versie 6:

- Contra-indicaties en medicatieovergevoeligheden zijn afzonderlijke onderdelen van de waarneemsamenvatting geworden.
- Profylaxe en voorzorg, Behandelgrenzen, Sociale gegevens en Aanvullende contactgegevens zijn afzonderlijke onderdelen van de waarneemsamenvatting geworden. Deze behoorden in de vorige versie tot het onderdeel Additionele informatie.
- Overdrachtsgegevens zijn toegevoegd aan de waarneemsamenvatting.
- Behandelgrenzen zijn toegevoegd aan het waarneemverslag.
- Het triageverslag is toegevoegd aan het waarneemverslag.
- De bijlage Definities is uitgebreid en aangepast volgens de definities van het HIS-Referentiemodel 2021.
- De bijlagen Uitwerking van de gegevenssets zijn uitgebreid en aangepast volgens de definities van het HIS-Referentiemodel 2021.

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

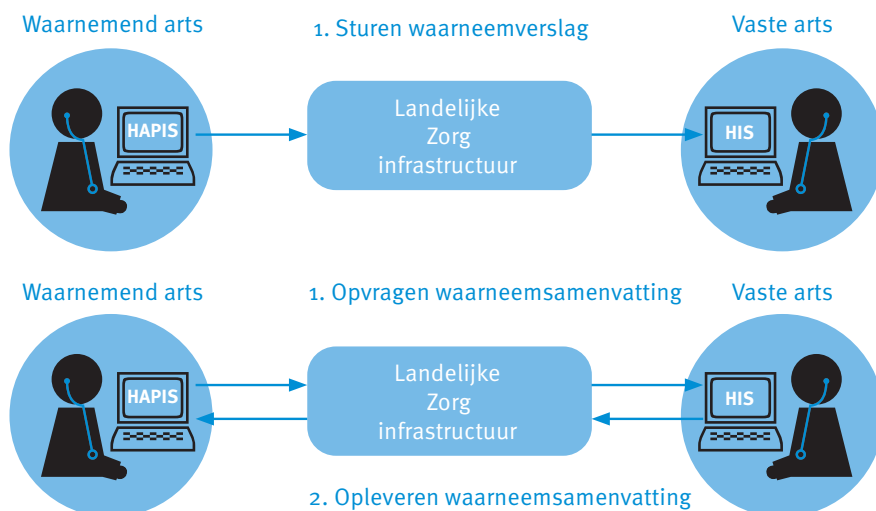
Beheer van de richtlijn

Het NHG beheert deze richtlijn (H.B. van Boetzelaer, h.vanboetzelaer@nhg.org).

Gerelateerde documenten

- NHG HIS-Referentiemodel (2021)
- NHG-Richtlijn Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD) (2019)

GEGEVENSUITWISSELING IN WAARNEEMSITUATIES



Deze richtlijn heeft betrekking op waarneemsituaties waarin generalistische zorg wordt geleverd. Verschillende zorgverleners leveren dit type zorg vanuit hun rol van vaste arts, vaak in nauwe samenwerking met elkaar. Concreet zijn dit de huisarts, de arts verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde.

De huisarts, artsen verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde kunnen alle 3 de rol van vaste arts en waarnemer bekleden en vanuit de huisartsenpost (HAP) en/of hun dagelijkse praktijkomgeving/-instelling een waarneemsamenvatting opvragen bij de vaste arts en een waarneemverslag versturen naar de vaste arts.²

De Handreiking Samenwerking huisarts & artsen verstandelijk gehandicapten³ en Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde⁴ bevatten een uitgebreide beschrijving van de verschillende waarneemsituaties die zich in de praktijk kunnen voordoen.

Een triagist op de HAP kan onder mandaat van een waarnemend arts de waarneemsamenvatting opvragen. Na afhandeling van de hulpvraag met een zelfstandig advies en/of behandeling fiatteert de waarnemer het waarneemverslag dat de triagist heeft opgesteld. Er vinden varianten op deze werkwijze plaats, maar altijd binnen de verantwoordelijkheid van een mandaterend arts.

Een goede kwaliteit van waarneming vereist een goede gegevensuitwisseling en -verwerking door de HAP, de dagelijkse praktijkomgeving of -instelling. Daarvoor zijn van belang:

- De inhoud van de gegevenssets: Algemene gegevens en identificatie, de waarneemsamenvatting en het waarneemverslag
- Randvoorwaarden
- Functionele eisen aan het informatiesysteem van de vaste arts
- Functionele eisen aan het informatiesysteem van de waarnemer

² Gegevensuitwisseling in situaties waarin medisch-generalistische zorgverleners complementaire zorg verlenen valt buiten het bestek van deze richtlijn.

³ LHV, Verenso. Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Utrecht: oktober 2016.

⁴ LHV, NVAVG. Handreiking Samenwerking huisarts & artsen verstandelijk gehandicapten. Utrecht: maart 2017.

Inhoud van de gegevenssets

Dit hoofdstuk beschrijft globaal de inhoud van de gegevenssets.⁵ In de bijlagen 4, 5 en 6 worden de gegevenssets in detail uitgewerkt. Ze zijn beschreven op basis van het NHC HIS-Referentiemodel (versie 2021): een indeling van diverse soorten medische gegevens (dossieritems), opgeslagen in het patiëntendossier.

Algemene gegevens en identificatie

Patiënt, huisarts, artsen verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde en waarnemer moeten in de verschillende informatiesystemen eenduidig zijn terug te vinden. Deze richtlijn beschrijft in algemene termen welke gegevens in de waarneemsamenvatting en in het waarnemverslag beschikbaar moeten zijn:

- Identificatiegegevens van de patiënt
- Identificatiegegevens van de huisarts, artsen verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde en de praktijk of instelling
- Identificatiegegevens van de waarnemer en de HAP of instelling

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

De waarneemsamenvatting

De waarneemsamenvatting is een samenvatting uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de patiënt. De waarnemend arts kan deze samenvatting, die beheerd wordt door de huisarts, artsen verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde, vanuit het informatiesysteem opvragen en uit deze gegevensset de benodigde informatie halen om tijdens de waarneming kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

De waarneemsamenvatting bevat de volgende gegevens uit het EPD:

- Episodelijst:
 - Open (actuele) episodes en hun eventuele attentievlag⁶
 - Gesloten episodes met een attentievlag
- Beleid per episode
- SOEP-verslagen⁷ over de laatste 4 maanden
- Uitslagen over de laatste 4 maanden
- Samenvatting van correspondentie over de laatste 4 maanden
- Actuele contra-indicaties
- Actuele medicatieovergevoeligheden
- Actuele medicatie en medicatiehistorie tot 4 maanden terug
- Behandelgrenzen
- Behandelingen
- Profylaxe en voorzorg
- Sociale gegevens
- Aanvullende contactgegevens
- Overdrachtsgegevens

⁵ De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten maken bij de gegevensuitwisseling gebruik van de gegevensset die is vastgesteld voor huisartswaarneming. De verslaglegging van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten kan afwijken van die van de huisarts. De gegevensset behoeft nadere uitwerking.

⁶ In het HIS-Referentiemodel is het mogelijk elk episode-item attentiewaarde toe te kennen door het toevoegen van een attentievlag.

⁷ Vanaf HIS-Referentiemodel 2016 spreken we van SOEP-verslag in plaats van deelcontactverslag.

Toelichting

- **Episodelijst**
 - Open episodes
Dit zijn alle open (actuele) episodes, inclusief episodenaam, episode-ICPC, attentievlag, startdatum (datum aanmaak episode), begindatum (van de aandoening) en datum van het laatste contact binnen die episode.
 - Gesloten episodes met attentievlag
Dit zijn belangrijke episodes uit het verleden die niet meer actueel zijn, maar die de huisarts toch 'in beeld' wil houden, met name bij verwijzen en als belangrijke informatie voor de waarnemer. Voorbeelden zijn: oude genezen tbc of een ernstige depressie in het verleden. Ook van een gesloten episode met attentievlag worden de episodenaam, episode-ICPC, startdatum (datum aanmaak episode), begindatum (van de aandoening) en datum van het laatste gegeven binnen deze episode meegenomen.
- **Beleid**

Bij elke episode kunnen een beleid en doelstelling voor de langere termijn worden vastgelegd, zoals afgesproken met de patiënt.

Onder beleid wordt niet hetzelfde vastgelegd als in de P-regel. In het SOEP-verslag noteert de gebruiker een aan het moment gebonden plan. In het beleid legt hij het behandelingsdoel voor de lange termijn vast.
- **SOEP-verslagen**

Het overzicht voor de waarneemsamenvatting bestaat uit de SOEP-verslagen van de laatste 4 maanden. SOEP-verslagen omvatten informatie uit een deelcontact dat in vrije tekst wordt geregistreerd, volgens de SOEP-structuur.
- **Uitslagen**

De uitkomsten van (laboratorium)bepalingen en metingen van de laatste 4 maanden worden opgenomen.
- **Correspondentie**

De samenvatting van uitgaande en inkomende brieven van de laatste 4 maanden wordt opgenomen.
- **Actuele contra-indicaties**

Hieronder verstaan we aandoeningen en omstandigheden van een patiënt die van belang zijn voor de medicatiebewaking. Voor de overdracht zijn alleen de actuele contra-indicaties van belang. Voor de overdracht naar andere systemen en een goede medicatiebewaking in de ontvangende systemen is het essentieel dat contra-indicaties met gestandaardiseerde codes worden aangeduid volgens de systematiek van de G-Standaard.

Overige overgevoeligheden die losstaan van de medicatiebewaking, bijvoorbeeld een allergie voor een wespenteek, behoren niet tot de gegevensset.
- **Actuele medicatieovergevoeligheden**

Een medicatieovergevoeligheid beschrijft een overgevoeligheid van een patiënt voor een geneesmiddel, stof of geneesmiddelengroep waarmee rekening gehouden moet worden bij het voorschrijven van medicatie. Voor de overdracht zijn alleen de actuele medicatieovergevoeligheden van belang. Voor de overdracht naar andere systemen en een goede medicatiebewaking in de ontvangende systemen is het essentieel dat medicatieovergevoeligheden met gestandaardiseerde codes worden aangeduid volgens de systematiek van de G-Standaard.
- **Actuele medicatie en medicatiehistorie tot 4 maanden terug**

Hieronder vallen alle actuele medicatieafspraken en medicatieafspraken met een einddatum tot 4 maanden terug.

Van iedere medicatieafpraak wordt het meest recente verstrekkingsverzoek opgenomen.
- **Behandelgrenzen**

In een behandelgrens wordt aangegeven welke behandeling, zoals reanimatie, wel, niet en onder welke voorwaarden moet worden uitgevoerd. Voor de overdracht zijn alleen actuele behandelgrenzen van belang.

- Behandelingen
Hieronder vallen ingrepen en niet-invasieve handelingen die in de eerste of tweede lijn zijn uitgevoerd.
- Profylaxe en voorzorg
Onder profylaxe zijn voorzorgsmaatregelen vastgelegd die van belang zijn voor de zorg, zoals endocarditisprofylaxe.
- Sociale gegevens
Sociale gegevens omvatten aspecten uit de woon- en leefomstandigheden van de patiënt die van belang kunnen zijn voor het medisch handelen, zoals taal, woonsituatie en levensovertuiging.
- Aanvullende contactgegevens
Dit betreft actuele aanvullingen over de bereikbaarheid van de patiënt.
- Overdrachtsgegevens⁸
Dit zijn overige gegevens over de actuele toestand van de patiënt die van belang zijn voor de waarnemingsituatie.

Het waarneemverslag

De waarnemer stuurt de volgende medische gegevens naar de huisarts:

- Voorstel voor episode
- Contactwijze
- Triageverslag
- SOEP-verslag
- Medicatieafspraken en verstrekkingsverzoek
- Uitslagen
- Contra-indicaties
- Medicatieovergevoeligheden
- Voorstel voor behandelgrenzen
- Overdrachtsgegevens

Toelichting

- Voorstel voor episode
Hier kan de waarnemer een voorstel doen voor het toekennen van een episodenaam (of eigen omschrijving), ICPC-code en eventueel attentievlag aan het patiëntencontact. De ontvangend arts bepaalt zelf hoe hij het episodevoorstel afhandelt in het informatiesysteem. Hij kan het accepteren of wijzigen.
- Contactwijze
Leg hier de contactwijze vast, bijvoorbeeld consult, telefonisch consult of visite.
- Triageverslag
Dit verslag bevat voor de klacht relevante bevindingen uit de triage, waaronder de gegevens uit het gevolgde triageprotocol.
- SOEP-verslag
Het SOEP-verslag is de beschrijving van het contact in de waarneemingsituatie volgens de SOEP-structuur.
- Medicatieafspraken en verstrekkingsverzoek
Dit is een nieuwe medicatieafspraken die de waarnemer heeft gemaakt met een verstrekkingsverzoek of wijzigingen in de bestaande medicatieafspraken.
- Uitslagen
Hierbij gaat het om uitkomsten van bepalingen die zijn uitgevoerd in de waarneemingsituatie, zoals een urineonderzoek of zwangerschapstest.

⁸ Voor het vastleggen en beschikbaar stellen van Overdrachtsgegevens is geen gestandaardiseerde oplossing beschreven. Het NHG pleit voor het gebruik van gestandaardiseerde dossieritems, zoals Behandelgrens, Beleid en Contactpersonen, om de informatie die van belang is voor de waarneemingsituatie te registreren. Overdrachtsgegevens dienen daarom alleen tijdelijk te worden gebruikt indien het informatiesysteem het gebruik van deze dossieritems nog niet ondersteunt.

- **Contra-indicaties**
Door de waarnemer geconstateerde contra-indicaties worden (gecodeerd) opgenomen.
- **Medicatieovergevoeligheden**
Door de waarnemer geconstateerde medicatie-overgevoeligheden worden (gecodeerd) opgenomen.
- **Voorstel voor behandelgrenzen**
In een behandelgrens wordt aangegeven welke behandeling, zoals reanimatie, wel, niet en onder welke voorwaarden moet worden uitgevoerd. De ontvangend arts bepaalt zelf hoe hij het voorstel afhandelt in het informatiesysteem. Hij kan het accepteren of wijzigen.
- **Overdrachtsgegevens**
Hiermee worden overige aandachtspunten en opmerkingen voor de huisarts bedoeld, voor zover niet vermeld in het contactverslag. Het gaat vooral om eventueel actief follow-upbeleid.

RANDVOORWAARDEN

Voor een goede implementatie van deze richtlijn dient aan enkele randvoorwaarden te zijn voldaan. Deze voorwaarden gelden voor de vaste arts, de waarnemer en de patiënt, en ook voor de ondersteunende informatiesystemen.

Adequate dossiervoering met het elektronisch patiëntdossier

Uitgangspunt is dat het EPD van de vaste arts een overzicht geeft van alle aan de patiënt verleende zorg. Het bevat dus ook informatie over de zorg door andere hulpverleners, vaak in de vorm van samenvattingen. Om deze gegevens voor de waarnemer gemakkelijk toegankelijk te maken, is het van belang dat de vaste arts het medisch dossier gestructureerd opbouwt. Adequate dossiervorming is een randvoorwaarde voor het samenstellen van een 'goedgevulde' waarneemsamenvatting voor de waarnemer (zie de NHG-Richtlijn ADEPD, 2019).

Rechten van de patiënt

De vaste arts moet de patiënt informeren dat de waarnemer patiëntgegevens kan raadplegen en hier expliciet toestemming voor vragen. Toestemming van de patiënt is altijd noodzakelijk voor het ter beschikking stellen van diens gegevens aan derden ('opt-in'). De patiënt kan inzage weigeren en kan ook delen van zijn dossier tegen inzage door derden bij de vaste arts laten afschermen.

Functionele eisen aan het informatiesysteem van de vaste arts

De waarnemer dient altijd een waarneemsamenvatting op te kunnen vragen uit het EPD van de vaste arts. Ook moet het altijd mogelijk zijn in de praktijk of instelling een waarneemverslag als inkomende post te ontvangen en te verwerken. Het is dus noodzakelijk dat het informatiesysteem 24 uur per dag en 7 dagen per week toegankelijk is. Onverwerkte waarneemverslagen zijn onderdeel van de waarneemsamenvatting.

De medische gegevens uit het waarneemverslag worden in de betreffende dossierdelen verwerkt. Bij de verwerking van het waarneemverslag heeft de arts de mogelijkheid het episodevoorstel van de waarnemer te accepteren of te wijzigen, om daarna een nieuwe episode aan te maken, het onder te brengen bij een nieuwe episode of eventueel de naam van een bestaande episode te wijzigen. Tevens heeft de arts de mogelijkheid het voorstel voor behandelgrenzen van de waarnemer te accepteren of te wijzigen.

In het Programma van Eisen van de zorgtoepassing Huisartswaarneemgegevens van Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) zijn de eisen vastgelegd waaraan een informatiesysteem moet voldoen om te kunnen worden aangesloten op het Landelijk schakelpunt (LSP). De informatiesystemen moeten ervoor zorgen dat de waarnemer in staat is relevante patiëntgegevens op de juiste wijze te raadplegen. Deze functies betreffen onder andere het genereren van een waarneemsamenvatting, het ondersteunen van berichtstandaarden en het beschikbaar stellen van de patiëntgegevens.

Functionele eisen aan het informatiesysteem van de waarnemer

De waarnemer moet kunnen beschikken over de waarneemsamenvatting uit het dossier van de patiënt. Het informatiesysteem moet hem dus de mogelijkheid bieden deze waarneemsamenvatting bij de vaste arts op te halen, te ontvangen en te verwerken. Bij voorkeur wordt de beschikbare informatie per dossieronderdeel chronologisch getoond.

De waarnemer maakt van zijn handelen een adequaat verslag voor de vaste arts en stuurt hem dit na afronding van het contact toe in de vorm van een gestructureerd en gecodeerd waarneemverslag. In het informatiesysteem legt de waarnemer alleen de waarneemcontacten vast. Er wordt geen volledig chronologisch dossier van de patiënt aangelegd dat als zodanig beschikbaar is voor waarnemers.

Voor de functionaliteit van het informatiesysteem leidt dit tot de volgende aandachtspunten:

- De beschikbaarheid van de ICPC-1 bij het maken van een episodevoorstel in het waarneemverslag; en ook (de) andere dossierdelen en standaarden.
- De mogelijkheid om de actuele medicatie, contra-indicaties en medicatieovergevoeligheden uit de waarneemsamenvatting te gebruiken bij de medicatiebewaking in de waarneemsituatie.

LITERATUUR

- NHG. Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD). Utrecht: NHG, 2019.
- NHG. NHG HIS-Referentiemodel 2021. Utrecht: NHG, 2021.
- VZVZ. [Aorta-documentatie zorgtoepassing Huisartswaarneemgegevens](#).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). www.minvws.nl.
- Zienswijze CBP over doorstartmodel voor landelijke uitwisseling medische gegevens (2011), www.cbpweb.nl.
- LHV/Verenso. Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Utrecht: LHV, Verenso, 2016.
- LHV/NVAVG. Handreiking Samenwerking huisarts & artsen verstandelijk gehandicapten. Utrecht: LHV, NVAVG, 2017.
- VZVZ. Autorisatierichtlijn Waarneemgegevens gefaciliteerd door het Landelijk Schakelpunt. Den Haag: VZVZ, 2021.
- Nictiz. [Informatiestandaard huisartswaarneming](#).

BIJLAGE 1. BEGRIPPENLIJST

- **Arts verstandelijk gehandicapt**
Een arts die gespecialiseerd is in de medische zorg voor mensen van alle leeftijden met een verstandelijke beperking
- **Huisarts**
Een arts die generalistische, persoonsgerichte en continue zorg levert aan in principe alle mensen
- **Informatiesysteem**
Een set digitale functies waarmee een generalistisch werkend arts ondersteund wordt in het leveren van generalistische zorg aan patiënten, zoals een HIS, VIS of een HAPIS
- **Patiënt**
Persoon aan wie generalistische zorg wordt geleverd
- **Specialist ouderengeneeskunde**
De specialist ouderengeneeskunde behandelt en begeleidt patiënten met een complexe zorgproblematiek. Meestal zijn dat kwetsbare ouderen met complexe chronische aandoeningen, maar soms ook jongere patiënten.
- **Triagist**
De triagist is op de huisartsenpost het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De triagist identificeert de patiënt, probeert de hulpvraag te verhelderen en vervolgens volgens protocol te beoordelen op urgentie.
- **Vaste arts**
De arts die primair verantwoordelijk is voor het leveren van de generalistische, persoonlijke en continue zorg aan de patiënt, inclusief de coördinerende rol hierbij en de verantwoordelijkheid voor het bijhouden van het patiëntendossier
- **Waarneemsamenvatting**
Subset van alle gegevens uit het informatiesysteem van de vaste arts over 1 patiënt, voor zover nodig om de kwaliteit van de zorg te waarborgen tijdens waarneemsituaties
- **Waarneemverslag**
Bericht dat de waarnemer terugstuurt naar de vaste arts met gegevens over het contact met de patiënt in de waarneemsituatie
- **Waarnemer**
Arts die tijdelijk de medische zorg voor een patiënt overneemt; hij biedt geen volledige integrale zorg maar deelaspecten van zorg, zoals interventies in acute situaties
- **Waarneming**
Zorg aan een patiënt verleend door een andere arts dan de vaste arts, meestal tijdens diensturen, bijvoorbeeld op de huisartsenpost, vooral gericht op de korte termijn

BIJLAGE 2. TOTSTANDKOMING

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

In maart 2004 heeft het Nederlands ICT-instituut in de Zorg (Nictiz) samen met het NHG een proefopstelling (pilot) georganiseerd waarin de dataset – inmiddels professionele samenvatting (PS) genoemd – kon worden getest. Aan deze pilot deden 3 softwarehuizen (Uzorg, Promedico en Labelsoft) en 12 huisartsen mee. Daarnaast is ook een commentaarronde onder gebruikersverenigingen, Districts Huisartsenverenigingen en Huisartsen Diensten Structuren gehouden. De pilot en de veldronde leverden een aantal conclusies op:

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

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

De aanpassingen in versie 5 zijn gebaseerd op een behoefteonderzoek uitgevoerd door InEen onder huisartsenposten. Hieruit is gebleken dat bij een ruime meerderheid van de huisartsenposten die gegevens kunnen raadplegen bij de huisarts de ervaring is dat deelcontactverslagen over de voorgaande 4 maanden voldoende informatie bieden voor de waarnemend huisarts op de HAP.

Versie 6 is een actualisatie van de richtlijn, gebaseerd op de doorontwikkeling van het NHG HIS-referentiemodel (versie 2021). Tevens is de doelgroep van de richtlijn aangepast: de richtlijn is voor zorgverleners in de medisch-generalistische zorg, namelijk huisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten oudergeneeskunde.

BIJLAGE 3. DEFINITIES HIS-REFERENTIEMODEL 2021

- **Aanvullende contactgegevens**
Tekstuele aanvulling op de persoonsgegevens van de patiënt, die van belang zijn voor de actuele bereikbaarheid
- **Actuele medicatieafspraken**
Een medicatieafpraak waarvan het gebruik plaatsvindt of plaats gaat vinden
Precies gezegd: een medicatieafpraak waarvan het effectieve einde niet in het verleden ligt
- **Behandelgrens**
Een gezamenlijk besluit tussen een zorgverlener (bijvoorbeeld een huisarts) en een patiënt of diens vertegenwoordiger(s) over de wenselijkheid van het uitvoeren van een bepaalde behandeling, zoals een reanimatie, voordat deze behandeling (acuut) noodzakelijk wordt. Hiervoor wordt ook de term Behandel aanwijzing gebruikt.
- **Behandeling**
Handeling aan de patiënt die invloed heeft op de gezondheidstoestand van de patiënt
- **Beleid**
Doelstelling voor en beleid van de zorgverlener over een episode, zoals afgesproken met de patiënt
- **Bepaling**
Een objectiveerbare diagnostische verrichting
- **Contact**
Een contact dat plaatsvindt tussen de arts en patiënt, tussen praktijkmedewerker en patiënt of tussen arts/praktijkmedewerker en met een andere zorgverlener (binnen of buiten de praktijk) over de patiënt
- **Contactpersoon**
Iemand die geen zorgverlener is, maar die wel bij de patiënt betrokken is, en met wie de zorgverlener contact op kan nemen over de zorgverlening
- **Contra-indicatie**
Aandoening en omstandigheid die van belang zijn bij medicatiebewaking, gecodeerd volgens de G-Standaard
- **Deelcontact**
Het deel van een contact dat gaat over 1 gezondheidsprobleem en daarmee over 1 Episode
- **Dossieritem**
Het 'atomaire deeltje' van medische gegevens in het Medisch dossier van een patiënt
- **Episode**
Een gezondheidsprobleem, zoals een klacht of aandoening, waarvan de aard in de loop der tijd kan veranderen door voortschrijdend inzicht of door het beloop van de aandoening
Aan een episode zijn medische gegevens gekoppeld. Een chronologische weergave van deze gegevens geeft een beeld van het beloop van de episode
- **Inkomende brief**
Een brief over een patiënt die binnengekomen is en als zodanig is vastgelegd in het Medisch dossier van de patiënt
- **Medicatieafspraken**
Het voorstel van een voorschrijver voor medicatiegebruik waarmee de patiënt akkoord is. De afspraak kan zowel het starten, wijzigen als staken van medicatie betreffen

- **Medicatieovergevoeligheid**
Een allergie of intolerantie voor een specifiek geneesmiddel, geneesmiddelen-groep en/of stof voorkomend in een geneesmiddel, gecodeerd volgens de G-Standaard
- **Overdrachtsgegevens**
Gegevens over de actuele toestand van de patiënt die van belang zijn voor de samenwerking in een waarneemsituatie
- **Profylaxe**
Aanduiding dat een voorzorgsmaatregel in specifieke situaties moet worden uitgevoerd om een ernstige ziekte te voorkomen
- **Reden voor afspraak**
De reden die de patiënt opgeeft bij het maken van de afspraak
- **Sociaal gegeven**
Beschrijving van een aspect uit de woon- en leefomstandigheden dat van belang kan zijn voor het medisch handelen
- **SOEP-regel**
Vrije tekst-regel uit een SOEP-verslag die een S-regel (subjectief), O-regel (objectief), E-regel (evaluatie) of P-regel (plan) is
- **SOEP-verslag**
Informatie uit een Deelcontact dat in vrije tekst wordt geregistreerd volgens de SOEP-structuur
Het acroniem SOEP staat voor Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan
- **Triageverslag**
Voor de klacht relevante bevindingen uit de triage, waaronder de gegevens uit het gevolgde triage-protocol
- **Uitgaande brief**
Een brief die opgesteld is door een praktijkmedewerker en naar een externe zorgverlener verstuurd is
- **Uitslag**
Het resultaat (uitkomst) van een bepaling
- **Verstrekkingverzoek**
Het verzoek van een voorschrijver aan de apotheker verstrekking(en) te doen aan de patiënt, ter ondersteuning van geldende medicatieafspraken



BIJLAGE 4. UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: ALGEMENE GEGEVENS (VOOR WAARNEEM- SAMENVATTING EN WAARNEEMVERSLAG)

Patiënt

Naam:

Voorvoegsel:

Voorletters:

Voornaam (bij personen < 18 jaar):

Naam partner:

Voorvoegsel naam partner:

Geboortedatum:

BSN:

Geslacht:

Straat:

Huisnummer:

Toevoeging:

Postcode:

Plaats:

Land:

Telefoonnummer:

Vaste arts

Naam:

Praktijk of instelling:

Waarnemer

Naam:

Naam HAP of instelling:

Adres HAP of instelling:

Waarnemingsgegevens algemeen

Datum consult tijdens waarneming:

Begintijdstip consult tijdens waarneming:

BIJLAGE 5. UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: DE WAARNEEMSAMENVATTING (VOLGENS DEFINITIES HIS-REFERENTIEMODEL 2021)

De relaties tussen een gegeven en een episode en die tussen een gegeven en het contact zijn in het HIS-Referentiemodel niet beschreven als eigenschap. Voor de eenvoud wordt deze relatie in deze uitwerking aangegeven met de eigenschap 'episode-ID' en contact-ID.

HIS-Referentiemodel 2021

Alle open episodes (met of zonder attentievlag) en alle gesloten episodes met attentievlag

Van de episode zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Episodetitel, bestaande uit:
 - Episodenaam
 - Episode-ICPC (NHG-Tabel 24 ICPC)
- Attentievlag (ja/nee)
- Status (open/afgesloten)
- Startdatum (datum aanmaak episode)⁹
- Begindatum aandoening
- Datum laatste contact
- Afsluitdatum

Beleid

Van het beleid zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Episode-ID
- Beleidstekst
- Attentievlag (ja/nee)
- Invoerdatum/tijd

Contacten van de laatste 4 maanden

Van het dossieritem contact zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Contactwijze (NHG-Tabel 14 Contactwijze)

SOEP-verslagen van de laatste 4 maanden

Van het dossieritem SOEP-verslag zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Contact-ID

⁹ Invoerdatum/tijd van een episode is niet beschreven als eigenschap van een episode in het HIS-Referentiemodel, maar is wel af te leiden van de invoerdatum/tijd van het eerste episode-item uit deze episode.

- Episodelabel. De episodelabel is de episodetitel op het moment dat het SOEP-verslag werd opgeslagen. De episodelabel bestaat uit:
 - Episodenaam
 - Episode-ICPC
- Episode-ID
- S-regel
- O-regel
- E-regel
- P-regel
- ICPC-S
- ICPC-E

Uitslagen over de laatste 4 maanden

Van het dossieritem uitslag zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Contact-ID
- Episode-ID
- Bepaling omschrijving (NHG-tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Bepaling nummer (NHG-tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Bepaling groep (NHG-tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Datum uitslag
- Status uitslag (concept/definitief)
- Waarde
- Eenheid (NHG-tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Referentiewaarde(n) (NHG-tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Opmerking
- Afwijkend (ja/nee)

Correspondentie over de laatste 4 maanden

Van dossieritem inkomende brief zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Contact-ID
- Episode-ID
- Derde
 - NAW
 - Discipline
- Samenvatting
- Categorie (NHG-tabel 69 Soort correspondentie)

Van dossieritem uitgaande brief zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Contact-ID
- Episode-ID

- Derde
 - NAW
 - Discipline
- Verwijsreden¹⁰
- Categorie (NHG-tabel 69 Soort correspondentie)

Actuele contra-indicaties

Van het dossieritem contra-indicatie zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Begindatum
- Aard.code (G-Standaard)
- Aard.beschrijving
- Toelichting

Actuele medicatieovergevoeligheden

Van het dossieritem medicatieovergevoeligheid zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Begindatum
- Blokkade (ja/nee)
- Geneesmiddel(groep)
- Geneesmiddel(groep).code (G-Standaard)
- Geneesmiddel(groep).omschrijving
- Reactie.aard
- Reactie.ernst (NHG-Tabel 55 Ernst overgevoeligheidsreactie)
- Bron

Actuele medicatieafspraken en medicatieafspraken met een einddatum tot 4 maanden terug

NB Ook eventueel geregistreerde medicatieafspraken van 'derden' (extern).

Van de medicatieafspraken zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Voorschrijver
- Afspraakdatum/tijd
- Attentievlag (ja/nee)
- Contact-ID
- Episode-ID
- Geneesmiddel
 - Niveau (PRK/HPK)
 - Productnaam (G-Standaard)
 - Productcode (G-Standaard)
 - Werkzame stof
 - Sterkte
 - Farmaceutische vorm
 - Toedieningsweg

¹⁰ Verwijsreden is geen expliciete eigenschap van een uitgaande brief in het HIS-Referentiemodel, maar de eigenschap kan mogelijk ingevuld worden vanuit andere gegevens.

- Dosering (tabel 25)
- Ingangsdatum
- Einddatum
- Effectieve periode
- Reden wijzigen/staken (NHG-Tabel 54 Reden stoppen of wijzigen van voorschrift)
- Reden van voorschrijven
- Extern (ja/nee)

Van iedere medicatieafpraak dient ook het meest recente verstrekingsverzoek meegestuurd te worden.

Van de verstrekingsverzoeken zijn de volgende eigenschappen relevant om uit te wisselen:

- Invoerdatum/tijd
- Verzoekdatum
- Voorschrijver
- Apotheek
- Medicatieafpraak.geneesmiddel
- Hoeveelheid
- Verbruiksperiode
- Iteraties (aantal herhalingen van de opgegeven hoeveelheid)

Actuele behandelgrenzen

Van het dossieritem behandelgrens zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- Aard (NHG-Tabel 62 Behandelgrenzen)
- Aard.beschrijving
- Behandelbesluit (wel uitvoeren/niet uitvoeren/anders)
- Besluit.voorwaarden
- Aanvullingen
- Laatste bespreekdatum
- Invoerder
- Invoerdatum/tijd
- Attentievlag (ja/nee)
- Besproken met

Behandelingen

Van het dossieritem behandeling zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- Identificatie (NHG-Tabel 49 Ingrepen en behandelingen)
- Omschrijving (NHG-Tabel 49 Ingrepen en behandelingen)
- Code (NHG-Tabel 49 Ingrepen en behandelingen)
- Uitvoeringsdatum
- Uitvoerder
 - Instelling
 - Naam
 - Specialisme (NHG-Tabel 12 Soort derde)
- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Episode-ID

Actuele profylaxe

Van het dossieritem profylaxe zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Omschrijving (NHG-Tabel 56 Profylaxe)

Sociale gegevens

Van het dossieritem sociale gegevens zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- Onderwerp (NHG-Tabel 70 Soort sociaal gegeven)
- Omschrijving
- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)

Aanvullende contactgegevens

Van het dossieritem aanvullende contactgegevens zijn de volgende eigenschappen relevant voor uitwisseling:

- Beschrijving
- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)

Overdrachtsgegevens

- Tekst

BIJLAGE 6. UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: HET WAARNEEMVERSLAG

Episode (voorstel episodetitel aan eigen huisarts)

- Episodetitel, bestaande uit:
 - Episodenaam
 - Episode-ICPC (NHG-Tabel 24 ICPC)
- Attentievlag (ja/nee)
- Startdatum (datum aanmaak episode)⁹

Contactwijze

- Contactwijze (NHG-Tabel 14 Contactwijze)

Triageverslag

- Tekst

SOEP-verslag

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Episodelabel
 - episodenaam
 - episode-ICPC
- S-regel
- O-regel
- E-regel
- P-regel

Medicatieafspraak

- Voorschrijver
- Afspraakdatum/tijd
- Geneesmiddel
 - Niveau (PRK/HPK)
 - Productnaam (G-Standaard)
 - Productcode (G-Standaard)
 - Werkzame stof
 - Sterkte
 - Farmaceutische vorm
 - Toedieningsweg
- Dosering (tabel 25)
- Ingangsdatum
- Einddatum
- Effectieve periode
- Reden wijzigen/staken (NHG-Tabel 54 Reden stoppen of wijzigen van voorschrift)
- Reden van voorschrijven

Verstrekkingverzoek

- Invoerdatum/tijd
- Verzoekdatum
- Voorschrijver
- Apotheek
- Medicatieafspraak.geneesmiddel
- Hoeveelheid
- Verbruiksperiode
- Iteraties

Uitslagen van bepalingen verricht in de waarneemsituatie

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Bepaling omschrijving (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Bepaling nummer (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Bepaling groep (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Datum uitslag
- Waarde
- Eenheid (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Referentiewaarde(n) (NHG-Tabel 45 Diagnostische bepalingen)
- Opmerking
- Afwijkend (ja/nee)

Contra-indicaties

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Begindatum
- Aard.code (G-Standaard, Contra-indicatieaarden, thesaurus 40)
- Aard.beschrijving

Medicatieovergevoeligheid

- Invoerdatum/tijd
- Invoerder
- Attentievlag (ja/nee)
- Begindatum
- Blokkade (ja/nee)
- Geneesmiddel(groep)
- Geneesmiddel(groep).code (G-Standaard)
- Geneesmiddel(groep).omschrijving
- Reactie.aard
- Reactie.ernst (NHG-Tabel 55 Ernst overgevoeligheidsreactie)
- Bron

Behandelgrenzen (voorstel behandelgrenzen aan eigen huisarts)

- Aard (NHG-Tabel 62 Behandelgrenzen)
- Aard.beschrijving
- Behandelbesluit (wel uitvoeren/niet uitvoeren/anders)
- Besluit.voorwaarden
- Aanvullingen

- Laatste bespreekdatum
- Invoerder
- Invoerdatum/tijd
- Attentievlag (ja/nee)
- Besproken met

Overdrachtsgegevens

- Tekst

BIJLAGE 7. INFORMATIEBEVEILIGING

Bij de implementatie van deze richtlijn in systemen en organisaties gelden voor de informatiebeveiliging in grote lijnen de volgende wettelijke eisen en normen.

- De Wabvpz, WGBO, artsen verstandelijk gehandicapten, NEN7510, NEN7512 en NEN7513 zijn van toepassing.
- De patiënt geeft vanuit de Wabvpz toestemming om zijn gegevens te delen via een uitwisselingsstelsysteem, en de huisarts legt deze toestemming vast in het HIS.
- Vanuit de WGBO is het uitgangspunt dat de huisarts op de HAP wordt beschouwd als vervanger van de huisarts, en op grond daarvan waar nodig en mogelijk toegang heeft tot het dossier van de patiënt. Op de HAP hoeft dus geen toestemming te worden gevraagd voor inzage. De patiënt kan hier bezwaar tegen maken. Maar zijn expliciete toestemming is niet nodig.
- Een tweede relevant uitgangspunt, vanuit de NEN7510, NEN7512 en artsen verstandelijk gehandicapten, is dat de partij die de informatie opvraagt, de HAP dus, zorgt voor adequate toegangsbeveiliging tot deze gegevens. Dit omvat ook inregeling van rechten van de diverse medewerkers op de HAP. De huisartsenpraktijk verstrekt de informatie aan de HAP en moet erop kunnen vertrouwen dat de HAP voor een adequate beveiliging zorgt.
- Een derde belangrijk uitgangspunt vanuit de NEN7513 is dat alle toegang en verstrekking moet worden gelogd. Dat betekent dat de huisarts in zijn HIS moet vastleggen dat de HAP het dossier heeft opgevraagd. Het betekent tegelijkertijd dat de HAP ook alle inzage moet loggen. Vanzelfsprekend moet de patiënt inzage kunnen krijgen in deze informatie.