



# NHG-Leidraad

## gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige

Versie 1 | 22 januari 2024

Seraya de Vries  
Maret Zonneveld  
Tjeerd van Althuis

# INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>4</b>
1.1	Doel, scope en doelgroep	4
1.2	Aanleiding	4
1.3	Totstandkoming	5
1.4	Toekomstige ontwikkelingen	5
1.5	Beheer van de leidraad	5
<b>2</b>	<b>GEWENSTE INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN WIJKVERPLEEGKUNDIGE</b>	<b>6</b>
2.1	Situaties waarin informatie-uitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige gewenst is	6
2.2	Actieve verzending versus raadpleging	6
2.3	Actieve verzending: type bericht versus soort correspondentie	6
<b>3</b>	<b>VAN INFORMATIEBEHOEFTE NAAR GEGEVENSSETS</b>	<b>9</b>
3.1	Gegevenssets bij actief te verzenden berichten	9
3.1.1	Doel en inhoud van de Envelop	9
3.1.2	Doel en inhoud van de Kern	9
3.1.3	Doel en inhoud van de Dossiersamenvatting	10
3.1.4	Automatische vulling van de rubrieken en controle door de verzender	11
3.2	De gegevensset bij raadpleging	11
3.2.1	Doel van de raadpleging	11
3.2.2	Inhoud van de gegevensset bij raadpleging	11
3.2.3	Automatische vulling van de rubrieken en controle door de raadpleger	12
<b>4</b>	<b>AANDACHTSPUNTEN</b>	<b>13</b>
4.1	Adequate dossiervorming	13
4.2	Toestemming van de patiënt	13
4.3	Eisen aan de gebruikte systemen en techniek voor uitwisseling	14
<b>5</b>	<b>LITERATUUR</b>	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>BEGRIPPEN</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>BIJLAGEN</b>	<b>18</b>
7.1	De Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting	18
7.2	Invulling van de Kern op basis van een casus	20
7.2.1	Casus	20
7.2.2	Vulling van de Kern bij de verschillende berichten	22
7.3	Denkkader met betrekking tot het multidisciplinair overleg en multidisciplinair behandelplan	25
7.3.1	Afspraken over het MDO/MDP	25
7.3.2	Terminologie	26
7.3.3	Verloop en verslaglegging van het MDO	26
7.3.4	Toekomstige ontwikkeling in het HIS	27

# 1. INLEIDING

Waar de term 'huisarts' staat, bedoelen we de huisarts als zorgaanbieder. Met de term 'wijkverpleegkundige' bedoelen we een zorgaanbieder waar een wijkverpleegkundige werkzaam is, zoals een thuiszorgorganisatie. Voor dit standpunt geldt verder dat waar 'hij' staat ook 'zij' gelezen kan worden.

## 1.1. Doel, scope en doelgroep

Deze leidraad beschrijft een kader voor de gegevensuitwisseling tussen de huisarts en wijkverpleegkundige. Het is een eerste stap richting een informatiestandaard. De leidraad geeft inzicht aan HIS-leveranciers en andere partijen die betrokken zijn bij de gegevensuitwisseling in de zorg, en handvatten voor gesprekken in wijken en regio's, over de gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige. De leidraad is geschreven vanuit het perspectief en de behoeften van de huisarts. Het beschrijft welke informatie relevant is voor uitwisseling met de wijkverpleegkundige. Voor enkele specifieke zorgsituaties geeft de leidraad weer welke gegevens uit het huisartsdossier met de wijkverpleegkundige kunnen worden gedeeld. De leidraad beschrijft (nog) niet welke specifieke gegevens uit het wijkverpleegkundig dossier met de huisarts worden uitgewisseld.

In veel situaties is het effectief om elkaar op de hoogte te brengen door de ander actief informatie vanuit het medisch dossier te sturen. In andere (met name acute) situaties is raadpleging van een dossier de aangewezen methode. Deze leidraad beschrijft beide opties.

De functionaliteit en techniek die nodig zijn om de gegevensuitwisseling mogelijk te maken, werken we hier niet uit. Wel beschrijven we enige punten die extra aandacht behoeven.

## 1.2. Aanleiding

Het rapport *De juiste zorg op de juiste plek* beschrijft hoe de zorg is verplaatst en steeds meer dicht bij de mensen thuis wordt uitgevoerd.<sup>1</sup> Dit betekent dat mensen met een complexe zorgvraag, zoals (kwetsbare) ouderen en mensen met een chronische aandoening, langer zorg thuis ontvangen. Vaak zijn er dan meerdere disciplines bij de zorg betrokken. Dan vormen onderlinge afstemming over verantwoordelijkheden en goede beschikbaarheid van de juiste informatie randvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg.<sup>2</sup>

Wanneer zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt ontstaat de behoefte om onderling (zorg)gegevens over deze patiënt uit te wisselen. Daarom wordt op steeds meer plekken nagedacht over het invullen van deze behoefte en mogelijke oplossingen. Dat is inefficiënt. Een eenduidige beschrijving van de informatie, die relevant is om uit te wisselen tussen huisarts en wijkverpleegkundige is hierbij helpend, maar ontbreekt op dit moment. Deze leidraad is een eerste stap.

<sup>1</sup> Rijksoverheid. [De juiste zorg op de juiste plek](#), onder leiding van B.E. van den Dungen (2018).

<sup>2</sup> KNMG. [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#). Herziening van juni 2022.

### 1.3. Totstandkoming

Deze leidraad is mede tot stand gekomen dankzij een eerdere inventarisatie van de informatiebehoefte van wijkverpleegkundige en huisarts, die in 2020 door het NHG in samenwerking met de beroepsvereniging Verpleegkundige & Verzorgende Nederland (V&VN) is uitgevoerd.

Bij het samenstellen van deze leidraad hebben we ook rekening gehouden met bestaande relevante richtlijnen over gegevensuitwisseling. Daarbij is in het bijzonder gekeken naar de Richtlijnen Gegevensuitwisseling huisarts en specialist (HASP) en Gegevensuitwisseling huisarts-paramedicus (HASP-paramedicus), en naar het NHG HIS-Referentiemodel.

### 1.4. Toekomstige ontwikkelingen

Deze leidraad beschrijft alleen de generieke informatiebehoeften in het kader van de informatie-uitwisseling van de huisarts naar de wijkverpleegkundige. Hij bevat (nog) geen specifieke uitwerking van de (al dan niet gestructureerd vastgelegde) gegevens uit het verpleegkundig dossier die de wijkverpleegkundige met de huisarts kan delen. Een nadere uitwerking van deze gegevensuitwisseling gebeurt in een gezamenlijk vervolgtraject met de V&VN.

Een volgende versie zal ook dieper ingaan op het multidisciplinair overleg (MDO) en het multidisciplinair behandelplan (MDP). Deze onderwerpen worden op dit moment nog nader uitgewerkt door het NHG en andere betrokken partijen. Wel geeft bijlage 7.3 al een eerste voorlopige schets van het MDO en MDP.

### 1.5. Beheer van de leidraad

Het NHG beheert deze leidraad.

## 2 GEWENSTE INFORMATIE-UITWISSELING TUSSEN HUISARTS EN WIJKVERPLEEGKUNDIGE

### 2.1. Situaties waarin informatie-uitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige gewenst is

Er zijn verschillende momenten waarop de huisarts en de wijkverpleegkundige behoefte hebben aan het uitwisselen van informatie. Tabel 1 laat zien op welke momenten in het zorgproces gegevensuitwisseling voor de hand ligt.

### 2.2. Actieve verzending versus raadpleging

Informatie kan actief worden verzonden of worden geraadpleegd. Bij actieve verzending gaat het om een bewuste, handmatige actie van de verzender. Deze stuurt relevante informatie naar een ontvanger. Bij raadpleging vraagt een zorgverlener informatie op, wat in principe op ieder moment kan. Dit kan een, voor de brondossierhouder, (nog) onbekende zorgverlener zijn. De context bepaalt welke gegevens zinvol zijn om te raadplegen.

Tabel 1 laat voor de verschillende situaties zien of het actief verzenden van informatie aangewezen is of raadpleging van het dossier gewenst is. Daarnaast toont de tabel of dit een handeling van de wijkverpleegkundige of huisarts is.

### 2.3. Actieve verzending: type bericht versus soort correspondentie

Hoofdstuk 3 beschrijft voor enkele situaties de inhoud van de gewenste gegevenssets. Voor situaties waar sprake is van actieve verzending van informatie sluit deze leidraad voor de beschrijving van de opbouw en inhoud van de specifieke gegevenssets aan bij de richtlijnen Gegevensuitwisseling huisarts en specialist (HASP) en Gegevensuitwisseling huisarts-paramedicus (HASP-paramedicus). Deze richtlijnen betreffen hoofdzakelijk berichten in het kader van actieve verzending.

Elektronische berichten kunnen op verschillende manieren worden ingezet. In sommige gevallen bevatten ze specifieke, gestandaardiseerde gegevens. Voorbeelden hiervan zijn laboratoriumuitslagen of medicatievoorschriften. Na de uitwisseling daarvan worden deze verwerkt in het dossier en is het bericht op zichzelf niet meer relevant.

Een elektronisch bericht kan ook een combinatie van gegevens bevatten. Soms wil een zorgverlener een set van gegevens over een patiënt (bijvoorbeeld medicatiegegevens plus een episodeoverzicht) in samenhang presenteren. Deze informatie dient dan ook in samenhang, als brief, te worden geregistreerd en opgeslagen in het medisch dossier (zoals beschreven wordt in het dossierdeel correspondentie in het NHG HIS-Referentiemodel).

Tabel 1 beschrijft naar analogie van de HASP-richtlijn situaties waarin actieve verzending van informatie aangewezen is, en welk soort bericht het dan betreft.

Om aan te sluiten bij de voor de huisarts bekende terminologie uit het NHG HIS-Referentiemodel geeft tabel 1 ook bij elke actieve verzending weer welk soort correspondentie bedoeld wordt op basis van NHG-tabel 69.

**Tabel 1.** Gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige

Moment van uitwisseling (zorgsituatie)	Type bericht (terminologie in de Richtlijn HASP)	Manier van uitwisseling	Actor	Soort correspondentie (terminologie van NHG-tabel 69)
De huisarts wil de wijkverpleegkundige gaan betrekken bij de zorg voor een patiënt.	Verwijsbericht	Actieve verzending	Huisarts naar de wijkverpleegkundige	Verwijsbrief
De wijkverpleegkundige beëindigt de zorg voor een specifieke patiënt.	Ontslagbericht	Actieve verzending	Wijkverpleegkundige naar de huisarts	Ontslagbrief
De wijkverpleegkundige is al betrokken bij de zorg voor een specifieke patiënt en de huisarts signaleert een situatie waarin het wenselijk is de wijkverpleegkundige te informeren.	Update	Actieve verzending	Huisarts naar de wijkverpleegkundige	Update
De wijkverpleegkundige is al betrokken bij de zorg voor een specifieke patiënt en de wijkverpleegkundige signaleert een situatie waarin het wenselijk is de vaste huisarts te informeren.	Update	Actieve verzending	Wijkverpleegkundige naar de huisarts	Update
Er is een (spoed)situatie waarin de wijkverpleegkundige per direct (mogelijk buiten kantoortijden) behoefte heeft aan actuele informatie uit het huisartsendossier.	Niet beschreven in HASP. Het gaat hier om raadpleging.	Raadpleging van het huisartsdossier	Wijkverpleegkundige	Niet beschreven in NHG-tabel 69. Het gaat hier om raadpleging.
Er is een (spoed)situatie waarin de huisarts/huisartsenpost per direct (mogelijk buiten kantoortijden) behoefte heeft aan actuele informatie uit het wijkverpleegkundig-dossier.	Niet beschreven in HASP. Het gaat hier om raadpleging.	Raadpleging van het wijkverpleegkundig dossier	Huisarts	Niet beschreven in NHG-tabel 69. Het gaat hier om raadpleging.
De patiënt benadert zelf de wijkverpleegkundige of is verwezen door een andere zorgverlener. Het is gewenst dat de wijkverpleegkundige de huisarts informeert over de betrokkenheid van de wijkverpleegkundige.	DT-bericht	Actieve verzending	Wijkverpleegkundige naar de huisarts	Directe toegang (DT)

**Figuur 1** geeft een schematisch overzicht van de gegevensuitwisseling op de diverse momenten.



## 3 VAN INFORMATIEBEHOEFTE NAAR GEGEVENSSETS

### 3.1. Gegevenssets bij actief te verzenden berichten

Berichten die actief verzonden worden hebben een vaste indeling. Ze bevatten altijd een Envelop, Kern en een Dossiersamenvatting. Deze drie onderdelen omvatten elk verschillende rubrieken, die bestaan uit verzamelingen van gegevens. Voor de terminologie van de rubrieken is aansluiting gezocht bij die van de richtlijn HASP.

#### 3.1.1. Doel en inhoud van de Envelop

Informatie uit de Envelop is onmisbaar voor de ontvangende partij wat betreft logistiek, administratie en financiële verantwoording. De rubrieken uit de Envelop dienen altijd ingevuld te worden. Voor de volgende gegevens zijn rubrieken beschikbaar:

- de identificatiegegevens van de patiënt;
- de identificatiegegevens van de huisarts;
- de identificatiegegevens van de wijkverpleegkundige;
- datum en tijd: het tijdstip waarop de verzender het bericht heeft verzonden;
- het type bericht: een verwijsbericht, ontslagbericht, update of DT-bericht (directe toegang).

#### 3.1.2. Doel en inhoud van de Kern

De Kern bevat de informatie die de ontvanger nodig heeft om een goede uitgangspositie te hebben voor de zorgverlening. Dit onderdeel omvat de rubrieken die samen de meest relevante informatie voor de continuïteit van zorg beknopt omschrijven: welke vraag heeft de verzender aan de ontvanger? Waarom is op dit moment, over déze patiënt, met déze klacht een bericht nodig?

Bij de verschillende berichten zijn de rubrieken in de Kern hetzelfde: het verwijsbericht, het ontslagbericht, de update of een DT-bericht (directe toegang). De rubrieken in de Kern zijn:

- Contextuele informatie: schets kort de klacht(en), het beloop en de behandeling tot nu toe, en samenhangende factoren. Geef een korte relevante omschrijving van de patiënt (relevante comorbiditeit, informatie over kwetsbaarheid en sociaal-maatschappelijke situatie).
- Concrete vraag of reden voor het bericht.

De rubrieken in de Kern zijn verplicht en worden vermeld in het bericht. In bijlage 7.2 wordt aan de hand van een casus per type bericht een voorbeeld gegeven.

#### 3.1.3. Doel en inhoud van de Dossiersamenvatting

##### Doel

De Dossiersamenvatting geeft een uitgebreider beeld van gezondheidskwesties van de patiënt dan de Kern en kan belangrijke achtergrondinformatie bevatten.

##### De beschrijving blijft beperkt tot gegevens uit het huisartsdossier

Het is aannemelijk dat de generieke opbouw van een bericht in een Envelop, Kern en Dossiersamenvatting, zoals hierboven beschreven, niet alleen van toepassing is wanneer de huisarts informatie stuurt naar de wijkverpleegkundige, maar ook in het omgekeerde geval. In deze leidraad beperken we ons echter tot een

beschrijving van de gewenste gegevens die de huisarts uit het huisartsendossier haalt om naar de wijkverpleegkundige te sturen (de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting). De specifieke samenstelling en inhoud van de berichtgeving die vanuit het wijkverpleegkundig dossier met de huisarts gedeeld wordt, zal in een gezamenlijk vervolgtraject met de V&VN worden uitgewerkt.

### Inhoud van de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting

De rubrieken in de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting hangen samen met de informatiebehoefte van de wijkverpleegkundige en zijn 'vertaald' naar dossierdelen die beschikbaar zijn in het huisartsendossier, zoals beschreven in het NHG HIS-Referentiemodel.

Tabel 2 beschrijft de informatiebehoefte van de wijkverpleegkundige, gebaseerd op het voortraject dat in 2020 in samenwerking met de V&VN is doorlopen. In die eerdere inventarisatie is nog niet nader gespecificeerd om welke gegevens of rubrieken het gaat. Daarnaast beschrijft tabel 2 de dossierdelen uit het NHG HIS-Referentiemodel die het meest aansluiten bij de beschreven informatiebehoeften.

Bijlage 7.1 omvat een uitgebreidere uitwerking van de aanbevelingen wat betreft de uit te wisselen gegevens uit deze dossierdelen en de bijbehorende medische gegevens. Zoals gezegd zal de definitieve invulling van de gegevens gezamenlijk met de V&VN in een vervolgtraject worden vastgesteld.

**Tabel 2.** Vertaling van de informatiebehoefte naar dossierdelen in het HIS-Referentiemodel

Rubrieken met gewenste informatie (afkomstig uit het voorwerk met de V&VN)	Mogelijk aansluitende dossierdelen uit het HIS-Referentiemodel
Voorgeschiedenis (samenvatting)	Episodes, deelcontacten (= SOEP-verslag), behandelingen, diagnostiek (uitslagen), correspondentie, en profylaxe en voorzorg
Actuele medicatie	Medicatie, contra-indicaties en overgevoeligheid voor medicatie
Woonsituatie en sociale situatie	Sociale gegevens
Levenswensen van de patiënt	Behandelgrenzen
Individueel zorgplan met afspraken	Individueel zorgplan
Actueel zorgnetwerk	Contactpersoon, betrokkenen

#### 3.1.4. Automatische vulling van de rubrieken en controle door de verzender

De rubrieken uit de Envelop en Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting krijgen een automatische vulling mee vanuit het gebruikte informatiesysteem. De gegevens van de patiënt, huisarts en wijkverpleegkundige voor de rubrieken in de Envelop moeten in de verschillende informatiesystemen altijd eenduidig terug te vinden zijn. Het HIS of de verwijssapplicatie vult de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting vanuit het huisartsendossier veelal gemakkelijk wanneer de huisarts volgens de richtlijn ADEPD werkt.

Het is aan de verzender om de automatisch ingevulde gegevens te controleren en niet-relevante gegevens te verwijderen, zodat een te verzenden bericht alleen de volledige relevante gegevens bevat. Een verzender dient een zorgvuldige selectie van de noodzakelijke gegevens te maken.

## 3.2. De gegevensset bij raadpleging

### 3.2.1. Doel van de raadpleging

Raadpleging is wenselijk als er sprake is van een (spoed)situatie waarin de wijkverpleegkundige per direct (mogelijk buiten kantoor tijden) behoefte heeft aan actuele informatie uit het huisartsdossier.



### **3.2.2. Inhoud van de gegevensset bij raadpleging**

Dit hoofdstuk beschrijft welke informatie beschikbaar moet zijn wanneer de wijkverpleegkundige het dossier bij de huisarts raadpleegt.

Bij raadpleging ontbreken de Envelop en de Kern, zoals beschreven in paragraaf 3.1.1 en 3.1.2.

#### **Administratieve gegevens**

Op het moment van raadpleging wordt een aantal administratieve gegevens automatisch gedeeld. Die verzamelingen gegevens zijn vergelijkbaar met de rubrieken uit de Envelop zoals beschreven in paragraaf 3.1.1 (patiëntgegevens, praktijkgegevens). Het bronsysteem houdt door middel van logging bij wie op welk moment het dossier heeft geraadpleegd.

#### **De Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting**

Alle gegevens uit de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting zoals beschreven in paragraaf 3.1.3 en bijlage 7.1 worden bij raadpleging ter beschikking gesteld. Deze gegevens zijn gebaseerd op de in het NHG HIS-Referentiemodel beschreven dossierdelen en medische gegevens.

### **3.2.3. Automatische vulling van de rubrieken en controle door de raadpleger**

De rubrieken uit de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting worden bij raadpleging automatisch gevuld vanuit het informatiesysteem. Het is aan de ontvanger om te beoordelen welke informatie uit de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting relevant is voor diens vraag en de overige, niet-relevante informatie te negeren.

## 4. AANDACHTSPUNTEN

Ten behoeve van de gegevensuitwisseling zoals beschreven in deze leidraad gaan we hier nader in op een aantal specifieke punten.

### 4.1. Adequate dossiervorming

Adequate dossiervorming is een randvoorwaarde voor het samenstellen van een 'goedgevulde' Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting (zie de [NHG-Richtlijn ADEPD, 2019](#)). Voor een goede overdracht van de informatie uit het huisartsdossier is het van belang dat het dossier een overzicht geeft van alle aan de patiënt verleende zorg. Het dossier bevat daarom niet alleen alle informatie die noodzakelijk is voor goede huisartsenzorg, maar ook relevante informatie over de zorg die door andere zorgverleners is verleend. Die is vaak als samenvatting terug te vinden. Om de toegankelijkheid van deze gegevens te waarborgen zullen belangrijke gegevens dus goed gestructureerd en geordend moeten worden vastgelegd in het HIS.

### 4.2. Toestemming van de patiënt

Bij de gegevensuitwisseling tussen huisarts en wijkverpleegkundige moeten we rekening houden met verschillende wetten, onder andere de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz). Of het noodzakelijk is dat de patiënt toestemming geeft voor de gegevensuitwisseling hangt van de situatie af: is er sprake van een intensievere vorm van samenwerking, van een actieve verwijzing, of van raadpleging via een uitwisselingsstructuur zoals het LSP?

Bij intensievere vormen van multidisciplinaire samenwerking zijn zorgverleners uit andere disciplines bij de behandeling betrokken. In dit geval kent de WGBO een uitzondering op het toestemmingsvereiste. Betrokken zorgverleners hebben in dit geval zonder toestemming recht op relevante gegevens.

De KNMG geeft aan dat de verzender bij verwijzing en bij terugkoppeling na verwijzing mag uitgaan van 'veronderstelde toestemming' van de patiënt. Een patiënt kan wel bezwaar maken.

Wanneer gegevens echter via een uitwisselingsstructuur zoals het LSP raadpleegbaar zijn, geldt nog wel het toestemmingsvereiste uit de Wabvpz voor de manier van uitwisselen, in dit geval het gebruiken van de uitwisselingsstructuur. Wordt de uitwisselingsstructuur niet gebruikt, zoals bij actieve verzending van informatie, dan is de Wabvpz niet van toepassing en is geen toestemming vereist.

Vanuit de WGBO volgt verder dat helder moet zijn wie de initiërende (hoofd)behandelaar is en dat ook duidelijk moet blijken dat de initiërende (hoofd)behandelaar daadwerkelijk een of meer andere behandelaren bij de zorgverlening betreft.

### 4.3. Eisen aan de gebruikte systemen en techniek voor uitwisseling

De systemen moeten aan een aantal functionele eisen voldoen wanneer ze gebruikt worden om gegevens uit te wisselen of beschikbaar te stellen voor raadpleging. Zo moeten berichtstandaarden worden

ondersteund en moet het mogelijk zijn om gegevens beschikbaar te maken voor andere zorgverleners. Daarnaast dienen deze systemen informatie via een infrastructuur uit te kunnen wisselen. Om raadpleging van gegevens te waarborgen moet het informatiesysteem 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar zijn en aangesloten zijn op een infrastructuur die raadpleging van gegevens ondersteunt. Ook moeten identificatie, autorisatie en logging goed zijn geborgd, waarbij de normen van de NEN-7510 en 7512 in acht worden genomen.

Op dit moment is raadpleging van het huisartsendossier door een (betrokken) wijkverpleegkundige praktisch nog niet mogelijk. Deze technische eisen zijn niet uitgewerkt in deze leidraad, maar verdienen wel nadere uitwerking.

## 5. LITERATUUR

- KNMG. Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg, Egiz. Utrecht: KNMG, 2019.
- KNMG. Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht: KNMG, 2022.
- KNMG. Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO Deel 4. Toegang tot patiëntengegevens. Utrecht: KNMG, 2004.
- NHG. HIS-Referentiemodel 2023. Utrecht: NHG, 2023.
- NHG. Gegevensuitwisseling huisarts en specialist (Richtlijn HASP). Utrecht: NHG, 2018.
- NHG. Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts-paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus). Utrecht: NHG, 2020.
- NHG. Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP). Utrecht: NHG, 2021.
- NHG. Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD). Utrecht: NHG, 2019.
- Van den Dungen, B. et al. Taskforce - Wie durft? De juiste zorg op de juiste plek. 2018.
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, WBG0, 2023.
- Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz), 2020.

## 6. BEGRIPPEN

**Autorisatie:** het proces van het toekennen van rechten voor de toegang tot geautomatiseerde functies en/of gegevens in ICT-voorzieningen conform NEN: toekennen van bevoegdheden.<sup>3</sup>

**Brondossierhouder:** de zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor het (laten) onderhouden van het patiëntendossier.<sup>4</sup>

**Elektronische gegevensuitwisseling:** pull verkeer via een elektronisch uitwisselingssysteem, dan wel gegevensuitwisseling via push-verkeer.<sup>5</sup>

**Elektronisch uitwisselingssysteem:** een systeem waarmee zorgaanbieders op elektronische wijze dossiers, gedeelten van dossiers of gegevens uit dossiers voor andere zorgaanbieders raadpleegbaar kunnen maken. Niet bedoeld wordt een systeem waarbinnen een zorgaanbieder een elektronisch patiëntendossier bijhoudt.<sup>6</sup>

**Dossierraadpleger:** de zorgverlener die via een elektronisch uitwisselingssysteem gegevens van de patiënt raadpleegt, of onder wiens mandaat gegevens van de patiënt worden geraadpleegd.

**HIS-Referentiemodel:** het door het NHG ontwikkelde model dat de gewenste/aanbevolen (medische) gegevens en functionaliteit van een HIS beschrijft.

**Huisarts:** een BIG-geregistreerd arts die generalistische, persoonsgerichte en continue zorg levert aan in principe alle mensen.

**Identificatie:** bepalen van de identiteit van een persoon of andere entiteit.<sup>7</sup>

**Informatiesysteem:** een set digitale functies waarmee een zorgverlener ondersteund wordt bij het registreren van geleverde zorg aan patiënten, zoals een huisartsinformatiesysteem (HIS).

**Logging:** het resultaat van loggen, waarbij het niet alleen gaat om de gegevens die bij een bepaalde gebeurtenis worden gelogd (de 'loggegevens'), maar ook om de 'logbestanden' waarin deze worden bewaard.<sup>8</sup>

**Toestemming van de patiënt:** voor de invulling van de toestemming van de patiënt verwijzen we naar *Van wet naar praktijk: implementatie van de WGBO Deel 4. Toegang tot patiëntengegevens* (2004).

**Wabvp:** Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg,

**WGBO:** Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.

**Wijkverpleegkundige:** een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar werkzaam binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, die zich richt op het bevorderen van gezondheid en eigen regie van mensen, en het omgaan met de uitdagingen van het leven; verbindt de wijkverpleegkundige zorg met zowel het medische als het sociale domein.<sup>9</sup> In deze leidraad bedoelen we met de term 'wijkverpleegkundige' een wijkverpleegkundige zorgaanbieder zoals een thuiszorgorganisatie.

**Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting:** gegevensset vanuit het huisartsendossier, bestemd voor de wijkverpleegkundige.

**Zorgaanbieder:** deze heeft een behandelingsovereenkomst met de patiënt; kan een solistisch werkende zorgverlener zijn, maar ook een samenwerkingsverband; bij veel zorgaanbieders werken meerdere zorgverleners.

**Zorgverlener:** een BIG-geregistreerd beroepsbeoefenaar.

<sup>3</sup> Nictiz. [Begrippenlijst](#)

<sup>4</sup> KNMG. [Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg](#)

<sup>5</sup> KNMG. [Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg](#)

<sup>6</sup> [Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg \(Wabvpz\)](#)

<sup>7</sup> Nictiz. [Begrippenlijst](#)

<sup>8</sup> Nictiz. [Begrippenlijst](#)

<sup>9</sup> V&VN. [Expertisegebied wijkverpleegkundige](#)

## 7. BIJLAGEN

### 7.1. De Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting

Hoofdstuk 3 beschrijft welke gegevens relevant kunnen zijn bij de gegevensuitwisseling tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige. Hierbij is ook aangegeven welke mogelijke beschikbare dossierdelen hierop aansluiten (zoals beschreven in het HIS-Referentiemodel). Hieronder geven we aan welke mogelijke rubrieken (gebundelde gegevens) in de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting kunnen terugkomen (in overeenstemming met in het HIS-referentiemodel aanwezige dossierdelen).

#### Rubrieken in de Wijkverpleegkundige Dossiersamenvatting en relevante termijnen

- De episodelijst: een opsomming van de relevante actuele gezondheidsproblemen van de patiënt, aangevuld met relevante, eerdere, belangrijke problemen. De episodenaam, episode-ICPC-code, de startdatum (de datum van de aanmaak van de episode), de begindatum (van de aandoening) en de datum van het laatste gegeven binnen deze episode worden meegenomen. Achtereenvolgens:
  - open episodes met vlag;
  - afgesloten episodes met vlag;
  - open episodes zonder vlag.
- Het beleid: bij elke episode kunnen een beleid en doelstelling voor de langere termijn worden vastgelegd, zoals afgesproken met de patiënt.
- Het deelcontactverslag (= SOEP-verslag): SOEP-regels van de laatste vier maanden uit het journaal van de huisarts, chronologisch geordend, waarbij de nieuwste regels het eerst worden vermeld.
- De behandelingen: operaties en behandelingen in het verleden.
- Uitslagen: de uitkomsten van (laboratorium)bepalingen en metingen van de laatste vier maanden.
- Correspondentie: de samenvattingen van uitgaande en inkomende brieven van het laatste jaar.
- Profylaxe: specifieke voorzorgsmaatregelen die bij bepaalde ingrepen bij deze patiënt of met betrekking tot de omgeving van de patiënt moeten worden genomen.
- Behandelgrenzen: afspraken waarin de patiënt aangeeft of een behandeling niet, juist wel of onder bepaalde voorwaarden uitgevoerd wordt wanneer zich een spoedsituatie voordoet, met indien besproken aanvullende informatie die van belang is als er rond de behandelgrens een besluit moet worden genomen.
- Actuele medicatie: actuele medicatieafspraken, voor zover bekend bij de huisarts.
- Overgevoeligheid voor medicatie: in het dossier vastgelegde medicatieovergevoeligheden.
- Contra-indicaties voor voorschrijven: in het dossier vastgelegde contra-indicaties.
- Sociale gegevens: aspecten uit de woon- en leefomstandigheden van de patiënt die van belang kunnen zijn voor het medisch handelen, zoals de taal, fysieke beperkingen, de woonsituatie en de levensovertuiging.
- Individueel zorgplan: het geheel aan doelen, zorgafspraken en de voor het zorgplan relevante episodes.
- Contactpersoon: iemand die geen zorgverlener is voor de patiënt en met wie de zorgverlener wel contact op kan nemen over de zorgverlening. Een contactpersoon hoeft geen actieve rol te spelen bij de zorg voor de patiënt. Als dit wel zo is kan de betrokkenheid worden aangegeven (met een label).
- Externe zorgverlener: een zorgverlener van buiten de huisartsenpraktijk die een rol speelt bij de zorg voor de patiënt.
- Betrokken praktijkmedewerker: een zorgverlener uit de huisartsenpraktijk die bij de zorg voor deze patiënt een rol speelt.

## 7.2. Invulling van de Kern op basis van een casus

In dit hoofdstuk geven we aan de hand van een casus een voorbeeld van de invulling van de Kern van de gegevenssets in het kader van actieve verzending.

### 7.2.1 Casus

#### Achtergrond

Meneer (84 jaar) en mevrouw Janssen (82) wonen nog zelfstandig. Mevrouw Janssen is redelijk gezond. Ze is bekend bij de cardioloog met atriumfibrilleren en heeft in het verleden een nieuwe knie gekregen. Verder heeft ze een verlaagde nierfunctie (eGFR 36). Meneer heeft een veel uitgebreidere voorgeschiedenis. Hij heeft non-Hodgkin, die redelijk stabiel is. In het kader daarvan heeft hij een splenectomie ondergaan. Hij tobt met mictieproblemen en heeft een prostaatacarcinoom. Vanwege artrose leveren problemen op met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en mobiliteitsproblemen op. Hij begint ook cognitief duidelijk achteruit te gaan. Omdat zijn vrouw de touwtjes stevig in handen heeft, redden ze het samen nog goed. Ze helpt hem een handje met ADL, beheert zijn agenda, rijdt nog auto en verder kookt ze heerlijk. Helaas struikelt ze op een dag over een stoeprandje, waarbij ze lelijk ten val komt. Ze breekt haar rechters pols en bovendien haar linkerradiuskopje. Ze verlaat het ziekenhuis met haar rechterarm in het gips en haar linkerarm in een drukverband. Haar enkel is verstuikt, zodat ze tijdelijk minder goed uit de voeten kan. Haar dochter neemt naar aanleiding hiervan contact met de huisarts op. Hoe verder?

#### Verwijsbericht

De huisarts verzoekt de wijkverpleegkundige om in zorg te komen. Deze zal zowel meneer als mevrouw gaan helpen met ADL en de medicatie voor meneer gaan uitzetten. Tafeltje Dekje wordt geregeld en er wordt tijdelijk huishoudelijke zorg ingezet.

De huisarts verstrekt de wijkverpleegkundige gegevens over de voorgeschiedenis van meneer en diens medicatie en, in een tweede verwijzing, informatie over de valpartij en behandeling met het bijbehorende beleid van mevrouw.

#### Update door de wijkverpleegkundige

Na enkele dagen neemt de wijkverpleegkundige contact op met de praktijk. Ze heeft gemerkt dat mevrouw altijd de medicatie van meneer verzorgt. Doordat mevrouw nu letterlijk onthand is, lukt het haar niet de pilletjes uit de doosjes te krijgen. De wijkverpleegkundige neemt deze taak tijdelijk op zich en geeft meneer driemaal per dag zijn medicatie. Daarbij vraagt ze zich af of het een idee is om een baxterrol voor meneer in te zetten. Ze legt deze vraag voor aan de huisarts.

Daarnaast is haar opgevallen dat de verstuikte enkel van mevrouw steeds meer last begint te geven. De kuit is ook gespannen en rood. Ze wil graag dat de arts even langskomt voor controle.

#### Update door de huisarts

De huisarts vindt ook dat een baxterrol handig kan zijn. Ook het echtpaar heeft er wel oren naar. De huisarts neemt contact op met de apotheek om dit te regelen. De medicatie van meneer zal over zeven dagen voor het eerst in een baxterrol geleverd kunnen worden.

De huisarts inspecteert het been van mevrouw Janssen. Haar onderbeen is inderdaad opgezwollen, rood, warm en pijnlijk. Hij vreest voor een trombosebeen bij de verminderde mobiliteit. Samen met haar dochter gaat mevrouw Janssen voor een echo naar het ziekenhuis, waar de diagnose trombosebeen wordt bevestigd. De huisarts kiest voor een behandeling met een DOAC, voorafgegaan met 5 dagen heparine subcutaan. De huisarts schrijft ook 5 dagen nadroparine subcutaan voor, gevolgd door dabigatran.

De huisarts verstrekt informatie aan de wijkverpleegkundige:

- Hij geeft aan dat de medicatie van meneer over 7 dagen omgezet zal worden naar een baxterrol.
- Hij informeert de wijkverpleegkundige over de echo-uitslag, de diagnose in het ziekenhuis en de ingestelde behandeling met nadroparine subcutaan gedurende 5 dagen, gevolgd door dabigatran, en vraagt haar ondersteuning bij het toedienen van de nadroparine-injecties.

### Ontslagbericht door de wijkverpleegkundige

Gelukkig herstelt mevrouw Janssen toch nog snel. Na 6 weken is ze alweer aardig in huis aan rommelen en kan ze zichzelf weer prima redden. Na 12 weken is ze ook weer in staat om haar man te ondersteunen. Dat heeft ook hun voorkeur. Ze houden er niet zo van afhankelijk te zijn en bepalen graag hun eigen dagindeling.

De wijkverpleegkundige beëindigt de zorg en stelt de huisarts hierover in kennis. Daarbij meldt ze dat de zorg voor echtpaar Janssen stopt, en schetst ze de situatie bij het beëindigen van de zorg: zowel meneer als mevrouw is weer (voldoende) ADL-zelfstandig. In de tussentijd is voor meneer een baxterrol geregeld, waarbij mevrouw hem weer zijn medicatie zal geven. Tafeltje Dekje houden ze aan, dat vond mevrouw toch best gemakkelijk.

### DT-bericht

Het is anderhalf jaar later. Langzaam gaat zowel meneer als mevrouw Janssen achteruit. Het lukt mevrouw inmiddels niet meer om meneer voldoende te ondersteunen bij ADL. Ze doen opnieuw een beroep op de wijkverpleegkundige, met wie zij goede ervaringen hebben. Ondersteuning tweemaal daags bij ADL is voldoende. De medicatie van meneer gaat goed met de baxterrol. Tafeltje Dekje smaakt nog steeds prima.

De wijkverpleegkundige informeert de huisarts dat ze het echtpaar weer in zorg neemt. Daarbij vermeldt ze ook wat de context van het ondersteuningsverzoek was en waaruit de ondersteuning zal bestaan.

### 7.2.2. Vulling van de Kern bij de verschillende berichten

Hieronder laten we zien hoe de gegevensuitwisseling op basis van de casus eruit kan zien. Het gaat om de volgende berichten uit de Kern: het verwijlsbericht, het ontslagbericht, de update en de directe toegang (DT).

De inhoud van de Kern betreft de volgende rubrieken (zie ook hoofdstuk 3):

- Contextuele informatie: schets kort de klacht(en), het beloop en de behandeling tot nu toe, en samenhangende factoren. Geef een korte relevante omschrijving van de patiënt (relevante comorbiditeit, informatie over kwetsbaarheid en sociaal-maatschappelijke situatie).
- Concrete vraag of reden voor het bericht

### Het verwijlsbericht

De verwijzing van de huisarts naar de wijkverpleegkundige betreft een verzoek om betrokkenheid van de laatste, inclusief een omschrijving van wat met de verwijzing wordt beoogd. De verwijzing bevat ook informatie over de context, zodat de wijkverpleegkundige een goede uitgangspositie heeft.

Kern	
<i>Contextuele informatie</i>	Mevrouw Jansen is gevallen en heeft haar rechterpols en bovendien haar linkerradiuskopje gebroken. Haar rechterarm zit in het gips en haar linkerarm in een drukverband. Haar enkel is verstuikt, waardoor ze tijdelijk minder goed uit de voeten kan. Mevrouw Jansen woont samen met meneer Jansen. Mevrouw ondersteunde meneer Jansen met de ADL. Daarnaast gaat meneer cognitief achteruit, wat mevrouw opvangt. Mevrouw kookte nog dagelijks. De dochter heeft contact met mij gezocht.
<i>Concrete vraag of reden voor het bericht</i>	Verzoek om mevrouw in zorg te nemen en te ondersteunen bij ADL



### Update door de wijkverpleegkundige

Op ieder moment gedurende het zorgproces kan de wijkverpleegkundige de behoefte hebben om de huisarts een update te sturen over de zorg of sociale situatie van mevrouw Janssen.

Kern	
<i>Contextuele informatie</i>	In de dagelijkse zorg voor mevrouw merk ik dat de enkel sinds 3 dagen steeds meer last geeft. De cliënt geeft aan pijn te hebben; de pijnscore is van 3 naar 6 toegenomen. De kuit is gespannen en rood.
<i>Concrete vraag of reden voor het bericht</i>	Graag op huisbezoek voor controle van de enkel en kuit

### Update door de huisarts

Op ieder moment gedurende het zorgproces kan de huisarts de behoefte hebben om de wijkverpleegkundige een update te sturen over de zorg of sociale situatie van mevrouw Janssen.

Kern	
<i>Contextuele informatie</i>	Het onderbeen was inderdaad opgezwollen, rood, warm en pijnlijk. Op verdenking van een trombosebeen bij de verminderde mobiliteit heb ik mevrouw verwezen naar het ziekenhuis voor een echo. Dit bevestigde de diagnose trombosebeen. Behandeling met nadroparine subcutaan, gedurende 5 dagen, gevolgd door DOAC, dabigatran.
<i>Concrete vraag of reden voor het bericht</i>	Graag ondersteuning bij het toedienen van de nadroparine-injecties.

### Ontslagbericht door de wijkverpleegkundige

In het ontslagbericht van de wijkverpleegkundige neemt ze informatie op over afsluiting van de zorg, inclusief relevante informatie over de uitgevoerde begeleiding.

Kern	
<i>Contextuele informatie</i>	Mevrouw Jansen herstelt gestaag. Het is inmiddels 12 weken geleden dat mevrouw is gevallen. Ze is weer in staat de ADL zelfstandig te doen. Ook de zorg voor haar man kan ze weer aan. Hier geeft het echtpaar zelf de voorkeur aan. Tafeltje Dekje wordt aangehouden.
<i>Concrete vraag of reden voor het bericht</i>	De zorg voor mevrouw wordt gestaakt.

### DT-bericht

Een in-zorg-name-bericht vanuit de thuiszorg naar de huisarts betreft hier de mededeling dat meneer en mevrouw Janssen in zorg genomen worden door een wijkverpleegkundige en bevat contextuele informatie over de aanleiding daarvoor.

Kern	
<i>Contextuele informatie</i>	De familie Jansen heeft ons benaderd omdat het mevrouw niet meer lukt meneer te ondersteunen bij de ADL. Meneer Jansen heeft daar tweemaal daags ondersteuning bij nodig. De medicatie van meneer loopt via een de baxterrol, wat goed bevalt. Meneer en mevrouw Jansen ontvangen nog steeds eten van Tafeltje Dekje. Het smaakt ze nog steeds prima.
<i>Concrete vraag of reden voor het bericht</i>	Graag ontvang ik een overzicht van de recente en/of relevante gezondheidswesties, en van de medicatie.

### 7.3. Denkkader met betrekking tot het multidisciplinair overleg en multidisciplinair behandelplan

Het multidisciplinair overleg (MDO) is een manier om samen te bepalen welke doelen er worden nagestreefd en welke afspraken daarvoor moeten worden gemaakt. Het is belangrijk om informatie over een MDO vast te leggen in het patiëntendossier, en uit te kunnen wisselen met de betrokken zorgverleners. Wat wordt verstaan onder het MDO en de weerslag daarvan in het multidisciplinair behandelplan (MDP) worden op dit moment samen met verschillende partijen uitgewerkt. Ook werken we het MDP uit in het kader van het HIS-Referentiemodel. Hier schetsen we de denkrichting.

#### 7.3.1. Afspraken over het MDO/MDP

##### Ontwikkelingen en denkrichting

Aan de verschillende (landelijke) publicaties waarin het MDO en het MDP worden beschreven, liggen verschillende uitgangspunten en definities ten grondslag. Hier beschrijven we hoe het NHG aankijkt tegen het MDO en MDP, en de informatie die daarbij van belang is. We beperken ons hier tot de aspecten die een rol spelen bij de gegevensuitwisseling met de wijkverpleegkundige. De afspraken uit het MDP naar aanleiding van het MDO zullen op termijn worden opgenomen in de Wijkverpleegkundige Dossier-samenvatting van een te verzenden bericht.

##### Veranderende zorg

Door de toenemende vergrijzing en transities in de ouderenzorg blijven ouderen langer thuis wonen. Het is belangrijk om de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment te bieden om de zorg behapbaar en betaalbaar te houden. De LESA Zorg voor kwetsbare ouderen stelt dat de wijkverpleegkundige en de huisarts belangrijke spelers zijn in de zorg voor de kwetsbare oudere of oudere met complexe problematiek. Voor de continuïteit van de zorg is het van belang om in het kader van hun samenwerking goede afspraken te maken over verantwoordelijkheden en de taakverdeling.

#### 7.3.2. Terminologie

Onder een multidisciplinair overleg verstaan we een bijeenkomst met meerdere zorgverleners, waarbij 1 of meerdere patiënten worden besproken. Het multidisciplinair behandelplan betreft de conclusies en afspraken die de betrokken zorgverleners over de zorg voor een patiënt met elkaar hebben gemaakt. Het individueel zorgplan (IZP) bevat de afspraken tussen de patiënt en de huisarts over het nastreven van de persoonlijke (gezondheids)doelen van de patiënt.

#### 7.3.3. Verloop en verslaglegging van het MDO

We nemen als uitgangspunt een MDO over een specifieke patiënt dat in de eerste lijn plaatsvindt en waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn. De informatie die wordt uitgewisseld en de conclusies die gezamenlijk worden getrokken, hebben betrekking op dat specifieke moment.

##### Meerdere MDO's in één MDP

Zorgverleners uit verschillende zorgdisciplines kunnen een patiënt in meerdere MDO's bespreken (bijvoorbeeld een MDO polyfarmacie en een MDO ouderenzorg). De afspraken die tijdens verschillende MDO's zijn gemaakt, worden gebundeld in 1 multidisciplinair behandelplan (MDP). Het volledige MDP wordt na elk afzonderlijk MDO geactualiseerd. Oude afspraken die geëvalueerd zijn, worden (zo nodig) herzien of afgerond. Nieuwe afspraken worden toegevoegd. Afspraken tussen zorgverleners die tijdens het overleg niet aanwezig zijn, blijven gehandhaafd.

<sup>10</sup> [Handreiking kwetsbare ouderen thuis](#)

<sup>11</sup> [https://www.venvn.nl/media/iztjwb03/171732\\_vvn-lesa-samenwerkingsafpraak-zorg-voor-kwetsbare-ouderen.pdf](https://www.venvn.nl/media/iztjwb03/171732_vvn-lesa-samenwerkingsafpraak-zorg-voor-kwetsbare-ouderen.pdf)

### **De rol van de casemanager**

Het is aan te bevelen om bij complexe zorg een zorgprofessional als casemanager aan te stellen. Diens taak bestaat uit de zorgcoördinatie en de monitoring en ondersteuning van de patiënt en diens mantelzorgverlener. De casemanager kan 1 of meer van deze zaken delegeren aan andere betrokken zorgverleners. De uitkomsten van het MDO worden besproken met de patiënt en onderling wordt afgesproken wie welke taak op zich neemt.

### **Zorgcoördinatie**

De zorgcoördinatie is in handen van een casemanager of een gedelegeerde. Diens taken betreffen het inbrengen van een casus, de informatievoorziening richting de betrokken partijen, planning en tijdsbewaking, en verslaglegging van het MDO. Daarnaast is de zorgcoördinator verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van een multidisciplinair behandelplan.

### **MDO-verslag**

Een MDO-verslag is een verslag van een MDO. Een MDO-verslag bevat informatie over de gemaakte afspraken zoals vastgelegd in het MDP. Maar een MDO-verslag schetst daarnaast de situatie van de patiënt, en eventueel de discussie die tijdens het MDO gevoerd is. Een MDO-verslag kan als brief toegevoegd worden aan de correspondentie in het HIS. Als het HIS dit ondersteunt, krijgt deze brief de omschrijving 'MDO-verslag' als soort correspondentie.

### **Vervolg**

Bij een volgend MDO wordt beoordeeld of bestaande klachten en afspraken nog actueel zijn en of deze aangepast of aangevuld moeten worden. Na afronding van het MDO wordt een geactualiseerd multidisciplinair behandelplan vastgesteld. Een MDP kan ook worden afgesloten door de casemanager, als multidisciplinaire afstemming niet meer nodig is. In de praktijk komt dit niet vaak voor en zullen onderdelen van het MDP worden afgesloten als deze niet meer actueel zijn en worden nieuwe onderdelen toegevoegd. Ook afgesloten onderdelen van het MDP blijven raadpleegbaar. De huisarts draagt zorg voor een goede verslaglegging van de (voor hem) relevante afspraken uit het MDP in het HIS.

### **7.3.4. Toekomstige ontwikkeling in het HIS**

De informatie van het MDP wordt idealiter als gestructureerd gegeven vastgelegd in het HIS. Momenteel is dit nog niet mogelijk. Ten behoeve van het HIS-Referentiemodel wordt er gewerkt aan het beschrijven van een nieuw dossierdeel met de gewenste functionaliteit, het multidisciplinaire behandelplan. Dit gaat een handvat bieden voor HIS-leveranciers voor de uitwerking van dit onderdeel.