

Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD)

NHG-richtlijn

Versie 2025

Inhoud

Wijzigingen ten opzichte van 2019	4
Algemene wijzigingen	4
Nieuwe, aanvullende informatie	4
Het patiëntendossier	4
Wat is een elektronisch patiëntendossier (EPD)?	4
Wat is het medisch dossier?	4
Doel van het medisch dossier	5
Doelgroep van het medisch dossier	5
Juridisch eigendom van het medisch dossier (Elektronisch) afschrift en online inzage	5
Doel van adequate registratie	6
Voordelen bij zorgverlening	6
Voordelen bij gegevensuitwisseling met samenwerkingspartners	6
Voordelen bij gegevensuitwisseling met de patiënt	7
Richtlijn ADEPD	7
Doel van de richtlijn	7
Relatie richtlijn ADEPD en NHG-registratieadviezen	8
Relatie tussen richtlijn ADEPD en HIS	8
HIS-Referentiemodel: stip op de horizon	8
HIPMA: prioritering van HIS-ontwikkelagenda's	8
XIS Keurmerk	8
Doelgroep en scope richtlijn ADEPD	9
Aanleiding herziening	9
Ontwikkelingen in de zorg en HIS	9
Integraal zorgakkoord	9
Overzichtelijkheid van het dossier: episodegewijs registreren	9
Wat is een episode?	9
Belangrijke begrippen bij episode	10
De episode: doel	10
Het overzicht van episodes: doel	10
Wanneer leg je een episode vast?	10
Hoe leg je een episode vast?	10
Episodenaam	10
Classificatie	11
Voortschrijdend inzicht	11
Meerdere gezondheidskwesties tijdens 1 contact: impact op registratie van episode	11
Optimalisatie van het overzicht van episodes	11
Beleid	12
Contact: de momentopname	13
Verschillende soorten contacten	13
Toekennen van een deelcontact aan een episode	13

Contactwijze	14
Contactwijze en declareren	14
Contactwijze en online inzage	14
Inhoud van een deelcontact	14
Het SOEP-verslag	14
SOEP-systematiek	14
Alleen relevante informatie registreren in het SOEP-verslag	15
Meerdere gezondheidskwesties tijdens 1 contact: impact op SOEP-verslag	15
ICPC-classificatie	15
Classificeren versus diagnosticeren	15
ICPC-classificatie	16
ICPC en patiëntvriendelijke titels	16
Doel van classificatie	16
ICPC-Regels	16
Wat kán je ICPC-coderen?	16
Wat móet je ICPC-coderen?	16
Andere informatie die je vast kan leggen naar aanleiding van een contact	17
Gestructureerde uitslagen	17
Correspondentie	18
Medicatie	20
Communicatie met de patiënt: het e-consult	22
Informatie met een langdurige geldigheid	23
Profylaxe	23
Familieanamnese	23
Behandelwensen en- grenzen	24
Zorgnetwerk	25
Sociale gegevens	26
Medicatiebewaking	27
Ingrepen en belangrijke behandelingen	28
Individueel zorgplan en multidisciplinair behandelplan	28
Immuunstatus	30
Patiëntvoorlichting	31
Taken	31
Persoonlijke aantekeningen	32
Addendum toekomstige ontwikkelingen	32
Reden voor afspraak	32
Leeswaarde	32
Totstandkoming	32
Werkgroep ADEPD	32
Commentaarrronde	32

Wijzigingen ten opzichte van 2019

In december 2025 is deze vijfde versie van de richtlijn geautoriseerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Regelmatige actualisatie van Richtlijn ADEPD blijft noodzakelijk omdat:

- knelpunten bij de implementatie in de praktijk nieuwe informatie en inzichten opleveren
- de organisatie van de huisartsenzorg en van de gezondheidszorg als geheel voortdurend in beweging zijn
- ontwikkelingen in automatiseringstandaarden en in het [HIS-Referentiemodel](#) nooit stilstaan

Algemene wijzigingen

- Versie 2025 van Richtlijn ADEPD wordt gepubliceerd als webbased richtlijn.
- Er is een algemeen hoofdstuk toegevoegd met achtergrondinformatie over (het doel en de doelgroep van) het medisch dossier en de ontwikkelingen die gaande zijn om ondersteuning van de huisarts bij dossiervoering in het huisartsinformatiesysteem (HIS) te ondersteunen.
- Versie 2025 bevat aanbevelingen voor adequate registratie, maar geeft ook een duiding van de in het [HIS-Referentiemodel](#) aanbevolen functionaliteit daarbij. Omdat een HIS niet altijd de beoogde ondersteuning biedt, geeft de richtlijn ook aanbevelingen voor een alternatieve registratiewijze wanneer de betreffende functionaliteit ontbreekt.
- Het advies om bij elk contact (met patiënt zelf, een derde of tijdens de dossierbewerking) minimaal een SOEP-verslag vast te leggen, is explicieter beschreven.

Nieuwe, aanvullende informatie

Nieuw in de richtlijn zijn aanbevelingen over het registreren van informatie over:

- het zorgnetwerk (bij de zorg betrokken personen uit de privésfeer en externe zorgverleners)
- multidisciplinaire afspraken en het onderscheid met het individueel zorgplan
- persoonlijke streefwaarden
- de immunusstatus
- taken

Het patiëntendossier

Wat is een elektronisch patiëntendossier (EPD)?

Een elektronisch patiëntendossier is een dossier binnen een HIS dat de functionaliteit bevat om de gegevens van een patiënt vast te leggen.

Het patiëntendossier omvat:

- het medisch dossier
- persoonsgegevens
- persoonlijke aantekeningen

Persoonsgegevens betreffen (niet-medische) informatie ten behoeve van de identificatie en bereikbaarheid van de patiënt. Deze administratieve gegevens horen wel bij het patiëntendossier, maar ze vallen niet onder het medisch dossier. Persoonlijke aantekeningen zijn bedoeld als geheugensteun bij het hulpverleningsproces en horen wel bij het patiëntendossier, maar zijn alleen in te zien door de praktijkmedewerker die ze heeft vastgelegd. Ze vallen niet onder het medisch dossier.

Wat is het medisch dossier?

Het medisch dossier is de verzameling van gegevens over de gezondheid en behandeling van de patiënt die de zorgverlener noodzakelijk vindt voor een goede zorgverlening. Het is een illusie dat alles wat in

een patiëntcontact ter sprake komt, in het dossier te vinden is. Een dossier is altijd een samenvatting en interpretatie van de feitelijke situatie.

Volgens de wet- en regelgeving behoren de volgende gegevens niet tot het medisch dossier:

- correspondentie over claims en klachten
- meldingen incidenten patiëntenzorg
- meldingen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- keuringsgegevens
- persoonlijke aantekeningen

Doel van het medisch dossier

De zorgverlener dient zorgvuldig een medisch dossier bij te houden, omdat dit noodzakelijk is om de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt te garanderen. Het is ook wettelijk verankerd in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), die zorgverleners verplicht om een medisch dossier in te richten voor elke patiënt die ze behandelen. Het primaire doel van die dossierplicht is een goede zorgverlening aan de patiënt.

Het medisch dossier kan ook worden gebruikt voor afgeleide doelen, zoals kwaliteitstoetsing, kwaliteitsbewaking, wetenschappelijk onderzoek of het afleggen van verantwoording. Het medisch dossier is hier niet primair voor bedoeld. Als deze afgeleide doelen het veilig verlenen van goede zorg belemmeren, weegt het belang van het laatste zwaarder.

Doelgroep van het medisch dossier

Het medisch dossier is geschreven voor en door de zorgverlener, en vanuit het perspectief van de zorgverlener. De behandelend arts, en bijvoorbeeld ook de waarnemer, de opvolger en een andere zorgverlener die bij de behandeling betrokken is, moet uit het medisch dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en gezondheidssituatie van de patiënt zijn, zodat het mogelijk is goede zorg te leveren. De patiënt zelf behoort niet tot de primaire doelgroep, ook al is het dossier bedoeld om goede zorg aan de patiënt mogelijk te maken. Het taalgebruik bij de dossiervoering hoeft niet aangepast te worden aan de patiënt, hoewel het voordelen kan hebben rekening te houden met de mogelijkheid dat de patiënt meeleeft.

Juridisch eigendom van het medisch dossier

Zowel een arts als een patiënt heeft een bepaalde zeggenschap over het medisch dossier. Geen van beiden hebben ze echter het juridisch eigendom van een medisch dossier. De zorgverlener heeft plichten ten aanzien van het medisch dossier. De patiënt heeft rechten, zoals het recht op inzage, wijzigingen en verwijdering.

(Elektronisch) afschrift en online inzage

Naast de WGBO is in deze context ook de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) relevant. De patiënt heeft op grond van de WGBO het recht op een afschrift van het dossier (WGBO). Dat afschrift moet op basis van de Wabvpz ook elektronisch verstrekt kunnen worden. Een bijzondere vorm van elektronische inzage is realtime online inzage in het dossier. Er is geen wettelijk recht op elektronische realtime online inzage van het medisch dossier. Alleen verplicht de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) huisartsen sinds 1 juli 2024 om het medicatievoorschrift van patiënten voor hen beschikbaar maken in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Hoewel er geen wettelijk recht bestaat op realtime inzage, kan 'real-time inzage wel nuttig zijn. Daarom heeft het NHG met de Patiëntenfederatie Nederland afgesproken welke informatie online raadpleegbaar moet worden gemaakt voor de patiënt. De afspraken hierover zijn beschreven in de [Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt](#).

Bij (online) inzage is er geen contact tussen de zorgverlener en de patiënt. Online inzage kan dan ook niet zonder meer beschouwd worden als vervanging voor communicatie met de patiënt, tenzij de zorgverlener hierover heel duidelijke afspraken met de patiënt heeft gemaakt en die ook heeft vastgelegd. Meer informatie over het elektronisch afschrift en online inzage is te vinden in de NHG-praktijkhandleiding over online inzage.

Doel van adequate registratie

Het goed bijhouden van een dossier kost op de korte termijn tijd. Dat is een nadeel in een tijd waarin de zorg onder druk staat. Toch heeft het voordelen om het te doen, omdat het ook voordelen oplevert. Hieronder beschrijven we de belangrijkste voordelen.

Voordelen bij zorgverlening

Adequate registratie levert een overzichtelijk medisch dossier op. Daardoor krijgen registrerende huisartsen en andere zorgverleners uit de praktijk bij vervolcontacten snel een overzicht van de actuele problematiek.

Adequate registratie heeft ook andere voordelen:

- Medicatiebewaking: wanneer de zorgverlener medicatieovergevoeligheden of contra-indicaties vastlegt, kan het HIS waarschuwen wanneer deze medicatie wil voorschrijven die mogelijk onveilig is. Dit voorkomt medicatiefouten.
- Voorschrijven: bij correcte registratie van een ICPC-code geeft het elektronische [formularium](#) van het HIS ondersteuning bij het voorschrijven van bijpassende medicatie. De kans op medicatiefouten neemt hierdoor verder af.
- Voorlichting: bij correcte registratie van een ICPC-code geeft het elektronische [formularium](#) van het HIS doorgaans ook ondersteuning bij het vinden van bijpassende patiëntenvoorlichting.
- Ziektespecifiek overzicht: adequate registratie maakt het mogelijk om voor patiënten met chronische aandoeningen binnen het dossier overzichten te genereren van de belangrijkste aandachtspunten. Zo is snel duidelijk hoe deze patiënten ervoor staan. (Zie de aanbevelingen voor de HIS-leverancier in de [Leidraad Ziektespecifieke overzichten in het EPD](#) voor meer informatie hierover.)
- Signalering: goede registratie maakt het ook mogelijk om te signaleren op aandachtspunten (met behulp van een applicatie zoals NHG-Doc), waarbij bijvoorbeeld gewezen wordt op de noodzaak van een schildkliercontrole bij hypothyreoïdie als dat lang niet is gebeurd.
- Selecties: wanneer huisartsen informatie gestructureerd vastleggen, kunnen ze selecties maken van patiëntengroepen. Dergelijke selecties kunnen verschillende doelen dienen:
 - preventie, zoals de griep- en pneumokokkencampagne (zie [ICT-specificaties voor het Nationaal Programma Grieppreventie](#) voor meer informatie hierover).
 - interne kwaliteitsbewaking via NHG-indicatoren ([Indicatoren kwaliteit huisartsenzorg](#)), die het mogelijk maken overzichten samen te stellen. Die kunnen inzicht geven in de kwaliteit van de zorg binnen een huisartsenpraktijk, wat mogelijk aanknopingspunten biedt voor een intern verbeteringsproces
 - financiële verantwoording
 - inzicht in de eigen bedrijfsvoering

Voordelen bij gegevensuitwisseling met samenwerkingspartners

De zorg wordt complexer. Steeds vaker zijn meerdere zorgverleners bij een patiënt betrokken. Het medisch dossier in het HIS heeft zich in de loop van de jaren ontwikkeld van een informatiebron voor een enkele huisartsenpraktijk tot een informatiebron voor een continue 24 uur(huisartsen)zorg. Adequate registratie verbetert de uitwisseling van informatie bij samenwerking.

Het NHG heeft met andere zorgverleners afgesproken welke informatie uit het medisch dossier bij de huisarts uitgewisseld moet kunnen worden met andere zorgverleners.

In de spoedzorgketen (de meldkamer, ambulance en SEH) is het bijvoorbeeld belangrijk dat behandelgrenzen worden uitgewisseld (zoals wel of niet reanimeren). In waarneemsituaties zullen waarnemend huisartsen op de huisartsenpost de meeste patiënten die ze zien niet goed kennen en in elk geval een verkorte versie van het dossier willen inzien.

Met de volgende zorgverleners zijn er concrete afspraken gemaakt over informatie-uitwisseling:

- specialisten
- paramedici
- medewerkers van de wijkverpleging
- zorgverleners in de ggz
- spoedzorg (huisartsenpost, SEH en meldkamer)
- andere huisartsen bij overdracht van het dossier

Alle afspraken over de gegevensuitwisseling tussen de huisartsen en andere zorgverleners zijn door het NHG vastgelegd in uitwisselingsrichtlijnen. Uitgebreide informatie hierover is te vinden op [Gegevensuitwisseling](#).

Voordelen bij gegevensuitwisseling met de patiënt

De afgelopen jaren is het huisartsen-EPD voor patiënten zelf steeds toegankelijker geworden. Patiënten kunnen zich daardoor beter op een contact voorbereiden en na afloop van een contact alles thuis nog eens rustig nalezen. Dit verbetert de kwaliteit van het gesprek. Ook voelen patiënten zich meer betrokken bij hun gezondheid en het zorgproces.

Het NHG heeft in 2021 in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland een [Richtlijn Online inzage](#) opgesteld om te bepalen welke informatie uit het huisartsen-EPD online ter inzage moet zijn voor de patiënt. Deze richtlijn beschrijft ook enkele specifieke situaties waarin keuzen ten aanzien van de registratie impact kunnen hebben op de informatie die online ter inzage is. Hieraan besteden we ook in deze versie van de richtlijn ADEPD aandacht.

Meer informatie over online inzage en de wet- en regelgeving daarover is te vinden in de [achtergrondinformatie bij de Praktijkhandleiding Online inzage](#).

Adequate registratie is een essentiële voorwaarde om gegevensuitwisseling met de patiënt te realiseren.

Richtlijn ADEPD

Doel van de richtlijn

De Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD) geeft adviezen voor de methode van verslaglegging: waar en hoe kan de huisarts relevante informatie in het EPD het beste vastleggen. Door adequate dossiervorming:

- zorgen huisartsen en medewerkers er in de praktijk voor dat belangrijke informatie wordt vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (EPD)
- krijgen huisartsen en praktijkmedewerkers overzicht en kunnen ze belangrijke informatie snel vinden
- kunnen huisartsen en praktijkmedewerkers gebruikmaken van ondersteunende functionaliteit (zoals een formularium of het maken van selecties)
- kan de praktijk belangrijke informatie delen met andere zorgverleners buiten de praktijk en de patiënt zelf

Relatie richtlijn ADEPD en NHG-registratieadviezen

Voor sommige klachten of aandoeningen gelden aanvullend op de algemene aanbevelingen uit de richtlijn ADEPD ook nog specifieke inhoudelijke adviezen. Deze adviezen zijn geen onderdeel van de richtlijn ADEPD.

Denk hierbij aan:

- NHG-Registratieadvies Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase
- NHG-Registratieadvies bij NHG-Standaard Pijn
- NHG-Registratieadvies bij NHG-Standaard Astma bij kinderen
- NHG-Registratieadvies bij NHG-Standaard Chronische nierschade
- NHG-Registratieadvies bij NHG-Standaard CVRM
- NHG-Registratieadvies bij (kwetsbare) ouderen en polyfarmacie
- NHG-Registratieadvies bij NHG-Standaard Obesitas en bij bariatrische chirurgie
- Registratieadvies bij de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode
- Registratieadvies bij de NHG-Standaard Anticonceptie

Deze specifieke aanbevelingen zijn te vinden op [Registratie-adviezen \(ICPC\) bij NHG-Standaarden](#), en daarnaast bij de specifieke standaarden zelf.

Relatie tussen richtlijn ADEPD en HIS

De richtlijn ADEPD gaat er in principe vanuit dat het HIS de huisarts goede ondersteuning biedt bij de dossiervoering. Er lopen diverse landelijke activiteiten om die ondersteuning te optimaliseren. Zo beheert het NHG al meer dan 35 jaar het [HIS-Referentiemodel](#), dé leidraad voor het inrichten van HIS'en. Daarnaast participeren de huisartsenkoepels in het project HIPMA en de XIS-eisen. De praktijk loopt echter achter bij de landelijke aanbevelingen. De verschillende HIS'en verschillen ook in het tempo waarin HIS-leveranciers aanbevelingen doorvoeren. Daarom beschrijft de richtlijn ADEPD niet alleen de ideale wijze van registratie, maar altijd ook (tijdelijke) alternatieven voor het geval dat een HIS nog niet over de aanbevolen functionaliteit beschikt.

HIS-Referentiemodel: stip op de horizon

Zorgverleners worden bij de registratie in het dossier idealiter goed ondersteund door het HIS. Het NHG doet in het [HIS-Referentiemodel](#) aanbevelingen voor HIS-leveranciers, zodat zij een HIS zo kunnen inrichten dat het zorgverleners optimaal ondersteunt.

HIPMA: prioritering van HIS-ontwikkelagenda's

Om ICT-ontwikkelingen in de huisartsenzorg meer te harmoniseren, hebben het NHG, de LHV en InEen het project HIPMA (huisartsenportfoliomanagement) opgezet. De huisartsenkoepels LHV, InEen en NHG, gebruikersvereniging NedHIS, leverancierskoepel NedXis, VZVZ en Zorgverzekeraars Nederland monitoren alle lopende projecten en initiatieven. Jaarlijks spreken zij af wat het komende jaar de prioriteiten zijn op de ontwikkelagenda's van de leveranciers.

XIS Keurmerk

De genoemde koepels in de huisartsenzorg hebben het XIS Keurmerk ontwikkeld om HIS'en een kwaliteitsimpuls te geven en zo bij te dragen aan (blijvend) goede zorg voor patiënten. Daarnaast moet het keurmerk bijdragen aan transparantie in de markt. Van gekwalificeerde HIS'en mag worden verwacht dat ze voldoen aan de basiseisen die beschreven zijn in het [XIS-normenkader](#). Zie het HIS-normenkader voor meer informatie over de basiseisen, zie het [XIS Keurmerkregister](#) voor meer informatie over gekwalificeerde HIS'en.

Doelgroep en scope richtlijn ADEPD

Deze richtlijn is geschreven voor huisartsen en andere praktijkmedewerkers, zoals praktijkmanagers en praktijkassistenten.

Deze richtlijn doet alleen aanbevelingen over de registratie in het medisch dossier zelf. Dat betekent dat ze alleen aanbevelingen bevat voor het gestructureerd vastleggen van informatie die relevant is voor het verlenen van goede huisartsenzorg. Zo beschrijft deze richtlijn bijvoorbeeld niet hoe zorgverleners dienen om te gaan met namen, adressen of andere administratieve gegevens.

Deze richtlijn bevat ook geen aanbevelingen voor een goed beheer van het EPD, zoals privacybescherming, toegankelijkheid en integriteit van de data, autorisatieprocedures of bewaartermijnen. Meer informatie hierover is te vinden op [Informatiebeveiliging](#) van de LHV.

Aanleiding herziening

Ontwikkelingen in de zorg en HIS

De huisartsenzorg is complexer geworden. De zorg verandert, samenwerking is essentieel en er zijn nieuwe vormen van samenwerken ontstaan, bijvoorbeeld in de vorm van een multidisciplinair overleg (MDO). Daarnaast krijgen patiënten een steeds grotere rol bij hun eigen behandeling. Er zijn nieuwe mogelijkheden ontstaan om met patiënten te communiceren (zoals het e-consult). De HIS'en groeien mee met deze ontwikkelingen.

Deze geactualiseerde richtlijn beschrijft (onder andere) hoe zorgverleners al deze nieuwe informatie eenduidig kunnen vastleggen.

Integraal zorgakkoord

Volgens het Integraal Zorgakkoord (IZA) is elektronische gegevensuitwisseling de standaard in de zorg. In het kader van het IZA zijn er ook afspraken gemaakt over persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). Ook is bepaald wat er nodig is om de beschikbaarheid van data te vergroten, zodat patiënten en andere sectoren die kunnen inzien. Duidelijk is dat de datakwaliteit sterk afhangt van de kwaliteit van de invoer ervan door zorgverleners. Deze ADEPD-richtlijn vormt een voorbeeld voor de andere zorgsectoren. Naast de eerdergenoemde noodzakelijke inhoudelijke update besteedt deze revisie extra aandacht aan de impact van de registratie door de zorgverlener op online inzage.

Overzichtelijkheid van het dossier: episodegewijs registreren

Het verloop in de tijd (decursus) en de samenhang tussen de verschillende informatiesoorten spelen een grote rol bij de verslaglegging binnen de huisartsenpraktijk. De episodegerichte verslaglegging over de contacten tussen patiënt en praktijk vormt daarom de kern van het EPD.

Wat is een episode?

Een episode beschrijft een gezondheidskwestie bij de patiënt in de loop van de tijd. Binnen een episode worden alle relevante medische gegevens over 1 gezondheidskwestie in chronologische volgorde samengebracht en geordend: contactverslagen, voorschriften, uitslagen van lichamelijk onderzoek, resultaten van aanvullend onderzoek, operaties en correspondentie over het gezondheidsprobleem. Een overzicht van episodes geeft een direct beeld van de gezondheidskwesties die bij de patiënt spelen.

Belangrijke begrippen bij episode

- Episodenaam: de eigen omschrijving van de arts van het gezondheidsprobleem: het is een bewerking of aanvulling op de tekst die bij de ICPC behoort
- Episode ICPC: ICPC-code die hoort bij de gezondheidskwestie van de episode
- Episodetitel: episodenaam + episode ICPC tezamen
- Overzicht van episodes: opsomming van de episodetitels, idealiter met het (langetermijn)beleid erbij
- Startdatum van de episode
- Begindatum van de aandoening

Een episode kan je zien als een film: in de loop van de tijd worden scènes opgenomen. In iedere scene worden gegevens verzameld. Door de scènes chronologisch te bekijken is het verhaal van de film, hier het beloop van de gezondheidskwestie, te volgen.

De episode: doel

Episodegewijs registreren is een manier om het patiëntendossier te ordenen. Het doel van 1 episode is het overzichtelijk presenteren van alle informatie rond 1 gezondheidskwestie.

Het overzicht van episodes: doel

Elk dossier bevat een overzicht van episodes. Dit geeft zorgverleners snel een goede indruk van alle actuele en belangrijke klachten en aandoeningen van de patiënt. Er is geen optimaal aantal episodes per patiënt. Het overzicht van episodes is bij de ene patiënt langer dan bij de andere. Alleen al dit gegeven biedt informatie over de patiënt – de (lengte van de) episodelijst weerspiegelt de status van de patiënt.

Wanneer leg je een episode vast?

Op het moment dat een gezondheidsprobleem om een eigen behandeling vraagt, maak je een episode aan. Wanneer de complicaties bij een aandoening om een eigen, intensief zorgtraject vragen, valt het te overwegen om hiervoor een aparte episode aan te maken. Bijvoorbeeld in het geval van een pathologische fractuur op basis van een metastase, waarbij bestraling, revalidatie en andere huisvesting nodig zijn. Wanneer de complicaties van een behandeling een eigen, intensief zorgtraject vergen, kan je hiervoor ook een aparte episode aanmaken. Bijvoorbeeld in het geval van een langdurige wonddehiscentie na een laparotomie.

Als het beloop van een aandoening zo afwijkend is dat dit een eigen, intensief zorgtraject vergt, valt het te overwegen om hiervoor een aparte episode aan te maken. Bijvoorbeeld bij het ontstaan van een chronisch pijnsyndroom na een lege artis behandelde HNP.

Hoe leg je een episode vast?

Registreer bij het vastleggen van een episode zowel een episodenaam (in tekst) als een episode-ICPC.

Episodenaam

Bij het invullen van de episodenaam kan je de omschrijving van de ICPC-classificatie als uitgangspunt nemen. Pas deze wel aan om de gezondheidskwestie in eigen bewoordingen goed te beschrijven. Met eigen tekst kan je nuanceringen aanbrengen. Neem de ernstgraad, het stadium van de ziekte en andere informatie, bijvoorbeeld jaartal van vaststelling of uitsluiting van een diagnose, in de tekst op. Metastases bij kanker zeggen bijvoorbeeld iets over het stadium van de ziekte (TNM-classificatie) en worden niet als een andere aandoening beschouwd.

Voeg in de vrije tekst eventueel een werkhypothese of differentiële diagnose toe.

Blijf bij gevoelige verdenkingen, zoals kindermishandeling, tekstueel bij de feiten. Noteer bijvoorbeeld liever 'blauwe plekken na verblijf bij vader' in plaats van 'cave kindermishandeling door vader'.

Classificatie

Kies een passende ICPC-code. Meer informatie over classificeren is te vinden in de paragraaf [ICPC-classificatie](#).

Voortschrijdend inzicht

Pas de episodenaam en/of de ICPC-code aan als je inzichten over het gezondheidsprobleem in de loop van de tijd veranderen.

Meerdere gezondheidskwesties tijdens 1 contact: impact op registratie van episode

Als er tijdens 1 contact meerdere gezondheidskwesties ter sprake komen die allemaal een eigen behandeltraject vergen, zal je de verzamelde informatie in verschillende episodes moeten vastleggen. Denk hierbij aan een patiënt die met buikklachten op het spreekuur komt en bij wie tijdens de anamnese blijkt dat hij zowel rectaal bloedverlies als contactbloedingen heeft. Beide zaken vragen om een apart beleid en vervolg, wat het vastleggen van meerdere episodes op basis van dit ene contact rechtvaardigt.

Optimalisatie van het overzicht van episodes

In iedere praktijk zijn er patiënten met veel aandoeningen en klachten. Het is niet mogelijk om advies te geven over het minimale of maximale aantal episodes. Het is vooral van belang ervoor te zorgen dat je geen belangrijke zaken gaat missen en overzicht houdt. Er zijn verschillende mogelijkheden om het overzicht met episodes inzichtelijk te houden.

Episodes afsluiten

Zolang er zorg wordt verleend in het kader van een gezondheidsprobleem blijft een episode geopend. Zo komen in 1 episode 'rugpijn' bijvoorbeeld de volgende gegevens terecht: 3 opeenvolgende contacten over rugpijn, het voorschrift voor pijnstilling, de uitslag van een röntgenfoto, een bericht van de fysiotherapeut en een nieuw spreekuurcontact na 15 maanden. Deze episode blijft geopend.

Wanneer een gezondheidsprobleem niet meer actueel is en geen zorg meer behoeft, kan je de episode afsluiten. Indien de patiënt na verloop van de tijd opnieuw met dezelfde klacht of symptomen op het spreekuur komt, open je dezelfde episode. Hoe lang de patiënt in de tussentijd klachtenvrij is geweest, speelt hierbij geen rol.

Sluit een episode af als er langer dan 1 jaar geen actuele zorg meer is gevraagd of geleverd. Afgesloten episodes zijn in eerste instantie niet zichtbaar.

Een episode kan je op verschillende manieren afsluiten:

- Je sluit de episode handmatig af. Dit is altijd mogelijk.
- Je werkt met een vaste termijn waarna een episode wordt afgesloten. De meeste HIS'en ondersteunen deze optie.
- Volgens de aanbevelingen van het [HIS-Referentiemodel](#) moet je er als huisarts ook voor kunnen kiezen om bij het vastleggen van een episode een verwachte einddatum in te schatten. Na het verstrijken van de vastgelegde einddatum sluit de episode vervolgens automatisch. Voor zover bekend ondersteunen de HIS'en deze functionaliteit nog niet.

Samenvoegen van episodes

Soms komen episodes vaker voor. Je kan er dan voor kiezen om deze episodes samen te voegen en de episodenaam te veranderen (zo kan je bijvoorbeeld meerdere urineweginfecties je samenvoegen tot 1 episode met de naam 'Recidiverende UWI').

Attentiewaarde

Sommige gezondheidsproblemen zijn zo belangrijk dat ze de status van een episode 'met attentiewaarde' krijgen. Alle HIS'en ondersteunen bij het toekennen van een attentiewaarde bij episodes. Een episode over een klacht, symptoom, risicofactor, aandoening of ziekte krijgt een attentiewaarde als het gaat om:

- chronische problemen (> 6 maanden)
- permanente problemen (waarbij geen volledig herstel wordt verwacht)
- recidiverende problemen (4 zorgepisodes per halfjaar)
- problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt

Alle HIS'en helpen bij het toekennen van een attentiewaarde aan episodes. Dit gebeurt met behulp van de [NHG-Tabel 50: ICPC en attentiewaarde](#). Deze tabel bevat de ICPC-codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde.

Afgesloten episodes met attentiewaarde

In de praktijk is gebleken dat sommige afgesloten episodes relevant zijn voor het handelen in het heden. Bij een genezen tuberculose kan je de episode bijvoorbeeld afsluiten omdat deze geen zorg meer vereist. De episode bevat echter informatie die in sommige situaties van belang kan zijn, zoals bij het beoordelen van een X-thorax. Zo'n episode behoudt haar attentiewaarde wanneer je haar afsluit. De episode blijft daarmee zichtbaar, ook als ze afgesloten is omdat er geen zorg meer nodig is.

Dat episodes met attentiewaarde blijvend zichtbaar moeten zijn, behoort tot de basiseisen van het XIS Keurmerk. XIS-gekwificeerde HIS'en horen dit te ondersteunen.

Episodebundels

Sommige episodes hebben met elkaar te maken omdat het controlebeleid en de behandeling overlap vertonen. Een voorbeeld van met elkaar samenhangende episodes zijn diabetes mellitus, diabetische retinopathie, diabetische nefropathie en perifere diabetische angiopathie. Je krijgt meer inzicht in het ziektebeloop wanneer zulke aan elkaar gerelateerde episodes ook in samenhang getoond worden. Daarnaast wil je de onderliggende informatie (SOEP-verslagen, voorschriften, uitslagen, enzovoort) uit deze episodebundels in samenhang kunnen bekijken.

Het NHG heeft hiervoor zogenaamde episodebundels bedacht. Wanneer een HIS deze mogelijkheid ondersteunt, zet het de episodes die onder eenzelfde bundel vallen in het overzicht bij elkaar. Dat gaat vanzelf. Steeds meer HIS'en ondersteunen deze functionaliteit. Meer informatie is te vinden in het [Dossierdeel Deelcontacten](#).

Beleid

In sommige gevallen is het wenselijk om bij een episode aan te geven wat het beoogde beleid op de langere termijn is. Denk aan een patiënt met diabetes met frequente hypo's, die je niet te scherp op insuline moet instellen.

Beoogde functionaliteit

Volgens het [HIS-Referentiemodel](#) zou een HIS de mogelijkheid moeten hebben om een episode aan te vullen met informatie over het beoogde beleid. Het vastgelegde beleid hoort bij 1 episode. Het overzicht van episodes hoort ook het bij de episode horende beleid te tonen. Vastgelegd beleid blijft actueel totdat het wordt afgesloten. Wordt het beleid tussentijds gewijzigd, dan is het meest recente beleid het actuele beleid.

Aanbeveling indien het HIS beleid bij episode ondersteunt

Leg, wanneer het HIS de beoogde functionaliteit ondersteunt, het langetermijnbeleid vast onder Beleid. Bijvoorbeeld bij adipositas: '5 kg afgevallen in 1 jaar door meer beweging en gezonder eten'. En bij diabetes met frequente hypo's: 'diabetes niet te scherp instellen'. Of bij een verslavingsgevoelige patiënt: 'cave middelenmisbruik, herhaalmedicatie alleen in overleg met vaste behandelaar'.

Beleid is niet hetzelfde als wat je in de P-regel noteert. In een P-regel leg je een aan het moment gebonden kortetermijnplan vast, bijvoorbeeld: 'insulinedosering met 4 EH verlagen'.

Alternatief als het HIS beleid bij episode niet ondersteunt

Noteer in dit geval het langetermijnbeleid in de episodetitel. Het langetermijnbeleid is hiermee ook voor de patiënt inzichtelijk. Kanttekening daarbij is dat sommige HIS'en maar een beperkte ruimte voor tekst hebben. Gebruik de memo- of attentieregel wanneer langere teksten echt nodig zijn. Een memo- of attentieregel is geen onderdeel van het medisch dossier en daarom kan de patiënt deze niet inzien.

Contact: de momentopname

Verschillende soorten contacten

Bij verschillende soorten contact over of met de patiënt is het zinvol om daarover informatie in het medisch dossier op te nemen:

- contact met de patiënt
- contact met een derde over de patiënt
- bewerking van het dossier van de patiënt

Contact mét de patiënt

Wanneer je contact hebt met een patiënt, of het nu een visite, telefoontje of ander contact betreft, dan leg je alle geregistreerde gegevens over dit contact vast in een deelcontact.

Contact met een derde óver de patiënt

Aantekeningen over contacten tussen de praktijk en derden, bijvoorbeeld een telefonisch overleg óver de patiënt met de thuiszorg of contact met een naaste die zijn zorgen uit over de patiënt, leg je ook in een deelcontact vast.

Bewerking van het dossier van de patiënt

Ook bewerking van het dossier, zoals bij het verwerken van de post of van onderzoeksuitslagen, is een vorm van contact. Leg de relevante informatie, conclusies en overwegingen ten aanzien van het plan van aanpak vast in een deelcontact.

Toekennen van een deelcontact aan een episode

Elk deelcontact is onderdeel van een episode. Maak verschillende deelcontacten aan wanneer tijdens 1 contact meerdere gezondheidskwesties ter sprake komen die allemaal een eigen behandeling vergen. Leg het deelcontact in een nieuwe episode vast bij een nieuw gezondheidsprobleem waarvoor nog geen episode in het dossier bestaat.

Gaat het om een deelcontact over een bestaand gezondheidsprobleem, waarvoor al een episode in het dossier bestaat, dan voeg je de informatie aan de bestaande episode toe. Voeg daarbij:

- het deelcontact toe zonder aanpassing van de episode-titel
- het deelcontact toe met aanpassing van alleen de episodenaam
- het deelcontact toe met aanpassing van alleen de episode-ICPC
- het deelcontact toe met aanpassing van zowel episodenaam als episode-ICPC

Contactwijze

Wanneer je de contactwijze goed registreert, valt achteraf nog te beredeneren welke informatie tijdens het contact verzameld kon worden. Tijdens een e-consult is bijvoorbeeld een dialoog met de patiënt niet mogelijk. Tijdens een telefoontje zijn er nauwelijks mogelijkheden voor (lichamelijk) onderzoek. Leg bij het deelcontact vast op welke wijze het contact heeft plaatsgevonden. In de [NHG-tabel 14: Contactwijze](#) is bepaald welke verschillende mogelijkheden er zijn. Was er bijvoorbeeld sprake van een visite of een telefoontje?

Contactwijze en declareren

De contactwijze kan wijzen in de richting van een te declareren verrichting. Vaak duurt een visite immers langer dan een telefoontje. Dat is echter niet altijd het geval. Het vastleggen van de contactwijze is dus iets anders dan het vastleggen van een declarabele verrichting.

Contactwijze en online inzage

De keuze voor een contactwijze kan gevolgen hebben voor online inzage. Er zijn situaties waarin je een SOEP-verslag vastlegt zonder dat er daadwerkelijk contact is met de patiënt zelf. Bijvoorbeeld als een naaste contact opneemt om zorg over een patiënt te uiten of als er intercollegiaal overleg plaatsvindt. Dergelijke informatie moet je met de patiënt zelf afstemmen. Dat is niet altijd direct mogelijk, maar gebeurt doorgaans in een vervolcontact. Daar gaat tijd overheen. Daarom is met de Patiëntenfederatie Nederland afgesproken dat alleen (E- en P-regels van) SOEP-verslagen van daadwerkelijke contacten met de patiënt zelf ter inzage moeten zijn. Het betreft contacten met de contactwijzen consult, telefonisch consult, visite en e-consult. Dit is (nog) niet in alle HIS'en goed geïmplementeerd.

Inhoud van een deelcontact

Na een contact met de patiënt zelf, een overleg over de patiënt of een bewerking van het dossier van de patiënt, leg je een deelcontact vast. Dit deelcontact kan bestaan uit zeer beknopte informatie: alleen een korte tekst in de vorm van een SOEP-verslag. De informatie kan ook uitgebreider zijn. Dit laatste is het geval wanneer je in het kader van het contact ook medicatie voorschrijft, onderzoek doet, een verwijzing maakt of bijvoorbeeld voorlichting geeft. In dat geval bevat het deelcontact bijvoorbeeld ook informatie over de voorgeschreven medicatie, de uitslagen van het onderzoek, de verwijfsbrief of de inhoud van de verstrekte voorlichting.

Het advies is om bij elk contact (met de patiënt zelf of een derde, of bij dossierbewerking) minimaal een SOEP-verslag vast te leggen.

Het SOEP-verslag

SOEP-systematiek

De SOEP-systematiek brengt structuur aan in het tekstverslag over het contact. De letters geven aan wat er in de verschillende regels, vaak als vrije tekst, wordt vastgelegd:

- **S** staat voor subjectief: de klacht en hulpvraag van de patiënt en anamnestiche gegevens.
- **O** staat voor objectief: resultaten van lichamelijk en aanvullend onderzoek.
- **E** staat voor evaluatie: de werkhypothese, differentiële diagnose en/of conclusie van de zorgverlener.
- **P** staat voor plan: het diagnostisch plan of het behandelplan, het beleid op korte termijn en de gegeven voorlichting, inclusief aangereikt schriftelijk informatiemateriaal. Leg hier vast wat met de patiënt is besproken of afgesproken.

Leg bij elk deelcontact een SOEP-verslag vast. Doe dit bij:

- een contact mét de patiënt
- een contact óver de patiënt
- een bewerking van het dossier van de patiënt (zoals bij de verwerking van post of uitslagen)

Alleen relevante informatie registreren in het SOEP-verslag

Registreer in het SOEP-verslag alleen relevante, maar wel álle relevante informatie. In het algemeen gaat het ten minste om een E- of P-regel, die respectievelijk de actuele situatie en het bijbehorende plan van aanpak schetsen.

Bij het invullen van de E-regel is het niet zinvol om alleen een algemene conclusie 'depressie' of 'hypertensie' vast te leggen. Dit is immers:

- ongenueanceerd: het geeft geen relevante informatie over de actuele stand van zaken
- dubbel werk: omdat deze algemene informatie waarschijnlijk ook al onderdeel is van de episode-titel en dus bekend mag worden verondersteld

Gebruik de E-regel uit het SOEP-verslag vooral om een relevante conclusie over de momentopname vast te leggen. Bijvoorbeeld 'depressie, begint lichtpuntjes te zien'; Of 'Hypertensie, acceptabele bloeddruk na toevoegen ACE-remmer'.

Door telkens heel kort in de E-regel de conclusie van het actuele moment te schetsen, wordt het eenvoudiger om, al terugbladerend door het dossier, snel overzicht te krijgen over het beloop van een gezondheidsprobleem, inclusief de aanpak tot nu toe.

Meerdere gezondheidskwesties tijdens 1 contact: impact op SOEP-verslag

Het is mogelijk dat tijdens 1 contact meerdere gezondheidskwesties ter sprake komen, die allemaal een eigen behandeltraject vergen. Denk hierbij aan een patiënt die met buikklasten komt en bij wie tijdens de anamnese blijkt dat hij zowel rectaal bloedverlies, als contactbloedingen heeft. Beide zaken vragen om een apart beleid en vervolg.

Registreer informatie over de verschillende gezondheidskwesties in verschillende SOEP-verslagen.

Koppel deze SOEP-verslagen aan verschillende episodes. Als anamnese en/of onderzoeksgegevens voor meerdere gezondheidskwesties relevant zijn, volstaat het om deze eenmaal in een S- en/of O-regel te beschrijven. Herhaling van dezelfde informatie in andere SOEP-verslagen is ongewenst. In deze gevallen volstaat het om voor een of meer gerelateerde gezondheidskwesties een relevante E- en/of P-regel vast te leggen.

ICPC-classificatie

Classificeren versus diagnosticeren

Classificeren, het indelen in klassen, verschilt van diagnosticeren. Tijdens het diagnostische proces wil je zo precies mogelijk benoemen wat er aan de hand is, houd je rekening met de individuele kenmerken van de patiënt en ga je op zoek naar de meest waarschijnlijke verklaring van symptomen en klachten die de patiënt ervaart.

Classificeren betreft het ordenen van informatie aan de hand van afgesproken criteria: informatie indelen in algemene hokjes. De te classificeren informatie stop je conform de criteria in het meest passende hokje. Daarbij gaat wel de meeste nuancering verloren.

Classificeren van informatie levert voordelen op (zie ook 'Doel van classificatie'), maar mag het diagnosticeren niet vervangen. Het blijft belangrijk om de diagnose goed te beschrijven.

ICPC-classificatie

De ICPC-classificatie is het meest gebruikte classificatiesysteem voor symptomen, klachten, risicofactoren en ziekten in de huisartsenpraktijk. Elke klasse vertegenwoordigt een groep klachten, risicofactoren of ziekten. De ICPC biedt keuze uit 685 verschillende internationale codes en 565 nationale subcodes voor klachten, ziekten en aandoeningen. Elke ICPC-code heeft ook een ICPC-titel (tekst). Het NHG beheert de [tabel](#) met de vertaling van de internationale lijst naar de Nederlandse huisartsenzorg.

ICPC en patiëntvriendelijke titels

Het NHG beheert naast de gewone ICPC-tabel ook nog een tabel met een vertaling van de professionele ICPC-titels in voor de patiënt begrijpelijke tekst. Deze tabel bevat patiëntvriendelijke ICPC-titels en presenteert informatie over de classificatie op een begrijpelijke manier aan de patiënt. Daarom is deze bruikbaar voor patiëntenportalen of een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).

Doel van classificatie

Strikt genomen is classificeren niet nodig voor de dagelijkse patiëntenzorg. Voor de selectie- en ondersteuningsfuncties binnen het HIS is dat wel het geval. Met behulp van ICPC-codes kunnen selecties van patiënten worden gemaakt, bijvoorbeeld voor de jaarlijkse oproep voor de griepvaccinatie of verantwoording naar externe partijen. Ook kunnen selecties helpen bij de interne kwaliteitsbewaking of het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek.

Daarnaast dienen de codes als ingang voor ondersteunende modules. Denk daarbij aan het vastleggen van contra-indicaties voor de medicatiebewaking, of aan ondersteunende modules, zoals een elektronisch voorschrijfsysteem (inclusief bijpassende voorlichting) of monitoringsprotocollen bij chronische aandoeningen.

ICPC-Regels

Wanneer je de voordelen van classificatie wilt plukken, is het zaak om goed te classificeren.

Hierbij geldt: maak de classificatie niet specifiekere dan gerechtvaardigd is (*at a true level of understanding*). Voorkom schijnzekerheid. Wanneer een diagnose nog niet zeker is, classificeer je de episode dus op symptoom- en klachtniveau.

Wat kán je ICPC-coderen?

Op verschillende plekken in het HIS is het mogelijk om een ICPC-code vast te leggen:

- Bij de episodetitel (Episode-ICPC): hier weerspiegelt de ICPC-classificatie de meest recente inzichten over de gehele episode.
- Bij de S-regel van het SOEP-verslag (ICPC-S): hier reflecteert de ICPC-code de momentopname van het contact.
- Bij de E-regel van het SOEP-verslag (ICPC-E): hier weerspiegelt de ICPC-code de conclusie van de momentopname van het contact.

Wat móet je ICPC-coderen?

Leg bij het vastleggen van een episode in elk geval een episode-ICPC vast. Wanneer je een relevante episodenaam aan de episodetitel toevoegt, levert dat vanzelfsprekend een beter dossier op. Zie hiervoor ook Hoe leg je een episode vast?

Het is niet verplicht om een ICPC-code bij het contact zelf (ICPC-S of ICPC-E) vast te leggen. Maar het heeft wel voordelen, omdat het HIS hierdoor ondersteuning kan geven, bijvoorbeeld bij het voorschrijven via een formularium.

Andere informatie die je vast kan leggen naar aanleiding van een contact

Gestructureerde uitslagen

Eigen onderzoeksgegevens

Lichamelijk onderzoek kan je in vrije tekst binnen een SOEP-verslag vastleggen, maar ook als diagnostische bepaling in het EPD. Het heeft verschillende voordelen wanneer je onderzoek als diagnostische bepaling vastlegt. Je kan de informatie namelijk:

- gebruiken voor het creëren van overzichten (bijvoorbeeld door de tijd heen of gericht op een specifieke aandoening)
- gebruiken bij beslisondersteuning
- beter overdragen bij elektronische communicatie
- gebruiken om kwaliteitsindicatoren te berekenen

Leg onderzoeksgegevens vast als diagnostische bepalingen in het EPD, zeker als het om gegevens gaat die je verzamelt tijdens het monitoren bij chronische aandoeningen en voor zorgprogramma's. Vaak ondersteunt het HIS de registratie met behulp van voorkeurslijstjes die het invullen van diagnostische bepalingen vereenvoudigen.

Uitslagen van onderzoek dat buiten de praktijk is uitgevoerd

Ook onderzoeksgegevens van andere partijen, zoals laboratoriumuitslagen, sla je in principe op als diagnostische bepaling.

Het elektronisch ophalen en verwerken van (laboratorium)uitslagen behoort tot de dagelijkse routine. Leg bij het verwerken van onderzoeksuitslagen in een SOEP-verslag de conclusie van het onderzoek (E-regel) en eventuele vervolgacties (P-regel) vast.

Zelfmetingen

Niet alleen zorgverleners voeren onderzoek uit: ook patiënten zelf doen steeds vaker metingen. Het is daarom van belang om aan te kunnen geven, en te kunnen zien, wie de meting heeft uitgevoerd. Zelfmetingen door de patiënt moeten immers anders geïnterpreteerd worden dan metingen van een zorgverlener.

Het [HIS-Referentiemodel](#) stelt dat het mogelijk moet zijn om bij een bepaling aan te geven wie de uitvoerder is. Op dit moment ondersteunen de HIS'en dit (nog) niet. Als (tijdelijk) alternatief kun je uitwijken naar aparte bepalingen, die specifiek aangeven dat het metingen van de patiënt zelf betreft.

Persoonlijke streefwaarde

Je kan met de patiënt een persoonlijke streefwaarde afspreken. Zo'n streefwaarde geeft een meetbare indicatie van een zo goed mogelijk behandelresultaat dat past bij de persoonlijke situatie van de patiënt.

Beoogde functionaliteit

Persoonlijke streefwaarden zijn wel uitgewerkt in het [HIS-Referentiemodel](#). Het idee is dat je indien gewenst bij elke bepaling waarvan je een uitslag gestructureerd kan vastleggen, ook een persoonlijke streefwaarde kan registreren.

Alternatief als het HIS geen mogelijkheid biedt om een persoonlijke streefwaarde te registreren

Geen enkel HIS ondersteunt op dit moment het registreren van persoonlijke streefwaarden. Als (tijdelijk) alternatief adviseren we om de streefwaarde vast te leggen bij de E-regel van het SOEP-verslag.

Correspondentie

Onder correspondentie verstaan we inkomende en uitgaande brieven. Deze kunnen afkomstig zijn van of gericht zijn aan:

- een andere huisarts
- een andere zorgverlener (niet-huisarts)
- niet-zorgverleners

Informatie van of voor een andere huisarts

Het is mogelijk om informatie te ontvangen van of te sturen naar een andere huisarts. Dit is het geval bij

- een waarneemretourverslag
- dossieroverdracht

Deze informatie kan je verzenden in de vorm van gestructureerde informatie, als correspondentie of een combinatie daarvan.

Gestructureerde informatie van of voor een andere huisarts

Informatie van een andere huisarts is bijzonder omdat verslaglegging door huisartsen dusdanig gestructureerd en uniform is, dat de verzendende huisarts de informatie kan versturen op een manier die (grotendeels) herkenbaar is voor het HIS van een ontvangende nieuwe/vaste huisarts. Denk aan een SOEP-verslag, een uitslag of een medicatievoorschrift.

Die gestructureerde informatie kan landen op de daarvoor bestemde plek in het HIS (bijvoorbeeld medicatie in het medicatieoverzicht en uitslagen in het diagnostisch dossier). Er zijn hierbij verschillende aandachtspunten:

- De vaste huisarts moet wel geattendeerd worden op het binnenkomen van gestructureerde informatie. Zo dient hij bijvoorbeeld te weten dat zijn patiënt de huisartsenpost heeft bezocht.
- De vaste huisarts moet, als beheerder van het medisch dossier, de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor het koppelen van de gestructureerde informatie aan de meest passende episode.
- Niet alle informatie uit het waarneemretourverslag (bijvoorbeeld de informatie over de triage of over de betrokken medewerkers) heeft een duidelijke plek in het HIS van de vaste huisarts. Het is van belang dat deze informatie niet verloren gaat.

Op dit moment verloopt de overdracht van het waarneemretourverslag naar de vaste huisarts (nog) niet optimaal. Zie [Gegevensuitwisseling met de huisartsenpost](#) voor meer informatie over de beoogde functionaliteit die het verwerken van waarneemretourberichten moet ondersteunen.

Ook de overdracht van het dossier van een vorige huisarts naar een nieuwe huisarts is (nog) niet optimaal geïmplementeerd in de HIS'en. Zie de [NHG-Leidraad dossieroverdracht](#) voor meer informatie over de beoogde functionaliteit.

Het ontvangen van gestructureerde gegevens als elementen die een dossier in het HIS kunnen aanvullen of opbouwen, beschouwen we niet als het ontvangen van correspondentie.

Ongestructureerde informatie van een andere huisarts (tekst)

Het waarneemretourverslag en het dossier van een vorige huisarts kunnen niet alleen als gestructureerde losse gegevens, maar ook als tekst worden aangeboden. Omdat zowel de overdracht van het waarneemretourverslag, als die van het dossier van de voorgaande huisarts niet optimaal verloopt, adviseren we om in elk geval ook deze teksten vast te leggen. Doe dat als binnenkomende brief in het medisch dossier. De binnenkomende brief is te beschouwen als een specifiek soort correspondentie, namelijk als een Overdracht waarnemer of Overdracht dossier. [NHG-Tabel 69: Soort correspondentie](#) beschrijft de verschillende soorten correspondentie.

Ongestructureerde informatie van een andere huisarts en online inzage

Met de Patiëntenfederatie Nederland is afgesproken dat de patiënt het correspondentie-item Overdracht dossier niet online kan inzien.

Correspondentie van en naar andere zorgverleners (niet-huisartsen)

De meest voorkomende en duidelijke correspondentie-items zijn brieven naar en van andere zorgverleners. Neem (informatie over) deze brieven als volgt op in het dossier.

Vastleggen van de briefinhoud, vraagstelling en samenvatting

Leg van (verwijs)brieven naar andere zorgverleners minimaal de vraag aan de andere zorgverlener vast in het dossierdeel Correspondentie.

Sla binnengekomen (retour)brieven volledig op in het dossierdeel Correspondentie. De inhoud van een inkomende brief is door een ander geschreven. Die tekst mag je daarom niet veranderen of aanpassen. Maak van de binnengekomen brieven wel een korte eigen samenvatting. Voor het maken van deze samenvatting kan je (delen van) de brief hergebruiken, de voornaamste conclusie in je eigen woorden formuleren of beide werkwijzen combineren.

Registreren en controleren van de meta-informatie bij correspondentie

Registreer bij het vastleggen van de correspondentie:

- de NAW-gegevens van de geadresseerde of afzender (vaak gaat dat automatisch, maar controleer dan wel of de informatie correct en duidelijk is)
- de ontvangst- of verzenddatum (dat verloopt ook meestal geautomatiseerd)
- de discipline (het specialisme van de afzender of geadresseerde). Deze informatie wordt zo mogelijk overgenomen uit het bericht, maar moet vaak handmatig worden ingevuld.
- het soort correspondentie (categorie). Gebruik hiervoor bij voorkeur [NHG-tabel 69: Soort correspondentie](#). Leid zo mogelijk het soort correspondentie af uit de ingekomen post. De keuze voor het soort correspondentie kan gevolgen hebben voor online inzage. Met de Patiëntenfederatie Nederland is afgesproken dat alle soorten correspondentie, gebaseerd op NHG-Tabel 69, ter inzage moeten zijn, met uitzondering van Overdracht dossier en Varia.

Nog niet alle HIS'en ondersteunen het toekennen van correspondentiesoort.

SOEP-verslag bij correspondentie

Leg bij het ontvangen van correspondentie in een SOEP-verslag de conclusie van de brief (E-regel) en eventuele vervolgacties (P-regel) vast.

Koppeling van correspondentie aan episode(s)

Koppel zowel uitgaande als binnenkomende brieven aan de meest passende episode in het dossier van de patiënt.

Sommige brieven bevatten informatie die voor meerdere episodes relevant is. Het [HIS-Referentiemodel](#) stelt dat HIS'en het mogelijk moeten maken om een brief aan meerdere episodes te koppelen. Niet alle HIS'en ondersteunen deze functie.

Correspondentie van en naar niet-zorgverleners

Naast brieven van en naar andere zorgverleners ontvangt en verzendt een huisartsenpraktijk ook andere documenten die als correspondentie beschouwd kunnen worden. Hieronder volgen enkele voorbeelden.

Ontvangen:

- verslagen van aanvullend onderzoek, zoals een röntgenuitslag of uitslagen van functieonderzoek, zoals spirometrie, of van PA
- ingevulde vragenlijsten en screeningsinstrumenten
- schriftelijke wilsbeschikkingen of andere verklaringen van de patiënt zelf

Verzenden:

- aanvragen voor aanvullend onderzoek, zoals een röntgenonderzoek of functieonderzoek, zoals spirometrie, of van PA
- correspondentie aan de patiënt zelf, bijvoorbeeld een verzoek om zelfmetingen uit te voeren

Leg deze informatie waar mogelijk gestructureerd vast. Doe dat voor verslagen van aanvullend onderzoek het liefst als document bij een uitslag, en wanneer dit niet mogelijk is als correspondentie. Doe hetzelfde voor ingevulde vragenlijsten en leg het document vast bij de uitslag van de eindscore. Schriftelijke wilsverklaringen van de patiënt vallen onder correspondentie. Geef daarbij de betreffende correspondentiesoort op.

Aanvragen voor aanvullend onderzoek verlopen nu vaak via een dienst als ZorgDomein en worden als tekstdocument bij correspondentie vastgelegd. Brieven aan de patiënt vallen onder correspondentie. Sla foto's of afbeeldingen ook op als document bij een uitslag of correspondentie. Wanneer je ze op een andere manier opslaat, gaan de documenten vaak verloren bij de dossieroverdracht en is de informatie-beveiliging onvoldoende gegarandeerd.

Medicatie

Actuele knelpunten en mogelijke oplossingen rond het voorschrijven van medicatie

Op dit moment zijn er in Nederland veel problemen rond de registratie en uitwisseling van medicatiegegevens.

Bekende problemen zijn bijvoorbeeld:

- Het is niet mogelijk om het wijzigen of staken van medicatie intuïtief vast te leggen en uit te wisselen; het dossier is daardoor vaak niet op orde.
- Huisartsen ervaren de grote hoeveelheid voorschriften en afleverberichten bij bijvoorbeeld baxter-medicatie veelal als onoverzichtelijk.
- De huidige werkwijze met autorisatieformulieren leidt ertoe dat er dubbel geregistreerd wordt, wat makkelijk tot fouten leidt.
- De patiënt herkent vaak de met hem gemaakte afspraken niet, bijvoorbeeld in een portaal.
- Bij het uitvoeren van medicatiebewaking is de betekenis van begrippen zoals 'actuele' medicatie of 'chronische' medicatie vaak niet eenduidig uit andere gegevens af te leiden.

In de huidige situatie maken huisartsen gebruik van medicatievoorschriften. Die beschrijven welke medicatie de patiënt krijgt, hoe en hoe vaak deze het medicament moet gebruiken, om hoeveel medicatie het gaat en voor welke periode het voorschrift geldt. Een voorschrift wordt als bericht naar de apotheek gestuurd.

De oorzaak van de hierboven genoemde problemen is dat in de registratie van en communicatie over voorschriften medisch-inhoudelijke en logistieke aspecten door elkaar lopen. Eind 2012 hebben het NHG, de KNMP en Z-Index daarom het initiatief genomen voor het project 'Bouwstenen voor het medicatieproces'. Het resultaat is een model dat een oplossing biedt voor allerlei knelpunten rond medicatiegegevens en dat zorgbreed wordt gedragen. In het model worden therapie en logistiek uit elkaar getrokken.



De komende jaren zullen voorschrijvers overstappen op de nieuwe werkwijze. Ze gaan informatie over medicatie registreren en uitwisselen volgens de systematiek van de bouwstenen voor het medicatieproces. De HIS-leveranciers zijn hier al druk voorbereidingen voor aan het treffen.

Omdat huisartsen de komende jaren met de nieuwe werkwijze te maken krijgen, lichten we in deze richtlijn alvast kort de belangrijkste aspecten van de nieuwe werkwijze toe.

Medicatieafspraken

In een Medicatieafspraken leggen voorschrijvers voor wat ze met de patiënt hebben afgesproken over het gebruik van een geneesmiddel. Deze afspraak betreft welke periode en in welke dosering de patiënt het geneesmiddel moet gebruiken, of dat het wordt gestaakt. Indien nodig verzoeken voorschrijvers de apotheek het geneesmiddel te verstrekken. Dit heet een verstekkingsverzoek.

Wanneer de medicatie op is en er niets aan de medicatieafspraken veranderd is, kunnen voorschrijvers de apotheek opnieuw een verstekkingsverzoek doen. Daarbij leggen ze geen nieuwe medicatieafspraken vast, de afspraak klopt immers nog.

Gedurende de behandeling kunnen voorschrijvers afspreken om het gebruik van de medicatie bij te stellen. De dosering kan bijvoorbeeld omhoog of omlaag gaan, of de sterkte van het geneesmiddel kan wijzigen. De medicatie kan ook gestaakt worden. Dit is een nieuwe medicatieafspraken. Met ingang van de nieuwe medicatieafspraken vervalt de vorige. Het is op zo'n moment niet altijd nodig om nieuwe medicatie te laten verstrekken (een verstekkingsverzoek te doen), bijvoorbeeld omdat de patiënt nog voldoende medicatie op voorraad heeft. In dat geval wordt er geen nieuw verstekkingsverzoek vastgelegd en naar de apotheek gestuurd.

Verstekkingsverzoek

Voorschrijvers leggen in het verstekkingsverzoek vast hoeveel van of voor welke periode een geneesmiddel verstrekt moet worden en sturen dit verzoek naar de apotheek.

Toedieningsafspraken

Nadat de apotheek een medicatieafspraken (al dan niet voorzien van een verstekkingsverzoek) van een voorschrijver heeft ontvangen, verwerkt ze die medicatieafspraken en maakt ze op basis daarvan een toedieningsafspraken. Zo wordt het voorgeschreven Metoprolol retard bijvoorbeeld Selokeen ZOC.

De toedieningsafspraken vormt de basis voor de teksten die op de etiketten van de geneesmiddelen voor de patiënt en de toedienlijst voor de thuiszorg komen.

Verstrekking

De apotheek verstrekt medicatie. Informatie hierover staat beschreven in een Verstrekking. Een Verstrekking beschrijft hoeveel van een geneesmiddel daadwerkelijk aan de patiënt is uitgegeven.

Medicatioediening

Als medewerkers van de huisartsenpraktijk tijdens een contact met een patiënt een geneesmiddel toedienen, zoals een prikpil of een morfine-injectie, kunnen ze dit vastleggen als Toediening. Dat gebeurt ook als de patiënt een vaccinatie krijgt.

Medicatiegebruik

Het medicatiegebruik komt uit de anamnese met de patiënt. Het is zinvol om dit gebruik vast te leggen wanneer dat bijdraagt aan de medicatieveiligheid, bijvoorbeeld als erop bewaakt kan worden of wanneer andere zorgverleners hier baat bij kunnen hebben. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van een NSAID of vitamine D wanneer voorschrijvers met de patiënt afspreken dat deze dit middel zelf bij de drogist gaat kopen.

Reden van voorschrijven

Wettelijk is bepaald dat voorschrijvers bij een zeer klein aantal geneesmiddelen (bijvoorbeeld methotrexaat) de apotheek op de hoogte moeten brengen van de reden van voorschrijven, zodat de apotheek de medicatiebewaking goed kan uitvoeren. Deze geneesmiddelen zijn herkenbaar aan een kenmerk in de G-Standaard. Wanneer voorschrijvers een medicatieafspraken vastleggen over een geneesmiddel dat dit kenmerk heeft, maakt het systeem ze erop attent dat ze de reden van voorschrijven dienen vast te leggen. Het systeem toont een lijst met de mogelijke redenen.

Overgangsfase

De overstap naar de nieuwe werkwijze wordt niet in alle informatiesystemen tegelijk geïmplementeerd. Er zal een overlapperiode komen, waarbij zorgverleners te maken krijgen met zowel de oude/huidige, als de nieuwe werkwijze van voorschrijven.

Communicatie met de patiënt: het e-consult

Een e-consult is een vorm van elektronische communicatie tussen zorgverlener en patiënt die een live contact vervangt. De zorgverlener geeft in het e-consult antwoord op een niet-spoedeisende vraag van de patiënt. Soms stelt de patiënt meerdere vragen tegelijk.

Het is niet altijd nodig dat de patiënt eerst expliciet een vraag stelt. Dit is het geval als de hulpvraag impliciet al bij de zorgverlener bekend is. Bijvoorbeeld wanneer tijdens een eerder contact is afgesproken om elektronisch te communiceren zodra de uitslag van bloedonderzoek bekend is.

Verslagleggen in het dossier met de mogelijkheid tot online inzage is niet hetzelfde als communiceren met de patiënt. Over het verschil tussen verslaglegging en communicatie is meer te lezen in de [Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt](#).

Aanbeveling

Op basis van de beschikbare informatie interpreteer je de vraag en de klachten, trek je een conclusie en maak je een plan. Hiervan maak je een verslag in het dossier. Daarnaast communiceer je hierover met de patiënt. Stuur een antwoord op de vraag naar de patiënt, in voor de patiënt begrijpelijke bewoordingen. Wanneer de patiënt meerdere vragen stelt, beantwoord je alle gestelde vragen in 1 keer.

Registreer daarnaast een verslag in het dossier. Doe dit kort en bondig. Leg alleen de voor zorgverleners relevante informatie vast, niet de volledige met de patiënt uitgewisselde tekst. Neem daarbij, zoals gebruikelijk, ook informatie op over eventueel voorgeschreven medicatie, verwijzingen, enzovoort. Wanneer de patiënt meerdere vragen stelt, leg je meerdere deelcontacten vast.

Informatie met een langdurige geldigheid

Profylaxe

Als huisarts behandel je geregeld patiënten bij wie onder bepaalde omstandigheden extra voorzorgsmaatregelen nodig zijn. Een bekend voorbeeld is een patiënt met een hartafwijking die een tandheelkundige ingreep ondergaat. In deze gevallen kan het toepassen van endocarditisprofylaxe (het toedienen van antibiotica) geïndiceerd zijn. Wanneer je niet alert bent op dergelijke voorzorgsmaatregelen bestaat er een risico op een ernstige ziekte die in principe vermijdbaar is. Bepaalde medische informatie, zoals te nemen voorzorgsmaatregelen bij (functionele) asplenie, is van belang voor de hele zorgketen. Daarom moet je deze informatie op 1 afgesproken plaats in het EPD vastleggen, waarbij de informatie goed in beeld komt bij het openen en gebruiken van het dossier.

Beoogde functionaliteit

Wanneer profylaxe volgens de aanbevelingen van het [HIS-Referentiemodel](#) is ingebouwd in het HIS, ondersteunt dit bij het registreren van profylaxe bij het vastleggen van enkele specifieke diagnoses in de episodetitel. Zo krijg je bijvoorbeeld bij het vastleggen van een episode voor een endocarditis, met als ICPC-code K70, de vraag of je endocarditisprofylaxe wilt vastleggen. Op dezelfde manier krijg je ondersteuning bij het registreren van een profylaxe wanneer je enkele specifieke behandelingen invoert, bijvoorbeeld een ingreep aan de milt die tot de profylaxe (functionele) asplenie leidt, of wanneer je een weerstandsverlagend middel voorschrijft, bijvoorbeeld methotrexaat. Het NHG beheert hiervoor specifieke koppeltabellen: [NHG-Tabel 72: ICPC en profylaxe](#) en [NHG-Tabel 73: Behandelingen en profylaxe](#).

Aanbeveling wanneer het HIS het dossierdeel Profylaxe en voorzorg bevat

Leg in dit dossierdeel bij de patiënt relevante profylaxe en voorzorg vast, bijvoorbeeld (functionele) asplenie. Dan is het mogelijk om deze informatie te delen met de huisartsenpost bij spoed of een verwijzing.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Profylaxe en voorzorg bevat

Neem de informatie op in de episodeomschrijving van de indicatie tot profylaxe, bijvoorbeeld een eerder doorgemaakte endocarditis en geef deze episode een attentiewaarde. Maak hierover duidelijke afspraken in je praktijk.

Familieanamnese

Tijdens patiëntcontacten krijgen zorgverleners geregeld informatie over het voorkomen van ziekten in de familie. Bepaalde ziekten kunnen veel binnen een familie voorkomen. De patiënt meldt het spontaan of zorgverleners hebben er expliciet naar gevraagd. Voor preventie in de huisartsenpraktijk vormt de familieanamnese een belangrijk gegeven. De via zo'n anamnese verkregen informatie helpt bij het schatten van het risico dat een ziekte aanwezig is of zich zal ontwikkelen en kan behandelconsequenties hebben.

Beoogde functionaliteit

Het [HIS-Referentiemodel](#) bevat een uitwerking van de beoogde functionaliteit om informatie over de familieanamnese vast te leggen.

Aanbeveling wanneer het HIS het dossierdeel Familieanamnese bevat

- Leg in het dossierdeel Familieanamnese de informatie vast over de aandoeningen die bij bloedverwanten van de patiënt voorkomen. Noteer per aandoening bij welke familieleden deze voorkomt, op welke leeftijd deze bij hen begonnen is en eventueel op welke leeftijd ze eraan overleden zijn. De bron van deze informatie is vaak de patiënt zelf. Laat de velden open als de informatie niet duidelijk of onbekend is.
- Wanneer de familieanamnese volgens de aanbevelingen is ingebouwd in het HIS, ondersteunt dit bij het registreren van de familieanamnese bij het vastleggen van enkele specifieke diagnoses als episode, bijvoorbeeld A29.02 Mammacarcinoom in familieanamnese.
- Leg daarnaast een samenvattende conclusie vast als Diagnostische bepaling, bijvoorbeeld dat bij directe bloedverwanten voor het 65e levensjaar hart- en vaatziekten voorkomen. Dan kan je dit gegeven meenemen voor de risicoschatting en het beleid bij CVRM.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Familieanamnese bevat

- Gebruik de mogelijkheid om de informatie met subcodes onder ICPC A29 in episodes vast te leggen.
- In een of meer aan deze episode gekoppelde deelcontacten kan je uitgebreidere specifieke informatie vastleggen, zoals bij welke familieleden de aandoening voorkomt, op welke leeftijd deze bij hen begonnen is en eventueel op welke leeftijd ze eraan overleden zijn.
- Let op: de subcodes onder A29 over belaste familieanamnese zullen op termijn komen te vervallen, omdat:
 - de episodelijst steeds langer dreigt te worden doordat informatie opgenomen wordt waaruit geen directe zorg voortvloeit
 - de gegevens over een belaste familieanamnese van dusdanig belang zijn dat ze een eigen plek in het HIS verdienen
- Leg daarnaast de samenvattende conclusie vast als Diagnostische bepaling, bijvoorbeeld dat in de familie voor het 65e levensjaar hart- en vaatziekten voorkomen. Dan kan je dit gegeven meenemen voor de risicoschatting en het beleid bij CVRM.

Behandelwensen en- grenzen

De wensen en voorkeuren van de patiënt wegen mee in de medische beslissing over wel of niet handelen en behandelen in acute situaties. Een gesprek hierover biedt de patiënt de gelegenheid om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg, en om eventuele voorkeuren vast te leggen en zo nodig te herzien. Het is een misvatting is dat dit alleen bij ouderen of in de terminale fase van belang zou zijn. Een gesprek hierover tussen patiënt en huisarts kan in elke levensfase plaatsvinden – dit noemen we ook wel proactieve zorg.

Een patiënt die de regie over het eigen leven in eigen hand neemt, komt vaak met een uitgewerkte wilsverklaring of een levenstestament. Een wilsverklaring gaat meestal over wel of niet euthanasie, reanimeren, beademen of doorgaan met behandelen.

Het is belangrijk om deze zaken met de patiënt te bespreken, zodat je een beter beeld krijgt van de wensen en de achterliggende de overwegingen van de patiënt.

Leg ook altijd uit dat de wensen van de patiënt te allen tijde meewegen, maar dat je als zorgverlener niet verplicht bent om medisch zinloze behandelingen uit te voeren.

Algemene aanbeveling

Koppel al dergelijke informatie aan een episode met de ICPC-code A20 (Gesprek levenseinde/behandelwensen). Laat in de episodetitel niet de standaard omschrijving bij de ICPC-code (Gesprek levenseinde/behandelwensen) staan. Collega's op bijvoorbeeld de huisartsenpost weten dan immers niet wat er met de patiënt is afgesproken. Vervang de standaard omschrijving in de episodetitel door een eigen tekst.

Zie ook het NHG-Registratieadvies Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase voor uitgebreidere informatie hierover.

Wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven voor raadpleging van het dossier, zijn de afspraken zichtbaar op de huisartsenpost. Verder zijn de afspraken zo ook voor de patiënt zelf in te zien.

Aanbeveling als het HIS het dossierdeel Behandelgrenzen bevat

Wanneer het HIS over een dossierdeel Behandelgrenzen beschikt leg je als aanvulling op het bovenstaande in het dossierdeel Behandelgrenzen de uiteindelijke besluiten vast over wel of niet behandelen in specifieke situaties. Doe dit met behulp van de [NHG-Tabel 62: Behandelgrenzen](#).

Zo blijven de afspraken altijd in beeld en kunnen ze eenvoudig met andere zorgverleners gedeeld worden.

Daarnaast is het van belang informatie over het gesprek met de patiënt vast te leggen. Voeg deze informatie toe aan een episode met als ICPC-code A20 (Gesprek levenseinde/behandelwensen).

Vervang in de episodetitel de standaard omschrijving door een eigen tekst, die de afspraken zo goed mogelijk weergeeft. Zie ook [NHG-Registratieadvies Proactieve zorgplanning in de palliatieve fase](#) voor uitgebreidere informatie hierover.

Wanneer de patiënt toestemming heeft gegeven voor raadpleging van het dossier, zijn de afspraken zichtbaar op de huisartsenpost. Verder zijn de afspraken zo ook voor de patiënt zelf in te zien.

Zorgnetwerk

Patiënten die zorg en ondersteuning krijgen, hebben vaak te maken met verschillende zorg- en hulpverleners, zowel binnen als buiten de eigen huisartsenpraktijk. Daarnaast zijn er vaak mantelzorgers en soms ook andere vrijwilligers bij de zorg betrokken. Al deze mensen vormen samen het zorgnetwerk rond de patiënt. Het is voor de mensen in het zorgnetwerk, en dus ook voor huisartsen, van belang om te weten wie nog meer actief betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt, zodat duidelijk is wie in spoedsituaties benaderd en/of geïnformeerd moet worden. Bij complexe problematiek weten huisartsen dan ook wie kan meedenken over de gewenste behandeling en de bijbehorende taakverdeling.

Het HIS-Referentiemodel beschrijft de mogelijkheid om informatie vast te leggen over personen die deel uitmaken van het zorgnetwerk van de patiënt. Van een betrokkene moeten de naam en de contactgegevens geregistreerd kunnen worden.

Contactpersonen uit de privésfeer

Het is nuttig voor de zorg wanneer contactgegevens van belangrijke personen uit de privésfeer van de patiënt vastgelegd kan worden, inclusief informatie over de relatie die deze met de patiënt hebben. Daarbij is ook van belang te weten of, en in hoeverre deze personen betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Denk hierbij aan

- praktische zaken, zoals contactgegevens van een buurvrouw die de huissleutel heeft
- een persoon die mantelzorger is
- een persoon die als wettelijke vertegenwoordiger mag optreden en over medische behandelingen kan meebeslissen wanneer de patiënt wilsonbekwaam raakt

Aanbeveling als het HIS het dossierdeel Contactpersonen bevat

Wanneer in het HIS volgens de aanbevelingen het [dossierdeel Contactpersonen](#) met de bijbehorende [NHG-Tabel 63: Categorie mogelijke vertegenwoordiging patiënt](#) beschikbaar zijn, leg je de contactgegevens van de personen uit de privésfeer vast in het dossierdeel Contactpersonen. Geef aan welke relatie de contactpersoon met de patiënt heeft. Geef aan welke contactpersonen als vertegenwoordiger mogen optreden.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Contactpersonen bevat

Leg informatie over betrokken personen uit de privésfeer vast in een memo- of attentieregel. Deze optie lijkt namelijk de overdracht naar de huisartsenpost het best te waarborgen (op dit moment in elk geval nog). De patiënt heeft geen inzage in de memo omdat deze buiten het dossier valt.

Informatie over contactpersonen is relevant voor de zorg en hoort in het dossier. Leg informatie over de betrokken contactpersonen in een SOEP-verslag vast bij de P-regel. Die geeft voldoende ruimte voor het vastleggen van alle relevante informatie, en de informatie behoudt haar samenhang. De actualiteit is duidelijk. Leg dit SOEP-verslag vast bij een episode met ICPC-code Z62. Geef deze episode geen attentiewaarde en noteer als omschrijving 'Zorgnetwerk'. Wanneer je gebruikmaakt van de P-regel, krijgt de patiënt de kans om de informatie op actualiteit te controleren.

Betrokken praktijkmedewerker

Het komt geregeld voor dat enkele vaste zorgverleners uit de praktijk een actieve rol hebben bij de zorg voor een specifieke patiënt. Zo voeren POH's bij een diabetespatiënt naast huisartsen bijvoorbeeld ook controles uit. Als in de praktijk meerdere huisartsen of POH's werkzaam zijn, is het goed om te weten welke praktijkmedewerkers actief betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Deels valt uit de contacten af te leiden welke medewerker het meest betrokken was. Voor grotere praktijken lukt dit niet altijd. Het [HIS-Referentiemodel](#) beschrijft de mogelijkheid om aan te geven welke [praktijkmedewerkers](#) het meest bij een patiënt betrokken zijn.

Alternatief als het niet mogelijk is een praktijkmedewerker als betrokkene aan te duiden

Gebruik een memo- of attentieregel wanneer het HIS het vastleggen van een betrokken praktijkmedewerker niet ondersteunt. Deze informatie is beperkt uitwisselbaar, maar dat is in dit geval minder bezwaarlijk, omdat deze informatie vooral binnen de eigen praktijk van belang is.

Betrokken externe zorgverlener

Het is ook mogelijk dat zorgverleners van buiten de praktijk betrokken zijn bij de zorg, soms voor langere tijd. Dergelijke externe zorgverleners kunnen binnen de eerste en de tweede lijn werkzaam zijn. Ook kunnen hulpverleners uit de nulde lijn betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt. Het [HIS-Referentiemodel](#) beschrijft de mogelijkheid om informatie vast te leggen over [externe zorgverleners](#) die bij een patiënt betrokken zijn.

Alternatief als het HIS niet beschikt over de mogelijkheid om externe zorgverleners vast te leggen

Leg informatie over betrokken externe zorgverleners vast in een memo- of attentieregel. Deze optie lijkt namelijk de overdracht naar de huisartsenpost het best te waarborgen (op dit moment in elk geval nog). De patiënt heeft geen inzage in de memoregel omdat deze buiten het dossier valt.

Informatie over betrokken externe zorgverleners is relevant voor de zorg en hoort in het dossier. Leg informatie over de betrokken contactpersonen in een SOEP-verslag vast bij de S-regel. Die geeft voldoende ruimte voor het vastleggen van alle relevante informatie, en de informatie behoudt haar ook samenhang. De actualiteit is duidelijk. Leg dit SOEP-verslag vast bij een episode met ICPC-code Z62. Geef deze episode geen attentiewaarde, en noteer als omschrijving 'Zorgnetwerk'. Wanneer je de S-regel gebruikt, krijgt de patiënt geen inzage in deze informatie en blijft de privacy van de externe zorgverleners beschermd.

Sociale gegevens

Onder sociale gegevens verstaan we informatie over

- werkzaamheden, zoals beroep of vrijwilligerswerk
- fysieke beperkingen en hulpmiddelen
- de gezinssituatie, bijvoorbeeld de samenstelling van het huishouden
- de migratiehistorie, bijvoorbeeld een status als asielzoeker

- de overtuigingen, zoals religie of veganistische overtuiging
- de sociaaleconomische omstandigheden, zoals werkloosheid, schuldsanering of opleidingsniveau
- de taalvaardigheid, zoals anderstaligheid of laaggeletterdheid
- de woonsituatie, bijvoorbeeld informatie over een oud en vochtig huis
- andere zaken

Aanbeveling

Wanneer het HIS het vastleggen van sociale gegevens conform de aanbevelingen ondersteunt (let op het beschrijven van de categorieën), leg je de sociale gegevens bij elkaar vast in het dossierdeel Sociale gegevens.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Sociale gegevens bevat

Maak gebruik van de dossierdelen in het HIS die daarvoor geschikt zijn wanneer het HIS niet over een specifiek dossierdeel Sociale gegevens beschikt, bijvoorbeeld een memo- of attentieregel. Bedenk dat de informatie in dit geval niet altijd met andere zorgverleners wordt gedeeld (bijvoorbeeld bij verwijzing), noch met de patiënt zelf.

Medicatiebewaking

Contra-indicatie

Een contra-indicatie wordt via een code uit de G-standaard vastgelegd en gecommuniceerd. Huisartsen krijgen ondersteuning van het HIS bij het vastleggen van contra-indicaties. Bij het vastleggen van een diagnose met ICPC waarbij een contra-indicatie hoort ([NHG-Tabel 27: ICPC en contra-indicatie aarden](#)), krijgen huisartsen in het HIS de vraag voorgelegd of ze ook de bijbehorende contra-indicatie willen vastleggen.

Huisartsen zullen sommige contra-indicaties (CIA-codes) handmatig moeten vastleggen. Denk bijvoorbeeld bij beroepschauffeurs aan een contra-indicatie verkeersdeelname of bij (wedstrijd)sporters aan een contra-indicatie sportbeoefening.

Alle HIS'en bieden ondersteuning bij het vastleggen van contra-indicaties, en tonen die in overzichten. Ze gebruiken de geregistreerde contra-indicaties voor de medicatiebewaking. Ook elektronische uitwisseling van deze informatie faciliteren ze.

Overgevoeligheid/allergie voor een geneesmiddel

Het onderscheid tussen een geneesmiddelenovergevoeligheid of bijwerking is in de huisartsenpraktijk lastig te maken. Een overgevoeligheid/allergie voor een geneesmiddel wordt via een code uit de G-standaard vastgelegd en gecommuniceerd.

Leg voor overgevoeligheden vast:

- wat de bron van de informatie over de overgevoeligheid is, bijvoorbeeld: de patiënt meldt dat de allergoloog een overgevoeligheid bij hem heeft vastgesteld
- wat de overgevoeligheidsreactie was, zoals urticaria of ernstige hoofdpijn
- wat de ernst van de reactie was ([NHG-Tabel 55: Ernst overgevoeligheidsreactie](#))

Deze informatie helpt je als je in een toekomstige situatie moet inschatten of je het betreffende geneesmiddel nog kan voorschrijven. Wanneer je vindt dat een bepaald geneesmiddel, stof of groep geneesmiddelen niet meer mag worden voorgeschreven, kan je een 'blokkade' vastleggen. Door deze blokkade kan je het middel niet meer voorschrijven, totdat je de blokkade expliciet opheft.

Overige overgevoeligheid

Een overige overgevoeligheid staat los van de medicatiebewaking. Een voorbeeld is een allergie voor wespengif, koemelk, pleisters of jodium.

Ingrepen en belangrijke behandelingen

Behandelingen uit het verleden kunnen van belang zijn bij het beoordelen van de huidige gezondheidstoestand van een patiënt, ook als de behandeling een ander gezondheidsprobleem betrof.

Het kan van belang zijn om invasieve handelingen en andere therapieën, zoals cytostaticatherapie, bestraling of een desensibilisatiekuur, vast te leggen.

Bij de beoordeling van bijvoorbeeld buikklachten is het relevant om te weten dat de patiënt in het verleden een appendectomie heeft ondergaan. Ook bij het voorschrijven van medicatie is het van belang om rekening te houden met sommige behandelingen. Zo heeft een maagverkleining bijvoorbeeld gevolgen voor de betrouwbaarheid van orale anticonceptie.

Ook in het kader van preventie zijn bepaalde behandelingen relevant, zoals een miltextirpatie bij de selectie van patiënten voor de griepvaccinatie.

Daarom is het van belang om informatie over dergelijke doorgemaakte behandelingen vast te leggen, ongeacht wanneer, waar (in de eerste of in de tweede lijn) of in welk kader de behandeling heeft plaatsgevonden.

Beoogde functionaliteit

Wanneer je een behandeling vastlegt die een mogelijke contra-indicatie is voor medicatie, word je gevraagd of je deze inderdaad als contra-indicatie wilt vastleggen. Hierbij maak je gebruik van [NHG-Tabel 64: Behandelingen en contra-indicatie aarden](#).

Ook kan een handeling aanleiding zijn voor een profylaxe. Wanneer je een behandeling vastlegt waarvan je vermoedt dat een profylaxe van toepassing is (bijvoorbeeld een ingreep aan de milt), dan vraagt het systeem je of je deze profylaxe inderdaad wilt vastleggen (in het voorbeeld de profylaxe bij (functionele) asplenie). Het systeem gebruikt hiervoor een koppeltabel ([NHG-Tabel 73: Behandelingen en profylaxe](#)).

Het gebruiken of toedienen van medicatie is als een behandeling te beschouwen, maar valt onder medicatie.

Aanbeveling

In 2009 heeft het NHG op verzoek van het veld de [NHG-Tabel 49: Ingrepen en behandelingen](#) met een eigen codestelsel uitgebracht. In enkele HIS'en is het mogelijk om ingrepen en behandelingen op deze manier vast te leggen.

Leg operaties en belangrijke behandelingen bij voorkeur vast bij de relevante episode. Doe dit met de functionaliteit van het HIS. Daarmee komt deze informatie ook in het overzicht van ingrepen en behandelingen terecht. Daarnaast is een operatie of behandeling ook rechtstreeks in het dossierdeel Ingrepen en behandelingen vast te leggen, bijvoorbeeld wanneer de patiënt in het verleden een uterus-extirpatie heeft ondergaan en daar nu geen actuele zorg meer voor krijgt, waardoor er dus geen episode nodig is.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Behandelingen bevat

Wanneer het HIS geen specifiek dossierdeel Ingrepen en behandelingen heeft, leg je operaties en belangrijke behandelingen vast in de episodenaam. Bijvoorbeeld: episode colonkanker methemicolectomie, stoma en chemotherapie.

Individueel zorgplan en multidisciplinair behandelplan

Zowel het multidisciplinair behandelplan (MDP) als het individueel zorgplan (IZP) bevat afspraken over de doelen en acties die helpen om de gezondheid en het welzijn van de patiënt te verbeteren. De informatie wordt in beide plannen gestructureerd vastgelegd. Bij de afgesproken acties wordt vastgelegd wie de actie uitvoert, waardoor het mogelijk wordt het effect van de gemaakte afspraken te monitoren. De regiebehandelaar houdt het geheel van afspraken in de gaten.

Verschillen tussen IZP en MDP

Het IZP is bedoeld voor persoonsgerichte zorg en de belemmeringen waar de patiënt tegenaan loopt vormen het uitgangspunt voor het plan. Het plan bevat de afspraken die de regiebehandelaar en de patiënt hebben gemaakt over de doelen en activiteiten die helpen om de gezondheid en het welzijn van de patiënt te verbeteren. De afspraken zijn vastgelegd in de woorden van de patiënt. Die is direct betrokken bij het plan en kan afgesproken acties ook uitvoeren.

Een MDP moet de efficiëntie van de samenwerking tussen de bij de patiënt betrokken zorgverleners vergroten. Het bevat afspraken die zorgverleners onderling maken over de medische behandeling. Daarbij vormen de medische klachten en gezondheidsrisico's het vertrekpunt. Het taalgebruik is dat van de zorgverleners. De betrokken zorgverleners maken de afspraken in een MDO en de regiebehandelaar legt de afspraken vast in het plan. Vervolgens brengt de regiebehandelaar de patiënt op de hoogte van de afspraken uit het plan.

Uitgangspunten van IZP en MDP

De uitgangspunten van het IZP zijn:

- Per patiënt is er 1 IZP, dat alle doelen, zorgafspraken en acties bevat. Hierdoor blijft de samenhang tussen de verschillende doelen zichtbaar en kan de prioritering elk moment weer worden heroverwogen. Het IZP is episodeoverstijgend.
- Het IZP geldt voor de langere termijn.
- Het IZP bevat concrete acties en afspraken tussen 1 zorgverlener en 1 patiënt, die vervolgd zullen worden.
- Het IZP bevat een duidelijke taakverdeling
- Het IZP wordt beschreven vanuit het perspectief van de patiënt.

Dit betekent niet dat huisartsen voor iedere patiënt een IZP moeten opstellen.

De uitgangspunten van een MDP zijn:

- Het MDP is episodeoverstijgend.
- Het MDP geldt voor de langere termijn.
- Het MDP bevat concrete acties en afspraken tussen zorgverleners onderling, die vervolgd zullen worden.
- Het MDP bevat een duidelijke taakverdeling.
- Het MDP wordt beschreven vanuit het perspectief van de zorgverlener.

Dit betekent niet dat huisartsen voor iedere patiënt een MDP moeten opstellen.

Aanbeveling IZP

Leg een IZP in het dossier vast bij een patiënt bij wie dit meerwaarde heeft, en wanneer het HIS de functionaliteit hiervoor biedt.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel IZP bevat

Wanneer het HIS geen IZP-functie bevat, is het advies als volgt:

- Leg de informatie vast in een SOEP-verslag. In de E-regel schets je de context en het afgesproken doel, in de P-regel het daadwerkelijke plan van aanpak.
- Leg dit SOEP-verslag vast in de meest passende episode en voeg aan de episodetitel de tekst 'IZP' toe.
- Wanneer het gewenst is om een uitgebreider en episodeoverstijgend IZP op te stellen, kan dit in de vorm van een document dat je als correspondentie aan diezelfde episode toevoegt.

Aanbeveling MDP

Multidisciplinaire afspraken zijn wel beschreven in het HIS-Referentiemodel, maar nog niet geïmplementeerd in de HIS'en.

Het advies voor een alternatieve werkwijze is als volgt:

- Leg een MDP in vast als SOEP-verslag. In de E-regel schets je de context en het afgesproken doel, in de P-regel het daadwerkelijke plan van aanpak.
- Leg dit SOEP-verslag vast bij de meest relevante episode en voeg aan de titel 'multidisciplinair behandelplan' toe.
- Wanneer het gewenst is om een uitgebreider en episodeoverstijgend MDP op te stellen, kan dit in de vorm van een document, dat je als correspondentie aan diezelfde episode toevoegt.

Wanneer je niet actief aan een MDO deelneemt, maar wel een MDO-verslag ontvangt (bijvoorbeeld uit een ziekenhuis), verwerk je dit als correspondentie.

Immuunstatus

Huisartsen krijgen geregeld te maken met de vraag of het nodig is een patiënt te vaccineren tegen een infectieziekte. Voorbeelden zijn het vaccineren tegen tetanus bij wondbehandeling of tegen hepatitis A of gele koorts wanneer de patiënt een verre reis gaat maken. Praktijkmedewerkers verzamelen de relevante informatie en huisartsen beoordelen op basis hiervan of vaccinatie nodig is.

Huisartsen betrekken de volgende informatie bij de beoordeling van de immuunstatus:

- een inschatting van doorlopen vaccinatieprogramma's
- vaccinaties die al zijn toegediend, binnen de eigen praktijk of elders
- specifieke eigenschappen van een eerdere vaccinatie, zoals de samenstelling van een combinatiepreparaat of de toedieningsweg
- eventuele ziekte(n) die de patiënt heeft doorgemaakt
- de verzamelde informatie over de immuunstatus zoals deze een vorige keer in kaart is gebracht

Aanbeveling

Wanneer het HIS beschikt over de aanbevolen functionaliteit om de immuunstatus vast te leggen, leg je daarin relevante informatie over een specifieke infectieziekte vast. Geef minimaal aan welke infectieziekte het betreft en noteer daarbij of de ziekte is doorgemaakt of dat er is gevaccineerd.

Geef eventueel aanvullende informatie: of een vaccinatieserie compleet is, wat de toedieningsweg van de vaccinatie is geweest (bijvoorbeeld oraal) of wat de datum van de laatste vaccinatie is geweest.

Registreer ook informatie over de titer en de datum van een titerbepaling. Geef eventueel de verwachte einddatum van de bescherming en voeg desgewenst nog een toelichting in vrije tekst toe, zoals informatie over een subtype (meningokokken C of meningokokken ACWY).

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Immuunstatus bevat

Wanneer het HIS niet de mogelijkheid biedt om een immuunstatus vast te leggen, luidt het advies als volgt:

- Geef een samenvatting van alle verzamelde gegevens weer in een SOEP-verslag: de samenvatting van het verhaal van de patiënt bij de S-regel, de conclusie bij de E-regel, het daadwerkelijke advies bij de P-regel.
- Leg deze SOEP-verslagen vast bij een zelfstandige episode: R44 voor Griep/COVID/pneumokokken en A44 voor de overige informatie over de immuunstatus.
- Voeg eventueel een formulier toe dat de patiënt heeft aangeleverd, bijvoorbeeld een intakeformulier bij het aanvragen van een reisadvies, dat je aanvullend als correspondentie-item aan diezelfde episode toevoegt.

Patiëntvoorlichting

Tijdens een patiëntcontact geven huisartsen of andere praktijkmedewerkers voorlichting over bijvoorbeeld een aandoening of leefstijl. Ze kunnen hierbij voorlichtingsmateriaal verstrekken of daarnaar verwijzen.

Het is van belang dat huisartsen overzicht houden over de gegeven voorlichting. Op die manier is het mogelijk om bij herhaalconsulten terug te komen op de behandelde onderwerpen en eventuele vragen hierover. Ook worden onnodige doublures voorkomen. Een deel van de digitale voorlichtingsmaterialen is direct vanuit het HIS benaderbaar.

Aanbeveling

Leg vast over welk onderwerp (bijvoorbeeld 'niet-medicamenteuze adviezen bij urineweginfecties'), vanuit welke bron (bijvoorbeeld vanuit een formularium of vanuit Thuisarts.nl) en door wie voorlichting aan de patiënt is gegeven, en geef een korte samenvatting van het gegeven advies. Wanneer je de voorlichtingsmaterialen via een e-consult naar de patiënt zendt, stuur dan ook de bijbehorende link. Idealiter geeft het HIS hierbij ondersteuning (zie [Patiëntvoorlichting](#)). Wanneer het HIS deze ondersteuning niet biedt, leg je deze informatie vast in de P-regel van een SOEP-verslag.

Taken

In de zorg voor een patiënt is het soms gewenst dat huisartsen een taak kunnen vastleggen en op uitvoering daarvan kunnen controleren. Denk aan controle van de nierfunctie over 6 weken naar aanleiding van een ontvangen ontslagbrief. Medisch relevante taken, waarvan de eindverantwoordelijkheid bij huisartsen ligt en die van belang zijn voor een specifieke patiënt, maken deel uit van het medisch dossier en dienen uitgewisseld te kunnen worden, bijvoorbeeld bij verhuizing.

Aanbevolen functionaliteit

Het [HIS-Referentiemodel](#) beschrijft de mogelijkheid om medisch inhoudelijke taken vast te leggen die vervolgd en overgedragen moeten worden. De bedoeling is dat je bij elke taak kan aangeven wat voor soort taak het betreft, bijvoorbeeld het herhalen van bloedonderzoek of beeldvorming. Om uitwisselbaarheid mogelijk te maken en overzichtelijkheid te bevorderen, kies je in principe een taakcategorie uit de [NHG-Tabel Taken](#). In een toelichting geef je een nadere specificatie, bijvoorbeeld dat het om het controleren van de nierfunctie gaat. Vervolgens leg je vast wie de taak moet uitvoeren. Daarnaast bepaal je een streefdatum waarop de taak moet zijn uitgevoerd en geef je aan of (en zo ja, wanneer) je een herinnering wilt ontvangen. Je kunt een taak pas zien als deze actueel is.

In de praktijk werken de verschillende HIS'en de taken niet op dezelfde manier uit. Taken worden vaak ook ingezet om klusjes te agenderen. Hoewel dit in de praktijk handig is, is het vooral ook van belang om medisch relevante taken een duidelijke plek te geven wanneer die een vervolg behoeven.

Aanbeveling

Wanneer het HIS de mogelijkheid biedt om taken vast te leggen, leg dan in elk geval medisch inhoudelijke taken vast wanneer je die moet vervolgen of overdragen.

Alternatief als het HIS geen dossierdeel Taken bevat

Wanneer het HIS niet beschikt over de mogelijkheid om taken vast te leggen, zet je in de episodetitel een korte omschrijving van de actie die uitgevoerd moet worden.

Persoonlijke aantekeningen

In de meeste HIS'en is het mogelijk om persoonlijke aantekeningen vast te leggen. De wet heeft bepaald dat de persoonlijke aantekeningen alleen voor de invoerder zelf bestemd zijn en dat deze de enige is die ze kan inzien, wijzigen en verwijderen. Ze zijn daarom niet in te zien door de patiënt, en gaan niet mee in berichten naar bijvoorbeeld de huisartsenpost. Wanneer het medisch dossier van een patiënt naar een volgende huisarts wordt verstuurd, gaan de aantekeningen niet mee. Bij het overlijden van de patiënt of het vertrek van de zorgverlener uit de praktijk (door bijvoorbeeld pensioen) vervallen de persoonlijke aantekeningen. Een zorgverlener kan persoonlijke aantekeningen daarom alleen inzetten als tijdelijke geheugensteun.

Addendum toekomstige ontwikkelingen

Reden voor afspraak

Een patiënt kan mondeling via de assistent een afspraak maken met een zorgverlener of zelf online een afspraak maken. Het [HIS-Referentiemodel](#) beveelt aan om de informatie die de patiënt als reden voor zijn afspraak opgeeft (online, telefonisch of via de assistent, dus ook de assistent op de huisartsenpost) een duidelijke plek te geven in het dossier. Hiervoor is de Reden voor afspraak bedacht. De Reden voor afspraak is nog niet in de HIS'en geïmplementeerd. Voor meer informatie over de beoogde functionaliteit zie [Reden voor afspraak](#) en [Gegevensuitwisseling met de huisartsenpost](#).

Leeswaarde

In sommige situaties is het relevant om medewerkers binnen de praktijk of op de huisartsenpost op de hoogte te stellen van de situatie van patiënten. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de gezondheidstoestand slecht is of binnen korte tijd sterk veranderd is, of wanneer er een kans is dat er een crisissituatie ontstaat. Om ook dan goede zorg te kunnen verlenen en goed te communiceren met de patiënt of diens naasten is het belangrijk om informatie over dergelijke actuele situaties over te dragen. De informatie die onder de aandacht moet worden gebracht, is al vastgelegd in het patiëntendossier. Het [HIS-Referentiemodel](#) beveelt aan om dergelijke informatie het kenmerk Leeswaarde te geven. Het doel hiervan is dat:

- actuele leeswaardige informatie direct zichtbaar is bij het openen van het dossier
- betrokken praktijkmedewerkers (en eventueel waarnemers op de huisartsenpost) zonder het dossier te hoeven openen al gericht op actuele ontwikkelingen gewezen kunnen worden.

Leeswaarde is nog niet in de HIS'en geïmplementeerd. Voor meer informatie over de beoogde functionaliteit zie [Leeswaarde](#) en [Gegevensuitwisseling met de huisartsenpost](#).

Totstandkoming

Werkgroep ADEPD

Na een oproep in het CMIO-netwerk, NedHIS en de ADEPD HAWEB-groep is een klankbordgroep ADEPD samengesteld. Bij de samenstelling van de werkgroep is gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende HIS-gebruikers.

Commentaarronde

De concepttekst van de richtlijn is voor commentaar voorgelegd aan de LHV en InEen.

Colofon

Dit is een uitgave van een werkgroep ingesteld door de Raad van Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging voor en door huisartsen.

www.nhg.org