

# **Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)**

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

**Nederlands Huisartsen Genootschap**



**nederlands huisartsen  
genootschap**

©NHG  
Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
e-mail: [P.Rijnierse@nhg.org](mailto:P.Rijnierse@nhg.org)  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

# **Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)**

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

**Nederlands Huisartsen Genootschap**

14 april 2004

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

versie 2

21 januari 2005  
T.R. van Althuis

versie 3

24 juli 2008  
P.A.J. Rijnerse  
K.H. Njoo  
T.R. van Althuis

# Inhoudsopgave

<b>VERSIE-INFORMATIE .....</b>	<b>4</b>
VERSIE 2 .....	4
VERSIE 3 .....	4
<b>INLEIDING .....</b>	<b>5</b>
TOTSTANDKOMING.....	5
<b>INHOUD VAN DE GEGEVENSSETS .....</b>	<b>6</b>
ALGEMENE GEGEVENS EN IDENTIFICATIE .....	6
DE PROFESSIONELE SAMENVATTING (PS OF WDH).....	6
HET WAARNEEMRETOURBERICHT (WRB) .....	8
<b>BELANGRIJKE RANDVOORWAARDEN .....</b>	<b>9</b>
OPBOUW VAN HET PATIËNTENDOSSIER BIJ DE HUISARTS .....	9
VERSLAGLEGGING DOOR DE WAARNEMER .....	9
RECHTEN VAN DE PATIËNT .....	9
EISEN AAN HET HIS.....	9
EISEN AAN HET CHP-IS .....	10
<b>LITERATUUR .....</b>	<b>11</b>
<b>BIJLAGE 1. BEGRIPPENLIJST .....</b>	<b>12</b>
<b>BIJLAGE 2. GEDETAILEERDE UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: ALGEMENE GEGEVENS (VOOR PS EN WRB).....</b>	<b>14</b>
<b>BIJLAGE 3. GEDETAILEERDE UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: DE PROFESSIONELE SAMENVATTING (VOOR SYSTEMEN VOLGENS POR, EGR EN HIS-REFERENTIEMODEL 2005).....</b>	<b>15</b>
<b>BIJLAGE 4. GEDETAILEERDE UITWERKING VAN DE GEGEVENSSETS: HET WAARNEEMRETOURBERICHT (VOOR SYSTEMEN VOLGENS EGR, POR EN HIS-REFERENTIEMODEL 2005) .....</b>	<b>17</b>
<b>BIJLAGE 5. SAMENVATTING MODELRICHTLIJN VOOR AUTORISATIE VAN HET WAARNEEMDOSSIER HUISARTSEN (WDH)/ AFSCHERMING VAN GEGEVENS IN HET HIS-REFERENTIEMODEL 2005 .....</b>	<b>18</b>

## **Versie-informatie**

### **Versie 2**

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

### *Toelichting*

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

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

### **Versie 3**

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

## Inleiding

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

Om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen moet hij in elk geval een verkorte versie van de gegevens kunnen inzien. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is van mening dat het presenteren van een samenvatting aan de waarnemer de voorkeur heeft boven het ter beschikking stellen van het gehele patiëntendossier. Met dit doel is de ‘minimumdataset waarneming’ ontwikkeld.

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

## Totstandkoming

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

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

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

Versies 2 en 3 zijn tot stand gekomen op basis van overleg met andere belanghebbenden, zoals KNMG en NPCF, en op basis van opmerkingen van huisartsen en hun gebruikservaringen.

# Inhoud van de gegevenssets

Dit hoofdstuk geeft een globale beschrijving van de inhoud van de gegevenssets. In bijlagen 2, 3 en 4 worden de gegevenssets meer in detail uitgewerkt.

De verschillende HIS'en (en hun gebruikers) gaan vaak net iets anders om met episodes en problemen. Om duidelijk te maken wat dit betekent voor de gegevenssets wordt dit in bijlage 3 en 4 uitgewerkt voor systemen werkend met respectievelijk probleemgeoriënteerde registratie (POR) en episodegeoriënteerde registratie (EGR). In deze bijlagen is een derde kolom toegevoegd met een uitwerking van de gegevenssets volgens het HIS-Referentiemodel 2005.

## Algemene gegevens en identificatie

Patiënt, huisarts en waarnemer moeten in de verschillende informatiesystemen eenduidig zijn terug te vinden. Een beschrijving van de methoden en technieken voor persoonsidentificatie, zoals bijvoorbeeld BSN en UZI, vallen buiten het bestek van deze richtlijn. Deze richtlijn beschrijft in algemene termen welke algemene gegevens in de professionele samenvatting (PS of WDH) en in het waarnemerretourbericht (WRB) beschikbaar moeten zijn:

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

## De professionele samenvatting (PS of WDH)

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

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

- Episodelijst: de lijst open/actieve episodes en hun eventuele probleemstatus
- Medische gegevens uit het journaal: over de laatste vier maanden of over minimaal vijf contacten
- Contra-indicaties
- Actuele medicatie en medicatiehistorie tot vier maanden terug
- Aandachtspunten en opmerkingen voor de waarnemer (overdrachtgegevens)

### *Toelichting*

- Episodelijst

Met 'episodelijst' wordt bedoeld: alle open/actieve episodes inclusief begindatum, episodenaam, ICPC-code en datum van het laatste contact binnen die episode. Daarnaast is het noodzakelijk om per episode de eventuele probleemstatus te vermelden en bij voorkeur ook de eigen voorkeursvolgorde van de episodes op de episodelijst bij de huisarts.

Conform de NHG-Richtlijn ADEMD (2004) wordt ervan uitgegaan dat relevante gegevens uit de voorgeschiedenis in de episodelijst zijn opgenomen. Het gaat met name om belangrijke episodes van chronische ziekten (zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten), maligniteiten en doorgemaakte operaties.

- Medische gegevens zoals zichtbaar in het journaal  
Deze medische gegevens omvatten: verslagen van patiëntencontacten; verslagen van

intern en extern overleg over de patiënt; (samenvattingen van) uitslagen en (samenvattingen van) correspondentie.

De selectie van gegevens voor de professionele samenvatting bestaat uit de medische gegevens van de laatste vier maanden of van (minimaal) vijf contacten. Dat wil zeggen dat eerst een selectie wordt gemaakt van medische gegevens over de afgelopen vier maanden. Alleen wanneer dit geen gegevens oplevert of gegevens over minder dan vijf contacten, dan wordt de selectie uitgebreid naar de medische gegevens over de laatste vijf contacten. Deze selectie werkt op alle gegevens zoals gepresenteerd via het journaal en geldt dus niet per episode

*Uitslagen* van onderzoek zijn beschikbaar voor de waarnemer in de vorm waarin zij aan de huisarts worden *gepresenteerd* in het journaal van het HIS. Uitslagen kunnen zijn vastgelegd als tekst in het journaal of zijn geregistreerd in het diagnostisch archief met een markering voor presentatie in het journaal.

Samenvattingen van uitgaande en inkomende *correspondentie* zijn beschikbaar voor de waarnemer in de vorm waarin zij aan de huisarts worden *gepresenteerd* in het journaal van het HIS. Samenvattingen kunnen zijn vastgelegd als tekst in het journaal of geregistreerd in een apart archief dat zichtbaar is in het journaal van het bronsysteem.

- **Contra-indicaties**  
Onder contra-indicaties wordt verstaan: comorbiditeit van belang voor het voorschrijven, geneesmiddelenintoleranties en geneesmiddelenallergieën. Voor het vastleggen van contra-indicaties hebben de verschillende HIS'en verschillende oplossingen. Voor de overdracht naar andere systemen en een goede medicatiebewaking in de ontvangende systemen is het essentieel, dat comorbiditeit, intoleranties en allergieën met gestandaardiseerde codes worden aangeduid volgens de systematiek van de G-Standaard.<sup>1</sup>
- **Actuele medicatie en medicatiehistorie**  
De lijst met actuele medicatie en de medicatiehistorie tot vier maanden terug is beschikbaar voor de waarnemer.
- **Overdrachtgegevens**  
Dit zijn gegevens over de actuele toestand van de patiënt die met name van belang zijn voor de samenwerking bij hulpverlening. Voorbeelden van overdrachtgegevens zijn: eigen huisarts bereikbaar op telefoonnummer...; niet reanimeren; geen ziekenhuisopname gewenst.

Momenteel bestaat er in de HIS'en geen uniforme oplossing voor het vastleggen van deze gegevens. Sommige HIS'en hebben attentieregels, andere een memoveld. Deze zijn echter niet specifiek voor overdrachtsgegevens bedoeld. Het NHG pleit er uitdrukkelijk voor dat de overdrachtinformatie voor de waarnemer beschikbaar is. Deze wens wordt ook gedeeld door het gebruikersveld.

---

<sup>1</sup> In het kader van het programma EMDplus van NICTIZ wordt gewerkt aan één nationale lijst van contra-indicaties.

## Het waarneemretourbericht (WRB)

In versie 3 van de NHG-Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP) is in het waarneemretourbericht het veld 'episode' opgenomen. Verder blijven de gegevens uit versie 2 ongewijzigd gehandhaafd.

De waarnemer stuurt de volgende medische gegevens naar de huisarts:

- Contactwijze
- Contactverslag
- Voorgeschreven medicatie
- Uitslagen van bepalingen
- Overdrachtgegevens
- Episode

### *Toelichting*

- Contactwijze  
Hiermee wordt het soort contact bedoeld: consult, telefonisch consult of visite.
- Contactverslag  
Het contactverslag is de beschrijving van het patiëntencontact op de Centrale Huisartsenpost in SOEP-regels.
- Voorgeschreven medicatie  
Hieronder wordt verstaan: nieuwe medicatie die de waarnemer heeft voorgeschreven of wijzigingen in de bestaande medicatie.
- Uitslagen van bepalingen  
Hierbij gaat het om onderzoeken die zijn uitgevoerd op de Centrale Huisartsenpost. Voorbeelden zijn: urineonderzoek, zwangerschapstest.
- Overdrachtgegevens  
Bedoeld worden: aandachtspunten en opmerkingen voor de huisarts voor zover niet vermeld in het contactverslag. Het gaat vooral om eventueel actief follow-up beleid.
- Episode  
Hier kan de waarnemer een voorstel doen aan de huisarts voor het toekennen van een episodenaam, ICPC-code en eventueel probleemstatus aan het patiëntencontact op de Centrale Huisartsenpost.  
De huisarts bepaalt zelf hoe hij het episodevoorstel afhandelt in het EPD. Hij heeft de mogelijkheid om het contact op de Centrale Huisartsenpost:
  - onder te brengen bij een bestaande episode;
  - de naam van een bestaande episode te wijzigen;
  - een nieuwe episode aan te maken;
  - het voorstel van de waarnemer te negeren en het contact onder een andere episodenaam en ICPC-code in het EPD op te nemen.



## **Belangrijke randvoorwaarden**

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

### **Opbouw van het patiëntendossier bij de huisarts**

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

### **Verslaglegging door de waarnemer**

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

In het CHP-IS legt de waarnemer alleen de contacten op de Centrale Huisartsenpost vast. Er wordt op de Centrale Huisartsenpost geen volledig chronologisch dossier van de patiënt aangelegd dat als zodanig beschikbaar is voor waarnemers op de huisartsenpost.

### **Rechten van de patiënt**

De huisarts moet patiënten erover informeren dat de waarnemer op de huisartsenpost patiëntengegevens kan raadplegen en dat patiënten desgewenst hiertegen bezwaar kunnen maken. De patiënt heeft het recht om niet toe te staan dat (delen van) zijn gegevens door anderen kunnen worden ingezien.

De patiëntenrechten zijn vastgelegd in de Modelrichtlijn en modelvoorlichtingsmateriaal autorisatie voor koplopers Waarneem Dossier Huisartsen (2005). Zie voor een samenvatting bijlage 5.

### **Eisen aan het HIS**

Te allen tijde moet het mogelijk zijn dat de waarnemer een professionele samenvatting (PS) opvraagt uit het EPD van de huisarts. Ook moet het te allen tijde mogelijk zijn in de praktijk een waarneemretourbericht te ontvangen. Het is dus noodzakelijk dat het HIS 24 uur per dag en 7 dagen per week toegankelijk is.

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

In het HIS-Referentiemodel 2005 is met deze aspecten rekening gehouden en zijn de benodigde functionele eisen uitgewerkt.

## **Eisen aan het CHP-IS**

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

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

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

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

- weergave van de episodelijst met per episode de begindatum, de laatste contactdatum, ICPC-code en probleemstatus; bij voorkeur staan de episodes in dezelfde volgorde als in het HIS;
- weergave van de journaalregels uit het HIS in SOEP-codering;
- weergave van eventueel beschikbare uitslagen en samenvattingen van correspondentie;
- weergave van de journaalgegevens per episode;
- weergave van contra-indicaties en allergieën;
- weergave van de actuele medicatie en de medicatiehistorie over de laatste vier maanden.

## Literatuur

Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier in de huisartsenzorg (ADEMD). Utrecht: NHG, 2004.

HIS-Referentiemodel 1995. Utrecht: NHG, 1996.

HIS-Referentiemodel 2005, versie 4. Utrecht: NHG, 2007.

Publieksversie HIS-Referentiemodel 2005. Utrecht: NHG, 2007.

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

NICTIZ, KNMG, NPCF en NHG. Modelrichtlijn en modelvoorlichtingsmateriaal autorisatie voor koplopers Waarneem Dossier Huisartsen. Leidschendam: NICTIZ, 2005.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Zie: [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).

## Bijlage 1. Begrippenlijst

waarneming	<p>Zorg aan een patiënt verleend tijdens diensturen, bijvoorbeeld op de Centrale Huisartsenpost, door een andere arts dan de eigen huisarts, vooral gericht op de korte termijn</p> <p>N.B. Het NHG onderscheidt hiernaast nog een andere vorm van waarneming: zorg aan een patiënt verleend tijdens normale praktijkturen, bijvoorbeeld tijdens vakantie of ziekte van de huisarts, waarbij het beleid op de langere termijn op de voorgrond staat. Deze vorm van waarneming is in deze richtlijn niet aan de orde.</p>
waarnemer	Arts die tijdelijk de medische zorg voor een patiënt overneemt; hij biedt geen volledige integrale zorg maar deelaspecten van zorg zoals interventies in acute situaties
huisarts	Eigen huisarts van de patiënt
patiënt	Persoon als patiënt ingeschreven bij huisarts
huisarts informatiesysteem (HIS)	Informatiesysteem van de huisarts dat in staat is tot: het genereren van een professionele samenvatting; het ontvangen van gegevens uit een waarneemretourbericht; het bieden van ondersteuning bij het verwerken daarvan
Centrale Huisartsenpost Informatie Systeem(CHP-IS)	Informatiesysteem van de waarnemer dat in staat is tot: het opvragen, tonen en verwerken van een professionele samenvatting; het aanmaken en retour zenden van een waarneemretourbericht
professionele samenvatting (PS of WDH)	Subset van alle gegevens uit het HIS over één patiënt, voor zover nodig om de kwaliteit van de zorg te waarborgen tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten: niet te weinig maar ook niet te veel
waarneemretourbericht (WRB)	Bericht dat de waarnemer terugstuurt naar de huisarts met gegevens over het contact met de patiënt op de huisartsenpost
journaal	Het chronologisch overzicht van patiëntengegevens. In de professionele samenvatting worden minimaal de gegevens van de laatste vijf contacten getoond of alle gegevens over de laatste vier maanden.

overdrachtgegevens

Gegevens over de actuele toestand van de patiënt die met name van belang zijn voor de samenwerking bij hulpverlening. Voorbeelden van overdrachtgegevens zijn: terminaal; abstinierend beleid; eigen huisarts bereikbaar op telefoonnummer.... .

## **Bijlage 2. Gedetailleerde uitwerking van de gegevenssets: algemene gegevens (voor PS en WRB)**

### **Patiënt**

naam:  
voorvoegsel:  
voorletters:  
voornaam (bij personen onder 18 jaar):  
naam partner:  
voorvoegsel naam partner:  
geboortedatum:  
geslacht:  
straat:  
huisnummer:  
toevoeging:  
postcode:  
plaats:  
land:  
telefoonnummer:  
telefoonnummer verzekeraar:  
naam verzekeraar:  
verzekeringsnummer:  
verzekeringsvorm/polis:

### **Huisarts**

naam:  
praktijkadres:

### **Waarnemer**

naam:  
naam huisartsenpost:  
adres huisartsenpost:

### **Waarnemingsgegevens algemeen (WRB)**

datum consult tijdens dienstwaarneming:  
begintijdstip consult tijdens dienstwaarneming:

## Bijlage 3. Gedetailleerde uitwerking van de gegevenssets: de professionele samenvatting (voor systemen volgens POR, EGR en HIS-Referentiemodel 2005)

N.B. Onderdelen en dossierdelen die nieuw zijn in het HIS-Referentiemodel 2005 zijn vet gedrukt.

<b>POR</b>	<b>EGR</b>	<b>HIS-Referentiemodel 2005</b>
<p><i>Volledige lijst van actieve problemen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingangsdatum</li> <li>• laatste contactdatum</li> <li>• omschrijving</li> <li>• ICPC</li> <li>• (probleem)status</li> </ul>	<p><i>Volledige lijst van open episodes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingangsdatum</li> <li>• laatste contactdatum</li> <li>• omschrijving</li> <li>• ICPC</li> <li>• probleemstatus</li> </ul>	<p><i>Volledige lijst van open episodes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingangsdatum</li> <li>• laatste contactdatum</li> <li>• omschrijving</li> <li>• ICPC</li> <li>• <b>attentievlag</b></li> </ul>
<p><i>Journal over laatste vier maanden of minimaal vijf contacten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contactdatum</li> <li>• SOEP-code (en ICPC-code)</li> <li>• omschrijving inclusief de gegevens zoals gepresenteerd in het journal</li> <li>• contactwijze</li> </ul>	<p><i>Journal over laatste vier maanden of minimaal vijf contacten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contactdatum</li> <li>• SOEP-code (en ICPC-code)</li> <li>• omschrijving, inclusief de gegevens zoals gepresenteerd in het journal</li> <li>• contactwijze</li> </ul>	<p><i>Overzicht episode-items over laatste vier maanden of minimaal vijf contacten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• contactdatum</li> <li>• <b>presentatietekst</b></li> <li>• volledige tekst deelcontactverslag (en SOEP-code)</li> <li>• ICPC-code</li> <li>• contactwijze</li> </ul>
<p><i>Actuele medicatie en medicatiehistorie over laatste vier maanden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• datum voorschrift</li> <li>• ingangsdatum</li> <li>• etiketnaam</li> <li>• productcode (GPK/HPK/PRK)</li> <li>• hoeveelheid</li> <li>• eenheid</li> <li>• gebruiksvoorschrift (tabel 25)</li> </ul>	<p><i>Actuele medicatie en medicatiehistorie over laatste vier maanden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• datum voorschrift</li> <li>• ingangsdatum</li> <li>• etiketnaam</li> <li>• productcode (GPK/HPK/PRK)</li> <li>• hoeveelheid</li> <li>• eenheid</li> <li>• gebruiksvoorschrift (tabel 25)</li> </ul>	<p><i>Actuele medicatie en medicatiehistorie over laatste vier maanden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• datum voorschrift</li> <li>• ingangsdatum</li> <li>• productnaam</li> <li>• productcode (GPK/HPK/PRK)</li> <li>• hoeveelheid</li> <li>• eenheid</li> <li>• gebruiksvoorschrift (tabel 25)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• contra-indicaties: comorbiditeit, intoleranties en allergieën</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contra-indicaties: comorbiditeit, intoleranties en allergieën</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contra-indicaties: comorbiditeit, intoleranties en allergieën</li> </ul>

## **POR**

*Aanvullende gegevens*

overdrachtgegevens

## **EGR**

*Aanvullende gegevens*

overdrachtgegevens

## **HIS-Referentiemodel 2005**

*Aanvullende gegevens:*  
*dossierdeel Additioneel*  
**BOP-gegevens: operaties,  
allergieën/intoleranties,  
sociale gegevens,  
contactgegevens**

*Gegevens dossierdeel*

*Diagnostiek*

- **presentatietekst**
- uitslagen voor zover  
gepresenteerd

*Gegevens dossierdeel*

*Correspondentie*

- **presentatietekst**
- correspondentie voor  
zover gepresenteerd



## Bijlage 4. Gedetailleerde uitwerking van de gegevenssets: het waarneemretourbericht (voor systemen volgens EGR, POR en HIS-Referentiemodel 2005)

De gegevens uit deze set worden bepaald door de mogelijkheden van het CHP-IS. Momenteel kan het CHP-IS een bericht volgens de SOEP-structuur aanleveren.

Voor het HIS-Referentiemodel 2005 moet een bericht zodanig zijn gestructureerd dat de gegevens te verwerken zijn in de verschillende dossierdelen van het HIS (zoals ‘medicatie’ of ‘uitslagen’).

<b>POR</b>	<b>EGR</b>	<b>HIS-Referentiemodel 2005</b>
<p><i>Consultverslag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verslag volgens SOEP</li> <li>• (ICPC-code)</li> </ul>	<p><i>Consultverslag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verslag volgens SOEP</li> <li>• (ICPC-code)</li> </ul>	<p><i>Deelcontactverslag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• deelcontactverslag (volgens SOEP)</li> <li>• (ICPC-code)</li> </ul>
<p><i>Probleem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omschrijving</li> <li>• ICPC-code</li> </ul>	<p><i>Episode</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omschrijving</li> <li>• ICPC-code</li> <li>• (probleemstatus)</li> </ul>	<p><i>Episode</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• omschrijving</li> <li>• ICPC-code</li> <li>• (attentievlag)</li> </ul>
<p><i>Voorgeschreven medicatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• etiketnaam</li> <li>• hoeveelheid</li> <li>• eenheid</li> <li>• gebruiksvoorschrift (tabel 25)</li> </ul>	<p><i>Voorgeschreven medicatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• etiketnaam</li> <li>• hoeveelheid</li> <li>• eenheid</li> <li>• gebruiksvoorschrift (tabel 25)</li> </ul>	<p><i>Voorgeschreven medicatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• etiketnaam</li> <li>• hoeveelheid</li> <li>• eenheid</li> <li>• gebruiksvoorschrift (tabel 25)</li> </ul>
<p><i>Contactwijze</i> soort contact</p>	<p><i>Contactwijze</i> soort contact</p>	<p><i>Contactwijze</i> soort contact</p>
<p><i>Waarnemer</i> naam</p>	<p><i>Waarnemer</i> naam</p>	<p><i>Waarnemer</i> naam</p>
<p><i>Overdrachtgegevens van waarnemer</i> tekst</p>	<p><i>Overdrachtgegevens van waarnemer</i> tekst</p>	<p><i>Overdrachtgegevens van waarnemer</i> tekst</p>

## **Bijlage 5. Samenvatting Modelrichtlijn voor autorisatie van het Waarneemdossier Huisartsen (WDH)/ Afscherming van gegevens in het HIS-Referentiemodel 2005**

Het NICTIZ heeft, in samenwerking met de KNMG, de NPCF en het NHG, een modelrichtlijn opgesteld voor autorisatie van het Waarneemdossier Huisartsen (WDH). Deze autorisatierichtlijn is bedoeld als hulpmiddel bij het in de praktijk toepassen van de regels voor handhaving van het beroepsgeheim uit de WGBO. De modelrichtlijn geeft ook voorbeelden van voorlichtingsmateriaal. Daarnaast noemt de richtlijn de implementatie-eisen voor huisartsinformatiesystemen, met name om patiëntengegevens te kunnen afschermen voor derden.

De volledige tekst van de modelrichtlijn is te vinden op [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl) >toepassingen >waarneming huisartsen > publicaties.

De autorisatierichtlijn geeft aan dat het de waarnemer is toegestaan patiëntengegevens op te vragen uit het dossier van de huisarts op voorwaarde dat de patiënten in de huisartsenpraktijk daarover van tevoren adequaat zijn voorgelicht.

De patiënten dienen op de hoogte gesteld te worden dat er patiëntengegevens kunnen worden opgevraagd. Patiënten kunnen worden voorgelicht via de praktijkfolder, een poster in de praktijk, een aankondiging in de lokale media of het versturen van een brief op naam. Deze methoden van voorlichting zijn getest. Het versturen van een brief op naam door de eigen huisarts bleek het meeste bereik te hebben en heeft dan ook de voorkeur. Het onderzoeksrapport kunt u vinden op [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl) >veiligheid en privacy>publicaties.

De richtlijn beveelt aan dat een patiënt bezwaar kan maken tegen het beschikbaar stellen van zijn gegevens aan derden en dit bezwaar ook moet kunnen effectueren.

Ten slotte beschrijft de richtlijn dat de waarnemer bij het raadplegen van patiëntengegevens in het dossier van de huisarts zo mogelijk herbevestigt dat hij daadwerkelijk gegevens opvraagt.

### **Toegankelijkheid van patiëntengegevens in de dienstwaarneming (volgens HIS-Referentiemodel 2005)**

In het HIS-Referentiemodel 2005 is uitgebreid beschreven over welke functionaliteit het HIS moet beschikken om toestemming voor inzage van patiëntengegevens te kunnen regelen.

De volgende aspecten zijn van belang:

- De patiënt heeft het recht om delen van het dossier te laten afschermen voor inzage. Hij maakt dit kenbaar aan de praktijk. Daarbij kan de patiënt aangeven voor welk type zorgverlener deze gegevens dienen te worden afgeschermd.  
De gegevens die in het medisch dossier *in de eigen praktijk* worden vastgelegd kunnen standaard door alle artsen en assistentes in de praktijk worden ingezien. Bij elk dossieritem dat zij invoeren, kan via de eigenschap 'toestemming' worden aangegeven welke zorgverleners het gegeven mogen inzien.
- Het referentiemodel onderscheidt vijf niveaus van toestemming:
  1. invoerder
  2. alleen medische medewerkers
  3. alle praktijkmedewerkers
  4. waarnemers (tijdens anw-diensten)
  5. alle zorgverleners

- Standaard staat de eigenschap ‘toestemming’ ingesteld op niveau 5 ‘alle zorgverleners’. Dit betekent niet dat elke zorgverlener buiten de praktijk alle gegevens kan inzien. De verschillende beroepsgroepen hebben afspraken gemaakt over de gegevenssets die per beroepsgroep beschikbaar moeten zijn. Alleen de relevante gegevenssets worden zichtbaar gemaakt, niet het gehele dossier.  
Welke episodes en dossieritems aan een zorgverlener *buiten de praktijk* worden getoond is dus afhankelijk van:
  - de instelling van de eigenschap ‘toestemming’ (aangegeven door de patiënt) bij een bepaald medisch gegeven;
  - de rol van de aanvrager, in combinatie met de afspraken over communicatieberichten.

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

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