

INHOUD

Voorwoord	4
Kerngroep revisie 2017	6
Samenstelling	6
Begeleiding	6
Hoofdstuk 1. Inleiding	7
1. Doelen van de richtlijn	7
2. Veranderingen ten opzichte van de versie van 2008	8
3. Beheer richtlijn	9
4. Gerelateerde documenten	9
Hoofdstuk 2. Model van informatie-uitwisseling	11
1. Inleiding	11
2. Momenten van informatie-uitwisseling	11
3. Tijdigheid van berichtgeving	14
4. Verdeling verantwoordelijkheid	14
Hoofdstuk 3. Vorm van informatie-uitwisseling	16
1. Vaste indeling Envelop-Kern-Dossiersamenvatting	16
2. Rubrieken	18
3. Gebruiken invulformat	18
Hoofdstuk 4. Verwijsbericht en updates door huisarts	19
1. Rubrieken in het verwijsbericht	19
2. Rubrieken in de update door de huisarts	32
Hoofdstuk 5. Ontslagbericht en updates door medisch specialist	34
1. Rubrieken in het ontslagbericht	34
2. Rubrieken in de update door de medisch specialist	48
Hoofdstuk 6. Implementatie bij de huisarts	50
1. Aandachtspunten	50
2. Ondersteuning vanuit het HIS	50
3. Instructie per rubriek	52
4. Instructie huisarts	58
5. Verbijzondering verwijsbericht per specialisme	58

Hoofdstuk 7. Implementatie bij medisch specialist en ziekenhuis	60
1. Aandachtspunten	60
2. Ondersteuning vanuit het ZIS	60
3. Instructie per rubriek	62
4. Ondersteuning vanuit het ziekenhuis	68
5. Instructie medisch specialist	68
6. Verbijzondering ontslagbericht per specialisme	69
Bijlage A Gedragscode HASP	70
1. Toelichting	70
2. Gedragscode	71
Bijlage B HASP in complexere situaties	73
1. Inleiding	73
2. HASP bij afwijkende verdeling verantwoordelijkheid	73
3. Kwetsbare ouderen	74
4. De patiënten met kanker	76
Bijlage C Verzendwijze en beveiliging	78
1. Verzendwijze	78
2. Beveiliging	78
Bijlage D Ontwikkelingen	80
1. Secure mail, chat en andere ontwikkelingen	80
2. Informatiestandaard en gestructureerde gegevens meesturen	80
3. Bijlagen meesturen	80
4. Informatie uit andere bronssystemen meesturen	80
5. Inzage door patiënten	81
6. Bredere toepassing van de richtlijn	81
7. Relatie met andere richtlijnen	81
Bijlage E Klankbordgroep	83
1. Toelichting	83
2. Samenstelling	83

Het is belangrijk dat uitwisseling van informatie tussen huisarts en medisch specialist over patiënten soepel en adequaat verloopt om zo de continuïteit van zorg goed te borgen. In de praktijk zien we echter dat veel artsen het opstellen en verzenden van berichten een belasting vinden. Ook als ontvanger ondervindt de arts problemen: het bericht is onvoldoende duidelijk over de gevraagde zorg en nazorg, het bericht is te uitgebreid om snel essentiële zaken te vinden, zoals de vraagstelling of een antwoord, of het bericht komt pas nadat de arts de patiënt al heeft gezien. Deze richtlijn wijst nog eens op de bestaande professionele verantwoordelijkheid van artsen om tijdig zorg te dragen voor adequate overdracht, en geeft praktische aanbevelingen voor de manier waarop artsen deze verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Informatie-uitwisseling is daarbij natuurlijk allang een IT-proces geworden: waar we tot enige jaren geleden spraken van brieven – verwijsbrief, ontslagbrief enzovoort – is de gangbare term inmiddels berichten. Het gaat om gestructureerde uitwisseling van informatie. Deze richtlijn is de basis voor de inhoud; de informatietechnologie (IT) en de inrichting van de processen moeten volgen. Het is belangrijk dat we daarbij de landelijk afspraken koesteren zodat huisartsen en specialisten ook regio-overstijgend adequaat en soepel informatie kunnen uitwisselen. Overigens is voor de IT een regio-indeling inefficiënt, en ook in de zorg zien we een tendens naar centralisatie.

De ondersteuning vanuit de IT-systemen moet maximaal helpen om de communicatie conform de richtlijn te laten verlopen. Hiervoor zal nog het nodige moeten gebeuren. EPD's zullen moeten worden aangepast zodat de arts op het juiste moment het juiste format krijgt aangereikt om een bericht te versturen. De achterliggende informatie uit het EPD moet gemakkelijk in het bericht kunnen worden geselecteerd. Het IT-systeem moet de organisatie helpen de communicatiestroom te bewaken. De verwachting is dat het zo'n drie jaar in beslag zal kunnen nemen voordat de richtlijn volledig kan worden nageleefd.

De eerste versie van de richtlijn voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen en medisch specialisten verscheen in 2000, de tweede in 2008. Er is sinds de vorige versie veel ervaring opgedaan. Dit heeft in stappen geleid tot een substantiële verbetering van de richtlijn. Een flinke stap vooruit is dat deze versie van de richtlijn voor het eerst door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) gezamenlijk is opgesteld. Samen kunnen we, veelal vanuit de regio's, aan de slag om de communicatie op een hoger niveau te brengen. In de richtlijn zelf stellen we dat, naast een adequate inhoud, tijdigheid essentieel is: in een gezamenlijke Gedragscode HASP leggen we de afspraken vast over tijdigheid van informeren.

Tot slot nog een opmerking over de manier van communiceren via berichten tegenover regionale en landelijke inspanningen voor inzage in elkaars dossiers en voor bevraging via de toekomstige landelijke verwijsindex. Natuurlijk is het van belang dat er inzage-

mogelijkheden ontstaan. Het NHG en de FMS zijn echter van mening dat naast mogelijkheden voor inzage juist het actief en tijdig uitwisselen van cruciale informatie met andere bij de behandeling betrokken zorgverleners op daarvoor aangewezen momenten essentieel blijft.

Wij wensen u veel succes met de implementatie van deze richtlijn.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Rob Dijkstra, directeur-bestuursvoorzitter
Federatie Medisch Specialisten (FMS), Marcel Daniëls, algemeen voorzitter

Deze herziening van de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP) is tot stand gekomen mede dankzij een speciaal daarvoor ingerichte Kerngroep Herziening Richtlijn HASP. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) zijn de leden zeer erkentelijk voor de toewijding en enthousiasme waarmee zij keer op keer nieuwe versies van commentaar hebben voorzien.

SAMENSTELLING KERNGROEP

Dr. F. Karapinar Ziekenhuisapotheker-epidemioloog,
Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA).

J.S. de Beij Uroloog,
Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU).

R.L. Oei Internist-allergoloog,
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).

Dr. B. Verhoeff Internist-nefroloog,
Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).

Dr. J.P. Rake Kinderarts,
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).

B. Strijdhorst Huisarts,
Huisartsen Coöperatie Medicamus, Harderwijk.

F.H. van Bruggen Huisarts,
Academische Huisartsenpraktijk Groningen.

E.S.M. Becker Huisarts,
Huisartsenpraktijk de Baandert, Sittard.

BEGELEIDING

C.I.C.M. Buiting-van der Zon Arts en redacteur,
Nederlands Huisartsengenootschap (NHG).

M. van Essen Adviseur,
MvE consult.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING



1. DOELEN VAN DE RICHTLIJN

Het doel van deze Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (afgekort: Richtlijn HASP) is om voor de huisarts en de medisch specialist vast te leggen op welke momenten zij over een patiënt informatie uitwisselen via berichten, en welke gegevens zij uitwisselen. Het uiteindelijke doel van deze uitgangspunten is continuïteit van zorg. Een essentiële wens bij deze richtlijn is dat de arts als verzender snel een goed bericht kan opstellen en er daarbij op kan vertrouwen dat het bericht aansluit bij de wensen van de ontvanger. Als ontvanger wil de arts snel en goed worden geïnformeerd en erop kunnen vertrouwen dat géén bericht betekent dat er geen nieuwe informatie is. Verder willen de artsen geen overbodige of dubbele berichten ontvangen.

Tegelijkertijd biedt de richtlijn de grondslag aan landelijk opererende leveranciers voor geautomatiseerde ondersteuning van berichtuitwisseling vanuit de systemen aan beide kanten, en aan regionale en andere zorginstellingen die de communicatie gezamenlijk willen oppakken als verbeterproject. Met deze richtlijn kunnen IT-leveranciers, regionale en andere zorginstellingen en individuele zorgverleners de informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist over gezamenlijke patiënten helpen verbeteren. Met deze invulling zijn de artsen in een regio in staat om op het juiste moment begrijpelijke en informatieve berichten uit te wisselen met zo min mogelijk inspanning. Bij die invulling horen de volgende taken.

Implementatie in IT-systemen

De voor deze richtlijn relevante IT-systemen voor informatie-uitwisseling zijn huisartsen-informatiesystemen (HIS'en) en ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS'en), en verwijsapplicaties, bijvoorbeeld de verwijsapplicatie van de organisatie ZorgDomein. Aan de hand

van het HASP-model kunnen IT-systemen ondersteuning bieden door:

- de juiste invulformats te presenteren (met invulformat bedoelen we: een invul scherm met de rubrieken in de juiste volgorde);
- de juiste EPD-rubrieken aan te reiken;
- te attenderen zodra het tijd is om een bericht te sturen;
- te voorzien in spiegelinformatie over juiste invulling en tijdigheid.

Regionale samenwerking

Veelal zal de implementatie van de richtlijn gezamenlijk worden opgepakt in een regio. Die invulling start met onderlinge afspraken over naleving van de Gedragscode HASP en een aantal concrete stappen. De volgende zaken kunnen bijdragen aan vlotte implementatie.

- Doelstellingen: vaststellen welke streefgetallen haalbaar worden geacht voor tijdige verzending.
- Monitoring: het aantal op tijd verzonden berichten meten en dit vergelijken met de streefgetallen.
- Scholing: scholing aanbieden voor de juiste naleving in samenwerking met het NHG, de FMS en/of de betreffende medische-specialistenvereniging.
- Feedback: voor de individuele artsen meten en zichtbaar maken in hoeverre de berichten inhoudelijk voldoen aan de richtlijn en hoe zij scoren ten opzichte van hun peers; tevens meten in hoeverre de ontvanger de berichten als adequaat beoordeelt.

Generieke invulling van de berichten door zorginstelling en leverancier

Een zorginstelling zal in samenwerking met de leverancier de vaste invulling van de berichten vanuit het EPD moeten inrichten, en vaste momenten signaleren waarop het systeem de arts erop wijst dat de arts een update dient te overwegen. Per specialisme dient men na te gaan of nog specifieke afwijking van deze vaste aanpak nodig is.

Afronding bericht door arts

De arts zorgt tot slot tijdens of na het consult, of op een ander moment van zorg voor de patiënt, voor de juiste afronding van het bericht. De huisarts zorgt, eventueel met de richtlijn in de hand, voor de juiste afronding van het bericht. Naleving van de Richtlijn adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier (Richtlijn ADEPD) (zie www.nhg.org/ict) zorgt al voor de juiste gegevens op de juiste plaats. Het bericht wordt vervolgens elektronisch verzonden (dat heeft de voorkeur) en/of geprint en meegegeven aan de patiënt.

De medisch specialist zorgt, eventueel met de richtlijn in de hand, voor goed voorwerk in het medische dossier en voor het juist vullen of dicteren van de berichten ter afronding. Het is vaak handig om het secretariaat een taak te geven in de tijdige verzending. Van belang is structurele inplanning in het dagprogramma.

2. VERANDERINGEN TEN OPZICHTE VAN DE VERSIE VAN 2008

Input voor de revisie 2017 is afkomstig uit de eerdergenoemde Kerngroep. De richtlijn is voorgelegd aan een breed samengestelde Klankbordgroep (zie bijlage E) en tot slot onderschreven door het NHG en de FMS. Hier volgen de belangrijkste wijzigingen.

- De rubrieken zijn beter verdeeld over de onderdelen Envelop-Kern-Dossiersamenvatting. Daardoor krijgt de ontvanger sneller inzicht in de essentie.
- Alle specialismen kunnen met hetzelfde format en dezelfde rubrieken uit de voeten, waardoor de geautomatiseerde ondersteuning veel minder foutgevoelig wordt. Het aantal varianten is zowel voor de huisarts als voor de specialist beperkt tot twee: respectievelijk verwijsbericht en update, en ontslagbericht en update.
- Een specifieke bijlage is opgenomen voor informatie-uitwisseling in complexe situaties (bijlage B), waarbij kwetsbare ouderen (paragraaf 3) en patiënten met kanker (paragraaf 4) afzonderlijk aan de orde komen.
- De terminologie is aangepast aan de huidige media; zo is 'brief' vervangen door de mediumneutrale aanduiding 'bericht'.
- De instructie voor vulling vanuit het HIS is verbeterd en weer aangepast aan het HIS-Referentiemodel. Tevens is een start gemaakt met het relateren van rubrieken aan de Basisgegevensset Zorg.
- Nieuw is de Gedragscode HASP, die het startpunt vormt voor regio en zorgverlener om de richtlijn goed toe te passen.
- Nieuw is een online HASP-viewer waarin huisartsen en medisch specialisten veel informatie uit de richtlijn snel en efficiënt kunnen terugvinden (www.nhg.org/ict).

3. BEHEER RICHTLIJN

Het NHG beheert deze richtlijn, de bijbehorende tabel met verbijzonderingen per specialisme en de online HASP-viewer. De verbijzonderingen per specialisme zijn te raadplegen via de HASP-viewer.

De richtlijn is te downloaden via www.nhg.org/ict en de samenvattingskaart bij de richtlijn is te bestellen via www.nhg.org.

Een volgende herziening van deze richtlijn is voorzien twee tot drie jaar na publicatiedatum. Informatie over tussentijdse aanvullingen, ontwikkelingen en voortschrijdend inzicht zal beschikbaar zijn via www.nhg.org/ict.

4. GERELATEERDE DOCUMENTEN

De volgende richtlijnen en documenten hangen samen met de Richtlijn HASP.

Bijlage D, paragraaf 7, Relatie met andere richtlijnen, geeft meer informatie over de samenhang tussen de Richtlijn HASP en de eerste zes richtlijnen.

- Basisgegevensset Zorg en zorginformatiebouwstenen (ZIB's) van Registratie aan de bron (2016).
- Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten (in ontwikkeling).
- HIS-Referentiemodel 2016.
- NHG-Richtlijn adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD) (derde versie, 2013) (zie www.nhg.org/ict).
- NHG-Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-centrale huisartsenpost (versie 5, 2016);
- NHG-Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-afdeling spoedeisende hulp (versie 3, 2014).
- Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (Gedragscode EGIZ) (2014).

- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de zorg (KNMG, 2010).
- Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en ggz (HASP-ggz) (2011; in revisie in 2018).
- NHG-KNGF-Richtlijn Gestructureerde informatieuitwisseling tussen huisarts en fysiotherapeut (HAFT) (2012; in revisie in 2018 met uitbreiding naar overige paramedici).
- LHV en Verenso handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde (LHV, 2015).

HOOFDSTUK 2 MODEL VAN INFORMATIE-UITWISSELING



1. INLEIDING

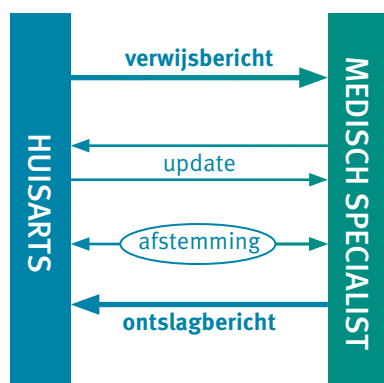
In de samenwerking tussen huisarts en medisch specialist is duidelijk dat beiden behoefte hebben aan gerichte informatie van de andere partij als de zorg voor de patiënt wordt overgedragen of deels wordt overgedragen. Deze informatieoverdracht is bedoeld om de verantwoordelijkheid voor behandeling te verdelen en de continuïteit van zorg te waarborgen. Daarbij zijn drie zaken van belang: de momenten van berichtgeving, tijdigheid, en verdeling van verantwoordelijkheid. Figuur 2.1 in paragraaf 2 geeft een schematisch overzicht van de informatie-uitwisseling op de diverse momenten, figuur 2.2 in paragraaf 4 geeft een overzicht van de verdeling van de verantwoordelijkheid. Ook buiten de informatie-uitwisseling via berichten kan afstemming plaatsvinden: via de telefoon, secure chats, secure mail, of anders. In deze richtlijn geven we daarvoor geen regels, maar wel de aanbeveling om deze afstemming ook te noteren of te archiveren in het medische dossier.

2. MOMENTEN VAN INFORMATIE-UITWISSELING

Het blijkt goed mogelijk om momenten in het zorgproces aan te wijzen waarop de huisarts (verwijzer) respectievelijk de medisch specialist (geconsulteerde) moet stilstaan bij de informatiebehoefte over en weer. Deze momenten zijn met behulp van huisartsen- (HIS'en) of ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS'en) vaak zelfs op te sporen, zodat daarvoor rappels (reminders) kunnen worden ingesteld.

Bij verwijzing en ontslag (uit kliniek en uit poliklinische zorg) spreekt het voor zich wat de momenten zijn: het moment van verwijzen respectievelijk van ontslag. Maar daarnaast is het van belang dat huisarts en medisch specialist zich realiseren dat een tus-

sentijdse update belangrijk kan zijn voor de continuïteit van de zorgverlening in de tweede en de eerste lijn. Figuur 2.1 geeft een schematisch overzicht van de informatie-uitwisseling op de diverse momenten.



Figuur 2.1 Het HASP-model voor informatie-uitwisseling

Deze figuur geeft het basismodel weer van de informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist in de periode dat zij de zorg voor de patiënt overdragen of gedeeltelijk overdragen. Elke pijl staat voor een moment van informatie-uitwisseling:

- dikke pijlen staan voor momenten waarop naast informatie ook verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt deels of volledig wordt overgedragen;
- dunne pijlen staan voor updates en afstemming gedurende deze periode.

Soms zijn de routes van informatie-uitwisseling en overdracht van verantwoordelijkheid complexer: zie bijlage B, Complexe situaties.

Zie voor ontwikkelingen in secure mail en chats in relatie tot deze richtlijn: bijlage D, Ontwikkelingen.

Van huisarts naar medisch specialist

Het eerste berichtmoment voor de huisarts is de verwijzing: de huisarts stuurt dan een verwijsbericht. Vaak blijft het daarbij. Maar het is niet uitzonderlijk dat de patiënt zich bij de huisarts meldt met een onverwacht beloop van de klacht, of met een nieuwe klacht. Vooral voor ambulante patiënten is het belangrijk om een verandering in de zorgvraag of de gezondheid tijdig kenbaar te maken aan de medisch specialist waarnaar is verwezen. De huisarts stuurt dan een update. Als voor de tweede klacht naar een andere specialist wordt verwezen, volstaat een kopie van het bericht naar de eerdere medisch specialist of specialisten waar de patiënt reeds onder behandeling is.

Verwijsbericht

De huisarts stuurt altijd een verwijsbericht:

- op het moment van verwijzen.

Update

De huisarts overweegt een update:

- als zich een wijziging in het beloop voordoet, een nieuwe uitslag bekend is, de huisarts met patiënt een gesprek heeft gehad vanwege gezamenlijke besluitvorming over de behandeling in de tweede lijn;
- wanneer de huisarts een diagnose stelt, van diagnose verandert, en/of een behandeling met belangrijke impact inzet of wijzigt, zoals nieuwe medicatie, medicatie wijzigen of stoppen;
- bij een levensgebeurtenis.

De huisarts stuurt *altijd* een update:

- bij overlijden van de patiënt.

Van medisch specialist naar huisarts

Belangrijke momenten voor de medisch specialist om de huisarts te informeren zijn bij ontslag uit de kliniek en uit de polikliniek. Maar ook vanuit de tweede lijn is het van belang updates te sturen steeds als er nieuwe relevante informatie beschikbaar is voor de huisarts. Dit is de gedeelde verantwoordelijkheid van zorginstelling en medisch specialist. Ook hier is het helder dat dit van belang is voor de continuïteit van zorg voor de patiënt en mogelijk diens thuisfront.

In de praktijk zijn de eerste update en het ontslagbericht het belangrijkste. Vaak volstaan deze. De set updates biedt de mogelijkheid om met relatief weinig werk, dat bovendien goed aansluit bij de routine in de kliniek of polikliniek, tegemoet te komen aan de wens om de tijdigheid van informeren te laten prevaleren boven volledigheid.

Update vanuit polikliniek

De medisch specialist overweegt een update vanuit de polikliniek:

- zodra de medisch specialist een werkhypothese en een plan heeft opgesteld;
- bij het stellen van een diagnose en/of inzetten of wijzigen van therapie met belangrijke impact, zoals nieuwe medicatie, gewijzigd therapieschema, uitstel interventie, time-out voor de patiënt voorafgaand aan de keuze voor behandeling starten hetzij voortzetten (bijvoorbeeld bij patiënten met kanker), plaatsen op de opnamelijst;
- na behandeling/ingreep op de dagbehandeling (bijvoorbeeld indien het een invasieve interactie betreft en kans op bijvoorbeeld nabloeden aanwezig is);
- (na het versturen van het ontslagbericht): nagekomen uitslag die relevant is;
- als de patiënt lang onder controle blijft: op gezette tijden rapportage over het ingezette traject.

Update vanuit kliniek

De medisch specialist overweegt een update vanuit de kliniek:

- bij opname (vaak stuurt het ziekenhuis een opnamebericht; indien dit bericht ook de opname-indicatie vermeldt en de huisarts middels een eerdere update al op de hoogte is van de reden van opname, kan een extra update wellicht achterwege blijven; hetzelfde geldt bij opname vanaf de spoedeisende-hulpafdeling: indien de huisarts al op de hoogte is van de opname en de reden hiervoor, kan de extra update vervallen);
- bij het stellen van een diagnose en/of inzetten of wijzigen van therapie met belangrijke impact, zoals nieuwe medicatie, gewijzigd behandelingschema, uitstel van de interventie, of bij een time-out voor de patiënt voorafgaand aan de keuze voor behandeling starten hetzij voortzetten;
- bij onverwachte opname op de ic; bij onverwachte bevinding bij een operatie.

De medisch specialist stuurt *altijd* een update vanuit de kliniek:

- bij overlijden van de patiënt.

Ontslagbericht vanuit polikliniek

De medisch specialist stuurt een ontslagbericht vanuit de polikliniek:

- bij ontslag uit poliklinische controle.

Ontslagbericht vanuit kliniek

De medisch specialist stuurt een ontslagbericht vanuit de kliniek:

- bij ontslag (bij doorverwijzing door de medisch specialist naar een andere instelling komt een kopie daarvan voor de huisarts in de plaats van het ontslagbericht);
- bij overplaatsing, al dan niet definitief, naar een andere afdeling.

3. TIJDIGHEID VAN BERICHTGEVING

Het is goed om zich te realiseren dat tijdigheid van berichtgeving vaak prevaleert boven volledigheid. Dit speelt vooral bij de ontslagberichten. De huisarts is zeer gediend met een bericht op de dag van ontslag uit de kliniek om continuïteit van zorg te kunnen leveren. Dan zijn vaak de laatste uitslagen nog niet bekend. In dat geval is het onvermijdelijk om informatie na te sturen. In deze richtlijn hanteren we de volgende criteria voor tijdigheid.

Verwijsbericht of update door huisarts

Voor de tijdigheid van een verwijsbericht of update door de huisarts gelden de volgende criteria.

- Het verwijsbericht is beschikbaar in de tweede lijn op het moment van overname.
- Een update vanuit de eerste lijn wordt zo snel als vereist is voor de continuïteit van zorg gedeeld met de medisch specialist en waar nodig met overige betrokken zorgverleners.

NB de huisarts moet zich realiseren dat de update pas wordt gezien bij het eerstvolgende consult.

Ontslagbericht of update door medisch specialist

Voor de tijdigheid van een ontslagbericht of update door de medisch specialist gelden de volgende criteria.

- Updates richting de verwijzer vinden plaats zo snel als vereist is voor de continuïteit van zorg.
- Het ontslagbericht vanuit de kliniek volgt in principe direct maar uiterlijk binnen 24 uur.
- Het ontslagbericht vanuit de polikliniek volgt zo snel vereist is voor de continuïteit van zorg, maar uiterlijk binnen 5 dagen.

Bij een goed vormgegeven situatie betekent ‘geen bericht’ dat er geen nieuwe ontwikkelingen zijn.

4. VERDELING VERANTWOORDELIJKHEID

In de periode dat de patiënt wordt gezien door zowel de huisarts als de medisch specialist, moet er duidelijkheid zijn over de verdeling van de verantwoordelijkheid. De huisarts en de medisch specialist volgen in het algemeen de regel dat de medisch specialist de verantwoordelijkheid overneemt voor de klacht waarvoor is verwezen terwijl de huisarts verantwoordelijk blijft voor de overige zorg. Gedurende een opname ligt ook voor de overige zorg de verantwoordelijkheid bij de specialist. Bij ontslag gaat deze verantwoordelijkheid weer terug of deels terug naar de huisarts.

Het HASP-model neemt deze algemene regel als basis. Indien de huisarts van deze regel wil afwijken, noteert de huisarts dit in de rubriek Procedurevoorstel. Indien de medisch specialist (geconsulteerde) wil afwijken, noteert de medisch specialist dit in Beleid en/ of Aanbeveling uw follow-up. Zie verder hoofdstuk 3.

Met het verzenden of accepteren van een bericht draagt de huisarts (verwijzer) of de medisch specialist (geconsulteerde) de verantwoordelijkheid of een deel van de verantwoordelijkheid over.			
Situatie		De verantwoordelijkheid voor	
		de klacht	de overige zorg
Bij verwijzen		gaat naar de medisch specialist vanaf het eerste consult. <i>Tenzij ander voorstel in bericht</i>	blijft bij de huisarts (verwijzer).
Bij opname		gaat naar of blijft bij de medisch specialist.	gaat naar de medisch specialist. <i>Tenzij ander voorstel in bericht</i>
Bij ontslag	uit de kliniek	blijft bij de medisch specialist. <i>Tenzij ander voorstel in bericht</i>	gaat terug naar de huisarts (verwijzer) of gaat naar andere geadresseerde. • de huisarts krijgt dan kopiebericht
	uit de poli-kliniek	gaat terug naar de huisarts (verwijzer) of gaat naar andere geadresseerde. • de huisarts krijgt dan kopiebericht	
Bij consultatie*		blijft bij de huisarts (verwijzer).	blijft bij de huisarts (verwijzer).

* De consultatie maakt vooralsnog geen deel uit van de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP).

Deze figuur staat ook in bijlage A

Figuur 2.2 Verdeling van de verantwoordelijkheid

HOOFDSTUK 3 VORM VAN INFORMATIE-UITWISSELING



1. VASTE INDELING ENVELOP-KERN-DOSSIERSAMENVATTING

Alle berichten hebben een vaste indeling in drie delen: Envelop, Kern en Dossiersamenvatting.

- De *Envelop* bevat de rubrieken voor logistiek, administratie en financiële verantwoording; het secretariaat of de assistente van de ontvanger kan hiermee een consult plannen en administratieve afhandeling verzorgen;
- De *Kern* bevat de rubrieken die samen compact de relevantste informatie voor de continuïteit van zorg bevatten;
- De *Dossiersamenvatting* bevat de rubrieken uit het dossier die tezamen het beeld geven van de patiënt zoals de zorgverlener dat heeft bij de overdracht. De Dossiersamenvatting vormt daarmee een wezenlijk onderdeel van de overdracht en kan belangrijke achtergrondinformatie bevatten.

Deze drie delen zijn verder onderverdeeld in vaste rubrieken (zie figuur 3.1).

Let op: de voorbeelden zijn gebaseerd op bestaande berichten. Dit leidt tot verschillende notaties. De nog te ontwikkelen informatiestandaard zal hiervoor nadere instructies geven. Zie bijlage D, paragraaf 2.

Envelop	
Gegevens auteur	Huisartspraktijk Jansen 4324233 Ulvenhoutseweg 19 5023 LJ Chaam, 016-678 23 45 jansen@huisartsenpraktijkjansen.nl A.J. Jansen 54892 (huisarts)
Gegevens patiënt of cliënt	Berner Werkhoven 1770.34.12 (m) 18-09-1958 Ringhof 14, 3412 RT Chaam +31 6 78 34 23 45
Gegevens geadresseerde	Mariaziekenhuis 2348436 Warandelaan 14b, 3412 JC Tilburg Dr. H. Maaz (cardioloog), 126236 hm.maaz@mariazh.nl
Datum en tijd	18 feb 2017
Type bericht	verwijsbericht
Kern	
Reden verwijzing	Uitsluiten hartritmestoornis; graag uw analyse en waar nodig behandeling dan wel geruststelling
Ingestelde behandeling	geen
Procedurevoorstel	kort diagnostisch traject en/of uw advies
Dossiersamenvatting	
Deelcontactverslag	01-06-2017 (S) regelmatig licht in het hoofd, moet zich dan even vasthouden en daarna een rood hoofd; geen pijn op de borst; voelt het hart voortdurend kloppen, geen onregelmatigheden. (O) RR 165/95; pols 60 reg. (E) licht in het hoofd; hartritmestoornis? 13-02-2017 (E) surmenage
Episodelijst	open episodes met vlag 12-09-2017 Eenzaamheid gesloten episodes met vlag 04-05-2000 CVA 01-04-1999 Chronische pancreatitis
Behandelingen	31-10-2008 Cross-overbypass
Medicatie bij verwijzing	voorschriften op moment van verwijzen bekend bij verwijzer 13-02-2017 oxazepam tablet 10 mg zn 20,0000
Overgevoeligheid voor medicatie	Contra-indicaties voor voorschrijven 20051212 Refluxziekte (0214) 20051212 Ulcus pepticum (0158) 20110210 Hypertensie (0018)
Profylaxe	geen

Figuur 3.1 Vaste indeling Envelop-Kern-Dossiersamenvatting (berichtvoorbeeld)

(S): subjectief; (O): objectief; (E): evaluatie; (P): plan; zn: zo nodig

2. RUBRIEKEN

Voor elke soort informatie die huisarts en medisch specialist uitwisselen is een afzonderlijke rubriek beschikbaar. De berichten zijn zo samengesteld dat dezelfde soort informatie steeds in dezelfde rubriek te vinden is. Voor de keuze en ordening van rubrieken gelden de volgende uitgangspunten.

- Voor de rubrieken van de Kern heeft de informatiebehoefte van de ontvanger (huisarts respectievelijk medisch specialist) de prioriteit, omdat die informatie de basis is voor continuïteit van zorg.
- De rubrieken in de Envelop en in de Dossiersamenvatting sluiten zo goed mogelijk aan bij het HIS-Referentiemodel en de Basisgegevensset Zorg (zie bijlage D, Ontwikkelingen) die ook het model zijn voor IT-systemen.

Bij de keuze voor de rubrieken hebben de samenstellers van deze herziene Richtlijn HASP zich laten leiden door:

- onderzoek van verzonden elektronische berichten;
- feedback op de bestaande rubrieken door gebruikers van de richtlijn uit 2008.

Voor de terminologie van de rubrieken is aansluiting gezocht bij termen die huisarts en medisch specialist beiden gebruiken. Indien zo'n term niet voorhanden was, is gezocht naar een alternatief dat bij beiden voldoende herkenning geeft en niet leidt tot verwarring.

3. GEBRUIKEN INVULFORMAT

Bij het gebruik van het invulformat van het bericht concentreert de verzender zich op de rubrieken in de Kern. In het verwijsbericht moet de Kern voor de medisch specialist in één oogopslag duidelijk maken waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is. En uit de Kern in het ontslagbericht moet het de huisarts snel duidelijk zijn wat het antwoord van de medisch specialist is op de vraagstelling, en welke follow-up de huisarts moet bieden. De overige informatie komt terecht in de Envelop en de Dossiersamenvatting. Een rubriek moet begrijpelijke tekst bevatten, en moet informatief en duidelijk zijn.

Veel rubrieken uit de Envelop en de Dossiersamenvatting krijgen al een vulling mee vanuit het informatiesysteem van de zorginstelling; het is dan aan de verzender om te controleren en veelal ook aan te passen op begrijpelijkheid, relevantie en volledigheid.

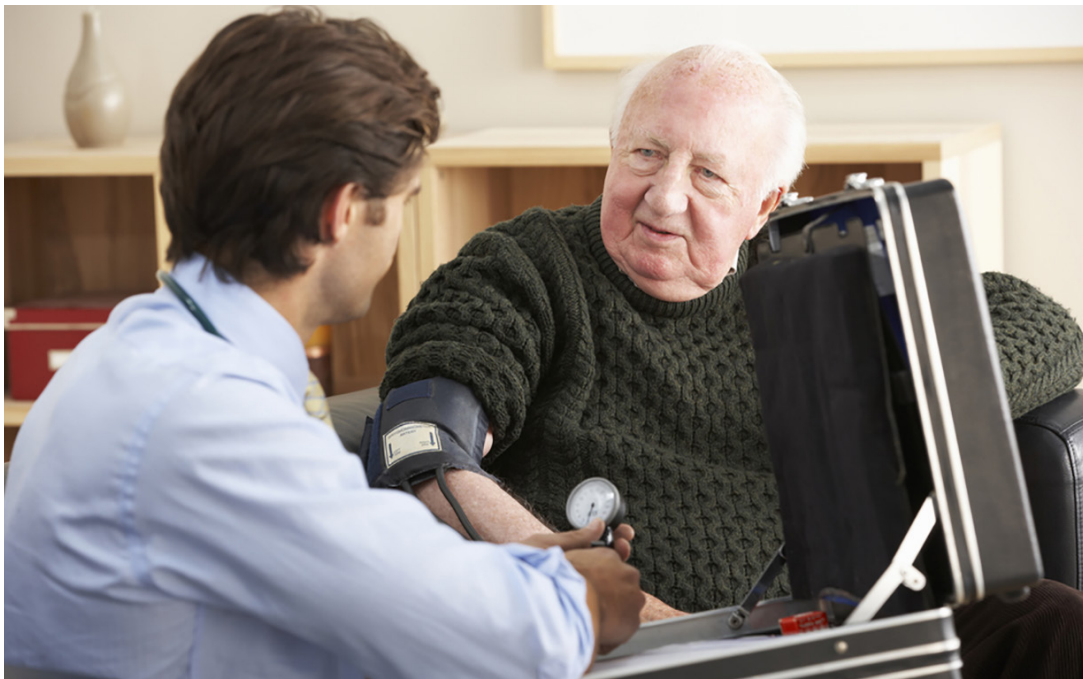
Sommige rubrieken zijn verplicht. Andere rubrieken zijn afhankelijk van het zorgmoment verplicht of juist niet van toepassing. Verplichte rubrieken worden altijd vermeld in het bericht. De informatie – of het feit dat er geen informatie is – is dan dermate belangrijk dat dit altijd in het bericht wordt vermeld.

Ook de samenhang tussen de verstuurd berichten verdient aandacht. De Dossiersamenvatting in het updatebericht bevat alleen informatie die nodig is voor illustratie van een mogelijk gewijzigde context, maar verder bij voorkeur geen herhaling van al eerder verstuurd gegevens. Wel bevat de update in de Kern ook altijd de interpretatie of de mening van de verzender.

Hoofdstuk 4 en 5 gaan nader in op gebruik en vulling van rubrieken in berichten.

Het gebruik van afkortingen in de tekst van een rubriek leidt vaak tot verwarring en soms tot fouten aan de ontvangende kant en verdient daarom zeer terughoudend gebruik.

HOOFDSTUK 4 VERWIJSBERICHT EN UPDATES DOOR HUISARTS



Bij de Richtlijn HASP hoort een ‘online viewer HASP’ waarin u rubrieken, voorbeelden en toelichting kunt vinden. Zie www.nhg.org/ict.

De sterretjes (asterisken) in dit hoofdstuk betekenen het volgende.

- * verplicht in verwijsbericht
- ** verplicht in update door huisarts
- *** verplicht bij kwetsbare ouderen

Verplichte rubrieken worden altijd gepresenteerd bij de ontvanger, ook als ze niet zijn ingevuld.

1. RUBRIEKEN IN HET VERWIJSBERICHT

Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om aan de medisch specialist met het verwijsbericht snel en goed inzicht te verschaffen in de problematiek van de patiënt en de vraag die de huisarts heeft. Dit vergt van de huisarts:

- in het onderdeel de Kern: goede formulering van de inhoud van de rubrieken;
- controle van de automatisch vanuit het huisartsinformatiesysteem (HIS) gevulde rubrieken op juistheid, volledigheid, relevantie en begrijpelijkheid.

De volgorde van de rubrieken in het verwijsbericht is afgestemd op zowel de verzender als de ontvanger. De driedeling Envelop-Kern-Dossiersamenvatting komt tegemoet aan de wens van de specialist om, in de Kern, snel de verwijsvraag, de ingestelde behandeling en de context te kunnen vinden die nodig is om het stokje te kunnen overnemen van de huisarts.

Hier volgt per gedeelte (Envelop, Kern, en Dossiersamenvatting) een toelichting op de rubrieken. Bij de rubrieken in Kern en Dossiersamenvatting geven we ook voorbeelden. Bij sommige specialismen kan er behoefte zijn aan nadere precisering van de informatie die de medisch specialist wenst in een rubriek van het verwijsbericht. Deze verbijzondering per specialisme vindt u toegelicht in hoofdstuk 6, paragraaf 5, Verbijzondering verwijsbericht per specialisme (zie voor de afgesproken verbijzonderingen per specialisme de online HASP-viewer via www.nhg.org/ict).

In hoofdstuk 6, Implementatie bij de huisarts, leest u over nadere eisen, over hoe de vul-ling vanuit het HIS zou moeten zijn, en over hoe deze rubrieken passen bij de Basisgege-vensset Zorg.

Envelop verwijsbericht

De Envelop bevat rubrieken voor logistiek en overdracht van administratieve gegevens. Het secretariaat aan de kant van de medisch specialist gebruikt deze gegevens om het consult te plannen. Onder deze gegevens vallen ook gegevens die nodig zijn voor onder-steuning van regionale afspraken, zoals over het toegangspad en de urgentie.

Envelop	
Gegevens auteur	Huisartspraktijk Jansen 4324233 Ulvenhoutseweg 19, 5023 LJ Delft 016-678 23 45 jansen@huisartsenpraktijkjansen.nl A.J. Jansen 54892 (huisarts) contactpersoon: J.H. Merkel (aios huisartsgenees- kunde) bereikbaar alle dagen tijdens kantooruren behalve woensdag: 016-678 23 45.
Gegevens patiënt of cliënt	Berner Werkhoven 1770.34.12 (m) 18-09-2012 Ringhof 14 3412 RT Chaam. contactpersoon: Hanneke Driest (moeder) +316 78 34 23 45; Jan Werkhoven (vader) Braberstraat 20, 3423 UR Medemblik, +316 72 38 73 87.
Gegevens geadresseerde	Mariaziekenhuis 2348436. Warandelaan 14b, 3412 JC Tilburg. Dr. H. Maaz (kinderarts), 126236. hm.maaz@mariazh.nl
Datum en tijd	18 feb 2017
Type bericht	verwijsbericht

Figuur 4.1 Voorbeeld van Envelop verwijsbericht

Gegevens auteur,***

Gegevens van de verwijzer. Naast algemene gegevens van de praktijk omvat dit ook de contactpersoon voor deze verwijzing en wanneer en hoe deze bereikt kan worden. Meestal is de contactpersoon de huisarts zelf, maar het kan ook een aios huisartsgeneeskunde zijn of een collega-huisarts.

Gegevens patiënt of cliënt,***

Gegevens van de patiënt die wordt verwezen. Dit omvat ook hoe de medisch specialist de patiënt of diens thuisfront kan bereiken, en de contactgegevens in speciale situaties

bijvoorbeeld:

- bij wilsonbekwame volwassenen;
- bij minderjarige kinderen met gescheiden ouders: de contactgegevens van de tweede ouder.

Gegevens geadresseerde, ***

Gegevens van de instelling waarnaar wordt verwezen. Indien al bekend: ook de zorgverlener. U mag ook invullen: de patiënt (cliënt) maakt zelf nog keuze voor een instelling of specialist.

Datum en tijd, ***

Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.

Type bericht, ***

Deze rubriek verwijst naar het HASP-berichtmodel: verwijsbericht of update door de huisarts.

Zorgpad

Voorstel voor de zorgstraat die, of het zorgpad dat de huisarts van toepassing acht voor deze patiënt of cliënt. Deze rubriek gebruikt de huisarts alleen indien er afspraken zijn met de betreffende specialist of zorginstelling over zorgpaden en zorgstraten.

Urgentie

Voorstel voor de snelheid waarmee patiënt of cliënt moet worden gezien. Deze rubriek gebruikt de huisarts alleen indien daarover afspraken zijn gemaakt met de betreffende zorginstelling.

Voorzieningen nodig bij consult

Extra aandacht of maatregelen die nodig zijn voor een consult met deze patiënt, zoals tolktelefoon of rolstoeltoegankelijkheid.

Beheerder bericht, ***

De organisatie die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt: de huisarts, of de huisartsenpraktijk, de medisch specialist of het ziekenhuis, of een derde partij.

Kern verwijsbericht

De Kern van het verwijsbericht moet de ontvanger snel inzicht geven in de problematiek van de patiënt en de vraag die nu aan de orde is. De rubrieken met * worden altijd afgedrukt, ook als ze niet zijn ingevuld.

(Voorbeeld 2)		Kern
Reden + context verwijzing	Uitsluiten hartritmestoornis; graag uw analyse en waar nodig behandeling dan wel geruststelling. De patiënt heeft de afgelopen 4 weken weer veel invaliderende klachten	
Ingestelde behandeling	geen	
Procedurevoorstel	kort diagnostisch traject en/of uw advieses	
Verder van belang	Zie uw correspondentie uit 2013.	

Figuur 4.2 Voorbeeld van Kern verwijsbericht

*Reden + context verwijzing**

Bij deze rubriek vermeldt de huisarts waarom deze patiënt verwezen wordt, en waarom op dit moment. De huisarts bedenkt of de geconsulteerde naast de korte verwijsreden nog extra context nodig heeft om het stokje goed te kunnen overnemen.

Vaak kan de Reden verwijzing kort zijn: de huisarts verwijst omdat er afspraken zijn om de noodzakelijke zorg in de tweede lijn te geven en het type verwijzing komt vaak voor, zie ook de voorbeelden in het volgende kader. Belangrijk is om concreet aan te geven:

- welk alarmsymptoom de huisarts ziet;
- welk ongewone beloop het ziektebeeld vertoont.

Of er speelt meer mee om deze patiënt op dit moment te verwijzen; de huisarts verwijst omdat:

- de klachten het functioneren van de patiënt te veel in de weg staan;
- de thuissituatie hierom vraagt;
- de huisarts de eigen koers onvoldoende vertrouwt;
- de huisarts een oorzaak wil uitsluiten alvorens een andere weg in te slaan;
- er sprake is van lastig te managen complexiteit.

Juist deze aanvullingen zijn essentieel om de medisch specialist het juiste startpunt te bieden.

Voorbeeld 1: naar allergoloog

Graag uw analyse bij hinderlijke klachten van vermoedelijk allergische conjunctivitis en/of allergische rinitis.

Voorbeeld 2: naar cardioloog

Uitsluiten hartritmestoornis; graag uw analyse en waar nodig behandeling dan wel geruststelling.

Voorbeeld 3: naar gynaecoloog

N.a.v. bevolkingsonderzoek: uitslag Pap. 3a.

Voorbeeld 4: naar kinderarts

Al langer bestaande klachten van buikpijn zonder alarmsymptomen maar met veel schoolverzuim. Recente scheiding ouders, gepest op school. Graag uitsluiten somatische aandoening en geruststelling ouders, zodat ik daarna psychologisch traject kan opstarten.

Voorbeeld 5: naar de cardioloog

Mw is bij u bekend met klachten van supraventriculaire tachycardie waarvoor maximale orale medicatie (in verleden ook al andere bètablokkade betracht). Nachtelijke tachycardie met vegetatieve verschijnselen bij bekend atriumfibrilleren. Wegens maximale orale dosis en conform uw suggestie alsnog elektrofysiologisch onderzoek?

*Ingestelde behandeling**

Het gaat hier om de behandeling die is ingesteld in het kader van de klacht waarover de berichtgeving gaat. Wees concreet, bijvoorbeeld over in wat u heeft gedaan; vanaf welke

datum een nieuw voorschrift geldt; of een plaatsing op een wachtlijst een urgentie kent.

- Dus niet: ‘een kuurtje gestart’, maar wel de medicatieafspraken of het voorschrift met datum.
- Soms: ik heb de drie gangbare antihypertensiva gebruikt, op dit moment [...].’
- Indien geen behandeling actueel is, vermeldt u: ‘geen’.

Voorbeeld 1

Zyrtec oraal gedurende twee weken helpt onvoldoende. Geen specifieke allergie aangetoond tot op heden.

Voorbeeld 4

R/30 st desloratadine tabl omh 5m (1.1T).

Voorbeeld 5

Zelf metoprolol van echtgenoot genomen zonder overleg.

Overige voorbeelden

Vanwege hoge koorts, hoesten, kortademigheid en bij auscultatie veel ronchi en mogelijk crepitaties rechtsonder zonder piepen of verlengd expirium met vermoeden van bronchitis en/of pneumonie in oktober en november weer een kuur amoxicilline voorgeschreven met vlot herstel van de klachten.

Procedurevoorstel*

Voorstel van de huisarts voor de verdere samenwerking, bijvoorbeeld: ‘Graag eenmalig advies’ of ‘Gaarne overname behandeling’. Desgewenst ook het voorgestelde beleid indien de geconsulteerde medisch specialist geen verklaring vindt voor de klachten van de patiënt. Gewerkt kan worden met een meerkeuzelijst (zie voorbeeld).

Voorbeeld 1

- ☒ anders, namelijk nadere analyse en indien mogelijk oorzakelijke therapie en/of desensibilisatie.

Voorbeeld 2

- ☒ kort diagnostisch traject en/of uw advies.

Voorbeeld 3

- ☒ overname diagnostiek en/of behandeling.

Voorbeeld 4

- ☒ anders, namelijk op korte termijn uw terugname behandeling; voortzetten behandeling bij toename klachten.

Voorbeeld keuzelijst

- ☐ kort diagnostisch traject en/of uw advies.
- ☐ overname voor diagnostiek en/of behandeling.
- ☐ aanvullende diagnostiek, namelijk [...].
- ☐ second opinion.¹
- ☐ op verzoek patiënt.
- ☐ anders, namelijk [...].

¹ NB dit betreft geen ‘second opinion’ in juridische zin, het gaat om verwijzing voor dezelfde Reden + context verwijzing, maar naar een andere specialist.

Verder van belang

Deze rubriek bevat noodzakelijke verwijzingen naar dossieronderdelen die extra aandacht vragen van de ontvanger van het bericht. Deze rubriek is niet verplicht, maar soms speelt iets belangrijks mee bij de klacht waarbij het belangrijk is dat de ontvanger van het bericht dit niet over het hoofd ziet. Geef in zo'n geval in enkele woorden aan wat speelt, en verwijst eventueel naar een rubriek in de Dossiersamenvatting.

Voorbeeld 1

Eerder in 2015 speelden er surmenageklachten.

Voorbeeld 2

Lopend traject bij neuroloog vanwege spierklachten.

Voorbeeld 3

Op verzoek moeder.

Voorbeeld 4

Zie uw correspondentie uit 2013.

Overige voorbeelden

Er is sprake van kwetsbaarheid met complexe zorg(ouderen). Zie **Psychogeriatrisch onderzoek**.

Zie **Behandelgrenzen** voor recente wijziging afspraken.

Bij contact met patiënt moet als eerste worden gebeld de dochter, zie **Gegevens patiënt of cliënt**.

Bij een dementerende patiënt: 'Contactpersoon is de aangewezen persoon voor telefonisch contact.'

Broertje in 2015 overleden t.g.v. sepsis/meningitis.

Dossiersamenvatting huisarts

Alle rubrieken met verder relevante informatie voor de verwijzing komen in de Dossiersamenvatting. Het HIS of de verwijsapplicatie vult de Dossiersamenvatting veelal gemakkelijk wanneer de huisarts verwijst volgens de Richtlijn ADEPD (zie bijlage D, paragraaf 7, Relatie met andere richtlijnen). De ontvanger zal de Dossiersamenvatting 'screenend' door nemen, bijvoorbeeld op zoek naar bepaald medicijngebruik of bepaalde laboratoriumuitslagen. Indien u een rubriek uit de Dossiersamenvatting extra onder de aandacht wilt brengen van de medisch specialist, verwijst dan in de Kern in de rubriek 'Verder van belang' naar deze rubriek.

Dossiersamenvatting	
Deelcontactverslag	01-06-2017 (E) licht in het hoofd; hartritmestoornis? (S) regelmatig licht in het hoofd, moet zich dan even vasthouden en daarna een rood hoofd; geen pijn op de borst; voelt het hart voortdurend kloppen, geen onregelmatigheden. (O) RR 165/95; pols 60 reg. (P) verwijzing cardioloog. 13-02-2015 (E) surmenage
Episodelijst	open episodes met vlag 01-07-2014 eenzaamheid gesloten episodes met vlag 01-07-2000, CVA 14-11-1999, Chronische pancreatitis open episodes zonder vlag 14-03-2016, Lagerugpijn met uitstraling 12-01-2016, Symptomen meerdere/niet gespecificeerde gewrichten 30-06-2015, Diverticulose 01-03-2013, Slaapproblemen 12-02-2010, Presbycusis 12-02-2010, Astma
Behandelingen	31-10-2008, Cross-overbypass
Medicatie bij verwijzing	voorschriften op moment van verwijzen bekend bij verwijzer 13-02-2017 oxazepam tablet 10 mg ZN 20,0000 relevante zelfmedicatie ibuprofen, 400 mg 3 dd 1 tablet
Overgevoeligheid voor medicatie	Contra-indicaties voor voorschrijven 12-12-2005 Refluxziekte (0214) 12-12-2005 Ulcus pepticum (0158) 12-12-2005 Hypertensie (0018)
Profylaxe	geen bekend
Risicovol leefgedrag	geen bekend

Figuur 4.3 Voorbeeld van Dossiersamenvatting verwijsbericht

NB: niet alle optionele rubrieken zijn hier opgenomen.

(S): subjectief; (O): objectief; (E): evaluatie; (P): plan

Deelcontactverslag

Voor de klacht relevante SOEP-regels uit het journaal van de huisarts, chronologisch geordend waarbij de nieuwste regels het eerst worden vermeld. SOEP is een methode van bijhouden van een medisch dossier door de huisarts, die de informatie uit het contact met patiënt noteert onder vier kopjes: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan. Selecteer niet te veel: Vaak voldoet een selectie van bijvoorbeeld de laatste drie tot vijf deelcontacten.

Voorbeeld 1**01-03-2015**

(S) Zyrtec oraal helpt onvoldoende.

(O) totaal IgE is royaal, maar geen specifieke allergie.

Voorbeeld 2**01-06-2015**

(S) regelmatig licht in het hoofd, moet zich dan even vasthouden en daarna een rood hoofd; geen pijn op de borst; voelt het hart voortdurend kloppen, geen onregelmatigheden.

(O) RR 165/95; pols 60 reg.

(E) licht in het hoofd; hartritmestoornis?

(P) verwijzing cardioloog.

13-02-2015

(E) surmenage.

Voorbeeld 3**02-09-2016**

(P) verwijzing gynaecoloog.

02-09-2016

(S) (tel.) pathologie: uitstrijkje in Pap. 3a met matige dysplasie, advies consult gynaecoloog.

(P) notitie EB gemaakt.

25-08-2016

(O) portio normaal.

(E) bevolkingsonderzoek (bvo) smear.

Voorbeeld 4**27-06-2016**

(S) (tel., moeder) dagelijks wisselende zwellingen, nog geen laboratoriumuitslag over allergie binnen. Wil graag verwijzing voor allergoloog.

27-06-2016

(P) R/30 st desloratadine tabl omh 5m (1.1T).

20-06-2016

(S) (tel.) moeder krijgt zwellingen in gelaat door noten en vruchten, steeds erger.

Voorbeeld 5**15-07-2016**

(S) last van hartkloppingen, die zijn al eerder vastgesteld. nu weer erger: hand.

(S) Deze week nachtelijk heftige aanval tachycardie met kletsnat van zweten, vlekken zien met dichte ogen, pijn op de borst niet evident. Mw heeft zonder overleg metoprolol van echtgenoot die nacht nog ingenomen met niet geheel duidelijk effect.

(P) Retour naar Dr Sybrandi en electrofysiol. onderzoek te overwegen in Zwolle (zie brief 2013).

(E) Tachycardie op basis van paroxysmaal atriumfibrilleren

(S): subjectief; (O): objectief; (E): evaluatie; (P): plan

Episodelijst*

Een opsomming van de actuele gezondheidsproblemen van de patiënt; aangevuld met belangrijke eerdere problemen, achtereenvolgens:

- open episodes met vlag;
- afgesloten episodes met vlag;
- open episodes zonder vlag.

Voorbeeld 1**open episodes met vlag**

99-99-2017 [..kwetsbaarheid]

99-99-2016, bevolkingsonderzoek (bvo) smear

99-99-2014, bevolkingsonderzoek (bvo) mamma

99-99-2012, COPD gold 2

gesloten episodes met vlag

01-01-2000, CVA

01-01-1999, Chronische pancreatitis

open episodes zonder vlag

99-99-2016, Lagerugpijn met uitstraling

99-99-2016, Symptomen meerdere/niet gespecificeerde gewrichten

99-99-2015, Diverticulose

99-99-2013, Slaapproblemen

99-99-2010, Stressklachten

99-99-2010, Presbycusis

99-99-2010, Astma

99-99-2009, Secundaire CVRM

99-99-2008, Claudicatio

99-99-2006, Depressie

99-99-2006, Climacterium

22-02-2007, Hyperlipidemie

Voorbeeld 2

10-09-2015 urticaria, S98

Voorbeeld 3

17-06-2015, Vitaminedeficiëntie B12

17-06-2015, Allergische reactie Insuline

28-03-2011, Ablatio retinae - naar Nijmegen

24-08-2009, Atriumfibrilleren, GEEN Acenocoumarol sinds 18_11_15

09-04-2009, hypothyroïdie

28-01-2008, Diabetes type 2, DIAGIS

04-06-2012, Cataract extractie OD

20-08-2010, nikkelallergie bij DM type I Insulinetherapie

Behandelingen*

Operaties en ingrijpende behandelingen in het verleden.

Voorbeeld 3

31-10-2008, Cross-overbypass

Medicatie*

Medicatieafspraken voor zover bekend bij verzender. Eerder voorgeschreven medicatie nu gestaakt: vermelden indien dit relevant wordt geacht voor de medisch specialist. Van toepassing is ook de Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten (in ontwikkeling) (zie bijlage D).

Voorbeeld 1**voorschriften op moment van verwijzen bekend bij verwijzer**

Zyrtec tabl omh 10 mg; 1x per dag 1 tablet

Colecalciferol dr 50.000 IE/ml; 1x per maand 1 milliliter

Voorbeeld 2**voorschriften op moment van verwijzen bekend bij verwijzer**

13-02-2015 OXAZEPAM TABLET 10MG ZN 20,0000

Voorbeeld 3**voorschriften op moment van verwijzen bekend bij verwijzer**

22-06-2016 DESLORATADINE TABL 5MG, 1.1T

Voorbeeld 4

Geen bekend.

Voorbeeld 5**voorschriften op moment van verwijzen bekend bij verwijzer**

31-10-2016, FERROFUMARAAT TABLET 200MG, 90, 3D1T, voor onbepaalde duur

19-10-2016, ACETYLSALICYLZUUR CARDIO PCH DISP TABLET 80MG, 360, 1D1T, tot dec 2017, cardioloog

19-10-2016, AMLODIPINE TABLET 5MG, 360, 1D1T, voor onbepaalde duur, huisarts

19-10-2016, METFORMINE HCL PCH TABLET 500MG, 360, 1D1T, voor onbepaalde duur, huisarts

19-10-2016, PERSANTIN RETARD CAPSULE MGA 200MG, 720, 2D1C, voor onbepaalde duur

19-10-2016, SIMVASTATINE ACCORD TABLET FILMOMHULD 20MG, 90, 1D1T, voor onbepaalde duur

19-10-2016, TIOTROPIUM VERNEVELVLST 2,5UG/DO PATR 60DO INH, 180, 1D2I, voor onbepaalde duur

12-10-2016, INFLUENZAVACCIN (NIET GESPECIFICEERD) WWSP 0,5ML, 0, eenmalig, huisarts

28-09-2016, OMEPRAZOL CF CAPSULE MSR 40MG, 90, 1D1C, voor gebruik zo nodig, oogarts

klinisch relevante zelfmedicatie

IBUPROFEN, 400 MG 3D1T

eerder voorgeschreven medicatie nu gestaakt:

12-07-2016, COLECALCIFEROL CAPSULE 800IE, 90, 1D1T

12-09-2016 Reden staken informatie of wens patiënt

*Overgevoeligheid voor medicatie; contra-indicaties voor voorschrijven**

Geef voldoende detailgegevens opdat de ontvanger kan bepalen of het verantwoord is om een middel in andere context opnieuw in te zetten.

Voorbeeld 1

Geen bekend.

Voorbeeld 2**Contra-indicaties voor voorschrijven**

20051212 Refluxziekte (0214)

20051212 Ulcus pepticum (0158)

20051212 Hypertensie (0018)

Voorbeeld 3**Overgevoeligheid voor medicatie:**

STA, omeprazol, Diarree

Overige voorbeelden**Overgevoeligheid voor medicatie:**

12-03-2002 Penicillines, aard reactie: misselijkheid; ernst reactie: matig; vaststeller: huisarts

In 2015 urticarieel beeld zonder bedreiging ademhaling of circulatie na Amoxicilline i.v.m. bronchitis

Contra-indicaties voor voorschrijven

12-03-2017 Zwangerschapswens

12-03-2017 Mammacarcinoom

*Profylaxe**

Specifieke voorzorgsmaatregelen die bij bepaalde ingrepen moeten worden genomen bij deze patiënt of bij de omgeving van de patiënt.

Voorbeeld 1

17-09-2017 Algemene voorzorgsmaatregelen in verband met vastgesteld BRMO-dragerschap

Overige voorbeelden

Endocarditisprofylaxe bij de patiënt aangewezen bij chirurgische ingreep in verband met kunstklep.

Vanwege splenectomie in 2002 is antibiotica aangewezen bij koorts; patiënt kent zelf instructies.

Gezien doorgemaakt acuut reuma bestaat een indicatie voor antibioticaprofylaxe bij invasieve ingrepen in de mondholte.

Aanvullend onderzoek

Relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek: datum, plaats, type bepaling, materiaal en waarde. Indien relevant ook nadere details vermelden zoals methode, uitvoerder, eenheid en normaalwaarden. Onder deze rubriek worden bijvoorbeeld vermeld klinisch-chemisch, bacteriologisch, pathologisch, radiologisch, ecg, longfunctie, vaat-, neurologisch, gehoor-, psychologisch en *quality of life-onderzoek*; consultering collega.

Voorbeeld 1

2015-11-03 Immunoglobuline E totaal (IgE tot) 404 > -/87
 2015-11-03 Multi RAST (Phadiatop) NEGATIEF
 2015-11-03 As. paarde-roos e3 < 0.35 -/0.35 (negatief)
 2015-11-03 As. rund-roos e3 < 0.35 -/0.35 (negatief)
 2015-11-03 opmerking/beoordeling allergie (lab)

Voorbeeld 2

09-08-2016 bezinking (BSE) 7
 09-08-2016 leukocyten 13.7
 09-08-2016 urinezuur 0.23
 25-07-2016 ..
 .. (26x hematologie)
 18-07-2016 bezinking (BSE) 9
 99-99-2011 Borrelia Burgdorferi IGM 3.5
 99-99-2011 Borr. Burgd IgG titer (EIA) 10.1
 23-10-2009 opmerking 1 differentiatie Autom.
 23-10-2009 opmerking 1 differentiatie Autom.

Voorbeeld 3

05-04-2016, triglyceriden 3,9 mmol/l
 05-04-2016, Vitamine D dihydroxycholesterol 41 mmol/l
 99-99-2016, systolische bloeddruk 150 mmHg
 04-02-2016, HbA1c IFCC 60 mmol/mol
 09-11-2015, systolische bloeddruk 166 mmHg
 09-11-2015, polsfrequentie 110 x/min
 09-11-2015, glucose nuchter 3,2 mmol/l
 02-11-2015, HbA1c IFCC 83 mmol/l
 02-11-2015, triglyceriden 5,0 mmol/l
 02-11-2015, HDL-cholesterol 1,02 mmol/l
 02-11-2015, glucose nuchter 10,2 mmol/l
 05-08-2015, HbA1c IFCC 61 mmol/mol

Overige voorbeelden

01-01-17 Urineonderzoek (plaszak): erys ++, leuco's +, bacteriën +++, nitriet negatief;
 Uricult negatief

Ook bekend bij

Zorgverleners bij wie de patiënt in behandeling is; vooral van belang bij complexe zorg zoals bij kwetsbare oudere.

Overige voorbeelden

20160503 Fysiotherapie ?
 20170102 Ergotherapie Dr Hermes Terneuzen
 20121118 Chirurgie Wijffels Antoniusziekenhuis Nieuwegein

*Risicovol leefgedrag**

Vermeld hier: gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen, spuiten; risicovol seksueel gedrag; niet of niet-volledig gevaccineerd volgens Rijksvaccinatieprogramma: indien bekend altijd vermelden; ook negatieve bevindingen.

Voorbeelden

05-08-2015 Dhr drinkt 4-6 EH alcohol per dag
 02-11-2015 Mw rookt en heeft 30 pakjaren

Familieanamnese

Ziekten in de familie voor zover relevant. Steeds per ziekte en de familierelatie tot de patiënt vermelden.

Voorbeelden

05-08-2015 Bij moeders moeder kwam op 38e borstkanker voor
 02-11-2015 Bij broer colonca. op 55e; geen andere familieleden bekend met coloncarcinoom
 2014 NB Vader onbekend, betreft donorzaad

Psychosociale anamnese

Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde. Vanwege privacy terughoudend omgaan met deze rubriek.

Voorbeelden

Dec 2016 is de patiënte zeer onverwachts weduwe geworden.
 Jan 2017 problemen met zoon: gestopt met studie.
 Jan 2017 sociale contacten: ziet dagenlang niemand, voelt zich eenzaam.
 Surmenage in 2015.
 Sinds 2002 vader niet meer in beeld.
 Mogelijk speelt mee dat de patiënt geadopteerd is in 1999.

*Psychogeriatrisch onderzoek****

Specifiek onderzoek verricht omdat de patiënt een kwetsbare oudere is.
 NB de volledige set is te vinden als verbijzondering voor de kwetsbare oudere (zie online HASP-viewer via www.nhg.org/ict; zie voor een toelichting hoofdstuk 6, paragraaf 5, Verbijzondering verwijsbericht per specialisme).

Voorbeelden

20150203 MMSE 14/25
 20150203 kloctest 4/7

Behandelgrenzen***

Afspraken over of de patiënt wenst dat een behandeling niet, juist wel of onder bepaalde voorwaarden uitgevoerd wordt indien een situatie zich voordoet, met indien besproken aanvullende informatie die van belang is als er over de behandelgrens een besluit moet worden genomen. Precies formuleren welke afspraak is gemaakt, met wie en wanneer deze is besproken.

Voorbeeld

6 juni 2016 besproken met patiënt, huisarts (Janssen) en echtgenote:

Opname op ziekenhuis: Ja

Opname op intensive care: Nee

Cardiopulmonale resuscitatie: Nee

Beademing: Nee

Toediening van een bloedproduct: Ja; wel altijd nog even bevestiging vragen

2. RUBRIEKEN IN DE UPDATE DOOR DE HUISARTS

Een update is meestal zeer kort en ter zake: de huisarts heeft immers in het verwijsbericht alle relevante informatie op dat moment overgedragen. De Envelop is hetzelfde als in het verwijsbericht. De Kern wordt hieronder beschreven. De Dossiersamenvatting put zo nodig uit de beschikbare rubrieken van het verwijsbericht, waarbij in afwijking daarvan geen enkele rubriek verplicht is.

Envelop	
[alle overige rubrieken]	[zie figuur 4.1]
Type bericht	update door de huisarts
Kern	
Reden bericht	Onverwacht is echtgenote van patiënt overleden aan myocardinfarct. De zorg aan hem is verder ongewijzigd, maar ik vind het belangrijk dat u hiervan op de hoogte bent.

Figuur 4.4 Voorbeeld van Envelop en Kern update door huisarts

Kern update door huisarts*Reden bericht***

Waarom u op dit moment bericht.

Voorbeeld

‘De echtgenote van de patiënt is onverwachts overleden aan myocardinfarct’

Ingestelde behandeling

Het gaat hier om de behandeling waarover u nu bericht. Wees concreet in wat u heeft gedaan, vanaf welke datum een nieuw voorschrift geldt, of een plaatsing op een wachtlijst een urgentie kent enzovoort.

Voorbeelden

‘22-06-2016 Desloratadine 5mg 1.1 T’

‘7-01-2017 De patiënt is inmiddels in behandeling bij de diëtiste voor aanpak overgewicht’

Verder van belang

Waar u verder in deze update nog specifiek de aandacht van de ontvanger van het bericht vraagt.

Voorbeelden

05-08-2016 De dochter van mw (58 jaar) is recent opgenomen in het Hospice

02-11-2016 De echtgenote van dhr is recent wegens een vasculaire dementie permanent opgenomen op een PG afdeling van het verpleeghuis

02-11-2016 Ouders in scheiding. Veel ruzies.

HOOFDSTUK 5 ONTSLAGBERICHT EN UPDATES DOOR MEDISCH SPECIALIST



Bij de Richtlijn HASP hoort een ‘online viewer HASP’ waarin u rubrieken, voorbeelden en toelichting kunt vinden. Zie www.nhg.org/ict.

De sterretjes (asterisken) in dit hoofdstuk betekenen het volgende.

- * verplicht in ontslagbericht
- ** verplicht in update door medisch specialist
- *** verplicht bij kwetsbare ouderen

Verplichte rubrieken worden altijd gepresenteerd bij de ontvanger, ook als ze niet zijn ingevuld.

1. RUBRIEKEN IN HET ONTSLAGBERICHT

Het is de verantwoordelijkheid van de medisch specialist dat de huisarts met het ontslagbericht snel en goed inzicht wordt verschaft in de bevindingen van de medisch specialist, het ingestelde beleid en de verdere taakverdeling tussen medisch specialist, huisarts en patiënt. Dit vraagt van de medisch specialist

- goede formulering van de inhoud van de rubrieken in de Kern;
- het tijdens het zorgproces al
 - formuleren van conclusies of samenvattingen bij aangevraagd deelonderzoek en consulten;
 - vastleggen waarom bepaald beleid gewijzigd wordt, bijvoorbeeld inzake de medicatie;
 - vastleggen van zaken van belang voor Aanbeveling uw follow-up respectievelijk Afspraken met patiënt;

- controle van de automatisch vanuit het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) gevulde rubrieken op volledigheid, gerichtheid en begrijpelijkheid.

Het is goed zich te realiseren dat tijdigheid van berichtgeving vaak prevaleert boven volledigheid. Het kan voorkomen dat op moment van ontslag nog niet alle uitslagen bekend zijn, terwijl het ontslagbericht voor de continuïteit van zorg wel al uit moet naar de huisarts en andere behandelaren die de zorg over de patiënt overnemen. De nagekomen uitslagen worden dan nagestuurd met een update.

De volgorde van de rubrieken in het ontslagbericht houdt rekening met verzender én ontvanger. De driedeling-Envelop, Kern, Dossiersamenvatting komt tegemoet aan de wens van de huisarts om, in de ‘Kern’, snel de conclusie en door de huisarts te leveren zorg te vinden. Voor de medisch specialist betekent dit echter veelal een wijziging in zijn systematiek: de richtlijn vraagt om eerst de eindconclusie en gewenste nazorg te formuleren, in de Kern, en dan pas de onderbouwing, in de Dossiersamenvatting. Echter veel EPD's kunnen een dergelijk bericht al genereren in deze volgorde en op deze manier de medisch specialist helpen.

Hieronder volgt voor de drie gedeelten-Envelop, Kern, Dossiersamenvatting de opsomming van de rubrieken. Bij de rubrieken in Kern en Dossiersamenvatting worden ook de definitie en soms nadere uitleg en voorbeelden gegeven.

In hoofdstuk 7 Implementatie bij medisch specialist en ziekenhuis, leest u over verdere eisen, hoe de vulling vanuit het ZIS zou moeten zijn, hoe deze rubrieken passen bij de Basisgegevensset Zorg, en de mogelijke verbijzonderingen per specialisme (zie ook online HASP-viewer via www.nhg.org/ict).

Envelop ontslagbericht medisch specialist

De Envelop (zie figuur 5.1) bevat rubrieken voor logistiek en overdracht van administratieve gegevens. De huisarts gebruikt deze gegevens om de relatie te leggen met de verwijsgegevens. Daarnaast is er ruimte voor contactgegevens: wanneer en hoe de huisarts de medisch specialist kan bereiken.

Envelop	
Gegevens auteur	Mariaziekenhuis 2348436 Warandelaan 14b 3412 JC Tilburg Dr H Maas (kinderarts), 126236 hm.maaz@mariazh.nl contactpersoon: Mw. L Wevers (assistent kinderge- neeskunde) l.wevers@mariazh.nl 013-2966999 alle dagen
Gegevens patiënt of cliënt	Berner Werkhoven 1770.34.12 (m) 18-09-2012 Ringhof 14 3412 RT Chaam contactpersoon: Hanneke Driest (moeder) +316 78342345; Jan Werkhoven (vader) Braberstraat 20 3423 UR Medemblik, +316 72387387
Gegevens geadresseerde	Verpleeghuis Reeshof 4324233 Tilburgseweg 12 5024 ZN Breda 016-2345678 jpietersen@reeshof.nl C.J. Pietersen 45892 (verpleeghuisarts)
Gegevens kopieontvanger(s)	Huisartspraktijk Jansen 4324233 Ulvenhoutseweg 19 5023 LJ Chaam 016-6782345 jansen@huisartsenpraktijkjansen.nl A.J. Jansen 54892 (huisarts)
Datum en tijd	8 feb 2017
Type bericht	ontslagbericht

Figuur 5.1 Voorbeeld van Envelop ontslagbericht

Gegevens auteur, ***

Naast algemene gegevens van de organisatie en van de zorgverlener verantwoordelijk voor het bericht omvat dit ook de contactpersoon en wanneer en hoe deze bereikt kan worden.

Gegevens patiënt of cliënt, ***

Gegevens van de patiënt.

Gegevens geadresseerde, ***

Gegevens van de zorgverlener aan wie het bericht is gericht.

Gegevens kopie-ontvanger(s)

Gegevens van de zorgverlener aan wie het bericht is gericht.

Datum en tijd, ***

Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.

Type bericht, ***

Referentie aan HASP-berichtmodel: update polikliniek, ontslagbericht polikliniek, update kliniek, ontslagbericht kliniek.

Zorgpad

Het gevolgde zorgpad door patiënt of cliënt. Wordt alleen gebruikt indien daar afspraken voor bestaan.

Urgentie

De gehanteerde urgentie. Wordt alleen gebruikt indien daar afspraken voor bestaan.

Beheerder bericht^{*}, ^{}**

De organisatie die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt: de huisarts, of de huisartsenpraktijk, de medisch specialist of het ziekenhuis, of een derde partij.

Kern ontslagbericht door medisch specialist

De Kern van het ontslagbericht moet de huisarts snel inzicht geven in:

- de reden van het bericht;
- diagnose en beleid zoals voorgesteld door de medisch specialist;
- follow-up door de huisarts.

Rubrieken met een * worden altijd weergegeven, ook als ze niet zijn ingevuld.

Kern	
Reden bericht	Ontslag uit poliklinische controle. Laatste bezoek was 2016-09-02. U verwees patiënte in verband met klachten van hallux valgus.
Conclusie, diagnose	2016-09-02 Hallux valgus (verworven) links met pedes planus.
Beleid	Behandelopties besproken. OK lijkt nu niet geïndiceerd, wil patiënte ook niet. Verwijzing voor podotherapeutische zolen en spalkje.
Aanbeveling uw follow-up	Als de klachten blijven operatie heroverwegen
Afgesproken met patiënt	De patiënte heeft afspraak met podotherapeut

Figuur 5.2 Voorbeeld van Kern ontslagbericht door medisch specialist

Reden bericht^{*}, ^{}**

Maak duidelijk voor de ontvanger hoelang, waarvoor en via welke route (verwijzing, spoedeisende hulp, anders) de patiënt opgenomen is geweest en waar patiënt nu naartoe gaat.

Voorbeeld 1

Ontslag uit poliklinische controle. Laatste bezoek was 2016-09-02. U verwees patiënte in verband met klachten van hallux valgus.

Voorbeeld 2

Ontslag uit poliklinische controle. Ik zag patiënt eenmalig op 2016-09-02. U verwees patiënt ...

Voorbeeld 3

Ontslag uit poliklinische controle. Laatste bezoek was 2016-09-02. U verwees patiënte in verband met uitslag bevolkingsonderzoek (bvo) PAP 3A, matige dysplasie.

Voorbeeld 4

De patiënt kwam bij ons op de poli in verband met anafylactische shock. Ik zag patiënt 2x, laatste maal op 2016-09-04

Voorbeeld 5

De patiënt kwam bij ons op de poli met uw verzoek overname behandeling Diabetes mellitus type 2. Ik zag patiënt op 2016-09-04

Overige voorbeelden

Ontslag naar huis. De patiënt was bij ons opgenomen van 2016-09-02 tot 2016-09-04 in verband met cataractoperatie.

Verwijzing naar onze SEH i.v.m. uitdrogingsverschijnselen bij gastro-enteritis

Ontslag naar verpleeghuis. De patiënt was bij ons opgenomen via de spoedeisende hulp van 2016-09-02 tot 2016-09-04 in verband met ...

Conclusie, diagnose*

Een kernachtige samenvatting van conclusie of diagnose, inclusief uw eigen overwegingen op dit moment. Geef beknopt uw visie op de (ziekte-)situatie op dit moment. Afhankelijk van het stadium een werkhypothese of diagnose, de reactie op ingesteld beleid, enzovoort. Geef uw overwegingen ten aanzien van aard, oorzaak, gevolg en functie van de klacht.

Bedenk of de verwijzsvraag is beantwoord.

Indien een diagnose elders is gesteld dan dit vermelden. Indien relevant en bekend ook de prognose vermelden.

NB hier geen nader verklarende details, die komen in de bespreking in de Dossiersamenvatting.

NB de geriater werkt dit zo mogelijk uit in assen: zie bijlage B, Complexe situaties, paragraaf 3, Kwetsbare ouderen.

Voorbeeld 1

Hallux valgus met pedes planus (verworven) links

Voorbeeld 2a

Geen aanwijzingen voor een manifest cardiaal probleem. Bloeddruk netjes onder 50 mg losartan.

Voorbeeld 3

Pap. 3 bevolkingsonderzoek; geen afwijkingen bij lichamelijk en beeldvormend onderzoek.

Voorbeeld 4

1. Anafylaxie in de differentiaaldiagnose: inspanningsafhankelijke anafylaxie; onder behandeling voor voedselallergie voor selderij.
2. Allergische rinoconjunctivitis klachten bij atopie voor gras-, boompollen en weegbree.
3. Vermoeden van bronchiale hyperreactiviteit.
4. Oral allergy syndrome (allergie voor amandel, pinda en soja) als gevolg van kruisreactie met boompollen
5. Sensibilisatie voor appel, hazelnoot, selderij als gevolg van kruisreactie met boompollen.

Voorbeeld 5

1. Hypertensie, thans mogelijk overbehandeld na start bètablokkade. De patiënt sindsdien ook erg moe.
2. Diabetes mellitus type-2, matig gereguleerd sinds start metoprolol.

Overige voorbeelden

02-01-2017 Milde dehydratie bij virale gastro-enteritis.

Beleid*

Geef beleid en behandeling die nu actueel zijn geworden.

Bij medicatiewijziging: wat is precies gewijzigd, welk middel gestaakt of verlaagd, welk gestart of verhoogd. Welke diagnostiek is aangevraagd en nog open staat. NB hier niet het voorschrift vermelden, dat komt in de Dossiersamenvatting.

Voorbeeld 1

Behandeloptyes besproken. OK lijkt nu niet geïndiceerd, wil pte ook niet. Verwijzing voor podotherapeutische zolen en spalkje.

Voorbeeld 2

Ik verwees hem naar u terug.

Voorbeeld 3

De patiënte heeft de voorkeur voor een 'see and treat'-beleid, derhalve lisexcisie indien mogelijk. Kolposcopie ingepland (op verzoek van de patiënte niet in Heerlen).

Voorbeeld 4

- Ad 1. Adrenaline auto-injector werd voorgeschreven (Epipen 0,3mg zo nodig). Aanvullend volgt een huidtest met echte selderij. Evt. een orale provocatietest.
- Ad 2. Start fexofenadine 180 mg 1dd1 + fluticason furoaat 27,5mcg/dos 1dd2.
- Ad 3. Start salbutamol diskus 200mcg 4dd1 zo nodig.
- Ad 4. Uitleg werd gegeven. Vermijden op geleide van de klachten. Zo nodig consult diëtiste.

Voorbeeld 5

Schakel over van metoprolol naar atenolol. Revisie over 3 maanden.

Overige voorbeelden

Op SEH bij orale intake ORS ondanks ondansetron blijvend braken. Hierop besloten tot korte opname voor rehydratie door continue drip gedurende 4 uur met ORS via neusmaagsonde. Ongecompliceerd beloop, waarna ontslag.

*Aanbeveling uw follow-up**

De in het kader van de behandeling gevraagde nazorg door degene aan wie het bericht is gericht (vaak is dit de huisarts, maar het kan ook zijn de arts in bijvoorbeeld verpleeghuis of revalidatiekliniek). Ook de controles die deze moet uitvoeren en wat die controles inhouden; ook al of niet voortzetten medicatie. Eventueel advies voor doorverwijzing.

Voorbeeld 4

- Ad 1,2) A.u.b. uw herhaalrecepten indien de patiënte hierom verzoekt.
- Ad 3. Graag uw follow-up conform NHG-standaard astma.

Overige voorbeelden

Ik adviseer u om de diëtist in te schakelen en/of een maaltijdservice; graag uw oplossing voor verder toezicht op de medicatie.

Ouders kunnen bij alarmsymptomen eerste 24 uur (t/m 03-01-2017) nog rechtstreeks contact opnemen met afdeling. Daarna melden zij zich weer bij u.

Ouders maken 2 dagen na ontslag (dd 02-10-2017) afspraak bij u. Graag op basis van beloop en auscultatoire bevindingen beslissen of salbutamol-dosisaerosol 100 microgram 4 dd 2 doses (via aerochamber met masker) kan worden gestaakt.

Graag hechtingen verwijderen na 10 dagen (de patiënt maakt de afspraak).

Controleer de nierfunctie nog eens (de patiënt maakt afspraak na 6 weken).

Afgesproken met patiënt

De verantwoordelijkheid die met de patiënt is afgesproken. Bijvoorbeeld om zelf een afspraak te maken bij de huisarts.

Voorbeeld 4b

- Ad 1. Gebruikersinstructie auto-adrenaline-injector werd gegeven. Advies gegeven: Selderij vermijden. Vervolgafspraken voor huidtest is met patiënt afgesproken.
- Ad 2. Benadrukt dat dagelijks de voorgeschreven medicatie ingenomen dient te worden.
- Ad 3. De patiënt dient contact met de huisarts op te nemen wanneer hij > 2 x per week salbutamol gebruikt.
- Ad 4. Informatie over oral allergy syndroom is gegeven. De patiënt zoekt zelf contact met een diëtiste indien ze klachten blijft houden.

Overige voorbeelden

De patiënt neemt zelf contact met u op voor controle van de nierfunctie.

De patiënt gaat looptraining afspreken.

De patiënt mag zich zonder nieuwe verwijsbericht melden in geval wederom een aanval heeft van de nierstenen (of bijvoorbeeld bij chemokuur of immuungecompromitteerden).

Met de patiënt is het belang van innemen van plastabletten besproken, maar enige controle is wenselijk.

Ik heb de ernst van de prognose besproken met de patiënt, maar ik heb niet de indruk dat dit goed is doorgedrongen. De partner was bij dit gesprek.

Ik heb met de patiënt besproken dat een heropname niet veel zal oplossen.

Ouders kunnen 24/7 rechtstreeks contact opnemen met de afdeling bij toenemende kortademigheid onvoldoende reagerend op frequent salbutamol-dosisaerosol.

Verder van belang

Bevat noodzakelijke verwijzingen naar dossieronderdelen die extra aandacht vragen van de ontvanger van het bericht. Deze rubriek is niet verplicht, maar soms speelt iets belangrijks mee waarbij het belangrijk is dat de ontvanger van het bericht dit niet over het hoofd ziet. Geef in zo'n geval in enkele woorden aan wat er speelt, en verwijs eventueel naar een rubriek in de Dossiersamenvatting.

Voorbeelden

Zie voor recente wijziging afspraken: Behandelgrenzen.

Er is sprake van kwetsbaarheid met complexe zorg oudere: zie Psychogeriatrisch onderzoek.

Dossiersamenvatting ontslagbericht medisch specialist

Alle rubrieke met de overige relevante informatie komen in de Dossiersamenvatting. De huisarts zal de Dossiersamenvatting 'screenend' doornemen, bijvoorbeeld op zoek naar nieuwe medicatie of onderzoekuitslagen.

Dossiersamenvatting	
Anamnese	12-12-2014 Li voet bekende milde hallux valgus. Mn last dat teen scheef staat. Geen klachten van bunion. Schoenen ia goed verdragen. Wil zelf graag spalk. Nog geen behandeling.
Beloop en/of interventie	
Familieanamnese	geen bijzonderheden
Psychosociale anamnese	
Psychogeriatrisch onderzoek	
Lichamelijk onderzoek	
Overgevoeligheid voor medicatie; contra-indicaties voor voorschrijven	geen bekend
Beeldvormend onderzoek	Röntgenonderzoek: 12-12-2014 Milde HV, verder geen afw.
Medicatie bij ontslag	geen
Profylaxe	geen

Figuur 5.3 Voorbeeld van Dossiersamenvatting in ontslagbericht

NB niet alle optionele rubrieke zijn hier opgenomen

Voorgeschiedenis

Eventueel korte samenvatting van de voorgeschiedenis voor zover deze is gerelateerd aan de klacht.

Voorbeeld 1**Eczeem als kind.**

2012 Allergische rinoconjunctivitis.

2013 Appendectomie.

2014 Dr. Janssen, KNO-arts, conclusie: Allergische rhinopathie.

Anamnese

Samenvatting van de voor de klacht relevante bevindingen uit de anamnese. Een vermelding indien het een heteroanamnese betreft.

Voorbeeld 1

12-12-2014

Beter dan vorig jaar, maar sinds januari weer duizelingen, zweten, soms onwillekeurige spierschokken, ook overdag. Meer kortademig dan in het verleden, rent echter nog 2,5-4,5 km. Meet een bloeddruk van RR 140/90 thuis.

Voorbeeld 2

12-12-2014

Li voet bekende milde hallux valgus. Vooral last omdat teen scheef staat. Geen klachten van bunion. Schoenen in het algemeen goed verdragen. Wil zelf graag spalk. Nog geen behandeling.

Voorbeeld 3

12-12-2014

60 jaar, P2, vaginaal. Postmenopauzaal, geen bloedverlies. Fluor normaal. Geen klachten. Cervixcytologie vanwege bevolkingsonderzoek afgenomen. Uitleg procedure colposcopie. De patiënte wil absoluut niet naar Heerlen voor de colposcopie. Ooit bij een gynaecoloog geweest maar weet niet meer waarvoor. Cervixcytologie 2006/11 PAP 1.

Voorbeeld 4

12-12-2014

De patiënte gebruikt zelf geen selderij; gemerkt dat een bouillonblokje (bevat mogelijk selderij) soms jeuk in de keel geeft. Lichamelijke inspanning: loopt hard 10 km, zonder klachten. gebruikt seretide en ventolin: ging goed, niet benauwd.

Voorbeeld 5

12-12-2014

De patiënt is erg moe sinds start van metoprolol door cardioloog. Hij beweegt hierdoor minder. De suikers zijn ook variabel.

Overige voorbeelden

Piet vertelt dat [...]. Zijn moeder vult aan dat [...] [enzovoort].

Beloop, interventie

Belangrijke punten uit het beloop en/of de toegepaste interventie (ook: therapeutische diagnostiek, operatie, ingreep).

Voorbeeld 1**12-12-2016**

Bezoek polikliniek. Gaat beter; patiënt heeft na het vermijden van selderij geen episodes van anafylaxie meer doorgemaakt. Nog steeds wel angstig. De patiënt draagt de adrenaline-auto-injector altijd bij zich.

Voorbeeld 2**12-12-2014**

Ik heb de de metoprolol door atenolol laag gedoseerd in de hoop dat patiënt minder last heeft van moeheid en de bewegingsarmoede verdwijnt en aldus de diabetes beter ingesteld raakt. Pijn op de borst heeft de patiënt al jaren niet meer gehad en de bloeddruk is laag. Ik houd patiënt onder controle..

Familieanamnese

Ziekten in de familie voor zover relevant. Steeds de ziekte en de familierelatie tot de patiënt vermelden.

Voorbeeld

Bij de moeder van de patiënt zijn hooikoorts en kattenallergie vastgesteld.

Psychosociale anamnese

Psychosociale factoren indien van toegevoegde waarde. Terughoudend omgaan met deze rubriek.

Voorbeeld**12-12-2014**

De patiënt is gehuwd, heeft 2 kinderen. Hij was filiaalleider bij C & A. Hij zwemt 3 maal per week, zingt in een koor en tuiniert graag.

Risicovol leefgedrag

Gebruik van alcohol, tabak en verdovende middelen, spuiten. Verder risicovol seksueel gedrag. Indien de medisch specialist dit zelf heeft uitgevraagd: altijd vermelden. Ook negatieve bevindingen.

Lichamelijk onderzoek

Relevante positieve en negatieve bevindingen uit lichamelijk onderzoek.

Voorbeeld 1**12-12-2014**

Bloeddruk 160/95 mmHG, bij meting over 30 minuten 125/80 mmHg, cor geen souffles, pulmones VAG.

Voorbeeld 3**12-02-2015**

IS: gave portio, atrofie. vaginaal toucher: Uterusin anteversie-flexie, mobiel, fornices soepel.

Voorbeeld 4**12-12-2014**

Niet ziek. Lengte 172 cm, gewicht 73,8 kg, BMI 24,9. Halvuursbloeddrukmeting: eerste meting 143/81 mmHg, dalend tot 122/76 mmHg na 10 min, pols 67/min.

Laboratoriumonderzoek

Relevante uitslagen van onderzoek, met per onderzoek datum, plaats, type bepaling, materiaal en waarde. Indien relevant ook nadere details vermelden, zoals methode, uitvoerder, eenheid, en normaalwaarden. Onder deze rubriek worden bijvoorbeeld vermeld klinisch-chemisch, bacteriologisch en pathologisch onderzoek.

Voorbeeld 1

12-12-2014 Kreatinine 82 (micro)mol/l

Voorbeeld 5**08-12-14**

bezinking	(mm/h)	12
hemoglobine	(mmol/l)	7,9
MCV	(fl)	87
leucocyten	(10,9/l)	7,7
reti abs	(10,9/l)	46
thrombocyten	(10,9/l)	285
ferritine	(microg/l)	51
transferrine	(g/l)	2,0
Fe verz perc	(%)	20
Foliumzuur	(nmol/l)	13
vit,B12	(pmol/l)	182
haptoglobine	(g/l)	2,2
ijzer	(umol/l)	10
ureum	(mmol/l)	6,1
kreatinine	(umol/l)	84
natrium	(mmol/l)	144
kalium	(mmol/l)	3,7
MDRD-GFR	(ml/min/1,73)	84
calcium	(mmol/l)	2,38
CRP kwant,	(mg/l)	7
cholesterol	(mmol/l)	3,7
triglyc,	(mmol/l)	0,7
HDL-chol	(mmol/l)	1,27
LDL-chol	(mmol/l)	2,1
bili totaal	(umol/l)	7
alk, fosf	(U/l)	115
gamma-GT	(U/l)	28
ASAT	(U/l)	15
ALAT	(U/l)	22
FT ₄ vrije T ₄	(pmol/l)	16
TSH	(mU/l)	2,73
T ₃	(nmol/l)	1,3
glucose	(mmol/l)	6,3

Beeldvormend onderzoek

Relevante uitslagen van onderzoek, bijvoorbeeld radiologische diagnostiek.

Voorbeeld 1**Röntgenonderzoek**

Milde hallux valgus verder geen afwijkingen.

Echocardiogram:

26.07.2016: goede, licht hypertrofische linkerkamer, geen kleplijden.

Voorbeeld 2**Echo:**

26.07.2016: uterus avf 52 × 24 mm, endometrium regelmatig 2mm, ovaria niet à vue, geen vrij vocht.

Functieonderzoek

Relevante uitslagen van onderzoek, bijvoorbeeld ecg, longfunctie, vaatonderzoek, neurologisch en gehooronderzoek.

Voorbeeld 3**Ergometrie**

26.07.2016: conclusie negatieve ergometrie; norm: 180 Watt; max.: 275 Watt; begin freq.: 71/min; max. freq.: 160 /min; begin RR: 173/105 mm Hg; max. RR: 237/100 mm Hg; DP 37920; stopreden: vermoeidheid zonder thoracale klacht; ST-T-afwijkingen: geen.

ECG

26.07.2016: sinusritme 75/min., intermediaire as, aangeduide LVH.

Voorbeeld overig: longfunctieonderzoek

26.07.2016: een fors gegeneraliseerde luchtwegobstructie; tiffeneautest 59%; FEV1 2,4 l; transfer voor CO die nog binnen de norm ligt gecorrigeerd voor het alveolaire volume.

Psychogeriatrisch onderzoek

In deze rubriek vermeldt de medisch specialist specifiek onderzoek verricht in het kader van de kwetsbare oudere. NB de volledige set is te vinden als verbijzondering voor de kwetsbare oudere (zie voor toelichting hoofdstuk 6, paragraaf 5, Verbijzondering verwijsbericht per specialisme, en de online HASP-viewer via www.nhg.org/ict).

Voorbeelden

12-12-2014 Consult geriater: ...

12-12-2014 MMSE 14/25

12-12-2014 klok 3/7

Overig aanvullend onderzoek

Relevante uitslagen van onderzoek dat niet in een andere categorie valt.

Voorbeeld 1

Huidtest met echte selderij: pos: bladselderij HEP 0,6, bleekselderij HEP 1,1.

Voorbeeld 2

huidtesten inhalatie-allergenen:

positief voor boompollen (HEP (histamine-equivalentpriktest) 1.3), graspollen (HEP 1,1), weegbree (HEP 0,8)

huidtesten voedselallergenen:

positief voor appel (HEP 0,8), selderij: selderij (HEP 0,8).

Intercollegiale consulten

Uitslagen van consulten door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.

Verrichtingen derden

Verrichtingen door derden binnen of buiten het ziekenhuis; alleen vermelden indien relevant.

*Medicatie**

(Zie ook bijlage D, paragraaf 7, onder Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten.)

Deze rubriek bevat de medicatieafspraken voor zover bekend bij de verzender op het moment van het bericht.

Voorbeeld 1

08.09.2016 losartan kalium tabl fo 50mg vast dagelijks 1d(1) oraal.

Voorbeeld 2

fexofenadine 180 mg 1dd1.

fluticason furoaat 27,5mcg/dos 1dd2 elk neusgat.

Start salbutamol diskus 200mcg 4dd1 inhalaties zo nodig.

Voorbeeld 4

31-10-2016, ferrofumaraat tablet 200mg, 90, 3d1t

19-10-2016, acetylsalicylzuur cardio pch disp tablet 80mg, 360, 1d1t

19-10-2016, amlodipine tablet 5mg, 360, 1d1t

19-10-2016, metformine hcl pch tablet 500mg, 360, 1d1t

19-10-2016, persantin retard capsule mga 200mg, 720, 2d1c

19-10-2016, simvastatine accord tablet filmomhuld 20mg, 90, 1d1t

19-10-2016, tiotropium vernevelvst 2,5ug/do patr 6odo inh, 180, 1d2i

28-09-2016, omeprazol cf capsule msr 40mg, 90, 1d1c

Voorbeelden 5

1x25 mg	atenolol	25 mg tablet
---------	----------	--------------

1x Daags	120 mg gliclazide	30 mg tablet retard
----------	-------------------	---------------------

1x Daags	insuline lantus 300 e=3 ml solostar	
----------	-------------------------------------	--

1x Daags	20 mg	omeprazol 20 mg capsule msr
----------	-------	-----------------------------

1x Daags	100 mg	'januvia 100mg tabl filmomh
----------	--------	-----------------------------

1x Daags	80 mg	acetylsalicylzuur 80 mg disp tablet
----------	-------	-------------------------------------

1x Daags	5 mg	'crestor 5mg tablet filmomh
----------	------	-----------------------------

1x Daags	10 mg	'lexapro 10mg tablet filmomh
----------	-------	------------------------------

1x Daags	10 mg	temazepam 10 mg capsule
----------	-------	-------------------------

1x Daags	20 mg	'cedocard ret 20mg tabl mga
----------	-------	-----------------------------

1x Daags	5 mg	amlodipine 5 mg tablet
----------	------	------------------------

3x Daags	850 mg	metformine 850 mg tablet
----------	--------	--------------------------

*Overgevoeligheid voor medicatie; contra-indicaties voor voorschrijven**

Geef voldoende detailgegevens opdat de ontvanger kan bepalen of het verantwoord is om een middel in andere context opnieuw in te zetten. Vermeld ook ernstige bijwerkingen.

Voorbeeld**Overgevoeligheid voor medicatie:**

12-03-2003 Penicillines, aard reactie: misselijkheid; ernst reactie: matig; vaststeller: cardioloog ETZ.

Gezien voorgeschiedenis is QT-tijd verlengende medicatie gecontra-indiceerd.

*Profylaxe**

Specifieke voorzorgsmaatregelen die bij bepaalde ingrepen moeten worden genomen bij deze patiënt of bij de omgeving van de patiënt.

Voorbeelden

12-03-2003 Endocarditis profylaxe bij patiënt aangewezen bij chirurgische ingreep in verband met kunstklep.

12-03-2003 I.v.m. splenectomie in 2002 is antibiotica aangewezen bij koorts; patiënt kent zelf instructies.

Bij deze hartafwijking is endocarditis-profylaxe geïndiceerd.

17-09-2017 Algemene voorzorgsmaatregelen in verband met vastgesteld BRMO-dragerschap.

*Behandelgrenzen****

Afspraken over of de patiënt wenst dat een behandeling niet, juist wel, of onder bepaalde voorwaarden uitgevoerd wordt indien een situatie zich voordoet, met indien besproken aanvullende informatie die van belang is als er over de behandelgrens een besluit moet worden genomen. Precies formuleren welke afspraak is gemaakt, met wie, en wanneer deze is besproken.

Voorbeeld

Recentelijk besproken met patiënt, medisch specialist (Versteeg), dochter Annette en echtgenote.

20170312 Opname op intensive care: Ja.

20170312 Cardiopulmonale resuscitatie: Ja.

20170312 Beademing: Nee.

20170312 Toediening van een bloedproduct: Ja.

2. RUBRIEKEN IN DE UPDATE DOOR DE MEDISCH SPECIALIST

Een update is meestal zeer kort en to-the-point. De Envelop is hetzelfde als in het verwijsbericht. De Kern wordt in het volgende beschreven. De Dossiersamenvatting put zo nodig uit de beschikbare rubrieken van het verwijsbericht, waarbij in afwijking daarvan geen enkele rubriek verplicht is.

Envelop	
[alle overige rubrieken]	[Zie figuur 5.2.]
Type bericht	Update door medisch specialist.
Kern	
Reden bericht	Ik heb middel [...] opgehoogd vanwege [...].
Aanbeveling uw follow-up	Graag uw controle van [...]
Dossiersamenvatting	
Medicatie	3-12-16 sotacor 2 dd 50013-12-2016 aceno-coumarol 9 × 900

Figuur 5.4 Voorbeeld van update door medische specialist

Kern van update door medisch specialist

Zie ook paragraaf 1 onder Kern ontslagbericht door medisch specialist.

Reden bericht**

In deze rubriek vermeldt u waarom u op dit moment bericht. Verwijs naar de momenten zoals opgesomd in 2.2 (en in de gedragscode).

Voorbeelden vanuit de polikliniek

20170312 De patiënte is geplaatst op opnamelijst voor een [...].
20170312 Behandeling ingesteld met impact op zorg.

Voorbeelden vanuit de kliniek

20170312 Onverwachte bevinding OK.
20170312 De patiënt is onverwacht opgenomen op IC.
20170312 De patiënt is onverwacht overleden na beroerte.

Beleid

In deze rubriek wijst u alleen naar al eerder doorgegeven informatie. Indien het een update betreft vanuit de polikliniek: wees concreet, bijvoorbeeld over wat u heeft gedaan, vanaf welke datum een nieuw voorschrift geldt, of een plaatsing op een wachtlijst een urgentie kent.

Voorbeelden

20170312 Ik startte per heden digoxine 0,0625 mg wegens een zich ontwikkelend hartfalen bij reeds vastgesteld atriumfibrilleren.

20170312 Bij dhr. zijn DM-I is er het vermoeden op perifeer vaatlijden, de vaatchirurg is in consult gevraagd.

20170312 Na initieel expectatief beleid ga ik toch over tot een tonsillectomie bij het patiëntje.

20170312 Gezien de frequentie van klachten van kortademigheid en piepen is besloten te starten met onderhoudsinhalatiesteroïden: Beclometason dosisaerosol, 2 dd 100 microgram, via voorzetkamer met mondstuk.

Aanbeveling uw follow-up

Deze rubriek is bedoeld voor uw verzoek aan de huisarts betreffende de behandeling: ook de controles die de huisarts moet uitvoeren, en wat die controles inhouden; ook al of niet voortzetten van medicatie. Eventueel advies voor doorverwijzing.

NB in een update is deze rubriek meestal alleen relevant indien de update wordt verstuurd vanuit poliklinische zorg. Follow-up voor de huisarts vanuit de kliniek komt alleen in het ontslagbericht.

Voorbeelden

20170312 Wilt u, wegens de aanpassing van de dosis enalapril, de nierfunctie controleren na 2 weken?

De patiënt zal zich melden bij uw praktijk.

20170312 Op mijn vakgebied trof ik geen bijzonderheden, maar wellicht is een consult bij de neuroloog een optie? Ik besprak dit nog niet met meneer. Meneer komt op uw spreekuur om het beleid af te stemmen.

20170312 Mw heeft nog veel vragen over het medisch zinloos zijn van reanimeren en/of beademen, wilt u dit nog eens doorspreken met mevrouw? Zij belt met uw assistente voor een afspraak.

Afgesproken met patiënt

De verantwoordelijkheid die met de patiënt is afgesproken. Bijvoorbeeld om zelf een afspraak te maken bij de huisarts.

NB deze rubriek is meestal alleen relevant indien de update wordt verstuurd vanuit poliklinische zorg. 'Afgesproken met patiënt' vanuit de kliniek komt in het ontslagbericht.

Verder van belang

Waar u verder in deze update nog specifiek de aandacht van de ontvanger van het bericht vraagt. Bevat noodzakelijke verwijzingen naar dossieronderdelen die extra aandacht vragen van de ontvanger van het bericht. Deze rubriek is niet verplicht, maar soms speelt iets belangrijks mee waarbij het belangrijk is dat de ontvanger van het bericht dit niet over het hoofd ziet. Geef in zo'n geval in enkele woorden aan wat er speelt, en verwijs eventueel naar een rubriek in de Dossiersamenvatting.

Voorbeelden

Zie voor recente wijziging afspraken: Behandelgrenzen.

Er is sprake van kwetsbaarheid met complexe zorg oudere: zie Psychogeriatrisch onderzoek.

HOOFDSTUK 6 IMPLEMENTATIE BIJ DE HUISARTS



1. OVERWEGINGEN VOORAF

Implementatie van de richtlijn bij de huisarts omvat niet alleen ondersteuning vanuit het HIS of vanuit een andere applicatie, maar ook de correcte naleving van de Gedragscode HASP. Het zal enige tijd vergen voordat in alle situaties de berichten tijdig en volgens de richtlijn de deur uitgaan.

Een belangrijk nieuw aandachtspunt is de formulering van de rubriek Reden + context verwijzing, waarin de huisarts naast de korte verwijfsreden ook de context schetst die geconsulteerde nodig heeft om het stokje goed te kunnen overnemen. Dit komt niet vanzelf uit het HIS.

Een ander nieuw aandachtspunt is het met de update aansluiten op de informatiebehoefte bij de medisch specialist als het gaat om onverwachte bevindingen of gewijzigd beleid voor de patiënt met impact voor de zorg door de medisch specialist.

2. ONDERSTEUNING VANUIT HET HIS

Deze paragraaf beschrijft de benodigde ondersteuning vanuit het HIS of een losse daar-toe ingerichte applicatie die is gekoppeld aan het HIS. Voor beide situaties geldt het zelfde eisenpakket.

Ondersteuning verwijsbericht en update

Het HIS respectievelijk de verwijs- of communicatieapplicatie:

- ondersteunt onder de naam 'Berichten HASP' beide berichten uit deze richtlijn die voor gebruiker van toepassing zijn (voor de huisarts: verwijsbericht en update);
- biedt de gebruiker de mogelijkheid om defaults in te stellen voor:
 - het format dat verschijnt in bepaalde situaties: verwijsbericht of update door de huisarts;

- de periode waarover gegevens worden geselecteerd voor het verwijsbericht respectievelijk de update (bij episodegericht registreren (EGR) kan de selectie plaatsvinden vanuit de desbetreffende episode:
voor het verwijsbericht alle gegevens gekoppeld aan die episode van de laatste vier maanden en van minstens de laatste drie consulten binnen de episode, voor de update de gegevens gekoppeld aan het deelcontact);
- biedt de gebruiker de mogelijkheid voor het aanmaken van een bericht rechtstreeks of vanuit een deelcontact met de mogelijkheid om:
 - te kiezen voor andere dan de default-instellingen;
 - een patiënt te selecteren (indien het bericht rechtstreeks wordt aangemaakt);
 - een ziekenhuis, medisch specialisme en/of medisch specialist te selecteren;
 - idealiter: gegevens (meetwaarden enzovoort) voor het bericht actief te selecteren;
- presenteert het correcte format voor het gekozen bericht:
 - met van alle verplichte rubrieken de rubrieknamen identiek aan de wijze waarop ze zijn vermeld in deze richtlijn, en zonder de mogelijkheid om rubrieken toe te voegen, rubrieknamen te wijzigen of verplichte rubrieken te schrappen;
 - met, indien bij een rubriek een verbijzondering is afgesproken voor het specialisme waarnaar is verwezen, de tekst van deze verbijzondering als reminder gepresenteerd; indien de verbijzondering is beperkt tot een zorgpad dan wordt deze restrictie toegepast (zie ook paragraaf 5),
 - met (indien gebruiker 'vulling vanuit het HIS' heeft aangegeven) een vulling per rubriek overeenkomstig de tabellen in paragraaf 3, waarbij geldt dat indien voor een rubriek geen informatie beschikbaar is, 'geen' wordt ingevuld,
 - met een duidelijke aanduiding dat er niet-verplichte rubrieken beschikbaar zijn, welke rubrieken dit zijn, en met de mogelijkheid om deze rubrieken voor deze verwijzing toe te voegen;
- biedt per rubriek de mogelijkheid:
 - om de rubriek nader aan te vullen, leeg te maken, te overschrijven, opnieuw de 'vulling vanuit het HIS' op te halen, de periode waarover gegevens (meetwaarden enzovoort) worden geselecteerd te wijzigen;
 - om te scrollen door het dossier van de patiënt;
 - om op eenvoudige wijze de definitie van een rubriek te tonen;
 - om, indien voorhanden, op eenvoudige wijze de invulinstructie voor het medische specialisme te tonen;
- vertaalt format plus rubrieken naar een te verzenden bericht:
 - volgens de lay-out zoals getoond in deze richtlijn;
 - met de tekst 'geen' voor verplichte rubrieken waarvoor geen informatie is ingevuld;
 - met voor de gebruiker de mogelijkheid op elk moment het bericht te bekijken in de lay-out zoals die zal worden verzonden;
- biedt de mogelijkheid om het bericht te autoriseren voor verzending met de mogelijkheid:
 - met standaard de huisarts als verzender en de mogelijkheid om de verzender aan te passen ingeval van waarnemer, aio, hidha enzovoort;
 - om een ziekenhuis, specialisme en/of medisch specialist te selecteren of te wijzigen;
- biedt de mogelijkheid om berichten later af te ronden:
 - met een melding zodra HIS of applicatie wordt gestart dat er nog niet afgeronde berichten klaarstaan;
 - met dezelfde functionaliteit als in alle voorafgaande punten;

- verzendt het bericht:
 - zonder de lay-out zoals getoond aan de huisarts te wijzigen;
 - biedt de mogelijkheid om het bericht bij verzending om te zetten in een uitwisselstandaard zoals afgesproken met ontvanger, met dien verstande dat de lay-out voor de ontvanger behouden blijft;
- slaat verzonden berichten op bij het dossier van de patiënt.

Afrondende acties bij verzenden

Zie hiervoor bijlage C, Verzendwijze en beveiliging.

Ondersteuning ontvangen berichten van specialist en update door huisarts

Het HIS respectievelijk de applicatie:

- is in staat om een overzicht te tonen van ontvangen berichten met per bericht een regel met daarin:
 - type bericht (ontslagbericht of update),
 - gegevens verzender: specialisme, naam medisch specialist, ziekenhuis, locatie,
 - gegevens patiënt: naam, Burgerservicenummer, geboortedatum, geslacht, adres,
 - gegevens ontvanger: naam huisarts,
 - gegevens verzending: datum en tijdstip autorisatie,
- biedt de gebruiker de mogelijkheid om ontvangen berichten integraal op te slaan onder 'correspondentie';
- biedt de gebruiker eventueel de mogelijkheid om defaults in te stellen per rubriek:
 - voor het doorsluizen van rubrieken uit de berichten naar bepaalde HIS-delen, waarbij dan altijd de relatie met het bericht (datum, tijd, verzender dan wel rechtstreekse koppeling) wordt behouden.

Overzicht informatie-uitwisseling

Het HIS respectievelijk de applicatie:

- stelt de gebruiker in staat om berichten voor een patiënt te raadplegen:
 - vanuit het patiëntdossier;
 - en/of vanuit de afspraak voor de patiënt in de spreekuurmodule;
- is in staat om een overzicht te tonen van verstuurd en ontvangen berichten:
 - alle verzonden en ontvangen berichten behorend bij een verwijzing door de huisarts of door een derde.

3. INSTRUCTIE PER RUBRIEK

De volgende tabellen geven voor Envelop, Kern en Dossiersamenvatting per rubriek de instructies voor IT-ondersteuning voor het opstellen van berichten vanaf de kant van het huisarts EPD, respectievelijk het ontvangen en integreren van berichten in het EPD van de medisch specialist. De tabellen geven de invulinstructie vanuit het HIS en de afrondende actie door de huisarts. De tabel legt daarnaast indien van toepassing per rubriek een eerste relatie met de Basisgegevensset Zorg (BgZ) via de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's) ten behoeve van de ontvangende kant. Zie voor ontwikkelingen rond Basisgegevensset Zorg en Zorginformatiebouwstenen bijlage D Ontwikkelingen, paragraaf 7. Zie voor de meest recente versie van de inhoud van deze tabellen ook de HASP-viewer.

Envelop

De rubrieken in de Envelop worden gevuld door het HIS respectievelijk de verwijsapplicatie, en in sommige gevallen aangevuld door de huisarts.

Bij de Richtlijn HASP hoort een 'online viewer HASP' waarin u rubrieken, voorbeelden en toelichting kunt vinden. Zie www.nhg.org/ict.

De sterretjes (asterisken) in dit hoofdstuk betekenen het volgende.

- * verplicht in verwijsbericht
- ** verplicht in update door huisarts
- *** verplicht bij kwetsbare ouderen

Verplichte rubrieken worden altijd gepresenteerd bij de ontvanger, ook als ze niet zijn ingevuld.

Tabel 6.1 Envelop door huisarts met toelichting per onderdeel

ENVELOP	
Gegevens auteur	
	*,**
Definitie	Volledige identificatie- en contactgegevens van de auteur van het bericht.
Toelichting	(1 = verplicht) - gegevens zorginstelling: identificatiegegevens (URA-nummer); naam ¹ ; adres ¹ ; contactgegevens (telefoon ¹ , fax, e-mail) - gegevens auteur: identificatiegegevens (UZI-nummer); naam ¹ ; specialisme ¹ ('huisarts'); adres ¹ ; contactgegevens (telefoon ¹ , fax, e-mail); AGB-code ¹ (betreft AGB-code persoon) - contactpersoon (indien afwijkend van verwijzer): naam ¹ ; specialisme ¹ ('huisarts'); contactgegevens (telefoon ¹ , fax, e-mail); bereikbaarheid (dag/tijd)
Relatie met ZIB	Zorgaanbieder, Zorgverlener
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.
Gegevens patiënt of cliënt	
	*,**
Definitie	Volledige identificatie- en contactgegevens van de patiënt of cliënt.
Toelichting	Omvat (1 = verplicht) - gegevens patiënt: BSN ¹ ; naam ¹ ; geslacht; adres ¹ ; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail); geboortedatum. ¹ - gegevens contactpersoon: naam ¹ ; relatie; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail). - bij kinderen onder de 16 met gescheiden ouders: gegevens tweede ouder.
Relatie met ZIB	Patiënt, Contactpersoon
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.

Gegevens geadresseerde		*,**
Definitie	Volledige identificatie- en contactgegevens van de geadresseerde van het bericht.	
Toelichting	Omvat (1 = verplicht) - gegevens zorginstelling: identificatiegegevens (URA-nummer); naam ¹ ; adres ¹ ; contactgegevens (telefoon ¹ , fax, e-mail) - gegevens geadresseerde: identificatiegegevens (UZI-nummer) specialisme ¹ ('huisarts'); naam; adres; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail); Het komt ook voor dat bij een verwijzing de patiënt zelf later de instelling kiest. In dit geval kan de instelling niet op het moment van verwijzing worden ingevuld; dit is dan een expliciete keuze.	
Relatie met ZIB	Zorgaanbieder, Zorgverlener	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Datum en tijd		*,**
Definitie	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Wordt gevuld vanuit het HIS.	
Type bericht		*,**
Definitie	Referentie aan HASP-berichtmodel	
Toelichting	Afgesproken set: verwijsbericht, update door huisarts.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Zorgpad		Optioneel
Definitie	Voorstel voor de zorgstraat of het zorgpad dat van toepassing wordt geacht voor deze patiënt of cliënt.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Urgentie		Optioneel
Definitie	Voorstel voor snelheid waarmee patiënt of cliënt moet worden gezien.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Indien van toepassing in uw regio: de huisarts vult in conform afspraak.	
Voorzieningen nodig bij consult		Optioneel
Definitie	Extra aandacht of maatregelen die nodig zijn voor een consult met deze patiënt.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Beheerder bericht		*,**
Definitie	De partij die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart	

BSN: burgerservicenummer; UZI: Unieke Zorgverlener Identificatie [voor zorgverleners (persoon)]; URA: Unieke Registratie Abonneehouder; ZIB: Zorginformatiebouwen

Kern

De rubrieken in de kern worden geformuleerd door de huisarts, soms al met een voorverklaring vanuit het HIS. Alle rubrieken worden getoond in het bericht. Verplichte rubrieken krijgen de inhoud 'geen' indien de verzender geen informatie heeft voor deze rubriek.

Tabel 6.2 Kern door huisarts met toelichting per onderdeel

KERN	
Reden + context verwijzing	
	*
Definitie	Zie hoofdstuk h4.
Toelichting	Bevat vrije tekst.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS kan de huisarts helpen door de P-regel van het laatste deelcontact te tonen, echter dit voldoet meestal niet aan de impliciete eisen zoals in de definitie. De huisarts formuleert de reden + context verwijzing en vraagt zich af of hij het stokje zo goed overdraagt.
Reden update	
	**
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Toelichting	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Volgt
Ingestelde behandeling	
	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Toelichting	Bevat vrije tekst.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert de tekst 'Geen'. In een aantal gevallen is immers geen behandeling ingesteld. Het HIS kan helpen door de P-regels beschikbaar te hebben voor raadpleging. De huisarts vervangt 'Geen' door de juiste tekst indien wel een behandeling is ingesteld. De huisarts formuleert kort en bondig de ingestelde behandeling.
Procedurevoorstel	
	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Toelichting	Bevat vrije tekst.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert eventueel een aantal keuzes, bijvoorbeeld zoals gegeven in hoofdstuk 4. De huisarts moet dan precies een optie selecteren. De huisarts kan het Procedurevoorstel ook zelf formuleren.
Verder van belang	
	Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Toelichting	Bevat vrije tekst.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert een lege rubriek. De huisarts formuleert deze rubriek, indien van toepassing. Het HIS kan helpen met het invoegen van een rubrieksnaam waarnaar de huisarts wil verwijzen.

Dossiersamenvatting

De rubrieken in de Dossiersamenvatting worden indien van toepassing gevuld door het HIS respectievelijk de verwijsapplicatie. Voor samengestelde en/of gecodeerde velden geldt dat het HIS regels overzichtelijk moet presenteren. Dit houdt bijvoorbeeld in dat spaties worden ingevoegd, dat velden netjes onder elkaar worden geplaatst en dat bij codes de omschrijving van de code wordt bijgevoegd.

Rubrieken met * worden altijd opgenomen en krijgen de inhoud 'geen' indien geen informatie beschikbaar is. De Dossiersamenvatting wordt in grote lijnen door het HIS gevuld, de huisarts controleert op volledigheid, relevantie en privacy. Rubrieken waarvoor verbijzondering is afgesproken (zie paragraaf 5, Verbijzondering verwijsbericht per specialisme; zie ook de online HASP-viewer op www.nhg.org/ict) verdienen daarbij extra aandacht.

Tabel 6.3 Dossiersamenvatting door huisarts met toelichting per onderdeel

DOSSIERSAMENVATTING	
Deelcontactverslag	Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert SOEP-regels van het deelcontact van waaruit de huisarts verwijst. De huisarts selecteert zo nodig extra deelcontacten van de episode.
Episodelijst	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert achtereenvolgens open episodes met vlag, afgesloten episodes met vlag, open episodes zonder vlag.
Behandelingen	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert de behandelingen.
Medicatie	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert de actuele voorschriften. Het HIS geeft de mogelijkheid toe te voegen eerdere medicatie bij de episode van waaruit wordt verwezen incl. reden stoppen, en/of zelfmedicatie.
Overgevoeligheid voor medicatie, contra-indicaties voor voorschrijven	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert vanuit medicatie-overgevoeligheid respectievelijk contra-indicatie.
Profylaxe	*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert vanuit profylaxe.

Aanvullend onderzoek		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert vanuit diagnostisch archief en/of correspondentie. Bij het verwijsbericht presenteert het HIS de waarden behorend bij de gehele episode, bij de update de waarden behorend bij het deelcontact.	
Ook bekend bij		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert desgewenst vanuit correspondentie.	
Risicovol leefgedrag		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert vanuit diagnostisch archief (roken) en/of de episodelijst (verslavingen).	
Familieanamnese		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert vanuit familie-anamnese.	
Psychosociale anamnese		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; de huisarts formuleert indien van toepassing.	
Psychogeriatrisch onderzoek		***
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; indien het een kwetsbare betreft selecteert het HIS de afgesproken rubrieken rond kwetsbaarheid.	
Behandelgrenzen		***
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart; het HIS presenteert vanuit behandelgrenzen.	

Zie ook bijlage D, Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten (in ontwikkeling).
 SOEP: subjectief-objectief-evaluatie-plan [een methode van bijhouden van een medisch dossier door de huisarts]

4. INSTRUCTIE HUISARTS

Deze paragraaf beschrijft de acties die de huisarts (soms ondersteund door zijn assistente) uitvoert bij het samenstellen van een bericht.

De huisarts stelt eenmalig de defaults in voor het werken met verwijsbericht en update. Dit betreft het format dat verschijnt bij het starten van de verwijs- of communicatiemodule, en de voorkeur voor een bericht met een voorselectie uit het HIS, dan wel voor een leeg bericht (met selectiemogelijkheid in het HIS).

Tijdens of na het consult maakt de huisarts het verwijsbericht. Hij start hiervoor de verwijsmodule vanuit het betreffende deelcontact. Meestal vraagt de verwijs- of communicatiemodule een aantal gegevens rond de verwijzing zoals ziekenhuis, specialisme, medisch specialist en locatie. Soms kan de huisarts aangeven tot hoe lang terug gegevens van de patiënt moeten worden toegevoegd. Vervolgens geeft de huisarts aan dat de verwijs- of communicatiemodule het bericht kan gaan samenstellen.

Voor de update volgt de huisarts een andere aanpak. Hij relateert deze met verwijsnummer of andere identificatie aan het eerder verzonden verwijsbericht.

De huisarts formuleert de 'Kern' van het bericht, en controleert de 'Envelop' en 'Dossier-samenvatting'. Per rubriek voert hij de afrondende actie uit zoals beschreven in paragraaf 3. Indien gewenst voegt hij de optionele rubrieken toe (rubrieken zonder ster in genoemde tabel).

Ten slotte controleert hij het bericht in de definitieve lay-out, autoriseert hij het bericht en verzendt het.

Het gebruik van afkortingen in de tekst van een rubriek leidt vaak tot verwarring en soms tot fouten aan de ontvangende kant en verdient daarom zeer terughoudend gebruik.

5. VERBIJZONDERING VERWIJSBERICHT PER SPECIALISME

(Zie voor de verbijzonderingen per specialisme ook de online HASP-viewer op www.nhg.org-ict. Hier volgt een toelichting op de verbijzonderingen.)

Soms is voor een specialisme, of voor een zorgpad binnen dat specialisme, specifieke informatie in een rubriek gewenst. Indien de praktijk uitwijst dat een huisarts bepaalde informatie die hij wel heeft, vaak achterwege laat, kan een verbijzondering handig zijn. Dat is dan een rappel (*reminder*) dat de huisarts eraan herinnert dat deze informatie zeer gewenst is bij de medisch specialist. De wijze waarop ZorgDomein de verbijzondering toepast met pop-ups bij het presenteren van het format verwijsbericht, kan model staan voor effectieve toepassing ervan.

Verbijzondering voor een specialisme geschiedt via invulinstructies in de vorm van de toelichtende tekst bij een rubriek.

Bijvoorbeeld voor een bericht naar de kindergeneeskunde zou de verbijzondering kunnen worden afgesproken.

- bij de rubriek Sociale anamnese:
'Thuissituatie? Veilig thuis bij de zorg betrokken? Voogdij?'

De verbijzondering wordt opgesteld door de betreffende medisch-specialistenvereniging en wordt landelijk doorgevoerd. Verbijzonderingen worden beheerd door het NHG; zie hoofdstuk 1 paragraaf 3, Beheer richtlijn, voor inzage bestaande verbijzonderingen. Verbijzonderingen afspreken geschiedt altijd in overleg met het NHG.

In uitzonderlijke situaties kan men hierop nog regionaal een aanvulling formuleren. In een regionale aanvulling kan de chirurg dan bijvoorbeeld expliciet vragen aan te geven of en waar een foto is gemaakt. Het gebruik van regionale instructies vraagt uitgebreide technische ondersteuning; het is niet te verwachten dat dit in alle situaties gerealiseerd kan worden.

Er dient terughoudend te worden omgegaan met verbijzondering en vooral met regionale invulinstructies.

Een bijzondere verbijzondering is die voor kwetsbare ouderen: deze gelden namelijk voor alle patiënten die in het HIS het kenmerk voor kwetsbare oudere hebben, en die gelden dan onafhankelijk van het specialisme waarnaar wordt verwezen. Voor deze verbijzondering geldt juist een aanbeveling van gebruik.

HOOFDSTUK 7 IMPLEMENTATIE BIJ MEDISCH SPECIALIST EN ZIEKENHUIS



1. OVERWEGINGEN VOORAF

Implementatie van de richtlijn in het ziekenhuis en bij de medisch specialist is belangrijk, maar het zal enige tijd vergen voordat in alle situaties de berichten tijdig en volgens de richtlijn de deur uitgaan. Belangrijk is dat een ziekenhuis respectievelijk een vakgroep kan laten zien dat men bezig is met de informatiebehoefte bij de huisarts en dat communicatie en de verbetering daarvan continue aandacht heeft.

Implementatie van de richtlijn bij de medisch specialist omvat niet alleen ondersteuning vanuit het elektronisch patiëntendossier (EPD), het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) of andere applicatie en ondersteuning vanuit de ziekenhuisorganisatie, maar ook correct gebruik van functionaliteit door de medisch specialist. Pas als aan alle eisen is voldaan, zullen berichten volgens de richtlijn worden geproduceerd.

2. ONDERSTEUNING VANUIT HET ZIS

Deze paragraaf beschrijft de benodigde ondersteuning vanuit het EPD en/of ZIS of een losse daartoe ingerichte applicatie die is gekoppeld aan het EPD en/of ZIS voor het verwerken van de berichten van de huisarts en het vervaardigen van de berichten aan de huisarts. Soms kan de functionaliteit zijn verdeeld over meerdere systemen.

Verwerken en raadplegen verwijsberichten

Het EPD en/of ZIS respectievelijk de bedoelde applicatie:

- kan een overzicht tonen van ontvangen verwijsberichten met per bericht een regel met daarin:
 - gegevens verzender: naam verzender, naam huisarts,
 - gegevens patiënt: naam patiënt, Burgerservicenummer, geboortedatum,
 - gegevens ontvanger: specialisme, naam medisch specialist, locatie,
 - gegevens verwijzing: datum/tijdstip autorisatie, afspraaknummer, toegangspad, urgentie,
 - de aanduiding of het verwijsbericht al is gekoppeld aan een afspraak en/of een patiëntendossier;
- ondersteunt het voeren van het beheer over de ontvangen berichten:
 - archiveert alle ontvangen verwijsberichten waarbij een behandelingsrelatie is ontstaan gedurende de wettelijke voorgeschreven termijn gekoppeld aan het EPD van de patiënt,
 - retourneert met een in te stellen frequentie (bijvoorbeeld vier keer per jaar) de berichten waarbij binnen een in te stellen termijn (bijvoorbeeld drie maanden) geen behandelingsrelatie is ontstaan naar de afzender;
- stelt de gebruiker in staat om het verwijsbericht voor een patiënt te raadplegen:
 - vanuit het patiëntdossier,
 - en/of vanuit de afspraak voor de patiënt in de spreekuurmodule.

Ondersteuning van berichten naar de huisarts

Het EPD en/of ZIS respectievelijk de bedoelde applicatie:

- ondersteunt onder de naam 'Berichten HASP' de ontslagberichten kliniek en polikliniek, de updates;
- biedt de gebruiker de mogelijkheid voor het aanmaken van een bericht met de optie om:
 - een berichtsoort te kiezen,
 - een patiënt te selecteren;
- presenteert het correcte format voor het gekozen soort bericht:
 - met van alle verplichte rubrieken de rubrieknamen zoals vermeld in deze richtlijn, zonder de mogelijkheid om rubrieken toe te voegen, rubrieknamen te wijzigen of verplichte rubrieken (zie verder) te schrappen (verzoeken om wijzigingen kunnen wel worden doorgegeven, deze worden landelijk opgepakt, zie hoofdstuk 1, paragraaf 3),
 - met, voor zover mogelijk, een vulling per rubriek overeenkomstig de tabellen in paragraaf 3, waarbij 'geen' wordt ingevuld indien voor een verplichte rubriek geen informatie beschikbaar is,
 - met een duidelijke aanduiding dat er niet-verplichte rubrieken beschikbaar zijn en welke rubrieken dit zijn inclusief de mogelijkheid om deze rubrieken toe te voegen;
- biedt per rubriek de mogelijkheid om:
 - op eenvoudige wijze de definitie zoals in deze richtlijn gegeven te tonen,
 - op eenvoudige wijze de invulinstructie voor het specialisme te tonen indien voorhanden;
- vertaalt format plus rubrieken naar een te verzenden bericht:
 - volgens de lay-out zoals getoond in deze richtlijn,

- met de tekst 'geen' voor verplichte rubrieken waarvoor geen informatie is ingevuld,
- met voor de gebruiker de mogelijkheid op elk moment het bericht te bekijken in de lay-out zoals die zal worden verzonden;
- biedt de mogelijkheid om het bericht te autoriseren voor verzending met:
 - standaard de medisch specialist als verzender en de mogelijkheid om de verzender aan te passen ingeval van assistent enzovoort,
 - de mogelijkheid om ontvangers van kopieberichten te selecteren;
- biedt de mogelijkheid om berichten later af te ronden:
 - met een melding zodra de applicatie wordt gestart dat er nog niet afgeronde berichten klaar staan,
 - met dezelfde functionaliteit als hierboven aangegeven;
 - verzendt het bericht
 - zonder de lay-out zoals getoond aan de huisarts te wijzigen
 - slaat verzonden berichten op.

3. INSTRUCTIE PER RUBRIEK

De volgende tabellen geven voor Envelop, Kern en Dossiersamenvatting per rubriek de instructies voor IT-ondersteuning voor het opstellen van berichten vanaf de kant van het EPD van de medisch specialist, respectievelijk het ontvangen en integreren van berichten in het EPD van de huisarts. De tabellen geven de invulinstructie vanuit het ZIS en de afrondende actie door de medisch specialist. De tabel legt daarnaast indien van toepassing per rubriek een eerste relatie met de Basisgegevensset Zorg (BgZ) via de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's) ten behoeve van de ontvangende kant. Zie voor ontwikkelingen rond Basisgegevensset Zorg en Zorginformatiebouwstenen bijlage D Ontwikkelingen, paragraaf 7. Zie voor de meest recente versie van de inhoud van deze tabellen ook de HASP-viewer.

Envelop medisch specialist

De rubrieken uit de Envelop worden zo mogelijk gevuld vanuit het EPD en/of ZIS of de communicatiemodule. De inhoudelijke actie komt van de medisch specialist.

Bij de Richtlijn HASP hoort een 'online viewer HASP' waarin u rubrieken, voorbeelden en toelichting kunt vinden. Zie www.nhg.org/ict.

De sterretjes (asterisken) in dit hoofdstuk betekenen het volgende.

- * verplicht in verwijsbericht
- ** verplicht in update door medisch specialist
- *** verplicht bij kwetsbare ouderen

Verplichte rubrieken worden altijd gepresenteerd bij de ontvanger, ook als ze niet zijn ingevuld.

Tabel 7.1 Envelop door medisch specialist met toelichting per onderdeel

ENVELOP	
Gegevens auteur	
	*,**
Definitie	Gegevens van de medisch specialist.
Toelichting	Omvat (1 = verplicht) - gegevens zorginstelling: identificatiegegevens (URA-nummer); naam¹; adres¹; contactgegevens (telefoon¹, fax, e-mail) - gegevens auteur: identificatiegegevens (UZI-nummer); naam¹; specialisme¹ ('huisarts'); adres¹; contactgegevens (telefoon¹, fax, e-mail); AGB code¹ (betreft AGB code persoon) - contactpersoon (indien afwijkend van medisch specialist): naam¹; specialisme¹; contactgegevens (telefoon¹, fax, e-mail); bereikbaarheid (dag/tijd)
Relatie met ZIB	Zorgaanbieder, Zorgverlener
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.
Gegevens patiënt of cliënt	
	*,**
Definitie	Gegevens van de patiënt.
Toelichting	Omvat (1 = verplicht) - gegevens patiënt: BSN¹; naam¹; geslacht; adres¹; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail); geboortedatum¹ - gegevens contactpersoon: naam¹; relatie; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail) - bij kinderen onder 16 met gescheiden ouders gegevens tweede ouder
Relatie met ZIB	De patiënt, Contactpersoon
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.
Gegevens geadresseerde	
	*,**
Definitie	Gegevens van de huisartspraktijk of de instelling aan wie het bericht wordt verstuurd ²
Toelichting	Omvat (1 = verplicht) - gegevens zorginstelling: identificatiegegevens (URA-nummer); naam¹; adres¹; contactgegevens (telefoon¹, fax, e-mail) - gegevens geadresseerde: identificatiegegevens (UZI-nummer) specialisme¹ ('huisarts'); naam; adres; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail); - aanduiding of geadresseerde de primaire ontvanger is of een kopie-ontvanger¹ Let op: bij ontslag wordt in deze rubriek ingevuld de instelling die de zorg van de patiënt overneemt, dat kan een andere zijn dan de huisarts. In dat geval krijgt de huisarts verplicht een kopie.

Relatie met ZIB	Zorgaanbieder, Zorgverlener	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Kopie aan		Conditioneel
Definitie	Gegevens van de huisartspraktijk en/of geadresseerde die een kopie krijgt ³	
Toelichting	Omvat (1 = verplicht) - gegevens zorginstelling: identificatiegegevens (URA-nummer); naam¹; adres¹; contactgegevens (telefoon¹, fax, e-mail) - gegevens geadresseerde: identificatiegegevens (UZI-nummer) specialisme¹ ('huisarts'); naam; adres; contactgegevens (telefoon, fax, e-mail); - aanduiding of geadresseerde de primaire ontvanger is of een kopie-ontvanger¹ Let op: in geval van ontslag naar een instelling krijgt de huisarts een kopie. In alle gevallen van berichtgeving kan het aan de orde zijn dat een ander een kopie ontvangt.	
Relatie met ZIB	Zorgaanbieder, Zorgverlener	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Datum en tijd		*,**
Definitie	Het tijdstip waarop de verzender het bericht afrondt en aanbiedt voor verzending.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Type bericht		*,**
Definitie	Referentie aan HASP-berichtmodel	
Toelichting	Afgesproken set: update polikliniek, ontslagbericht polikliniek, update kliniek, ontslagbericht kliniek.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Zorgpad		Optioneel
Definitie	Zorgstraat of het zorgpad dat is gevolgd door deze patiënt of cliënt.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Urgentie		Optioneel
Definitie	Voorstel voor snelheid waarmee patiënt of cliënt moet worden gezien.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Beheerder bericht		*,**
Definitie	De zorgverlener die ervoor zorgt dat dit bericht gearchiveerd en bewaard wordt; meestal de verzender.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	

BSN: burgerservicenummer; UZI: Unieke Zorgverlener Identificatie [voor zorgverleners (persoon)]; URA: Unieke Registratie Abonnehouder; ZIB: Zorginformatiebouwstenen

Kern medisch specialist

De rubrieken in de kern worden geformuleerd door de medisch specialist, soms al met een voorvulling vanuit het ZIS. Alle rubrieken worden getoond in het bericht. Verplichte rubrieken krijgen de inhoud 'geen' indien de verzender geen informatie heeft voor deze rubriek.

Specifieke aandacht geldt de samenhang tussen de drie rubrieken Beleid, Aanbeveling uw follow-up en Afgesproken met patiënt: tezamen geven die de duidelijkheid voor medisch specialist, huisarts en patiënt over de onderlinge afspraken.

Tabel 7.2 Kern door medisch specialist met toelichting per onderdeel

KERN		
Reden bericht		*,**
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Toelichting	Bevat vrije tekst.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Conclusie, diagnose		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Toelichting	Bevat vrije tekst.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Beleid		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Toelichting	Bevat vrije tekst.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Aanbeveling uw follow-up		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Toelichting	Bevat vrije tekst.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Afgesproken met patiënt		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Toelichting	Bevat vrije tekst.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Verder van belang		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Toelichting	Bevat vrije tekst.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	

Dossiersamenvatting medisch specialist

De rubrieken in de Dossiersamenvatting worden indien van toepassing gevuld door het ZIS respectievelijk de verwijsapplicatie. Voor samengestelde en/of gecodeerde velden geldt dat het ZIS regels overzichtelijk presenteert. Dit houdt bijvoorbeeld in dat spaties worden ingevoegd, dat velden netjes onder elkaar worden geplaatst en dat bij codes omschrijving van de code wordt bijgevoegd. Rubrieken met* worden altijd opgenomen en krijgen de inhoud 'geen' indien geen informatie beschikbaar is. De Dossiersamenvatting zal deels door het ZIS worden gevuld, de medisch specialist controleert op volledigheid, relevantie en privacy. Rubrieken waarvoor verbijzondering is afgesproken (zie paragraaf 6 Verbijzondering ontslagbericht per specialisme) verdienen daarbij extra aandacht.

Tabel 7.3 Dossiersamenvatting door medisch specialist met toelichting per onderdeel

DOSSIERSAMENVATTING		
Voorgeschiedenis		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Anamnese		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Beloop, interventie		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Familieanamnese		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Psychosociale anamnese		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Risicovol leefgedrag		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Lichamelijk onderzoek		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Laboratoriumonderzoek		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	

Beeldvormend onderzoek		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Functieonderzoek		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Psychogeriatrisch onderzoek		***
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Overig aanvullend onderzoek		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Intercollegiale consulten		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Verrichtingen derden		Optioneel
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Medicatie		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Overgevoeligheid voor medicatie, contra-indicaties bij voorschrijven		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Profylaxe		*
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	
Behandelgrenzen		***
Definitie	Zie hoofdstuk 4.	
Relatie met ZIB	Nog niet aangegeven.	
Invulinstructie	Zie samenvattingskaart.	

Zie ook bijlage D onder Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten (in ontwikkeling)

4. ONDERSTEUNING VANUIT HET ZIEKENHUIS

Meer dan bij de huisarts ligt hier een rol in de taakverdeling tussen ziekenhuis, secretariaat, medisch specialist en arts-assistent, die ertoe moet leiden dat berichten steeds op tijd en uniform de deur uitgaan. Met het berichtmodel als startpunt spreekt men voor het ziekenhuis en/of per specialisme af op welk moment wordt verzonden.

Bijvoorbeeld voor specialisme A:

- *De eerste update voor aandoeningen x en y na het tweede consult, voor de overige na het eerste consult en het ontslagbericht op de dag van ontslag uit poliklinische zorg.*
- *Indien de medisch specialist de patiënt op de opnamelijst plaatst stuurt hij een update; op de dag van opname volgt een update door de medisch specialist of van het ziekenhuis, bij ontslag het ontslagbericht. Eventueel volgt dan nog een nagekomen uitslag via een update.*

Voor alle specialismen:

- *Bij overlijden altijd een update op de dag van overlijden, zo nodig gevolgd door een ontslagbericht of een update.*

Per specialisme spreekt men af hoe de route is en hoe zo nodig arts-assistenten hierin worden ondersteund.

Bijvoorbeeld voor specialisme A:

- *Het secretariaat geeft op de status aan dat er een bericht moet uitgaan.*
- *Voor het eerste bericht levert de medisch specialist na afloop van het spreekuur de benodigde informatie via de status (elektronisch of via een invulformulier) aan bij het secretariaat.*
- *Het secretariaat maakt binnen een halve werkdag het bericht en biedt dat aan ter autorisatie.*
- *De arts accordeert binnen een halve werkdag.*
- *Het secretariaat verzendt direct na autorisatie (of: arts verzendt bij autorisatie).*

Per specialisme spreekt men af wie de verzending bewaakt. Vaak is dat het secretariaat, dat daarvoor zelf lijstjes bijhoudt.

Verder gaat men na in hoeverre automatische vulling door het EPD en/of ZIS mogelijk is en op maat. Zie hiervoor ook de tabellen 7.1, 7.2 en 7.3. Ten slotte spreekt men evaluatiemomenten af.

5. INSTRUCTIE MEDISCH SPECIALIST

Hoe de medisch specialist uiteindelijk komt tot een correct bericht, verschilt nogal per setting. Het meest belangrijk is zoals eerder gesteld dat het bericht tijdig kan worden verstuurd.

Verder is van belang dat de medisch specialist zich in alle gevallen beperkt tot de aangeboden rubrieken: extra rubrieken worden niet ondersteund door de HIS'en van de huisartsen. Ook is van belang dat de medisch specialist het bericht controleert en autoriseert voor verzending.

Zoals gezegd verschillen de manieren waarop een medisch specialist een bericht componeert. Het vergt wellicht heroverweging om te voldoen aan de hoge eis van tijdige verzending. Sommige medisch specialisten dicteren met de richtlijn in de hand en hun secretariaat verwerkt het gedicteerde in het bijpassende format tot een bericht volgens de richtlijn. Soms werken deze medisch specialisten met een eigen dicteerkaartje toegespitst op de rubrieken uit de richtlijn die de medisch specialist meestal gebruikt, eventueel voorzien van ‘beginzinnen’. Andere medisch specialisten werken tijdens het consult met een invulformat volgens de richtlijn, soms al ingevuld met de relevante uitslagen. Het secretariaat werkt het bericht uit met het bijpassende format. Sommige medisch specialisten maken al zelf vanuit het EPD en/of ZIS het bericht aan. Soms is er nog een extra slag vanwege een opleidingssituatie, echter ook dit is geen reden om niet tijdig het bericht te versturen.

Het gebruik van afkortingen in de tekst van een rubriek leidt vaak tot verwarring en soms tot fouten aan de ontvangende kant en verdient daarom zeer terughoudend gebruik.

6. VERBIJZONDERING ONTSLAGBERICHT PER SPECIALISME

Soms is voor een specialisme verbijzondering gewenst van het ontslagbericht. Verbijzondering per specialisme geschiedt via invulinstructie. Zo zou het specialisme psychiatrie bij de rubriek anamnese de toelichtende tekst kunnen verstrekken welke onderdelen bij de anamnese kunnen worden onderscheiden, bijvoorbeeld psychiatrische anamnese, psychiatrische voorgeschiedenis en toestand bij opname. De invulinstructie wordt gemaakt en beheerd door de medisch-specialistenvereniging.

BIJLAGE A GEDRAGSCODE HASP

Informatie-uitwisseling in zorgverlening is te zien als het doorgeven van een estafette-stokje in een viermaal honderd meter sprint: goede afstemming is noodzakelijk, tijdig aanreiken essentieel, bij voorkeur het hele stokje en afspraken en training zijn noodzakelijk om het soepel te laten verlopen.

1. TOELICHTING

Noodzaak

Het HASP-model voor informatie-uitwisseling tussen zorgverleners wint aan kracht door in de Gedragscode HASP (zie paragraaf 2) af te spreken hoe dit model gehanteerd moet worden. Het vertrekpunt hiervoor is de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener om continuïteit van zorg te bevorderen middels een zinvolle informatie-uitwisseling. Informatie-uitwisseling is een actief proces waarin de zorgverlener, niet alleen als verzender maar ook als ontvanger, de uit te wisselen informatie steeds kritisch beschouwt op bruikbaarheid. Adequate inhoud en het tijdig beschikbaar hebben zijn hierin cruciaal. De Gedragscode is opgesteld om juist dit bewustzijn te onderhouden en geeft daarmee richting aan de uitvoering van het HASP-model in de praktijk.

Verantwoordelijkheden zorgverlener

Het behoeft geen betoog dat informatie-uitwisseling een cruciale rol speelt bij het borgen van continuïteit van zorg. Zorgverleners regelen de verdeling en afbakening van verantwoordelijkheden door actieve afstemming en uitwisseling van informatie, wat ook omvat het actief herkennen van de momenten om tijdig en gericht de bij de patiënt betrokken zorgverleners te informeren. Het spreekt voor zich dat dit bij kwetsbare patiënten om extra aandacht vraagt.

De Gedragscode HASP beschrijft deze verantwoordelijkheden in algemene termen vanuit twee perspectieven.

De zorgverlener als verzender:

- borgt actief de continuïteit van zorg door tijdig de noodzakelijke informatie te versturen: het te laat uitwisselen van informatie kan deze continuïteit ernstig bedreigen;
- verplaatst zich in de ontvanger van de informatie bij het bepalen van relevante informatie;
- laat tijdigheid van essentiële informatie prevaleren boven late of te late volledigheid;
- is concreet over welk beleid de verzender zelf continueert, welke verantwoordelijkheid de verzender bij de ontvanger neerlegt en welke verantwoordelijkheid met de patiënt is afgestemd;
- houdt de verzonden informatie beschikbaar in het patiëntdossier.

De zorgverlener als ontvanger:

- hanteert naast de ontvangen informatie ook eigen of andere bronnen met deelinformatie over de patiënt en combineert dit tot het meest actuele totaalbeeld;
- houdt de ontvangen informatie beschikbaar in het patiëntdossier.

De Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP) werkt deze twee perspectieven uit voor de informatie-uitwisseling tussen de eerste en de tweede lijn (zie Gedragscode HASP in paragraaf 2).

2. GEDRAGSCODE HASP

DE HUISARTS (verwijzer)	DE MEDISCH SPECIALIST (geconsulteerde)
1. Gebruikt voor de informatie-uitwisseling het HASP-model.	1. Gebruikt voor de informatie-uitwisseling het HASP-model.
2. Stuurt een verwijsbericht en controleert alvorens het te verzenden: • is de rubriek 'Reden + context verwijzing' voldoende duidelijk voor de geconsulteerde? • is de informatie op maat; is de rubriek 'Verder van belang' juist gebruikt?	Neemt kennis van het gehele verwijsbericht en gebruikt dit naast zijn andere bronnen.
	Is in berichten duidelijk over taakverdeling.
3. Overweegt een update bij zaken die het beleid van de geconsulteerde kunnen doorkruisen, zoals: • als zich een wijziging in het beloop voordoet, een nieuwe uitslag bekend is, de huisarts met de patiënt een gesprek heeft gehad over de behandeling in de tweede lijn; • bij het stellen van een diagnose of bij veranderen van diagnose, en/of bij inzetten of wijzigen van een behandeling met belangrijke impact; • bij een levensgebeurtenis. De huisarts (verwijzer) stuurt altijd een update: • bij overlijden.	2. Overweegt een update vanuit de polikliniek : • zodra de medisch specialist een werkhypothese en een plan heeft opgesteld; • bij het stellen of wijzigen van een diagnose en/of inzetten of wijzigen van therapie met belangrijke impact, vooral indien dit consequenties kan hebben voor de zorg door de huisarts, of indien het een beslissing vraagt van de patiënt, bij plaatsen op de opnamelijst; • na behandeling/ingreep op de dagbehandeling; • (na het versturen van het ontslagbericht): nagekomen uitslag die relevant is; • als de patiënt lang onder controle blijft: op gezette tijden over het ingezette traject; Overweegt een update vanuit de kliniek : • bij opname; • bij het stellen of wijzigen van een diagnose en/of inzetten of wijzigen van therapie met belangrijke impact, of indien het een beslissing vraagt van de patiënt; • bij onverwachte opname op de intensive care of onverwachte uitkomst van een operatie; Stuurt altijd een update: • bij overlijden.
	3. Stuurt een ontslagbericht • bij ontslag uit poliklinische controle; • bij ontslag naar huis of doorverwijzing naar andere instelling; • bij overplaatsing en/of definitieve overplaatsing naar een andere afdeling.
4. Bewaart de volledige communicatie bij het dossier van de patiënt.	4. Bewaart de volledige communicatie bij het dossier van de patiënt.
TIJDIGHEID IS ESSENTIEEL • Het verwijsbericht is in principe beschikbaar bij de geconsulteerde bij het plannen van een afspraak in de tweede lijn op het moment van overname.	TIJDIGHEID IS ESSENTIEEL • Het ontslagbericht vanuit de kliniek volgt in principe het moment van ontslag (maar uiterlijk binnen 24 uur). • Het ontslagbericht vanuit de polikliniek volgt zo snel als continuïteit van zorg vereist (maar uiterlijk binnen 5 dagen).
• De update* gaat richting de geconsulteerde zo snel als de continuïteit van de zorg vereist.	• De update gaat richting de verwijzer zo snel als continuïteit van zorg vereist.

* De huisarts realiseert zich dat de medisch specialist de update pas ziet bij het eerstvolgende consult. Deze tabel staat ook op de samenvattingskaart Richtlijn HASP

Verdeling van de verantwoordelijkheid

Met het verzenden of accepteren van een bericht draagt de huisarts (verwijzer) of de medisch specialist (geconsulteerde) de verantwoordelijkheid of een deel van de verantwoordelijkheid over.			
Situatie		De verantwoordelijkheid voor	
		de klacht	de overige zorg
Bij verwijzen		gaat naar de medisch specialist vanaf het eerste consult. <i>Tenzij ander voorstel in bericht</i>	blijft bij de huisarts (verwijzer).
Bij opname		gaat naar of blijft bij de medisch specialist.	gaat naar de medisch specialist. <i>Tenzij ander voorstel in bericht</i>
Bij ontslag	uit de kliniek	blijft bij de medisch specialist. <i>Tenzij ander voorstel in bericht</i>	gaat terug naar de huisarts (verwijzer) of gaat naar andere geadresseerde. • de huisarts krijgt dan kopiebericht
	uit de poli-kliniek	gaat terug naar de huisarts (verwijzer) of gaat naar andere geadresseerde. • de huisarts krijgt dan kopiebericht	
Bij consultatie*		blijft bij de huisarts (verwijzer).	blijft bij de huisarts (verwijzer).

* De consultatie maakt vooralsnog geen deel uit van de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP).

Deze tabel staat ook in hoofdstuk 2 en op de samenvattingskaart Richtlijn HASP

BIJLAGE B HASP IN COMPLEXERE SITUATIES

1. INLEIDING

Figuur 2.1, Het HASP-model voor informatie-uitwisseling (zie hoofdstuk 2), is gebaseerd op een standaardverwijzing waarbij de verantwoordelijkheid wordt verdeeld zoals aangegeven in de tabel Verdeling verantwoordelijkheden in hoofdstuk 2, figuur 2.2. Er komen echter ook situaties voor waarin huisarts en specialist andere afspraken maken over de verantwoordelijkheid, of waarin nog een derde deelt in de verantwoordelijkheid, zoals de specialist ouderengeneeskunde. Ook zijn er situaties waarin de patiënt wordt opgenomen zonder tussenkomst van de specialist, waarin de patiënt wordt overgedragen naar een ander specialisme, of waarin de patiënt wordt ontslagen en opgenomen in een andere instelling. Daarbij is het steeds belangrijk om goed in het bericht te noteren wie de medebehandelaars zijn (bij Ook bekend bij), hoe de verdeling van verantwoordelijkheid is, aan wie een bericht gericht is, en wie een kopie krijgt.

Tevens zijn er situaties waarbij de toepassing van het HASP-model voor meerdere aspecten specifieke aandacht vraagt, zoals veelal bij multidisciplinaire persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming bij bijvoorbeeld kwetsbare ouderen en patiënten met kanker. Hier volgt een toelichting voor toepassing van het model in een aantal andere situaties. Deze toelichting is vanzelfsprekend niet uitputtend.

2. HASP BIJ AFWIJKENDE VERDELING VERANTWOORDELIJKHEID

Overdracht naar een andere discipline

Het komt voor dat de medisch specialist de patiënt definitief overdraagt aan een andere discipline binnen dezelfde instelling. In dit geval geldt:

- de medisch specialist stuurt de huisarts een update; deze update is meestal dan ook wat uitgebreider dan een gewone update;
- de medisch specialist stuurt de huisarts tevens een kopie van de verwijzing naar de andere discipline;
- de medisch specialist die de patiënt overneemt, stuurt een update alsof patiënt naar hem verwezen was door de huisarts, dus zodra hij beleid heeft bepaald.

Specialist verwijst patiënt naar een andere instelling

Het komt voor dat de medisch specialist de patiënt - al dan niet definitief - overdraagt naar een andere instelling, zoals een revalidatiekliniek, verpleeghuis. In dat geval geldt:

- de medisch specialist stuurt het ontslagbericht naar de andere instelling, de huisarts krijgt een kopie; de verantwoordelijkheid gaat dan ook naar de andere instelling;
- de verantwoordelijk arts in die nieuwe instelling neemt de communicatie met de huisarts verder voor zijn rekening.

Medisch specialist neemt patiënt op vanuit de afdeling spoedeisende hulp

Het komt voor dat de medisch specialist de patiënt opneemt vanuit de afdeling spoedeisende hulp. In dat geval ontbreekt het verwijsbericht. Echter veelal heeft de afdeling spoedeisende hulp wel (via de huisartsenpost) de professionele samenvatting (Zie bijlage D paragraaf 7, Relatie met andere richtlijnen), en heeft in voorkomende gevallen die afdeling contact gezocht met de eigen huisarts indien essentiële informatie ontbrak. Voor de informatie-uitwisseling vanaf het moment van opname geldt dat de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP) weer gevolgd wordt, echter:

- de medisch specialist geef aan in reden bericht dat de patiënt is opgenomen via de afdeling spoedeisende hulp.

3. KWETSBARE OUDEREN

Natuurlijk heeft elke patiënt recht op optimale overdracht van informatie, maar dit vraagt bij kwetsbare ouderen om meerdere redenen extra zorg en aandacht. Daarnaast vragen ook andere patiënten om extra zorg voor communicatie, zoals kinderen in de jeugdzorg, verstandelijk beperkten, chronisch psychiatrische patiënten, asielzoekers, ongeletterden. Sommige van de aanbevelingen zijn ook op deze groepen toepasbaar.

- De huisarts heeft veelal de patiënt al extra onder controle vanwege de kwetsbaarheid, beleid en uitslagen van onderzoek hiernaar zijn van belang bij opname in de tweede lijn, ongeacht naar welke specialist wordt verwezen;
- het afnemen van anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek vergen vaak veel inspanning van dokter en patiënt, het is een goede start als de gegevens uit het huisartsdossier daarbij goed beschikbaar zijn;
- veelal zijn paramedici en andere hulpverlening betrokken bij de zorg voor de patiënt, en omdat bij opname en ontslag moet worden besloten of deze zorg wordt voortgezet, omgezet of tijdelijk gestaakt, is het gewenst om informatie hierover te delen;
- bijstelling van afspraken rond behandelgrenzen verdienen voor deze groep extra aandacht;
- als de kwetsbare patiënt opgenomen is geweest, is het kennis hebben van de impact van de opname van belang voor de huisarts in toekomstige verwijzingen;
- bij bijvoorbeeld kwetsbare ouderen en patiënten met kanker wordt er vaak gekozen voor multidisciplinaire persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming, dit vraagt extra zorg voor de afstemming en verdeling verantwoordelijkheid;
- veelal zijn meerdere behandelaars betrokken via consulten, wat regelmatig leidt tot adviezen voor controles (bijvoorbeeld controle laboratoriumonderzoek): de verantwoordelijke medisch specialist bij ontslag moet deze adviezen afstemmen met de huisarts;
- vaak is niet alleen de patiënt zelf minder draagkrachtig en inventief, maar ook zijn thuisfront; dit heeft consequenties voor mogelijkheden bij opname en ontslag.

Dit alles geldt onverkort of sterker als de patiënt wordt opgenomen via de afdeling spoedeisende hulp.

Voor kwetsbare ouderen komt HASP tegemoet met aandachtspunten bij het opstellen van berichten door de diverse opstellers en bij bijzonder gebruik van verbijzondering.

Verwijsbericht in geval van kwetsbare oudere opstellen door huisarts

Het opstellen van het verwijsbericht in geval van een kwetsbare oudere vraagt extra zorg van de huisarts:

- de huisarts legt vooraf in het EPD vast dat er sprake is van kwetsbaarheid oudere, het HIS moet ervoor zorgen dat de rubrieken specifiek rond de kwetsbare oudere meegaan in het verwijsbericht;
- de huisarts geeft in de Envelop bij Gegevens patiënt of cliënt aan indien het zoeken van contact met deze patiënt verloopt via diens contactpersoon.
- de huisarts besteedt in Reden + context verwijzing extra aandacht aan de context: waarom verwijst u nu deze patiënt, hoe sterk is het thuisfront? Aanvullende informatie selecteert hij in de rubriek Psychogeriatrische anamnese;
- de huisarts geeft in Ingestelde behandeling aan welke hulp door andere zorgverleners patiënt heeft en of / hoe die moet worden voortgezet; in de Dossiersamenvatting in Verder bekend bij geeft hij de contactgegevens geeft voor zover bekend;
- in de Dossiersamenvatting zijn de rubrieken Geriatrisch onderzoek en Behandelgrenzen verplicht bij een verwijzing van een kwetsbare oudere.

Ontslagbericht in geval van kwetsbare oudere

Het opstellen van het ontslagbericht in geval van een kwetsbare oudere vraagt extra zorg van de geriater of medisch specialist:

- de geriater of overige medisch specialist geeft in de Kern in Conclusie, diagnose aan of er sprake is geweest van een delier;
- de geriater of overige medisch specialist loopt consulten inhoudelijk na op zaken die moeten worden opgenomen in de Kern in Beleid, Uw follow-up of Afgesproken met patiënt, de uitkomst van het consult kan worden meegegeven in de Dossiersamenvatting in Intercollegiale consulten; voor de overige medisch specialisten betreft dit met name ook consult geriater
- de geriater of overige medisch specialist geeft in de Kern in Beleid aan welke hulp door andere zorgverleners patiënt heeft en of / hoe die moet worden voortgezet;
- in de Dossiersamenvatting zijn de rubrieken Geriatrisch onderzoek en Behandelgrenzen verplicht bij een ontslag van een kwetsbare oudere.

Kern	
Reden bericht	U verwees patiënt x naar onze polikliniek met het verzoek om differentiaal diagnostiek bij kortademigheid en hoesten.
Conclusie, diagnose	Somatisch - 6 weken thuis na lange opname met urosepsis, NSTEMI, met waarschijnlijk ook delier. - kans op ondervoeding Cognitie - Status na waarschijnlijk delier bij somatiek. Hetero-anamnestic al langer cognitieve problemen, mn - geheugen en houden overzicht. Screenings-onderzoek bevestigt dit, evenals verminderde fluency. NB het is te vroeg na delier voor een definitieve diagnose Functioneel - IADL langzaam afname Sociaal - weduwnaar, twee betrokken dochters.
Beleid	Ik stel patiënt in op pulmonale medicatie. De patiënt blijft bij mij onder controle. Op termijn volgt nog een histaminedrempel om een bronchiale hyperreactiviteit uit te sluiten. Indien dit onderzoek positief is zal ik uiteraard nog allergisch onderzoek verrichten.
Aanbeveling uw follow-up	Bij goed resultaat verwijs ik patiënt naar u terug, waarbij ik nog aanvullende informatie over de histaminedrempel zal vermelden.
Afgesproken met patiënt	De patiëntenfolder pulmonale medicatie.

Figuur B.1 Voorbeeld ontslagbericht geriatrie (Kern)

4. DE PATIËNTEN MET KANKER

Informatie-uitwisseling en overdracht van verantwoordelijkheid bij patiënten met kanker vragen ook extra zorg en aandacht:

- er is hier bij uitstek sprake van multidisciplinaire persoonsgerichte zorg en gedeelde besluitvorming;
- bij een zogeheten time-out, een ingelaste bedenktijd waarin de patiënt weloverwogen kan besluiten welke behandeling het beste aansluit bij de persoonlijke wensen en voorkeuren, is het van belang goed aan de huisarts te communiceren wat de termijn daarvan is, wat de te beantwoorden vraag is, en wat de gewenste actie van de huisarts is (afwachtend of actief; in welk geval stuurt de huisarts een update);
- langetermijneffecten bij kankertherapie zijn steeds meer patiëntspecifiek: de huisarts moet aandacht hebben voor deze langetermijneffecten.

Update door medisch specialist vanwege time-out

De medisch specialist zorgt bij het opstellen van een update in verband met een time-out:

- voor duidelijkheid in de drie samenhangende Kern-rubrieken Beleid, Aanbeveling uw follow-up, en Afsproken met patiënt, over:
 - de termijn van de time-out;
 - de specifieke vraag aan de patiënt;
 - de gevraagde actie van de huisarts, en wat daarover is afgesproken met de patiënt;
 - dat hij aangeeft wie de overige behandelaars zijn.

Ontslagbericht uit de polikliniek door medisch specialist

De medisch specialist zorgt bij het opstellen van het ontslagbericht uit de polikliniek:

- dat hij duidelijk is over de langetermijneffecten (rubriek Bespreking);
- dat hij duidelijk is over de controles door de huisarts, wat die inhouden en wat de bijbehorende opvolging is (rubriek Aanbeveling uw follow-up).

BIJLAGE C VERZENDWIJZE EN BEVEILIGING

1. VERZENDWIJZE

Bij de wijze van verzenden zijn aan de orde:

- de adressering;
- het technische format, bijvoorbeeld:
 - Health Level 7 (HL7, een internationale standaard voor elektronische uitwisseling van medische, financiële en administratieve gegevens tussen zorginformatie-systemen);
 - Edifact;
 - *extensible markup language* (XML);
 - opgemaakte tekst;
- de wijze van uitwisselen: elektronisch (meerdere alternatieven), fax of papier.

In de praktijk hanteren de meeste organisaties min of meer noodgedwongen meerdere oplossingen naast elkaar.

Wat betreft adressering is het vooral voor het juiste afleveren van updates van belang om hiervoor de route na te gaan. De huisarts is meestal wel te vinden, maar andersom is het bij een verwezen patiënt niet zomaar duidelijk wie de uiteindelijke verantwoordelijke is geworden in een ziekenhuis. Het lijkt op de weg van de ziekenhuizen te liggen om de route voor updates duidelijk te wijzen.

Oorspronkelijk was het ideaalbeeld een HL7-bericht via een beveiligd en/of besloten netwerk. Dit bericht zou dan gepresenteerd moeten worden in een voor de mens begrijpelijke vertaling. In de praktijk komen echter tussen die voorkeursvariant en opgemaakte tekst op papier vele tussenoplossingen voor.

Het juist en uiteraard tijdig afleveren van het bericht en het presenteren van de inhoud aan de ontvanger in een toegankelijke, snel begrijpelijke vorm vraagt in elke implementatie aandacht. Daarbij is in alle gevallen beveiliging aan de orde.

2. BEVEILIGING

De berichten tussen huisarts en specialist bevatten altijd medisch-inhoudelijke gegevens, die het hoogste niveau van informatiebeveiliging vragen. Onafhankelijk van de wijze van verzenden komt het bericht op enig moment buiten de beveiligde omgeving van huisartsenpraktijk respectievelijk ziekenhuis. Het is daarom van belang om maatregelen te nemen voor het waarborgen van beschikbaarheid, integriteit en exclusiviteit

van het bericht. Hier wordt volstaan met het noemen van een minimale set maatregelen; veelal is meer noodzakelijk.

- De papieren brief wordt verzonden in een gesloten envelop of meegegeven aan de patiënt in een open envelop.
- Verzending per fax vraagt aan beide kanten om een fax die onder toezicht of achter slot en grendel staat.
- Indien men gebruikmaakt van e-mail, dient dit versleuteld te geschieden over een beveiligd netwerk met certificaten aan beide kanten.
- Bij verzending via eigen netwerken of inbellijnen dient men gebruik te maken van beveiligde verbindingen en de algemeen gangbare beveiligingseisen hiervoor. Op zijn minst moet versleuteling plaatsvinden.

In alle gevallen dient de ontvangende organisatie maatregelen te nemen om te zorgen dat het bericht ook daadwerkelijk bij de geadresseerde aankomt, en dat er onderweg geen ongeautoriseerde inzage is.

BIJLAGE D ONTWIKKELINGEN

1. SECURE MAIL, CHAT EN ANDERE ONTWIKKELINGEN

Ook buiten de berichtgeving kan afstemming plaatsvinden, via de telefoon, met ‘secure chats’, ‘secure mail’ of anders. Deze richtlijn geeft daarvoor geen regels. Wel bevelen we aan om deze afstemming ook te noteren of archiveren in het medische dossier.

2. INFORMATIESTANDAARD EN GESTRUCTUREERDE GEGEVENS MEESTUREN

In overleg met Nictiz en andere partijen wordt de mogelijkheid van een informatiestandaard onderzocht. Deze informatiestandaard sluit dan aan op de tabellen in hoofdstuk 6, paragraaf 3 en hoofdstuk 7, paragraaf 3 met de instructie per rubriek, en zal zich in eerste instantie richten op rubrieken die een relatie hebben met de Basisgegevensset Zorg (BgZ) via de Zorginformatiebouwstenen (ZIB's). Met zo'n informatiestandaard bevat een bericht dan naast de voor de mens begrijpelijke versie ook een versie die voor de computer leesbaar is. Tevens wordt geagendeerd het meesturen van bijlagen.

3. BIJLAGEN MEESTUREN

Regelmatig zijn metingen in het HIS of ZIS opgeslagen in een ander format: pdf, jpg enzovoort. Denk aan vragenlijsten voor psychogeriatrisch onderzoek, kloktest, ecg, spirometrie en zo verder. Het veilig kunnen meesturen van deze metingen wordt geagendeerd in de ontwikkeling van de informatiestandaard (zie paragraaf 2).

4. INFORMATIE UIT ANDERE BRONSYSTEMEN MEESTUREN

Het is veelal nog nodig om informatie uit bronsystemen - laboratorium, apotheek - toe te voegen in de Dossiersamenvatting. Hetzelfde geldt voor contactgegevens en administratieve gegevens van verzender, ontvanger en patiënt in de Envelop. Ooit zal naar verwachting bij verwijzingen deze informatie standaard rechtstreeks kunnen worden opgehaald bij deze bronsystemen of bij de patiënt. Tot die tijd zal deze informatie actief moeten worden toegevoegd. De achterliggende reden voor actief verstrekken is dat het veiliger wordt geacht om eventueel dubbele informatie te verstrekken, dan dat de ontvanger informatie mist. Daarbij is het voor de ontvanger ook van waarde om te kunnen beoordelen welke informatie de verzender tot zijn beschikking had om tot zijn oordeel te komen. De ordening in Envelop-Kern-Dossiersamenvatting is ook hier essentieel om de kernboodschap duidelijk te houden.

5. INZAGE DOOR PATIËNTEN

De patiënten krijgen meer en meer inzage in hun eigen dossier. Veelal zijn de berichten tussen huisarts en medisch specialist opgenomen in de inzagemogelijkheid. Sommige artsen prefereren een specifieke brief voor de patiënt, maar de grotere tendens is het zodanig opstellen van berichten dat deze niet nodeloos ingewikkeld zijn voor de patiënt (en voor geadresseerde).

6. BREDERE TOEPASSING VAN DE RICHTLIJN

Het uitgangspunt van de Gedragscode HASP (bijlage A) en deze richtlijn als geheel is specifiek uitwisseling van informatie tussen huisarts en medisch specialist, maar de gedragscode en de richtlijn zijn in essentie bruikbaar als vertrekpunt voor zorgverleners in het algemeen.

Ook bij een gedeeld dossier blijkt het overigens noodzakelijk om de zorg via een expliciet verwijsbericht respectievelijk ontslagbericht over te dragen. Vaak zijn er dan meerdere ontvangers van kopieën. Een voorwaarde voor een goed verwijsbericht is meestal dat men ook gedeelde gegevens primair in het eigen dossier registreert.

7. RELATIE MET ANDERE RICHTLIJNEN

De Richtlijn HASP is nauw gerelateerd aan de volgende richtlijnen.

- Basisgegevensset Zorg en zorginformatiebouwstenen (ZIB's) van Registratie aan de bron (2016);
- Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten (in ontwikkeling);
- HIS-Referentiemodel 2016;
- NHG-Richtlijn adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier (ADEPD) (derde versie, 2013) (zie www.nhg.org/ict);
- NHG-Richtlijnen spoedzorg:
 - NHG-Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-centrale huisartsenpost (versie 5, 2016);
 - NHG-Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-afdeling spoedeisende hulp (versie 3, 2014).

Hier volgt uitleg over hoe deze richtlijnen zich verhouden tot de Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en medisch specialist (Richtlijn HASP).

Basisgegevensset Zorg en zorginformatiebouwstenen (ZIB's)

Deze richtlijn verwijst voor aantal rubrieken naar de corresponderende rubrieken in de Basisgegevensset Zorg. Die set beschrijft de patiëntgegevens die specialisme-, ziektebeeld- en beroepsgroep overstijgend relevant zijn, met als doel de continuïteit van zorg te steunen. De set is afgesproken tussen een groot aantal zorgpartijen in de tweede lijn en wordt onderhouden door Registratie aan de bron (www.registratieaandebron.nl). De set is door Nictiz in samenwerking met een aantal partijen in de zorg vertaald in zorginformatiebouwstenen (ZIB's), die weer kunnen worden ingebouwd in informatiesystemen. Hoofdstuk 6 paragraaf 2 en hoofdstuk 7 paragraaf 2 vermelden de relatie van de rubrieken in HASP met de ZIB's voor zover die al is aangegeven. Aanvullende informatie komt in de HASP-viewer.

Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten

De Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten geeft op hoofdlijnen aan wanneer en welke medicatiegegevens overgedragen dienen te worden en geeft aanbevelingen voor zorgverleners hoe te handelen bij overdracht van medicatiegegevens. De richtlijn definieert daarvoor een Basisset Medicatieoverdracht die (minimaal) nodig zijn bij het overdragen van medicatiegegevens.

De Richtlijn HASP geeft aan hoe medicatiegegevens in de Dossiersamenvatting van de berichten moeten worden meegestuurd. Dit leidt tot in veel situaties het dubbel sturen van deze gegevens, waarbij ook gemakkelijk een verschil kan ontstaan. Immers, de apotheek heeft meestal een beter zicht op de totale voorschriften dan huisarts respectievelijk medisch specialist.

Er zijn meerdere redenen aangedragen om voorlopig toch te kiezen voor dubbel gegevens opsturen. Een belangrijke reden is dat de Leidraad overdracht van medicatiegegevens in de keten nog niet klaar is en onvoldoende is ingebouwd in systemen om daarop te kunnen terugvallen. Bij eventueel ophalen van deze gegevens ligt een probleem in de benodigde toestemming van de patiënt voor uitwisseling. Een verwijzing betekent dat er impliciete toestemming is (zie ook Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg: Gedragscode EGIZ) voor het overdragen van relevante gegevens. Voor ophalen van medicatie is expliciete toestemming nodig. Een derde reden om gegevens voorlopig dubbel te blijven sturen is dat de ontvanger het soms op prijs stelt te kunnen lezen welk beeld de verzender van het bericht heeft gehad van de actuele medicatie. Voorlopig is gehanteerd: beter dubbel meesturen dan het risico lopen dat medicatie niet bekend is bij de ontvanger.

HIS-Referentiemodel 2016

De Richtlijn HASP sluit aan bij de rubrieken van het HIS-Referentiemodel 2016.

NHG-Richtlijn adequate dossiervoering (ADEPD)

Voor het geautomatiseerd vullen van verwijsberichten op basis van deze richtlijn is ADEPD een essentiële richtlijn. Wanneer de huisarts ADEPD toepast, kan het bericht beter automatisch worden 'voorgevuld'. Zo kan de huisarts bij een korte verwijsbericht voor een simpele ingreep, vraagstelling of aandoening al bij het vastleggen van het deelcontactverslag rekening houden met de automatische voorzet voor het verwijsbericht.

NHG-Richtlijnen spoedzorg

In spoedsituaties is er soms geen verwijsbericht door de huisarts. Voor het ophalen van gegevens bij de huisarts in spoedsituaties buiten kantooruren geldt een combinatie van twee NHG-Richtlijnen:

- NHG-Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-centrale huisartsenpost (versie 5, 2016);
- NHG-Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts-ambulancedienst-afdeling spoedeisende hulp (versie 3, 2014).

BIJLAGE E KLANKBORDGROEP

1. TOELICHTING

Gedurende het herzieningsproces van deze richtlijn is gebruikgemaakt van een grote groep vertegenwoordigers van wetenschappelijk verenigingen en andere partijen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) zijn deze vertegenwoordigers zeer erkentelijk voor het vervullen van hun belangrijke rol gedurende het proces van herziening. Het NHG en de FMS bedanken extra de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en Verenso (Vereniging en specialisten ouderengeneeskunde/sociaal geriateren) voor hun noodzakelijke aanvullingen op het onderwerp kwetsbare ouderen.

2. SAMENSTELLING

Nederlands Oogheelkundig Gezelschap	NOG	T. van Goor
Nederlandse Vereniging voor Radiologie	NVvR	G.F.A.J.B van Tilborg
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose	NVALT	R. van Snippenburg
Nederlandse Vereniging voor Cardiologie	NVVC	C. Lucas
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis-apothekers	NVZA	F. Karapinar
Nederlandse Internisten Vereniging	HIV	• B. Verhoeff • R.L. Oei
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie	NVKG	• M. Jellesma • K. Dermout
Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oor-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Hals-gebied	NVKNO	M. van Looij
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	NVK	J.P. Rake
Nederlandse Vereniging voor Urologie	NVU	J. de Bey
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie	NVOG	• J. Schagen van Leeuwen • P. Janssen
Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica	NVKF	G. Zonneveld
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie	NVA	A.J.W. Theunissen
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	NVvH	P.M.N.Y.H. Go

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	NVvP	W. Hagedoorn
Nederlands Huisartsen Genootschap	NHG	• B. Strijdhorst • F. van Bruggen • E. Becker • M. Zonneveld
Inspectie voor de Gezondheidszorg	IGZ	• J.M. van den Berg • R. de Vrie
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	NFU	• A. Schuurmans • M. Pluijgers
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	NVZ	A. Verkaar
Verenso vereniging en specialisten ouderengenees- kunde/sociaal geriater		M. Dolders

© Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

Postbus 3231

3502 GE Utrecht

030 - 282 35 00

info@nhg.org

www.nhg.org



[@nhgnieuws](https://twitter.com/nhgnieuws)



[company/nederlands-huisartsen-genootschap](https://www.linkedin.com/company/nederlands-huisartsen-genootschap)

Carinke Buiting

c.buiting@nhg.org

Deze richtlijn is door de Federatie Medisch Specialisten (FMS)
en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
gezamenlijk opgesteld en goedgekeurd.

December 2017

