

# Modelrichtlijn en modelvoorlichtingsmateriaal autorisatie voor koplopers Waarneem Dossier Huisartsen





## **Inleiding**

Om invulling te geven aan de maatschappelijke wens de kwaliteit van zorg in Nederland een impuls te geven, heeft de minister van VWS het besluit genomen om in 2005 de eerste stappen te zetten voor de realisatie van het landelijke Elektronisch Patiënten Dossier (LEPD). Aan de eerste twee hoofdstukken van het LEPD, het Electronisch Medisch Dossier (EMD) en het elektronisch Waarneemdossier Huisartsen (WDH) worden momenteel geïmplementeerde door de eerste gebruikers, de zogenaamde koplopers.

Dit rapport bevat de Modelrichtlijn Waarneem Dossier Huisartsen en het bijbehorende voorlichtingsmateriaal voor Koplopers WDH. Dit materiaal is voorbereid door de projectgroep Autorisatie WDH, waaraan vertegenwoordigers van de volgende organisaties hebben deelgenomen. NPCF, NHG, KNMG en NICTIZ.

Het materiaal is een hulpmiddel voor Koplopers WDH bij de toepassing van de regels uit de WGBO. Tijdens het Koplopersprogramma zal het materiaal geëvalueerd worden ten behoeve van de invoering van de landelijke uitrol.

In dit materiaal zijn de resultaten van een pilot in Twente verwerkt. In deze pilot is onderzoek gedaan naar de beste voorlichtingsmethode over het elektronisch uitwisselen van medische gegevens tussen de huisarts en de huisartsenpost en de gevolgen van voorlichting voor de huisarts bij elektronische gegevensuitwisseling. Uitgangspunt van de onderzoeken waren een modelrichtlijn en voorlichtingsmateriaal die gebaseerd waren op regionale elektronische gegevensuitwisseling. Het materiaal in dit rapport is bedoeld voor de landelijke elektronische gegevens uitwisseling.

De Stuurgroep Autorisatie van NICTIZ ontvangt graag feedback op het basismateriaal ter verbetering. Ook heeft de Stuurgroep belangstelling voor uw ervaringen en wordt daarvan graag op de hoogte gebracht via [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl).

**Leidschendam, november 2005**



# Inhoudsopgave

<b>DEEL 1</b>	<b>Modelrichtlijn Dienstwaarneming Huisartsen</b>	<b>7</b>
<b>DEEL 2</b>	<b>Modelbasistekst patiëntenvoorlichting</b>	<b>17</b>
<b>DEEL 3</b>	<b>Modelbasistekst NHG-patiëntenbrief</b>	<b>23</b>
<b>DEEL 4</b>	<b>Aandachtspunten voor projectleiders implementatie</b>	<b>27</b>
<b>DEEL 5</b>	<b>Voorlichtingsmatrix</b>	<b>35</b>
<b>DEEL 6</b>	<b>Implementatie Richtlijn specificaties gegevens waarneming</b>	<b>39</b>



# **Deel 1**

## **Modelrichtlijn dienstwaarneming huisartsen**





# Deel 1: Modelrichtlijn dienstwaarneming huisartsen

Definitieve versie, vastgesteld door de KNMG, NHG, NICTIZ en de NPCF, 1 november 2005, ten behoeve van het koploperprogramma. Na het koploperprogramma volgt een evaluatie.

## Toegang tot patiëntengegevens bij dienstwaarneming huisartsen buiten praktijken

Deze specifieke modelrichtlijn voor dienstwaarneming huisartsen is gebaseerd op de modelrichtlijn 'Toegang tot patiëntengegevens' die voortgekomen is uit het Implementatieprogramma Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).<sup>1</sup> Het is bedoeld als hulpmiddel voor de praktijk bij de toepassing van de regels uit de WGBO over het beroepsgeheim. Daarbij valt een onderscheid te maken tussen het verstrekken van gegevens met menselijke tussenkomst van de betreffende huisarts enerzijds en het (op afstand) elektronisch toegang verlenen tot opgeslagen patiëntengegevens anderzijds, zonder menselijke tussenkomst vooraf. Deze modelrichtlijn gaat in het bijzonder over het vraagstuk van (op afstand) toegang verlenen tot een van tevoren gespecificeerde set gegevens voor dienstwaarneming buiten praktijken. In die situatie is alleen controle achteraf mogelijk. Deze modelrichtlijn beperkt zich tot gegevensuitwisseling voor zorgdoeleinden. Verstrekking voor andere doeleinden zoals verzekeringen, politie en justitie, vallen buiten het bereik van het document. Bij de modelrichtlijn behoort het modelvoorlichtingsmateriaal dat voor patiënten, huisartsen, diens waarnemers en direct betrokken medewerkers is ontwikkeld.<sup>2</sup> Het modelvoorlichtingsmateriaal treft u bijgaand aan.

### 1. Gehanteerde begrippen in dit kader

Dossier: verzameling van patiëntengegevens, bijvoorbeeld in een medisch dossier Waarneemdossier (professionele samenvatting)<sup>3</sup>: hulpmiddel voor de waarnemer in de vorm van een samenvatting van het medisch dossier van de patiënt, bestaande uit de voor waarneming relevante patiëntgegevens.<sup>4</sup>

Hulpverlener: rechtspersoon of natuurlijke persoon die handelingen verricht zoals bedoeld in de WGBO.<sup>5</sup>

Waarneming: waarneming buiten praktijken, waarbij het vooral gaat om interventie in acute situaties, met aspecten voor de korte termijn

Waarnemer: rechtspersoon (Huisartsenpost) of natuurlijke persoon (waarnemende arts) die de medische zorg van een patiënt tijdelijk overneemt. De waarnemer levert geen integrale zorg maar slechts deelaspecten daarvan, gericht op interventie in acute situaties.

Direct betrokken medewerkers: medewerkers die betrokken zijn bij de triage of een medisch inhoudelijke rol vervullen bij de behandeling van de patiënt.<sup>6</sup>

Huisarts: de eigen huisarts van de patiënt.

Landelijk Schakelpunt (LSP): organisatie die onder meer de landelijke verwijzindex bevat die patiëntgegevens snel opspoort wanneer een huisartsenpost de professionele samenvatting bij de eigen huisarts opvraagt.

<sup>1</sup> Deze richtlijn is te vinden in deel 4 'Toegang tot patiëntengegevens', WGBO Implementatieprogramma. Te downloaden via [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl) bij AORTA, autorisatie en beveiliging of via de KNMG ([www.knmg.nl/publicaties](http://www.knmg.nl/publicaties)).

<sup>2</sup> Zie ook de uitgebreide regeling inzake omgang met gegevens binnen een Huisartsen Dienstenstructuur: 'Leidraad gegevensbeheer en -verkeer voor de Huisartsen Dienstenstructuur', delen 1 en 2, december 2004, [www.knmg.nl/publicaties](http://www.knmg.nl/publicaties).

<sup>3</sup> Wordt in de praktijk ook wel 'Specificatie van gegevens in de dienstwaarneming huisartsen' genoemd.

<sup>4</sup> Zie de dataset Professionele Samenvatting en het Waarneemretourbericht: [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl), bij e-waarneemdossier.

<sup>5</sup> In het bijzonder geneeskundige behandelingen in de zin van artikel 7:446, tweede lid, BW.

<sup>6</sup> Meestal gaat het om doktersassistenten of verpleegkundigen.

Patiënt: persoon met een acute zorgvraag die meestal is ingeschreven bij een huisarts waarvoor buiten praktijken wordt waargenomen.

Patiëntengegevens: (medische) persoonsgegevens over een geïdentificeerde of identificeerbare patiënt.

Toegang (tot patiëntgegevens): de feitelijke mogelijkheid om kennis te nemen van patiëntgegevens.

Huisarts Informatie Systeem (HIS): het informatiesysteem van de huisarts.

Waarneemretourbericht (WRB): Het WRB is het bericht dat de waarnemer terugstuurt naar de huisarts. Het bevat de gegevens over het handelen van de waarnemer.

Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ): Elektronisch informatiesysteem dat voldoet aan de eisen om aangesloten te mogen worden op het LSP.

UZI-pas: Digitaal zorgverlenerspaspoort ten behoeve van unieke identificatie en authenticatie van zorgverleners en zorginstellingen.

Burger Service Nummer (BSN): het landelijk unieke patiëntnummer.

## 2 Toegang tot patiëntgegevens

### 2.1 Reikwijdte

De reikwijdte van deze modelrichtlijn beperkt zich tot de toegang van patiëntgegevens voor zorgdoeleinden bij dienstwaarneming huisartsen buiten praktijken, waarbij het vooral gaat om het beoordelen van een actuele hulpvraag buiten praktijken. De modelrichtlijn beschrijft ook de positie van de medewerkers van de dienstdoende of waarnemend huisarts. De modelrichtlijn gaat niet over reguliere vervanging van de huisarts bij bijvoorbeeld vakantie, studie en ziekte.<sup>7</sup>

### 2.2 Algemene bepalingen inzake toegang tot patiëntgegevens

Over het algemeen mag toegang tot patiëntgegevens, of de verstrekking daarvan, uitsluitend worden verleend in de volgende gevallen:

- wanneer de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven of wanneer de toestemming van de patiënt verondersteld mag worden, of
- wanneer dat wettelijk verplicht is, of
- wanneer de toegang of verstrekking noodzakelijk is voor andere hulpverleners die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, of
- wanneer de gegevens worden verstrekt aan degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, of
- wanneer de toegang of verstrekking noodzakelijk is voor de vertegenwoordiger van de Patiënt, of
- in geval van conflict van plichten<sup>8</sup>.

### 2.3 Veronderstelde toestemming

Voor het verlenen van toegang tot patiëntgegevens bij dienstwaarneming huisartsen buiten praktijken mag de waarnemende arts de toestemming van de patiënt veronderstellen, mits:

- er sprake is van een actuele hulpvraag, inclusief spoedeisende hulp én
- de huisarts mondeling en via voorlichtingsmateriaal er voor heeft gezorgd dat de patiënt persoonlijk is geïnformeerd (bij voorkeur via een persoonlijke brief) over wat er met zijn gegevens bij dienstwaarneming gebeurt en wat de patiëntenrechten daarbij zijn, tenzij de huisarts redelijkerwijs de patiënt hierover niet kan informeren én
- de patiënt kan weten dat een gespecificeerde set gegevens door de waarnemer wordt opgevraagd en met behulp van bij deze modelrichtlijn behorend voorlichtingsmateriaal, in de gelegenheid wordt gesteld hiertegen bezwaar te maken.
- De veronderstelde toestemming zonnodig en waar mogelijk wordt herbevestigd.

<sup>7</sup> Regels voor reguliere vervanging staan onder andere in richtlijnen van de KNMG.

<sup>8</sup> Voorbeeld van een conflict van plichten is de doorbreking van het beroepsgeheim bij kindermishandeling.

### *Toelichting*

*Zowel de huisarts als diens waarnemer mogen op basis van deze modelrichtlijn veronderstellen dat de patiënt heeft toegestemd met het uitwisselen van patiëntengegevens. Het is dus in beginsel niet noodzakelijk om expliciete toestemming te vragen, maar het is zo mogelijk wenselijk dat de waarnemer of diens directe medewerkers, dat wel doen. Onder andere vanwege het beroepsgeheim van de arts en diens vertrouwensrelatie met de patiënt. De huisarts en diens waarnemer dienen in alle gevallen waarin zij patiëntengegevens verwerken, de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen. Dit houdt onder meer in dat de toegang noodzakelijk moet zijn voor de werkzaamheden die een hulpverlener verricht in het kader van zijn behandelingsovereenkomst met de patiënt.*

*Voorafgaand aan de hulpverlening is vaak niet bekend welke gegevens noodzakelijk zijn voor de behandeling. Vandaar dat het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in de richtlijn 'specificatie van gegevens in de dienstwaarneming' (ook wel Professionele Samenvatting genoemd) voor en namens de beroepsgroep van huisartsen heeft vastgelegd welke gegevens bij dienstwaarneming noodzakelijk zijn. Deze richtlijn is aan te merken als een professionele standaard in de zin van de WGBO (artikel 7:453 BW) die in acht genomen dient te worden.*

*In het verlengde van 2.3. en conform de WGBO heeft de patiënt een bezwaarrecht en recht op afscherming van zijn gegevens. Het bezwaarrecht is uitgewerkt in paragraaf 2.6.2., het recht op afscherming in paragraaf 2.6.3. Het wordt aanbevolen om een pakket aan voorlichtingsmaterialen te hanteren, waarvoor de bijgevoegde voorlichtingsmaterialen de basis vormen. Bijgaand treft u een overzicht met concrete voorlichtingsactiviteiten die kunnen worden uitgevoerd.*

### **2.4. Toegangsgerechtigdheid van direct betrokken medewerkers**

Direct betrokken medewerkers hebben ten behoeve van de triage of zorgverlening (meestal doktersassistenten of verpleegkundigen) recht op inzage in de gespecificeerde gegevensset ten behoeve van dienstwaarneming huisartsen. Dit doen zij onder verantwoordelijkheid van de huisarts of waarnemer. Zij dienen een geheimhoudingsverklaring te ondertekenen. Sommigen zoals doktersassistenten hebben een van de arts afgeleide geheimhoudingsplicht, anderen zoals verpleegkundigen hebben een zelfstandige geheimhoudingsplicht.

Overige medewerkers, waaronder telefonisten die géén triagerol vervullen, hebben geen recht op inzage in de gespecificeerde gegevensset ten behoeve van de dienstwaarneming van huisartsen.

### **2.5 Hoe toegang tot patiëntengegevens verlenen?**

De toegang tot patiëntengegevens moet zodanig zijn georganiseerd, dat uitsluitend rechthebbenden toegang tot patiëntengegevens kunnen verkrijgen. De aangesloten systemen van dienen te voldoen aan de eisen van een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ), met inbegrip van de voorwaarden voor informatiebeveiliging uit de NEN 7510 en 7511. Voldoen de systemen niet aan de eisen van een GBZ, dan is deelname aan het LSP niet toegestaan.

### *Toelichting:*

*Rechthebbenden zijn in het kader van deze richtlijn: de eigen huisarts van de patiënt, diens waarnemer en direct betrokken medewerkers.*

*Ter voorkoming van onrechtmatige toegang tot patiëntgegevens, moeten zorginstellingen op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens passende technische en organisatorische maatregelen treffen. De Nederlandse Norm voor Informatiebeveiliging in de Zorg (NEN 7510) geeft hier invulling aan. Huisartsenpraktijken en huisartsenposten kunnen slechts als een Goed Beheerd Zorgsysteem worden aangemerkt indien zij aan de NEN 7510 en aanvullende voorwaarden voor Goed Beheerde Zorgsystemen voldoen, zoals het gebruik van de UZI-pas.*

*Om na te kunnen gaan of slechts rechthebbenden toegang tot de patiëntengegevens krijgen zijn de digitale zorgverlenerspaspoorten (UZI-passen) een belangrijk hulpmiddel. Gebruik van de UZI-pas dient te worden vastgelegd (gelogd) en er zal op worden toegezien dat de UZI-pas niet wordt misbruikt (zie de toezichtsbepaling in 2.7). Gebruik van de UZI-pas is verplicht worden voor inzage in het Waarneem Dossier Huisartsen via het LSP.<sup>9</sup> De UZI-pas mag alleen voor toegang tot patiëntengegevens gebruikt worden indien de opvragende zorgverlener de patiënt in behandeling heeft en de op te vragen gegevens voor die behandeling noodzakelijk zijn.*

## **2.6. Patiëntenrechten**

### **2.6.1. Recht op inzage en afschrift**

De patiënt heeft recht op inzage in en afschrift van de gegevens die voor de dienstwaarneming worden opgeslagen en die door de huisarts beschikbaar gesteld (zullen) worden voor de dienstwaarneming en het waarneemretour bericht. Op deze hoofdregel bestaat slechts één uitzondering: als de persoonlijke levenssfeer van een ander daardoor wordt geschaad. Bovendien heeft de patiënt recht op inzage in een overzicht van de logging-gegevens die aangeven wie, wanneer zijn gegevens heeft geraadpleegd.

Wat betreft het LSP heeft de patiënt recht op inzage en afschrift van de gegevens die van hem/haar in het LSP zijn opgeslagen. Het gaat dan ten eerste om het BSN-nummer van de patiënt en de bijbehorende UZI-nummers van de zorgaanbieders waar de betreffende patiënt is geweest en ten tweede om de vastgelegde (gelogde) transactiegegevens.

*Toelichting:*

*Het is wenselijk dat zorgverleners de patiënt standaard vragen of zij een uitdraai van het waarneemdossier (professionele samenvatting) en/of het WRB willen hebben. De uitdraai dient zo spoedig mogelijk te worden gegeven, binnen de grenzen van wat redelijk is. De kosten voor het maken van een afschrift komen voor rekening van de patiënt.<sup>10</sup> Indien slechts inzage in de gegevens wordt gevraagd, dan dient de inzage in de gegevens kosteloos te geschieden.*

*Er wordt aan gewerkt om vanaf 2007 de identiteit van patiënten met behulp van een betrouwbare elektronische identiteitskaart (eNIK) te kunnen verifiëren op afstand. Zodra dat op een betrouwbare en werkbare manier mogelijk is, zullen patiënten desgewenst ook online toegang tot hun gegevensset en logbestanden kunnen en moeten krijgen.*

### **2.6.2. Recht op bezwaar**

De patiënt heeft ten eerste het recht om bij het LSP bezwaar te maken tegen het landelijk verlenen van toegang aan waarnemende huisartsen tot het waarneemdossier (professionele samenvatting), of dit bezwaar weer in te trekken.

De patiënt heeft ten tweede het recht om bij de HAP bezwaar te maken tegen het verzenden van het Waarneem Retour Bericht naar de eigen huisarts.

De patiënt heeft ten derde het recht om bij de eigen huisarts bezwaar te maken tegen het beschikbaar stellen van het waarneemdossier aan een HAP.

### **2.6.3. Recht op afscherming**

De patiënt heeft het recht om bepaalde gegevens uit de specifieke gegevensset voor dienstwaarneming en/of het waarneem-retourbericht te laten afschermen. De huisarts of waarnemer is verantwoordelijk voor het informeren van de patiënt over de risico's die het afschermen met zich meebrengt. Indien de patiënt hiervoor kiest, dan is eventuele

<sup>9</sup> In bijlage 1 is schematisch weergegeven hoe de gegevensuitwisseling via het Landelijk Schakelpunt werkt.

<sup>10</sup> De hoogte van de kosten die in rekening gebracht mogen worden, zijn af te leiden uit het Besluit kostenvergoeding betrokkene WBP. Zie daarvoor deel II bijlage 7 van de Leidraad gegevensbeheer- en verkeer voor de HDS, [www.knmg.nl/publicaties](http://www.knmg.nl/publicaties). Het gaat om de werkelijk gemaakte kosten met een maximum van € 4,50.

gezondheidsschade ten gevolge van de afscherming, voor risico van de patiënt. De huisarts mag van zijn patiënt een ondertekende verklaring verlangen waaruit blijkt dat hij gegevens laat afschermen voor de huisartsenpost. Voor zorgverleners die informatie opvragen is niet zichtbaar dat gegevens zijn afgeschermd.

#### **2.6.4. Recht op correctie/aanvulling**

De patiënt heeft de mogelijkheid om de gegevens in de set voor de dienstwaarneming (op de waarneempost of bij de huisarts) te laten corrigeren indien deze gegevens feitelijk niet juist of niet terzake dienend zijn. In geval de huisarts of waarnemend arts de gegevens niet wil corrigeren, dan wel de patiënt om andere redenen gegevens aan zijn dossier wil toevoegen, heeft de patiënt het recht om gegevens te laten aanvullen in zijn dossier met de aantekening dat deze gegevens van hem afkomstig zijn.

#### **2.6.5. Recht op vernietiging**

De huisarts en de waarnemer hebben de plicht om, als de patiënt daartoe een verzoek doet, (bewaarde delen van) het dossier van de patiënt te laten vernietigen binnen drie maanden na het verzoek. Deze plicht bestaat niet voor zover het verzoek bescheiden betreft waarvan redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt en ook niet als de wet dat niet toe staat. De huisarts en waarnemer kunnen van de patiënt een ondertekende verklaring verlangen waaruit blijkt dat hij verzocht heeft om (bepaalde bewaarde delen van) zijn dossier te laten vernietigen. Deze verklaring mag door de huisarts of waarnemer worden bewaard.

#### **2.6.6. Bewaartermijnen bij dienstwaarneming**

Bij de opslag van gegevens ten behoeve van dienstwaarneming huisartsen zijn drie situaties te onderscheiden. Ten eerste de elektronische inzage in de professionele samenvatting van de eigen huisarts. Ten tweede de opslag van gegevens die op de centrale huisartsenpost zijn vastgelegd. Ten derde het waarneemretourbericht in het dossier van de eigen huisarts.

In de eerste situatie mogen de gegevens van de professionele samenvatting worden ingezien als dat noodzakelijk is voor de waarneming. Er is dus geen sprake van opslag van de gegevens. Alleen die gegevens die de waarnemer betreft bij het stellen van de diagnose en behandeling mag hij opslaan.

In de tweede situatie is de bewaartermijn voor het dossier op de centrale huisartsenpost 10 jaar, of zoveel langer als noodzakelijk is voor een goede hulpverlening.

In de derde situatie maakt het waarneemretourbericht na aankomst bij de huisarts deel uit van het dossier van de huisarts en daarvoor geldt ook een bewaartermijn van 10 jaar, of zoveel langer als noodzakelijk is voor een goede hulpverlening.

#### *Toelichting*

*In de eerste situatie is er geen sprake van een bewaartermijn van opgeslagen gegevens. Immers het gaat hier om het kijken in de gegevens van de eigen huisarts die deze zelf bewaart. In de tweede situatie gaat het specifiek over de verslaglegging van de zorgverlening aan de patiënt door de waarnemer op de huisartsenpost. In het verslag zijn eveneens de gegevens van de huisarts overgenomen voor zover die bepalend zijn geweest voor de behandeling en het beleid op de huisartsenpost.*

*Het verslag op de huisartsenpost wordt gedurende 10 jaar of zoveel langer als noodzakelijk is bewaard en kan uitsluitend in uitzonderlijke gevallen voor latere behandelingen worden geraadpleegd indien dit noodzakelijk is in het belang van de patiënt. De hoofdregel is immers dat bij iedere nieuwe behandeling van de patiënt op de huisartsenpost het waarneemdossier (de professionele samenvatting) geraadpleegd wordt. Ook dient zoveel mogelijk voorkomen te worden dat er dubbele dossiers worden bijgehouden.*

*Het verslag is voorts beschikbaar voor raadpleging achteraf, bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt, in het geval van vragen of klachten c.q. juridische procedures over de*

*zorgverlening, of voor geanonimiseerde verwerking ten behoeve van jaarverslag en rapportages.*

## **2.7. Gebruik maken van waarneemdossier als hulpmiddel**

De waarnemer dient in beginsel bij iedere behandeling van de patiënt het elektronische waarneemdossier (professionele samenvatting) te raadplegen vanuit het oogpunt van een zo volledig mogelijke informatievoorziening. Het waarneemdossier blijft echter een hulpmiddel. Er is geen garantie te geven dat de geleverde informatie volledig of juist zal zijn. Het advies aan de waarnemer luidt dan ook om informatie afkomstig uit het waarneemdossier zo mogelijk te verifiëren bij de patiënt.

## **2.8. Toezicht**

Het toezicht op het EMD vindt plaats op verschillende niveaus:

- door patiënt zelf, als aanvulling op het formele lokale en landelijke toezicht door inzage in de logging te vragen;
- op lokaal niveau door ICT afdelingen en verantwoordelijke zorgverleners;
- wettelijk erkende toezichthouders op landelijk niveau: CBP, IGZ (Inspectie) en NZa. De NZa is de toekomstige Nederlandse Zorgautoriteit, naar verwachting vanaf 2006. Het huidige CTG en CTZ gaan hierin op.
- onafhankelijk toezicht door derden, zoals EDP-auditors.
- de aan te stellen toezichthouder op het LSP.

Gewerkt wordt nog aan een integratie van het landelijke toezicht.

### **2.8.1 Klachtrecht**

De patiënt wordt gewezen op de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de klachtencommissie van de huisartsenpost en die waarbij de huisarts is aangesloten.

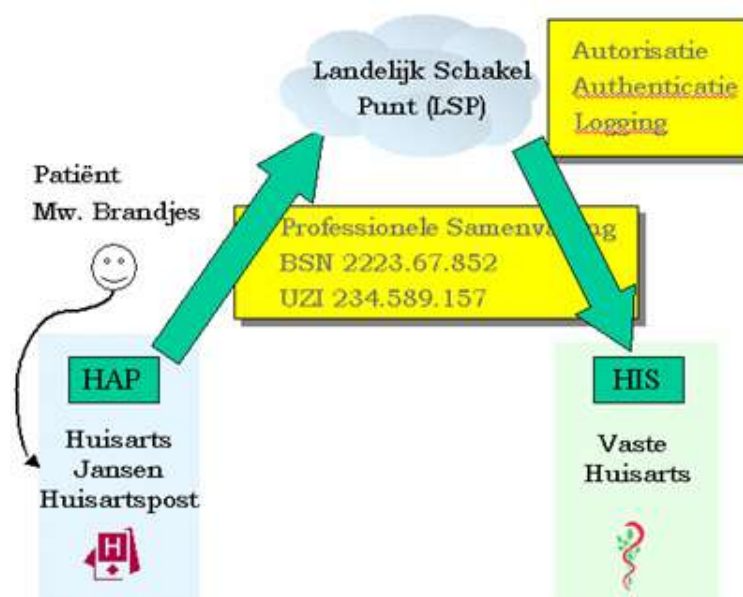
## Bijlage 1. Communicatie via het Landelijk Schakelpunt

Het waarneemdossier is landelijk beschikbaar. Dit betekent, dat van bijvoorbeeld een patiënt uit Groningen die op vakantie is in Zeeland en daar bij een huisartsenpost terecht komt, op de huisartsenpost in Zeeland het dossier bij de vaste huisarts in Groningen geraadpleegd kan worden. Deze landelijke communicatie verloopt via het zogenaamde Landelijke Schakelpunt. Dit schakelpunt biedt een aantal voorzieningen en diensten aan aangesloten zorgverleners en zorginstellingen. Het schakelpunt houdt een historie bij van het opvragen van en inzage in patiëntgegevens. Hiermee kan een belangrijk antwoord gegeven worden op de vraag wie welke gegevens wanneer heeft ingezien.

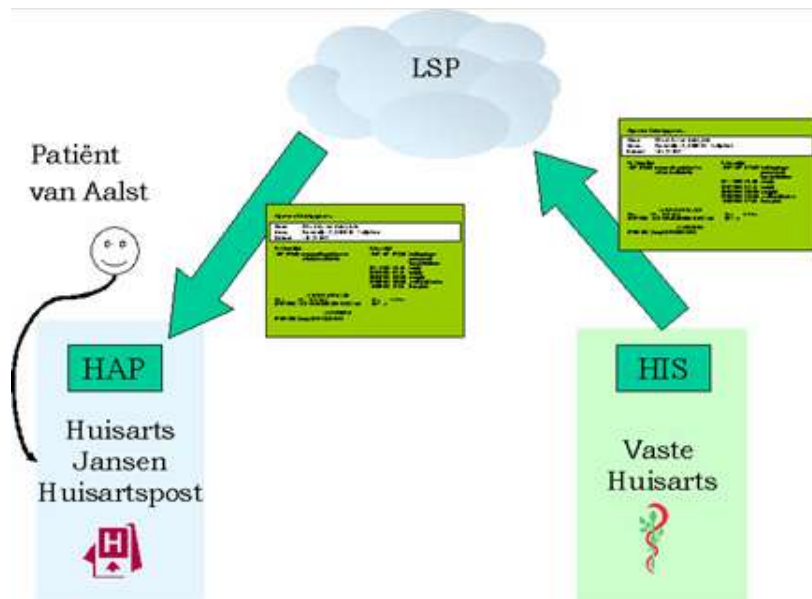
Een andere belangrijke taak van het Landelijk Schakelpunt is die van verkeersregelaar voor berichten. Het Landelijk Schakelpunt is continu, via centrale verwijsinformatie op de hoogte waar patiëntgegevens in zorginformatiesystemen zijn opgeslagen en zal zorgdragen voor de juiste distributie en routing van berichten tussen systemen. Tot slot zal in het Landelijk Schakelpunt worden getoetst of de patiënt vooraf bezwaar heeft gemaakt tegen gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Deze bezwaren worden vastgelegd in een profiel per patiënt waardoor de toegang tot (onderdelen van) het elektronisch dossier van de patiënt beperkt wordt.

### Schematisch

In onderstaande schema's is samengevat op welke wijze het opvragen en verzenden van de professionele samenvatting van het dossier van de patiënt verloopt.



Schema 1: opvragen professionele samenvatting door de HAP



Schema 2: verzenden professionele samenvatting door de eigen huisarts

### Gebruikte afkortingen in het schema

BSN: Burger ServiceNummer, het landelijk unieke patiëntnummer

UZI: Unieke Zorgverlener identificatie, het landelijk unieke nummer van de zorgverlener. De zorgverlener mag het LSP alleen raadplegen met de bijbehorende UZI-pas, waarmee zeker gesteld kan worden om welke zorgverlener het gaat en welk beroep hij of zij uitoefent. Ook de officieel erkende specialisaties van de beroepsbeoefenaar zijn zichtbaar.

HAP: Huisartsenpost

HIS: Huisartseninformatiesysteem.

### Waarneemretourbericht

Via het LSP wordt tenslotte een verslag van de nieuwe medisch relevante informatie over de behandeling op de HAP gezonden naar de eigen huisarts, tenzij de patiënt daar bezwaar tegen maakt.



## **Deel 2**

# **Modelbasistekst patiëntenvoorlichting Waarneem Dossier Huisartsen voor koplopers**



## Deel 2: Modelbasistekst patiëntenvoorlichting Waarneem Dossier Huisartsen voor koplopers

*Toelichting: Deze tekst is te gebruiken als basis voor folders, internet of andere patiëntenvoorlichtingsmaterialen. Van belang is dat de voorlichting overeenkomt met de realiteit. Zo nodig moet deze tekst aangepast worden aan regionale kenmerken. Deze basistekst gaat er van uit dat de huisarts en huisartsenpost werken volgens de model autorisatierichtlijn Waarneem Dossier Huisartsen.*

### Elektronische uitwisseling van medische gegevens tussen huisartsen en huisartsenposten bij dringende zorg buiten praktijkuren

#### **Informatie voor patiënten**

##### **Inleiding**

Uw huisarts houdt uw medische gegevens bij in de computer: uw elektronisch dossier. Als u buiten praktijkuren dringend een huisarts nodig hebt, wordt u doorverwezen naar een centrale huisartsenpost. Daar kan de waarnemend huisarts via de computer een **samenvatting** van uw dossier bij uw huisarts opvragen en inzien. Hierdoor is de waarnemer beter in staat uw klacht te beoordelen, een diagnose te stellen en te behandelen.

Hoe gaat dit in zijn werk? Welke afspraken zijn er gemaakt, hoe zit het met uw privacy, uw rechten en plichten? In deze folder leest u er meer over. Ten slotte vermelden wij waar u terecht kunt als u verdere informatie wilt.

##### **Wat staat er in de samenvatting?**

In de samenvatting staan uw administratieve gegevens: naam, geboortedatum, adres, naam van uw huisarts. Verder de belangrijkste gegevens over uw gezondheid die mogelijk nodig zijn om u snel en goed te helpen:

- informatie over uw bezoeken aan de huisarts in de afgelopen 4 maanden
- langer bestaande aandoeningen, ziekten
- de medicijnen die u zijn voorgeschreven
- medicijnen waarvan bekend is dat u ze niet verdraagt
- andere allergieën en overgevoeligheden
- onlangs uitgevoerde onderzoeken en verwijzingen naar specialisten
- andere informatie over uw persoonlijke situatie (bijv. een ziek familielid)

U kunt er niet vanuit gaan dat alles in de samenvatting staat. Het blijft uw verantwoordelijkheid die informatie te geven waarvan u denkt dat die van belang kan zijn, bijvoorbeeld over zwangerschap of onderzoek waarvan de uitslag nog niet bekend is.

##### **Hoe gaat het uitwisselen van gegevens in de praktijk?**

- uw huisarts beheert uw medische gegevens in een elektronisch dossier;
- een deel van die gegevens stelt uw huisarts beschikbaar in de samenvatting van uw gegevens;
- wanneer u zich meldt bij de huisartsenpost worden uw naam, geboortedatum en adres gevraagd. Tevens moet u in staat zijn zich te legitimeren. Met deze gegevens kunnen de medewerkers van de post uw samenvatting opvragen en inzien;
- het verslag van uw bezoek aan de huisartsenpost wordt in het systeem van de huisartsenpost opgeslagen en verzonden aan uw eigen huisarts;
- uw eigen huisarts voegt het verslag toe aan uw elektronische dossier, zodat het actueel en volledig blijft.

##### **Wie mag de samenvatting lezen?**

De waarnemer en de medewerkers (verpleegkundige of assistente) op de huisartsenpost die direct bij uw zorgverlening betrokken zijn, mogen de samenvatting lezen. Zij hebben de informatie nodig om de ernst van uw klachten goed te kunnen inschatten en tot een juiste diagnose te komen.

Wilt u zelf weten wat er in de samenvatting bij uw huisarts of in het verslag van de huisartsenpost staat? Vraag ernaar, bij uw huisarts kunt u een kopie krijgen van de samenvatting en bij de huisartsenpost van het verslag.

### **Hoe is uw privacy geregeld?**

Waarnemers mogen uw samenvatting alleen opvragen als u vooraf in de gelegenheid bent gesteld om bezwaar te maken. Met deze folder wijzen wij u op die mogelijkheid. Heeft u geen bezwaar gemaakt dan gaan zorgverleners ervan uit dat ze uw samenvatting mogen inzien.

De informatie in de samenvatting en het verslag is altijd vertrouwelijk. De waarnemer en zijn medewerkers hebben een geheimhoudingsplicht. Er moet ook altijd sprake zijn van een geldige reden om gegevens op te vragen. De waarnemer en zijn medewerkers kunnen alleen met een speciaal beveiligde pas uw samenvatting opvragen. Het opvragen, verzenden en bewaren van gegevens wordt maximaal beveiligd, zodat de gegevens niet bij onbevoegden terecht komen of zoek raken. Achteraf kan gecontroleerd worden wie, wanneer, welke gegevens uit uw samenvatting hebben bekeken. U kunt vragen om een overzicht daarvan.

### **Wie bewaart uw medische gegevens?**

De huisartsenpost houdt het verslag van uw bezoek beschikbaar totdat uw eigen huisarts weer dienst heeft. Dit voor het geval u nog terug komt. Daarna bewaart de huisartsenpost het verslag in een apart, speciaal beveiligd bestand, zodat het niet meer zomaar in te zien is. Het verslag wordt bewaard om bij vragen of klachten over de zorgverlening terug te kunnen zoeken wat er is gebeurd, of om anonieme verslagen en rapportages te maken.

Uw huisarts bewaart het verslag van de huisartsenpost in uw patiëntendossier op zijn eigen computer.

### **Wat als u het niet eens bent met uitwisseling van uw gegevens?**

U kunt bezwaar maken tegen het beschikbaar stellen van (delen van) de samenvatting aan de huisartsenpost. Dit geldt ook voor het verslag aan uw huisarts. Het niet beschikbaar stellen van informatie kan schade voor uw gezondheid tot gevolg hebben. Bespreek het afschermen van gegevens dan ook altijd eerst met uw huisarts.

U maakt bezwaar tegen het klaarzetten van (delen van) de samenvatting door bij uw huisarts een formulier in te vullen en te ondertekenen. Als u eenmaal bezwaar hebt gemaakt, dan is dit niet terug te draaien op de huisartsenpost. Ook niet in een spoedeisende situatie. Alleen uw eigen huisarts kan dit op uw verzoek veranderen.

### **Meer informatie?**

Neemt u bij vragen of klachten in eerste instantie contact op met de betreffende zorgverlener. Deze kan veel van uw vragen beantwoorden.

Zonodig kunt u een klacht indienen bij de klachtencommissie:

<adres klachtencommissie van de HAP>.

<adres klachtencommissie van de huisarts>.

Voor onafhankelijke informatie kunt u terecht bij uw regionale Informatie- en klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG): [0900-nummer en adres \(in overleg met IKG/RPCP, zie ook \[www.klachtenopvangzorg.nl\]\(http://www.klachtenopvangzorg.nl\)\)](tel:0900-123456)

Medewerkers van het IKG kunnen u ondersteunen bij het behandelen van uw klacht.

Meer informatie over de invoering van het Elektronisch Patiënten Dossier kunt u vinden op [www.invoering-epd.nl](http://www.invoering-epd.nl). Hier vindt u o.a. de model autorisatierichtlijn Waarneem

Dossier Huisartsen. Deze richtlijn regelt de toegang tot patiëntengegevens via het Landelijk Schakel Punt.

Wilt u meer weten over uw rechten en plichten als patiënt, dan kunt u uw huisarts hier naar vragen. Folders over patiëntenrecht kunt u bestellen op [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl).

*1 regel Marokkaans, Turks, Engels over informatie voor allochtonen indien beschikbaar.*



# **Deel 3**

## **Modeltekst NHG-patiëntenbrief**





## Deel 3: NHG-patiëntenbrief

### Uitwisseling van medische gegevens tussen huisarts en huisartsenpost

#### Waarom uitwisseling van medische gegevens?

Uw huisarts houdt uw medische gegevens bij in de computer: uw elektronisch patiëntendossier. Hierin noteert hij (of zij) uw lichamelijke en psychische klachten, ziekten, uitslagen van onderzoek, behandelingen of verwijzingen naar een specialist of fysiotherapeut.

Wanneer u *buiten praktijken* dringend een huisarts nodig heeft, belt u naar een centrale huisartsenpost. Daar kan de dienstdoende huisarts via de computer een *samenvatting* van uw dossier opvragen bij uw huisarts. Deze informatie is vaak nodig om u snel en goed te kunnen helpen.

#### Wat staat in de samenvatting?

In de samenvatting staan de belangrijkste gegevens over uw gezondheid die mogelijk nodig zijn om u snel en goed te helpen:

- Het deel van het patiënten dossier dat gaat over uw bezoeken aan de huisarts in de laatste vier maanden (of als u in die tijd niet bij de huisarts bent geweest: over uw laatste vijf bezoeken aan de huisarts).
- Een overzicht van uw lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen.
- De voorgeschreven medicijnen die u nu gebruikt.
- Eventuele allergieën en overgevoeligheden, met name voor medicijnen.
- Bijzondere informatie die bij de zorgverlening van belang kan zijn: bijvoorbeeld dat u niet meer in het ziekenhuis wilt worden opgenomen.

U kunt er niet altijd van uit gaan dat alle benodigde gegevens in de samenvatting staan. Zorg daarom dat u zelf de informatie geeft die mogelijk van belang kan zijn: bijvoorbeeld dat u zwanger bent, borstvoeding geeft of onlangs in de tropen bent geweest.

#### Wie mag de samenvatting lezen?

De dienstdoende huisarts en de medewerkers (verpleegkundigen of assistenten) die direct bij de hulpverlening betrokken zijn, mogen de samenvatting lezen. Zij hebben deze informatie nodig om u snel en goed te kunnen helpen. Zelf heeft u ook het recht om de samenvatting te lezen.

#### Hoe worden uw medische gegevens uitgewisseld?

Uw huisarts stelt de samenvatting via zijn computer automatisch beschikbaar voor de huisartsenpost. Wanneer u bij de huisartsenpost komt of telefonisch contact opneemt, zal naar uw naam, geboortedatum en adres worden gevraagd. Met deze gegevens kan uw samenvatting via de computer worden opgevraagd. Eventueel moet u eenmaal op de huisartsenpost een identificatiebewijs tonen.

Het contact op de huisartsenpost (klacht en behandeling) wordt in een *verslag* vastgelegd en via de computer naar uw huisarts gestuurd, zodat hij weet wat er met u is gebeurd.

Uw huisarts voegt deze gegevens toe aan uw dossier.

De huisartsenpost bewaart het verslag totdat uw eigen huisarts weer dienst heeft. Dit voor het geval u nog terug komt. Daarna zet de huisartsenpost het verslag in een apart beveiligd bestand.

#### Hoe is uw privacy geregeld?

De informatie in uw persoonlijke samenvatting is altijd vertrouwelijk. De hulpverleners die uw gegevens gelezen hebben, hebben geheimhoudingsplicht. De samenvatting is alleen via een persoonlijke pas op te vragen. Het verzenden en bewaren van gegevens gebeurt zo veilig mogelijk zodat de informatie niet zoek kan raken of bij onbevoegden

terecht kan komen. U kunt vragen om een overzicht wie, wanneer in uw medische gegevens heeft gekeken.

### **Uw patiëntendossier**

Bepaalde medische gegevens kunnen tussen huisarts en huisartsenpost worden uitgewisseld, zodat u snel en goed geholpen kunt worden. Men gaat ervan uit dat u hiervan weet en hierin toestemt. Als u meer wilt weten, opmerkingen heeft of bezwaar wilt maken tegen het beschikbaar stellen van gegevens aan de huisartsenpost, dan kunt u dit met uw huisarts bespreken:

- U kunt uw persoonlijke samenvatting, het verslag van de dienstdoende huisarts en het overzicht wie uw dossier heeft ingekeken, *inzien*. Tegen betaling kunt u om een kopie vragen.
- U kunt vragen om de gegevens *aan te vullen* of te *corrigeren*. Als hier goede redenen voor zijn, zal aan uw verzoek worden voldaan.
- U kunt *delen* van uw dossier *afschermen* (blokkeren), en dus ook delen uit uw persoonlijke samenvatting, als u niet wilt dat de dienstdoende huisarts deze in kan zien.
- U kunt vragen bepaalde gegevens te laten *vernietigen*. Dan moet uw huisarts deze gegevens binnen drie maanden verwijderen. Alleen wanneer het belang van andere personen hiermee wordt geschaad, zal hij dit niet mogen doen.
- U kunt in zijn geheel *bezwaar* maken tegen het beschikbaar stellen van uw persoonlijke samenvatting aan de dienstdoende huisarts. Vraag dan op de praktijk naar een bezwaarformulier, om de uitwisseling van deze gegevens te laten blokkeren.

Het ontbreken van informatie kan een snelle en goede zorgverlening belemmeren. Bespreek daarom eerst welke gevolgen dit zou kunnen hebben voor uw gezondheid. Als u eenmaal bezwaar maakt, is dit niet terug te draaien als u in een spoedeisende situatie van gedachten verandert. U kunt dit alleen bij uw eigen huisarts terugdraaien, omdat die de samenvatting blokkeert.

Als u besluit (delen van) uw dossier af te schermen, zal de huisarts u vragen een formulier te tekenen waarmee u zelf verantwoordelijkheid neemt voor mogelijke gevolgen.

### **Voor meer informatie**

Informatie over rechten van de patiënt vindt u in folders over patiëntenrecht, te bestellen bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie: [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl).

Voor onafhankelijke informatie kunt u terecht bij uw regionale Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG): [0900-nummer en adres (in overleg met IKG/RPCP)]

## **Deel 4**

# **Aandachtspuntenlijst voor projectleiders implementatie**



## Deel 4: Aandachtspuntenlijst voor projectleiders implementatie

1

### Aandachtspunten voor projectleiders implementatie

2

#### Inleiding

Deze sheets bevatten informatie, aanwijzingen en tips ter ondersteuning van de invoering van de Autorisatierichtlijn Waarneming Huisartsen. Het is bedoeld voor projectleiders implementatie, die verantwoordelijk zijn voor het automatiseren van de werkprocessen, waaronder de invoering van het Waarneemdossier voor huisartsen. Het geeft houvast bij de implementatie van de autorisatierichtlijn. U treft de thema's aan die van belang voor de invoering, maar ook verwijsinformatie naar bijvoorbeeld de over de professionele samenvatting, patiëntenrechten en projectmanagement.

De inhoud is gebaseerd op wet- en regelgeving, consensus over privacybescherming van patiënten, ervaringen in een pilot-regio en de praktijkervaring van professionals. Deze sheets zijn geen statisch document, maar zullen steeds bijgewerkt worden. Nieuwe thema's zullen opgenomen worden, waardoor een ieder die zich inzet voor een betere kwaliteit van zorg d.m.v. automatisering zich kan laten inspireren om dat doel te bereiken.

Jacqueline Neijenhuis  
Leidschendam, oktober 2005

3

#### Waar draait het om?

Goede zorg én privacy

- Beschikbare gegevens voor de behandelaar op het moment dat een patiënt een beroep doet op de huisartsenpost, rekening houdend met de privacy van de patiënt door heel Nederland.
- Op elke huisartsenpost in Nederland elektronische inzage in het patiëntendossier van de eigen huisarts. En vervolgens elektronische terugkoppeling van de bevindingen op de huisartsenpost aan de eigen huisarts.

4

#### Basisprincipe:

Landelijk transmurale communicatie

- Het *Burger Service Nummer* wordt op termijn door alle zorgaanbieders en verzekeraars gehanteerd
- De *UZI-pas* is het hulpmiddel waarmee de bevoegde huisartsen toegang krijgen tot patiëntgegevens
- Bij het *Landelijk Schakelpunt* zijn op termijn alle zorgverleners aangesloten
- ICT leveranciers hebben hun programmatuur op bovenstaand aangepast
- Zorgaanbieders en verzekeraars hebben hun systemen aangepast en gebruiken landelijke toepassingen
- Het toezicht is in handen van IGZ, CBP en LSP

### Vertrouwensketen

- Identificatie:
  - Zorgverlener: Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI),
  - Patiënt: Burger Service Nummer (BSN)
- Authenticatie: Is de hulpverlener wie hij/zij zegt te zijn?
- Autorisatie: het verlenen van bevoegdheden aan de hulpverlener die een behandelrelatie heeft met de patiënt

### Partijen die een rol spelen

- Huisartsen, medewerkers op de praktijk en huisartsenposten (primair verantwoordelijk)
- Patiënten en patiëntenorganisaties (invloed)
- Verzekeraars (contractering)
- Leveranciers (ICT toepassingen)
- NHG/ KNMG (richtlijnen en communicatie)
- NICTIZ (change-agent)

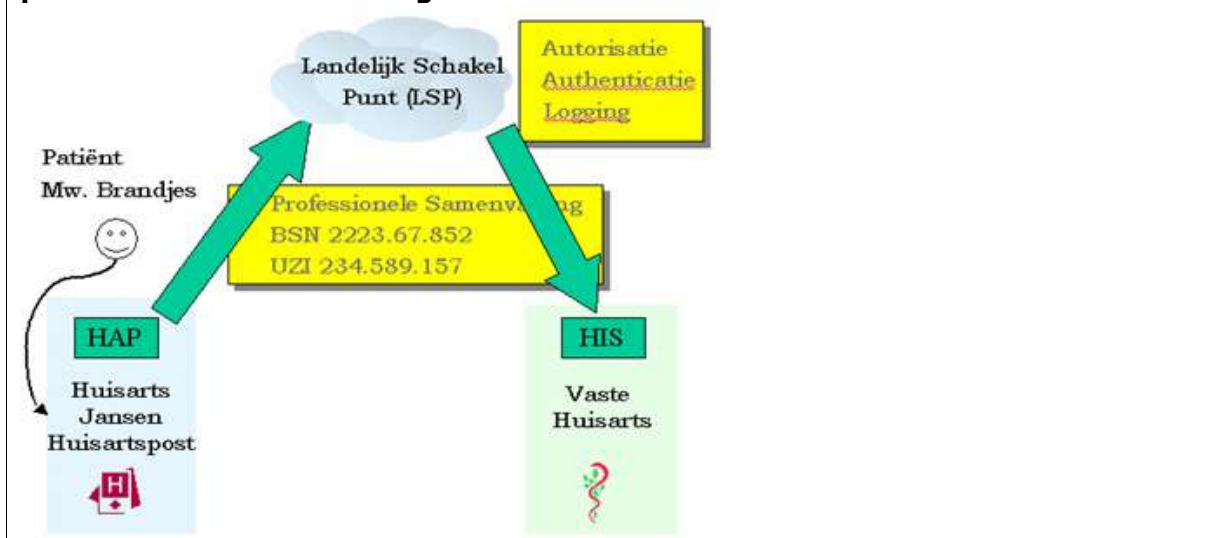
### e-waarneming

- Met de e-waarneeminformatie krijgen de waarnemend huisarts en ondersteunende medewerkers inzage in een **samenvatting** van het medisch dossier van de patiënt en ontvangt de eigen huisarts een **waarneemretourbericht**
- Belang voor huisartsen:
  - Verbeteren kwaliteit van zorg, met name verkleinen van kans op fouten
  - Meer zeker van eigen functioneren
  - Betere vervanging tijdens vakanties of afwezigheid vanwege andere redenen

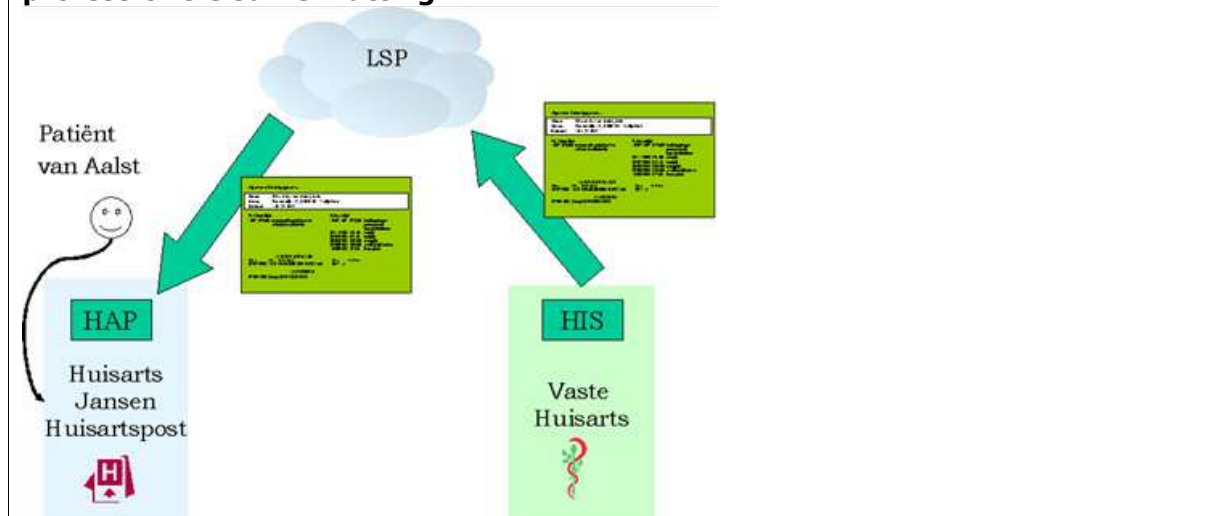
### Kengetallen

- 125 HAP's
- Xx huisartsen aangesloten

### Opvragen van professionele samenvatting



## Verzenden van professionele samenvatting



## Randvoorwaarden bij invoering

- Toepassing van de autorisatierichtlijn Waarneming Huisartsen
- Werken volgens Richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)
- Participatie van vertegenwoordigers van patiënten in projectorganisatie

## Autorisatierichtlijn

- De richtlijn richt zich op situaties waarbij een patiënt buiten praktijkuren een acute zorgvraag heeft en de huisartsenpost bij de eigen huisarts zonder menselijke tussenkomst de samenvatting van het medisch dossier over de patiënt opvraagt.
- NHG, NPCF, KNMG en NICTIZ
- Januari 2005

## Wat regelt de autorisatierichtlijn?

- Toegang tot patiëntgegevens
- Veronderstelde toestemming
- Positie van direct betrokken medewerkers
- Patiëntenrechten:
  - Recht op inzage en afschrift
  - Recht op bezwaar
  - Recht op afscherming
  - Recht op correctie/aanvulling
  - Recht op vernietiging
  - Bewaartermijnen
  - Toezicht
  - Klachtrecht

**Professionele samenvatting**

- Subset van gegevens uit het medische dossier voor dienstwaarneming van huisartsen
- Opgenomen in de "Richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)"
- NHG en NICTIZ
- Januari 2005

**Veronderstelde toestemming**

Waarnemend huisarts mag de toestemming veronderstellen mits:

- Acute hulpvraag, inclusief spoedeisende hulp, én
- De eigen huisarts er mondeling en schriftelijk de patiënt heeft geïnformeerd
- De patiënt kan weten dat een gespecificeerde gegevensset wordt opgevraagd.
- De veronderstelde toestemming zondig en waar mogelijk wordt herbevestigd.

**Beschrijving van de startsituatie**

- Actoren, aantal, ketens/netwerken
- Vernieuwingsgeneigdheid/ kennisniveaus
- Timing/omgevingsfactoren/beleidsmatige ontwikkelingen/ samenwerkingsafspraken
- Financiële situatie
- Organisatorische inbedding/ontwikkelingen
- Betrokkenheid van de achterban
- Betrokkenheid van het RPCP

**Startmateriaal**

- Modelrichtlijn op papier
- Modelmateriaal voor de huisarts, de waarnemer, medewerkers van de HAP en patiënten: halffabrikaten

**Maak een projectplan**

- Doelstelling
- Strategie
- PVA: soliditeit, relevantie, draagvlak
- Evaluatie: bepaal gezamenlijk eindresultaat

**Taken en verantwoordelijkheidsverdeling**

- Projectleiding
- Projectteam
- Stuurgroep
- Participatie van patiënten



**Rol van patiëntenorganisaties**

- Betrokkenheid op verschillende niveau's in de projectstructuur: beleidsmatig én operationeel.
- Financiële middelen gedurende de gehele looptijd van het project.
- Tijd en gelegenheid om het projectplan te vertalen naar activiteiten die door het RPCP verricht moeten worden.
- Gelegenheid tot overleg over de 10 belangrijkste punten bij het Waarneemdossier Huisartsen vanuit patiëntenperspectief.

**Communicatie**

- Doel
- Middelen: communicatiemix
  - Voorlichtingsmateriaal voor patiënten
  - Vuistregels voor huisartsen
- Besluit is resultaat van overleg met patiëntenorganisaties, huisartsen en HAP
- Sluit aan bij cultuurgegevens van de regio
- Sluit aan bij actualiteit
- Sluit aan bij individuele wensen van (groepen) huisartsen

**Randvoorwaarden**

- Geen vrijwilligersklus (geef positie en waardering)
- Zorg voor financiële basis (vacatiegelden, betaalde uren)
- Zorg voor tijd (vergadertijd en netwerken)
- Houd rekening met 'vervuilde' administraties

**Draagvlak**

- Landelijk en regionaal
- Formeel (convenant) en informeel (persoonlijk, ludiek)
- Ieder gremium zijn eigen aanpak, cultuur en argumenten
- Plan voortgangsoverleg aan het begin van het project in

**Punten van weerstand**

- Beeld bestaat dat e-wnd van de patiënten moet
- Beeld is dat de PS is ontwikkeld vanwege capaciteitsredenen
- Logging ontbreekt in meeste regio's, waardoor controle niet mogelijk is
- Aantasting autonomie van de huisarts: er ontstaat wederzijdse afhankelijkheid tussen waarnemer en vaste huisarts
- Huisartsen moeten meedoen
- Juridische aansprakelijkheid
- Medicatie langer dan 4 maanden geleden
- Kwaliteit van registratie in medische dossiers

**Evaluatie**

- Belangrijk voor verantwoording naar subsidieverstrekkers, investeerders, achterban en patiënten
- Resultaten
  - Perspectief van de HAP
  - Perspectief van aangesloten huisartsen
  - Perspectief van patiënten

**Tips voor de praktijk**

- Houd rekening met de menselijke factor
- Onderhandelings- verleidingstactieken
- Wisselgeld voor HAP: scholing en coaching, ondersteuning aan enkele praktijk, schakelen tussen landelijke organisaties en de werkvloer, wegnemen van financiële belemmeringen

**Afronding**

- Eindig een project officieel
- Bezegel goede samenwerking
- Maak pr, zoek attentie
- Structurele inbedding regelen
- 

**Voor meer informatie**

- NICTIZ
- Koplopers (zie website NICTIZ)
- NPCF: Andrea Nijhuis
- NHG: Tjeerd van Althuis
- KNMG: Rose Marie Doppegieter

## **Deel 5**

# **Voorlichtingsmatrix**



## Voorlichtingsmatrix

Product	Boodschap	Middel	Kanaal	Afzender	Doelgroep
1	Algemene informatie over de uitwisseling van gegevens, de verandering die dat voor patiënten met zich meebrengt. Waar patiënten toestemming voor geven/bezwaar tegen kunnen maken. Met meertalige verwijzing voor meer info.	Brief	via post	Eigen huisarts	Alle patiënten uit de praktijk, en daarna elke nieuwe patiënt.
2	Aanvullende informatie over de uitwisseling van gegevens, toelichting op de mogelijkheid tot bezwaar, ook in de toekomst, punt voor vragen en klachten	Mondelinge voorlichting	in huisartsenpraktijk (of op huisartsenpost?)	Zorgverlener waarmee de patiënt een vertrouwensrelatie heeft: huisarts, praktijkverpleegkundige of assistente.	Bijzondere groepen: chronisch zieken, ouderen, ouders van kinderen, allochtonen, patiënten met een GGZ-achtergrond, patiënten met een erfelijke aandoening. Afhankelijk van inhoud van consult, op initiatief van de zorgverlener
3	Publieksvriendelijke vertaling van de inhoud van de richtlijn met aandacht voor de rechten en plichten van de patiënt en een weergave van het format van de professionele samenvatting	Folder	Huisartsenpraktijk, huisartsenpost, indien mogelijk bibliotheken, zorgloket of informatiepakket gemeente	Indien mogelijk de eigen huisarts(enpost), Indien landelijk postbus 51	Alle patiënten uit de betrokken praktijken. En patiënten van praktijken die nog niet elektronisch uitwisselen, om hen bewust te maken van mogelijkheden zodat zij eigen arts hierop kunnen aanspreken
4	Start met uitwisseling van gegevens tussen Ha en HAP/waarnemers, doel, deelnemende praktijken, waar meer info te verkrijgen	persberichten , advertenties	lokale kranten Informatiebulletin zorgverzekeraar	huisartsen(posten) evt. ism RPCP's en IKG's	Alle patiënten uit de betrokken praktijken
5	Start, doel, deelnemers, meer info	Poster	Huisartsenpraktijk, huisartsenpost, apotheken indien mogelijk zorgloket , bibliotheken, abri's	deelnemende huisartsen en HAP's/waarnemers	Alle patiënten uit betrokken praktijken
Product	Boodschap	Middel	Kanaal	Afzender	Doelgroep

6	specifieke informatie over: de professionele samenvatting, formulier voor het maken van bezwaar en het afschermen van gegevens, en de foldertekst (ook als achtervang indien er geen gedrukte materialen meer voorhanden zijn)	patiëntenbrieven	Primair huisarts /evt. waarnemer, praktijkverpleegkundige en assistente.	huisartsen(posten)	Patiënten die op spreekuur komen en vragen hebben (al dan niet naar aanleiding van informatie van arts)
7	Persoonlijke informatie uit de professionele samenvatting	uitdraai uit HIS bij huisart en systeem op HAP	Huisarts, waarnemer of evt. triagist		patiënten die de informatie uit het eigen dossier die beschikbaar wordt gesteld aan de waarnemer willen inzien
8	Alle info van producten 1 tot en met 7 en aanvullende (actuele) informatie.	Internet	Website huisarts, HAP en met link naar RPCP en IKG voor onafhankelijke informatie		patiënten die toegang hebben tot internet.
9	Belangrijkste informatie die onder 1-7 aan de orde komt, aangevuld met actuele informatie	Voorlichtingsbijeenkomst	Voorlichters eigen taal van GGD, ism huisartsen/waarnemers		allochtonen, kwetsbare groepen

## **Deel 6**

# **Implementatie Richtlijn specificaties gegevens waarneming**





## Deel 6: Implementatie Richtlijn specificaties gegevens waarneming (waarneemsamenvatting)

*Context: beschikbaar stellen van een selectie van gegevens aan de waarnemer **in de ANW (avond, nacht en weekeinde) dienst**, inclusief de direct betrokken medewerkers van deze waarnemer, in het kader van zorgverlening.*

### 1. Huisarts Informatie Systeem (HIS)

1. het systeem kan aan de gebruiker de gegevens tonen die beschikbaar worden gesteld aan de waarnemer (dat wil zeggen: een overzicht van alle toegestane items),
2. het systeem kan bovengenoemd overzicht afdrukken,
3. afschermen van dossiers(delen)
  1. de gebruiker kan een heel patiëntendossier uitsluiten (blokkeren) voor beschikbaarstelling aan de waarnemer,
  2. de gebruiker kan een deel van het patiëntendossier uitsluiten voor beschikbaarstelling van de waarnemer, bijvoorbeeld: journaal, probleemlijst, episodelijst, medicatie, contra-indicaties en overgevoeligheden, overige informatie,<sup>11</sup>
  3. de gebruiker kan een item in een deel van een patiëntendossier uitsluiten voor beschikbaarstelling aan de waarnemer, bijvoorbeeld. één of meer episodes op de episodelijst, één of meer voorschriften bij de medicatie, enzovoorts.,
4. optioneel: bewerkingen, in de zin van uitsluiten (afschermen), zijn mogelijk in de overzichtsweg van de gegevens die beschikbaar worden gesteld aan de waarnemer (zie 1.1),
5. gegevens die worden uitgesloten van beschikbaarstelling voor de waarnemer (ANW), blijven zichtbaar en beschikbaar voor collega's en praktijkmedewerkers van de eigen huisarts (zoals reguliere waarnemer en andere praktijkmedewerkers), volgens de regels (rechten, instellingen) zoals die gelden binnen die huisartsenpraktijk.
6. het systeem houdt bij (logging), wanneer door wie welk dossier, bijvoorbeeld de gegevens ten behoeve van waarneming, is opgevraagd.
7. het systeem kan een overzicht tonen en afdrukken van de logging
  1. alle raadplegingen op datum
  2. alle raadplegingen bij één geselecteerde patiënt op datum

De meeste van de huidige elektronische systemen kunnen de meeste van de hier genoemde mogelijkheden nog niet uitvoeren. In alle gevallen is het wel mogelijk om een heel dossier af te schermen voor andere gebruikers, en daarmee ook voor inzage door de waarnemer op de centrale huisartsenpost. De hierboven genoemde punten zijn afgeleid van wettelijk vastgelegde rechten en daarmee leidend voor software leveranciers om hun systemen op aan te passen.

Gebruiker: dit zal meestal de huisarts zijn, zeker waar het gaat om het beheer van het dossier en de toegangsrechten. Ook andere gebruikers zoals de praktijkverpleegkundige en praktijkassistente kunnen, indien daartoe gerechtigd, gebruik maken van bepaalde functies, zoals inzage samenvatting en afdrukken samenvatting.

---

<sup>11</sup> Bij toepassing van episodegewijze registratie leidt afschermen van de episodelijst, cq. een item op de episodelijst, tot afschermen van alle gekoppelde dossierdelen, exclusief medicatie, contra-indicaties en overgevoeligheden.

## **2. Vuistregels voor huisarts bij invoering van gegevensuitwisseling met de centrale huisartsenpost (verzender, beheerder bronsysteem)**

1. Verzorg algemene kennisgeving (medium)
  1. persoonlijk geadresseerde brief naar patiënten
  2. specifieke folder
  3. poster
  4. informatie opnemen op de praktijkwebsite
  5. informatie opnemen in de praktijkfolder
2. Inhoudelijk: wijs de patiënten op de werkwijze, mogelijkheden en voordelen, methode van bezwaar, verantwoordelijkheden, geheimhoudingsplicht, inzage in het overzicht van de logging van bevestigingen
3. Geef indien mogelijk en toepasbaar specifieke aandacht aan speciale groepen
  1. psychosociale problematiek
  2. psychiatrische problematiek
  3. anderszins privacy gevoelige informatie in het patiëntendossier
  4. anderstaligen
4. Er is ook een NHG Patiëntenbrief met informatie over de gegevensuitwisseling tussen huisarts en centrale huisartsenpost, bedoeld voor patiënten die vragen hebben naar aanleiding van de algemene voorlichting.

## **3. Vuistregels voor waarnemer of direct bij de zorg betrokken medewerker op de huisartsenpost**

1. bij een patiëntcontact: leg uit wat je doet en vraag aanvullend of volledigheidshalve bevestiging van de veronderstelde toestemming bij opvragen van de waarneemsamenvatting,
2. bij patiëntcontact: leg uit over terugrapportage (retourbericht) naar de eigen huisarts

## **4. Vuistregels voor CHP**

1. regel geheimhoudingsplicht van alle medewerkers
2. voorzie in algemene voorlichting
3. regel recht op inzage, aanvulling en vernietiging van patiëntgegevens, recht op afscherming van patiëntgegevens op de huisartsenpost en mbt retourbericht (dit zijn deels organisatorische maatregelen, deels betreft het ook faciliteiten die de software op de huisartsenpost moet ondersteunen)

## **5. Eisen aan het HDS informatiesysteem**

1. vastleggen verslag (medewerker, waarnemer)
2. autoriseren verslag
3. samenstellen en verzenden retourbericht naar eigen huisarts
4. op verzoek van patiënt: expliciet niet versturen van een waarneemretourbericht
5. opslaan en archiveren verslag
6. afschermen verslag voor andere CHP medewerkers
7. afdrukken verslag

### **Toelichting bij de werkwijze op de CHP en de eisen aan het HDS informatiesysteem**

Vanuit de WGBO is het noodzakelijk dat op de huisartsenpost verslag wordt gedaan van het medisch handelen. Verslaglegging start al met de intake en de triage (urgentiebepaling) en de acties van de triagiste (zoals zelfzorgadvies, raadpleging waarnemer, doorverwijzing naar waarnemer). De WGBO vereist dat dit verslag wordt bewaard. Daarmee is het verslag beschikbaar voor raadpleging achteraf, bijvoorbeeld bij klachten. Tevens zijn deze verslagen beschikbaar voor (anonieme) verwerking zoals voor het samenstellen van het jaarverslag, voor overzichten ten behoeve van kwaliteitsbewaking of voor onderzoek.

Vanuit het oogpunt van "informatiehuishouding" is het echter niet wenselijk dat verslagen van contacten met de huisartsenpost routinematig beschikbaar zijn voor triagisten en waarnemers bij latere contacten van patiënten met de huisartsenpost. Hierop zijn wel uitzonderingen denkbaar, zie verder.

Essentieel voor een goede informatievoorziening in de huisartsenzorg is dat alle patiënteninformatie in één elektronisch dossier bij de eigen huisarts beschikbaar is. Vandaar dat de huisartsenpost via het waarneemretourbericht gegevens over het contact op de post terugkoppelt naar de eigen huisarts. De eigen huisarts dient dit retourbericht op te nemen in het patiëntendossier, waarna in het vervolg ook deze gegevens onderdeel kunnen gaan vormen van de waarneemsamenvatting zoals de eigen huisarts die beschikbaar stelt.

Het is dus nadrukkelijk niet de bedoeling dat er van één patiënt meerdere "huisartsendossiers" naast elkaar gaan ontstaan en dus worden aangemeld bij het Landelijk Schakelpunt (LSP).

Voor het de triagiste en de waarnemer op de huisartsenpost geldt daarom dat altijd in eerste instantie voor nadere informatie het waarneemdossier bij de eigen huisarts wordt geraadpleegd.

*Uitzonderingen:*

1. Zolang het waarneemretourbericht niet door de eigen huisarts is verwerkt, zal op de huisartsenpost het contactverslag beschikbaar zijn voor raadpleging. Dit is bijvoorbeeld van toepassing bij meerdere contacten gedurende een lang weekend met feestdagen.
2. Op de huisartsenpost kan bij een patiënt contextuele informatie worden vastgelegd. Het gaat dan met name om afspraken die met andere zorgverleners en/of de patiënt zijn gemaakt over de zorgverlening. Hierbij kan gedacht worden aan afspraken met de crisisdienst, de ambulancedienst of de verslavingszorg.