

Leidraad dossieroverdracht

2024



Inhoud

Inleiding	3	4 Toekomst	10	Bijlage 1. Gegevens voor gestructureerde dossieroverdracht	18
1 Achtergrond	4	5 Aandachtspunten bij overdracht van patiëntengegevens	12	Bijlage 2. Opbouw en inrichting PDF met de leesbare inhoud van het dossier	20
1.1. Dossier en WGBO	4	5.1. Dossiervoering en overdracht	12		
1.2. Verantwoordelijkheid huisarts	4	5.2. Rechten en toestemming	13		
1.3. Levensloopdossier	4	5.3. Na overdracht	14		
2 Wettelijke uitgangspunten	6	6 Scenario	15	Bijlage 3. Praktische adviezen voor huisartsenpraktijken	23
2.1. Bewaarplicht en overdracht	6				
2.2. Toestemming voor overdracht	6	7 Begrippen	16		
2.3. Patiëntenrechten	6				
3 Huidige invulling dossieroverdracht	7	8 Bronnen	17		

Inleiding

Deze leidraad beschrijft de kaders en uitgangpunten bij de overdracht van het medisch dossier van een patiënt. Dus wanneer een patiënt zich inschrijft bij een nieuwe huisarts, een dossier ontvangt en behandelt; hoe dien je dan als huisarts om te gaan met de medische gegevens van de uitgeschreven patiënt. Deze leidraad laat de gewenste handelwijze zien rondom de dossieroverdracht. Ondersteuning vanuit de EPD-systemen voor het proces van overdracht (de handelingen) is noodzakelijk.

Het medisch dossier bij de huisarts is een bijzonder dossier. Dit volgt uit de rol en taakopvatting van de huisarts in het Nederlandse zorgbestel. De huisarts levert integrale, persoonlijke en continue medische zorg aan de patiënt. Daarbij is de huisarts het eerste medische aanspreekpunt voor de patiënt in de zorg (poortwachter). Met name de aspecten integrale zorg en continuïteit hebben gevolgen voor de inhoud van het medisch dossier bij de huisarts. Het dossier geeft inzicht in de medische geschiedenis van een patiënt in de tijd, niet alleen van contacten tussen huisarts en patiënt. Het huisartsdossier

bevat ook de weerslag van, voor de huisarts relevante medische gegevens van andere zorgverleners, zoals andere eerstelijns zorgverleners en medisch specialisten. In dit verband wordt ook wel gesproken over het levensloop-dossier.

Het is vanuit deze optiek dus van groot belang dat de medische gegevens, zoals die worden beheerd door de huisarts, optimaal en volledig worden overgedragen wanneer de behandelrelatie overgaat van de ene naar de andere huisarts. Zeker nu er meer en meer gegevens worden geregistreerd bij de patiëntenzorg én deze gegevens, onder voorwaarden, ook elektronisch opvraagbaar worden voor andere zorgverleners.

Om redenen als duidelijkheid en compactheid worden in deze leidraad diverse zaken uit wet- en regelgeving niet uitputtend behandeld en worden alleen de elementen die relevant zijn benoemd. Voor meer gedetailleerde informatie kun je de bronnen raadplegen.

Leeswijzer huisarts

Het doel van deze leidraad is tweeledig. Enerzijds geeft het de huisarts handvatten en advies hoe om te gaan met de overdracht van dossiers. Anderzijds biedt het een kader voor andere betrokken partijen bij de overdracht. Denk aan leveranciers en partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling en implementatie van dossieroverdracht, zoals Nictiz en VZVZ.

Voor de huisarts zijn de volgende onderdelen het meest relevant:

- [Wettelijke uitgangspunten \(hoofdstuk 2\)](#)
- [Advies PDF en sturen samenvatting \(hoofdstuk 3.1.2.\)](#)
- [Aandachtpunten bij overdracht \(hoofdstuk 5\)](#)

De gehele richtlijn geeft meer achtergrondinformatie over de huidige en toekomstige wijze van dossieroverdracht.

Achtergrond

1.1. Dossier en WGBO

De WGBO schrijft voor dat een zorgaanbieder een dossier bijhoudt over de behandeling van een patiënt¹. De wet legt de zorgaanbieder een aantal verplichtingen op, zoals de bewaarplicht, en geeft de patiënt een aantal rechten, zoals het recht op inzage en afschrift. De inhoud van het dossier is vertrouwelijk.

In zijn algemeenheid mag verstrekking van informatie aan derden, zoals andere zorgaanbieders, alleen met toestemming van de patiënt plaatsvinden. In sommige gevallen mag de toestemming worden verondersteld of bestaat er een wettelijke verplichting tot het verstrekken van gegevens.

1.2. Verantwoordelijkheid huisarts

In de dagelijkse praktijk wordt het dossier bijgehouden door zorgverleners en medewerkers. In de huisartsenpraktijk door de huisarts, de praktijkondersteuner en de praktijk-assistent, maar eventueel ook andere aan de huisartsenpraktijk verbonden medewerkers² die betrokken zijn bij de zorgverlening. De zaken die spelen rond vertrouwelijkheid en het verstrekken van informatie aan andere zorgverleners (bij andere zorgaanbieders) vallen onder de verantwoordelijkheid van de huisarts, in die zin dat de huisarts vrijwel

altijd eindverantwoordelijk is voor de uitvoering bij het verstrekken van informatie aan andere zorgverleners (bij andere zorgaanbieders)³.

1.3. Levensloofdossier

Zoals in de inleiding beschreven is het dossier dat de huisarts bijhoudt over de zorgverlening een bijzonder dossier, het levensloofdossier. Het is van belang dat dit dossier wordt overgedragen wanneer een patiënt zich inschrijft bij een nieuwe huisarts. We lichten de belangrijkste ontwikkelingen kort toe:

1. De zienswijze van de KNMG rond de overdracht van het dossier tussen huisartsen
2. De ontwikkeling van elektronische patiëntendossiers en gegevensuitwisseling

1.3.1. Zienswijze KNMG rond de overdracht van het dossier

In de 'Richtlijn Omgaan met medische gegevens' beschrijft de KNMG op basis van onderliggende wetgeving wat de kaders en uitgangspunten zijn voor zorgverleners in het bijhouden van het dossier. Door de jaren heen is het standpunt over de bewaartermijn en het bewaren/vernietigen na overdracht veranderd. Het huidige wettelijk kader en advies voor de beroepsgroep wordt toegelicht in [hoofdstuk 2](#).

1.3.2. De ontwikkeling van elektronische patiëntendossiers en gegevensuitwisseling

In de afgelopen 25 jaar is de dossiervoering bij huisartsen geleidelijk en inmiddels vrijwel geheel overgegaan van papier naar elektronisch. Er zijn verschillende voorwaarden om de elektronische overdracht mogelijk te maken:

Gestructureerd Elektronisch Patiëntendossier (EPD)

De mogelijkheden voor elektronische dossieroverdracht hangen direct samen met de inrichting van het elektronisch patiëntendossier bij zender en ontvanger. In een EPD worden verschillende soorten patiëntgegevens verwerkt. Het NHG HIS-Referentiemodel beschrijft deze soorten gegevens, en hoe deze gegevens precies worden geregistreerd. Bijvoorbeeld als tekst, zoals een consultverslag of gecodeerd, zoals een laboratoriumuitslag. Idealiter gebruiken zender en ontvanger een EPD dat dezelfde soorten patiëntgegevens op gelijksoortige wijze kan verwerken.

1. 7:454 lid 1 BW

2. [Bijvoorbeeld personen in opleiding](#)

3. [2.8, KNMG richtlijn, Omgaan met medische gegevens, 2024](#)

Hoofdstuk 1

Voor veel soorten gegevens is dit in grote mate het geval. Dit geldt voor de gegevens die al vele jaren worden toegepast in huisartsen-EPD's, zoals: episode, contactverslag, medicatie of meetwaarden.

EPD's lopen bij de invoering van nieuwe soorten patiëntgegevens uiteen, zoals bijvoorbeeld behandelgrens of beleid bij episode. Daarnaast kunnen de specificaties van bepaalde soorten gegevens door voortschrijdend inzicht wijzigen: bijvoorbeeld hoe specifiek iets geregistreerd kan worden. Ook dat leidt bij een wisselende mate van implementatie tot verschillen tussen de EPD's van leveranciers.

Elektronische dossieroverdracht

Om patiëntgegevens op een gestructureerde wijze uit te kunnen wisselen, zoals bij dossieroverdracht, is een elektronisch bericht nodig waarin de verschillende soorten patiëntgegevens passen. Dit is inclusief specificaties per soort gegeven op detailniveau, waaronder het gebruik van codestelsels, zoals NHG-tabellen of de G-Standaard.

Het huidige Patiënt Overdracht Bericht⁴ is inhoudelijk en technisch sterk verouderd. Het is ontwikkeld medio 90'er jaren en sindsdien niet onderhouden. Diverse soorten patiëntgegevens kunnen op een nette en gestructureerde manier elektronisch worden overgedragen. Dit betreft gegevens die in de tijd dat het bericht ontwikkeld werd, bekend waren in de huisartsen EPD's. Het is met dit bericht niet mogelijk om nieuwe soorten gegevens uit te wisselen of

uit te breiden op de gedefinieerde gegevens. De berichttechniek is verouderd, waardoor onderhoud praktisch niet uitvoerbaar is. Daarmee sluit het huidige Patiënt Overdracht Bericht niet meer aan bij het NHG HIS-Referentiemodel en is het dus ook niet voorbereid op toekomstige ontwikkelingen, zoals de invoering van nieuwe standaarden bij medicatie of geneesmiddelovergevoeligheden. Zie [bijlage 1](#) voor een nadere toelichting op de soorten patiëntgegevens die in aanmerking komen voor dossieroverdracht.

Patiëntgegevens kunnen ook op niet gestructureerde wijze worden uitgewisseld, in de vorm van een tekstdocument. Dan zijn de gegevens niet herbruikbaar - ze kunnen niet worden overgezet van het ene EPD naar het andere EPD. Om verschillende redenen is deze toepassing bij dossieroverdracht een nuttige aanvulling. In [hoofdstuk 4](#) en [bijlage 2](#) wordt hier verder op ingegaan.

Informatie-architectuur

Om gegevens te kunnen uitwisselen is een (informatie) architectuur nodig, zodat gegevens (veilig en betrouwbaar) uitgewisseld kunnen worden tussen EPD-systemen. Voor elektronische dossieroverdracht zijn afspraken nodig over de wijze van transport van het ene systeem naar het andere. Denk hierbij aan adresboeken, beveiliging, ondersteuning voor uitwisselingen tussen de betrokken systemen (samenstellen en versturen of ontvangen en verwerken van een dossier overdracht bericht) en logistieke berichten. Bij voorkeur verloopt de elektronische dossieroverdracht

rechtstreeks tussen de betrokken EPD-systemen, dus zonder handmatige activiteiten met versturen, ontvangen en verwerken van bestanden. Over de ontwikkeling van de vereiste inrichting van de betreffende gegevensuitwisseling tussen HIS'en lopen al langer gesprekken met betrokken partijen zoals, Nictiz⁵, leveranciers en de VZVZ⁶.

Nieuwe kaders informatiebeveiliging

Door de toenemende digitalisering is het steeds makkelijker om informatie elektronisch uit te wisselen. Dit heeft geleid tot aanvullende kaders voor met name informatiebeveiliging. Een voorbeeld is de NEN-norm 7510. Dit heeft geleid tot andere verplichtingen ten opzichte van het beheer van het patiëntdossier en de uitwisseling van medische gegevens. De relevante actuele kaders zijn verwerkt in deze leidraad.

4. MEDOVD met als technische drager het MEDEUR bericht

5. <https://nictiz.nl/over-nictiz/>

6. <https://www.vzvz.nl/over-vzvz>

Wettelijke uitgangspunten

2.1. Bewaarplicht en overdracht

Volgens de WGBO moet elke zorgaanbieder een dossier bijhouden. Dit dossier moet de zorgaanbieder gedurende twintig jaar na de laatste wijziging, of zoveel langer als redelijkerwijs voor het verlenen van goede zorg noodzakelijk is, bewaren⁷.

Actuele richtlijn KNMG 'Omgaan met medische gegevens'

De actuele richtlijn geeft een nadere invulling van dit wettelijke uitgangspunt, en stelt dat een dossier bij verandering van huisarts, na toestemming van de patiënt, moet worden overgedragen naar de volgende huisarts. Dit gebeurt zorgvuldig, zonder dat er informatie verloren gaat. Met de overdracht wordt ook de bewaartermijn van twintig jaar overgedragen naar de nieuwe huisarts⁸.

Door de overdracht van de patiënt naar een nieuwe huisarts vervalt de behandelrelatie van de 'oude' huisarts. Hiermee vervalt de juridische grondslag voor de toegang tot het dossier van de 'oude' huisarts. De 'oude' huisarts maakt een aantekening van de overdracht en vernietigt het medisch dossier na de bevestiging en accordering van de goede ontvangst door de 'nieuwe' huisarts⁹.

Aanbeveling NHG: effectieve verwijdering

Het daadwerkelijk vernietigen van het dossier stuit vaak nog op technische onmogelijkheden. Het advies (aan software-leveranciers) is om in ieder geval te zorgen voor het ontoegankelijk maken van het dossier. Dit houdt in dat het niet meer bewerkbaar en inzichtelijk is voor medewerkers.

2.2. Toestemming voor overdracht

De WGBO geeft aan dat bij het verstrekken van patiëntgegevens aan derden in het algemeen toestemming van de patiënt noodzakelijk is. Voor de overdracht van het dossier naar een nieuwe huisarts moet uitdrukkelijke toestemming worden verkregen.

2.3. Patiëntenrechten

De patiënt heeft het recht op inzage, aanvulling, correctie, verwijderen en afscherming van (onderdelen) van het dossier¹⁰. De rechten kunnen een rol spelen bij dossieroverdracht.

7. art. 7:454 lid 3 BW

8. 5.1, KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

9. 6.2, KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

10. art. 7:456 BW, art. 7:455 BW

Huidige invulling dossieroverdracht

De overdracht van het Elektronisch Patiënten Dossier vindt elektronisch plaats. In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige werkwijze via Stichting Inschrijving op Naam, ION, en bij de specificaties voor het MEDOVD bericht zoals in beheer bij Nictiz. Onderstaand is kort beschreven hoe deze procedure eruit ziet. Deze huidige werkwijze wordt herzien. Hierbij is sprake van diverse aanpassingen, waaronder de invoering van een nieuwe berichtstandaard en de invoering van een nieuw uitwisselingsprotocol. In [hoofdstuk 5](#) beschrijven we globaal de nieuwe, gewenste situatie.

3.1. Huidige overdracht procedure via Zorgmail Filetransfer (ZFT)

De logistieke organisatie van de overdracht wordt gefaciliteerd via de webapplicatie Zorgmail File Transfer (ZFT). Dit is gratis beschikbaar voor alle huisartsen via Stichting Inschrijving op Naam (ION). De organisatie van de overdracht gaat in de regel via ION. Een patiënt meldt zich aan bij een 'nieuwe' huisarts en tekent daar een toestemmingsformulier voor de overdracht. De toestemming kan ook bij de 'oude' huisarts worden gegeven, hij/zij moet er dan voor zorgen dat dit ook bij de 'nieuwe' huisarts bekend is. De 'nieuwe' huisarts meldt de patiënt aan bij ION: de patiënt wordt automatisch in ION uitgeschreven bij de 'oude' huisarts. De 'oude' huisarts krijgt een automatisch verzoek om het medisch dossier elektronisch over te dragen¹¹.

De overdracht bestaat uit verschillende bestanden:

1. Het patiëntverhuisdossier conform de afgesproken MEDOVD-berichtstandaard.
2. Leesbare kopie van het totale dossier (een PDF-drukbestand).
3. Een ZIP-file van alle correspondentie en bijlages.

Hieronder worden deze bestanden nader toegelicht.

De bestanden worden via een beveiligde verbinding met Zorgmail File Transfer (ZFT) klaargezet op een server voor de 'nieuwe' huisarts. De 'nieuwe' huisarts haalt deze bestanden op en importeert het MEDOVD bericht in zijn/haar HIS, controleert aan de hand van de PDF of de belangrijkste zaken volledig en juist zijn overgekomen. De correspondentie is gekoppeld aan de episodes in het dossier van de patiënt in het HIS (zie kader Ontwikkeling MEDOVD correspondentie). De 'nieuwe' huisarts accordeert voor goede ontvangst van het dossier. Het akkoord is ook een inhoudelijke accordering door de huisarts, waarbij gezien de huidige mogelijkheden in ieder geval de episodes, SOEP-verslagen, medicatie, contra-indicaties en medicatieovervoeligheden, familieanamnese, uitslagen, correspondentie en verwijzingen gestructureerd zijn overgekomen. De 'oude' huisarts ontvangt een bevestiging van goede ontvangst van het patiëntendossier voor zijn archief (bij de administratie).

Overdracht bij huisartsen op één gedeelde technische omgeving

Op het moment dat een dossier wordt overgedragen naar een 'nieuwe' huisarts die binnen dezelfde HIS-server omgeving werkt, biedt ION de mogelijkheid om in Zorgmail File Transfer (ZFT) aan te geven dat het dossier via de HIS-server wordt overgedragen. Hierbij wordt niet conform de MEDOVD-standaard overgedragen, maar worden enkel beheerrechten overgedragen.

Papieren dossier

Een aandachtspunt bij de digitale overdracht is de aanwezigheid van mogelijk papieren dossierdelen. Papieren stukken dienen bij voorkeur gedigitaliseerd te worden en aan het dossier te worden toegevoegd^{12,13}, zodat deze meegaan met de digitale overdracht. Mocht er naast het digitale dossier ook nog een papieren dossier bestaan, dan moet deze bij overdracht naar een 'nieuwe' huisarts worden verstuurd per reguliere post in een gesloten enveloppe.

11. <https://www.inschrijvingopnaam.nl/projecten/veilig-verhuizen>

12. 2.6, KNMG Richtlijn, omgaan met medische gegevens, 2024

13. 2, KNMG Richtlijn, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

3.1.1. Patiënt Overdracht Bericht (MEDOVD)

De MEDOVD-implementatiehandleiding beschrijft op welke wijze het MEDEUR bericht wordt toegepast (gevuld) bij een dossieroverdracht. In het dagelijks spraakgebruik wordt dit het MEDOVD bericht genoemd. Door gebruik te maken van dit bericht kan een deel van het EPD op een gestructureerde wijze worden samengesteld aan de verzendende kant en ingelezen aan de ontvangende kant. Gestructureerd betekent hier dat diverse soorten patiëntgegevens met hun details, kenmerken en coderingen op dezelfde wijze beschikbaar zijn bij de 'nieuwe' huisarts als bij de 'oude' huisarts.

Het Patiënt Overdracht bericht kan in ieder geval de volgende gegevens bevatten. Merk op dat de naamgeving van diverse onderdelen afwijkt van wat tegenwoordig gebruikelijk is.

1. Praktijkgegevens (gegevens van verzender)
2. Patiëntgegevens
3. Signaleringen: bedoeld voor ruiters (inmiddels vervallen): kopregels en attentieregels.
4. Contact: datum en soort contact
5. Episodes: tekst en ICPC-code
6. Vrije tekstregels: journaalregels volgens SOEP-indeling per deelcontact
7. Diagnose: bedoeld voor journaalregels met een ICPC-codes
8. Meetwaarden
9. Therapie: bedoeld voor voorschriften

10. Verwijzingen: onder andere, tekst, SOEP-code, code soort specialisme
11. Familie anamnese: conform HIS-Referentiemodel 1995, onder andere: aandoening en ICPC-code; familielid; leeftijd start aandoening; leeftijd overlijden

3.1.2. Leesbare kopie (PDF) van het totale dossier

Er wordt een leesbare kopie (PDF) van het gehele dossier meegestuurd met de overdracht. Dit heeft meerdere redenen: de leesbare kopie kan meer informatie bevatten dan het MEDOVD bericht, namelijk gegevens die wel in het verzendende EPD worden vastgelegd, maar waar geen plek voor is in het gestructureerde bericht. De leesbare kopie biedt de ontvangende huisarts de mogelijkheid om te controleren of gegevens uit het MEDOVD inderdaad goed zijn overgekomen in het ontvangende EPD.

Tenslotte vormt de leesbare kopie een stabiele afbeelding van het patiëntendossier zoals het aanwezig was bij de 'oude' huisarts op het moment van overdracht. Dit laatste kan van belang zijn als er later vragen zijn over de zorgverlening, of bij de behandeling van een klacht over de zorgverlening, bij de 'oude' huisarts. Immers, de 'oude' huisarts heeft geen dossier meer en de structuur en inhoud van het oude dossier kan in het EPD van de nieuwe huisarts zijn aangepast. Om die reden is het van belang deze kopie te bewaren door het op te nemen in het elektronisch patiëntendossier, onder correspondentie. De indeling van de inhoud van de leesbare kopie is afgestemd met de betrokken partijen.

Aanbeveling NHG: meesturen samenvatting

Naast de PDF van het gehele dossier raden wij aan een medische samenvatting op te nemen in de leesbare versie van het dossier. De samenvatting is bedoeld als overzicht en als snelle oriëntatie op de belangrijkste actuele zaken. Dit kan tevens helpen bij de beoordeling of een elektronisch patiëntendossier op de juiste wijze is geïmporteerd in het ontvangende systeem.

3.1.3. Correspondentie en bijlages

In de loop der jaren zijn er diverse mogelijkheden gekomen om de papieren informatiestroom te digitaliseren. Binnenkomende papieren post, zoals ontslagbrieven van de medisch specialist, wordt gescand en als bestand, meestal in de vorm van een PDF-bestand, toegevoegd aan het EPD van de patiënt. Afhankelijk van het HIS kan het bestand ook gekoppeld worden aan een item in het dossier, waardoor het onderdeel wordt van een episode. Daarnaast kan per elektronische post informatie binnenkomen, meestal in de vorm van een bijlage met een PDF-bestand, maar ook afbeeldingen in verschillende beeldformaten zoals .JPG, .TIF, .PNG. Ook deze bestanden worden verwerkt in het HIS, dat wil zeggen: opgeslagen, gekoppeld aan het betreffende patiëntendossier en vaak ook aan een item in het dossier.

Ontwikkeling MEDOVD-correspondentie

Tot voor kort was het overzetten van deze correspondentie (bestanden) bij dossieroverdracht lastig omdat HIS'en op verschillende wijzen bijlagen (bestanden als PDF of afbeeldingen) koppelen aan het EPD. Daarnaast ontbraken afspraken tussen leveranciers over de wijze van overdracht van bestanden die horen bij het EPD. In oktober 2022 hebben vertegenwoordigers van NedHIS (namens gebruikers), NedXIS (namens leveranciers), ION (projectleider, funding) en LHV (opdrachtgever) een convenant getekend om het huidige verhuisbericht (MEDOVD) op dit punt te verbeteren. Hierdoor is het nu mogelijk om de koppeling tussen deze bijlagen en het EPD op een uniforme manier te verwerken in het MEDOVD bericht. Dit betekent dat aan de ontvangende kant bij het verwerken van een MEDOVD bericht, in het EPD vanuit de juiste plek (episode, contact) de koppeling wordt gelegd naar de bijbehorende bijlage. Deze gewenste functionaliteit werd in 2023 in alle HIS'en ontwikkeld en geïmplementeerd.

afspraken tussen leveranciers over de wijze van overdracht van bestanden die horen bij het EPD. In oktober 2022 hebben vertegenwoordigers van NedHIS (namens gebruikers), NedXIS (namens leveranciers), ION (projectleider, funding) en LHV (opdrachtgever) een convenant getekend om het huidige verhuisbericht (MEDOVD) op dit punt te verbeteren. Hierdoor is het nu mogelijk om de koppeling tussen deze bijlagen en het EPD op een uniforme manier te verwerken in het MEDOVD bericht. Dit betekent dat aan de ontvangende kant bij het verwerken van een MEDOVD bericht, in het EPD vanuit de juiste plek (episode, contact) de koppeling wordt gelegd naar de bijbehorende bijlage. Deze gewenste functionaliteit werd in 2023 in alle HIS'en ontwikkeld en geïmplementeerd.

Tot voor kort was het overzetten van deze correspondentie (bestanden) bij dossieroverdracht lastig omdat HIS'en op verschillende wijzen bijlagen (bestanden als PDF of afbeeldingen) koppelen aan het EPD. Daarnaast ontbraken

Toekomst

4.1. Toekomstige overdracht

Zoals hierboven aangegeven kent de huidige manier van overdragen inhoudelijke en technische beperkingen. De toegepaste berichttechniek, Edifact, is sterk verouderd en niet meer onderhoudbaar. Met het huidige bericht is het niet mogelijk om nieuwe gegevenssoorten over te dragen. Er is in de huidige situatie sprake van een uitwisseling van uit het HIS geëxporteerde bestanden via een beveiligde verbinding. Echter voor de toekomst is het wenselijk alle medische gegevens gestructureerd via een bericht van het ene HIS, via een beveiligde verbinding, naar het andere HIS over te zetten.

Voor de toekomstige overdracht is het volgende nodig:

1. Afspraken zijn nodig in het zorgproces over het versturen, ontvangen, afwijzen en annuleren van een dossieroverdracht. Hiervoor moet de workflow worden beschreven, waarin sluitende afspraken over de toestemming van de patiënt zijn verwerkt.
2. Er moet een geactualiseerd gestructureerd bericht met bijbehorende berichtdefinities voor dossieroverdracht worden ontwikkeld.
3. De infrastructuur moet de overdracht van dit bericht ondersteunen.
4. HIS'en kunnen het gestructureerde dossieroverdracht bericht versturen, ontvangen en verwerken.

5. HIS'en kunnen berichten over de logistieke zaken versturen en ontvangen, zoals het verzoek tot overdracht of versturen en ontvangen van een bevestiging van overname van de patiënt.
6. De leesbare kopie van het dossier (PDF) blijft onderdeel van de dossieroverdracht, deze bevat tevens een samenvatting van het dossier.

Hieronder een korte toelichting op de randvoorwaarden:

4.1.1. Afspraken over het zorgproces

Dit betreft de beschrijving van de verschillende scenario's in het proces die zich kunnen voordoen bij dossieroverdracht en de daarin te volgen stappen. De afspraken en technische ondersteuning moeten garanderen dat dossieroverdracht zorgvuldig verloopt. Onderdeel van een scenario is onder andere de afstemming tussen 'oude' en 'nieuwe' huisarts over de dossieroverdracht. Deze leidraad vormt de aanzet voor de afspraken die nodig zijn.

4.1.2. Berichtdefinitie en implementatiehandleiding

Nictiz, VZVZ en het NHC werken aan een implementatiegids als handvat voor de dossieroverdracht. Op detailniveau moet helder zijn welke aanvullende kenmerken bij gegevens overgedragen moeten worden. Denk hierbij aan datum

invoer, invoerder, attentievlag of toestemming. De meeste van deze gegevens kunnen en moeten worden overgedragen, zoals in het versturende systeem staan geregistreerd. In [bijlage 1](#) is beschreven wat de gewenste gegevens zijn om op te nemen in de nieuwe overdracht.

Ook moet er een implementatiehandleiding worden geschreven waarin staat beschreven welke functionaliteit bij het bericht wordt verwacht. Bij overdracht van het dossier wijzigt het versturende systeem de inhoud van het kenmerk 'invoerder' naar de naam van de zorgaanbieder (huisartsenpraktijk) of de naam van de versturende huisarts. Via het kenmerk 'toestemming' wordt vastgelegd welke rollen binnen de huisartsenpraktijk toegang hebben tot medische gegevens. Standaard rollen zijn: invoerder, medisch medewerker, zorgverlener. Overdracht van dit kenmerk is relevant (ISO 13606)¹⁴.

14. Naar verwachting zijn nadere implementatie-afspraken nodig voor de overdracht bij gegevens die alleen toegankelijk zijn voor de invoerder.

Hoofdstuk 4

4.1.3. Infrastructuur voor overdracht

Om gegevens te kunnen uitwisselen is het van belang dat berichten beveiligd en geautoriseerd worden overgedragen tussen zorgverleners, en dat de uitwisseling direct verloopt tussen de betrokken systemen en HIS'en.

4.1.4. HIS gestructureerd bericht genereren, ontvangen en verwerken

Om de berichtspecificaties voor de dossieroverdracht te kunnen gebruiken zal het van HIS-leveranciers vragen een gestructureerd bericht te kunnen genereren en vanuit het HIS te verzenden of beschikbaar te stellen; alsmede dat HIS'en dossieroverdracht-berichten kunnen ontvangen en verwerken. Verwerken van ontvangen gegevens houdt in dat een HIS de gegevens zodanig opslaat dat deze gegevens hun structuur en betekenis behouden.

4.1.5. Logistieke berichten

Dit betreft berichten tussen 'oude' en 'nieuwe' huisarts: verzoek om een dossier, bevestiging dat dossier klaar staat, opvragen dossier, bevestiging ontvangst, bevestiging verwerking en dergelijke. De logistieke berichten volgen uit de procesbeschrijving.

4.1.6. Leesbare kopie (PDF) en samenvatting

Het meesturen van het elektronisch patiëntendossier in de vorm van een leesbaar document (PDF), zoals beschreven in [Hoofdstuk 3.1.2.](#), blijft onderdeel van de dossieroverdracht. De inhoud van deze PDF moet mogelijk geactualiseerd

worden. In [bijlage 2](#) is weergegeven welke gegevens moeten terugkomen in de PDF. Dit document bestaat uit een samenvatting en het gehele patiëntendossier. De kopie van het gehele dossier is bedoeld als archief van het elektronisch dossier, zoals het was ingericht en samengesteld op het moment van overdracht (verzenden). Dit kan van belang zijn bij vragen of zaken op een latere datum.

Aandachtspunten bij overdracht van patiëntengegevens

5.1. Dossiervoering en overdracht

Adequate dossiervorming

Voor het overdragen van een patiëntendossier is een adequaat gevuld en gestructureerd elektronisch patiëntendossier een essentiële voorwaarde. Zie hiervoor de NHG Richtlijn Adequate Dossiervorming met het Huisartsen-EPD¹⁵.

Wel en niet in de overdracht

De overdracht naar de nieuwe huisarts beperkt zich tot het medisch dossier. Persoonlijke werkaantekeningen horen niet bij het medisch dossier en gaan dus niet mee met de patiëntoverdracht¹⁶. Geheime regels of regels gemarkeerd als “vertrouwelijk” horen wél bij het medisch dossier. De markering geeft aan dat het zaken betreft die vertrouwelijk dienen te blijven, dus tussen patiënt en huisarts.

Voor de overdracht betekent het dat deze gegevens niet worden overgedragen, tenzij hiervoor toestemming van de patiënt wordt verkregen. Het is de verantwoordelijkheid van de huisarts om het dossier te controleren op dit soort items. Om te overwegen of het inhoudelijke items betreft die wellicht wel moeten worden overgedragen en, indien dit het geval is, te overleggen met de patiënt.

Als in overleg besloten wordt om bepaalde gegevens niet over te dragen is de consequentie dat deze gegevens na overdracht van dossiergegevens, waarvoor wel toestemming is gegeven, worden verwijderd.

Patiëntengegevens buiten het HIS

Het is mogelijk dat er ook nog patiëntgegevens (tot de persoon herleidbare medische gegevens) zijn vastgelegd in andere systemen dan het huisarts informatiesysteem. Alle regels met betrekking tot overdracht gelden voor alle patiëntgegevens en zijn systeem onafhankelijk. Denk hierbij aan bestanden die buiten het HIS zijn opgeslagen als (tijdelijke) kopie of aan patiëntgegevens die zich bevinden in een Ketenzorginformatiesysteem (KIS) of multidisciplinair samenwerkingsplatform. Gegevens die worden uitgewisseld met het HIS en daar beschikbaar zijn worden meegenomen in de overdracht.

Er zijn nog geen afspraken rond de overdracht van patiëntgegevens die wel voorkomen in het KIS, maar niet in het HIS. De verwerkingsverantwoordelijke van een KIS dient zorg te dragen voor het genereren, opslaan en beheren van de gegevens in het KIS.

Papieren dossier

Om de continuïteit van de zorg te garanderen dient het gehele patiëntendossier, zowel het elektronische deel als de papieren archieven, overgedragen te worden aan de huisarts waar de patiënt zich heeft laten inschrijven¹⁷.

Geen toestemming voor overdracht, bewaarplicht
Geeft de patiënt geen toestemming voor overdracht, dan wordt het dossier niet overgedragen en gaat ook de bewaarplicht voor het dossier niet over naar de ‘nieuwe’ huisarts. De ‘oude’ huisarts bewaart het dossier¹⁸.

Vernietiging van het medisch dossier

Met de overdracht van het dossier naar de ‘nieuwe’ huisarts eindigt de behandelingsovereenkomst tussen de patiënt en de ‘oude’ huisarts en daarmee voor de ‘oude’ huisarts de

15. [Richtlijn Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier \(ADEPD\), 2019](#)

16. [2.5.1, KNMG richtlijn, omgaan met medische gegevens, 2024](#)

17. [5.3 KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020](#)

18. [6.2 KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020](#)

juridische grondslag voor het bewaren van het overgedragen dossier. Zijn bewaarplicht vervalt echter pas na bevestiging van ontvangst en accordering van de goede overdracht van het dossier door de 'nieuwe' huisarts. De 'oude' huisarts dient het dossier te verwijderen na deze zorgvuldige overdracht¹⁹ en maakt hiervan een aantekening in zijn HIS. Hij bewaart deze bevestiging in zijn eigen HIS bij de patiënten-administratie.

Een aandachtspunt is om de tijdelijke bestanden' die zijn aangemaakt en gebruikt voor de overdracht' na succesvolle overdracht te verwijderen.

Landelijk Schakelpunt

Gegeven de visie op de huisartsenzorg en de daaruit voortvloeiende organisatie rond het EPD bij de huisarts, is er meestal slechts één verwijzing in het Landelijk Schakelpunt (LSP) naar een huisarts, namelijk de vaste huisarts. Er kan sprake zijn van meerdere verwijzingen in het LSP bij het ontbreken van een vaste huisarts, bij niet overgedragen dag- of vakantiewaarneming of wanneer patiënten generalistische zorg ontvangen via meerdere samenwerkende generalistische zorgverleners (huisarts, AVG, SO).

Bij overdracht van een patiënt dient de verwijzing naar de vorige huisarts vervangen te worden naar een verwijzing naar de actuele huisarts. Deze wijziging kan pas plaatsvinden nadat de actuele huisarts de overdracht heeft ontvangen en verwerkt en nadat opnieuw toestemming is verkre-

gen (opt-in) voor het beschikbaar stellen van gegevens. De 'nieuwe' huisarts meldt de patiënt aan op het LSP na verwerking van het dossier; de 'oude' huisarts meldt de patiënt af bij het LSP na ontvangst van de bevestiging dat het dossier is verwerkt door de nieuwe huisarts. We gaan ervan uit dat bij overdracht er zich geen wijziging zal voordoen in de eventueel aangemelde gegevenssoorten in het LSP. Dat wil zeggen dat bij het muteren van de huisartsverwijzing in het LSP automatisch ook de aangemelde gegevenssoorten mee wijzigen.

5.2. Rechten en toestemming

Informereren en rechten van patiënt

Overdracht van medische informatie over een patiënt is niet iets dat 'vanzelf' gaat. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om mee te bepalen welke informatie ter beschikking wordt gesteld aan de 'nieuwe' huisarts. Het komt voor dat patiënten bepaalde informatie niet willen doorgeven (beginnen met een schone lei). Wanneer patiënten besluiten om bepaalde informatie te blokkeren van overdracht en vernietigen, moet de oorspronkelijke huisarts de patiënt uitleggen wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn.

Uitzonderingen op rechten vernietiging

In een aantal gevallen mag een vernietigingsverzoek worden geweigerd, dit moet goed worden onderbouwd (bij voorkeur schriftelijk). Bijvoorbeeld als een andere wet dwingt tot het bewaren (bijvoorbeeld de Arbeidsomstandighedenwet), als 'goed hulpverlenerschap' de vernietiging in

de weg staat of als het verzoek relevante gegevens over vermeende kindermishandeling betreft in het dossier van de ouder of het kind²⁰.

Toestemming bij minderjarigen

Bij de overdracht van het elektronisch patiëntendossier van een minderjarige kunnen diverse aspecten een rol spelen. De belangrijkste is leeftijd en de rol van de vertegenwoordiger. Hieronder geven we de hoofdlijnen aan, voor bijzondere situaties verwijzen we naar de betreffende KNMG-richtlijn²¹.

Minderjarigen met leeftijd onder de 12 jaar

Hier geldt dat de toestemming van beide gezaghebbende ouders noodzakelijk is en in voorkomende gevallen de toestemming van een andere wettelijke vertegenwoordiger.

Minderjarigen met leeftijd vanaf 12 jaar tot 16 jaar

Hier geldt dat toestemming van de betrokken minderjarige nodig is voor de dossieroverdracht. Hier past wel de kanttekening dat deze groep minderjarigen toestemming nodig heeft van een wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een ouder, voor in- of uitschrijving bij een huisartsenpraktijk.

19. 6.2 KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

20. 4.3 KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

21. 4.1, 4.2 KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

Hoofdstuk 5

Minderjarigen met leeftijd vanaf 16 jaar

Hier geldt dat toestemming van de betrokken minderjarige nodig en voldoende is.

Toestemming gezamenlijk woonverband

Soms zal een woonverband (gezin) vertrekken uit de praktijk. In zo'n geval zullen alle leden van het woonverband ieder apart toestemming moeten geven voor de overdracht. Voor minderjarigen, zie hierboven.

Inzage bij juridische procedure

In het kader van zijn (juridische) verweer mag de 'oude' huisarts, indien nodig, ook na overdracht van het medisch dossier aan de 'nieuwe' huisarts, het door hem/haar aangelegde dossier inzien of daar een afschrift van verkrijgen.

Verzoekt de patiënt het dossier over te dragen aan een 'nieuwe' huisarts op het moment dat hij tevens een klacht heeft ingediend, dan mag de 'oude' huisarts een kopie van het dossier achterhouden ten behoeve van zijn verweer. Hij meldt dit aan de patiënt²².

5.3. Na overdracht

Verantwoordelijkheid nieuwe huisarts

Na ontvangst van een overgedragen dossier beoordeelt de 'nieuwe' huisarts of het dossier goed is overgekomen en bevestigt daarna de goede ontvangst aan de 'oude' huisarts. De accordering voor goede ontvangst is essentieel voor de 'oude' huisarts. Hiermee wordt de bewaarplicht

overgedragen en kan het dossier uit het eigen HIS worden verwijderd.

Een aandachtspunt is dat ook na (geautomatiseerde) overname van gegevens in het eigen HIS de bijgeleverde PDF van het gehele dossier moet worden bewaard door de 'nieuwe' huisarts (onder correspondentie). Dit bevat namelijk een overzicht van de originele (complete) gegevens, zoals deze door de oude huisarts zijn vastgelegd. De 'oude' huisarts kan hier nog aanspraak op maken bij juridische geschillen. In het geval dat de patiënt meerdere keren van huisarts wisselt kan het dus zijn dat er een opeenvolging van PDF's van het gehele dossier bestaat. Ook deze eerdere PDF's moeten bewaard blijven, omdat deze de volledige weergave tonen van het dossier op eerdere momenten van overdracht.

Informatievoorziening na het tijdstip van overdracht

Soms komt er nog medische informatie binnen bij de oorspronkelijke huisarts na de mutatie. Het kan gaan om uitslagen van eerder ingezet onderzoek of een eerdere verwijzing. In alle gevallen moet de oorspronkelijke huisarts één of meer van de volgende acties kunnen ondernemen:

- Doorsturen naar 'nieuwe' huisarts (opvolger)
- Retour sturen naar afzender (met correct nieuw afleveradres)

Administratieve gegevens

Het medisch dossier wordt overgedragen naar de nieuwe huisarts. Daarnaast is er sprake van een administratieve

registratie, zoals bijvoorbeeld financiële administratie. Dit wordt niet overgedragen en blijft in beheer bij de 'oude' huisarts. Berichten rond de overdracht van het dossier (meta-informatie) kunnen worden opgenomen in de administratie.

Logbestanden bij 'oude' huisarts

Logbestanden zijn geen onderdeel van het medische dossier en worden niet overgedragen naar de 'nieuwe' huisarts. Voor (medische) logbestanden geldt een bewaartermijn van vijf jaar²³. De 'oude' huisarts dient de logbestanden van het dossier van de overgedragen patiënt vijf jaar te bewaren.

22. 5.5 KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, 2020

23. Staatscourant 2019, 38007 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officieelbekendmakingen.nl) Besluit van de Minister voor Medische Zorg van 27 juni 2019, kenmerk 1529221-190512-WJZ, houdende vaststelling van een bewaartermijn voor logging

Scenario

De familie Roos gaat verhuizen van Utrecht naar Leidschendam. Gelukkig heeft meneer Roos zich, bij de voorbereidingen van de verhuizing, aangemeld bij het Gezondheidscentrum Visking, bij huisarts Plats.

Nu komt mevrouw Roos bij haar huisarts in Utrecht, dr. Vlok, en vertelt dat zij binnenkort met haar familie zal verhuizen. Mw. Roos geeft aan dat zij graag wil dat de nieuwe huisarts goed is geïnformeerd over haar gezondheid, omdat zij net met een behandeling bezig is. De praktijkassistente vraagt gegevens over de 'nieuwe' huisarts en wanneer de verhuizing precies zal plaatsvinden. Zij vraagt ook of andere gezinsleden verhuizen en of de medische informatie van hen opgestuurd moet worden. Mw. Roos beaamt dit en de praktijkassistente legt uit dat haar man zelf toestemming dient te geven voor overdracht van zijn dossier en dat dhr. en mw. Roos samen toestemming dienen te geven voor overdracht van de dossiers van hun kinderen (6 en 8 jaar). Misschien is het handig om een afspraak te maken, dan kan precies bekeken worden welke informatie moet worden opgestuurd en toestemming worden geregeld. De praktijkassistente maakt een afspraak en geeft een informatiefolder mee waarin ook een toestemmingsformulier is verwerkt.

Op de afspraak met de huisarts komen zowel meneer als mevrouw Roos. Dr. Vlok toont aan mw. Roos wat er vanuit het dossier bij hem over mw. Roos naar de huisarts in Leidschendam zou kunnen gaan. Daar kijkt mw. Roos toch wel van op: er is wel heel veel informatie over haar, ook van lang geleden. "Is dat allemaal wel belangrijk", vraagt ze. Dr. Vlok legt uit waarom bepaalde zaken toch belangrijk blijven en mw. Roos gaat akkoord. Vervolgens is dhr. Roos aan de beurt. Dezelfde stappen worden doorlopen. Voor de kinderen van 6 en 8 jaar oud kijken de ouders de informatie even door. Gezien de leeftijd van de kinderen is de toestemming van beide gezaghebbende ouders nodig voor het kunnen overdragen van hun dossiers. De 'oude' huisarts laat aan de 'nieuwe' huisarts weten dat de toestemming akkoord is.

De huisarts kan nu de berichten met de overdrachtinformatie klaarzetten. Dr. Vlok geeft aan dat hij klaar is en wenst de familie het beste toe. De praktijkassistente handelt het verder af.

De praktijkassistente ziet dat er vier berichten klaarstaan voor verzending naar de 'nieuwe' huisarts. Ze vertelt familie Roos dat zij de klaargezette overdrachten per elektronische post zal versturen naar dr. Plats.

In het Gezondheidscentrum Visking ziet de praktijkassistente van dr. Plats dat er vier berichten zijn aangekomen. Het zijn de overdrachten voor vier nieuwe patiënten, de familie Roos. Ze zet de informatie klaar voor dr. Plats. Later op de dag bekijkt dr. Plats de overdrachten. Hij ziet dat de overdrachten overzichtelijk zijn opgebouwd en neemt deze onverkort over in zijn systeem. Hij stuurt dr. Vlok een bevestiging van de goede ontvangst van de dossiers. Bij mw. Roos ziet hij als openstaande episode dat zij bezig is met een behandeling voor secundaire subfertiliteit in het ziekenhuis in Utrecht. Hij neemt zich voor om in het kennismakingsgesprek te informeren hoe het gaat en of zij in Utrecht in behandeling wil blijven.

Dr. Vlok ontvangt van dr. Plats de bevestiging van de goede ontvangst van het dossier. Hij maakt hiervan een aantekening in zijn HIS bij administratieve gegevens en verwijderd het medisch dossier.

Begrippen

Elektronisch patiënten dossier (EPD)

Dat deel van het patiënten dossier dat op elektronische wijze is opgeslagen.

Huisarts

Oude of oorspronkelijke huisarts waar de patiënt stond ingeschreven.

Nieuwe huisarts (opvolger) waar de patiënt staat ingeschreven.

Edifact

Dit is een standaard ontwikkeld vanuit de UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). EDIFACT beschrijft berichtstructuren en niet de datacommunicatie. Deze berichten kunnen via netwerken zoals OZIS of ZorgMail worden verstuurd.

MEDEUR

Edifact bericht gebaseerd op de gegevenssoorten zoals beschreven in het NHG HIS Referentiemodel 1995; wordt ook wel beschreven als 'generieke drager' voor verschillende toepassingen.

MEDOVD

Toepassing van het MEDEUR bericht voor dossieroverdracht tussen huisartsen.

Leidraad dossieroverdracht

Mutatie

Verandering van huisarts; patiënt wordt uitgeschreven bij oude/vorige huisarts en ingeschreven bij nieuwe/volgende huisarts.

Patiëntendossier

De schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt (Wabvpz).

Vernietiging

Het zodanig bewerken van de gegevensdrager dat daarvan of daaruit op geen enkele wijze de gegevens die erop zijn vastgelegd kunnen worden gereconstrueerd. Dit geldt ook voor aanwezige back-ups en bijbehorende metadata.

Verwijdering

Het ontoegankelijk maken van gegevens, zodat ze niet meer te benaderen zijn vanuit de (dagelijkse) werkomgeving in de huisartsenpraktijk.

Verhuizing

Verandering van woonadres van patiënt.

Woonverband

Dit begrip wordt losjes gebruikt en dekt verschillende ladingen: gezin, mensen op één adres, samenlevingsverband. Binnen een HIS kan het handig zijn om bepaalde dossiers met elkaar te kunnen associëren. In het kader van dossierbeheer en informatievoorziening is het echter essentieel om ieder dossier als een aparte entiteit te beschouwen.

Zorgaanbieder

Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener²⁴.

Zorgverlener

Natuurlijke persoon die in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, van die wet is geregeld of aangewezen²⁵.

24. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, 2023)

25. Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg, Wabvpz, 2020

Bronnen

KNMG richtlijn, Omgaan met medische gegevens, januari 2024

<https://www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens>

KNMG handreiking, Overdracht patiëntendossier bij verandering van huisarts, juni 2020

<https://www.knmg.nl/handreiking-overdracht-patientendossier>

HIS-Referentiemodel, publicatie 2024

<https://referentiemodel.nhg.org/inhoud/themas/publieksversie/published>

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO, 2023

https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2023-02-18/#-Boek7_Titeldeel7_Afdeling5_Artikel454

Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en huisartsenpost (HAP), NHG, 2021

<https://www.nhg.org/praktijkvoering/gegevensuitwisseling/gegevensuitwisseling-huisarts-huisartsenpost/>

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz, 2023

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2023-01-01/o>

Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg, 2020

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0023864/2020-07-01/o>

Veilig Verhuizen, Stichting ION

<https://inschrijvingopnaam.nl/projecten/veilig-verhuizen>

Nictiz - MEDOVD implementatiehandleiding

<https://nictiz.nl/publicaties/edifact-implementatiehandleiding-patientoverdrachtbericht/>

Nictiz - Dossieroverdracht

<https://nictiz.nl/sectoren/huisartsen/dossieroverdracht/>

Bijlage 1. Gegevens voor gestructureerde dossieroverdracht

In deze bijlage is weergegeven welke gegevens van belang zijn om patiëntgegevens gestructureerd over te dragen op het moment dat een patiënt wisselt van huisarts. Deze beschrijving beperkt zich tot de gegevens uit het medisch dossier. De beschreven gegevens en de relaties zijn conform het NHC HIS-Referentiemodel. Administratieve gegevens zoals persoonsgegevens, praktijkgegevens, gegevens van de verzender en ontvanger zijn

niet opgenomen in deze bijlage maar uiteraard van belang bij de overdracht. In deze bijlage is onderscheid gemaakt tussen de huidige situatie en de gewenste doorontwikkeling.

Merk op dat het gaat om de overdracht van het gehele dossier. Dat betekent dat alle gegevens worden overgedragen en dat er geen selecties worden gemaakt.

Huidige situatie

De huidige dossieroverdracht vindt plaats door gebruik te maken van het MEDOVD bericht. Hieronder staat in de gegevens die in deze dossieroverdracht terugkomen.

Gegevens in huidige dossieroverdracht	Toelichting of opmerking
Episode	Gewenst is dat alle in het dossier aanwezige episodes worden overgedragen inclusief relaties, zoals met beleid, en kenmerken, zoals dit nu beschreven in het HIS-Referentiemodel
Deelcontactverslag (= SOEP-verslag)	
Contact	
Medicatiegegevens	Op dit moment gaat het hier om voorschriften. Met de landelijke overgang naar het Medicatieproces versie 9, MP9, zal het gaan om nieuwe concepten.
Medicatieovergevoeligheid	Gewenst is dat de medicatieovergevoeligheid gestructureerd wordt overgedragen met afgesproken geneesmiddel(groep)codes zoals dit nu is beschreven in het HIS-Referentiemodel. De landelijke overgang naar Medicatieproces versie 9 (MP9), heeft ook invloed op medicatieovergevoeligheid
Contra-indicatie bij voorschrijven	Gewenst is dat een contra-indicatie gestructureerd met de code uit nationale contra-indicatielijst wordt overgedragen zoals nu beschreven is in het HIS-Referentiemodel. De landelijke overgang naar MP9 heeft invloed op de contra-indicaties
Uitslagen	
Correspondentie	Essentieel is de verwijzing naar de gerelateerde episode. Gewenst is het behouden van de scheiding tussen inkomende en uitgaande correspondentie na overdracht zoals dit is beschreven in het HIS-Referentiemodel
Familieanamnese	

Bijlage 1

Overige medische gegevens die niet aansluiten bij deze gegevens, en dus niet middels het MEDOVD worden overgedragen, worden opgenomen in het leesbare bestand, de PDF van het gehele dossier, onder het hoofdstuk 'niet gespecificeerd/additioneel'.

Gewenste doorontwikkeling

De bovengenoemde gegevens zijn ook voor de toekomstige overdracht belangrijk om te over te dragen. Hierbij geldt wel dat het gaat om een specificatie van deze gegevenssoorten zoals nu wordt omschreven in het HIS-Referentiemodel.

Daarmee sluit het aan op de actuele beschrijving van de gegevenssoorten en wat hieronder verstaan wordt.

Onderstaand zijn de gegevenssoorten opgesomd die in de toekomst onderdeel worden van de gestructureerde dossier-overdracht.

Gegevens	Toelichting of opmerking
Contactpersoon	
Betrokkene	Dit kan een betrokken contactpersoon of externe zorgverlener zijn
Behandelgrens	
Profylaxe	
Sociaal gegeven	
Behandeling	
Overige overgevoeligheid	
Vaccinatie	Dit is een bepaalde soort medicatietoediening. Dit valt onder de medicatiegegevens
Individueel zorgplan	
Multidisciplinair behandelplan	In publicatie 2024 uitgewerkt in het HIS-referentiemodel
Reden voor afspraak	De reden die de patiënt opgeeft voor het maken van de afspraak
e-Consult	
Aanvullende medicatiegegevens	Met de landelijke overgang naar MP9 zal het gaan om nieuwe concepten onder andere Medicatieafspraak, Medicatiegebruik, Medicamenteuze behandeling, Toediening, Toedieningsafspraak en Verstrekkingverzoek

Bijlage 2. Opbouw en inrichting PDF met de leesbare inhoud van het dossier

In deze bijlage is beschreven wat, gezien de huidige beschikbare gegevens, de gewenste inhoud en inrichting van de PDF is die met de dossieroverdracht wordt meegestuurd.

Algemeen

De leesbare versie van het patiëntendossier in de vorm van een PDF heeft een elektronische inhoudsopgave (bookmarks).

Het bestand bestaat uit een samenvatting en een weergave van het gehele dossier. Hieronder volgen nadere aanwijzingen voor de samenstelling van de samenvatting en de inhoud en weergave van het gehele dossier. De samenvatting en de PDF van het gehele dossier zijn opgebouwd uit de gegevens van het medisch dossier. Per gegeven is de volgorde (sortering) van de daarin voorkomende items op basis van invoerdatum, van nieuw naar oud.

Ook hier hebben we te maken met de huidige mogelijkheden en ontwikkeling van huisartsen-EPDs.

In het HIS-Referentiemodel zijn gegevens beschreven, die nog niet in ieder HIS zijn geïmplementeerd. Zolang een HIS de registratie en verwerking van een dergelijk gegeven uit een bericht niet ondersteunt, kan deze informatie ook niet opgenomen worden als gestructureerd gegeven in de dossieroverdracht of in de PDF.

Samenvatting

De samenstelling van de samenvatting van het medisch dossier bestaat uit de onderstaande gegevens en bijbehorende kenmerken.

- Patiënt: naam, geboortedatum
- Episodes
 - Open actuele episodes en hun eventuele attentievlag: startdatum, episode-titel (episodenaam-ICPC), actueel beleid, attentievlag
 - Gesloten episodes met attentievlag: startdatum, afsluitdatum, episode-titel (episodenaam-ICPC)
- Behandelingen (behandelingen van het afgelopen jaar en behandelingen met attentievlag): uitvoeringsdatum, omschrijving behandeling, episodelabel, attentievlag
- Actuele Medicatie¹: productnaam, aantal/hoeveelheid, gebruiksvoorschrift (bestaande uit dosering en gebruiksadvies inclusief aanvullende vrije tekst), reden van voorschrijven, episodelabel, attentievlag, begindatum
- Uitslagen (laatste half jaar): datum van bepaling, omschrijving bepaling, uitslag (waarde + eenheid), afwijkend (ja), uitvoerder, episodelabel
- Actuele Profylaxe: invoerdatum, omschrijving profylaxe

- Correspondentie (brieven, laatste jaar)²: samenvatting (inkomende brief), briefinhoud, soort correspondentie, soort derde, episodelabel
- Actuele Contra-indicaties: invoerdatum, omschrijving contra-indicatie-aard, datum afsluiten
- Actuele Geneesmiddelovergevoeligheden: begindatum, omschrijving, reactie aard, reactie ernst, datum afsluiten
- Actuele behandelgrenzen: laatste bespreekdatum, beschrijving, behandelbesluit, besluit voorwaarden, toelichting, datum afsluiten, reden afsluiten
- Sociale gegevens met attentievlag: invoerdatum, onderwerp, omschrijving
- Actuele Contactpersonen: naam, relatie, vertegenwoordiger
- Actuele Externe zorgverleners: naam, discipline, zorgorganisatie
NB. Praktijkmedewerker niet opgenomen dit zijn medewerkers oude praktijk

1. Volgens voorschriften

2. Met uitzondering van eerdere dossieroverdrachten (soort 'dossieroverdracht', tabel 69, id 10)),

Bijlage 2

Geheel medisch dossier als PDF

De onderstaande opsomming van gegevens is compleet, conform het HIS-referentiemodel 2024. Echter, welke kenmerken bij een gegeven terugkomen is, omwille van de leesbaarheid van het overzicht van het gehele dossier, ingeperkt. Voor episodes, de episodelijst en overzicht van deelcontacten per episode stellen we een specifieke indeling voor zodat de huisarts bij elkaar horende gegevens makkelijk kan doornemen indien nodig.

Administratieve gegevens

- Gegevens huisartsenpraktijk vanwaar dossier afkomstig is: gegevens huisartspraktijk/instelling
- Patiënt: naam³, BSN, adres, geboortedatum, geslacht

Episodelijst

De episodelijst is geordend op open, episodes met attentievlag bovenaan. Hierna volgen de gesloten episodes met attentievlag en daarna de gesloten episodes. Binnen deze indeling zijn de episodes geordend op datum waarbij de meest actuele bovenaan staat.

- Episodes
 - Open episodes: startdatum, episode-titel (episode-naam-ICPC), actueel beleid, attentievlag
 - Gesloten episodes: startdatum, afsluitdatum, episode-titel (episodenaam-ICPC), attentievlag

Overzicht van deelcontacten per episode

Naast de episodelijst bevat de pdf een overzicht van per

episode alle bijbehorende episode-items in chronologische volgorde, conform beschrijving in het HIS-Referentiemodel.

- SOEP-verslag: invoerdatum, SOEP-regels, ICPC-S, ICPC-E, episodelabel, opmerking, attentievlag, contactwijze
- Uitslag: datum van bepaling, omschrijving bepaling, uitslag (waarde + eenheid), afwijkend (ja), uitvoerder, episodelabel, extern,
- Behandeling: uitvoeringsdatum, omschrijving behandeling, episodelabel, attentievlag,
- Brief: datum, inkomende of uitgaande brief⁴, samenvatting (inkomende brief), soort correspondentie, soort derde, episodelabel,
- Voorschrift (huidige werkwijze medicatie): productnaam, aantal/hoeveelheid, gebruiksvoorschrift (bestaande uit dosering, gebruiksvoorschrift inclusief aanvullende vrijetekst), reden van voorschrijven, begindatum, einddatum
- Taak: streefdatum, categorie taak, toelichting, afsluitdatum, episodelabel
- Zorgafpraak: invoerdatum, actie, evaluatie, afsluitdatum zorgafpraak
- Patiëntinformatie: datum vraag, vraag, antwoord, episodelabel
- Reden voor afspraak: aanvraagdatum, reden voor afspraak, episodelabel
- Verwijzing: verwijzdatum, indicatie, verwijzreden, discipline, episode label
- Voorlichting: invoerdatum, informatiebron, onderwerp, samenvatting, episodelabel, contactwijze

Medicatie (huidige werkwijze met voorschriften)⁵

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen actuele en afgesloten medicatie. De meest actuele items worden bovenaan getoond, waarbij er gesorteerd wordt op datum en gegroepeerd op product.

- Voorschrift: productnaam, aantal/hoeveelheid, gebruiksvoorschrift (bestaande uit dosering en gebruiksvoorschrift, inclusief aanvullende vrije tekst), aantal herhalingen, chronisch, reden van voorschrijven, episodelabel, attentievlag, begindatum, einddatum, datum stopafpraak, reden van stoppen, status

Nb. Als medicatie wordt vastgelegd volgens de nieuwe concepten van MP9 is het wenselijk dat in deze PDF deze medicatiegegevens worden getoond. In deze versie gaan we hier nog niet op in. Als hier vragen over zijn kan contact opgenomen worden met het NHG.

3. Naamgegevens zijn hier niet verder gespecificeerd. Aansluiten bij reeds bestaande standaardisatie.
4. Dit zijn geen kenmerken van correspondentie maar een aparte klasse. Het onderscheid tussen een inkomende en uitgaande brief is relevant in de PDF.
5. Zoals eerder is uitgewerkt in het HIS-Referentiemodel

Bijlage 2

Correspondentie

- Correspondentie: datum, inkomende of uitgaande brief⁶, samenvatting (inkomende brief), briefinhoud, soort correspondentie, soort derde, episodetitel
NB. dit is inclusief berichten en documentatie (PFD's) die betrekking hebben op eerdere overdrachten

Niet episode-gebonden medische gegevens

- Contra-indicatie: invoerdatum, omschrijving contra-indicatie-aard, datum afsluiten,
- Medicatieovergevoeligheid: invoerdatum, omschrijving geneesmiddel/ geneesmiddelgroep, reactie aard, reactie ernst, afsluitdatum
- Overige overgevoeligheid: begindatum, omschrijving, reactie aard, reactie ernst, datum afsluiten
- Behandelgrens: laatste bespreekdatum, beschrijving, behandelbesluit, besluit voorwaarden, toelichting, datum afsluiten, reden afsluiten
- Profylaxe: invoerdatum, omschrijving profylaxe, datum afsluiten
- Sociaal gegeven: invoerdatum, onderwerp, omschrijving, attentievlag
- Familie-anamnestic gegeven: invoerdatum, aandoening, ICPC aandoening, familierelatie, opmerking, datum afsluiten, attentievlag

Zorgnetwerk

- Contactpersoon (alleen actuele): invoerdatum, naam, relatie, vertegenwoordiger, datum afsluiten, betrokken bij zorg (ja/nee)⁷

- Externe zorgverlener (alleen actuele): naam, discipline, zorgorganisatie, toelichting
- NB. Praktijkmedewerker niet opgenomen dit zijn medewerkers oude praktijk

Individueel zorgplan

Het gaat hier om het weergegeven van het gehele individuele zorgplan met de daaronder vallende belemmeringen en doelen met bijbehorende zorgafspraken.

- Individueel zorgplan: status (actueel of afgesloten)
 - Belemmering: aandachtsgebied, omschrijving, datum vaststelling, afsluitdatum
 - doel: omschrijving, datum vaststelling, streefdatum, afsluitdatum
 - zorgafpraak: invoerdatum actie, uitvoerder, evaluatie datum afsluitdatum

Multidisciplinair behandelplan

Het gaat hier om het weergegeven van het gehele multidisciplinair behandelplan met de daaronder vallende klachten, behandeldoelen en behandelafspraken.

- Multidisciplinair behandelplan: datum vaststelling
 - klacht: omschrijving, invoerdatum, status (nieuw, lopend, afgesloten), afsluitdatum
 - behandeldoel: omschrijving, invoerdatum, streefdatum, titels van bijbehorende episodes, datum afsluiten, bijbehorende aanpak
 - Aanpak: omschrijving, invoerdatum, stand van zaken bijbehorende behandeltaken
 - Behandeltaak: actie, uitvoerder invoerdatum, status (nieuw, lopend, afgesloten),

-
6. Dit zijn geen kenmerken van correspondentie maar een aparte klasse. Het onderscheid tussen een inkomende en uitgaande brief is relevant in de PDF. Het onderscheid tussen een inkomende en uitgaande brief is relevant in de PDF.
 7. Dit gegeven wordt via de klasse betrokken contactpersoon vastgelegd.

Bijlage 3. Praktische adviezen voor huisartsenpraktijken

Los van alle techniek rondom elektronische overdracht van het medisch dossier, is een aantal verantwoordelijkheden voor de huisarts van belang. Hieronder vatten we deze op hoofdlijnen, en voor de meest voorkomende situaties samen, dit doen we aan de hand van scenario's.

Scenario's

1. Patiënt meldt zich bij 'nieuwe' huisarts en geeft daar al dan niet toestemming voor overdracht
2. Patiënt meldt zich bij 'oude' huisarts en geeft daar al dan niet toestemming voor overdracht

1. Scenario: patiënt meldt zich bij nieuwe huisarts

Nieuwe huisarts

- Schrijft patiënt in (ION), wo. controle identiteit, BSN-check
- Informeert patiënt over dossieroverdracht, wat dit inhoudt, wat de rechten van patiënt zijn
- Afhankelijk van de uitkomsten van de informatie/voorlichting:
 - Verkrijgt toestemming voor overdracht van het gehele dossier, maakt hier aantekening van (administratie)
 - Verwijst patiënt naar 'oude' huisarts om dossieroverdracht in te regelen
 - Verkrijgt geen toestemming voor overdracht dossier

- Indien geen toestemming:
 - Informeert 'oude' huisarts hierover
- Indien toestemming:
 - Verzoekt 'oude' huisarts om overdracht dossier
- Ontvangt en verwerkt dossier
- Bewaart de leesbare versie (PDF) van het dossier als onderdeel van het EPD (bij correspondentie)
- Informeert 'oude' huisarts dat het dossier in goede orde is ontvangen
- Meldt patiënt aan op LSP

Toestemming

- Merk op dat toestemming vereist is voor iedere individuele patiënt.
- Let op bij toestemming bij minderjarigen
 - Onder 12 jaar: toestemming beide ouders
 - 12 tot 16 jaar: toestemming minderjarige voor overdracht
 - Vanaf 16 jaar: toestemming minderjarige

Oude huisarts

Indien toestemming

- Schrijft patiënt uit (ION)
- Ontvangt verzoek dossieroverdracht
- Draagt zorg voor een samenvatting van het dossier en gehele PDF
- Autoriseert dossieroverdracht

- Ontvangt bericht van goede ontvangst van het dossier
- Maakt hiervan aantekening (administratie)
- Vernietigt dossier, cq. maakt het dossier ontoegankelijk
- Meldt patiënt af bij LSP

Indien geen toestemming

- Bij geen toestemming overdracht dossier, bewaart het dossier in archief voor de bewaartermijn van 20 jaar, zorgt dat het dossier niet bewerkbaar/toegankelijk is.
- Meldt patiënt af bij LSP

2. Scenario: patiënt meldt zich bij 'oude' huisarts

Oude huisarts

- Schrijft patiënt uit en informeert naar contactgegevens 'nieuwe' huisarts
- Informeert patiënt over dossieroverdracht, wat dit inhoudt, wat de rechten van patiënt zijn
- Afhankelijk van de uitkomsten van de informatie/voorlichting:
 - Verkrijgt toestemming voor overdracht van het gehele dossier, maakt hier aantekening van (administratie)
 - Verkrijgt geen toestemming voor overdracht dossier, maakt hier aantekening van (administratie)
 - Verkrijgt toestemming voor overdracht van delen van het dossier, maakt hier aantekening van (administratie)

Bijlage 3

- Ontvangt verzoek dossieroverdracht
- Autoriseert dossieroverdracht
- Ontvangt accordering van goede ontvangst, maakt hier aantekening van (administratie)
- Vernietigt dossier, cq. maakt dossier ontoegankelijk
- Meldt patiënt af bij LSP

Indien geen toestemming

- Bij geen toestemming overdracht, bewaart dossier in archief voor de bewaartermijn van 20 jaar
- Meldt patiënt af bij LSP

Nieuwe huisarts

- Schrijft patiënt in (ION)
- Verzoekt om overdracht van het dossier bij de 'oude' huisarts
- Ontvangt dossier, verwerkt het dossier
- Bewaart de leesbare versie (PDF) van het dossier als onderdeel van het EPD (bij correspondentie)
- Informeert 'oude' huisarts dat het dossier in goede orde is ontvangen
- Meldt patiënt aan op LSP



Colofon

NHG 26 september 2006

Tjeerd van Althuis

Paul Voskuijl

Khing Njoo

Versie 2 (geheel herzien 2024)

Seraya de Vries

Tjeerd van Althuis

Redactie, ontwerp en realisatie

Redactie: NHG-bureau

Concept, ontwerp en realisatie: Ratio Design

November 2024