

SYNTHESIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSPRAKTIJK EN AUTOMATISERING

JAARGANG 17 | NUMMER 2



OPROEPEN VOOR DE GRIEPPVACCINATIE

INFORMATIESTROOM BEHEERSEN • VERHUISDOSSIER BIJ DE BRON AANGEPAKT
EERSTE LIJN MOET DE REGIE PAKKEN • COLUMNS • TIPS EN TRUCS • ... EN MEER



EDITIE 2 - 2018 | JAARGANG 17

SynthesHis is het gezamenlijke tijdschrift van de HIS-gebruikersverenigingen Atlas, OmniHis en Orego

INHOUD

8

HET VERHUISDOSSIER

TIJDENS DE HIS-DEMODAG IN OKTOBER 2017 KONDIGDE MANON KUILBOER (PRODUCTMANAGER BIJ VZVZ) AAN DAT VZVZ SAMEN MET LEVERANCIERS, STICHTING ION EN OVERIGE BETROKKEN STAKEHOLDERS DE VERBETERING VAN HET VERHUISDOSSIER ZOU GAAN OPPAKKEN EN COÖRDINEREN. WE ZIJN NU EEN HALF JAAR VERDER. TIJD OM POOLSHOOGTE TE NEMEN. WELKE STAPPEN ZIJN INMIDDELS GEZET?

11

DE AVG IN DE PRAKTIJK



DE ALGEMENE VERORDENING GEGEVENSBESCHERMING (AVG), DE ZOGENAAMDE 'PRIVACYWET' WORDT SINDS 25 MEI 2018 GEHANDHAAFD, MAAR IS IN MEI 2016 AL IN WERKING GETREDEN. PRAKTIJKEN HEBBEN DUS TWEE JAAR DE TIJD GEHAD OM ERVOOR TE ZORGEN DAT ZE AAN DE EISEN VOLDOEN. IS ZE DAT GELUKT? WE VROEGEN HET AAN TWEE HUISARTSEN EN EEN PRAKTIJKONDERSTEUNER.

13

VIJF JAAR LSP – HEEFT HET SYSTEEM DE VERWACHTINGEN WAARGEMAAKT?

VIJF JAAR NA DE INGEBRIJKNAMEN VAN HET LANDELIJK SCHAKELPUNT (LSP) MAAKT DE VERENIGING VAN ZORGAANBIEDERS VOOR ZORGCOMMUNICATIE (VZVZ) DE BALANS OP. DESTIJD WAS HET DOEL EEN BETROUWBARE EN VEILIGE GEGEVENSUITWISSELING TE REALISEREN VOOR EEN GOEDE, SNELLE EN VEILIGE ZORG. IN HET RAPPORT *EFFECTEN EN BAAT ZORGINFRASTRUCTUUR* PRESENTEERT DE VZVZ DE RESULTATEN VAN VERSCHILLENDE ONDERZOEKEN NAAR DE EFFECTEN EN DE BATEN VAN HET LSP. WIJ HAALDEN ER ENKELE HIGHLIGHTS UIT.

16

EERSTELIJNS-ICT-MARKT MOET SNEL IN BEWEGING KOMEN

WILLEN HUISARTSEN HUN CENTRALE POSITIE IN DE ZORG BEHOUDEN? WILLEN ZIJ INVLOED HEBBEN OP HOE HUN WERKOMGEVING ER STRAKS UITZIET? DAN IS HET HOOG TIJD OM IN BEWEGING TE KOMEN EN DE REGIE TE VOEREN OVER DE DIGITALISERING VAN DE ZORG. DAT ZEGT QUINTUS BOSMAN, SENIOR ADVISEUR BIJ NICTIZ EN MEDEAUTEUR VAN DE WHITEPAPER 'TOEKOMST DIGITALISERING EERSTELIJNSZORG HUISARTSEN'.

18

DE PERSOONLIJKE GEZONDHEIDS-OMGEVING IS GEEN MEDISCH DOSSIER

BIJ DE HUISARTS, BIJ MEDISCH SPECIALISTEN, APOTHEKERS, FYSIOTHERAPEUTEN, GEMEENTE, GGD EN GGZ: OVERAL LIGGEN GEGEVENS OVER ONZE GEZONDHEID OPGESLAGEN. AAN DIE VERSNIFFERING KOMT BINNENKORT EEN EINDE. MET HET LIVE GAAN VAN DE PERSOONLIJKE GEZONDHEIDSOMGEVING (PGO) KAN IEDEREEN ZELF ALLE GEZONDHEIDSGEGEVENS OP ÉÉN PLEK OPSLAAN, INZIEN EN BEHEREN. HET PROGRAMMA MEDMIJ STELT DE SPELREGELS OP. WE VROEGEN LEVERANCIERSMANAGER SYLVIA VEERESCHILD NAAR DE INS EN OUTS VAN EEN PGO.

&

VERDER IN DIT NUMMER

- 4 **Kort nieuws**
- 14 **De grote schoonmaak van de NHG-tabel gebruiksvoorschriften**
- 21 **Column Monique Hollema-Spijker**
- 22 **De fax verdwijnt, wat nu?**
- 24 **Nieuwe versie van de ICPC-tabel**
- 26 **Column Roelf Norg**
- 27 **Tips en Trucs**

Redactioneel

Informatie-explosie



Er is toenemend aandacht nodig voor de verwerking van de groeiende hoeveelheid berichten die op de huisarts afkomt. Die moeten veilig maar ook efficiënt worden verwerkt. Hoe haal je de spoedeisende zaken uit de informatiestroom nu de fax aan het verdwijnen is? En hoe communiceer je veilig als je over enige tijd geen fax meer kunt versturen? Maakt het Landelijk Schakelpunt als nieuwe communicatiestructuur de verwachtingen waar? Hoe zijn praktijken aan het werk met de implementatie van de AVG? We hebben in dit nummer op verschillende manieren aandacht gegeven aan deze uitdagingen. Zie de artikelen op de pagina's 11, 13, 18 en 22.

Joppe van der Reijden, directeur van het ICT-bedrijf VIP Calculus, vertelt in de rubriek 'Markante mensen' over zijn drive om te werken met huisartsen. Door de jaren heen veranderde dat van het regelen van financiële zaken in logistieke ondersteuning bij het zorgproces.

Manon Kuilboer praat ons bij over de nieuwe manier waarop straks het medisch dossier naar de nieuwe huisarts wordt verhuisd. Dat moet gaan via bouwstenen – brokjes van dezelfde soort informatie –, waarbij het verzendende HIS en het ontvangende HIS dezelfde taal spreken. Zij denkt dat de kans groot is dat deze aanpak tot een doorbraak gaat leiden en het verhuizen van het medisch dossier sterk zal verbeteren.

Een nieuwe ontwikkeling is de opkomst van de persoonlijke gezondheidsomgeving. Hoe kan deze op een zinvolle manier gecoördineerd worden, zodat er zo weinig mogelijk wildgroei ontstaat? Dat is een taak voor MedMij. Sylvia Veereschild vertelt er meer over. Elk jaar is het weer een heel werk om de uitnodigingen voor de griepvaccinaties de deur uit te doen. De redactie besloot u tijdig van een aantal handige tips te voorzien, zodat het in 2018 makkelijker zal gaan dan eerdere jaren. Doe uw voordeel met de uitgebreide aflevering tips en trucs achterin dit blad.

Jeroen van der Lugt - hoofdredacteur

Bewaartermijn medische gegevens

De vorige editie van *SynthesHis* bevat een artikel over de bewaartermijn van het dossier van de patiënt in het geval dat deze naar een nieuwe huisarts gaat. Daarin wordt gesteld dat de AVG-gegevens niet in de oude praktijk dienen te worden bewaard. De herziene KNMG-richtlijn *Omgaan met medische gegevens* (mei 2018) zegt echter dat de bewaartermijn wel in acht moet worden genomen.



Hoofregel is dat behandelend artsen elk medisch dossier ten minste vijftien jaar bewaren. In het algemeen wordt aangenomen dat de bewaartermijn start op het moment dat de behandeling of begeleiding is afgerond. Dit levert in een aantal situaties praktische problemen op. Met het oog daarop adviseert de KNMG behandel dossiers, op grond van goed hulpverlenerschap, langer dan vijftien jaar te bewaren. Zie de richtlijn *Omgaan met medische gegevens*, hoofdstuk 'Bewaartermijnen'.

Als een origineel (papieren) medisch dossier wordt overgedragen, neemt de nieuwe arts de bewaartermijn daarvan over. De nieuwe arts kan de belangrijkste gegevens samenvatten en in zijn eigen medisch dossier overnemen. Bij digitale dossiers kan ervoor worden gekozen om een kopie van de gegevens aan de nieuwe arts over te dragen. Het originele medisch dossier blijft dan bij de arts achter. Die bewaart het dan gedurende de wettelijke bewaartermijn.

De richtlijn geeft aan dat de arts op grond van goed hulpverlenerschap – op verzoek en met toestemming van de patiënt – (de inhoud van) het medisch dossier aan de nieuwe arts ter beschikking stelt. Voorop staat dat de overdracht van een medisch dossier zorgvuldig gebeurt, zodat de gegevens niet verloren kunnen gaan.

Bron KNMG
www.knmg.nl



Z-NETWERKEN
zorgverbinders

Veilig e-mailen met zorgprofessionals en patiënten

Met Secure Hosted Mail van ZorgMail mailt u heel eenvoudig met specialisten, andere zorgverleners en patiënten.

Huisartsen maken al jaren veelvuldig gebruik van ZorgMail EDI berichtendienst. Gewoon mailverkeer gaat helaas vaak nog onveilig. ZorgMail biedt ook de oplossing voor veilig e-mail verkeer. Maak er gebruik van!

Waarom Secure Hosted Mail van ZorgMail?

[Grootste community van aangesloten zorgverleners](#)

[Integratie met verschillende mailprogramma's, zoals Outlook](#)

[Gegarandeerd veilig door encryptie en twee factor authenticatie](#)

Z-Netwerken biedt ondersteuning bij de inrichting van alle werkplekken in uw praktijk. Neem contact met ons op voor de mogelijkheden.



info@z-netwerken.nl | www.z-netwerken.nl

Verwerkersovereenkomsten

De bestuursleden van Atlas hebben een lijstje gemaakt van organisaties waarmee in het kader van de wet AVG een verwerkersovereenkomst afgesloten moet worden. De lijst is een indicatie en zeker niet volledig. Regionaal kunnen er nog andere partijen zijn waarmee een overeenkomst afgesloten moet worden.

Het HIS + hostingpartij Promedico (ASP en VDF) Conclusion (hostingpartij) Techniteam (hostingpartij) CGM Huisarts	BVO CGM E-services E-Novation (of een andere berichtenom- geving) E-zorg IPCI Ksyos telederma- tologie NHGDoc	Siilo Stizon (Pharmo- extracties) Vanad-partner M Center VECOZO Vektis VIP-live (ketenzorg) ZorgDomein
Overige KIS-leverancier Zorgverzekeraar Zorggroep Laboratoria Accountant	Pharmean Praktijkinfo Proigia	Niet nodig LSP ION

De LHV heeft een lijst met goedgekeurde verwerkersovereenkomsten. De website van de LHV bevat informatie en tools onder Privacy en AVG:
<https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/privacywet-avg>.

JOPPE VAN DER REIJDEN

'We hebben de huisarts nodig als buddy'

'IK VIND
HUISARTSEN
SUPERLEUKE
MENSEN DIE
HUN VAK MET
GEDREVENHEID
UITOEFENEN'



Als iemand hem op een feestje vraagt wat hij voor werk doet, zegt hij: 'Ik doe iets met huisartsen.' Joppe van der Reijden is directeur van ICT-bedrijf VIPCalculus. ICT heeft hij altijd interessant gevonden, maar het is bovenal de samenwerking met huisartsen die hem drijft. 'Voorheen ondersteunden we met ICT vooral de financiële kant van een praktijk, maar we raken steeds meer betrokken bij de zorg en de samenwerking met en om de patiënt. Ik vind het ontzettend leuk om hierover te sparren met huisartsen en hen te helpen bij het benutten van nieuwe kansen en het behouden van hun vak.'

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T.O.NL

'IS DE HUISARTS ER OM JE GEZOND TE MAKEN OF TE HOUDEN OF JE TE BEGELEIDEN OF EEN COMBINATIE DAARVAN?'

Hoe ben je in de wereld van zorg en ICT terechtgekomen? 'Ik heb Informatica gestudeerd en ik kwam vrij snel tot de conclusie dat het echte programmeerwerk beter in handen is bij anderen. Er zijn mensen die dat sneller en slimmer kunnen dan ik. Ik koos voor de bedrijfskundige kant en toen ik afstudeerde kwam net het internet op: ik viel met mijn neus in de boter, kon bij Veronica aan de slag en mocht Veronica Digitaal opzetten. Het was gaaf om te pionieren. Mijn interesse voor werken met en voor huisartsen ontstond toen ik in 2004 betrokken raakte bij een project van de LHV. Met het oog op de stelselherziening werd LHV Declaratie Direct in het leven geroepen, een declaratieservice voor huisartsen. Dit bedrijf ging in 2009 helaas failliet en daardoor raakten veel huisartsen gedupeerd. Ik baal daar nog steeds enorm van!'

'Bij de LHV hield ik me ook bezig met alle zaken die niet direct onder de noemer "huisartsenzorg" vielen: van ICT-vraagstukken en overleggen met HIS-leveranciers tot het beoordelen van ondernemersplannen. Mijn mooiste project was het mede oprichten van de stichting ION, ik vervul nog steeds de rol van ambtelijk secretaris. We hebben met een paar mensen en minimale middelen een database gerealiseerd waarin elke inwoner van Nederland is gekoppeld aan één huisarts. Ik ben er trots op dat we met een klein clubje op een goede, goedkope en pragmati-

sche manier een belangrijke bijdrage aan de huisartsenzorg kunnen leveren. Zo hebben we het "inschrijven op naam principe" kunnen verankeren in een landelijke en door alle partijen erkende database.'

Waar komt die drive om voor huisartsen te werken vandaan? 'Ik vind huisartsen superleuke mensen die hun vak met gedrevenheid uitoefenen. Ze staan ergens voor, zijn menselijk, vaak heel open, pragmatisch en efficiënt. Ze moeten mensen in 10 minuten duidelijkheid geven, dus de tijd moet nuttig worden besteed. Ik wilde ICT en huisartsenzorg blijven combineren, en die mogelijkheid vond ik na de LHV bij Calculus, waar ik sinds eind 2009 directeur ben. In eerste instantie werkten we alleen voor individuele huisartsen, daarna kwamen de zorggroepen op. Eerst hielpen we ze vooral bij de ketenzorg, nu verbeteren we samen ook de regionale zorgsamenwerkingsverbanden. Dat huisartsen ons geregeld aanraden bij collega's vind ik het mooiste compliment dat we kunnen krijgen.'

Wat doe je concreet in de ondersteuning van huisartsen? 'Van oudsher ondersteunt Calculus bij de financiële administratie: meestal niet de hobby van de huisarts. We helpen de huisarts te krijgen waar hij recht op heeft en geven inzicht. Met de komst van de zorggroepen raakte bij ons het zorginhoudelijk aspect meer verbonden met de financiële kant. Door goede registratie ontstaat een beter beeld van en controle op de populatie. Met de systemen die toch al draaien is veel meer mogelijk. Denk aan populatiegericht werken: de data zijn beschikbaar, wij kunnen gegevens voor de huisarts op een veilige wijze koppelen, analyseren en helder presenteren op basis van de vragen die de huisarts beantwoord wil zien. Ik vind het altijd erg leuk om daarover mee te denken. Want welke data kan je gebruiken als je de werkdruk wilt verlagen of meer controle over je agenda wilt hebben?'

'Je kunt bekijken wie wat doet in de praktijk en hoe

'IK HOOP VAN HARTE DAT WE DE ROL VAN DE HUISARTS WETEN TE BEHOUDEN'

'IK HEB HET GEVOEL DAT WE AAN DE VOORAVOND VAN EEN NIEUWE DOORBRAAK STAAN'

dat zich verhoudt tot de populatie en de financiën. Op basis van die info kun je uitrekenen of het loont om bijvoorbeeld een extra assistente aan te nemen of om haar andere taken te geven. Maar je kunt ook onderzoeken welke groep patiënten de meeste tijd van jouzelf vragen. In een huisartsenpraktijk bleek dat sommige ouderen wel veertig keer per jaar langskwamen. De betreffende huisarts besloot daarop het proces om te draaien en deze mensen standaard elke twee maanden thuis te bezoeken. Het blijkt te werken. Deze personen komen veel minder vaak naar de praktijk, omdat ze weten dat de huisarts binnenkort bij hen langskomt.'

Wat zie je als belemmeringen in het verbeteren van de zorg? 'Lastig is dat de patiënten versnipperd zijn in allerlei systemen. Ook de financiering van de zorg bestaat uit vele losse vakjes. Dat is zo ontstaan in de loop der tijd, maar als je er van een afstandje naar kijkt is het raar, je kunt een patiënt eigenlijk niet integraal helpen. De komende jaren draaien naar mijn idee dan ook om het slimmer inzetten van de beschikbare gelden, verbeteren van mogelijkheden voor samenwerking en het koppelen van systemen. Uiteraard zie ik veel mogelijkheden om met ICT de zorg te verbeteren en efficiënter te maken, maar wel altijd hand-in-hand met de menselijke factor.'

Hoe zie je de toekomst van de huisarts? 'Ik vind het gaaf om te zien dat er allerlei vernieuwende apps en portalen worden ontwikkeld. Iedereen is op zoek naar het gouden ei. Het is nu nog een wildgroei, maar de innovatie is goed. Dit is een fase waar we doorheen moeten. Nieuwe technologie geeft een uitbreiding van het palet aan methoden voor behandeling en diagnostiek, en daarin kan de huisarts als gids opereren. Het is wel een uitdaging om de grenzen van het vak te bepalen, want we vragen steeds meer van de huisarts. Op basis van data kunnen we bijvoorbeeld steeds beter voorspellen of en wanneer iemand ziek wordt. Wil je mensen die zich gezond voelen daarmee confronteren? Zodat ze hun leefstijl bijvoorbeeld kunnen aanpassen? En zo ja, is dat dan de taak van de huisarts? Is de huisarts er om je gezond te maken of te houden of je te begeleiden of een combinatie daarvan? Tijd voor een nieuwe Woudschoten!'

'Het is zeker dat de technologische ontwikkelingen, maar ook andere factoren – bijvoorbeeld demografische – tot een andere gezondheidszorg en financiering zullen moeten leiden. Het huidige model waarin we mensen reactief verzorgen als ze ziek zijn is qua zorgaanbod, capaciteit en kosten niet lang meer houdbaar. Ik heb het gevoel dat we aan de vooravond van een nieuwe doorbraak staan. Net als toen aan het einde van de eerste internethype "mobiel" een enorme vlucht nam. Er komen nieuwe partijen in de zorg en die gaan veranderingen brengen. Ik hoop wel dat we de "datamacht" buiten de deur kunnen houden, wat mij betreft is het dossier van niemand: hebben zorgprofessionals de verantwoordelijkheid om het aan te leggen en te onderhouden, en patiënten het recht om in te zien en te gebruiken. Maar wel samen, zonder dat de een of de ander of een derde de macht krijgt toebedeeld. En we moeten niet schromen om te vernieuwen, maar ik hoop van harte dat we de rol van de huisarts weten te behouden. We hebben de huisarts nodig als buddy en gids. Als mens ben je toch ineens onzeker als je denkt dat je ziek bent.' ■

'HET IS NU NOG EEN WILDGROEI, MAAR DE INNOVATIE IS GOED'

'Dat het nu wel gaat lukken, heeft vooral met goede timing te maken'

Tijdens de HIS-demodag in oktober 2017 kondigde Manon Kuilboer (productmanager bij VZVZ) aan dat VZVZ samen met leveranciers, Stichting ION en overige betrokken stakeholders de verbetering van het verhuisdossier zou gaan oppakken en coördineren. We zijn nu een half jaar verder. Tijd om poolshoogte te nemen. Welke stappen zijn inmiddels gezet?

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T-O.NL

Een korte situatieschets: het verhuisdossier ofwel dossieroverdracht is al jaren een groot pijnpunt. Als een huisarts een dossier krijgt van een collega moet er meestal nog behoorlijk wat corrigeer- en editwerk worden verricht. Een deel van de informatie is niet herkenbaar of niet vindbaar en er verdwijnt 'onderweg' informatie. 'Dat het niet optimaal werkt, is niet heel gek', zegt Manon Kuilboer. Voor deze informatieoverdracht wordt gebruikgemaakt van het MEDOVD-bericht. Dat is in een ander tijdperk ontworpen. Met de huidige structuren en relaties tussen gegevens is geen rekening gehouden.'

Ondanks inspanningen nog steeds pijnpunt

'De HIS-leveranciers hebben er veel aan gedaan om de problemen op te lossen. En het HIS-referentiemodel van het NHG heeft meer eenheid gebracht in het opslaan en ordenen van informatie in de verschillende HISsen. Ook dit draagt bij aan een betere informatieoverdracht. Stichting ION heeft er samen met Vanad voor gezorgd dat de workflow rond het verhuizen van een

dossier gebruiksvriendelijker is geworden. Er zijn dus wel stappen gezet in de afgelopen jaren, maar de huisarts heeft er nog steeds veel werk aan. Bij VZVZ zijn we ervan overtuigd dat het beter kan en daarom hebben we voorgesteld dit als een van onze versnelingstrajecten op te pakken. Als het gaat om de gestructureerde, beveiligde uitwisseling van medische gegevens hebben wij een prachtige machinerie gebouwd: het LSP. Dat wordt al goed gebruikt en kan nog veel meer.'

Informatiebehoefte explodeert

De behoefte om informatie uit te wisselen neemt in de zorg in zijn algemeenheid toe. 'De organisatie en financiering van de zorg veranderen, verschillende disciplines werken steeds meer samen en ook met mantelzorgers en patiënten wordt meer gecommuniceerd. De informatiebehoefte explodeert! Daarom is het verstandig om voor dossieroverdracht geen op zichzelf staande oplossing te bedenken. Je kunt het beter in het grote geheel zien. Bij VZVZ bepalen we samen met de stakeholders welke informatie rondom een bepaald zorgproces wordt uitgewisseld. In het

'DE INFORMATIEBEHOEFTE EXPLODEERT!'



'SNEL IN DE PRAKTIJK TESTEN BETEKENT EEN FLINKE CULTUUR-OMSLAG, MAAR JE KOMT WEL SNELLER TOT EEN RESULTAAT'

verleden maakten we daar met leveranciers speciale "berichten" voor en duurden de meeste trajecten jaren. Dat kan nu echt niet meer. Daarom werken we nu met het principe van "bouwstenen". Dit passen we ook toe op dossieroverdracht.'

Bouwstenen

Zo'n bouwsteen kun je zien als een brokje informatie, (type) medisch gegeven, dat geregistreerd en mits noodzakelijk, gecommuniceerd wordt. Over een bouwsteen wordt afgesproken welke details erbij vastgelegd moeten en mogen worden, en hoe je dit dan doet. Zo kun je bijvoorbeeld afspreken dat bij de bouwsteen "diagnose" ook de datum hoort waarop de diagnose is vastgesteld, de naam van de zorgverlener die de diagnose heeft vastgesteld en de status van de diagnose. Er zijn verschillende soorten bouwstenen, zoals algemene patiëntkenmerken (bijvoorbeeld naam, adres, gezinssituatie), metingen ter ondersteuning van de zorg (zoals bloeddruk, gewicht, pijnscore), medicatieafspraken, diagnose, ingrepen/ behandelingen en correspondentie.

Versnellingsstraject: hoe werkt dat?

'Binnen versnellingstrajecten maken we bij VZVZ gebruik van bestaande software. Deze brengen we zo gauw mogelijk in de praktijk, zodat we sneller leren

wat goed gaat en wat anders moet. We werken met een klein clubje waarin de belangrijkste stakeholders vertegenwoordigd zijn en vragen aan leveranciers wie trekkers willen zijn. Klinkt misschien logisch, maar zo wordt er lang niet altijd gewerkt. Binnen en buiten VZVZ wordt deze wens gedeeld, maar ik merk dat de verandering niet vanzelfsprekend is. Architecten en ontwikkelaars zijn vaak gewend zaken eerst ontzettend grondig te doordenken, te ontwikkelen en intern te testen. Stakeholders zijn gewend aan langdurige beslistrajecten en 100 procent afstemming. Snel in de praktijk testen en besluitvorming op basis van praktijkervaring betekenen dan een flinke cultuuromslag. Je krijgt eerder natte voeten, maar komt wel sneller tot een op de praktijk afgestemd resultaat.'

Wat nodig is zijn bouwstenen die dwars door de zorg gebruikt kunnen worden. Niet alleen voor dossieroverdracht, maar voor alle informatiebehoefte in de zorg. 'Hiervoor is vanuit Nictiz het project "Registratie aan de bron" gestart met de ontwikkeling van Zorg Informatie Bouwstenen (ZIBs) gebaseerd op tweedelijnsinformatie. Dit jaar werkt VZVZ samen met Nictiz, het NHG, Registratie aan de Bron en de leveranciers OmniHis en Promedico aan het uitwerken van een complete set bouwstenen die uitwisseling van en naar de eerste lijn mogelijk maakt. Het streven is om deze set, die minimaal het HIS-referentiemodel dekt, in het derde kwartaal van 2018 gereed te hebben. We kijken in hoeverre we daarbij gebruik kunnen maken van de eerder genoemde ZIBs.'

Kort gezegd: VZVZ wil in het versnellingsstraject de dossieroverdracht verbeteren met behulp van bouwstenen. En daarbij is VZVZ afhankelijk van de grootschalige uitrol van de complete set bouwstenen. Ja, en daarin participeren we zelf ook. Het houdt de

'BETERE INFORMATIE-UITWISSELING HEBBEN WE MET Z'N ALLEN KEIHARD NODIG'

druk er lekker op. Top! Want betere informatie-uitwisseling hebben we met z'n allen keihard nodig.'

Workflow ondersteunen

Als het gaat om de workflow verandert er de komende tijd niet veel. 'Iedereen is net gewend aan de huidige werkwijze, dus daar komen we voorlopig niet aan. Wat we wel onderzoeken is of de workflow ondersteund kan worden met berichten via het LSP. Samen met Stichting ION hebben we het proces in kaart gebracht en het blijkt dat er onder andere nog winst te halen is in de autorisatie van de overdracht. Dit kan efficiënter en transparanter. Iemands nieuwe huisarts verzoekt om een dossier, zodra de oude huisarts dit heeft voorbereid (bijvoorbeeld controle op overname van eigen werkaantekeningen in het dossier) kan het vervolg geautomatiseerd verlopen. Zodat er nergens meer dossiers staan "te wachten" om opgehaald te worden. Dit proces is via de website "Volg je zorg" meteen transparant voor de patiënt, die daar kan zien wat de status is van de dos-

sieroverdracht. Het zou mooi zijn als we dit ook versneld kunnen realiseren.'

Planning

'In oktober willen we op de HIS-demodag samen met de leveranciers – trekkers zijn Promedico en OmniHis – een demo kunnen geven. Ook de set bouwstenen moet tegen die tijd gereed zijn. Het komt dit najaar allemaal mooi samen. De inhoud is gereed en samen met Stichting ION en de trekkers hebben we uitgezocht hoe je deze het best kunt inbouwen. Vervolgens kunnen de andere leveranciers ermee aan de slag. Dus in 2019 kunnen we met z'n allen los! Hoe het komt dat ik zo optimistisch ben over iets wat al jaren niet wil lukken? Ik denk dat het vooral met timing te maken heeft. Daar waar vijftien jaar geleden alles nog op slot zat, is er nu zo veel in beweging. Nieuwe technieken, financiering, wetgeving en nieuwe manieren van organiseren brengen een informatiebehoefte met zich mee. Iedereen realiseert zich dat op de oude voet verder gaan geen optie is. Het bouwstenenproject is geen luxe. Een zorgverlener is niet meer in z'n eentje bij een patiënt betrokken, maar met steeds meer anderen. Dat betekent dat we informatie moeten delen, ook tussen de verschillende sectoren: veilig, gestructureerd én doelmatig. Dit is het juiste moment: behoefte en ruimte zijn aanwezig: dan kun je stappen zetten.' ■



Voor meer informatie:

nhgrx.nl



DIRECT TOEGANG TOT EEN GROOT KENNISAANBOD
NHG Rx ondersteunt snel en eenvoudig bij doelgericht voorschrijven

'HET IS IETS MEER WERK, MAAR JE VOORKOMT ER EEN HOOP ELLENDE MEE'

De AVG in de praktijk

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de zogenaamde 'privacywet' wordt sinds 25 mei 2018 gehandhaafd, maar is in mei 2016 al in werking getreden. Praktijken hebben dus twee jaar de tijd gehad om ervoor te zorgen dat ze aan de eisen voldoen. Is ze dat gelukt? We vroegen het aan twee huisartsen die op het NedHIS-congres 2018 de workshop 'Beveiliging in de huisartsenpraktijk' hebben gevolgd, Valentijn Deijns en Albert van der Veer, en aan Heidi van den Maagdenberg, manager in de zorg en praktijkondersteuner.

Met de AVG ben je verplicht om actief toestemming te vragen aan de patiënt voor het digitaal opslaan van zijn persoonlijke en medische gegevens. Deijns: 'Wij vragen geen formele toestemming, maar doen wel de belofte zorgvuldig en veilig met die gegevens om te gaan. Uiteraard hebben we wel expliciete toestemming gevraagd

voor het via het LSP beschikbaar stellen van gegevens. Deze toestemming leggen we vast in het HIS.'

Van den Maagdenberg: 'Op ons inschrijfformulier voor nieuwe patiënten leggen we uit hoe we met persoonlijke en medische gegevens omgaan en of ze daar toestemming voor willen geven.

Goede uitleg is essentieel, want wel of

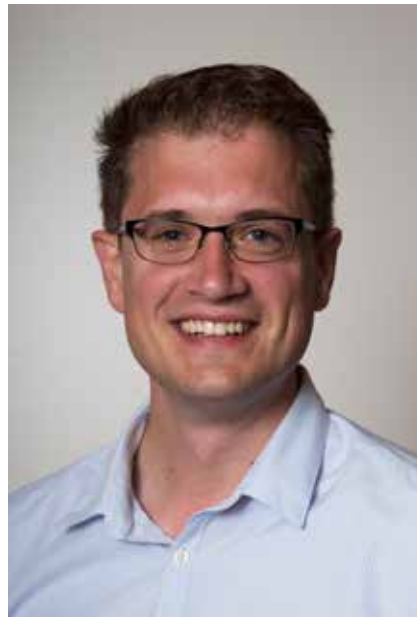
geen toestemming geven hangt vooral af van vertrouwen.'

Van der Veer: 'Ook wij vragen alleen onze nieuwe patiënten toestemming. Voor de al ingeschreven patiënten gaan we ervan uit dat ze impliciet toestemming hebben gegeven, aangezien dit nodig is voor het verlenen van goede zorg. Wel staat op onze website een privacyverklaring met uitleg over de AVG en de rechten die de patiënt daarbij heeft.'

De patiënt heeft behalve recht op inzage in het patiëntendossier, ook recht op het corrigeren en verwijderen van de gegevens. Van der Veer: 'We nodigen patiënten in dat geval altijd uit voor een gesprek om de reden te achterhalen. Bij een volhardende wens wissen wij dossierinformatie, waarbij we in het dossier de aantekening maken dat onderdelen van het dossier op verzoek van de patiënt zijn verwijderd.' Van den Maagdenberg: 'De patiënten die dat willen, geven we een formulier waarin staat wat de consequenties zijn. Dat moeten ze ondertekenen. Vervolgens bewaren we het complete bestand met voorlichting en ondertekening in hun dossier, waarin we ook een notitie maken dat we het betreffende bestand hebben meegegeven. Het is iets meer

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

'WE DOEN DE BELOFTE
ZORGVULDIG EN VEILIG MET
DIE GEGEVENS OM TE GAAN'



V.I.n.r. Valentijn Deijns, Albert van der Veer en Heidi van den Maagdenberg

werk, maar je voorkomt er een hoop ellende mee.'

Deijns: 'Ik leg altijd uit dat het dossier zo goed beschermd is dat niemand er zonder toestemming in kan kijken en dat het bovendien mogelijk is om gedeelten af te schermen. Vaak stelt dat mensen gerust en hoef ik niets te verwijderen.'

Iedere praktijkmedewerker die toegang heeft tot het patiëntendossier, moet over een eigen unieke gebrui-

tijd te herleiden wie in het dossier heeft geregistreerd.'

In bepaalde situaties ben je verplicht een functionaris gegevensbescherming (FG) aan te stellen. Dit is een praktijkmedewerker die toeziet op de naleving van de AVG en daarvoor het interne aanspreekpunt is. Van den Maagdenberg: 'Om te checken of je een FG nodig hebt, zijn er scorelijsten. Boven een bepaald aantal punten heb je een FG nodig en dat is met medi-

heeft een collectief aanbod voor een FG voor alle aangesloten praktijken.'

De DPIA (Data Protection Impact Assessment) is een instrument om in kaart te brengen of binnen uw praktijk op de juiste manier wordt omgegaan met persoonsgegevens. Van den Maagdenberg: 'Ik adviseer alle praktijken de DPIA te doen. Gewoon om jezelf te monitoren. De werkwijzen kun je overal vinden als je daar op googelt. Met een beetje gezond verstand weet je

'MET EEN BEETJE GEZOND VERSTAND WEET JE HEEL SNEL WAT DE VERBETERPUNTEN ZIJN VOOR JOUW PRAKTIJK'

kerscode beschikken, die gekoppeld is aan de toegangsrechten. Deijns: 'Wij werken met MicroHIS en daarin is het uitstekend geregeld. Iedere medewerker heeft een rol met bijbehorende autorisaties die bij zijn of haar functie past. Dit wordt centraal geregeld en is eenvoudig te beheren.'

Van der Veer: 'Wij gebruiken Promedico-ASP. In dit systeem heeft iedere gebruiker een login-reader, gekoppeld aan een unieke gebruiker of functie, die alleen in combinatie met een unieke code is te gebruiken. Hiermee is al-

sche gegevens al snel. Toch hebben we er nog geen aangesteld; ik wil daarmee wachten totdat er meer duidelijkheid is over de controle van de competenties van de functionaris.' Deijns: 'Wij hebben geen FG aangesteld en weten niet of we dat wel zouden moeten willen. Er is nog te veel onduidelijkheid. Wij zoeken daarom naar een vorm waarbij bijvoorbeeld de zorggroep een FG aanbiedt.'

Van der Veer: 'De werkorganisatie Unicum, waaraan wij zijn verbonden,

heel snel wat de verbeterpunten zijn voor jouw praktijk.'

Deijns: 'In ons centrum willen we nog een DPIA uitvoeren. Probleem daarbij is dat niemand precies weet waar je naar moet kijken, wat de eisen zijn voor de kwaliteit, de diepgang van deze assessment en hoe je dit moet vastleggen.'

Van der Veer: 'Wij hebben geen DPIA uitgevoerd. Wel hebben we met een toolkit van de LHV en Unicum de eerste stappen van de AVG gezet. Wij gaan nu na welke stappen nog noodzakelijk zijn voor onze praktijk.' ■

Vijf jaar LSP – heeft het systeem de verwachtingen waargemaakt?

Vijf jaar na de ingebruikname van het Landelijk Schakelpunt (LSP) maakt de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) de balans op. Destijds was het doel een betrouwbare en veilige gegevensuitwisseling te realiseren voor een goede, snelle en veilige zorg. Is dat gelukt? In het rapport *Effecten en baat zorginfrastructuur* presenteert de VZVZ de resultaten van verschillende onderzoeken naar de effecten en de baten van het LSP. Wij haalden er enkele highlights uit.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

Op dit moment zijn driekwart van de huisartsenpraktijken en vrijwel alle huisartsenposten, apothekers en ziekenhuizen op het LSP aangesloten. Ruim zesduizend zorgaanbieders nemen deel aan dit systeem en dit aantal groeit nog steeds. Daar komen ook ander type aanbieders bij, zoals ggz- en VVT-instellingen en ketenzorggroepen. Wekelijks worden er tussen de 6 en 7 miljoen berichten via het systeem uitgewisseld, waarvan 1 miljoen met medische gegevens, en in totaal zijn er al meer dan een miljard berichten verstuurd.

Gebruik door huisartsen

Van de individuele huisartsen die op het LSP zijn aangesloten, maakt minder dan de helft (42%) gebruik van het systeem. Een kwart gebruikt een ander uitwisselingssysteem. Op de huisartsenposten (HAP) is het LSP steeds vaker geïntegreerd in de vaste

werkprocessen. Huisartsen geven aan het systeem daar vaker te gebruiken dan in de eigen praktijk. Twee derde van de huisartsen gebruikt op de HAP de informatie via het LSP voor de medische besluitvorming.

Hoe ervaren gebruikers het systeem?

Twee derde van de gebruikers vindt dat het gebruik van het LSP het patiëntendossier completer en betrouwbaarder maakt. Positief is ook dat er tijdens het (waarnemings)consult minder informatie hoeft te worden opgevraagd. Daar staat tegenover dat het verkrijgen van opt-ins juist extra tijd kost. Maar als zorgaanbieders het gebruik van het LSP vergelijken met de uitwisseling via andere (traditionele) vormen van uitwisseling, zoals nabelen en faxen, ervaren ze tijdswinst met het LSP.

In het algemeen vinden huisartsen het LSP nuttig, maar niet altijd even prak-

tisch. Een voorbeeld daarvan is het ophalen van de professionele samenvatting, wat bij drukte lastig is. Doordat steeds meer zorgaanbieders op het LSP zijn aangesloten, is het opvragen van medicatiegegevens wel steeds vaker succesvol: van 37% in 2015 tot 70% in 2017. Kritiek is er op de gebruiksvriendelijkheid; het gaat dan om traagheid, onoverzichtelijke weergave, het gebruik van de UZI-pas, foutmeldingen en storingen. Zorgaanbieders vinden wel dat de privacy van de patiënt goed is gewaarborgd, maar ook dat de middelen om dat te regelen afbreuk doen aan het gebruiksgemak.

Goede voorlichting is belangrijk

Onder patiënten bestaat een breed draagvlak voor digitale uitwisseling van medische gegevens. Bijna 90 procent zegt toestemming te geven als de zorgverlener daarom vraagt. De belangrijkste reden om toestemming te weigeren is de angst voor onveilige opslag van gegevens. Goede voorlichting is daarom belangrijk.

De toegevoegde waarde

De meeste geïnterviewde zorgaanbieders zouden het LSP missen als dat er niet meer was. Als toegevoegde waarde zien zij de verbetering van de effectiviteit en efficiëntie van de werkprocessen, en de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het LSP zou nog meer toegevoegde waarde hebben wanneer er meer aansluitingen en opt-ins zouden zijn, en als het gebruiksgemak zou verbeteren. ■

Grote schoonmaak moet gebruik eenvoudiger maken

Het lijkt zo simpel, 'tweemaal per dag 1 tablet' zodanig coderen dat zowel het HIS als het apotheekstelsysteem dit 'begrijpt'. Maar in werkelijkheid gaat hier een uitgebreide NHG-tabel met algoritme achter schuil, die de mogelijkheden, structuren en coderingen bepaalt: de NHG-Tabel Gebruiksvoorschriften, ook wel bekend als WCIA-tabel 25.

HENK WESTERHOF EN ERICA BASTIAANSEN
H.WESTERHOF@NHG.ORG, E.BASTIAANSEN@NHG.ORG

Door de coderingen in de NHG-Tabel Gebruiksvoorschriften ontstaat eenheid van taal tussen de HISsen waarmee wordt voorgescreven en de apotheeksystemen die het voorschrift ontvangen. Ook worden de coderingen in vele HISsen gebruikt om het gekozen gebruiksvoorschrift intern vast te leggen en zijn de gebruiksvoorschriften van formulieren van deze coderingen voorzien. Op het etiket van de verpakking worden de coderingen omgezet in leesbare tekst en aangevuld met waarschuwingsteksten en gebruiksaanwijzingen. Zo bepaalt de tabel ook hoe de patiënt het gebruiksvoorschrift op het etiket te zien krijgt.

In deze belangrijke tabel is het soms lastig zoeken, vooral als u op zoek bent naar een specifieke waar-

schuwingstekst of gebruiksaanwijzing. Dit wordt onder andere veroorzaakt door het grote aantal beschikbare tekstelementen dat in de loop der jaren is toegevoegd.

Eenvoudiger gebruik

Vorig jaar hebben we daarom een opschoonactie gevoerd in de lijst met honderden aanvullende teksten, zodat deze beter te hanteren zijn. Dit jaar gaan we aan de slag met de eenheden van de dosering. In dit artikel gaan we in op de gemaakte wijzigingen en op wijzigingen die we later dit jaar hopen te realiseren. De bedoeling is dat deze wijzigingen het gebruik van de tabel eenvoudiger maakt.

Een gebruiksvoorschrift

De structuur van een gebruiksvoorschrift (1 maal daags 1 tablet, eerst oplossen in water) heeft vijf componenten: een frequentie (1), een tijdseenheid (daags), een aantal (1), een gebruikseenheid (tablet) en ten slotte optionele aanvullende tekst (eerst oplossen in water).

Voor de tijdseenheid, de gebruikseenheid en de aanvullende teksten zijn codes vastgesteld in de NHG-Tabel Gebruiksvoorschriften. De aanvullende teksten bevatten ook de etiketteksten van de KNMP. De tabel wordt door het NHG uitgeleverd aan de HIS-leveranciers (en andere licentiehouders, zoals KIS-leveranciers) en is ook opgenomen in de G-Standaard.

Minder aanvullende teksten

In de eerste plaats hebben we het grote aantal teksten aangepakt. Doordat jarenlang geregeld teksten zijn toegevoegd, dikwijls op geleide van specifieke nieuwe geneesmiddelen, is de tabel eigenlijk alleen maar gegroeid en daardoor minder overzichtelijk geworden.

Bijna een derde (195 van de 625) van de aanvullen-

**BIJNA EEN DERDE VAN
DE AANVULLENDE TEKSTEN
IS VERVALLEN**

de teksten is vervallen. Bij de beslissing om teksten te laten vervallen is naar een aantal aspecten gekeken:

- het gebruik – teksten die niet meer in gebruik zijn (bij Z-Index of het NHG-formularium);
- gelijkende teksten – als twee teksten erg op elkaar lijken is een keuze gemaakt;
- combinatie van teksten – teksten die meerdere boodschappen in één tekst combineren zijn ook op te bouwen uit de losse componenten;
- verbindingsteksten – teksten als ‘na twee weken verhogen tot’ zijn vervallen, omdat het combineren van twee of meer gebruiksvorschriften in één voorschrift in de praktijk niet wordt toegepast/niet is geïmplementeerd;
- teksten die inhoudelijk achterhaald, onjuist of onduidelijk zijn;
- zo nodig combinatieteksten – deze zijn uit aparte teksten op te bouwen.

Indeling van aanvullende teksten

De tweede aanpassing betreft de indeling in categorieën. Elke tekst is nu in één tekstcategorie terug te vinden.

Het aantal tekstcategorieën is vergroot en de indeling is meer toegesneden op makkelijk zoeken. Bij het zoeken van een tekst kan een zogenaamde *tree view* geïmplementeerd worden, waarbij elk hoofdstuk opengeklapt kan worden om de teksten van dat hoofdstuk te tonen. De tabel toont de nieuwe tekstcategorieën.

De categorieën 118 en 119 bevatten houdbaarheids- en bereidingsadviezen. Deze zijn door Z-Index reeds gekoppeld aan het betreffende geneesmiddel. Soms betreft het hier ook bereidingsadviezen voor de apotheek. In HIS-systemen kunnen deze twee categorieën in eerste instantie uit de zoeklijst weggelaten worden en slechts op verzoek getoond worden.

Door de combinatie van minder teksten en een helderder zoekindeling van de teksten hopen we het gebruik van aanvullende teksten bij het voorschrijven een stuk gemakkelijker te maken.

Gevolgen voor u als voorschrijver

Het voordeel van een duidelijke indeling in categorieën zal pas merkbaar zijn als uw leverancier de functionaliteit hiervoor heeft ingebouwd. Vraag uw HIS-leverancier daarom om dat te doen.

Naast de voordelen is er ook een nadeel verbonden aan het laten vervallen van teksten: mogelijk hebt u standaardvoorschriften gedefinieerd waarin juist een aanvullende tekst wordt gebruikt die wij hebben laten vervallen. Deze standaardvoorschriften zult u moeten aanpassen door een andere tekst te kiezen.

101 Maaltijden en slapen	110 Duuraanduidingen
102 Toepassing	111 Overige
103 Conditie	112 Herhalen
104 Locatie	113 Maximaalaanduidingen
105 Gebeurtenis en ingreep	114 Weekdagen
106 Cyclus	115 Gebruik
107 Wisselend gebruik in de tijd	116 Administratief
108 Dagdelen en gebruik per dagdeel	117 Adviezen en waarschuwingen
109 Periodeaanduidingen	118 Houdbaarheid
	119 Bereidingsadviezen

De nieuwe tekstcategorieën

Iets dergelijks geldt voor het gebruik van formularia. In de nieuwste versie van het NHG-formularium in Prescriptor komen alleen de overgebleven teksten voor. Ook bij herhaalrecepten kan het zijn dat de tekst aangepast moet worden ten opzichte van het vorige voorschrift. Bij het NHG en uw HIS-leverancier kunt u een document krijgen dat suggesties bevat voor alternatieven voor bepaalde vervallen teksten.

Eenheid gebruiksvorschrift

Een van de componenten bevat de eenheid waarin de dosering wordt uitgedrukt. Deze eenheid wordt op het etiket vermeld en dient een voor de patiënt heldere term te bevatten (tablet, poeder, pufje, enzo voort). Ook deze tabel is in de loop der jaren wat vervuild geraakt en hij bevat een aantal farmaceutische vormen die in het verleden voor bepaalde systemen handig waren, maar er nu uit kunnen. Zo is bijvoorbeeld de vermelding ‘tablet mga’ voor de patiënt niet helder, waardoor ze zelfs voor verwarring zou kunnen zorgen. Bij de vermelding van de naam en farmaceutische vorm van het geneesmiddel is dit wél relevant, maar voor het gebruiksvorschrift niet. Daar zal in de toekomst gewoon ‘tablet’ komen te staan.

De versie van de tabel met opgeschoonde aanvullende teksten wordt sinds dit voorjaar uitgeleverd. Aan de wijzigingen van de eenheid gebruiksvorschrift wordt nog gewerkt en die staan voor later dit jaar op de planning. ■

IN DE TABEL IS HET SOMS LASTIG ZOEKEN

EERSTELIJNS-ICT-MARKT MOET SNEL IN BEWEGING KOMEN

'Als je nu de regie niet pakt, is straks je kans verkeken'

Willen huisartsen hun centrale positie in de zorg behouden? Willen zij invloed hebben op hoe hun werkomgeving er straks uitziet? Dan is het hoog tijd om in beweging te komen en de regie te voeren over de digitalisering van de zorg. Dat zegt Quintus Bosman, senior adviseur bij Nictiz en medeauteur van de whitepaper 'Toekomst digitalisering eerstelijnszorg Huisartsen'.

CHRISTIE MANINTVELD
CHRISTIE@M-T-O.NL



Quintus Bosman: 'Als je niets doet is op een dag je kans om invloed uit te oefenen voorbij'

De whitepaper van Nictiz gaat in op de vraag of er een probleem is met ICT in de eerstelijnszorg (het antwoord luidt 'ja, en het is urgent') en welke oplossingsrichtingen denkbaar zijn (zie de figuur). Quintus: 'We horen al jaren dat de ICT-markt in de eerste lijn op slot zit. Er zou sprake zijn van een versnipperde vraag, te veel aanbieders en oplossingen, te weinig geld en kennis en te weinig ca-

zozeer: "Hoe lossen we een probleem op?", maar meer: "Wat is er eigenlijk aan de hand?"

Nog niet klaar voor de digitale toekomst

'Uit gesprekken met onder andere individuele zorgverleners, zorggroepen, koepels en ICT-leveranciers komt naar voren dat er veel op de eerste lijn afkomt. Zorginhoudelijk ligt er steeds

toekomst en er staan steeds meer systemen naast elkaar. Het ontbreken van een gezamenlijke ICT-strategie in de eerste lijn ondermijnt de positie van de huisarts.'

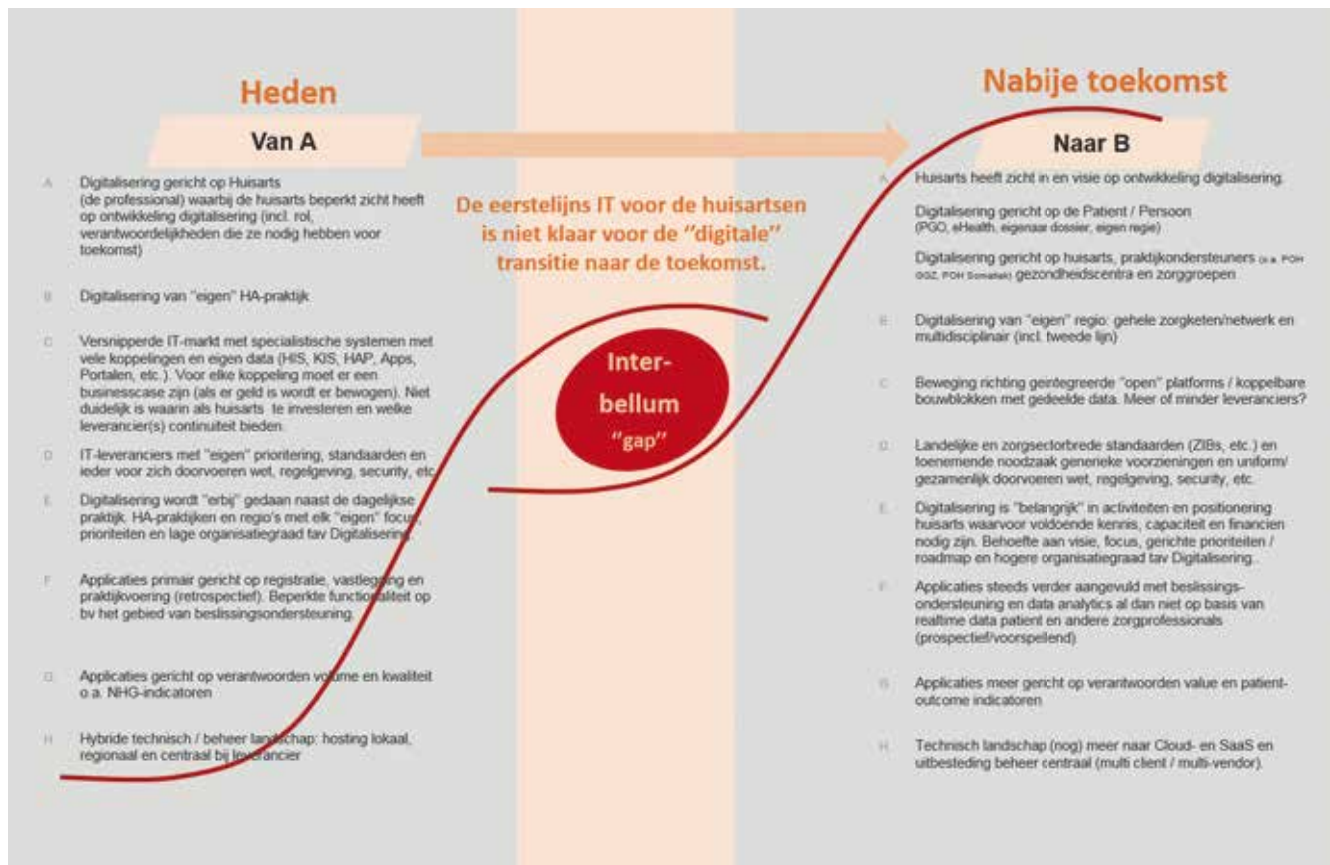
Er zijn meerdere wegen...

De whitepaper beschrijft twee wegen die de eerste lijn kan bewandelen om haar ICT-positie te versterken. Quintus licht toe: 'De eerste mogelijkheid is op regioniveau met de eerstelijnspartijen een gezamenlijke oplossing kiezen. Je vraagt je samen af hoe je de zorg gaat organiseren en wat je daarbij precies gaat gebruiken. Zoals altijd met standaardisatie lever je een deel van je eigen vrijheid in. Je wilt samen dingen op een efficiënte manier doen. Dat betekent dat je het gezamenlijke belang boven je eigen belang moet stellen. En de tweede mogelijkheid is dat je zegt: het is te moeilijk, dat krijgen wij als eerstelijnspartijen niet voor elkaar. Ga dan het gesprek aan met een financieel krachtige, tweedelijnspartij en

'ZORG DAT JE EEN STEM HEBT EN DAT NIEUWE PROCESSEN IN JOUW MANIER VAN WERKEN PAssEN'

paciteit voor vernieuwing. Het gevaar daarvan is dat huisartsen digitaal gaan achterlopen en qua informatievoorziening niet goed kunnen inspelen op de veranderende maatschappij en ontwikkelingen in de zorg. Nictiz heeft veel contacten in de eerste lijn en we hebben met allerlei partijen gesproken. De centrale vraag was niet

meer op het bord, maar ook als het gaat om samenwerking, communicatie en het delen van informatie liggen er forse uitdagingen. Daarin speelt ICT onvermijdelijk een grote rol. Wat we tegelijkertijd vaststellen, is dat ICT enorm versnipperd is in de eerste lijn. Er zijn geen pasklare oplossingen om het hoofd te bieden aan de digitale



zoek samen naar een integrale oplossing. Dan heb je als eerste lijn via die samenwerking een stem in de ontwikkelingen.'

Afwachten maakt afhankelijk

'Als je niets doet en zelf niet met wensen en oplossingen komt, plaats je jezelf in een afhankelijke positie en wordt je op een dag geconfronteerd met digitale processen die niet op het werk van de huisarts aansluiten. Dan is je kans om invloed uit te oefenen voorbij. De tweede lijn heeft in de afgelopen vijf jaar ongelofelijk geïnvesteerd in systemen en digitalisering. De oplossing voor het ICT-probleem van de huisarts zou kunnen zijn: gebruikmaken van de systemen die voor de tweede lijn zijn ontwikkeld. Wacht je tot je voor een dergelijk blok staat of wil je zelf meedenken nu het nog kan?'

De digitalisering gaat door

'Het is goed om je te realiseren dat de keuze "Ik doe helemaal niet mee" niet bestaat. Digitalisering gaat hoe dan ook door. Je moet je patiënten nu een-

De digitalisering van de eerste lijn bevindt zich in een 'interbellumfase'

maal digitaal toegang geven, je moet digitaal gegevens kunnen leveren aan samenwerkingspartners en aan de AVG voldoen. Hoe je dat precies gaat doen, kun je wel kiezen. Zorg dat je een stem hebt en dat nieuwe processen in jouw manier van werken passen. Dat lukt je niet als individuele

uit de sector zelf komen. Dat is het sterkst. Om de beweging te bewerkstelligen moeten mensen zich wel bewust zijn van het probleem, het onderkennen en een richting kiezen. Daarna kun je aan de slag met het zoeken naar concrete oplossingen. Deze whitepaper zie ik als een stevige kreet:

'DE CENTRALE VRAAG IS: "WAT IS ER EIGENLIJK AAN DE HAND?"'

zorgverlener, maar wel door regionaal de krachten te bundelen.'

Whitepaper is stevige kreet

De whitepaper schetst de vijf belangrijkste problemen in de ICT-markt in de eerste lijn en stelt een aantal oplossingsrichtingen voor. 'Deze oplossingsrichtingen zijn niet volledig en geven een aanzet tot de discussie en activiteiten die nodig zijn om de verandering in gang te zetten. De ontwikkeling moet

"Er moet iets gebeuren!". Het stemt mij positief dat ik al veel reacties uit het veld heb gekregen. Partijen herkennen zich in het stuk, zijn het niet altijd met alles eens, maar onderschrijven de keuzen waar we voor staan.' ■

U kunt de whitepaper downloaden via <https://www.nictiz.nl/whitepapers/toekomst-digitalisering-eerstelijnszorg-huisartsen/>

ONDHEIDSOMGEVING

heids-

ch dossier

**'EEN PGO BIEDT
BURGERS DE
MOGELIJKHEID
ZELF DE REGIE TE
VOEREN OVER DE
EIGEN GEZONDHEIDS-
GEGEVENS'**

PGO krijgen. Al met al ontstaat er een geheel andere maatschappij, waarin het normaal wordt om gegevens veilig uit te wisselen.'

Hoe verhoudt zo'n gezondheidsomgeving zich tot het Landelijk Schakelpunt? 'Het Landelijk Schakelpunt wisselt alleen communicatie tussen zorgverleners onderling uit. Tussen huisarts en ziekenhuis, huisarts en apotheek. MedMij verbindt het zorgdomein met het persoonsdomein. Het LSP sluit aan bij MedMij in die zin dat gegevens die daar nu nog "opgesloten" liggen, in het PGO van de patiënt terecht kunnen komen.'

Wat is de meerwaarde van een PGO? 'Het is een middel dat burgers de mogelijkheid biedt zelf de regie te voeren over de eigen gezondheidsgegevens. Dat geeft rust en vertrouwen, zorgt voor be-



‘PERSOONLIJKE NOTITIES VAN EEN ARTS KUNNEN NOOIT DOOR EEN PATIËNT WORDEN INGEZIEN’

tere registratie en minder fouten. Uiteindelijk verwachten we dat dit alles leidt tot een drastische vermindering van onnodig onderzoek en overbodige behandelingen.’

Hoe wordt veilige uitwisseling van gezondheidsgegevens gegarandeerd? ‘Daarvoor wordt het MedMij-afsprakenstelsel gebruikt, dat is gebaseerd op het vijflagenmodel dat is ontwikkeld door Nictiz. Vanaf deze zomer toetsen we de aangemelde PGO’s en als deze voldoen aan de opgestelde spelregels krijgen ze het MedMij-stempel. Dat is een keurmerk dat gebruikers de zekerheid biedt dat het betreffende PGO te vertrouwen is en aan hoge veiligheidseisen voldoet.’

Wie gaan die PGO’s ontwikkelen? ‘De leveranciers. We hebben zo’n 35 leveranciers in beeld. De Patiëntenfederatie heeft op DigitaleZorgGids een lijst gepubliceerd van zeventien leveranciers die op dit moment graag mee willen doen. Het is mijn taak om hen daartoe te verleiden. Deze zomer gaan we voorzichtig live. We zijn dan nog niet zover dat we een publiekscampagne opzetten. Het is een groeipad met 2020 als eindstreep.’

Zoveel leveranciers – is die versnippering wel wenselijk? ‘In Ierland heeft de overheid ervoor gekozen om één PGO aan te schaffen. Zij zeggen: “Burgers, dit is het. Iedereen die dat wil kan een account krijgen.” In Nederland gelden strenge regels over “marktverstoring”. Wij laten het aan de markt over, maar we faciliteren en stimuleren die markt wel.

Is de kans niet groot dat zo’n PGO een elitair speeltje wordt? ‘De Patiëntenfederatie heeft onderzocht welke doelgroepen naar alle waarschijnlijkheid gebruik gaan maken van een PGO. Grofweg

gezegd zijn dat vooral patiënten met een chronische ziekte die actief in het leven staan. De leveranciers die nu bezig zijn mikken allemaal op een eigen doelgroep. Zo is er een leverancier die hoge ogen gooit bij jongvolwassen verstandelijk gehandicapten. Dat PGO is heel grafisch en gebruiksvriendelijk en werkt met mooie kleurtjes.’

Welke gegevens kan een persoon inzien? ‘De Patiëntenfederatie en het NHG hebben een richtlijn opgesteld voor de gegevens die beschikbaar moeten zijn. Per sector zullen daar steeds meer gestandaardiseerde gegevens bij komen. Heel belangrijk: persoonlijke notities van een arts kunnen nooit door een patiënt worden ingezien. Een PGO is geen medisch dossier.’

Wat gaat de huisarts van dit alles merken? ‘Die krijgt een beter geïnformeerde patiënt tegenover zich en dat is altijd prettig. In het PGO komt ook een medicatieoverzicht, zodat daar geen onduidelijkheid over kan bestaan. Voor de huisarts levert het geen extra werk op. Je dient natuurlijk wel goed te registreren, maar dat is al langer het geval. Leveranciers hebben die registratie in de regel al in hun systemen ingebouwd. Als huisarts kun je bijna niet anders dan goed registreren.’

Nog werk aan de winkel voor HIS-leveranciers? ‘Zij moeten hun systemen klaar maken om deelnemer te worden van MedMij. Dat betekent dat ze standaarden moeten inbouwen en moeten voldoen aan veiligheidseisen, maar dat is meestal al het geval. Ik zou zeggen: “Kom op leveranciers, meld je aan, wordt deelnemer van MedMij.” We staan aan de vooravond van een enorme ommezwaai: laten we zorgen dat we met zijn allen die zorg horizontaal verbeteren.’ ■

‘MEDMIJ VERBINDT HET ZORGDOMEIN MET HET PERSOONSDOMEIN’



Toekomstdromen...

'Kijk, ik kreeg vanmorgen deze e-mail: *Geachte mevrouw Janssen, uw labresultaten zijn bekend en beoordeeld door uw huisarts. Log in op uw persoonlijke gezondheidsomgeving om de uitslagen te bekijken.* Nou, dan log ik in via de app en opent de uitslag direct. Dit schrijft mijn huisarts bij de uitslagen: *Beste mevrouw Janssen, u bent goed bezig! De glucosewaarden... Dat is die suiker ja, dat heeft de praktijkondersteuner toen uitgelegd. De glucosewaarden zijn keurig binnen de norm. Uw nierfunctie is in orde. Uw cholesterol is helaas niet gedaald. Zoals vorige week besproken komt dat door de erfelijke factoren, waar u niets aan kunt veranderen. Het recept voor de cholesterolverlagers is naar de apotheek gestuurd. U krijgt zoals gebruikelijk uw eenmalige inlogcode voor de medicijnkluis, zodat u de medicijnen kunt ophalen wanneer het u uitkomt. U krijgt over 3 maanden weer een sms voor de labcode, zodat u nog eens kunt bloedprikken. Zo zien we of de medicijnen*

hun werk doen en de cholesterolwaarden verbeteren. Mocht u na het starten met de medicatie klachten krijgen, bel dan met mijn assistente. Ga zo door met uw dieet!

Handig hè? Weet je dat we een paar jaar geleden voor de uitslagen moesten bellen met de assistente? En als die het dan niet wist, dan werd ik door de huisarts teruggebeld. Nou, dan zit je toch eigenlijk de hele dag een beetje te wachten. Belde die man om vijf uur! Dan moest ik de volgende dag naar de apotheek, waar ik altijd zeker een half uur moest wachten voordat ik aan de beurt was. Want ik kon alleen maar aan het einde van de dag, net als alle andere mensen die gewoon een baan hebben. Nu met die kluis wip ik er snel even langs voordat ik naar mijn werk ga, want dat is in 2 minuten gedaan.

En weet je nog hoe het vroeger ging als je naar het ziekenhuis moest? Jan, die moet nogal eens, sinds hij het aan zijn hart heeft. Vroeger moest hij iedere keer

helemaal naar het centrum, druk, duur betaald parkeren en van de parkeerplaats moest je dan toch nog een eind naar de juiste poli lopen. En maar wachten hè, want die artsen liepen altijd uit. Die vijfminutenconsulten duurden echt wel langer. Dan zat je vijf minuten bij de arts en kregen we een labbriefje mee en een belafpraak. Wéér een dag wachten. En ieder jaar vroegen ze weer om een verwijsbrief. Daar snapten we echt niets van. Dat hart zou niet opeens beter worden, toch? Nou, nu krijgen we ieder jaar via die app een bericht en kunnen we zelf de afspraak inplannen. Wanneer Jan dat heeft gedaan wordt er een code voor het lab en het maken van het ecg klaar gezet. Dat kan hij dan van tevoren laten doen in het gezondheidscentrum. De cardioloog zit daar nu ook gewoon op wisselende dagen een ochtend of middag, zo is er altijd wel een dag dat je kan. En daar wandelt Jan gewoon heen. Is nog goed voor zijn hart ook.' ■

VEILIG MEDISCHE INFORMATIE VERSTUREN

De fax verdwijnt, wa

U kent het wel: een patiënte belt dat ze bij de röntgenafdeling staat, maar haar aanvraagbriefje is vergeten. Of u die even kunt faxen. Een andere patiënt wil graag naar een andere apotheek dan de reguliere, ook dan is het faxen van het recept vaak het gemakkelijkst. Maar hoe lang kunnen we nog gebruikmaken van deze manier van communiceren? En wat is het alternatief?

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

Praktijken die faxen zullen daar steeds vaker problemen mee ervaren. Dit komt omdat steeds meer mensen en bedrijven overgaan van een vaste telefoonverbinding via ISDN naar internetbellen via VOIP, en de fax niet goed over een VOIP-netwerk wordt vervoerd. En nu de telecombedrijven hebben aangekondigd in fasen tussen 2018 en 2021 helemaal te stoppen met de ISDN-verbinding, zijn ook de laatste praktijken gedwongen om over te stappen op VOIP. Hoogste tijd dus om naar een alternatief voor de fax te kijken. Wat zijn de mogelijkheden voor het verzenden van medische informatie? Wat is daarbij veilig en wat niet?

Scannen en mailen

Een voor de hand liggend alternatief voor faxen is het document eerst scannen en dan versturen via de mail. Als het om medische informatie gaat, is een ge-

woon e-mailprogramma als Outlook of Gmail daar niet voor geschikt. De informatie wordt namelijk niet versleuteld verstuurd en kan gehackt worden. Daarnaast bestaat het risico dat je de mail per ongeluk naar het verkeerde adres stuurt.

Het is daarom wettelijk verplicht om medische informatie via een beveiligde lijn te versturen, zoals Zorgmail. Zorgmail is een besloten systeem, je kunt de mail alleen versturen naar deelnemers van Zorgmail: zorgverleners in de eerste en tweede lijn. Het systeem maakt gebruik van de tweefactorauthenticatie voor maximale veiligheid. Voordeel van Zorgmail is dat deze gekoppeld kan worden aan het HIS, zodat de informatie direct in het patiëntendossier verwerkt kan worden. Zorgmail is ook wel bekend als Edifact of Lifeline. Er zijn beveiligde netwerken, zoals E-zorg, ringamsterdam en Zorgring. Deze zijn allemaal aan elkaar gekoppeld. Hiermee kan veilig gemaïld worden naar aangesloten deelnemers.

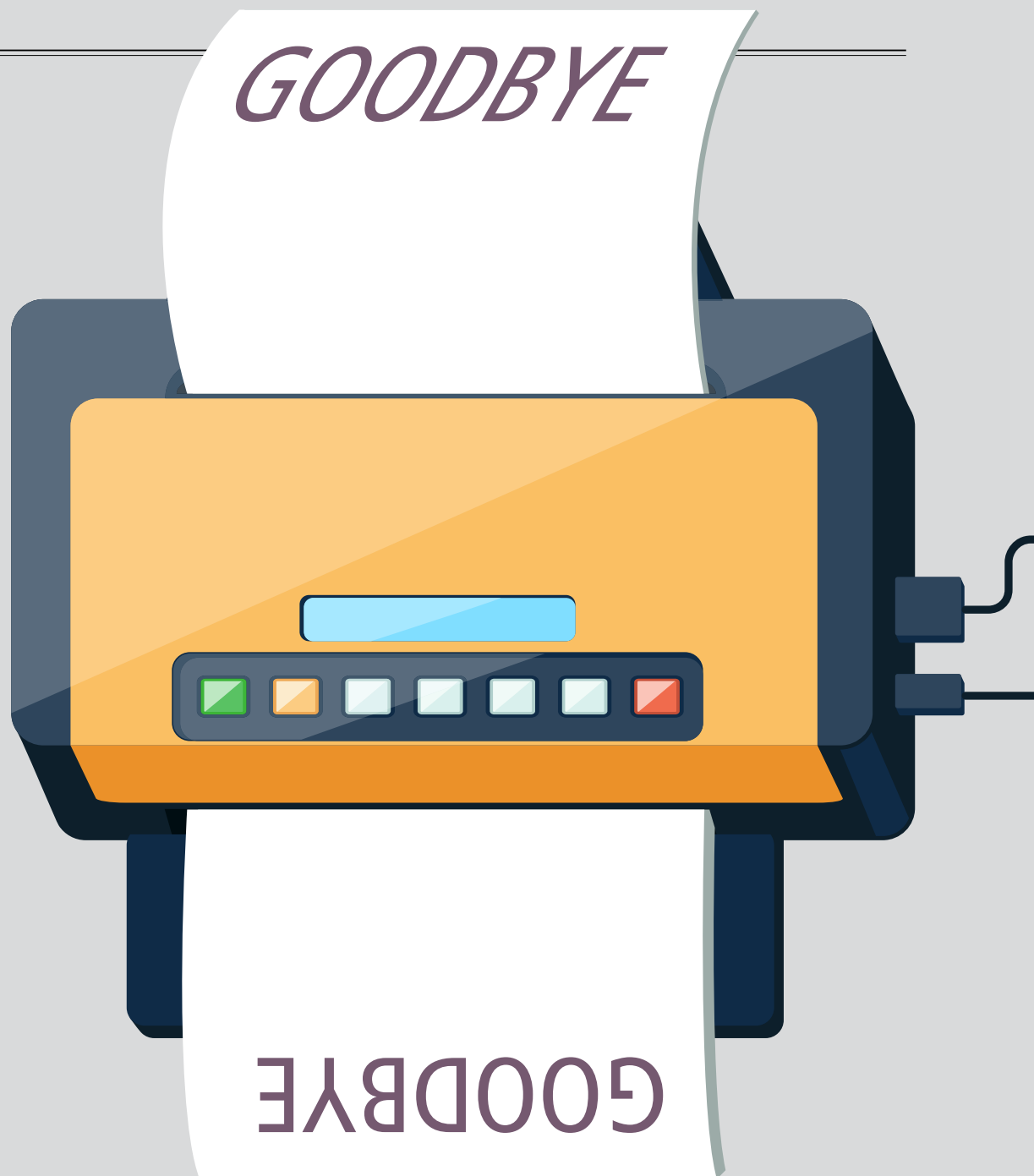
Een ander veilige e-maildienst is Zorg Messenger van KPN. Bij dit systeem is het voor het sturen van een e-mail noodzakelijk dat de verzender en ontvanger elkaar kennen. Dat is anders dan bij Zorgmail, waar je e-mailadressen uit een centraal adresboek kunt halen. Het is nu nog niet mogelijk om Zorg Messenger te koppelen aan het HIS. E-zorg maakt voor zijn Secure-e-mail gebruik van Zorg Messenger.

Foto maken en appen

Sinds ongeveer een jaar worden WhatsApp-berichten versleuteld verzonden, waarbij de sleutels alleen op het toestel van een gebruiker worden opgeslagen. Daardoor zijn er maar twee mensen die een bericht kunnen lezen: de verzender en de ontvanger. Toch is WhatsApp niet veilig genoeg voor het versturen van medische informatie. Zo is de toegang tot WhatsApp niet beveiligd met bijvoorbeeld een pincode. Dat geldt ook voor de opslag van de informatie, zoals foto's op je telefoon. Bovendien kun je je appje per ongeluk naar de verkeerde versturen en stuurt WhatsApp pushberichten, waarvan de

PRAKTIJKEN DIE FAXEN ZULLEN DAAR STEEDS VAKER PROBLEMEN MEE ERVAREN

t nu?



eerste regels door iedere meekijker te lezen zijn. Sinds 2016 is Siilo beschikbaar, een soort WhatsApp, maar dan veiliger. Deze app is speciaal ontwikkeld voor zorgprofessionals en alleen te openen met een pincode of een vingerafdruk. Net als bij de gewone WhatsApp worden de berichten versleuteld verstuurd. Bij Siilo worden ze echter niet op een centrale server geplaatst, maar op een afgeschermd locatie op de eigen telefoon, waar ze na dertig dagen au-

tomatisch worden verwijderd. Ook heeft de app een functie waarmee je foto's kunt anonimiseren en apart van de berichten veilig kunt opslaan. Siilo is alleen toegankelijk voor BIG-geregistreerde zorgprofessionals, wat als nadeel heeft dat een doktersassistente deze app niet kan gebruiken.

Teleconsultatie

Het is mogelijk om via Zorgdomein een teleconsultatie aan te vragen. Dit gaat via een online formulier waaraan je ook foto's en pdf-bestanden kunt toevoegen. De arts aan wie de vraag gericht is, krijgt dan een e-mailnotificatie of een sms-bericht. Hierbij worden de gegevens automatisch in het HIS geplaatst. Aan Teleconsultatie zijn wel kosten verbonden. ■

**WHATSAPP IS VERSLEUTELD,
MAAR TOCH NIET VEILIG
GENOEG**

NIEUWE VERSIE ICPC-TABEL

Tips om snel de juiste code te vinden



Afgelopen maart bracht het NHG na een periode van vijf jaar een nieuwe versie van de ICPC-tabel uit. Deze wordt de komende tijd geleidelijk aan in de HISsen geïmplementeerd. Wat verandert er met deze nieuwe versie? En hoe vind je snel de juiste code? We vroegen het aan Khing Njoo, ICPC-adviseur bij het NHG.

FEMKE BERENDS
FEMKEBERENDS@PLANET.NL

'WE HEBBEN HET AANTAL AFKORTINGEN IN DE ICPC-TABELLEN BEWUST BEPERKT'

Waarom was er een nieuwe versie nodig? 'Door ontwikkelingen in de geneeskunde en in de maatschappij verandert de terminologie die huisartsen in de loop der jaren gebruiken. Daarbij wijst de praktijk uit dat bepaalde indelingen van aandoeningen of symptomen niet meer handig zijn. Om de ICPC-tabel gebruiksvriendelijk te houden, moeten we daarom de omschrijvingen en de indeling in de tabellen eens in de drie tot vijf jaar aanpassen. Die aanpassingen doen we op basis van adviezen van expertgroepen, zorggroepen, onderzoekers en individuele dokters. Zo hebben we op verzoek van de zorggroep COPD/Astma de subcategorie "Hyperactiviteit luchtwegen" onder de hoofdcategorie "Astma" (R96) gewijzigd in "Andere symptomen/klachten luchtwegen" (R29). Veel patiënten kregen namelijk ten onrechte de diagnose astma en daarbij een oproep voor een griep-prik, terwijl ze bij wijze van spreken alleen last van langdurig hoesten en piepen hadden.'

In de geneeskunde gebruiken we veel afkortingen. Waarom zijn die veelal niet terug te vinden in de ICPC-tabellen? 'We hebben het aantal afkortingen in de ICPC-tabellen bewust beperkt. Enerzijds omdat een afkorting meerdere betekenissen kan hebben, wat problemen oplevert voor de zoekmachine in het HIS. Anderzijds zijn vooral afkortingen aan modes onderhevig. Denk bijvoorbeeld aan PDD NOS, dat



'ZOEKTERMEN KUNNEN PER HIS VERSCHILLENDE RESULTATEN OPLEVEREN'

steeds minder wordt gebruikt. Enkele veelgebruikte afkortingen voor aandoeningen staan overigens wel in de tabel, zoals COPD. "MRSA" zal in de zoektabel echter geen hit opleveren; daarvoor moet je eerst het woordje "drager" intikken.

Ook samengestelde woorden kunnen soms een probleem zijn voor de zoekmachine. Bij "handfactuur" vind je bijvoorbeeld niets, maar "darmkanker" levert wel wat op. De oplossing is om samengestelde woorden los van elkaar te schrijven, dus als "hand factuur". Een andere manier is om binnen een tractus (hoofdcategorie) te zoeken. Dit doe je door een van de zeventien letters van de hoofdcodes in te tikken, dan een spatie en vervolgens het woord dat je zoekt, bijvoorbeeld "N pijn".

Hoe ondersteunt de zoekmachine de gebruiker om niet te verdwalen? 'De zoekmachine kijkt naar de

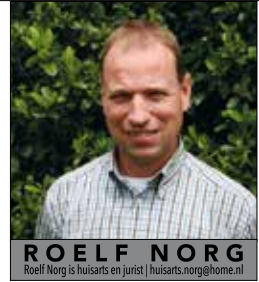
letters en de volgorde daarvan, en vergelijkt deze met de woorden in de ICPC-codetabel. Hoe specifieker je zoekterm, hoe eerder je de relevante ICPC-titel vindt. Als je bijvoorbeeld alleen "vinger" intikt, terwijl je op zoek bent naar "fijt", dan is de kans groot dat je niet vindt wat je zoekt.

De zoekmachine is overigens onderdeel van het HIS, dus zoektermen kunnen per HIS verschillende resultaten opleveren. De NHG heeft op zijn website een eigen zoekmachine, om uit te proberen hoe dat zit. Deze kun je gebruiken als je de ICPC-code in je eigen HIS niet kunt vinden. De URL is www.nhg.org/themas/publicaties/icpc-online.

Soms ontbreken er subcodes. Hoe moet je daarmee omgaan? 'Ik roep huisartsen op om suggesties voor subcodes, of verplaatsing daarvan naar een andere hoofdcategorie, bij mij te melden. Belangrijk is dat je daarbij beargumenteert waarom je dat wilt. Ook ontbrekende zoekwoorden of zoekwoorden die niet opleveren wat je verwacht, hoor ik graag voor de volgende actualisatieronde. ■

Alle tips voor het zoeken vind je op www.nhg.org/themas/artikelen/tips-bij-het-zoeken-naar-een-icpc-code.

Boekbespreking



ROELF NORG
Roelf Norg is huisarts en jurist | huisarts.norgehome.nl

'Kort Amerikaans. Heb jij dat?' Ik kijk mijn zoon verbaasd aan. 'Van Jan Wolkers.' Niet meteen het eerste waar ik bij hem aan denk, maar het moet van school. Waarom de docenten dat belegen boek uit 1962 nu per se verplicht moeten stellen, begrijp ik niet. Er zijn wel boeiender en actuelere schrijvers te verzinnen. Vind ik. Maar hij heeft het nu eenmaal op gekregen voor een boekbespreking en dan is daar niets aan te doen. Gelukkig bestaan er vrijmarkten, waar je dit boek voor 50 cent op de kop kunt tikken. De vraag van mijn zoon doet mij terugdenken aan een tentoonstelling van Wolkers schilderijen die ik vele jaren geleden in Elst (Utrecht) heb gezien. Pointillistische stippels, die het best als keukenzeildecoratie kunnen dienen. In de schaduw van de echte meesters van deze stroming, zoals je die in het Kröller-Müller museum kunt bewonderen, staat hij mijns inziens niet.

Maar goed, hij is natuurlijk meer bekend als schrijver van onder meer *Turks Fruit*. U weet wel, van die film met Monique van de Ven, die nu als overgebotste dokter Deen alle morele en juridische grenzen van het huisartsenvak overtreedt. Euthanasie uitvoeren binnen de familie? Geen probleem. Relaties aangaan met patiënten: ook geen punt. En van het beroepsgeheim ligt men ook al niet wakker. Spreekkamergeheimen worden breeduit gedeeld aan de koffietafel. Het kan geen geaccrediteerde praktijk zijn. De wachtkamer biedt geen privacy. De medicatie voor de euthanasie wordt in een gewoon kastje bewaard. (Hoe krijgen ze trouwens een adequate dosis propofol in een 2 ml spuit?) Ik ben benieuwd hoe de AVG in deze quasi-Vlielandse praktijkvoering huisgehouden heeft. Zouden de computers net zo toegankelijk zijn als bij de meeste echte huisart-

sen? Voor mijn proefschrift bezocht ik twintig jaar geleden huisartsenpraktijken om statusonderzoek te doen. Kijken hoe het de mensen die aan mijn trial hadden meegedaan was vergaan. Meestal kwam ik dan als de huisarts visite rijden was. Moeite om de computer binnen te komen had ik desondanks niet. De toegangscode was bij iedereen nog steeds dezelfde. Sindsdien is er op de meeste plekken nog weinig veranderd. Mensen zijn nu eenmaal niet geneigd tot moeilijke wachtwoorden. In het boek *Andersen* van Charles Lewinsky heeft een van de hoofdpersonen het wachtwoord Bond007. Een studievriend gebruikte dit wachtwoord dertig jaar geleden ook al. (Ik neem aan dat hij dit inmiddels wel veranderd heeft en dat hij niet door deze bekendmaking wordt gehackt.)

Lewinsky heeft een surrealistisch uitgangspunt gekozen, dat aanzet tot filosoferen. (Welk verklap ik niet.) Al gauw wordt het hardvochtige karakter van de hoofdpersoon duidelijk. Tot aan de vergenoegde vaststelling dat een computerkraak simpeler wordt als je die uitvoert op een manier die iedereen kan zien. Doe iets wat iedereen zo logisch vindt dat het als vanzelfsprekend wordt aangenomen. Je hóeft het bedrog dan niet meer te verbergen. Zo werkt dat psychologisch nu eenmaal.

Een leerzaam en actueel boek, geschikt voor een boekbespreking. Niet alleen voor middelbaar scholieren. Ook voor medici die nog eens willen reflecteren én tegelijk met andere ogen naar hun ICT-beveiliging willen kijken. ■

Promedico ASP

De griepmodule instellen

De griepmodule van Promedico-ASP is in 2013 door Promedico helemaal herzien en aanzienlijk gebruiksvriendelijker gemaakt. In deze tip en truc gaan we in op het kiezen van instellingen en beantwoorden we enkele veel gestelde vragen van gebruikers. Allereerst de instellingen. Deze benadert u via: [Projecten > griep > jaar kiezen > instellingen](#). Door hier goed naar te kijken kunt u een efficiënt beoordeelproces instellen, zonder

dat u veel mensen over het hoofd ziet. Wanneer u de standaardset van SNPG/NHG overneemt, krijgt u de meest uitgebreide selectie en dus veel handmatig beoordeelwerk. Indien u door het jaar heen belangrijke aandoeningen van een juiste ICPC-code voorziet – en ook in de episodelijst vastlegt –, scheelt u dat in de griepperiode werk.

U kunt in dit scherm (figuur 1) keuzen maken: welke ICPC-code van de

episodelijst wel of niet meenemen, direct uitnodigen of eerst individueel beoordelen tot zelfs de ICPC-code van de E-regel meenemen. Ook kunt u er hier voor kiezen om de set van een collega-praktijk te importeren of te exporteren naar een andere praktijk.

Het tabblad [Bijzondere kenmerken](#) geeft instellingen om op grond van medicatiegebruik een selectie van patiënten te doen. Dit is in feite een

The screenshot shows the 'Griep project 2018' settings screen in Promedico-ASP. The interface includes a navigation bar with 'Projecten', 'Geprojecteerd', 'Eject', 'Reservaten', and 'Grip'. Below this, there are statistics for 'Beroepszwaarte', 'Beroepszwaarte (20)', 'Afweseren (0)', 'Dorocaps (1001)', 'Mogelbaar (0)', 'Griepzwaarte (3)', 'Dorocaps (0)', and 'Instellingen'. The main content area is titled 'Griep project 2018' and contains a table with columns for 'Patiëntkenmerken', 'ICPC', 'Bijzondere kenmerken', and 'Registratie'. The table lists various ICPC codes and their descriptions, such as 'K73.01 Abnormale hartfrequentie (ASD)', 'K73.02 Vertraging van de hartslag (VSD)', 'K74 Angina pectoris', 'K74.01 Instabiele angina pectoris', 'K74.02 Stabiele angina pectoris', 'K75 Acute myocardinfarct', 'K76 Andere chronische ischaemische hartziekte', 'K76.01 Coronairarteriosclerose', 'K76.02 Weerga myocardinfarct (> 4 weken geleden)', 'K77 Decompensatie cordis', 'K77.01 Acute decompensatie cordis/astma cordiale', 'K77.02 Chronische decompensatie cordis', 'K78 Bloedembolieën/stadione', 'K80 Ektopische slagaders/systolen', 'K80.01 Supraventriculaire extrasystolen', 'K80.02 Ventriculaire extrasystolen', 'K80.03 Sick sinus syndroom', 'K82 Cox pulmonale', and 'K83 Niet-rumaatse klampaandoening'. At the bottom of the table, there is a checkbox for 'ICPC vastgelegd op e-regel in deeltcontact' and a date field 'maanden tot einde 2018'. Below the table are buttons for 'Griep overzicht', 'Standaardset', 'Importeren', 'Exporteren', and 'Opslaan'.

Figuur 1. Scherm met instellingen van ICPC-codes

Promedico-ASP v. 2018.1.3
Geen actieve patiënt

Projecten > Gegevenssets Export Resultaten Griep

Samenvatting Beoordelen (28) Afgewezen (0) Oproepen (1001) Reg

Griep project 2018

Patiëntkenmerken ICPC Bijzondere kenmerken Registratie

Patient heeft mogelijk griepisico
 Patient heeft griepisico
 Mogelijk griepisico - Influenzavaccin
 Mogelijk griepisico - Weerstandsverlagend middel

Medicatie voorgeschreven vanaf maanden van einde 2018

Figuur 2. Scherm met instellingen van Bijzondere kenmerken

indirecte manier om patiënten te vinden, die veel vervuiling oplevert. Daarom is deze methode niet aan te bevelen, behalve voor wat betreft het gebruik van een weerstandsverla-

gend middel (figuur 2). Deze twee instellingen samen resulteren in een reductie van 90 procent van individueel te beoordelen patiënten voor een oproep.

Op individueel patiëntniveau kunt u het eenmaal in gang gezette griepproject alsnog bijsturen. Dit doet u via het scherm [Medisch dossier > zoek patiënt > Projecten > griep](#). Hier vindt u de knoppen voor griepweigeraar, griepvaccinatie op eigen verzoek en thuisvaccinatie. Als patiënten van huisarts veranderen of overlijden gaan ze automatisch uit de module.

Het verzenden van de uitnodiging voor de griepvaccinatie kan de praktijk uitbesteden aan Promedico. Deze mogelijkheid is bedoeld om te ontzorgen en er is dus geen sprake van enig winstoogmerk. De service wordt elk jaar vaker gebruikt en is inmiddels behoorlijk populair. Gebruikers van andere HISsen, zoals Medicom, MicroHIS en CGM Huisarts, maken ook steeds vaker gebruik van deze service.

Via een beveiligde omgeving kan het .csv-bestand worden verzonden naar Promedico. Deze bestanden worden na een maand door Promedico weggegooid.

JEROEN VAN DER LUGT
LUGTKUS@GMAIL.COM

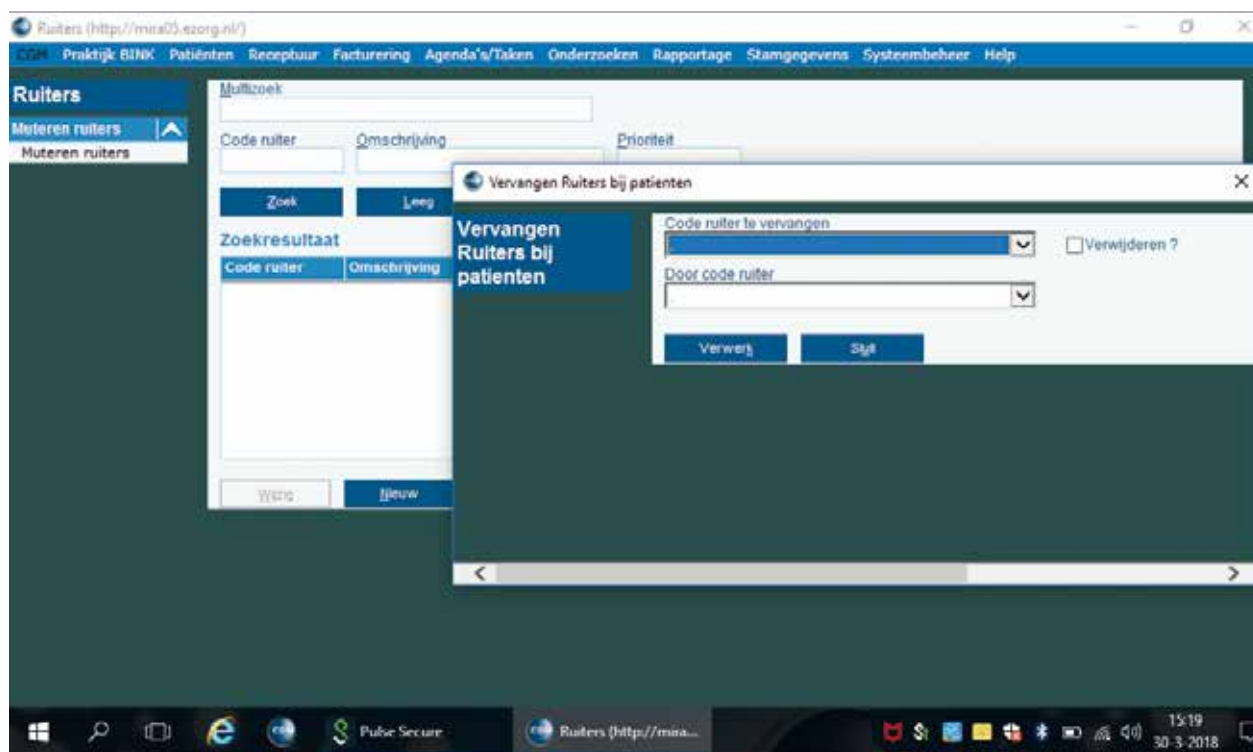
CGM-huisarts

De griepmodule van CGM-huisarts

Er zijn zeker nog wat tips en trucs te verzinnen bij de handige griepmodule van CGM-huisarts. Ik presenteer ze in volgorde waarin u in de praktijk met CGM werkt. Voordat u een begin maakt met de griepmodule is het handig om eerst

een oproepbrief te maken met de barcodevermelding. De barcode kan namelijk worden gebruikt om de ingeleverde brieven snel te verwerken. De barcode is opgebouwd uit het getal waarmee een gemaakte oproep wordt gekenmerkt, samen met het

patiëntnummer. Zo herkent de barcodelezer snel om welke oproep en welke patiënt het gaat. Mocht een dergelijke brief nog niet in het systeem zitten, dan kunt u voor een eenvoudige aanvraag een template (voorbeeldbrief) gebruiken.



Figuur 1. Het muteren van ruiters

Datum	SC	Episode	Auteur	K	L	Om	ICPC	V	W	S	Acc
27-3-2018	N	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	JANTI	B	A	Zor					
16-3-2018	N	Algemene Episode	MARIE	B	A	Bri					
13-3-2018	N	Algemene Episode	RENE	B	A	Bri					rene
1-3-2018	N	Fractuur enkel	LIANN	B	A	Zor					
26-2-2018	N	Algemene Episode	INGRI	B	A	Bri					
20-1-2018	N	Algemene Episode	LIANN	B	A	Zorg					Status: verwijzing niet aangemaakt
30-1-2018	N	Algemene Episode	LIANN	B	A	Zorg					Status: verwijzing niet aangemaakt
24-1-2018	N	Algemene Episode	MARIS	B	A	Zorg					Status: verwijzing niet aangemaakt
23-1-2018	C	COPD	RENE	B	P	Brief: Test					rene
18-1-2018	N	COPD	MARIS	B	A	Zorg					Status: verwijzing niet aangemaakt
22-12-2017	N	Algemene Episode	RENE	B	A	Zorg					Status: aanvraag is afgerond / ZD38380895 / Star-MDC / Laboratorium / 010-2890200
22-12-2017	N	Algemene Episode	RENE	B	A	Zorg					Status: aanvraag is afgerond / ZD38380789 / Reinier MDC / Laboratorium / 0181-690109
2-12-2017	C	Fractuur enkel	RENE	B	E	fractuur enkel					L73.00
23-11-2017	N	Algemene Episode	RENE	A	O	Protocol: 00_vervolg op gb - vervolg op uitslag gb APWO : 1 (geen bijzonderheden) compleet : 2 (ja) assistente : 1 (ja) terugbelsprekuren : 1 (ja)					rene
22-11-2017	N	Algemene Episode	RENE	A	O	Protocol: A1 Afhandelen APWO - Afwijkend onderzoek					rene
22-11-2017	C	Algemene Episode	MARIE	A	O	Protocol: Radiologie 3 MRI onderzoek afwijkend - MRI onderzoek APWO APWO : 2 (APWIJKEND)					rene

Figuur 2. Episodegroep Griep

Daarnaast is het handig om vooraf de ruiters G+ en GS te verwijderen. De G+ staat immers voor een ontvangen vaccin in het vorige jaar en een GS is het resultaat van de eindselectie van het vorige jaar. Het verwijderen is als één handeling per ruiters uit te voeren onder het bovenbalkmenu onder **Stamgegevens > Ruiters** (zie figuur 1).

Het is verstandig om de ruiters GV te laten staan, omdat die uiteindelijk heeft geleid tot de oproep van vorig jaar en kan helpen bij het overzicht binnen de griepmodule, zodat u snel kunt beoordelen waarom de patiënt in het huidige jaar een oproep moet krijgen.

Werken met de griepmodule behoeft verder weinig uitleg. De module werkt stapsgewijs en is heel overzichtelijk. Het beoordelen van de selectie gaat snel voor de leeftijdscategorie van zestig jaar en ouder. De selectie onder die leeftijd kan met ondersteuning van de geboden informatie en raadpleging van dossier of recepthistorie met de linkkop-

pling in de linker kolom. Binnen enige tijd is het eindresultaat van de definitieve selectie bereikt.

Als de bewerking is voltooid is het handig om eerst de ruiters GS te plaatsen. Met een simpele oproep op ruiters GS afwezig en GV aanwezig kan dan snel het verschil tussen vorig jaar en dit jaar duidelijk worden. Gemiddeld is dat een tiental patiënten, waarbij het dan bijvoorbeeld gaat om patiënten met status na miltextirpatie die (nog) niet in de GS-selectie zullen voorkomen. Bij eventuele toch wel geïndiceerden kunt u de ruiters GS het beste handmatig plaatsen. Daarmee wordt de GS-groep uiteindelijk de samenstelling van de kandidaten voor het huidige jaar.

Als de GS-plaatsing compleet is, dan is de volgende stap het verwijderen van de ruiters GV. Waarom is dit handig? De ruiters GS was al opgeschoond en met het opschoonen van de ruiters GV wordt voorkomen dat de ruiters nog voorkomen bij patiënten die niet meer ingeschreven

zijn in de praktijk. Niet-vaste patiënten krijgen dan niet ten onrechte brieven toegestuurd.

Natuurlijk is de nieuwe toewijzing van GV de laatste stap die u moet zetten. Deze stap is in één keer uit te voeren met de procedure 'Plaatsen GV bij ruiters GS'.

De ruiters GV kan nu worden gebruikt voor het maken van een totaalselectie. Dat is weer handig om wanneer u wilt werken aan subselecties met een mogelijk aparte briefopstelling, bijvoorbeeld bij thuisvaccinatie of gecombineerde adressen (tehuis).

Voor een snelle dossierraadpleging bij iedere patiënt is het trouwens ook handig om een generieke episodegroep aan te maken met de ICPC-codeverzameling die geldt voor griepvaccinatieindicaties (zie figuur 2). Geïnteresseerd? Stuur een verzoek aan de auteur.

RENÉ VAN LEEUWEN
RENE.VAN.LEEUWEN@PLANET.NL

OmniHis Scipio

De griepvaccinatie

De voorbereiding van de griepvaccinatiecampagne begint in juni met het bepalen van het aantal vaccinaties voor het seizoen 2018-2019. De afgelopen jaren zagen we een neergaande trend (vanwege weerzin tegen vaccinatie), maar nog altijd heeft een ruime meerderheid van de patiënten van onze praktijk zich het vorige seizoen laten vaccineren. Het aantal gevaccineerde patiënten van het afgelopen jaar vormt de basis voor het aantal vaccins dat we dit jaar moeten bestellen. In OmniHis-Scipio wordt dit getoond: **OmniHis-Scipio > Preventie > Griep > Print overzichten**. Zie figuur 1 voor de instellingen.

De griepmodule in OmniHis-Scipio is chronologisch opgezet. Het genereren van de diverse lijsten van de griepmodule belast het systeem niet in zo'n mate dat andere werkplekken

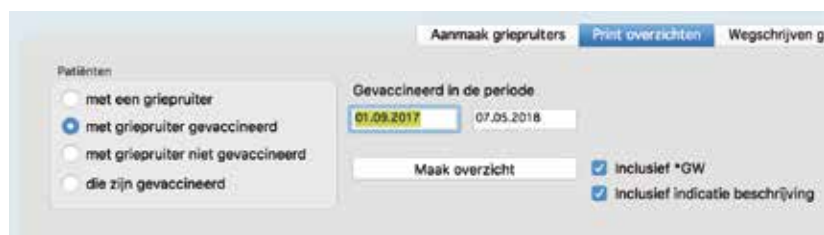
er hinder van hebben. Sinds het afgelopen seizoen zijn er patiënten bijgekomen die chronisch ziek zijn geworden. Zij komen op grond hiervan voor het nieuwe seizoen voor griepvaccinatie in aanmerking. Omdat ze nog geen griepruiters hadden moet u deze voor hen dus aanmaken. Op basis van de griepruiters in het hele patiëntenbestand stuurt u later uitnodigingsbrieven.

Bij het aanmaken van de nieuwe ruiters genereert OmniHis-Scipio op basis van de diagnoses die het afgelopen jaar zijn gesteld eerst een lijst van mensen die *mogelijk*, *waarschijnlijk* of *zeker* in aanmerking komen voor een vaccinatie. Het is medisch-technisch mensenwerk om de indicatie te stellen. Zie de documentatie van de NHG *NHG/SNPG-Handleiding GRIEPVACCINATIE, herziening 2017*. De coderingen die leiden tot een

gradatie 3 (zeker) hoeft u niet te controleren en kunnen geautomatiseerd worden aangemaakt. U zult moeten beslissen of de patiënten met aandoeningen met gradatie 1 en 2 voor advies voor vaccinatie met een ruiter moeten worden aange-merkt. Bij de beoordeling van de lijst blijkt hoe nuttig het is wanneer u het 'omschrijvingveld' van de episode in de episodelijst inhoudelijk goed hebt ingevuld. Indien de lijst u te weinig informatie verschaft, is het nuttig om *na* het verwerken van de ruiters van de patiënten met de ICPC uit de derde gradatie, de lijst te sorteren op patiëntnummer en uit te printen (klik op de betreffende titel van de kolom).

Indien u twee beeldschermen op de computer van het werkstation hebt aangesloten, kunt u aan de linkerkant de lijst nalopen en op het rechter beeldscherm de opgezochte patiënten beoordelen.

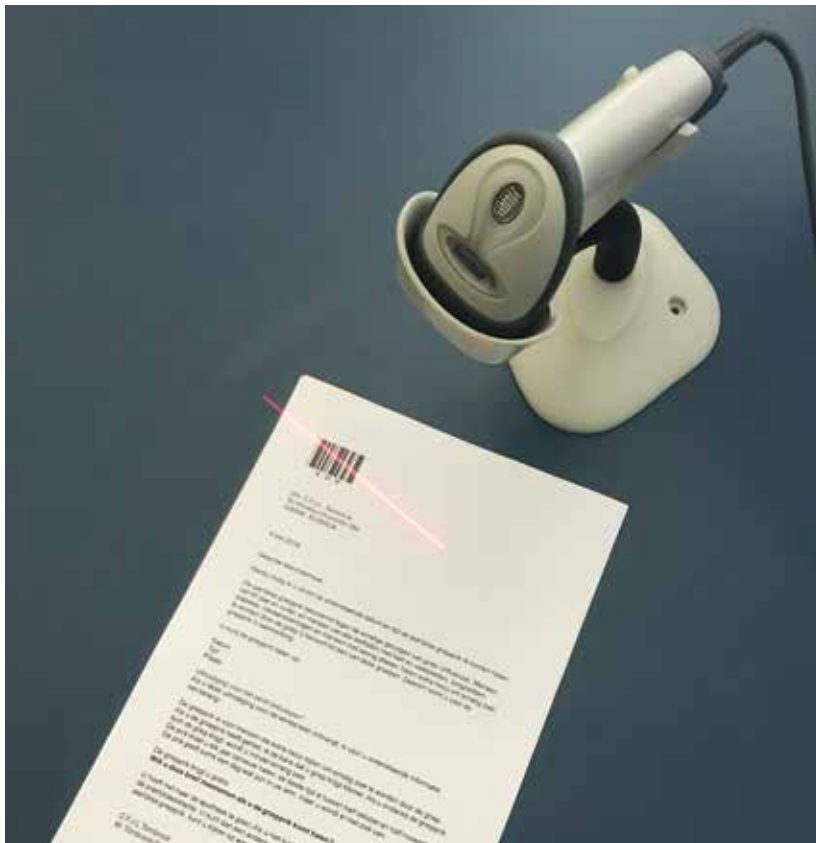
Wanneer u de indicatie voor uw patiënten hebt bepaald, kunt u de uitnodigingsbrieven aanmaken. De helptekst *Oproepbrieven griep* geeft een stapsgewijze ondersteuning voor het maken ervan. In onze praktijk verzenden we uitnodigingsbrieven niet per e-mail, omdat we eenvoudigweg



Figuur 1. Print overzichten; een overzicht van in het voorafgaande jaar gevaccineerde patiënten

1 Griep 2 Cervix 3 Diabetes 4 HVZ 5 CVRM 6 COPD							
<input type="checkbox"/> Maak keuze voor een arts Samenstelling patiëntenlijst voor praktijk-AGB-nummer van de ingelogde gebruiker							
Aanmaak griepruiters Print overzichten Wegsch							
Startdatum	01.09.2017		Maak patiëntenlijst				
Type	Patiënt num	Geboortedatum	Naam	Startdatum	Omschrijving	Gradatie...	Gradatie
leeftijd	8500	1949	...	21.02.1949		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
leeftijd	8500	1958	...	06.02.1958		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
leeftijd	8500	1954	...	12.10.1954		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
leeftijd	8500	1953	...	31.05.1953		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
leeftijd	8500	1949	...	22.08.1949		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
leeftijd	8500	1959	...	17.01.1959		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
leeftijd	8500	1959	...	02.03.1959		<input checked="" type="checkbox"/> Plaats Ruiters	3
episodes	8500	1997	...	31.05.2012	L85.01 Scoliose	<input type="checkbox"/> Plaats Ruiters	2
episodes	8500	1997	...	07.04.2010	K73.00 Aangeboren	<input type="checkbox"/> Plaats Ruiters	2
episodes	8500	1982	...	26.06.2017	R70.00	<input type="checkbox"/> Plaats Ruiters	2
episodes	8500	1996	...	05.02.2013	R96.00 medicatie (e	<input type="checkbox"/> Plaats Ruiters	2
episodes	8500	1994	...	30.11.2005	R96.00 R96.00 Astr	<input type="checkbox"/> Plaats Ruiters	2
episodes	8500	1984	...	03.02.2015	L85.01 Ort onderzo	<input type="checkbox"/> Plaats Ruiters	2

Figuur 2. Het sorteren van de lijst met indicaties



Figuur 3. Het verwerken van de administratie van de uitnodigingsbrieven gebeurt met de barcodescanner

niet kunnen weten of deze adressen inmiddels gemuteerd zijn.

Het gebruik van een barcodescanner maakt het mogelijk om de mensen die zijn gevaccineerd meteen administratief te verwerken (zie figuur 3). Bij het vaccineren zelf zullen twee medewerkers ongeveer honderd mensen per uur een griep prik geven. Tegelijkertijd verwerken ze de administratie van de uitnodigingsbrieven, met gebruikmaking van een barcodescanner.

Indien u met een barcodescanner wenst te gaan werken, neem dan tijdig contact op met OmniHis voor de instructies voor de installatie. Aan een werkstation moeten barcodefonts worden toegevoegd. De printer moet worden getest op het kunnen maken van strakke barcodes (de meeste printers doen dit goed).

CASPER TOMBROCK
CASPER.TOMBROCK@GMAIL.COM

MicroHIS

Starten met een nieuwe griepcampagne

Om te beginnen: bedenk dat u de oude griepmodule niet meer kunt gebruiken. Er wordt namelijk niet meer met ruiters gewerkt. Start met een nieuwe griepcampagne. Als u hierbij meteen zorgvuldig kijkt naar de selectiecriteria

en ICPC kost het veel minder werk om te beoordelen wie daadwerkelijk voor vaccinatie in aanmerking komt. Klik op **Selectiecriteria** (zie figuur 1): de criteria 'medicatie met grieprioso, kenmerk 33' en 'medicatie met mogelijk grieprioso, kenmerk 32' zijn

volgens het NHG achterhaald. Het betreft medicatie waar een chronische aandoening van afgeleid kan worden. Het idee om de indicatie voor een griepvaccinatie hierop te baseren stamt uit de tijd dat er in de HISsen nog onvoldoende ICPC-gecodeerd geregistreerd werd. 'Inmiddels werken alle huisartsen episodegericht met vastgelegde ICPC-codes voor de diagnoses ... Het NHG raadt daarom af om voor de chronische aandoeningen nog te selecteren op basis van medicatiegebruik ... NB Dit geldt niet voor weerstandverlagende medicatie: daarop moet wel geselecteerd worden.'

Bij het tabblad **ICPC** wordt de specificiteit vermeld (zie figuur 2). 'Patiënten met een aandoening met specificiteit 3 hebben een relevante indicatie voor de griepvaccinatie. Bij de patiënten met een mogelijk relevante aandoening zal er bij specificiteit 2 op gelet moeten worden of de patiënt voldoet aan het ernst- en/of tijds criterium van de beschreven aandoening. Bij een specificiteit 1 zal gekeken moeten worden of de patiënt wel de beschreven aandoening heeft en niet een andere aan-

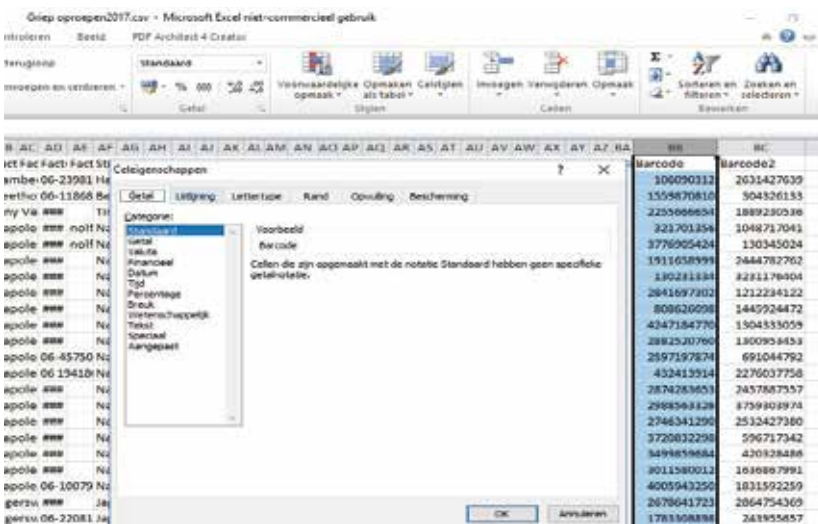
Figuur 1. Kijk kritisch naar de selectiecriteria

ICPC	Omschrijving	Speci...	Indicatie	Aktie
R91	Chronische bronchitis / bronchiëctasieën		3 Afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen	Oproepen
R91.01	Chronische bronchitis		3 Afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen	Oproepen
R91.02	Bronchiëctasieën		3 Afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen	Oproepen
R95	Emfyseem/COPD		3 COPD	Oproepen
T90	Diabetes mellitus		3 Diabetes mellitus, ivm verminderde afweer bij diab	Oproepen
T90.01	Diabetes mellitus type 1		3 Diabetes mellitus	Oproepen
T90.02	Diabetes mellitus type 2		3 Diabetes mellitus	Oproepen
T99.08	Syndroom van Cushing		3 Verminderde weerstand tegen infecties Auto-immuun	Oproepen
T99.09	Syndroom van Addison		3 Verminderde weerstand tegen infecties Auto-immuun	Oproepen
T99.10	Cystic fibrosis		3 Mucoviscidose	Oproepen
B72	Ziekte van Hodgkin		2 Verminderde weerstand tegen infecties, overig	Beoordelen
B72.01	Ziekte van Hodgkin		2 Verminderde weerstand tegen infecties, overig	Beoordelen
B72.02	Non-Hodgkin lymfoom		2 Verminderde weerstand tegen infecties, overig	Beoordelen
B73	Leukemie		2 Verminderde weerstand tegen infecties, overig	Beoordelen
B74	Andere maligniteit bloed / lymfestelsel		2 Verminderde weerstand tegen infecties, overig	Beoordelen

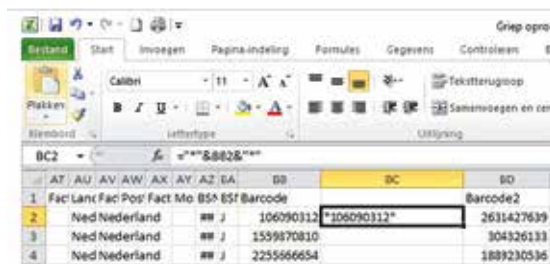
Figuur 2. Specificiteit per ICPC-code



Figuur 3. Sorteert bij het beoordelen eerst op ICA



Figuur 4. Celeigenschappen – kies Standaard



Figuur 5. Formule voor het toevoegen van asterisken

doening binnen dezelfde ICPC-code.' Default staan de ICPC-codes met specificiteit 3 op 'oproepen' en de beide andere op 'beoordelen'. Bij de codes met specificiteit 2 staan er wellicht bij die u ook op 'oproepen' wilt zetten.

Patiënten met een contra-indicatie

Start bij het beoordelen met de patiënten die een *contra-indicatie* hebben voor het vaccin. Meestal betreft het hier zwangerschap/borstvoeding. Is dit nog actueel? Klik rechts onderin op **ICA** om de lijst hierop te sorteren (zie figuur 3) en bekijk de patiënten met een uitroepteken. Door te dubbelklikken komt u in het griepdossier met medicatiebewakingsscherm van de betreffende patiënt en kunt u indien van toepassing de contra-indicatie beëindigen.

Ga vervolgens per groep indicaties te werk en selecteer bijvoorbeeld alle personen met astma door 'astma' of 'R96' te typen in het vak <vul een tekst in om op te filteren>. Deze kunt u vervolgens eventueel op geboortedatum sorteren. Door dubbel te klikken komt u weer in het griepdossier. Ga met **F4** naar het werkblad.

Het is mogelijk een oproep aan te maken als nog niet alle patiënten beoordeeld zijn. Na het beoordelen van de rest van de lijst, of als er nog toevoegingen zijn, kan een volgende selectie opgeroepen worden.

Een eigen oproep maken

Maakt u graag een eigen oproep met behulp van een Excel-bestand? Ga dan als volgt te werk. Kies bij **aanmaken oproepen** voor **verzendinglijst per post**. Er wordt nu een .csv-bestand aangemaakt van de op te roepen patiënten. Open het bestand met Excel.

Voor het afdrukken van de barcode op de oproep dient het veld **barcode** gebruikt te worden (niet barcode 2). Dit veld bevat codes in cijfers. Om deze als barcode af te drukken kunt

X	AY	AZ	BA	BB	BC	Barcc
ct	Mo	BSN	BSI	Barcode		
	##	J		106090312	*106090312*	26
	##	J		1559870810	*1559870810*	3
	##	J		2255666654	*2255666654*	18
	##	J		321701356	*321701356*	10
	##	J		3776905424		1
	##	J		1911658999		24
	##	J		130231334		32

Figuur 6. Resultaat: de code staat tussen asterisken

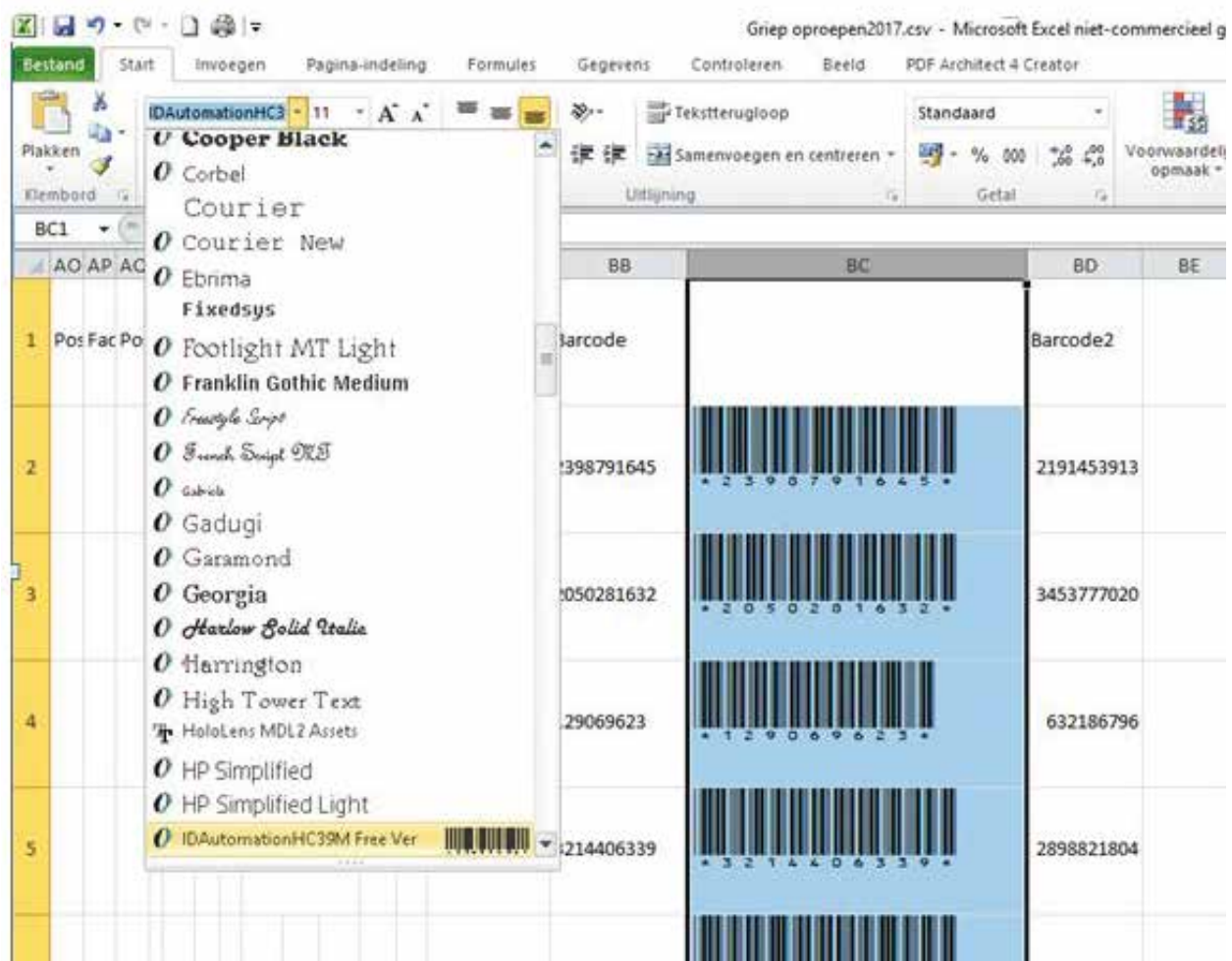
Enter (zie figuur 5). De 'barcode' wordt hierdoor gekopieerd en tussen asterisken gezet. Hierdoor kan de barcode bij het registreren herkend worden. Selecteer vervolgens de cel en sleep de rechteronderhoek naar beneden om toe te passen op de rest van de kolom (zie figuur 6). Selecteer de kolom en maak het lettertype IDAutomationHC39, zoals te zien in figuur 7. Het Excel-bestand is nu te gebruiken voor uw griepoproepen.

CAROLINE NORG-SCHULPEN
PRAKTIJK.NORG@HOME.NL

Kijk voor meer Tips en trucs op Haweb in de groep Orego (alleen voor leden) verenigingszaken

u (gratis) het lettertype barcode 39 downloaden (<https://www.idautomation.com/free-barcode-products/code39-font/>). Selecteer in het Excel-bestand de kolom met barcode (barcode 2 wordt niet gebruikt).

Klik met de rechter muisknop en kies **Celeigenschappen**. Selecteer **Standaard** (zie figuur 4). Voeg rechts een lege kolom in en geef deze ook de ceileigenschap 'standaard'. Selecteer de eerste cel in deze kolom en type in de functieregel `'*&BB2&''`.



Figuur 7. Barcodes na het selecteren van het juiste lettertype

Promedico VDF

Het starten van een griepproject

Via **Rapportage – Griep** wordt het griepproject gestart (zie figuur 1). Als eerste wordt er een overzicht getoond (figuur 2). Voeg het nieuwe jaar toe (figuur 3).

U hebt vervolgens twee opties: GW verwijst naar een griepweigeraar uit het vorige jaar, die u door hem aan te vinken kunt weglaten uit de beoordeling. GV staat voor gevaccineerde van het vorige jaar. Vink die aan, want die hoeft u niet meer te beoordelen – dat scheelt veel werk.

Door te klikken op de knop **Selectiecriteria** is het mogelijk om de griepselectiecriteria te bekijken en eventueel te wijzigen. Ophalen van de standaardset is de default-instelling (figuur 4).

Op https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg_snpng-handleiding_griepvaccinatie_2017_web.pdf kunt u vinden welke groepen voor GV in aanmerking komen.

Onder de tab **Bijzondere kenmerken** kunt u methotrexaat (BK 83) en

oncolytica (BK 88) toevoegen (figuur 5). Immunosuppressiva zoals Humira, hebben BK 87 als bijzonder kenmerk.

Klik op **Opslaan** en **Start selectie**.

Vervolgens kunt u beoordelen door met de rechter muisknop op het jaar te klikken. Beoordeel de nieuwe mogelijk geïndiceerden van 2018 door + of – aan te vinken (figuur 6), en verwerk ze.

Door op de i te klikken kunt u de reden van de selectie zien. Met de rechter muisknop kunt u naar het



Figuur 1. Het starten van een griepproject via Rapportage

 The screenshot shows the 'Griep projecten' window with a table containing the following data:

Referentiejaar	TeBeoordelen	Afgewezen	Geselecteerd	NonRespondenten	Weigeraars	Gevaccineerd	Totaal
2014	0	83	540	1	94	668	1386
2015	0	9	553	0	103	641	1306
2016	0	10	589	0	106	601	1306
2017	0	8	645	0	37	622	1312

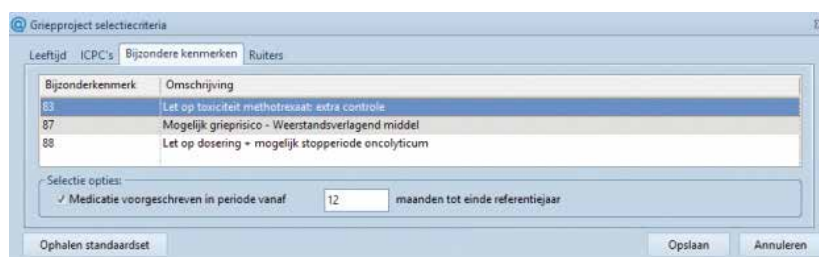
Figuur 2. Het overzicht



Figuur 3. Het toevoegen van het nieuwe jaar 2018



Figuur 4. De selectiecriteria



Figuur 5. De tab Bijzondere kenmerken

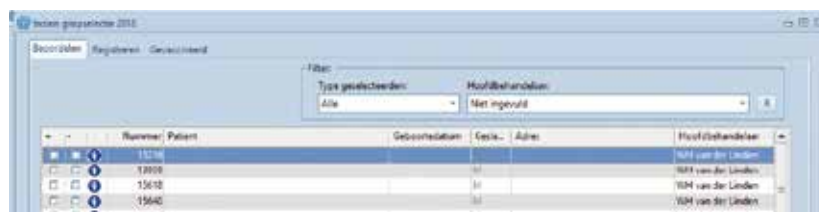
medisch dossier gaan om te kijken of er een reden is voor een GV.

De mogelijke indicatie is bijvoorbeeld astma. Wanneer de betrokkene echter geen inhalatiecorticosteroiden gebruikt is GV niet geïndiceerd. Dan vinkt u dus – aan. NB: wanneer de selectie niet juist was, kunt u deze opnieuw laten uitvoeren.

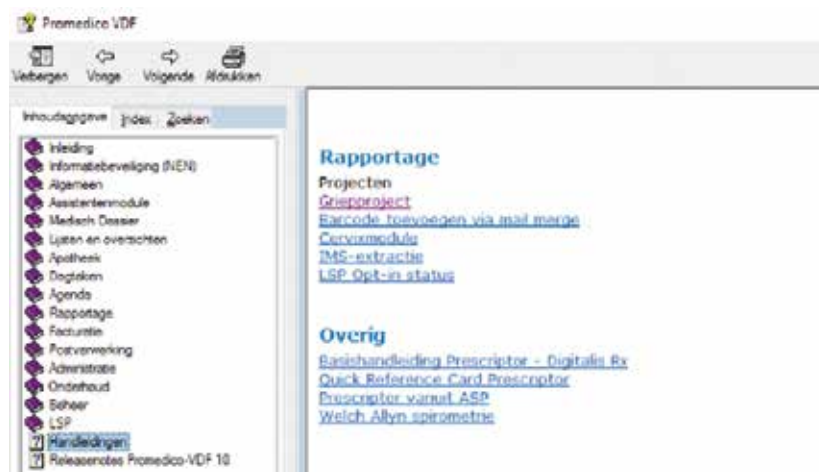
Wanneer het tijd wordt om de uitnodigingen te gaan versturen, volgt het oproepen, via **Rapportage – Griep**. Hier kan gekozen worden voor een uitdraai op papier, een etiket of een bestand (pdf/Excel), dat vervolgens naar een direct mailing-bedrijf gestuurd kan worden. U kunt ook zelf een mailmerge-bestand aanmaken en uitnodigingsbrieven versturen, ook met een barcode, wat handig is voor het verwerken na de vaccinatie.

Zie hiervoor verder de Handleiding Griepproject (figuur 7).

WILLEM VAN DER LINDEN
WILLEM@HUISARTSPRAKTIJKDELINDE.NL



Figuur 6. Het beoordelen van de nieuwe mogelijk geïndiceerden



Figuur 7. De Handleiding Griepproject

NEDHIS, KOEPEL VAN HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN

BESTUUR
Ron Dingjan | voorzitter huisarts@dingjan.demon.nl
Frits Schueler penningmeester | schue094@planet.nl
Ronald van Ingen | ronald.vaningen@gmail.com
Casper Tombrock (a.i.) | casper.tombrock@gmail.com
Kees Kanters | kkanters@xs4all.nl
Ruud Gebel | gebel@huisartsenprelude.nl



SECRETARIAAT
Bep Otterloo | 06 46813881
secretariaat@nedhis.nl
www.nedhis.nl



OREGO, VERENIGING VAN MICROHIS-GEBRUIKERS

BESTUUR
Kees Kanters voorzitter | kanters@xs4all.nl
Frits Schueler penningmeester | schue094@planet.nl
Pieter Vrijdag | praktijkvrijdag@ezorg.nl

WEBSITE www.orego.nl
HAweb-groep Orego | www.haweb.nl

MicroHIS
Service Centre | servicecentre.hg.nld@dxc.com
071 525 67 47

ATLAS VERENIGING VAN HETHIS-, CGM HUISARTS- EN PROMEDICO-GEBRUIKERS

BESTUUR
Ronald van Ingen voorzitter | ronald.vaningen@gmail.com
Michiel Zwartkruis penningmeester | malz@xs4all.nl
René van Leeuwen | rene.van.leeuwen@planet.nl
Hanneke Tan | hanneke@dokter-h-tan.nl
Aldert van der Vinne | avdvinne@knmg.nl
Willem van der Linden | huisartsenpraktijkdeline@xs4all.nl
Heidi van den Maagdenberg | heidivdm66@hotmail.com
Jasper Hartman | Hartman@dejagerwegpraktijk.nl

WEBSITE www.nedhis.nl



GCM Huisarts
GCM Support | support@cgml-nl.cgm.com | 088 3876444
Softwarewensen CGM Huisarts
rene.van.leeuwen@planet.nl

Promedico
Promedico ICT BV 030 6016620 | info@promedico.nl
Servicedesk | aspservicedesk@promedico.nl
030 601 6655

OMNIHIS, VERENIGING VAN OMNIHIS SCIPIO-GEBRUIKERS

Bestuur
Casper Tombrock (a.i.) | casper.tombrock@gmail.com
Piet Molenaar penningmeester | p.m@telfort.nl



WEBSITE www.omnihis.nl
OmniHis BV 0900 6664447 | info@omnihis.nl

SECRETARIAAT EN LEDENADMINISTRATIE

Atlas en Orego Secretariaat NedHIS
Bep Otterloo | secretariaat@nedhis.nl | 06468 13 881

OmniHis OmniHis BV
Yvonne Vroom | info@omnihis.nl | 0900 666 44 47

SYNTHESHIS

TIJDSCHRIFT VOOR HUISARTSPRAKTIJK EN AUTOMATISERING

COLOFON | EDITIE 2-2018

SYNTHESHIS IS HET GEZAMENLIJKE TIJDSCHRIFT VAN DE HIS-GEBRUIKERSVERENIGINGEN ATLAS, OMNIHIS EN OREGO

REDACTIE

Jeroen van der Lugt HOOFDREDACTEUR | lugtkus@gmail.com
Casper Tombrock | casper.tombrock@gmail.com
René van Leeuwen | rene.van.leeuwen@planet.nl
Caroline Norg | praktijk.norg@home.nl

VERDER WERKTEN AAN DIT NUMMER MEE

Erica Bastiaanssen, Femke Berends, Quintus Bosman, Valentijn Deijns, Monique Hollema, Manon Kuilboer, Willem van der Linden, Heidi van den Maagdenberg, Christa Manintveld, Annet Muijen, Roelf Norg, Joppe van der Reijden, Albert van der Veer, Sylvia Veereschild, Henk Westerhof

REDACTIESECRETARIS | Wouter Scheen

REDACTIEADRES | Redactie SynthesHis

T.a.v. Bep Otterloo - 06 46813881
Eikeboom 21 | 4101 VA Culemborg | secretariaat@nedhis.nl

WEBSITE www.syntheshis.nl

UITGEVERIJ | LandGraphics b.v. Atlantisplein 1 1093 NE Amsterdam
020-531 20 10 | gilles@landgraphics.nl

GRAFISCHE VORMGEVING | LandGraphics Amsterdam

FOTOGRAFIE | Lex Buur, Christa Manintveld, Wouter Scheen,
Mickey Graafland, Dennis van Boxem

NIEUWE ABONNEMENTEN | Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilziggend met telkens één jaar verlengd tot wederopzegging, tenzij twee maanden voor vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij voorafbetaling voor het aankomende jaar berekend. De prijs wordt jaarlijks aangepast.

ADRESWIJZIGING | Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar het redactieadres.

BEËINDIGING ABONNEMENT | Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk twee maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen

ABONNEMENTSPRIJZEN | Jaarabonnement zijn inclusief verzend- en administratiekosten.

Los nummer: € 10,- | Jaarabonnement (minimaal 3 nummers): € 25,-. Prijswijzigingen voorbehouden. Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Leden van Atlas, OmniHis en Orego ontvangen minimaal 3 nummers per jaar. Abonnementen of losse nummers bestellen via Bep Otterloo 06 46813881 | secretariaat@nedhis.nl o.v.v. abonnement.

ADVERTENTIEACQUISITIE | Klinker en Bikkels - Ferry Bakker 06-55167121
advertenties@klinkerenbikkels.nl

AUTEURSRECHT | DE VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE INHOUD VAN DE ARTIKELLEN BERUST BIJ DE AUTEUR(S). DE INHOUD VAN DE ARTIKELLEN HOEFT NIET IN OVEREENSTEMMING TE ZIJN MET HET DOOR DE GEBRUIKERSVERENIGINGEN GEVOERDE BELEID. ARTIKELLEN MOGEN ALLEEN WORDEN OVERGENOMEN EN/OF VERMENIGVULDIGD, OP WELKE WIJZE DAN OOK, NA SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE REDACTIE EN UITGEVER MET EEN BRONVERMELDING.

ISSN 1570/2693

Ziet u dit? Valt op hè?



**En dan te bedenken dat uw advertentie hier had kunnen staan.
Dan was-ie ook zo opgevallen.**

Maar u krijgt nieuwe kansen want SynthesHis valt drie keer per jaar bij de meeste huisartsen, huisartsenpraktijken en gezondheidscentra op de mat.

Bovendien wordt het gelezen door doktersassistenten, praktijkmedewerkers, managers in de eerstelijnszorg, coördinatoren en medewerkers van huisartsenposten, enz.

Kortom, het is meer dan de moeite!

Meer informatie over adverteren:

Klinker en Bikkels - Ferry Bakker 06-55167121 | advertenties@klinkerenbikkels.nl

DAVID ZORGT VOOR SCHOON DRINKWATER IN ZUID-SUDAN

Onze mensen bieden wereldwijd medische hulp. Daar waar dit het hardst nodig is.



HELP MEE

GA NAAR ARTSENZONDERGRENZEN.NL