

# NHG stelt HIS-referentiemodel continu bij

Maret Zonneveld, huisarts/stafid NHG

De boodschap dat hergebruik van gegevens uit het HIS voordelen heeft maar ook gevaren, onderschrijven we vanuit het NHG van harte.<sup>1</sup> Onze reactie gaat vooral over het advies van de auteurs om het HIS-referentiemodel van het NHG kritisch te bekijken en aan te passen. Dit model is continu onder de aandacht van het NHG. Jaarlijks verschijnt een nieuwe en geactualiseerde versie. Om aansluiting te houden bij de wensen vanuit het veld stemmen we vernieuwingen en wijzigin-

gen af met een klankbordgroep bestaande uit vertegenwoordigers vanuit de gebruikersverenigingen. Daarbij werken we vooral de registratie van informatie uit die relevant is voor uitwisseling. Recente toevoegingen zijn bijvoorbeeld de mogelijkheden om behandelgrenzen, contactpersonen of voorzorgsmaatregelen in het kader van profylaxe vast te leggen. Het NHG staat open voor concrete aanbevelingen voor het HIS-referentiemodel. De publieksversie van het model

is beschikbaar op onze website <https://referentiemodel.nhg.org/>. We beseffen dat de huisarts pas met vernieuwingen uit het model kan werken, wanneer deze ingebouwd zijn in het HIS. Ons advies aan de HIS-leveranciers blijft daarom om de aanbevelingen uit het model te volgen. Onze aanbeveling aan huisartsen is de HIS-leveranciers daar om te vragen. ■

1. Sollie JW, Numans ME, Helsper CW. Zijn de gegevens uit uw HIS een goudmijn? *Huisarts Wet* 2018;61(2):14-7.

## Antwoord

Annet Sollie, huisarts/informaticus

Goed om te horen dat u de kernboodschap van ons artikel onderschrijft. Het is mij bekend dat de afdeling automatisering van het NHG hard werkt aan het continu updaten van het HIS referentiemodel. Wij lopen daarin internationaal gezien voorop! Uiteraard heb ik goed naar het model gekeken, maar vooral vanuit het perspectief van mijn proefschrift: hergebruik van HIS-gegevens. Daar komt ook de aanbeveling vandaan om kritisch naar het HIS-referentiemodel te kijken. In dit artikel

geef ik slechts een samenvatting van mijn proefschrift, waarin overigens uitgebreide aanbevelingen zijn opgenomen voor de diverse betrokken partijen, waaronder het NHG ([www.offpage.nl/ebooks/2016\\_asol-lie](http://www.offpage.nl/ebooks/2016_asol-lie)). Uiteraard ben ik bereid dit toe te lichten en mee te denken. Verder zou het goed zijn wanneer het werk van uw afdeling zichtbaarder is voor het veld. Ik kan bijvoorbeeld weinig informatie vinden over welke HIS-leveranciers welke onderdelen van welke versies van het

HIS referentiemodel hebben ingebouwd. Ik vind het positief dat uw afdeling via een klankbordgroep contact heeft met gebruikersverenigingen, maar hoe ziet dit eruit in de praktijk (ik denk aan prioritering van wensen)? Wie zitten er in de gebruikersverenigingen? Is er input voor alle HISsen? Ik hoop dat er (wellicht via H&W) een manier kan worden gevonden om dit werk meer zichtbaar te maken voor ons huisartsen. ■

## Onbedoelde fouten in HIS-registraties

E. Wabeke, huisarts

Betrouwbaarheid van HIS-gegevens heeft al jaren mijn aandacht. Bijvoorbeeld omdat op basis van extracties uit ons HIS verkeerde conclusies getrokken worden bij benchmarks over prescriptiecijfers en ketenzorg. Ik ben blij met je aanbevelingen: alles uit 'de kern' herken ik, vooral het laatste punt. Dit is onder meer in onze HAGRO een hoofdreden om ons niet aan te sluiten op het LSP. Onze HISsen worden door ons primair gebruikt als hulpmiddel/geheugensteun

tijdens de consultvoering. Vaak sluipen er onbedoeld fouten in de registraties. Het is maar goed dat mensen buiten onze praktijk niet met die gegevens aan de haal gaan (casus!). Als huisartsopleider stimuleer ik uiteraard juist gebruik van het HIS. In een praktijk als de onze werken echter assistentes, praktijkondersteuners, waarnemers en huisartsen allemaal net een beetje anders met het HIS. In een project om de logistiek van de postverwerking te verbeteren lopen

we tegen veel problemen aan. Sommige huisartsen coderen thoracale pijn bijvoorbeeld met R74. Als later uit de brief van de cardioloog blijkt dat er geen sprake is van AP, dan moet de assistente tijdens de postverwerking de code R74 aanpassen. Vaak gebeurt dit niet om onduidelijke redenen (onwetendheid, gemakzucht). Soms coderen waarnemers een patiënt die met vijf problemen komt onder één noemer, waarschijnlijk door tijdgebrek. Dat is niet goed, maar voor de praktijkvoering wel werkbaar. Kortom: ik kan mij volledig vinden in je conclusie. ■