



Protocol: Digitale postvak berichten verwerken in de huisartsenpraktijk

Dit protocol is ontworpen om de verwerking van inkomende medische berichten (elektronische en gescande post) te standaardiseren, de patiëntveiligheid te borgen en de administratieve last te verminderen.

▼ Fase 0: Algemene Principes & Voorbereiding

▼ 1. Voorafgaand aan de dienst (opruimen & voorbereiden)

1. **Niet-Relevante Berichten Filteren:** Verwijder berichten die geen directe inhoudelijke medische registratie of actie vereisen (bijv. administratieve mutatiemeldingen, algemene overzichten, technische foutmeldingen, verzoeken tot herhaalrecepten die via de medicatie-module worden afgehandeld, etc.).
2. **Inzage Detail:** Gebruik de optie in het systeem om de afzender, de datum en het type bericht direct te controleren voordat de verwerking start.

▼ 2. Universele Stappen (bij elk bericht)

1. **Start Verwerking:** Selecteer het bericht in het inkomende postvak en initieer de functie 'Verwerk Bericht' of 'Open voor Dossierregistratie'.
2. **Patiëntidentificatie Check:** Vergelijk de persoonsgegevens (NAW) in het bericht met de gegevens in het EPD om de correcte patiënt te garanderen.
3. **Pop-up Meldingen:** Negeer en sluit standaard systeemmeldingen (bijv. waarschuwingen over ontbrekende registraties).
4. **Aantekening Patiënt (Zo nodig):** Voeg permanente, niet-episodegerelateerde informatie (bijv. 'BRMO-patiënt', 'Hulp nodig bij vervoer') toe aan de algemene notitieruimte/kladblok van het patiëntendossier.

▼ Fase 1: Inhoudelijke Verwerking per Berichttype

▼ A. Laboratoriumuitslagen (Bloed, Urine, Faeces)

Stap	Actie
1. Controles	Datum Check: Controleer of de uitslag nieuw is of een aanvulling op een reeds verwerkte datum. Uitzondering: Bij aanvullende uitslagen: zoek het eerdere contactmoment op en vul uitsluitend het Plan aan. Geen nieuw contactmoment registreren.
2. Dossierinzage	Raadpleeg de historie van labuitslagen en de medicatiehistorie om de resultaten in context te plaatsen.
3. Registratie: Contactmoment	Maak een nieuw contactmoment/journaalregel aan.
4. Notitie	Noteer de afwijkende uitslagen in de sectie voor Objectieve/Onderzoeksgegevens.
5. Plan (Interpretatie & Actie)	Beschrijf en interpreteer de afwijkende waarden (gebruik richtlijnen) en benoem het beleid. Benoem ook de niet-afwijkende, cruciale waarden. Structuur = (1) Afwijkende waarden + interpretatie (2) Niet-afwijkende waarden (3) Opvolging/Actie.
6. Risicobeoordeling	Bij levensbedreigende/acuut afwijkende waarden: Stop de verwerking en Bel direct de aangewezen arts voor overleg/overname.
7. Publicatie	Publiceer de uitslag via de functie voor online dossier inzage, indien beschikbaar.
8. Coderen	Koppel de uitslag aan de juiste episode en het passende medische coderingssysteem (ICPC).

▼ B. Medische Correspondentie

Stap	Actie	Detail/Motivatie
1. Journaal Voorbereiding	Vul de vereiste registratievelden in.	Afzender: [Type Afzender] [Instelling] [Datum Bericht].
2. Conclusie Overnemen	Kopieer en plak de Conclusie en het Beleid uit de brief in de sectie voor Objectieve/Onderzoeksgegevens van het contactmoment.	Specifieke Inzage: Zoek bij HAP/Ambulance naar de P-regel (Beleid) en bij Radiologie naar de Conclusie.
3. Registratie: Contactmoment	Maak een nieuw contactmoment/journaalregel aan.	
4. Plan (Lekentaal)	Cruciaal voor Radiologie/Vrije Berichten: Vertaal de medische conclusie/uitslag naar begrijpelijke taal in de Plan-sectie.	Doel: Assistent kan de uitslag zonder medische kennis doorgeven (Artrose = slijtage)
5. Episode Registratie	Koppel het bericht aan de meest passende bestaande episode. Indien deze ontbreekt, creëer een nieuwe episode en koppel deze aan het juiste medische coderingssysteem (ICPC).	Let op bij Ambulance bericht: Kies een brede, algemene code (bv. 'Thoracale klachten'), niet een definitieve diagnose (bv. 'Hartinfarct'), tot de definitieve brief volgt.

Stap	Actie	Detail/Motivatie
6. Actie Bepaling	Beoordeel het beleid uit de brief. Maak een 'Overleg'/'Taak' aan in het systeem indien overleg met of opvolging door een behandelaar nodig is.	Specifiek: Bij chronische zorg (DM, CVRM) of patiënten > 75 jaar: Wijs de brief toe aan de agenda van de verantwoordelijke POH/Behandelaar ter controle.

▼ C. Herhaalrecepten

Stap	Actie
1. Controle & Historie	Controleer de Medicatiestatus van de patiënt. Raadpleeg de historie van de aan te vragen medicatie.
2. Chronische Medicatie	Herhaal chronische medicatie (bloeddruk, cholesterol, etc.) voor bv. maximaal 90 dagen (3 maanden). Regel: Patiënten mogen bv. maximaal 3 weken voor het verlopen van de voorraad herhalen (Vakantie is een uitzondering, na overleg).
3. Verslavende Medicatie	Opiaten/Benzodiazepines: Controleer de voorschrijfhistorie. Eventueel overleg met de arts.
4. Uitvoering Recept	Selecteer de medicatie, kies de functie 'Herhalen' en pas de duur aan. Eventueel baxter instructies aanvullen
5. Communicatie	Noteer de apotheek en de afhaal-/bezorgwens. Communiceer de verwerkingstijd (meestal 1 werkdag) naar de patiënt.
6. Registratie journaal	Maak een journaalregel. Vermeld reden in het Plan bij niet herhalen.

▼ Fase 2: overlegjes

Overlegjes/taken worden alleen aangemaakt wanneer interpretatie van de arts noodzakelijk is, of een actie door een behandelaar moet worden opgevolgd.

- **Plaatsing:** Plaats de overlegvraag/taak in de agenda/takenlijst van de Aangewezen Behandelaar voor dat onderwerp of team.
- **Tijdstip:** Indien een vast tijdslot is gereserveerd voor postafhandeling, plaats de overlegvraag dan op dat specifieke tijdstip.
- **Doel:** Minimaliseer het aantal overlegjes door zelfstandig op te volgen waar mogelijk (conform de protocollen).