

# Een gebruiksvriendelijk Zorgplan vanuit het HIS

Erica Bastiaanssen, maart 2016

## Inleiding

Vanuit persoonsgerichte zorg maken de huisarts, POH en de patiënt samen afspraken over de zorg, die aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de patiënt. In het dossier raken deze afspraken nu verloren, omdat er geen duidelijke plek is om dit bij te houden en ze binnen episodes (bv. de P-regel) wegzakken in de tijd. Het individuele zorgplan (IZP) is bedacht om hier ondersteuning in te bieden. Deze notitie schetst een beeld van de functionaliteit van het IZP binnen het HIS.

## Individueel zorgplan

Het werken met duidelijke doelen en afspraken, samen vastgesteld met de patiënt is de kern van het zorgplan. Het IZP is een middel dat de zorgverlener en de patiënt ondersteunt bij persoonsgerichte zorg. Het zorgplan maakt duidelijk wat is afgesproken tussen zorgverleners en de patiënt in de taal van de patiënt. Het maakt inzichtelijk wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is. Belangrijk is dan ook dat het IZP te zijner tijd aansluit bij het Persoonlijk GezondheidsDossier (PGD) en overdraagbaar is met andere zorgverleners. Randvoorwaarde hiervoor is dat is de structuur voor het IZP wordt afgesproken.

## Specificaties en implementatie

Voor de huisarts en de POH is het belangrijk dat het zorgplan beschikbaar is vanuit het EPD en gebruiksvriendelijk is. Het NHG heeft specificaties voor het zorgplan<sup>1</sup> opgesteld voor HIS'en en KIS'en (september 2014). De specificaties zijn gebaseerd van de resultaten van het project Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan<sup>2</sup> van Vilans, NPCF en NHG, dat in samenspraak met het veld is uitgevoerd. Daarbij waren ook huisartsen betrokken. De implementatie van het zorgplan in de HIS'en is echter nog niet gerealiseerd.

De huisartsen, die betrokken zijn bij de discussie over het zorgplan herkennen dat de afgesproken doelen en acties om deze doelen te behalen een aparte plek binnen het EPD nodig hebben, naast de gebruikelijke SOEP-regels. Dit is in de specificaties ook zo uitgewerkt in de structuur van zorgafspraken binnen een zorgplan. In aanvulling op de specificaties is er behoefte aan meer duidelijkheid en ondersteuning bij integratie van het zorgplan in het EPD en aansluiting bij werkwijze van huisartsen.

Het NHG probeert met twee notities een duidelijker beeld te schetsen van het IZP. Nadere toelichting op het model en het gebruik van het Individueel Zorgplan vanuit het perspectief van de huisarts en de huisartsenpraktijk is beschreven in een aparte notitie<sup>3</sup>. Hier richten we ons op het functionaliteit van het IZP binnen het HIS.

## Doel notitie

De specificaties van het zorgplan brengen onvoldoende naar voren hoe een zorgplan binnen een HIS er nu uit komt te zien. Daarom wordt hier, in aanvulling op de specificaties, beschreven hoe het zorgplan binnen een HIS kan werken en wat dit biedt voor de huisartsen en de POH. Deze beschrijving beoogt hiermee een uitgangspunt te bieden voor gebruikers om samen met hun

---

<sup>1</sup> Individueel Zorgplan: Referentiemodel, versie 1.1, NHG, september 2014

<sup>2</sup> Het project Ontwikkeling referentiemodel Individueel Zorgplan van Vilans, NPCF en NHG is mogelijk gemaakt door ZonMw. Voor meer informatie zie <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-individueel-zorgplan> onder downloads.

<sup>3</sup> Toelichting Individueel Zorgplan, NHG, oktober 2015

softwareleveranciers in kaart te brengen wat zij rondom de implementatie van het zorgplan in het HIS willen. De notitie is bedoeld voor geïnteresseerde huisartsen en POH's, gebruikersverenigingen, softwarecommissies en leveranciers.

### Inhoud notitie

In deze notitie worden de specificaties kort samengevat en de mogelijke wijzen geschetst van het werken met zorgafspraken. Vervolgens worden ideeën en hulpmiddelen aangereikt hoe het IZP nuttig, handig, vriendelijk te gebruiken is, geïntegreerd in het HIS en aansluitend op het werkproces. Een en ander leidt tot aanvullende functionele wensen en ideeën over presentaties. De wijzigingen, die het uitwerken van zorgafspraken vastleggen vanuit episode met zich mee bracht op de eerdere specificaties, zullen nog worden beschreven in een aparte notitie.

### Specificaties IZP

Kort samengevat beschrijven de specificaties de kern van het IZP: de afspraken tussen patiënt en zorgverleners op basis van de gestelde doelen. Het bevat de volgende elementen:

- case manager en andere betrokkenen: zorgverleners, patiënt, mantelzorger
- doelen: concreet behandeldoel zoals afgesproken tussen patiënt en zorgverlener met daarin het aandachtsgebied waar het doel onder valt, het achterliggende probleem en de streefdatum waarop men het doel wil bereiken
- zorgafspraken: een tussen een zorgverlener en de patiënt afgesproken actie om een doel te behalen, met daarin het doel waarvoor de zorgafpraak is gemaakt, degene die de actie moet uitvoeren, degene die de afspraak vanuit de zorgverlening in de gaten houdt en afspraken over de evaluatie.

Daarnaast zijn er de volgende aanvullingen, die worden uitgewerkt in de volgende versie van de specificaties:

- relevante episodes
- persoonlijke streefwaarden

In de specificaties en het HIS-Referentiemodel is verder uitgewerkt welke eigenschappen deze elementen hebben en wat de functionaliteit is voor het vastleggen en onderhouden van deze gegevens.

### Ondersteuning werkwijze

Grofweg zijn er twee werkwijzen denkbaar:

1. Vanuit een episode werken met zorgafspraken, zonder alle overige elementen van het zorgplan
2. Vanuit een complete probleeminventarisatie gestructureerd werken met een zorgplan

Beide werkwijzen leiden tot invulling van een zorgplan met gestructureerde zorgafspraken en dienen ondersteund te worden vanuit informatiesysteem van de huisarts. De functionaliteit en de structuur van de elementen is beschreven in de specificaties van het Individueel Zorgplan. Hier worden ideeën beschreven voor aanvullende functionaliteit, zodat de huisarts en POH het handig kunnen gebruiken.

### Ideeën en functionele wensen voor het HIS

Voor het werken met een IZP is het nodig dat de volgende functionaliteit beschikbaar is:

1. Makkelijk toegang tot het zorgplan vanuit het dossier van de patiënt
2. Invoeren van een zorgafpraak vanuit een deelcontact (episode)

3. Het kunnen invoeren van alle onderdelen van het zorgplan (betrokkenen, doelen, zorgafspraken, persoonlijke streefwaarden en relevante episodes volgens de afgesproken structuur) op basis van een probleeminventarisatie
4. Het bieden van overzichten van het actuele zorgplan van een patiënt
5. Het bieden van overzichten in samenhang met andere onderdelen van het EPD, bv. episoden, medicatie of aanvullende, sociale gegevens over de patiëntvoorkeuren m.b.t. zorgverlening.
6. Aanvullende handigheden, zoals vastleggen van taken of afspraken in de agenda

### 1. Toegang tot het zorgplan

Net zoals medicatie of het diagnostische archief is er binnen het EPD een onderdeel zorgplan. Het zorgplan is, net zoals die andere onderdelen, op relevante plekken binnen het EPD te openen. Afhankelijk van de situatie kan de weergave van het zorgplan er compact of juist uitgebreid uitzien (zie onder punt 4). Wanneer er een actueel zorgplan aanwezig is, is dit herkenbaar bij het openen van het dossier van de patiënt en in het centrale overzicht en in de episodelijst en journaal van het dossier. Bij het openen van een episode die relevant is voor het zorgplan, heeft men eenvoudig toegang tot de inhoud van het gehele zorgplan.

### 2. Invoeren vanuit een deelcontact (episode)

Vergelijkbaar met een voorschrift of labuitslag, kan de huisarts vanuit een deelcontact kiezen voor het vastleggen van een zorgafpraak. Er wordt een invoerscherm getoond voor een zorgafpraak. De zorgafpraak ligt in het verlengde van het plan-gedeelte van de SOEP. De tekst in de P-regel is de omschrijving van het plan in de taal van de huisarts. De afspraak over het plan in de bewoordingen vanuit de patiënt legt de huisarts vast als een zorgafpraak, die ook in het zorgplan terugkomt. De huisarts kan bij de zorgafpraak vastleggen in het kader van welk doel de afspraak gemaakt is, maar dit is optioneel en kan ook later worden ingevuld.

De zorgafpraak is zichtbaar als een gegeven binnen de episode, net zoals een voorschrift of een labuitslag. Andersom wordt de episode, vanuit waar de zorgafpraak is vastgelegd, automatisch relevant voor het zorgplan en getoond in het overzicht van het volledige zorgplan.

Er kan een uitdraai gemaakt worden van de vastgelegde zorgafpraak, zodat deze meegegeven kan worden aan de patiënt.

Bij het registreren van zorgafspraken vanuit episodes dienen zo weinig mogelijk onderliggende velden verplicht te zijn. Echter, zonder vast te leggen wie de afgesproken actie gaat uitvoeren en welke zorgverlener dit in de gaten houdt, biedt een vastgelegde zorgafpraak geen ondersteuning bij persoonsgerichte zorg. Wel kunnen hiervoor standaard 'default'-waarden worden ingevuld. Voor de in te vullen eigenschappen van de zorgafpraak geldt:

Eigenschappen zorgafpraak		
Eigenschap	Omschrijving	Verplicht/optoneel en defaultwaarde
Doel	verwijzing naar het doel waar deze afspraak bij hoort	Voor gebruiker niet verplicht (aanpassing t.o.v. eerder model; technisch gezien wordt dit een verwijzing naar een leeg doel)

Actie	omschrijving van de actie die afgesproken is om het doel te bereiken	Verplicht
Uitvoerder	degene die de afgesproken actie gaat uitvoeren; dit kan de patiënt zelf, de mantelzorger of een zorgverlener zijn	Verplicht, default de patiënt
Coördinator	degene die in de gaten houdt of de actie verloopt zoals afgesproken; dit is een zorgverlener	Verplicht, default de invoerder van de afspraak
Evaluatie	omschrijving hoe de evaluatie van de afspraak plaats vindt	Optioneel, mogelijk hier een keuzelijst voor aanbieden
Evaluatiedatum	datum waarop de evaluatie van de afspraak plaats vindt	optioneel

### 3. Invoeren van het gehele zorgplan vanuit een probleeminventarisatie

Voor ondersteuning van de werkwijze dat vanuit een probleeminventarisatie systematisch een zorgplan wordt opgesteld, is functionaliteit nodig voor in het invullen van de verschillende onderdelen. De kenmerken van de onderdelen betrokkenen, doelen en zorgafspraken en de nodige functionaliteit voor registratie zijn beschreven in de specificaties (Individueel Zorgplan: Referentiemodel, versie 1, september 2014) en HIS-Referentiemodel 2014. Voor de aanvullende onderdelen, te weten relevante episodes en persoonlijke streefwaarden wordt dit uitgewerkt in nieuwe versies van deze documenten.

#### *Registratie van betrokkenen, doelen en zorgafspraken*

Bij een systematische aanpak van het werken met een zorgplan inventariseert de POH of huisarts aan de hand van aandachtspunten de knelpunten waar de patiënt tegen aanloopt. Voor deze problemen stelt de POH of huisarts samen met de patiënt haalbare doelen vast. Bij deze doelen worden dan benodigde acties afgesproken: zorgafspraken.

In aanvulling op de specificaties van het Individueel Zorgplan volgen hier enkele ideeën om deze werkwijze handig vanuit het EPD te ondersteunen voor de huisarts en POH:

- De uitgebreide verslaglegging van de probleeminventarisatie valt buiten het zorgplan: alleen de afgesproken doelen en de daarbij benoemde problemen komen terug. De POH of huisarts moet makkelijk kunnen wisselen tussen de uitgebreide verslaglegging van de probleeminventarisatie en het zorgplan.
- In de aanpak van het werken met een volledig zorgplan vormen de afgesproken doelen en zorgafspraken de kern. Belangrijk is dan ook dat de invoerder snel bij deze onderdelen van het zorgplan kan komen, zonder eerst andere schermen (bv. alle betrokkenen, aanbevolen streefwaarden, etc.) te hoeven doorlopen.
- Bij het vastleggen van de verschillende onderdelen is een uitgebreid scherm per onderdeel beschikbaar. Eenvoudige aanpassingen of aanvullingen kunnen ook vanuit een beknopter overzicht van het actuele zorgplan.

- Bij de verschillende gegevens, is duidelijk of deze verplicht zijn of optioneel. De gegevens, waarvoor een default beschikbaar is (bv. datum vaststellen van een zorgafspraak) worden automatisch ingevuld.
- Voor het werken met aandachtsgebieden is het werken met een keuzelijst nodig. Welke lijst hiervoor gebruikt wordt, stelt de huisartsenpraktijk vast. Deze lijst is beschikbaar in het systeem en kan binnen de praktijk worden aangepast. Op deze manier werkt de medewerkers binnen de praktijk met dezelfde lijst met aandachtsgebieden<sup>4</sup>.
- Ook voor het invullen van andere onderdelen zoals doelen en betrokkenen kunnen keuzelijsten handig zijn.
- Bij het vastleggen van betrokkenen dient de huisarts of POH gebruik te kunnen maken van de informatie over zorgverleners die al in het systeem aanwezig is, zoals de medewerkers in de praktijk, zorgverleners in het relatiebeheersysteem binnen het HIS en informatie over mantelzorger in additionele gegevens. Deze informatie dient ook vanuit het zorgplan in het HIS makkelijk te kunnen worden aangevuld, zoals gegevens van een betrokkene in het derdenbestand.

#### *Werken met relevante episodes, persoonlijke streefwaarden*

De functionaliteit voor het vastleggen van relevante episodes en persoonlijke streefwaarden worden uitgewerkt in de specificaties (versie 2016) en in de volledige versie van het HIS-Referentiemodel 2015. Deze functionaliteit vergroot de integratie tussen het dossier en het zorgplan. Bij de functionaliteit kan men zich het volgende voorstellen:

- Relevante episodes
  - Het zorgplan bevat een lijst van episodes, waarvan is aangegeven dat deze relevant zijn voor het zorgplan. De relevante episodes kunnen desgewenst in een overzicht van een zorgplan getoond worden met daarbij het vastgelegde beleid (indien aanwezig).
  - Vanuit het zorgplan kan men een lijst van alle episodes oproepen, waarbij het zorgplan in beeld blijft. In de getoonde episodelijst kan de huisarts aangeven welke episodes nog meer relevant zijn voor het zorgplan en deze zo toevoegen aan de lijst in het zorgplan.
  - Wanneer vanuit een episode een zorgafspraak is vastgelegd, dan wordt deze episode automatisch als voor het zorgplan relevante episode gekenmerkt.
  - In de episodelijst in het HIS is zichtbaar of een episode relevant is in het kader van het zorgplan.
- Persoonlijke streefwaarden
  - Voor relevante bepalingen (bv. bloeddruk of BMI) kan men persoonlijke streefwaarden afspreken. Hierbij kan men makkelijk een keuze maken uit de NHG-Tabel Diagnostische Bepalingen. Een voorkeurslijst met een selectie van bepalingen, waarvoor vaak een persoonlijke streefwaarde wordt afgesproken, is gewenst.
  - De streefwaarde (maximumwaarde, een minimumwaarde of een range) kan ingevoerd worden.
  - In een overzicht van persoonlijke streefwaarden wordt ook de meest recente uitslag van de bepaling getoond met de datum waarop deze is bepaald. Visueel kan duidelijk gemaakt worden of de streefwaarde is bereikt of (nog) niet.

---

<sup>4</sup> Het werken met een landelijke lijst van aandachtsgebieden die centraal wordt onderhouden en in alle HIS-en ingebouwd kan worden (bijvoorbeeld als NHG-Tabel) heeft voordelen. Echter, op dit moment is er nog geen lijst waarmee men landelijk mee uit de voeten kan. Hier wordt nog verder naar gekeken.

- Aanbevolen wordt om ook buiten het zorgplan de persoonlijke streefwaarden te tonen en te kunnen invoeren. In het diagnostische archief kan dan bij een uitslag van de bepaling de bijbehorende persoonlijke streefwaarde worden getoond en vastgelegd. In een grafisch overzicht van een reeks bepalingen (bv. gewicht) wordt dan ook de persoonlijke streefwaarde getoond.

#### 4. Overzichten van het actuele zorgplan

Zowel voor de patiënt als voor de huisarts en de POH is het belangrijk om een duidelijk overzicht te hebben van het zorgplan. Afhankelijk van het doel, kan het overzicht er anders uitzien. In ieder geval is een uitdraai van het zorgplan voor de patiënt nodig. Deze uitdraai zal naast alle informatie uit het zorgplan, ook vaak aanvullende gegevens bevatten uit het dossier zoals een medicatie-overzicht (zie hieronder bij 5).

Diverse overzichten van het zorgplan kunnen handig zijn:

- Het volledige actuele zorgplan met alle betrokkenen, doelen, zorgafspraken, persoonlijke streefwaarden en relevante episodes beschikbaar zijn. Dit overzicht bevat alle informatie uit het zorgplan en is vooral handig voor een (papieren) uitdraai van het zorgplan.
- Overzicht van alle doelen geordend naar aandachtsgebieden. Hierbij kunnen dan de zorgafspraken, die bij de doelen horen, laten tonen (in- en uitklappen). Vanuit een getoonde zorgafpraak kan je vervolgens inzoomen op alle details van een zorgplan.
- Overzicht van alle zorgafspraken, geordend naar doel. Vanuit hier kan je dan de details van het doel inzien.

Op de overzichten van het actuele zorgplan zijn diverse filters denkbaar: alleen tonen van afspraken waarbij de POH betrokken is (uitvoerder of coördinator), het tonen van zorgafspraken van een selectie van doelen, etc.

Welke overzichten handig zijn, moet ook uit de praktijk naar voren komen. Vanuit de overzichten kan de huisarts of POH eenvoudig aanvullingen vastleggen. Ook kan vanuit hier de historie worden nageslagen: welke eerder vastgelegde en afgesloten zorgafspraken zijn er bij een doel, welke afgesloten doelen zijn er?

#### 5. Overzichten in samenhang met andere onderdelen van het EPD

Vaak is het relevant om in een overzicht van informatie uit het zorgplan ook andere informatie uit het dossier te tonen zoals medicatie, de volledige episodelijst of de lijst met episodes met attentiewaarde aangevuld met recente episodes en sociale gegevens.

Het volledige actuele zorgplan aangevuld met andere relevante informatie uit het EPD, zoals een het medicatieoverzicht bevat alle informatie en is daarmee de basis voor de (papieren) uitdraai. Deze uitdraai kan je meegeven aan de patiënt. Zo kan men toch al aan de slag met het zorgplan, ook al is het zorgplan nog niet via een patiëntenportaal online voor de patiënt beschikbaar. Ook kan deze uitdraai of een variant hierop dienen als onderlegger voor multidisciplinair overleg.

#### 6. Aanvullende functionaliteit

Mogelijk wil de huisarts of POH een signaal bij het openen van een dossier wanneer er zorgafspraken zijn, die vandaag geëvalueerd moeten worden.

Bij het werken met het zorgplan is het handig wanneer de zorgafspraken uit het zorgplan, die uitgevoerd worden door de zorgverlener, ingepland kunnen worden als taken of afspraken in de

agenda binnen het HIS. Het zelfde geldt voor de evaluatie van een zorgafspraken, die als taak of afspraak terug kunnen komen in de agenda van de coördinator (zorgverlener)<sup>5</sup>.

De POH of huisarts is het nuttig wanneer deze van alle patiënten de zorgafspraken kan opzoeken, waarbij hij betrokken is als uitvoerder of coördinator. Vanuit dit overzicht zou de zorgverlener dan kunnen door gaan naar de actuele zorgplannen van de betreffende patiënten.

### Implementatie

Omdat het werken met een volledig, gestructureerd zorgplan nieuw is in de huisartsenpraktijk, zal nog ervaring opgedaan moeten worden in de praktijk. Daaruit zal ook blijken welke overzichten, handigheden en aanvullingen nodig zijn voor het werken met het individuele zorgplan. Het NHG staat dan ook open voor suggesties, die vanuit de implementatie naar boven komen.

Bij het implementeren van het zorgplan is het ontbreken van een uniform beeld hiervan een obstakel gebleken. De aangewezen weg is een gezamenlijk overleg tussen bedenkers van het model, vertegenwoordigers van de gebruikers en de softwareleverancier om te komen tot een gemeenschappelijk beeld van wat er in het HIS geïmplementeerd moet worden. Deze beschrijving is hiervoor een onderlegger.

### Tot slot

De specificaties zullen naar aanleiding van de insteek van het vastleggen van zorgafspraken vanuit episodes, moeten worden aangepast. Ook moeten er nog nadere afspraken worden gemaakt over welke velden bij de elementen doel, betrokkene en persoonlijke streefwaarde precies verplicht zijn en eventueel defaultwaarden hebben. Dit zal vanuit het HIS-Referentiemodel worden opgepakt.

---

<sup>5</sup> Het overgrote deel van de zorgafspraken zullen als evaluatiemoment een volgend bezoek aan de zorgverlener hebben. Daarom zal signalering bij openen van het dossier het meeste al afvangen en zijn hierbij taken of afspraken in de agenda maar incidenteel aan de orde.