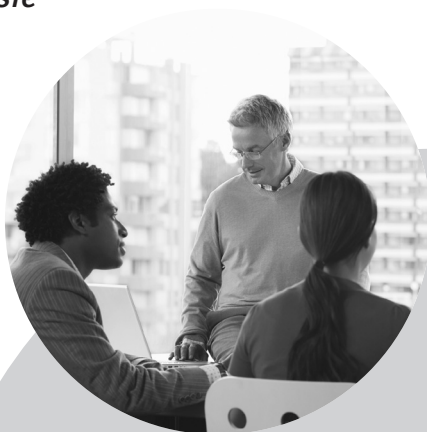


NHG-Richtlijn

Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier

ADEPD

derde versie



nederlands huisartsen
genootschap

© 2013 Nederlands Huisartsen Genootschap

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotokopie, microfilm, druk of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NHG.

© Shutterstock - foto's cover

Nederlands Huisartsen Genootschap
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
www.nhg.org

Volledig gereviseerde versie 2013
*Boesten J, Braakma L, Klapwijk-Strumpler S,
Kole HM, Sloekers J, Smit C, Stroucken JPM,
Van Werven H, Westerhof R.*

Aanvulling 2009
*Kole HM, Metsemakers JFM,
Smit C, Stroucken JPM, Schueler FCMW.*

Versie 2004
*De Jong H, Kole H, Metsemakers JFM,
Peerden H, Smit C, Stroucken JPM, Buiting C.*

Onder redactie van
Njoo KH

De volledige tekst van de NHG-Richtlijn is gepubliceerd op de NHG-website www.nhg.org. Op HAweb vindt u een open groep met discussies over verschillende ADEPD- en ICPC-puzzels. De groep heet ADEPD in de praktijk.

INHOUD

Woord vooraf	5
1 Patiëntendossier in de huisartsenpraktijk	9
1.1 Wettelijke verplichting	9
1.2 Patiëntendossier op papier	9
1.3 Elektronisch Patiëntendossier	10
1.4 Paradigmashift van het EPD	10
1.5 Functies van het EPD	11
2 Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier	13
2.1 Aanleiding	13
2.2 Doel	13
3 Methode van verslagleggen	15
3.1 Episode Gericht Registreren	15
3.2 Episode	15
3.2.1 Episodenaam en ICPC	15
3.2.2 Episode met attentiewaarde	15
3.2.3 Open of afgesloten	16
3.2.4 Afgesloten episode met attentiewaarde	16
3.3 Episodelijst	16
3.4 Ervaringen uit het veld met EGR	16
3.5 EPD-scan	17
4 Dossierdelen van het EPD	19
4.1 Klachten, ziekten en aandoeningen	19
4.2 Operaties en belangrijke behandelingen	19
4.3 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande gezondheidsprobleem	20
4.3.1 SOEP	20
4.4 Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht	21
4.4.1 Reden van voorschrijven	21
4.4.2 Allergie voor een geneesmiddel	22
4.4.3 Contra-indicatie aard	22
4.5 Aanvullend onderzoek en bepalingen	22
4.5.1 Aanvragen van aanvullend onderzoek	22
4.5.2 Vastleggen van de resultaten van aanvullend onderzoek en bepalingen	22
4.5.3 Beeldvormend en functieonderzoek	23
4.6 Verwijzen	23
4.6.1 Verwijzing naar andere zorgverleners	23
4.6.2 Resultaten van verwijzing naar andere zorgverleners	23
4.7 Additionele gegevens	24

5	Programmatische zorg	25
5.1	Adviezen voor programmatische zorg	25
5.1.1	Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	25
5.1.2	Ouderenzorg	26
5.1.3	Polyfarmacie- medicatiebeoordeling	26
6	Toekomstige ontwikkelingen	27
6.1	Episode elastiekjes of bundels	27
6.1.1	Huidige situatie	27
6.1.2	Toekomstige situatie	27
6.2	Ernstgraad, belangrijke operaties en behandelingen	28
6.2.1	Huidig advies	28
6.2.2	Huidige situatie	28
6.2.3	Toekomstige situatie	29
6.3	Beleid en doel op langer termijn	30
6.3.1	Huidig advies	30
6.3.2	Huidige situatie	30
6.3.3	Toekomstige situatie	30
6.4	Overzicht alle diagnoses en operatie en behandelingen	31
6.4.1	Huidig advies	31
6.4.2	Huidige situatie	31
6.4.3	Toekomstige situatie	31
6.5	Levensende en profylaxe	32
6.5.1	Huidig advies	32
6.5.2	Huidige situatie	33
6.5.3	Toekomstige situatie	33
6.6	Actie- of takenlijsten	33
6.6.1	Huidige situatie	34
6.6.2	Toekomstige situatie	34
	Bijlage 1 Veel gestelde vragen Episodegericht Registreren	35
	Bijlage 2 Advies CVRM in H-EPD	45
	Noten	47

WOORD VOORAF

Domein van deze richtlijn

Deze richtlijn gaat over op de toepassing van het EPD in de dagelijkse patiëntenzorg en over de uitwisselbaarheid van gegevens. De richtlijn is geschreven voor huisartsen en praktijkmedewerkers (praktijkassistentes, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen etcetera).

Deze richtlijn beschrijft niet hoe u moet omgaan met namen, adressen of andere administratieve gegevens. U vindt ook geen aanbevelingen voor een goed beheer van het systeem, zoals privacybescherming, toegankelijkheid en integriteit van de data, autorisatieprocedures of bewaartermijnen.

De richtlijn houdt geen rekening met de mogelijkheden en onmogelijkheden van de huidige HIS'en. Het voert te ver om hier voor elk HIS afzonderlijk te behandelen wat de praktische consequenties zijn. Ook is het niet mogelijk om hier voor elk HIS een migratieplan op te stellen waarmee u van de huidige naar de gewenste situatie kunt overstappen.

HIS-specifieke vertalingen van deze richtlijn moeten worden geformuleerd in samenspraak met de NHG Werkgroep HIS-Referentiemodel, vertegenwoordigers van de gebruikersverenigingen en softwarehuizen.

Totstandkoming van de richtlijn

Werkgroep ADEPD

De eerste werkgroep van huisartsen (2003) werd samengesteld na een oproep in Huisarts en Wetenschap. De werkgroep voor de tweede (2009) en derde (2013) versie van de richtlijn bestaat steeds uit een deel van de oorspronkelijke werkgroepsleden en een aantal nieuwe leden. Bij de samenstelling van de werkgroep wordt gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende HIS-gebruikers.

Commentaarronde

De concepttekst wordt altijd ter commentaar voorgelegd aan huisartsen, huisartsopleidingen, registratienetwerken en automatiseerders. Zo nodig wordt het concept aangepast.

Actualisering van de richtlijn

Regelmatige actualisatie van de richtlijn ADEPD blijft noodzakelijk. Knelpunten bij de implementatie in de praktijk leveren nieuwe informatie en inzichten op. Bovendien is de organisatie van de huisartsenzorg en van de gezondheidszorg als geheel voortdurend in beweging. Ook de ontwikkelingen op het gebied van automatisering gaan snel.

Versie 2004 ADEMD

De eerste versie van de richtlijn *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch dossier (ADEMD)* is in december 2003 door het NHG geautoriseerd en in maart 2004 gepubliceerd. In deze versie was er nog ruimte voor verschillende methoden van verslaglegging.

Versie 2009 ADEPD

In augustus 2009 heeft het NHG versie 2 van de richtlijn geautoriseerd. Behoudens tekstuele aanpassingen van de richtlijn en de noten waren de belangrijkste aanpassingen:

- Het Episodegericht Registreren als enige methode van verslaglegging.
- De naam van de richtlijn is aangepast in *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD)*. De term 'elektronisch patiëntendossier' (EPD) is door de invoering van het landelijk elektronisch patiëntendossier volledig ingeburgerd geraakt. Bovendien heeft de afkorting EMD de betekenis Elektronisch Medicatiedossier gekregen.
- Veelgestelde vragen over EGR zijn in casussen uitgewerkt en uitgelegd.
- De werkgroep heeft een tabel opgesteld met ICPC-codes voor episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde.

Versie 2013 ADEPD

In juli 2013 is de derde versie van de richtlijn geautoriseerd door het NHG. De richtlijn is tekstueel bijna volledig aangepast. Enkele termen zijn gesynchroniseerd met het HIS-Referentiemodel, bijvoorbeeld 'Episode actief-inactief' is 'Episode open-afgesloten' geworden en 'Afgesloten episode met attentiewaarde' In deze versie worden de volgende begrippen geïntroduceerd: 'Episode elastiekjes of bundels', 'Behandeling en operaties', 'Beleid en doel' en 'Reden van voorschrijven'. Aan het medicatieoverzicht is toegevoegd: het opnemen van elders voorgescreven middelen en reden van stoppen. De richtlijn is verder uitgebreid met een hoofdstuk over programmatische zorg en een hoofdstuk met ontwikkelingen in de nabije toekomst.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 gaat over de functie van het dossier voor de zorg. In hoofdstuk 2 wordt beschreven welke methode van verslaglegging de voorkeur verdient en in hoofdstuk 3 op welke plaatsen in het EPD relevante informatie het beste kan worden vastgelegd. In hoofdstuk 4 staan adviezen voor de verslaglegging bij programmatische zorg. Hoofdstuk 5 kijkt vooruit naar de toekomst van dossiervorming.

In Bijlage 1 komen de veel gestelde vragen over EGR aan bod. Met voorbeelden en uitleg worden de basisregels uitgelegd.

In Bijlage 2 is het advies bij CVRM in het EPD verder uitgewerkt.

De noten bevatten achtergrondinformatie, overwegingen en nuanceringen. Voor een goed begrip van de richtlijn adviseren we de noten ook te lezen.

1. PATIËTENDOSSIER IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Het patiëntendossier is een essentieel instrument voor de huisartsenzorg. Het moet alle gegevens bevatten die noodzakelijk zijn voor goede hulpverlening. De context van de zorgverlening bepaalt wat relevant is om in het dossier vast te leggen. Voor het dossier van een huisarts zijn andere gegevens relevant dan voor het dossier van een neurochirurg. Het is een illusie om te verwachten dat alles wat in een patiëntencontact ter sprake komt, in het dossier te vinden moet zijn. In feite vormt een dossier altijd een samenvatting en interpretatie van de feitelijke situatie.

Gegevens die niet tot het dossier behoren zijn: correspondentie over claims en klachten, Meldingen Incidenten Patiëntenzorg, meldingen aan de Inspectie, keuringsgegevens en persoonlijke werkaantekeningen.

1.1 Wettelijke verplichting

Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO 1995) moet de huisarts voor iedere patiënt een volledig patiëntendossier aanleggen en bijhouden. In de WGBO zijn ook de rechten van de patiënt ten aanzien van het dossier vastgelegd. De Wet bescherming persoonsgegevens is van kracht bij het beheren van de gegevens van medisch dossiers.¹

1.2 Patiëntendossier op papier

Standaardisatie van het huisartsendossier stamt uit 1958 met de publicatie van de 'groene kaart'. Later zijn er nog andere dossiersystemen geïntroduceerd, zoals de probleemgeoriënteerde registratiekaart of gezinsmap.² Blijkbaar was adequaat gebruik van een papieren dossier niet vanzelfsprekend. In 1990 verscheen de NHG-Standaard Medische verslaglegging.³ Evaluatieonderzoek uit 1994 toonde aan dat de verslaglegging van huisartsen niet voldeed aan de eisen die in deze standaard werden gesteld. De handgeschreven dossiers waren vaak niet goed leesbaar en incompleet. Bovendien werd weinig gebruik gemaakt van de SOEP-systematiek en van het Probleemgeoriënteerd Registreren (POR).⁴

1.3 Elektronisch Patiëntendossier

In de jaren tachtig van de vorige eeuw verschenen de eerste geautomatiseerde systemen voor de huisartsenpraktijk. De invoering daarvan ging heel geleidelijk. In de negentiger jaren was er nog discussie over en werd onderzoek verricht naar het nut van automatisering in de huisartspraktijk.⁵ Anno 2013 werken bijna alle huisartsenpraktijken in Nederland met een Huisarts Informatiesysteem (HIS) en worden de medische gegevens van patiënten in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) vastgelegd.⁶

De tekst op een beeldscherm is beter leesbaar dan die in een handgeschreven dossier. Ook is een elektronisch dossier makkelijker vanuit verschillende werkplekken te raadplegen, wat de continuïteit van informatie beter waarborgt. Bovendien blijken huisartsen in een EPD meer gegevens vast te leggen dan in een papieren dossier. Desondanks heeft de automatisering niet gezorgd voor grootschalige structurering van het dossier, bijvoorbeeld met het POR.⁵

1.4 Paradigmashift van het EPD

Los van de overgang van papieren naar elektronisch dossiers blijft de positie van de huisarts in de zorg en de plaats van het huisartsendossier in de praktijk in beweging. Dit heeft implicaties voor de manier van dossiervorming. Het EPD is in al die jaren geëvolueerd van aantekeningen van de huisarts, via informatiebron binnen een huisartsenpraktijk tot informatiebron voor de hele huisartszorgvoorziening.

Samenwerken in de huisartsenzorg is geen vrijblijvende zaak meer. Veel taken rond chronische zorg zijn aan de praktijkondersteuner gedelegeerd. 24/7 beschikbare huisartsenzorg wordt tegenwoordig door een multidisciplinair team van vaak meerdere huisartsen, praktijkmedewerkers en triagisten geleverd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan huisartsengroepen (HAGRO'S), gezondheidscentra (GC'S) en huisartsenposten (HAP'S).

Deze schaalvergroting van de zorg maakt elektronische beschikbaarheid, communicatie en uitwisseling van gegevens zeer noodzakelijk. Het wordt steeds belangrijker om ook gegevens in het dossier op te nemen die buiten de huisartsenpraktijk zijn verzameld. Van oudsher deed men dit al met bijvoorbeeld de diagnoses van de medisch specialist. Voor een volledig actueel medicatie-overzicht en veilige medicatiebewaking is echter essentieel dat de medisch-specialistische voorschriften in het dossier zijn opgenomen. Kortom, continuïteit van zorg kan niet zonder continuïteit van informatie.

1.5 Functies van het EPD

Onafhankelijk van de vorm vervult het EPD de volgende functies:

- Het vastleggen van relevante zorginhoudelijke informatie door huisarts. Het EPD is een geheugensteun voor de huisarts: het bevat zijn bevindingen en conclusies, de behandeling en/of het behandelplan, de gegevens die door anderen zijn verstrekt, de wensen van de patiënt en wat met de patiënt besproken of afgesproken is.
- Het vastleggen van de contactgegevens door de praktijkassistente en de praktijkondersteuner, in het kader van de verlengde armconstructie en taakdelegatie in de huisartspraktijk.
- Het mogelijk maken van elektronische consultondersteuning. Medisch-inhoudelijke richtlijnen, aangepast aan de specifieke patiëntkenmerken, kunnen tijdens het consult op het scherm worden opgeroepen en de huisarts ondersteunen bij het nemen van beslissingen (NHG-Consultwijzer, NHG-doc).
- Het uitvoeren van gestructureerde zorg- en preventietaken in de huisartspraktijk, zoals het selecteren van patiënten voor programmatische preventie, het opsporen van risicopatiënten en het monitoren van chronische aandoeningen.
- Bij 'shared care' vormt het EPD de bron voor gegevensuitwisseling met andere zorgverleners in het veld, andere huisarts(praktijken), zorggroepen, huisarts-posten, medisch specialisten, etcetera.
- Bij consultatie of verwijzing naar derden kunnen gegevens uit het EPD gehaald worden voor het schrijven van een overdracht- of verwijsbrief.
- Uit het dossier kan 'spiegelinformatie' worden afgeleid voor bijvoorbeeld FTO-besprekingen, jaarverslagen of praktijkvisitatie. Het maakt reflectie op het eigen professioneel handelen mogelijk, de lerende zorgpraktijk.
- Het EPD is een bron van gegevens, bijvoorbeeld voor prestatievergelijking, interne kwaliteitsverbetering of externe toetsing.
- Geanonimiseerde gegevens kunnen voor onderzoeks- en andere projecten worden gebruikt.
- Bij een meningsverschil met de patiënt of een aansprakelijkheids- of claimzaak is het EPD een gegevensbron.⁷

2. RICHTLIJN ADEQUATE DOSSIERVORMING MET HET ELEKTRONISCH PATIËNTEN DOSSIER

2.1 Aanleiding

Na jarenlang gebruik van het EPD in de huisartsenpraktijk zijn grote verschillen ontstaan in de wijze van verslagleggen, zowel tussen de verschillende HIS'en, als tussen de gebruikers van één HIS. Dit heeft niet alleen te maken met het gedrag van de huisartsen, maar ook met de invloed die de HIS'en hebben op hun gebruikers.⁸

In de begintijd van het EPD stond het journaal, zoals bij de 'groene kaart', centraal bij het verslagleggen. Alle gegevens werden ingevoerd in een chronologisch journaal of werkblad. Rond de eeuwwisseling gebruikte iedereen een dergelijk journaal of werkblad, al dan niet gestructureerd met SOEP. Een probleemlijst bijhouden, met of zonder een ICPC-code, was geen dagelijkse praktijk. Bovendien koppelde bijna niemand de journaalregels aan een probleem.⁹ Ook waren er vraagtekens bij de volledigheid van de probleemlijsten.¹⁰ Een gevleugelde uitspraak over dossiers is dan ook: 'Vroeger kon je het niet lezen, nu kun je het niet vinden.'

Ondertussen zijn de eisen die aan het dossier zelf worden gesteld ook veranderd. De huisartsenzorg is complexer geworden. De huisarts in een solopraktijk op een stand-alone systeem wordt zeldzaam. De moderne huisarts functioneert in een groepspraktijk, werkt (multidisciplinair) samen, verwijst elektronisch, doet de avond-, nacht- en weekenddiensten op een huisartsenpost, maakt deel uit van een zorggroep etcetera. De behoefte aan interne en externe communicatie is daarmee toegenomen, denk aan het elektronisch recept, elektronische laboratoriumuitslagen, de elektronische verwijsbrief, de professionele samenvatting etcetera.¹¹

Kortom voor meer uniformiteit en continuïteit van informatie is het noodzakelijk om een landelijke richtlijn voor adequate dossiervorming te formuleren.

2.2 Doel

De richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD) geeft adviezen voor de methode van verslaglegging; waar en hoe kan relevante informatie in het EPD het beste worden vastgelegd. Met als resultaat:

- Alle relevante patiëntgegevens zijn eenduidig, goed gestructureerd en snel terug te vinden;
- goede uitwisselbaarheid van gegevens tussen verschillende zorgverleners.

3. METHODE VAN VERSLAGLEGGEN

3.1 Episode Gericht Registreren

Bij Episode Gericht Registreren (EGR) registreert en structureert de zorgverlener per patiënt alle gegevens, bijvoorbeeld van deelcontacten, voorschriften, brieven van medisch specialisten en laboratoriumuitslagen, door ze te rangschikken binnen een episode. Daarmee biedt een episode inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem.¹²

3.2 Episode

De episode is het centrale begrip in EGR.¹³ In een episode worden de relevante medische gegevens over één gezondheidsprobleem in chronologische volgorde samengebracht: deelcontactverslagen, voorschriften, uitslagen, behandelingen en brieven over dat gezondheidsprobleem. (10)

3.2.1 Episodenaam en ICPC

De naam van de episode is de omschrijving van het gezondheidsprobleem; bij voorkeur in de bewoordingen van de huisarts. In de eigen omschrijving kunnen meer patiëntspecifieke nuanceringen tot uitdrukking worden gebracht dan in een code. Naast een episodenaam heeft iedere episode een passende code uit de International Classification of Primary Care (ICPC).¹⁴ De episodenaam en/of ICPC-code zijn te veranderen als het oordeel over het gezondheidsprobleem in de loop van de tijd verandert.

3.2.2 Episode met attentiewaarde

Sommige gezondheidsproblemen zijn zo belangrijk dat ze de status van een episode 'met attentiewaarde' behoeven.¹⁵ De ADEPD-werkgroep 2009 heeft op grond van consensus een lijst samengesteld van ICPC-codes die in aanmerking komen voor een episode met attentiewaarde.¹⁶ Deze lijst is reeds in alle HIS'en ingevoerd.

3.2.3 Open of afgesloten

Een episode is open of afgesloten. Een open episode is een gezondheidsprobleem dat actueel is, waarvoor zorg wordt verleend. Wanneer een gezondheidsprobleem niet meer actueel is of geen zorg meer behoeft, kan de huisarts de episode naar eigen inzicht afsluiten. Zo nodig moet een dergelijke episode weer heropend kunnen worden.

3.2.4 Afgesloten episode met attentiewaarde

Bij het afsluiten van een episode met een attentiewaarde is het mogelijk om de attentiewaarde te handhaven. Zo kan de huisarts een belangrijke afgesloten episode in beeld houden, bijvoorbeeld een genezen tuberculose. Afgesloten episodes met attentiewaarde worden opgenomen in de professionele samenvatting (PS) en zijn zo ook ter inzage bij de huisartsenpost.

3.3 Episodelijst

De episodelijst neemt in het EPD een centrale plaats in en biedt een goede ondersteuning van het primair proces. De lijst geeft een zorgverlener snel een goede indruk van alle klachten en aandoeningen van de patiënt.

De episodelijst toont alle open episodes van één patiënt met hun episodenaam en een eventuele attentiewaarde. Open episodes met een attentiewaarde worden bovenaan de episodelijst getoond. Hiermee is de probleemlijst die vroeger in POR werd gehanteerd, een integraal onderdeel van de episodelijst gaan vormen.

De afgesloten episodes vormen geen aparte lijst, maar ze zijn ook niet altijd direct zichtbaar op de episodelijst. Afgesloten episodes met een attentiewaarde worden altijd getoond in de episodelijst.

3.4 Ervaringen uit het veld met EGR

De keuze voor het EGR in 1998 was gericht op een betere verslaglegging.¹⁷ Inmiddels bieden alle HIS'en de mogelijkheid om deze methode in het EPD toe te passen. De ervaringen van gebruikers hiermee zijn positief. Zij hebben meer inzicht in het dossier en een beter overzicht over de ingevoerde gegevens.¹⁸ De voornaamste knelpunten liggen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episodes en bij de lengte van de episodelijst. Ook wordt de herdefiniëring of de transformatie van een ziektebeeld niet meteen in de episodelijst verwerkt. Het gevolg daarvan kan een lange (onoverzichtelijke

lijke) episodelijk zijn.¹⁹ In Bijlage 1 worden deze knelpunten uitgewerkt in voorbeelden en geven we adviezen voor een overzichtelijke verwerking.

3.5 EPD-scan

De ADEPD-richtlijn is uitgewerkt in een EPD-scan. Dit instrument meet de kwaliteit van de registratie in het elektronisch patiëntendossier van de huisarts. De huisarts kan zijn praktijk vergelijken met andere praktijken en wordt gewezen op verbeterpunten.²⁰

In de regio Twente heeft het NIVEL, het Nederlands Instituut voor de Gezondheidszorg, in 2010 bij ongeveer honderd huisartsenpraktijken een EPD-scan gedaan (nulmeting).²¹ Uit de tweede meting in 2012 blijkt dat de huisartsen gegevens gestructureerder vastleggen. Ziekte-episodes, het medicatiedossier en de gegevens voor medicatiebewaking worden vollediger bijhouden. Bovendien zijn de verschillen tussen praktijken en tussen de verschillende softwarepakketten kleiner. Er is meer uniformiteit in de registraties van de huisartsen.²²

4. DOSSIERDELEN VAN HET EPD

Het EPD bevat alle medische gegevens van één patiënt die in het dossier zijn vastgelegd door de zorgverleners.²³ Het EPD bestaat uit dossierdelen die relevante informatie bevatten voor de dagelijkse huisartsenzorg (tabel 1).

Tabel 1 Relevante gegevens voor de huisartsenpraktijk en hun plaats in het EPD

Relevante gegevens	Plaats in het EPD
Klachten, ziekten en aandoeningen	Episodes (en episodelijst)
Operaties en belangrijke behandelingen	Behandelingen
Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht	Deelcontact
Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht	Medicatie
Aanvragen en resultaten van aanvullend onderzoek	Diagnostiek
Verwijzen en resultaten van verwijzingen	Correspondentie
Contextuele informatie, bijvoorbeeld psychosociale situatie, mantelzorg	Additioneel

4.1 Klachten, ziekten en aandoeningen

Zoals al vermeld in hoofdstuk 2 zijn klachten, ziekten en aandoeningen in het huidige EPD primair in episodes (open of afgesloten) vastgelegd. Later in dit hoofdstuk gaan we in op het vastleggen van klachten, ziekten en aandoeningen in de E-regel van de SOEP-systematiek, in het diagnostisch archief, als reden van voorschrijven (RvV) en als contra-indicatie aard (CIA).

4.2 Operaties en belangrijke behandelingen

Kennis van een operatie of belangrijke behandeling, zoals chemotherapie of bestraling, kan belangrijk zijn bij het beoordelen van de gezondheidstoestand van een patiënt. Ook is deze informatie van belang bij een verwijzing.

In 2009 heeft het NHG op verzoek van het veld een HIS-tabel Behandelingen (inclusief operaties) met een eigen codestelsel uitgebracht²⁴ en de functionaliteit in het HIS-Referentiemodel beschreven¹¹. Deze zaken zijn al in enkele HIS'en ingevoerd. Operaties en behandelingen worden vanuit open episodes vastgelegd. Daarnaast kan de huisarts ze los van episodes registreren, bijvoorbeeld als ze in het verleden

hebben plaatsgevonden. Het HIS biedt een overzicht van alle ingevoerde operaties en behandelingen, zodat de huisarts op basis van een code bijvoorbeeld alle patiënten uit de praktijk kan selecteren die een uterusextirpatie hebben ondergaan. Op dit moment wordt gewerkt aan de uitwisselbaarheid van deze informatie tijdens de dienstwaarneming en bij verwijzing.

Zodra uw HIS deze tabel en bijbehorende functionaliteit heeft ingevoerd, vervalt het huidige advies om operaties en belangrijke behandelingen vast te leggen bij de indicatie van interventie en op te nemen in de episode omschrijving. Bijvoorbeeld: episode appendicitis -> appendectomie. Episode colonkanker -> hemicolectomie en chemotherapie.

4.3 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande gezondheidsprobleem

Contactgegevens voor nieuwe of bestaande gezondheidsproblemen worden in een deelcontact vastgelegd. Een deelcontact omvat het verslag van één contact over één gezondheidsprobleem. Als in één consult meerdere gezondheidsproblemen ter sprake komen, moet de huisarts verschillende deelcontacten aanmaken.

Aantekeningen over contacten tussen de praktijk en de patiënt en tussen de praktijk en derden over de patiënt, bijvoorbeeld een telefonisch overleg met de thuiszorg, worden ook als deelcontact vastgelegd.

Een deelcontact is onderdeel van een episode. Bij een nieuw gezondheidsprobleem waarvoor nog geen episode in het dossier bestaat, wordt het deelcontact in een nieuwe episode vastgelegd. Gaat het om een deelcontact binnen een bestaande episode, dan wordt de informatie aan dezelfde episode toegevoegd (ongeacht een eventueel ziektevrij interval tussen de contactmomenten).

4.3.1 SOEP

De SOEP-systematiek is een hulpmiddel om structuur aan te brengen in een deelcontact. De letters geven aan wat er in de verschillende regels, vaak als vrije tekst, moet worden vastgelegd. Het is niet noodzakelijk om bij elk contact met de patiënt alle SOEP-regels te vullen.

Hieronder staat per regel van de SOEP-systematiek wat vastgelegd moet worden.

S is Subjectief: de klacht en hulpvraag van de patiënt en de anamnestiche gegevens.²⁵

O is Objectief: de resultaten van lichamelijk en aanvullend onderzoek.

E is Evaluatie: de werkhypothese, differentiaaldiagnose of conclusie van de zorgverlener.

Bij het toepassen van EGR is het onnodig om op iedere E-regel opnieuw dezelfde diagnose en/of ICPC-code vast te leggen die al in de episode (naam en ICPC) staat. Wel kan de E-regel binnen een episode gebruikt worden om een conclusie vast te leggen over het gezondheidsprobleem van de episode, bijvoorbeeld: 'reageert goed op de SSRI' bij een episode 'depressie'.

Andersom is het mogelijk om een deelprobleem met een andere ICPC-code binnen een episode vast te leggen zonder de episodenaam en episode-ICPC te veranderen. Bijvoorbeeld: een patiënt komt met de klacht 'hoesten' op het spreekuur. De conclusie is: een bijwerking van de ace-remmer voor de hypertensie. Het deelcontact wordt opgeslagen onder de episode 'hypertensie' (ICPC K86). Het specifieke deelcontact krijgt op de E-regel 'hoesten bijwerking ace-remmer' (ICPC A85).

P is Plan: het diagnostisch plan of het behandelplan, het beleid op korte termijn en de gegeven voorlichting, inclusief aangereikt schriftelijk informatiemateriaal. Verder staat hier wat met de patiënt is besproken of afgesproken.

4.4 Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht

Het bijhouden van een actueel en volledig overzicht van voorgeschreven middelen in het EPD is een belangrijke taak van de huisarts. Hierbij zijn een actueel medicatie overzicht en gegevens noodzakelijk voor de medicatiebewaking essentieel. Alle HIS'en kunnen op dit moment een overzicht genereren van actuele voorschriften en een historisch overzicht van alle voorgeschreven middelen uit het verleden. Een actueel en volledig medicatie overzicht vereist dat ook de volgende zaken vastgelegd worden:

- middelen die tijdens visites en de waarneming zijn voorgeschreven;
- gewijzigde doseringen, bijvoorbeeld 2 dd 10 mg i.p.v. 1 dd 10 mg;
- het eerder dan afgesproken stoppen met een medicijn en de reden van stoppen;²⁶
- elders voorgeschreven middelen (dit is voor medicatiebewaking en patiëntveiligheid).²⁷

Voor de medicatiebewaking zijn de gegevens hieronder ook van belang.

4.4.1 Reden van voorschrijven

Bij de toepassing van EGR wordt de reden van voorschrijven doorgaans vanzelf vastgelegd omdat het voorschrift meestal in de context van een episode wordt geregistreerd, en daarmee is de reden van voorschrijven meteen bekend.

Sinds de wijziging van de Geneesmiddelenwet (2012) zijn huisartsen verplicht om in bepaalde gevallen de reden van voorschrijven met de apotheker uit te wisselen.²⁸ Dit om de juiste doseringen in de huisartspraktijk en in de apotheek te kunnen bewaken.²⁹

4.4.2 Allergie voor een geneesmiddel

Alle HIS'en ondersteunen het vastleggen van allergieën voor medicijnen. Ze bevatten functies om overzichten te maken, voorschriften te bewaken en de informatie elektronisch uit te wisselen. Een allergie voor een geneesmiddel wordt via een code uit de G-standaard vastgelegd en gecommuniceerd.

4.4.3 Contra-indicatie aard

Alle HIS'en bieden ondersteuning bij het vastleggen, tonen in overzichten en bewaken van contra-indicatie aard (CIA). Ook het elektronisch uitwisselen van deze informatie wordt gefaciliteerd. Een contra-indicatie aard wordt via een code uit de G-standaard vastgelegd en gecommuniceerd. Het is verder in alle HIS'en mogelijk om bij sommige diagnoses die met ICPC vastgelegd zijn, ook een CIA te registreren.

4.5 Aanvullend onderzoek en bepalingen

Bij adequate dossiervorming registreert de huisarts ook aanvragen van aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek, en de resultaten daarvan. Ook bepalingen die in de huisartsenpraktijk worden verricht, zoals glucose, Hb, bloeddruk en gewicht, moeten als diagnostische bepalingen vastgelegd worden in het EPD.

4.5.1 Aanvragen van aanvullend onderzoek

De aanvraag van laboratoriumonderzoek gebeurt meestal nog via papieren formulieren. Het vastleggen van de afzonderlijk aangevraagde bepalingen via het dossierdeel diagnostiek is nogal tijdrovend. Dit wordt daarom (nog) niet als richtlijn aanbevolen. Indien uw systeem het ondersteunt is het zinvol om deze functie te gebruiken.

4.5.2 Vastleggen van de resultaten van aanvullend onderzoek en bepalingen

Over het algemeen wordt aanbevolen om uitslagen van laboratoriumonderzoek en bepalingen in de huisartsenpraktijk, inclusief referentiewaarden en meeteenheden, als diagnostische bepalingen in het dossierdeel diagnostiek op te slaan.³⁰

Het elektronisch ophalen en inlezen van laboratoriumuitslagen behoort in steeds meer regio's tot de dagelijkse routine. De invoer van de uitslagen als diagnostische bepalingen gebeurt daardoor als het ware vanzelf. Daarbij wordt de instelling die de gegevens verstuurt, automatisch via het meegestuurde bericht geïdentificeerd. In de huisartsenpraktijk moet alleen nog geverifieerd worden of de vermelde resultaten inderdaad horen bij een bepaalde patiënt. Wanneer een binnengekomen uitslag vervolgcacties met zich meebrengt, kan dit in een deelcontact worden vastgelegd. De huisarts kan bijvoorbeeld in het deelcontact vastleggen: zijn samenvatting van de gegevens (O-regel), een (nieuwe) werkhypothese (E-regel), het te voeren beleid en/of de instructie aan de praktijkmedewerkers (P-regel).

4.5.3 Beeldvormend en functieonderzoek

Onder aanvullend onderzoek valt ook beeldvormend onderzoek en functieonderzoek. In de huidige HIS'en worden de uitslagen hiervan als inkomende correspondentie beschouwd en dus in het dossierdeel correspondentie opgeslagen, maar naar verwachting zullen deze uitslagen op termijn in het dossierdeel diagnostiek terechtkomen.

4.6 Verwijzen

Ook het vastleggen van verwijzingen en binnenkomende correspondentie van andere hulpverleners behoort tot de adequate dossiervorming.

4.6.1 Verwijzing naar andere zorgverleners

Verwijzingen naar andere zorgverleners, inclusief de begeleidende verwijsbrief of ten minste de vraagstelling, worden in het dossierdeel correspondentie vastgelegd.

4.6.2 Resultaten van verwijzing naar andere zorgverleners

Het is gebruikelijk om brieven van andere zorgverleners samen te vatten. De samenvatting wordt via de correspondentiefunctie in het EPD ingevoerd en gekoppeld aan de desbetreffende episode. Hiermee is een overzicht van alle samenvattingen in het dossierdeel correspondentie mogelijk en is de relevante samenvatting toegankelijk via de desbetreffende episode. De volledige brief wordt vervolgens integraal in het brievenarchief opgeslagen.³¹

4.7 Additionele gegevens

Tot slot onderscheidt de werkgroep als laatste groep relevante gegevens die thuis-horen in het EPD, de categorie additionele gegevens.³² Hierin staan onder andere de volgende gegevens:

- Sociale gegevens, bijvoorbeeld:
 - spreekt alleen Engels
 - geeft geen hand uit religieuze overwegingen
- Aanvullende contactgegevens, bijvoorbeeld:
 - sleutel ligt bij de benedenbuurman
 - vrij/za bij vader; rest van de week bij moeder
 - naam, adresgegevens mantelzorger
- Familie-anamnese, bijvoorbeeld:
 - aandoeningen die voorkomen in de familie
 - per aandoening bij welke familieleden deze voorkomt, op welke leeftijd het bij hen is begonnen en op welke leeftijd zij daaraan zijn overleden.
- Wensen rond zorg en levenseinde³³, bijvoorbeeld:
 - Jehova's Getuige, geen bloedtransfusie
 - geen vaccinaties uit principe
 - geen reanimatie
- Profylaxe³³, bijvoorbeeld:
 - Endocarditis profylaxe
 - Profylaxe na milttextirpatie

5. PROGRAMMATISCHE ZORG

Sinds de introductie van functionele bekostiging en zorggroepen is er behoefte aan verslaglegging voor programmatische zorg in het EPD. Huisartsen willen de programmatische zorg bij voorkeur op dezelfde manier vastleggen en beheren als episodes in het EPD van de patiënt. Veel programmatische zorg gaat echter niet over wat de patiënt mankeert, maar over het verminderen van risico's bij groepen patiënten met bepaalde kenmerken en ziekten.

De grote uitdaging is om in het EPD inzicht te krijgen in de relatie tussen de zorg in een zorgprogramma en bestaande ziekte-episodes, zonder dubbele registratie van gegevens. Het is niet eenvoudig om deze twee manieren van werken als een samenhangend geheel te laten functioneren in het EPD. Daarbij zijn voor de verslaglegging enkele knelpunten aan te wijzen:

1. Zaken zoals ouderenzorg en polyfarmacie doorkruisen alle bestaande ziekte-episodes en het daarin vastgestelde beleid.
2. De ICPC is vooral gemaakt voor een klacht of ziekte als ingang van een contact. Voor programmatische zorg bestaan geen ICPC-ingangen.

5.1 Adviezen voor programmatische zorg

Voorlopig is er geen andere structuur voorhanden om de programmatische zorg in het EPD vast te leggen. De huidige EGR-structuur met episodes zal daarvoor gebruikt worden.

- Voor het inkaarten en voor patiënten die geen verder monitoring vanuit een zorgprogramma nodig hebben, wordt een -49 code gebruikt.³⁴
- Voor patiënten die verder vervolgd worden, wordt telkens een alternatief gekozen binnen de bestaande ICPC-tabel. Daarbij coderen we zo dicht mogelijk bij een ICPC-klasse.

5.1.1 Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

Leg de gegevens vast in de belangrijkste episode, meestal 'diabetes mellitus', 'reumatoïde artritis' of een van de hart-vaatziekten (HVZ). Voeg CVRM toe aan de episode-titel. Reserveer een episode met 'andere preventieve verrichting' (K49) alleen voor personen met een verhoogd risico die geen ziekte uit de CVRM-cluster hebben. Zie verder Bijlage 2 Advies CVRM in H-EPD.

5.1.2 Ouderenzorg

Maak een episode 'ouderenzorg' aan.

Voor de kwetsbare groep gebruikt u de ICPC-code A05 'algehele achteruitgang'. De officiële ICPC-omschrijving wijzigt u in 'Ouderenzorg, kwetsbare oudere'. Noteer in deze episode uw (eind)conclusies (diagnostische bepaling kwetsbaar) en met de patiënt afgesproken behandeldoelen.

5.1.3 Polyfarmacie- medicatiebeoordeling

Maak een episode 'polyfarmacie' aan.

Gebruik ICPC-code A13 'bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel' voor de groep waarbij u het medicatiebeleid gaat wijzigen. De officiële ICPC omschrijving wijzigt u in 'medicatiebeoordeling met wijziging (bij ouderen)'. Hierin legt u de argumenten en besproken zaken en de follow up vast. De wijzigingen die u verwerkt in de voorschriften blijven aan de oorspronkelijke ziekte-episode gekoppeld. Idealiter legt u ook de reden voor wijziging vast, namelijk medicatiebeoordeling.

Besluit u in het kader van een ziektebehandeling om de voorschriften te wijzigen, dan blijft u dat in de oorspronkelijke ziekte-episode doen. Misschien is een dergelijke wijziging weer aanleiding tot een medicatiebeoordeling.

6. TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

De werkgroep ADEPD 2013 heeft zich gebogen over de wensen en behoeftes op het gebied van dossiervorming. In dit hoofdstuk schetsen we de contouren van toekomstige functies en manieren van dossiervorming, waar mogelijk met adviezen over de verslaglegging in de huidige HIS'en. Het is niet te voorspellen hoe snel de voorgestelde functionaliteiten in de HIS'en ingevoerd zullen zijn.

6.1 Episode elastiekjes of bundels

Huisartsen moeten op de episodelijst van een patiënt zelf de samenhangende patronen overzien. Sommige episodes hebben namelijk een medisch-inhoudelijke samenhang. Bij een patiënt met multimorbiditeit is het lastig om het overzicht te krijgen. Er is behoefte aan een manier om op de episodelijst bepaalde episodes altijd in samenhang met elkaar te kunnen zien.

Daarnaast willen huisartsen de onderliggende deelcontacten, voorschriften, uitslagen enzovoort van deze episodes kunnen bekijken, zowel in aparte overzichten per episode als in één chronologisch totaaloverzicht. Dit is voor de dagelijkse patiëntenzorg van belang en kan bijvoorbeeld bij het opstellen van een verwijsbrief handig zijn.

6.1.1 Huidige situatie

De gebruikelijke HIS-functies voor overzicht op de episodelijst, zoals filteren, sorteren en labelen, zijn niet toereikend om de medisch-inhoudelijke samenhangende episodes te bundelen. Ook is het niet mogelijk om een of meer episodes uit de episodelijst te kiezen en daarbij dan alle bijbehorende episode-items in één chronologische volgorde te krijgen.

6.1.2 Toekomstige situatie

Het is wenselijk om voor bepaalde groepjes aandoeningen standaard episodebundeltjes te omschrijven. Een voorbeeld van een bundel is: diabetes mellitus, diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, perifeer diabetische angiopathie. De standaard bundeltjes gelden voor de hele praktijkpopulatie. Alle HIS'en en systemen op de huisartsenpost kunnen vervolgens uitgaan van deze standaard episodebundeltjes. Ze

kunnen dan ook altijd op de episodelijst in samenhang worden getoond.

De episodebundels worden 'automatisch' in samenhang gepresenteerd als er twee of meer open episodes in het dossier aanwezig zijn die binnen een bundel vallen. Ook is het handig als huisartsen alle bijbehorende episode-items van die episodebundels in één keer, op chronologische volgorde kunnen raadplegen.

De ADEPD werkgroep 2013 heeft aan de Werkgroep HIS-Referentiemodel een voorstel gedaan voor de eerste versie van de tabel met episodebundels.

6.2 Ernstgraad, belangrijke operaties en behandelingen

Bij de eerste blik op de episodelijst kan de huisarts behoefte hebben aan meer informatie bij een episode, zonder eerst een of meerdere episodes zelf te moeten openen. Ook op de HAP is dit van belang omdat het snel een indruk geeft over een onbekende patiënt.

Naast de episodenaam en de attentiewaarde gaat het om de volgende informatie:

- Ernstgraad van diagnose.
- Belangrijkste behandelingen en ingrepen.
- Datum vaststelling diagnose, behandelingen en ingrepen.

6.2.1 Huidig advies

Het huidige advies luidt om de ernstgraad, belangrijke operaties en behandelingen in de omschrijving van de episode op te nemen. Daarbij kan de huisarts eventueel het betreffende jaartal vermelden.

6.2.2 Huidige situatie

Het vaststellen van de ernstgraad van een ziekte is vaak een dynamisch proces. Wijzigingen in ernstgraad moeten handmatig in de episodenaam veranderd worden. Dit gebeurt niet structureel en wijzigingen worden ook niet snel verwerkt.³⁵ Dit brengt de actualiteit van de informatie in gevaar.

De lengte van het invoerveld voor de episodenaam is bovendien vaak gelimiteerd. Bij bijvoorbeeld coronair vaatlijden worden meerdere behandelingen en operaties in de loop van de tijd uitgevoerd. Al deze informatie past niet in het veld van de episodenaam. Vaak worden er dan afkortingen en symbolen gebruikt, die niet altijd voor iedereen duidelijk zijn.

Sommige HIS'en hebben geprobeerd dit euvel te ondervangen door het veld voor de episodenaam oneindig lang te maken of door een apart veld naast de episode te

creëren. Bij elektronische uitwisseling wordt deze informatie vaak afgekapt en een apart episodeveld wordt niet uitgewisseld. Hierdoor is deze informatie wel beschikbaar in de huisartspraktijk zelf, maar niet voor de waarneming of bij elektronische gegevensuitwisseling.

6.2.3 Toekomstige situatie

Om dubbele registraties te voorkomen en goede informatie-overdracht te waarborgen is het wenselijk dat de ernstgraad, behandelingen en operaties worden getoond bij de episode in de episodelijst, bij voorkeur vanuit de verschillende dossierdelen. Het voordeel is dat het gegeven wordt vastgelegd waar het thuishoort en het toch zichtbaar is bij het beoordelen van de episodelijst.

In dit kader bestaat ook een behoefte om de datum van een operatie of behandeling vast te kunnen leggen. Het jaartal wordt het meest belangrijk geacht. Het moet mogelijk zijn om daarbij optioneel dag en maand toe te voegen.

6.2.3.1 Ernstgraad

Het is wenselijk dat een HIS de ernstgraad toont bij de episode op de episodelijst. In de huidige HIS'en zijn sommige ernstgraden al als Diagnostische bepaling (DB) vast te leggen. De wens bestaat om alle ernstgraden die belangrijk zijn op deze manier te registreren en om deze ernstgraden als zodanig herkenbaar te maken in de HIS-tabel DB.³⁶

In de toekomst hoeft de huisarts alleen de ernstgraad als DB vast te leggen in de episode waarbij het relevant is.³⁷ Het HIS checkt het bijzonder kenmerk in de tabel, en ziet dat de meest recente ernstgraad getoond moet worden bij de episode op de episodelijst.

Uiteraard moet deze ernstgraad in de elektronische communicatie (dienstwaarneming, spoedeisende hulp, verwijzing, verhuizing enzovoort) meegenomen worden, ongeacht hoelang geleden de DB is vastgelegd. En in het ontvangende systeem moet hij op dezelfde manier worden getoond.

6.2.3.2 Belangrijke behandelingen en operaties

Het is wenselijk dat een HIS bepaalde belangrijke ingrepen (bijvoorbeeld splenectomie, aortabroekprothese) en behandelingen (radiotherapie, chemotherapie) toont bij de episode op de episodelijst.

Nog niet alle HIS'en hebben de functionaliteit en de HIS-tabel Behandelingen (en operaties) geïmplementeerd. Ook zijn bepaalde operaties (bijvoorbeeld uterus extirpatie) en behandelingen (cytostatica) uit de tabel meer van belang dan andere

(wigexcisie of laserbehandeling voor pigmentvlekken). Dit onderscheid zou in de HIS-tabel verwerkt moeten worden.

In de toekomst hoeft de huisarts alleen de operatie of behandeling vast te leggen in de relevante episode. Het HIS checkt het bijzonder kenmerk in de tabel, en zal de meest recente tonen bij de episode op de episodelijst.

Uiteraard is het zaak dat de ingreep of behandeling ook in de elektronische communicatie (dienstwaarneming, spoedeisende hulp, verwijzing) meegenomen wordt, ongeacht hoelang geleden de informatie is vastgelegd. Voor het overzicht zal vooral de meest recente ingreep het belangrijkste gegeven zijn. Maar zien dat er een reeks van operaties voor eenzelfde aandoening was, is ook informatief.

6.3 Beleid en doel op langer termijn

Bij sommige aandoeningen en problemen is het noodzakelijk om het afgesproken beleid op de lange termijn te kunnen formuleren en vastleggen. Bijvoorbeeld bij een episode COPD: ‘verhuizen onmogelijk, eerst longrevalidatie en huis saneren.’

6.3.1 Huidig advies

Het beleid op de lange termijn kan kort omschreven worden in de P-regel en in de episodenaam. Bijvoorbeeld bij chronisch benzodiazepine gebruik: ‘alleen eigen HA schrijft voor’ of ‘in 5 maanden afbouwen.’

6.3.2 Huidige situatie

Het afgesproken beleid na een contact met de patiënt wordt in het EPD op de P-regel van de SOEP-systematiek vastgelegd. Na een poosje verdwijnt het uit beeld en na vier maanden wordt het niet meer elektronisch meegestuurd naar de huisartsenpost. Voor langer durend beleid en doel is nog geen specifieke plek in het EPD.

6.3.3 Toekomstige situatie

In het HIS-Referentiemodel 2013 is beschreven dat in principe bij elke episode een beleid geformuleerd kan worden. Daarin worden de doelen voor de langere termijn vastgelegd. Bijvoorbeeld bij de episode adipositas: ‘5 kg afvallen in 6 maanden door meer beweging en gezonder eten.’ Beleid is gedefinieerd op het niveau van een episode. Het beleid moet zichtbaar zijn bij de relevante episode op de episodelijst en

moet bovendien met elektronische communicatie worden uitgewisseld. Het individueel zorgplan is gedefinieerd op het niveau van een patiënt. Het is een dynamisch overzicht met de afspraken die de patiënt met de zorgverleners heeft gemaakt over de verschillende (chronische) ziekten, lees: verschillende episodes en problemen. Hiermee wordt in 2013 een praktijkpilot uitgevoerd.

6.4 Overzicht alle diagnoses en operatie en behandelingen

Bij spoedeisende hulp, verwijzingen en patiëntenoverdacht bestaat de behoefte aan een overzicht van de diagnoses die ooit bij de patiënt gesteld zijn en van belangrijke operaties en behandelingen.

6.4.1 Huidig advies

Handhaaf belangrijke zaken als episode met attentiewaarde. Voor belangrijke operaties en behandelingen zie paragraaf 5.2. Aparte lijstjes handmatig bijhouden zoals vroeger gebeurde met Voorgeschiedenis, past niet in een geautomatiseerd dossier.

6.4.2 Huidige situatie

Tot nu toe werd aangenomen dat de lijst van de episodes met attentiewaarde voor een dergelijk overzicht toereikend was. In de praktijk blijkt echter dat ook sommige afgesloten episodes relevant zijn, bijvoorbeeld een genezen tbc. Wanneer zo'n episode is afgesloten, verdwijnt het uit beeld en wordt hij niet uitgewisseld bij elektronische communicatie.

6.4.3 Toekomstige situatie

Om aan deze wensen tegemoet te komen is het HIS-Referentiemodel aangepast:³⁸

1. De functionaliteit voor afgesloten episodes is veranderd. Het moet nu mogelijk zijn om een episode die geen actie of zorg meer vereist af te sluiten, maar met behoud van de attentiewaarde.³⁹

Afgesloten episodes met attentiewaarde blijven zichtbaar op de episodelijst en kunnen gecommuniceerd worden in de dienstwaarneming, spoedeisende hulp, bij verwijzingen enzovoort. Hierdoor wordt het mogelijk om episodes zoals een genezen tuberculose af te sluiten en toch bij waarneming en andere gegevensuitwisseling mee te nemen.

2. Het dossierdeel behandelingen (en operaties) is beschreven. Hierdoor is een overzicht mogelijk over behandelingen (en operaties) dat geraadpleegd kan worden in de dienstwaarneming, spoedeisende hulp, bij verwijzingen enzovoort.

6.5 Levensende en profylaxe

Patiëntkenmerken, sociale gegevens en wensen rond de zorg worden steeds belangrijker. Ook medische zaken die niet aan een episode gebonden zijn, zoals profylaxe, moeten een eenduidige plaats in het dossier krijgen, goed zichtbaar zijn en bij elektronische communicatie mee komen. De werkgroep 2013 merkt op dat deze belangrijke zaken in de huidige verslaglegging en in de elektronische communicatie nog steeds tussen wal en schip vallen. Dit is na 25 jaar automatisering een zeer ongewenste situatie. Daarom wordt een registratieadvies gegeven, waarmee in ieder geval de zichtbaarheid en overdraagbaarheid van deze gegevens optimaal is.

6.5.1 Huidig advies

6.5.1.1 Wensen levensende

Zolang er geen vaste plek in het EPD is, luidt het tijdelijk advies voor registratie en uitwisseling van wensen rond het levensende: maak een episode met attentiewaarde (ICPC A20). Vervang de officiële ICPC-omschrijving 'euthanasie gesprek/verzoek' door de gemaakte afspraken met de patiënt. In de episode zelf kunt u meer details over deze beslissingen en wensen rond het levensende vastleggen. Bedenk dat de contactgegevens van alleen de laatste 4 maanden in de elektronische communicatie meegaat.

6.5.1.2 Endocarditis profylaxe

Neem dit gegeven op in de episode omschrijving van de indicatie tot profylaxe, bijvoorbeeld een eerder doorgemaakte endocarditis en geef de episode een attentiewaarde. Of gebruik de huidige voorzieningen in uw HIS, mits dit gegeven zichtbaar is op de relevante plaatsen in het EPD en in alle elektronische communicatie als zodanig wordt uitgewisseld.

6.5.2 Huidige situatie

Dit soort informatie is meestal te vinden in de memo- of attentieregel. Deze voorzieningen stammen uit de begintijd van de huisartsautomatisering. Huisartsen gebruiken de memo- of attentieregel omdat er niets anders voorhanden is en omdat ze een zekere zichtbaarheid ervan bij het openen van het dossier belangrijk achten. Meestal wordt informatie uit de memo- of attentieregel niet elektronisch uitgewisseld.

6.5.3 Toekomstige situatie

Verschillende soorten informatie, zoals sociale gegevens en medische gegevens die niet aan een episode gebonden zijn, zijn verzameld in dossierdeel Additioneel. Het dossierdeel Additioneel bevat zes rubrieken: Familie-anamnese, Profylaxe en voorzorg, Contra-indicaties, Overige overgevoeligheden, Sociale gegevens en Aanvullende contactgegevens. Het is een uitdaging om de informatie uit dit dossierdeel op de relevante plaatsen in het EPD en op de juiste momenten in het zorgproces te tonen. Weinig HIS'en hebben het dossierdeel Additioneel als zodanig geïmplementeerd. Een aparte rubriek wensen levenseinde is nog niet in dit dossierdeel opgenomen. Deze gegevens zijn nu nog in de rubriek Sociale gegevens van Additioneel opgenomen. Een aparte rubriek ervoor zou de signaalfunctie en elektronische communicatie kunnen verbeteren.

Voor de verschillende soorten van profylactische indicaties is een aparte HIS-tabel gemaakt. Daarmee is het mogelijk om bijvoorbeeld endocarditis profylaxe met de bijbehorende instructie vast te leggen en te communiceren.

6.6 Actie- of takenlijsten

Voor een goede ondersteuning van het zorgproces in de huisartsenpraktijk is het gewenst om acties/taken bij bepaalde patiënten in de (verre) toekomst te kunnen vastleggen. Bijvoorbeeld: tussentijdse DM-controle in verband met dreigende ontregeling, controle leverfuncties 1 jaar na ontslag uit specialistische zorg of uit het CVRM-protocol: elke 3-5 jaar nuchtere glucose bepalen bij patiënten zonder DM. De uitstaande actie is een gegeven dat bij het dossier van de patiënt hoort. Mocht de patiënt verhuizen naar een andere praktijk, dan blijven deze acties immers van kracht.

De huisarts moet op patiënt- en praktijkniveau overzichten van deze acties kunnen maken en tijdige signalen of reminders krijgen voor het verwerken en inplannen van deze acties.

6.6.1 Huidige situatie

Ieder HIS en iedere gebruiker roeit met de riemen die ze hebben. Sommige HIS'en hebben hiervoor al een takenlijst functie ingevoerd.

6.6.2 Toekomstige situatie

In de toekomst moet ieder HIS een functie hebben voor het beheer van acties: Welke actie is nodig? Binnen welke tijdsperiode? Wie moet de actie uitvoeren? In het kader van welk preventief programma of welke aanleiding (bijvoorbeeld ontslag uit het ziekenhuis)?

Het is niet altijd nodig om meteen een afspraak met datum en tijd vast leggen in de agenda; zeker als het gaat om zaken die pas na een of meer jaren aan de orde zijn. Ook gaat het vaak om bepalingen die niet in de huisartspraktijk zelf gebeuren, bijvoorbeeld functie- of bloedonderzoek in een diagnostisch centrum of laboratorium. Het HIS moet hiervan overzichten kunnen maken, per patiënt en voor de hele praktijk.

BIJLAGE 1 VEELGESTELDE VRAGEN EPISODEGERICHT REGISTREREN

Inventarisatie van knelpunten

De voornaamste knelpunten bij en vragen over het werken met EGR en episodes zijn:

1. Hoe legt een huisarts terugkerende klachten en aandoeningen vast?
2. Is er iets te doen aan de lengte van de episodelijsten?
3. Hoe moet een huisarts bijkomende aandoeningen vastleggen?
4. Hoe moet een huisarts complicaties van de behandeling vastleggen?
5. Hoe is de relatie tussen uitlagen en episodes?
6. Hoe past een huisarts de ICPC-codes op de juiste manier toe?
7. Wanneer moet een huisarts een episodenaam en/of ICPC-code veranderen?
8. Diagnoses zijn op meerdere plekken met meerdere codestelsels vast te leggen in het dossier, hoe verhoudt zich dat met de episodes?

Adviezen

Terugkerende klachten en aandoeningen

Episodes blijken op verschillende manieren in het EPD te worden geregistreerd. Sommige huisartsen maken steeds een nieuwe episode aan als een patiënt een klacht of aandoening op het spreekuur meldt, ook als de patiënt de klacht al eens eerder heeft gemeld. Andere huisartsen leggen een terugkerende klacht of aandoening vast in de bestaande episode van deze klacht of aandoening. Er zijn ook huisartsen die de registratiemethode laten afhangen van het tijdsverloop tussen twee meldingen van dezelfde klacht. Wat is eigenlijk de bedoeling?

Advies

Leg opeenvolgende (deel)contacten en andere gegevens over één aandoening of klacht in één episode vast.⁴⁰

Voorbeeld: mevrouw De Vries

Mevrouw De Vries komt op het spreekuur met klachten van hooikoorts. Twee jaar geleden is zij ook al met hooikoorts op het spreekuur geweest. De huisarts registreert in het EPD beide consulten in dezelfde episode 'hooikoorts'.⁴¹

In één episode worden niet alleen de verslagen van de spreekuurcontacten vastgelegd, maar ook andere informatie zoals correspondentie, uitslagen en voorschriften. Dus drie opeenvolgende contacten over rugpijn, het voorschrift voor pijnstilling, de uitslag van een röntgenfoto, een brief van de fysiotherapeut en een spreekuurcontact na acht maanden worden in één episode 'rugpijn' vastgelegd. De duur van het tijdsinterval en of de patiënt in de tussentijd klachtenvrij is geweest, zijn hierbij niet van belang.

Uitleg

Doel van een episode is het overzichtelijk maken van een gezondheidsprobleem. Als de huisarts spreekuurcontacten, voorschriften, uitslagen en correspondentie over één gezondheidsprobleem in één episode vastlegt, zijn het patroon van de klacht en het verloop van de behandeling in een oogopslag duidelijk, zowel voor de huisarts zelf als voor collega's binnen en buiten de praktijk. De frequentie, de ernst en de duur van een klacht, klachtenvrije periodes, behandeling(en), resultaten daarvan en verwijzingen staan overzichtelijk in één episode bij elkaar.

Bijkomend voordeel is dat de episodelijst compacter wordt. Daardoor kan de huisarts snel herkennen dat een bepaald patroon zich herhaalt, sneller dan mogelijk is in een chronologisch algemeen journaal waarin alle contacten over verschillende klachten door elkaar staan.⁴²

Lange episodelijsten

Sommige patiënten komen vaak op het spreekuur met een scala aan klachten. De episodelijst kan daardoor onoverzichtelijk lang worden. Bovendien vallen belangrijke ziektes minder op als ze tussen andere, minder belangrijke zaken staan.

Adviezen

- Leg belangrijke aandoeningen die voldoen aan de definitie 'probleem' vast als episodes met 'attentiewaarde'.⁴³
- Maak gebruik van alle andere mogelijkheden die het HIS biedt om overzicht in de episodelijst te krijgen en te houden.

Er is geen optimaal aantal episodes per patiënt te benoemen. De episodelijst geeft een overzicht van alle actuele en minder actuele klachten en aandoeningen van de patiënt. De episodelijst is bij de ene patiënt langer dan bij de andere. Alleen al dit gegeven biedt informatie over de patiënt. De (lengte van de) episodelijst weerspiegelt de status van de patiënt.

Door episodes die daarvoor in aanmerking komen vast te leggen met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' blijven belangrijke zaken overzichtelijk in beeld.

De huisarts moet daarnaast alle mogelijkheden van het HIS gebruiken om de episodelijst overzichtelijk te maken.

Uitleg

In iedere praktijk zijn er nu eenmaal patiënten met veel aandoeningen en klachten. Het is daarom niet mogelijk om advies te geven over het minimale of maximale aantal episodes in het EPD.

Wel ziet de huisarts aan de episodelijst van een patiënt in één oogopslag of er veel speelt. Zoals hij vroeger aan de dikte van het pakket groene kaarten al zag hoe het gesteld was met het consumptiepatroon van de patiënt, zonder dat hij precies wist wat er stond.

Het knelpunt is niet de lengte van de episodelijst op zichzelf, maar de vrees om belangrijke zaken te missen en het wens om overzicht te houden. Het HIS kan de huisarts daarbij ondersteunen. Het belangrijkste instrument is de mogelijkheid om episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' vast te leggen. De ADEPD-werkgroep heeft een tabel opgesteld met de ICPC-codes van episodes die in aanmerking komen voor 'bijzondere attentiewaarde'. Deze episodes komen prominent in beeld, zodat zij niet verloren gaan in de lange episodelijst. De huisarts houdt bij of het kenmerk 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' nog actueel is. Daarnaast moet de huisarts beschikken over mogelijkheden om te sorteren en filteren in de episodes, om een eigen volgorde binnen de episodelijst te bepalen en om episodes af te sluiten.

Bijkomende aandoeningen

Bij het registreren van aandoeningen die met elkaar samenhangen, kan EGR vragen oproepen. Hoe legt de huisarts de bijkomende aandoeningen vast? Allemaal in één episode? Of in aparte episodes? In het laatste geval: waar worden dan de diverse gegevens over verschillende aandoeningen geregistreerd?

Een bekend voorbeeld is de registratie van diabetische retinopathie (F83.01) bij bestaande diabetes mellitus type 2 (T90.02). Het ligt voor de hand retinopathie te zien als onderdeel van diabetes en de gegevens over retinopathie daarom vast te leggen in de episode 'diabetes'. Maar bij meerdere bijkomende aandoeningen, bijvoorbeeld naast retinopathie ook nefropathie en diabetische voet, zal de huisarts het overzicht binnen de episode 'diabetes' dan snel kwijtraken.

Als de huisarts diabetische retinopathie in een aparte episode vastlegt, komen de uitslagen van de fundusfoto's en de retourbrieven van de oogarts in de episode 'retinopathie' te staan. Maar als de huisarts overzicht wil hebben over alle door de praktijk geleverde zorg en de kwaliteit van de zorg wil evalueren, is het juist handiger als de uitslagen van fundusfoto's in de episode 'diabetes' zijn vastgelegd. Wat is wijsheid?

Adviezen

- Leg bijkomende aandoeningen vast in aparte episodes.
- Leg de gegevens over een bijkomende aandoening vast in de episode van de hoofdaandoening als reguliere zorg wordt verleend.

Bij een diabetespatiënt met bijvoorbeeld retinopathie, nefropathie en een diabetische voet, worden aparte episodes aangemaakt voor diabetes mellitus, retinopathie, nefropathie en diabetische voet.⁴⁴

Twee voorbeelden laten zien wanneer en hoe de episode van een bijkomende aandoening wordt gevuld.

Voorbeeld: mevrouw Werkman

Mevrouw Werkman heeft diabetes mellitus type 2 zonder bijkomende aandoeningen. De huisarts legt de uitslagen van de reguliere controles vast in de episode 'diabetes'. Dit geldt ook voor de uitslagen van fundusfoto's.

Na enige jaren krijgt mevrouw Werkman oogklachten, die ze bespreekt tijdens een reguliere controle. De huisarts verwijst haar naar de oogarts, omdat hij retinopathie vermoedt. De verwijzing slaat hij op in de episode 'diabetes'.

De oogarts constateert retinopathie. Vanaf dit moment slaat de huisarts de brieven van de oogarts op in de episode 'retinopathie'. De gegevens die de reguliere diabetescontroles in zijn praktijk opleveren, noteert hij nog steeds in de episode 'diabetes'.

Voorbeeld: de heer Van Wijk

De heer Van Wijk is diabetespatiënt en heeft een creatinineklaring tussen 30 en 60 ml/min. Na een consultatieve verwijzing naar de nefroloog blijft de huisarts de heer Van Wijk zelf controleren. De gegevens van de diabetescontroles inclusief de creatinineklaring legt hij vast in de episode 'diabetes'. Hij maakt ook een episode 'diabetische nefropathie' aan en noteert hier de berekende creatinineklaring die een verminderde nierfunctie aantoonde en het antwoord van de nefroloog op de consultatieve verwijzing, verder blijft die episode voorlopig vrijwel leeg. Hij zet de contra-indicatie aard 'nierinsufficiëntie' aan, voor de medicatiebewaking bij het voorschrijven.

Bij de laatste controle blijkt de creatinineklaring van de heer Van Wijk te zijn gedaald tot <30 ml/min. Volgens de NHG-Standaard is nu verwijzing naar de nefroloog of internist met nefrologische belangstelling geïndiceerd. De huisarts registreert de verwijzing naar de nefroloog in de episode 'diabetische nefropathie'.

Vanaf dit moment legt hij alle gegevens van de nefroloog en het verdere beleid over de nefropathie vast in de episode 'diabetische nefropathie'. De gegevens die de reguliere diabetescontroles in zijn praktijk opleveren, noteert hij nog steeds in de episode 'diabetes'.

Uitleg

Het vastleggen van gegevens over bijkomende aandoeningen in aparte episodes geeft overzicht en inzicht. Een patiënt die alleen diabetes heeft, en een patiënt die behalve diabetes bijvoorbeeld ook retinopathie heeft, zijn verschillende gevallen. Het al dan niet bestaan van retinopathie is een belangrijk gegeven, niet alleen voor de dagelijkse praktijk, maar ook voor de dienstwaarnemer. Een huisarts die de patiënt niet kent, krijgt hierdoor een completer beeld.

Als een bijkomende aandoening onder de reguliere zorg in de huisartsenpraktijk valt en daar (eventueel verscherpt) kan worden gemonitord (zoals bij ontregeling van diabetes), worden de bijbehorende gegevens vastgelegd in de episode van de hoofdaandoening. 'Reguliere zorg' wil zeggen: de zorg die onder verantwoordelijkheid van de huisarts valt.

Voor de registraties van diabetescontroles zijn niet in aparte episodes in te delen. Elke diabetescontrole wordt daarom geregistreerd in de episode 'diabetes'.

De werkgroep is van mening dat het HIS de registratie van gegevens over bijkomende aandoeningen beter moet ondersteunen. Bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden om gegevens uit meerdere episodes in één chronologisch overzicht te tonen. De huisarts krijgt dan een totaaloverzicht over het verloop van zowel de hoofdaandoening als de bijkomende aandoening(en).

Complicaties van de behandeling

Behandelingen kunnen complicaties opleveren, bijvoorbeeld een wondinfectie of abcesvorming na een operatie, leukopenie tijdens of na een chemokuur, of aspiratiepneumonie bij sondevoeding. Waar horen de complicaties van een behandeling thuis? In de episode van de hoofdaandoening of in een nieuwe episode?

Adviezen

- Leg complicaties van de behandeling vast in de episode van de hoofdaandoening.
- Registreer een complicatie in een aparte episode zodra blijkt dat de complicatie een langdurig en intensief zorgtraject vergt of als de complicatie leidt tot een permanente beperking of handicap.

Twee voorbeelden laten zien wanneer en hoe een complicatie van een behandeling wordt vastgelegd.

Voorbeeld: de heer Dobbelman

De heer Dobbelman komt thuis na verwijdering van zijn galblaas. De voorlopige ontslagbrief heeft zijn vrouw al bij de praktijk afgegeven. Aan het eind van de middag vraagt zij een visite aan: haar man heeft hoge koorts, hoest en is kortademig. Van-

morgen voelde hij zich al niet lekker, maar zij dachten dat dit nog door de operatie kwam. De huisarts constateert een longontsteking en schrijft antibiotica voor. In het EPD van de heer Dobbelman registreert hij de pneumonie samen met de voorlopige ontslagbrief in de episode 'galblaasklachten'.

Voorbeeld: mevrouw Rietstra

Mevrouw Rietstra heeft een tijdelijk colostoma. Na een laparoscopische sterilisatie ontwikkelde zij een acute buik omdat de gynaecoloog waarschijnlijk haar colon had aangeprikt. De huisarts maakt een nieuwe episode aan met de episodenaam 'tijdelijk colostoma (A87.01)' met hierin het laparoscopieverslag van de gynaecoloog.

Uitleg

De behandeling is onderdeel van de hoofdaandoening, de complicaties van de behandeling dus in principe ook. Meestal zijn zij van voorbijgaande aard. Bovendien hangt het verloop van de complicaties nauw samen met de nazorg die de patiënt wordt verleend vanwege de hoofdaandoening.

Als een complicatie leidt tot een zelfstandig zorgtraject of een beperking in het functioneren, is registratie in een aparte episode aangewezen. Voorbeelden zijn: voetaмпutatie na wondinfectie met necrose, of verminderd geestelijk functioneren na een hartstilstand op de intensive care.

Uitslagen

Door uitslagen te koppelen aan episodes krijgt de huisarts snel overzicht over alle uitslagen bij een episode. Maar soms is een uitslag voor meer dan één episode van belang. Toch wil de huisarts de uitslag liefst maar eenmaal vastleggen. Moet hij de uitslag nu aan één episode koppelen? Of aan alle relevante episodes?

Advies

Sla een uitslag die voor meerdere episodes relevant is, ongekoppeld op in het diagnostisch archief (DA).

Uitleg

Koppeling van een uitslag aan één episode kan logisch zijn als hij alleen relevant is voor die episode. Bijvoorbeeld: de HbA1c-waarde bij diabetes mellitus, de lithiumspiegel bij een manisch-depressieve stoornis of de uitslag van een urinekweek met resistentiebepaling bij een gecompliceerde urineweginfectie.

Sommige uitslagen zijn voor meerdere episodes relevant. De werkgroep vindt het

koppelen van uitslagen aan meerdere episodes echter niet zinvol. De huisarts kan namelijk in elke episode alle ongekoppelde uitslagen oproepen, naast de uitslagen die aan de episode zijn gekoppeld.

Toepassing van ICPC-codes

Huisartsen registreren bij voorkeur elke aandoening in een aparte klasse of met een aparte code. Een classificatiesysteem zoals de ICPC laat dat niet altijd toe. Soms laten huisartsen zich verleiden om 'harde diagnoses' vast te leggen, terwijl die helemaal niet zeker zijn. Het gebruik van codes roept kennelijk bij sommigen de behoefte aan 'exactheid' en 'harde diagnoses' op, ook als dat klinisch niet legitiem is. ICPC-codes passen niet altijd naadloos op de gegevens die huisartsen willen registreren.⁴⁵ Een veelgehoorde klacht is dat ICPC-codes niet de ruimte bieden om de ernstgraad van een aandoening vast te leggen, of het zorgbeleid dat aan een ziekte is gebonden (zoals palliatieve zorg).⁴⁶

Adviezen

- Maak diagnoses niet specifiekere dan gerechtvaardigd is, voorkom schijnzekerheid.
- Gebruik in de episodenaam zo veel mogelijk eigen termen.
- Leg in de episodenaam de ernstgraad of het stadium van de aandoening vast.

In het EPD legt de huisarts allereerst zijn conclusie over het contact vast. Daarbij benoemt hij een gezondheidsprobleem of aandoening *at true level of understanding*. Als een diagnose nog niet zeker is, worden episodes op symptoom- en klachtniveau benoemd. Bijvoorbeeld: 'pijn op de borst'. De huisarts zoekt de ICPC-klasse op die daar het meest bij past, in dit geval: 'pijn toegeschreven aan het hart (K01)'. Hij kan in vrije tekst een werkhypothese of differentiële diagnose aan de ICPC-naam toevoegen, bijvoorbeeld 'angina pectoris?'

Als de huisarts de klacht van deze patiënt nu al in een episode 'angina pectoris (K74)' zou vastleggen, zou het HIS meteen de vraag stellen of de medicatiebewaking moet worden geactiveerd. Dat is in dit stadium nog helemaal niet aan de orde.

De ICPC-naam van een klasse is soms te algemeen. Bijvoorbeeld: 'persoonlijkheids-/karakterstoornis (P80)'. Deze omschrijving geeft te weinig informatie als de patiënt bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft.

De huisarts noteert in dat geval de diagnose in eigen tekst in de ICPC-naam: 'borderline persoonlijkheidsstoornis (P80)'. De ICPC-code P80 blijft dus staan.

ICPC voorziet niet in het gecodeerd vastleggen van de ernstgraad of het stadium van een ziekte. De huisarts legt deze informatie daarom in de episodenaam vast. De ern-

stgraad of het stadium is dan voor alle zorgverleners meteen zichtbaar. Bijvoorbeeld: ‘matig astma’ of ‘mammacarcinoom Re met botmetas’.

Uitleg

ICPC is een classificatiesysteem voor klachten, risicofactoren, aandoeningen en ziektes in de huisartsenpraktijk. Veelvoorkomende aandoeningen hebben elk een eigen ICPC-klasse of -code, minder vaak voorkomende aandoeningen zijn in zogenaamde verzamelcodes ondergebracht zoals ‘andere ziekten bewegingsapparaat (L99)’.

ICPC-codes in het EPD sturen de ondersteuning vanuit het HIS aan en zijn daarom onmisbaar. Het HIS biedt bijvoorbeeld ondersteuning bij:

- de medicatiebewaking;
- het selecteren van patiënten voor griepvaccinatie of andere preventieve interventies;
- het gebruik van een elektronisch formularium;
- het verzamelen van gegevens voor het jaarverslag;
- het berekenen van de uitkomsten van indicatoren.

Voor een computerprogramma zijn codes eenduidig en goed te herkennen, in tegenstelling tot vrije tekst. Voor de medische verslaglegging is het echter nodig zo nauwkeurig mogelijk vast te leggen wat er met de patiënt aan de hand is. Bovenstaande adviezen maken het de huisarts mogelijk om, met behoud van de algemene regels voor medische verslaglegging, te profiteren van de voordelen van het gebruik van ICPC-codes.

Hernoemen van een episodenaam en/of ICPC-code

Bij voortschrijdend inzicht in een klacht of aandoening kan het nodig zijn de episodenaam aan te passen en soms ook de ICPC-code. Huisartsen doen dit maar in iets meer dan de helft van de gevallen, soms openen zij in een dergelijk geval zelfs een nieuwe episode. Waarom zij dit vaak niet doen, is niet bekend. Weten zij niet dat het kan? Tijdsdruk? Gebrek aan gebruiksvriendelijke ondersteuning?⁴⁷ Ook is niet bekend welke regels huisartsen hierbij hanteren.⁴⁸

Advies

Hernoem een episodenaam en/of ICPC-code, als er nieuwe, objectieve gegevens zijn die deze verandering rechtvaardigen.

Bijvoorbeeld: ‘pijn op de borst (K01)’ wordt ‘myocardinfarct (K74)’ zodra de ontslagbrief van de specialist binnen is. ‘Neusbloedingen (R06)’ wordt ‘stollingsstoor-

nis (B83), als de resultaten van specialistisch onderzoek hierop wijzen. 'Vlekjes op huid, geen jeuk (S04)' wordt na onderzoek en diagnose van de dermatoloog 'tweede stadium syfilis (Y70)'.

Uitleg

De episodenaam geeft weer wat er met de patiënt aan de hand is. De vlag moet de lading dekken. Dit vergemakkelijkt de samenwerking binnen de huisartsenpraktijk maar zeker ook daarbuiten, als patiëntgegevens elektronisch worden uitgewisseld. De oorspronkelijke episodenaam moet wel in het HIS bewaard blijven, zodat de transitie tussen de episodenaamen zichtbaar blijft.

De werkgroep ADEPD is van mening dat het HIS behulpzaam moet zijn bij het hernoemen van episodenaamen wanneer specialistenbrieven of uitslagen in het EPD worden ingevoerd.

Ziekten en aandoeningen vastleggen als episode en als...

Bij de patiënt vastgestelde ziekten en aandoeningen worden in het EPD vastgelegd als een episode.

Sommige protocollen staan toe dat de aan- of afwezigheid van een bepaalde ziekte of aandoening apart vastgelegd wordt als een diagnostische bepaling. Zoals eerder vermeld kan een aandoening ook als contra-indicatie aard (CIA) vastgelegd worden. Daardoor lijkt het alsof een ziekte op verschillende plaatsen en op verschillende manieren te registreren is. Huisartsen hebben behoefte aan duidelijkheid hoe ze hiermee om moeten gaan.

Misverstanden zijn te voorkomen met de volgende richtlijnen:

1. Leg vastgestelde ziekten en diagnoses waarvoor zorg wordt verleend altijd als episode vast met ICPC en indien relevant met attentiewaarde. Daarmee wordt de aanwezigheid van een ziekte vastgelegd. Bij voortschrijdend inzicht kan de episodenaam en /of ICPC veranderd worden.
2. Ook kan een diagnose als deelprobleem met een andere ICPC-code binnen een episode ingevoerd worden zonder de episodenaam en de episode-ICPC te veranderen.
3. Sommige protocollen vereisen dat de aan- of afwezigheid van een ziekte als comorbiditeit vastgelegd wordt. Met het afvinken van de DB ligt bovendien vast dat deze vraag in de procedure gesteld is. Bij een DB kan niet alleen de aanwezigheid, maar ook de afwezigheid van ziekte (comorbiditeit) worden vastgelegd. Dit gegeven beïnvloedt het te bepalen risico of het advies. Als op een later tijdstip de diagnose alsnog wordt gesteld, is het niet nodig de eerder vastgestelde DB retrograad te herzien. Een DB is immers een momentopname.

4. Het vastleggen van bepaalde diagnoses als CIA's gebeurt in het kader van de medicatiebewaking. Bepaalde ziekten die in een episode zijn vastgelegd kunnen bij het voorschrijven van belang zijn, bijvoorbeeld Colitis ulcerosa/ziekte van Crohn. De medicatiebewaking is gebaseerd op vastgelegde CIA.

BIJLAGE 2 ADVIES CVRM IN H-EPD

Bij een persoon zonder DM, HVZ, hypertensie of hypercholesterolemie

- Maak een CVRM-episode aan voor preventieve en groepsgerichte zorg
- Codeer deze CVRM-episode met de code uit de verrichtingen component van de ICPC: 'Andere preventieve verrichting tr. circulatorius' [K49].
- Registreer de CVRM-handelingen en -activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.
- Leg met de diagnostische bepaling 'risico HVZ volgens CVRM'⁴⁹ het risico vast. Alle risicocategorieën worden verder in deze episode vervolgd. Blijkt uit risico-inventarisatie een verhoogd risico met hypertensie of hypercholesterolemie? Hernoem de K49 episode dan met respectievelijk K86.01 'essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging' of T93.01 'hypercholesterolemie'.
- Wanneer iemand ondanks alle preventie in de loop van de tijd een DM type 2 of een HVZ ontwikkelt, hernoem de K49 episode dan met respectievelijk T90.02 'diabetes mellitus type 2' of één van de relevante codes voor HVZ.⁵⁰
- Blijf de CVRM-handelingen en activiteiten in dezelfde episode registreren.

Bij een persoon met reeds aanwezig CV-risico of DM of RA of HVZ

- Maak geen nieuwe CVRM-episode aan, maar voeg aan de bestaande episodetitel 'CVRM' toe.
- Bij diabetespatiënten kan dit eventueel achterwege blijven, omdat bij hen structureel het CVRM-protocol moet worden gevolgd.
- Registreer de CVRM-handelingen en activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.

Bij een persoon met een combinatie van meerdere zaken tegelijk

- Maak geen nieuwe CVRM-episode aan.
- Bij DM of RA: registreer de CVRM-handelingen en -activiteiten altijd in de DM- of RA-episode.
- Geen DM of RA: kies uit één van de relevante episodes, verander de ICPC-code van die episode *niet* en voeg alleen aan de episodetitel 'CVRM' toe.

- Registreer de CVRM-handelingen en -activiteiten in de desbetreffende episode.
- Leg met de diagnostische bepaling 'hoofdbehandelaar CVRM' vast wie de hoofdbehandelaar is.
- Wanneer eerst een HVZ en pas later DM of RA optreedt, wordt de CVRM-registratie verplaatst naar respectievelijk de DM- of RA-episode. Vergeet niet om de CVRM-aanduiding uit de titel van de HVZ-episode te verwijderen.

Aantal CVRM-contacten

Het NHG kan zich voorstellen dat een huisarts in alle bovenstaande situaties wil zien hoe vaak er een CVRM-contact is geweest. Daarvoor kan men de ICPC-procescode K49 'andere preventieve verrichting tr. circulatorius' in het deelcontact vastleggen.

1. De WGBO verplicht elke hulpverlener om voor elke patiënt een apart dossier aan te leggen. Een patiënt heeft inzage-, afschrift-, aanvullings-, afschermings- en vernietigingsrecht voor alle onderdelen van het medisch dossier, inclusief de correspondentie aan en van derden. Persoonlijke aantekeningen van een zorgverlener vallen buiten het dossier en dit patiëntenrecht. (1)
De Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), die per 1 september 2001 werd ingevoerd, vervangt de Wet Persoonsregistraties (WPR). De belangrijkste gevolgen van de nieuwe privacywet zijn aanvullende eisen aan artsen of instellingen. Zij zijn bijvoorbeeld verplicht om de gegevensverwerking te melden en zij hebben een informatieplicht over de doelen van de gegevensverwerking en de beveiligingseisen. (2)
 - (1) Witmer JM, de Roode RP (eindredactie). Eindrapport WGBO: Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Utrecht, KNMG, 2004. Deel 1: Eindrapportage; Deel 2: Informatie en toestemming; Deel 3: Dossier en bewaartermijnen; Deel 4: Toegang tot patiëntengegevens. Via website KNMG te verkrijgen.
 - (2) Doppegieter R.M.S. Privacywetgeving en omgaan met patiëntengegevens Utrecht, KNMG 2002.
2. De Studiegroep Patiëntenregistratie is in 1957 opgericht met als doel een volledig registratiesysteem voor de huisarts te ontwerpen. In 1958 werd het ontwerp van de 'groene kaart' gepubliceerd. (1) Veel later verschenen er verschillende varianten voor het dossier. (2) In 1978 verschijnt de NHG-Gezinsmap, gebaseerd op de POR-registratie. De 'POR-kaart' was ondergebracht in gezinsmappen op A4- formaat. Het NHG brengt daarnaast kaarten voor deelregistraties uit: een witte kaart voor de zwangerschapscontroles, een OAC-kaart voor de pilcontroles en een bruine kaart voor de Diabetescontroles.
 - (1) De werkkaart; publicatie van de studiegroep patiëntenregistratie. Huisarts Wet 1958;1:86-92.
 - (2) Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratiekaart. Huisarts Wet 1979;22:4-5.
3. Meyboom WA, Metsemakers JFM, Hofstra ML, Beusmans GHMI. NHG-Standaard Medische verslaglegging. (P002) Huisarts Wet 1990;33(3):114-7.
4. De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts Wet 1994;37:46-51.
5. Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.
6. Ter evaluatie van het gebruik van EVS en van het EPD is in 2001 een schriftelijke vragenlijst naar een aselekt steekproef van 665 huisartsen uit de NIVEL-huisartsenregistratie gestuurd. Binnen

elke praktijk werd 1 huisarts gevraagd de vragenlijst te beantwoorden over de werkwijze van deze praktijk. De netto respons bedroeg 67%. Op bladzijde 44 van het rapport staan de volgende cijfers vermeld: 100% bezit een HIS, het computergebruik in de huisartsenpraktijk is 97%. De computergebruikers werd specifiek naar EPD-gebruik gevraagd; de resultaten waren: het EPD-gebruik is 94%, recepten werden in 92% van de gevallen via het EPD uitgeschreven, met probleemlijsten werkte 70%. Deze cijfers vertonen geen significante verschillen met de resultaten van het evaluatieonderzoek met dezelfde vragenlijst uit 1999. (1)

- (1) Wolters I, Van den Hoogen H, De Bakker D. Evaluatie invoering elektronisch voorschrijf systeem. Monitoringsfase: de situatie in 2001. Utrecht: NIVEL, 2002.
7. De medische tuchtrechter heeft herhaalde malen het belang van een zorgvuldig bijgehouden dossier onderstreept. In tuchtrechtelijke zaken wordt steeds vaker een maatregel opgelegd aan de hulpverlener vanwege het ontbreken van (goede) verslaglegging.
8. Khan NA, Visscher S, Verheij RA, De kwaliteit van het elektronisch patiëntendossier van huisartsen gemeten: EPD-scan regio Twente, eerste meting. Utrecht, Nivel, 2011.
9. Begin 1997 is een schriftelijke vragenlijst over de automatisering in de huisartsenpraktijk toegestuurd aan een aselechte steekproef van 1500 huisartsen en hun praktijkassistenten. De respons onder de huisartsen was 58% (n=874) en onder de praktijkassistenten 50% (n=754). Onder de huisartsgebruikers van de medische module (n=689) bleken journaal (90%), ruiters (93%) en voorschrijven (96%) de meest populaire EPD-onderdelen. Verder werden voorgeschiedenis (97%), correspondentie (73%) en attentieregels (73%) ook in voldoende mate gebruikt. De probleemlijst (68%) komt daar vlak achteraan. (1)
 - (1) Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.
10. Uit verschillende onderzoeken in geautomatiseerde huisartsenpraktijken komt naar voren dat belangrijke ziekten, zoals hypertensie (1) en diabetes mellitus (2, 3), redelijk goed worden bijgehouden op de probleemlijst. Andere morbiditeitsgegevens worden op de probleemlijst echter matig tot onvoldoende bijgehouden. Na vier jaar registratie bleek dat in de probleemlijst gemiddeld driekwart van de bij een patiënt aanwezige morbiditeit werd gemist. (3)
 - (1) Brouwer HJ, Vintges MMQ. Hoe goed is onze probleemlijst? Huisarts Wet 2000;43(3):111-4.
 - (2) Van Eijkelenburg-Waterreus JJH, Schellevis FG, De Bakker DH, Tiersma W, Westert GP. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? Huisarts Wet 2001;44(9):377-80.
 - (3) Smith RJA, Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Versnippering van de morbiditeitsinformatie in het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2000; 43(9):391-4.

11. Borneman W, Bastiaanssen EHC, Westerhof RKD. Publiekversie HIS-Referentiemodel 2013, Utrecht NHG 2013.
12. Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41(11):515-9.
13. De begrippen zorgepisode en episoderegistratie werden in Nederland voor het eerst geïntroduceerd met het Transitieproject. (1) In het HIS-Referentiemodel van 1995 is de functie voor episoderegistratie in een EPD al beschreven. (2) In 1998 is het NHG een stapje verder gegaan en is Episodegericht Registreren (EGR) als structurerend principe voor het werken met een EPD in de praktijk uitgewerkt. Daarbij is de term episode gereserveerd voor de verzameling van alle relevante gegevens over een gezondheidsprobleem.(3) Binnen een episode kunnen nog steeds verschillende zorgepisodes onderscheiden worden. Binnen een episode kan per deelcontact onderscheid worden gemaakt tussen een gezondheidsprobleem dat zich voor het allereerst voordoet ('nieuw'), een gezondheidsprobleem dat zich na een klachtenvrij interval opnieuw voordoet ('opnieuw'), zoals een allergische rhinitis, en een vervolcontact ('vervolg'), dat wil zeggen een contact dat samenhangt met een vorig contact zonder een klachtenvrij interval, zoals een controle na een pneumonie.(2)
 - (1) Lamberts H. Het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
 - (2) Westerhof HP, Van Overbeeke JPM (red.). WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Utrecht: NHG, 1996.
 - (3) Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41(11):515-9.
14. Codes in een EPD zijn bedoeld voor het maken van selecties van patiënten, bijvoorbeeld voor de jaarlijkse oproep voor de griepvaccinatie, en als ingang voor ondersteunende modules, zoals een elektronisch formularium en de monitoringprotocollen voor risicofactoren of chronische aandoeningen. Het coderen is in strikte zin niet nodig voor de dagelijkse patiëntenzorg, maar wel voor de selectie- en ondersteuningsfunctie van het HIS. (1)
 - (1) Van Duijn NP, De Maeseneer J, Registreren, classificeren, automatiseren, communiceren, analyseren... Huisarts Wet 1996;39(6):257-9.
15. In verschillende HIS'en worden verschillende termen gehanteerd voor attentiewaarde: P-status, Probleemstatus cq. Probleem. (1) In het HIS-Referentiemodel wordt gesproken van een attentievlag. (2) In de richtlijn is gekozen voor de meer ingeburgerde term attentiewaarde.
 - (1) Mensink G. Zeven HISsen live op de zevende HIS Demodag. Gezamenlijke aanpak cruciaal voor communicatie. SynthesHis 2012;4(11):4-15.
 - (2) Borneman W, Bastiaanssen EHC, Westerhof RKD. Publiekversie HIS-Referentiemodel 2013, Utrecht NHG 2013.

16. HIS-tabel ICPC-codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde (tabel 50): zie www.nhg.org. Daarbij is gebruik gemaakt van de praktische uitwerking van het begrip Probleem door Metsemakers e.a. (1) en de bestaande lijst van Hiddema e.a.(2)
- (1) Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. Huisarts Wet 1988;31:379-81.
 - (2) Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? Huisarts Wet 2003;46:539-43.
17. In de begintijd van het EPD stond het journaal, zoals bij de 'groene kaart', centraal bij het verslagleggen. Alle gegevens werden ingevoerd in een chronologisch journaal of werkblad. (1) Het voordeel van EGR boven louter chronologische verslaglegging is dat EGR snel overzicht geeft van alle problemen die een patiënt heeft gemeld, die anders over het hele journaal of werkblad verspreid staan. Bij één gezondheidsprobleem is bovendien het beloop in de tijd meteen zichtbaar en zijn alle relevante gegevens overzichtelijk gebundeld. In een EPD zonder EGR is een dergelijk overzicht meestal nauwelijks mogelijk of bevat het veel ruis.
- Het Probleemgeoriënteerd Registreren is in 1979 in Nederland geïntroduceerd door de werkgroep Registratie van het NHG.(2) Het werken volgens de SOEP-systeematiek maakt ook deel uit van POR. (3) In het EPD structureren POR en SOEP de informatie op twee verschillende niveaus: SOEP biedt structuur binnen het verslag over een deelcontact, POR biedt overzicht over de belangrijke ziekten en aandoeningen en per belangrijke ziekte een overzicht van alle relevante informatie op deelcontactniveau. Hiervoor moesten wel de journaalregels aan het relevante probleem gekoppeld zijn.
- Een voordeel van EGR boven de Probleem Georiënteerde Registratie (POR) is dat deelcontacten voorafgaand aan een diagnose vaak al in één episode zijn verzameld. Op het moment dat een diagnose wordt gesteld, hoeft de episode alleen maar te worden hernoemd. Zo kan er sprake zijn van een episode met langdurige malaise en vage pijnklachten, waarbij pas na enige tijd de diagnose morbus Kahler wordt gesteld. Bij POR wordt een dergelijk probleem pas geregistreerd nadat een diagnose is gesteld, en ontbreken vaak de deelcontacten van het prodromaal stadium van een ziekte. Ook is er minder discussie over wat wel of geen probleem is.
- (1) Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.
 - (2) Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratietaak. Huisarts Wet 1979;22:4-5.
 - (3) Levelink H, Meyboom WA. Probleemgeoriënteerd registreren in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1979;22:6-8.
18. De Waal MWM, De Vroomen JMH, Oltheten JMT, e.a. Eerste ervaringen met episodegewijs registreren. Een aanzet tot praktische richtlijnen. Huisarts Wet 1999; 42:101-6.

19. Van Eijkelenburg-Waterreus JJH, Geboers HJAM, De Bakker DH, Schellevis FG. Het classificeren van deelcontacten met ICPC. Problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episoden. Huisarts Wet 1999;42:609-12,625.
Van der Meer V, De Waal MWM, Timmer AP, De Bock GH, Springer MP. Hoe up-to-date is het medisch dossier? Een onderzoek op vijf locaties. Huisarts Wet 2001;44(5):194-7.
20. Jabaaij L, Njoo K, Visscher S, Van den Hoogen H, Tiersma W, Levelink H, Verheij R. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. Huisarts Wet 2009;52(5):240-246.
21. Khan NA, Visscher S, Verheij RA, De kwaliteit van het elektronisch patiëntendossier van huisartsen gemeten: EPD-scan regio Twente, eerste meting. Utrecht, Nivel, 2011.
22. Bij, S. van der, Khan, N., Veen, P. ten, Roodzant, E., Visscher, S., Verheij, R. De kwaliteit van elektronische verslaglegging door huisartsen gemeten: EPD-scan regio Twente, eindrapport. Utrecht, NIVEL, 2013.
23. Eigen aantekeningen over patiënten die de huisarts of praktijkmedewerker heeft vastgelegd als geheugensteun bij het hulpverleningsproces, horen niet bij het medisch dossier.
24. De tabel sluit aan bij de Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (CMSV). Daarmee wordt voortgeborduurd op iets bestaands en wordt de communicatie met de tweede lijn gefaciliteerd. De codes van CMSV zijn teruggebracht naar een handzaam aantal voor de huisarts. Er is gekozen voor een detailniveau dat voor de huisarts relevant is.
25. Studenten in het medisch onderwijs leren om op de S-regel van het SOEP-systeem de reden van de komst van de patiënt, vraagverheldering en de anamnestiche gegevens vast te leggen. Op de O-regel komen de bevindingen bij lichamelijk onderzoek. (1) In sommige delen van het land of binnen universitaire registratienetwerken wordt een andere indeling gehanteerd: op de S-regel alleen de reden van komst van de patiënt, en alle gegevens uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek op de O-regel. (2) De werkgroep ADEPD 2004 kiest voor de eerste indeling, de in het medisch onderwijs onderwezen systematiek.
 - (1) Metsemakers JFM, Van Weert HCPM. Verslaglegging en registratie. In: Grundmeijer HGLM, Reenders K, Rutten GEHM. Het geneeskundig proces. Van klacht naar therapie. Maarssen: Elsevier Bunge, 1999.
 - (2) Lamberts H. Het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
26. Bij het staken van een voorschrift moet de huisarts naast de datum ook de reden van het staken kunnen vastleggen. Dit is belangrijk voor het bewaken van toekomstige voorschriften, bijvoorbeeld als er sprake is van bijwerkingen of een medicijnallergie. Voor het gecodeerd vastleggen van de reden van stoppen of wijzigen van voorschriften heeft het NHG de HIS-tabel Reden van stoppen of wijzigen voorschrift (tabel 54) opgesteld.

27. In de huidige situatie zijn er op lokaal niveau verschillende mogelijkheden om tot een volledig en actueel medicatieoverzicht in de huisartsenpraktijk te komen. (1,2) Bij sommige systemen beheert de apotheker de medicatielijst, inclusief de medicatiebewaking, en gebruikt de huisarts dit overzicht bij het voorschrijven. Een andere mogelijkheid is het gebruikmaken van het elektronisch retourbericht van de apotheek aan de huisartsenpraktijk. Het retourbericht bevat alle afgeleverde voorschriften, inclusief de door de medisch specialist voorgeschreven middelen. Deze kunnen meestal uitgefilterd en vastgelegd worden. De meest arbeidsintensieve mogelijkheid is het handmatig aanvullen van de medicatielijst in het EPD met de voorschriften van de specialist. Ervaringen uit het veld met een gezamenlijk medicatieoverzicht maken duidelijk dat onderlinge werkafspraken bij het beheer van de gegevens cruciaal zijn om mismatches, 'dubbele' patiënten en onvolledige overzichten te voorkomen.
- (1) Berg M, Machiels H, Huisman B. Bytes op recept? Medicatiesystemen in de specialistische zorg. Rotterdam: Instituut beleid en management gezondheidszorg, Erasmus MC, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.
 - (2) Levering S. Continuïteit van farmaceutische zorg: op welke wijze? Workshop. Bijeen 2003: Samenwerken voor zorgvernieuwing. Nijkerk 2003.
28. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 december 2011, nr. GMT/MVG-3096198, wijziging van de Regeling Geneesmiddelenwet. Staatscourant 2011 nr. 22913, 19 december 2011.
29. Anoniem. HARM-WRESTLING rapport. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009.
Rapport Acute ziekenhuisopnamen die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen. Oktober 2012, Versie 2.1
30. Diagnostische bepalingen werden eerder meetwaarden of labwaarden genoemd.
31. Onder brievenarchief wordt verstaan: de verzameling van volledige brieven, hetzij op papier en bewaard in mappen of enveloppen, hetzij op een elektronische drager, ingescand of als digitaal bericht opgeslagen, hetzij een combinatie daarvan. Het (digitaal) brievenarchief is patiëntgebonden en onderdeel van het dossier. Redenen om brieven per patiënt op te slaan zijn: de huisarts heeft snel het volledig dossier tot zijn beschikking bij overleg met derden, er kan gemakkelijk worden tegemoet gekomen aan het inzage-recht van de patiënt, en de privacybescherming van zowel de patiënt als van anderen is gewaarborgd.
32. Het is bekend dat de kwaliteit van de werkhypothesen van huisartsen gunstig beïnvloed wordt door de aanwezigheid van contextuele informatie over de patiënt. (1) Een inventarisatie onder een panel van 40 huisartsen (2) geeft aan dat er behoefte bestaat aan nieuwe onderdelen in het EPD voor het vastleggen van contextuele gegevens. Volgens deze artsen moet er ruimte komen voor het invoeren van: lange termijn planning; in de familie voorkomende ziekten; gegevens over

mantelzorg; life events; psychosociale gegevens. Een structurele voorziening voor subjectief gekleurde informatie, zoals therapietrouw, coping of persoonlijkheidsstructuur, vond men minder relevant.

- (1) Hobus PPM, Hofstra ML, Boshuizen HPA, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. Huisarts Wet 1988;31:261-7.
 - (2) Schers HJ, Van de Hooogen HJM, Van de Ven C, Van den Bosch WJRM. Continuïteit in de huisarts- geneeskunde. en onderzoek volgens de Delphi-methode naar de prioriteiten en wensen voor ondersteuning door het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2001;45(9):371-6.
33. In hoofdstuk 5 Toekomstige ontwikkelingen wordt nader ingegaan op de onderwerpen: 'wensen ten aanzien van het leveneinde' en 'profylaxe'.
 34. Het NHG zal in 2013 de ICPC tabel uitbreiden met specifieke subcodes onder de -49 code. Reserveer deze code voor episodes van personen die na het inkaarten geen interventie in het kader van een zorgprogramma behoeven. Bijvoorbeeld in de episode A49.01 Ouderenzorg legt u de verzamelde gegevens vast van het inkaarten bij een vitale onafhankelijke oudere. Het NHG zal de HIS-leveranciers verzoeken om de ICPC-versie te implementeren.
 35. Smith RJA, Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Versnippering van de morbiditeitsinformatie in het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2000;43(9):391-4.
 36. De ernstgraad naast de episode tonen is bij een beperkt aantal ziekten van belang. Voorbeelden:
 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) bij COPD [R95]
 - New York Heart Association (NYHA) bij Hartfalen [K77]
 - TNM staging bij kanker [vast aantal codes in ICPC]
 37. De momenten waarbij een ernstgraad wordt vastgelegd zijn onder andere bij diagnosestelling, bij verergering van het ziektebeeld, bij het verwerken van een brief van een medisch specialist en bij het handmatig invoeren van het dossier van een nieuwe patiënt.
 38. Deze oplossingen zijn nog niet helemaal sluitend. Vooral diagnoses die in de loop van de tijd door een andere zijn 'vervangen' en als het ware onder water in dezelfde episode zitten, komen niet in een dergelijk overzicht voor. Bijvoorbeeld: Angina pectoris, Myocardinfarct zijn niet zichtbaar als de huidige episode Hartfalen als naam heeft. Pas bij het openen van de episode wordt de cardiale voorgeschiedenis duidelijk. Een oplossing hiervoor is niet eenvoudig te bedenken. Het overzicht van de open episodes met attentiewaarde samen met de toegevoegde functionaliteit van afgesloten episodes met attentiewaarde en de belangrijke behandelingen en operaties, geeft al een beter beeld van de belangrijke zaken die bij een patiënt spelen, dan tot nu toe.

39. In de richtlijn wordt de term attentiewaarde gehanteerd. In het HIS-Referentiemodel wordt de term Attentievlag gehanteerd. In verschillende HIS'en worden andere termen gebruikt, bijvoorbeeld probleem, probleemstatus of P-status.
40. Huisartsen die voor een registratienetwerk registreren, moeten de instructies van het registratienetwerk opvolgen. Voor het vaststellen van incidenties in de huisartspraktijk en de continuïteit van de gegevensverzameling maken huisartsen die voor een registratienetwerk registreren, telkens een nieuwe episode aan als een patiënt met een klacht op het spreekuur komt. Eigenlijk zouden de registratie volgens ADEPD en de registratie voor een registratienetwerk naadloos op elkaar moeten aansluiten. Dit is ook goed mogelijk, als het HIS ondersteuning biedt. Afhankelijk van de mogelijkheden van het HIS en het soort gegevens dat het registratienetwerk uitspoelt, kunnen in de huidige HIS'en over het algemeen de volgende werkwijzen worden benut. Bij een teruggekeerd gezondheidsprobleem kan worden afgesproken om:
- In het deelcontact een E-regel aan te maken voorzien van de juiste ICPC-code, die gelijk zal zijn aan de ICPC-code van de episodenaam. (Dit wordt bij een vervolcontact achterwege gelaten.) Zo is eenvoudig zichtbaar te maken hoe vaak recidieven en exacerbaties optreden.
 - De episode af te sluiten en meteen weer te openen met het nieuwe deelcontact.
- Fraaier is het als huisartsen die voor een registratienetwerk registreren in het HIS een functionaliteit zouden hebben waarmee zij binnen een episode onderscheid kunnen aanbrengen tussen de volgende gezondheidproblemen:
- Gezondheidsproblemen die zich voor de eerste keer in het leven van de patiënt voordoen ('nieuw'); voorbeeld: eerste hooikoorts.
 - Gezondheidsproblemen die zich na een klachtenvrij interval opnieuw voordoen ('opnieuw'); voorbeeld: tweede seizoen met hooikoortssymptomen.
 - Gezondheidsproblemen die zich als vervolcontact aandienen ('vervolg'), dus samenhangen met een vorig contact zonder klachtenvrij interval. Voorbeeld: controle verhoogde bloeddruk.
- Deze functionaliteit is in een enkel HIS aanwezig.
41. In sommige HIS'en wordt een episode die gedurende een tijd niet meer gebruikt is, automatisch afgesloten. De episode 'hooikoorts' is een voorbeeld van een episode die meer dan een jaar niet in gebruik is geweest. Als de patiënt na twee jaar opnieuw met hooikoortsklachten op het spreekuur komt, is de episode 'hooikoorts' in de tussentijd afgesloten. De huisarts maakt dan waarschijnlijk een nieuwe episode aan. Het HIS moet signaleren dat er een afgesloten episode 'hooikoorts' in het EPD bestaat, en deze weer activeren. De huisarts kan dan de 'nieuwe' episode toevoegen aan de bestaande afgesloten episode. Deze episode blijft actief, zolang hij in gebruik blijft, bijvoorbeeld voor een desensibilisatieschema. De episode wordt automatisch inactief als er lange tijd geen gebruik van wordt gemaakt. In HIS'en waarin de episodes altijd actief blijven, voegt de huisarts de 'nieuwe' deelcontact gewoon toe aan de bestaande episode 'hooikoorts'.

42. Vergelijk bijvoorbeeld een EPD dat alleen een algemeen journaal bijhoudt waarin achtereenvolgens contacten zijn vastgelegd over: tonsillitis, otitis, diarrhoea, keelpijn, met daartussendoor controles en voorschriften voor hypertensie. Bij het laatste contact over keelpijn is het patroon dat de patiënt een paar keer achterelkaar tonsillitis had, enigszins uit beeld geraakt. Vergelijk dit met hetzelfde EPD, nu volgens EGR gestructureerd, dat drie episodes kent, namelijk: 'hypertensie' (P), 'tonsillitis-keelpijn'; 'otitis en diarrhoea'. Bij het openen van de episode 'keelpijn' is meteen zichtbaar dat er vaker keelpijnklachten zijn geweest en maar tweemaal tonsillitis.
43. Als probleem wordt beschouwd datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is of iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd. Een klacht, symptoom, risicofactor, aandoening of ziekte horen op de probleemlijst thuis, als het gaat om:
- chronische problemen (>6 maanden);
 - permanente problemen (waarbij geen volledig herstel wordt verwacht);
 - recidiverende problemen (vier zorgepisodes per half jaar);
 - problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt.
- Deze criteria kunnen ook worden gehanteerd om episodes te voorzien van bijzondere attentiewaarde of probleemstatus. (1)
- (1) Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. Huisarts Wet 1988;31:379-81.
44. Metastases bij kanker zeggen iets over het stadium waarin de ziekte zich bevindt (TNM- classificatie) en worden niet als een bijkomende aandoening beschouwd. In principe moet het bestaan van metastases in de episodenaam worden vastgelegd. Dit is echter niet in alle gevallen vol te houden. Als metastases een eigen, intensief zorgtraject vergen, bijvoorbeeld in het geval van een pathologische fractuur waarbij bestraling, revalidatie en andere huisvesting nodig zijn, kan het handig zijn om een aparte episode aan te maken voor het opslaan van de brieven en het vastleggen van het beleid.
45. Soms blijken ziektes in een andere tractus of in een ander deel van de ICPC te vinden te zijn dan de huisarts verwacht. De ICPC wordt door een internationale commissie vastgesteld en onderhouden. Bij het indelen van de ICPC wordt ook rekening gehouden met de indeling van de ICD (International Classification of Diseases), zodat een vertaling tussen beide classificaties mogelijk is. Hierdoor worden sommige diagnoses of klassen in een ander tractus of in een ander deel (klachten of ziektes) geplaatst dan te verwachten is.
46. De ICPC is een classificatiesysteem voor symptomen, klachten, risicofactoren en ziektes. Elke klasse vertegenwoordigt een groep klachten, risicofactoren of ziektes. De ICPC biedt keuze uit 685 verschillende internationale codes en 532 nationale subcodes voor klachten, ziektes en aandoeningen. Classificeren, het indelen in klassen, is een ander proces dan het diagnostisch proces waarbij de huisarts zo precies mogelijk wil benoemen wat er aan de hand is. Voor de diagnostiek bestaan

systemen met medische terminologie zoals Read Codes of Snomed. Hierbij gaat het om een keuze uit respectievelijk 47.000 en 375.000 concepten. In dit soort systemen zijn aandoeningen en ziektes zeer specifiek gecodeerd. Ook faciliteren zulke systemen vaak het vastleggen van zaken als ernstgraad en zorgbeleid. Een huisarts is dan wel even bezig met het opzoeken van de juiste codes en het vastleggen daarvan. De kans op misclassificatie neemt daardoor toe. Hoe groter het aantal keuzemogelijkheden, hoe meer codeerafspraken nodig zijn.

47. In een onderzoek bij patiënten (n=218) die naar de internist waren verwezen, bleek dat in bijna een derde van de patiëntendossiers de definitieve diagnose van de internist niet in de episodenaam was verwerkt. In 14% van de gevallen bleek een nieuwe episode te zijn aangemaakt. In meer dan de helft van de gevallen was de omschrijving van de episode wel adequaat veranderd. (1)
(1) Van der Meer V, De Waal MWM, Timmers AP, De Bock GH, Springer MP. Hoe up-to-date is het medisch dossier? Een onderzoek op vijf lokaties. Huisarts Wet 2001;44(5):194-7.
48. Van Eijkelenburg-Waterreus JJH, Geboers, HJAM, De Bakker DH, Schellevis FG. Het classificeren van deelcontacten met ICPC. Problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episoden. Huisarts Wet 1999;42(13):609-12, 625.
49. 'Risico HVZ volgens CVRM 2012' Antwoordmogelijkheden: 0% - 9% (groen) / 10% - 19% (geel) / ≥ 20% (rood).
50. Volgens de NHG-standaard vallen onder het begrip HVZ de volgende aandoeningen:
 - K74 Angina pectoris, inclusief subcodes.
 - K75 Acuut myocard infarct
 - K76 Ander chronische ischemische hartziekte, inclusief subcodes.
 - K77 Decompensatio cordis, inclusief subcodes.
 - K89 Passagère cerebrale ischemie/TIA
 - K90.03 Cerebraal infarct
 - K92.01 Claudicatio intermittens
 - K99.01 Aneurysma aorta