

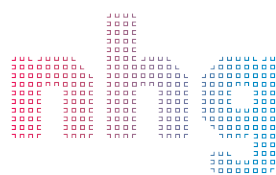
NHG-Richtlijn

Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntdossier (ADEPD)

Volledig
gereviseerde
versie 2019

© 2019 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.



Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Colofon

Richtlijn ADEPD op NHG.org en HAweb

- Toelichting en volledige tekst van de Richtlijn ADEPD zijn te vinden op: <https://nhg.org/ADEPD>
- Bij Richtlijn ADEPD horende registratieadviezen zijn tevens bij de dossierdelen van het HIS-Referentiemodel gepubliceerd: <https://referentiemodel.nhg.org>
- Op HAweb kunt u in de open groep 'ADEPD in de praktijk' vragen stellen en discussiëren over verschillende ADEPD- en ICPC-vraagstukken.

Auteurs

Volledig gereviseerde versie 2019

Duineveld B, Kole HM, Van Werven H

- Input episodes: Sloekers J

Volledig gereviseerde versie 2013

Boesten J, Braaksma 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

NHG-medewerker (alle versies)

Njoo KH

Inhoudsopgave

Totstandkoming van de richtlijn	5
Werkgroep ADEPD	5
Commentaarronde	5
Wijzigingen ten opzichte van 2013	6
Nieuwe dossierdelen in HIS	6
Registratieadviezen	6
Online raadpleegbaar en doorzoekbaar	6
Nieuw hoofdstuk over episodegericht registreren	6
Werkgroep ADEPD en NHG-Tabellen	7
Leeswijzer	7
Hoofdstuk 1 Het patiëntdossier in de huisartsenpraktijk	8
1.1 Functies van het EPD	8
1.2 Wettelijke verplichtingen	9
1.3 Historie van het patiëntdossier in de huisartsenpraktijk	10
1.4 Elektronisch patiëntdossier	11
1.5 Paradigmashifts in het gebruik van het EPD	12
1.6 Veranderende rol van de patiënt en het EPD	13
Hoofdstuk 2 Waarom deze richtlijn?	15
2.1 Kwaliteit huisartsendossiers sterk verbeterd	15
2.2 Uitbreiding dossierdelen	16
2.3 Informatie van buiten de praktijk	17
2.4 Doel	18
2.5 Doelgroep	18
2.6 Domein van deze richtlijn	18
Hoofdstuk 3 Richtlijnen	19
3.1 Indeling informatiesoorten	20
3.1.1 Informatie met langdurige geldigheid	20
3.1.2 Informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt	20
3.1.3 Informatie met beide eigenschappen	20
3.2 Informatie met langdurige geldigheid	21
3.2.1 Profylaxe en voorzorg	21
3.2.2 Familieanamnese	22
3.2.3 Behandelwensen en- grenzen	23
3.2.4 Contactpersonen en vertegenwoordigers	23
3.2.5 Sociale gegevens	24

3.3 Informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt	24
3.3.1 Klachten, ziekten en aandoeningen	25
3.3.2 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande gezondheidsprobleem	30
3.3.3 Online inzage door patiënt in EPD	31
3.3.4 Voorschrijven en het medicatieoverzicht	32
3.3.5 Lichamelijke onderzoek, aanvullend onderzoek en monitoring bij chronische aandoeningen	35
3.3.6 Verwijzingen en andere (bericht)teksten	35
3.3.7 Resultaten van overig aanvullend onderzoek, vragenlijsten en andere teksten	36
3.4 Informatie met beide eigenschappen	37
3.4.1 Ingrepen en belangrijke behandelingen	37
3.4.2 Persoonsgerichte zorg en Individueel Zorgplan (IZP)	38
Hoofdstuk 4 Knelpunten episodegericht registreren (EGR)	41
4.1 Meer informatie op episodeniveau	42
4.1.1 Knelpunten bij meer informatie op episodeniveau	42
4.1.2 Voorstel meer informatie op episode	
4.2 Samenhang tussen episodes	43
4.2.1 Knelpunt bij samenhang tussen episodes	43
4.2.2 Voorstel Episodebundels	43
Literatuur	44



TOTSTANDKOMING VAN DE RICHTLIJN

Werkgroep ADEPD

Na een oproep in Huisarts & Wetenschap is de eerste ADEPD-werkgroep van huisartsen (2003) samengesteld. De werkgroep voor de volgende versies van de richtlijn zijn steeds samengesteld uit een deel van de oorspronkelijke werkgroepsleden en een aantal nieuwe leden.

Sinds 2013 neemt ook een huisarts in opleiding van de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen (LOVAH) deel aan deze werkgroep. Bij de samenstelling van de werkgroep wordt gestreefd naar een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende HIS-gebruikers.

Commentaarronde

De concepttekst van de richtlijn wordt altijd voor commentaar voorgelegd aan huisartsen, huisartsopleidingen, registratienetwerken en automatiseerders.

WIJZIGINGEN TEN OPZICHTE VAN 2013

In april 2019 is deze vierde versie van de richtlijn geautoriseerd door het NHG. De richtlijn is tekstueel volledig aangepast.

Regelmatige actualisatie van Richtlijn ADEPD blijft noodzakelijk omdat:

- knelpunten bij de implementatie in de praktijk nieuwe informatie en inzichten opleveren
- de organisatie van de huisartsenzorg en van de gezondheidszorg als geheel voortdurend in beweging zijn
- ontwikkelingen in automatiseringstandaarden en in het [HIS-Referentiemodel](#) nooit stilstaan

Nieuwe dossierdelen in HIS

Een aantal informatiesoorten waarvoor eerder geen eenduidige plaats was in het HIS, is opgenomen in deze richtlijn:

- Profylaxe en voorzorg
- Ingrepen en behandelingen
- Behandelgrenzen
- Contactpersonen
- Individueel Zorgplan (IZP)

De functionaliteit van deze dossierdelen zijn beschreven en uitgewerkt in het [HIS-Referentiemodel](#).

Registratieadviezen

Voor alle soorten informatie en dossierdelen zijn in deze richtlijn registratieadviezen geformuleerd. Van de dossierdelen die niet of nog niet in alle HIS'en zijn geïmplementeerd, zijn telkens alternatieve registratieadviezen geformuleerd.

Online raadpleegbaar en doorzoekbaar

De tekst van deze richtlijn vindt u in vanaf mei 2019 integraal op [NHG.org](#). Daarnaast zullen de registratieadviezen per dossierdeel in de onlineomgeving van het [HIS-Referentiemodel](#) worden gepubliceerd.

Nieuw hoofdstuk over episodegericht registreren

Het hoofdstuk uit de vorige richtlijn over ontwikkelingen in de nabije toekomst is vervangen door hoofdstuk 4, Knelpunten episodegericht registreren (EGR).

Werkgroep ADEPD en NHG-Tabellen

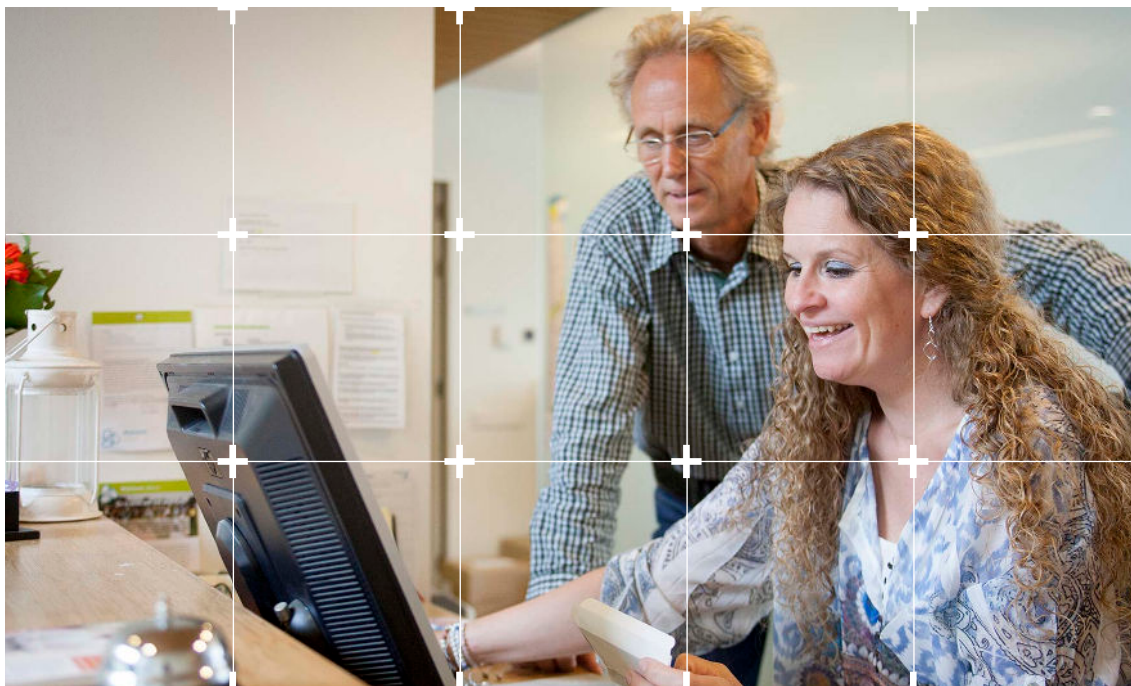
- De werkgroep heeft de NHG-Tabel ICPC en attentiewaarde ([tabel 50](#)) geëvalueerd en voorstellen voor aanpassingen gemaakt.
- Hetzelfde hebben zij gedaan voor de NHG-Tabel Episodebundels ([tabel 57](#)).
- Naar aanleiding van de discussie over het gebruik van Ingrepen in de praktijk heeft de werkgroep ook een voorstel opgesteld voor het toevoegen van een attentiewaarde bij de NHG-tabel Ingrepen en behandelingen ([tabel 49](#)).

Leeswijzer

- Hoofdstuk 1 gaat over de functie van het dossier voor de huisartsenzorg.
- Hoofdstuk 2 geeft de reden voor het opstellen van de richtlijn.
- Hoofdstuk 3:
 - behandelt de verschillende dossierdelen
 - bevat de registratieadviezen
- Hoofdstuk 4 bevat twee voorstellen voor mogelijke oplossingen van knelpunten bij het werken met episodegericht registreren (EGR), geformuleerd door de Werkgroep ADEPD 2019.

HOOFDSTUK 1

HET PATIËNTDOSSIER IN DE HUISARTSENPRAKTIJK



Huisartsenzorg is continue, integrale zorg, zowel 24/7 als tijdens de gehele levensloop van de patiënt. Anno nu betekent het echter niet meer: steeds bij dezelfde huisarts of dezelfde praktijk. Patiënten verhuizen van huisarts of woonplaats. Huisartsen verhuizen van werkplek of werken parttime. Continuïteit van zorg vereist daarom continuïteit van informatie (NHG/LHV-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012). Het elektronisch patiëntdossier (EPD) is daarvoor een noodzakelijk instrument.

1.1 Functies van het EPD

Onafhankelijk van de vorm vervult het EPD de volgende verslagleggingsfuncties:

- zorginhoudelijke informatie vastleggen door huisarts en medewerkers in de huisartsvoorziening
- contactgegevens vastleggen door de praktijkassistente en de praktijkondersteuner vanwege de verlengdearmconstructie en taakdelegatie in de huisartspraktijk (dit kan per huisartsenpraktijk verschillen: afhankelijk van de afspraken in de praktijk)
- geheugensteun en overzicht voor alle medewerkers in de huisartspraktijk

Registratie in het EPD ondersteunt de huisarts en verbetert daarmee de zorg aan de individuele patiënt door:

- medicatieveiligheid en medicatieoverdracht
- consultondersteuning (via NHG-Formularium en/of NHGDoc)
- gedeelde besluitvorming door patiënt en huisarts
- 24/7 huisartsenzorg (huisartsenpost, spoed)
- het schrijven van een verwijsbrief
- gedeelde zorg (shared care) met andere zorgverleners in het veld, zoals andere huisartsen en huisartspraktijken, zorggroepen, medisch specialisten
- dossieroverdracht als een patiënt verhuist naar een andere huisartsenpraktijk
- bij een meningsverschil met de patiënt of een aansprakelijkheids- of claimzaak: EPD als gegevensbron (zie kader Tuchtrectzaken....)

Tuchtzaken en EPD als gegevensbron

De medisch 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 verslaglegging of van goede verslaglegging.

- Zie [Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg](#).

Behalve voor individuele patiëntenzorg dient registratie in het EPD voor algemene praktijkvoering en voor onderzoek:

- gestructureerde zorg- en preventietaken in de huisartspraktijk, zoals:
 - selectie van patiënten voor programmatische preventie,
 - opsporen van risicopatiënten en
 - monitoren van chronische aandoeningen
- spiegelinformatie afleiden uit het dossier voor bijvoorbeeld FTO-besprekingen, jaarverslagen of praktijkvisite; maakt reflectie op het eigen professionele handelen mogelijk, de lerende zorgpraktijk
- geanonimiseerd gegevens voor onderzoeks- en andere projecten, bijvoorbeeld [NIVEL-huisartsenregistratie](#)
- geanonimiseerd gegevens voor voorspellende modellen van toekomstig zorggebruik (zoals via het [John Hopkins AGC-systeem](#)).

1.2 Wettelijke verplichtingen

Naast goed medisch handelen is dossiervorming ook juridisch verankerd. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994) verplicht elke hulpverlener om voor elke patiënt een apart dossier aan te leggen en bij te houden, dus ook de huisarts (Witmer et al. 2004a, 2004b, 2004c, 2004d, NHG 2017).

Het dossier 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 bijvoorbeeld een neurochirurg.
- Het is een illusie dat alles wat in een patiëntcontact ter sprake komt, in het dossier te vinden is. Een dossier is altijd een samenvatting en interpretatie van de feitelijke situatie.
- niet tot het dossier behoren, volgens de wet, de volgende gegevens:
 - correspondentie over claims en klachten
 - Meldingen Incidenten Patiëntenzorg
 - meldingen aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
 - keuringsgegevens
 - persoonlijke aantekeningen

Sinds 25 mei 2018 vervangt de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) (zie kader) de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). In deze nieuwe privacywet zijn de rechten van patiënten op hun dossier vastgelegd.

Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) vervangt de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP).

Patiënten hebben nog steeds recht op:

- inzage en kopie
- aanvulling en verbetering
- verwijdering van persoonsgegevens

In de AVG zijn de rechten van patiënten uitgebreid met:

- het recht van vergetelheid (het recht om de eigen persoonsgegevens te laten wissen)
- het recht op dataportabiliteit (het recht om persoonsgegevens van zichzelf te ontvangen van een organisatie) (KNMG 2018)

1.3 Historie van het patiëntdossier in de huisartsenpraktijk

Standaardisatie van het huisartsendossier stamt uit 1958 met de publicatie van de 'groene kaart'. Later zijn er nog andere dossiersystemen op papier geïntroduceerd, zoals de probleemgeoriënteerde registratiekaart (POR-kaart) of gezinsmap (zie kader Groene kaart en verder).

Blijkbaar was adequaat gebruik van een papieren dossier niet vanzelfsprekend. In 1990 verscheen de NHG-Standaard Medische verslaglegging (Meyboom et al. 1990). 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 gebruikgemaakt van de SOEP-systematiek en van het probleemgeoriënteerd registreren (POR) (De Melker et al., 1994).

Groene kaart en verder

De Studiegroep Patiëntenregistratie, in 1957 opgericht, had als doel om een volledig registratiesysteem voor de huisarts te ontwerpen. In 1958 werd het ontwerp van de 'groene kaart' gepubliceerd (Studiegroep Patiëntenregistratie, 1958).

In 1979 is het probleemgeoriënteerd registreren (POR) in Nederland geïntroduceerd door de NHG-Werkgroep Registratie. POR biedt overzicht over de belangrijke ziekten en aandoeningen en per belangrijke ziekte een overzicht van alle relevante informatie op deelcontactniveau. Hiervoor moest een probleemlijst worden bijgehouden en de journaalregels aan het relevante probleem gekoppeld zijn (Meyboom 1979, Levelink 1979).

In 1978 verschijnt de NHG-Gezinsmap, gebaseerd op POR. De 'POR-kaart' was ondergebracht in gezinsmappen op A4-formaat. Het NHG bracht daarnaast kaarten voor deelregistraties uit: een witte kaart voor de zwangerschapscontroles, een OAC-kaart voor de pilcontroles en een bruine kaart voor de diabetescontroles.

1.4 Elektronisch patiëntdossier

De huisartsen waren er vroeg bij als het gaat om de automatisering van het dossier. Standaardisatie van het elektronische patiëntdossier (EPD) stamt uit 1985 met de publicatie van het [HIS-Referentiemodel](#), dat tot op heden wordt bijgehouden en aangepast aan de huidige tijd (NHG, 2018).

In de jaren tachtig van de twintigste eeuw verschenen de eerste geautomatiseerde systemen voor de huisartsenpraktijk. De invoering daarvan ging heel geleidelijk. In eerste instantie werden deze systemen vooral gebruikt bij het voorschrijven, herhaalrecepten en voor de administratie van de particuliere patiënten. Volledig gebruik van het elektronische patiëntdossier was nog niet gebruikelijk. In de jaren negentig werd er nog discussie gevoerd en onderzoek verricht naar het nut van automatisering in de huisartspraktijk (Van Althuis 1999).

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 iedere geautomatiseerde huisarts 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 (Van Althuis, 1999). Ook waren er vraagtekens bij de volledigheid van de probleemlijsten (zie kader 'Probleemlijst volledig?').

Probleemlijst volledig?

Uit verschillende onderzoeken in geautomatiseerde huisartsenpraktijken komt naar voren dat belangrijke ziekten, zoals hypertensie (Brouwer et al. 2000) en diabetes mellitus (Van Eijkelenburg-Waterreus et al. 2001, Smith et al. 2000), 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 (Smith et al. 2000).

Anno 2018 werken bijna alle huisartsenpraktijken in Nederland met een huisartseninformatiesysteem (HIS) en worden de medische gegevens van patiënten in het EPD vastgelegd (zie kader EPD-gebruik). Dit biedt vele voordelen. De tekst op een beeldscherm is beter leesbaar dan in een handgeschreven dossier. Bovendien blijken huisartsen in een EPD meer gegevens vast te leggen dan in een papieren dossier. Ook is een elektronisch dossier gemakkelijker vanuit verschillende werkplekken te raadplegen, wat de continuïteit van informatie binnen de huisartsenpraktijk beter waarborgt. Daarnaast maakt elektronisch vastgelegde informatie het mogelijk om dezelfde informatie buiten de huisartsenpraktijk te raadplegen en te hergebruiken. Voorbeelden hiervan zijn respectievelijk inzage in het EPD op de huisartsenpost, en rapportages via regionale datacentra.

EPD-gebruik

Ter evaluatie van het gebruik van elektronische voorschrijfsystemen en van het EPD is in 2001 een schriftelijke vragenlijst gestuurd naar een aselechte steekproef van 665 huisartsen uit de NIVEL-huisartsenregistratie. Op bladzijde 44 van het rapport (Wolters et al. 2002) vermeldt:

- 100% bezit een HIS
- het computergebruik in de huisartsenpraktijk is 97%

De computergebruikers werd specifiek naar EPD-gebruik gevraagd:

- 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 (Wolters et al. 2002).

1.5 Paradigmashifts in het gebruik van het EPD

De overgang van papieren naar elektronisch dossiers is niet het enige dat in de loop van de tijd is veranderd. De positie van het EPD volgt de verschillende maatschappelijke ontwikkelingen binnen de huisartsenzorg en binnen de eerste lijn.

In de begintijd van de huisartsenautomatisering beheerde een solo werkende huisarts het HIS op een standalonecomputer of een praktijknetwerk. Veel informatie kwam op papier binnen, zoals uitslagen en brieven, en werd dan overgetikt in de computer.

Elektronische informatie-uitwisseling is tegenwoordig gemeengoed tussen apotheek en huisartspraktijk, tussen laboratorium en huisartspraktijk en tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis bij een verwijzing.

Door de schaalvergroting van de huisartspraktijk (HOED's, groepspraktijken en gezondheidscentra) (Van der Velden et al. 2016, p. 15-6) vindt dossiervorming en -beheer nu veelal plaats via een Application Service Provider (ASP). Waardoor dossiervorming en dossierbeheer 24/7 plaatsvindt, zoals tijdens visites, vanuit huis of andere praktijklocatie of tijdens de dienstwaarneming op de huisartsenpost.

Samenwerken binnen de praktijk is voor de huisarts van essentieel belang geworden. Veel taken van chronische zorg zijn aan de praktijkondersteuner (poh) gedelegeerd (Vektis Intelligence 2018). De poh legt in het kader van de verlengdearmconstructie en taakdelegatie haar bevindingen en contactgegevens in het EPD vast. Hierdoor leggen meerdere medewerkers in de praktijk meer informatie vast in het EPD.

De zorg voor chronisch zieke patiënten is steeds meer georganiseerd als ketenzorg. Door de introductie van functionele bekostiging ontstonden zorggroepen, verantwoordelijk voor de organisatie van ketenzorg. Daarbij is er sprake van een andere organisatie van zorg en ook een andere informatiebehoefte. De informatie en rapportages uit de keten zijn of in het HIS of met een KIS of een combinatie georganiseerd.

Gezien vanuit de eerste lijn verschuift de (medische) zorg steeds meer vanuit ziekenhuis naar de wijk. Ouderen die langer thuis blijven wonen en chronisch zieken zijn voor hun zorg en ondersteuning aangewezen op zorg in de wijk. Zorg in de wijk wordt geleverd in een samenhangend zorgnetwerk van verschillende zorgverleners en zorgorganisaties. Multidisciplinaire samenwerking in de wijk vergt een informatievoorziening die daarop aansluit en met gebruik van informatie uit de verschillende EPD's (Njoo 2017, 2018).

Kortom, het huisartsen-EPD is stilaan geëvolueerd van aantekeningen van de individuele huisarts, via informatiebron binnen één huisartsenpraktijk tot informatiebron voor de hele huisartszorg en de samenwerkingspartners in de eerste lijn.

1.6 Veranderende rol van de patiënt en het EPD

Met het concept positieve gezondheid, dat Machteld Huber samen met de Gezondheidsraad en ZonMw heeft ontwikkeld, ligt de volgende uitdaging voor het EPD al klaar. Gezondheid is binnen het concept positieve gezondheid gedefinieerd als:

‘het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’ (Huber et al. 2011)

Deze definitie heeft invloed op de inrichting van het EPD en de manier van verslagleggen.

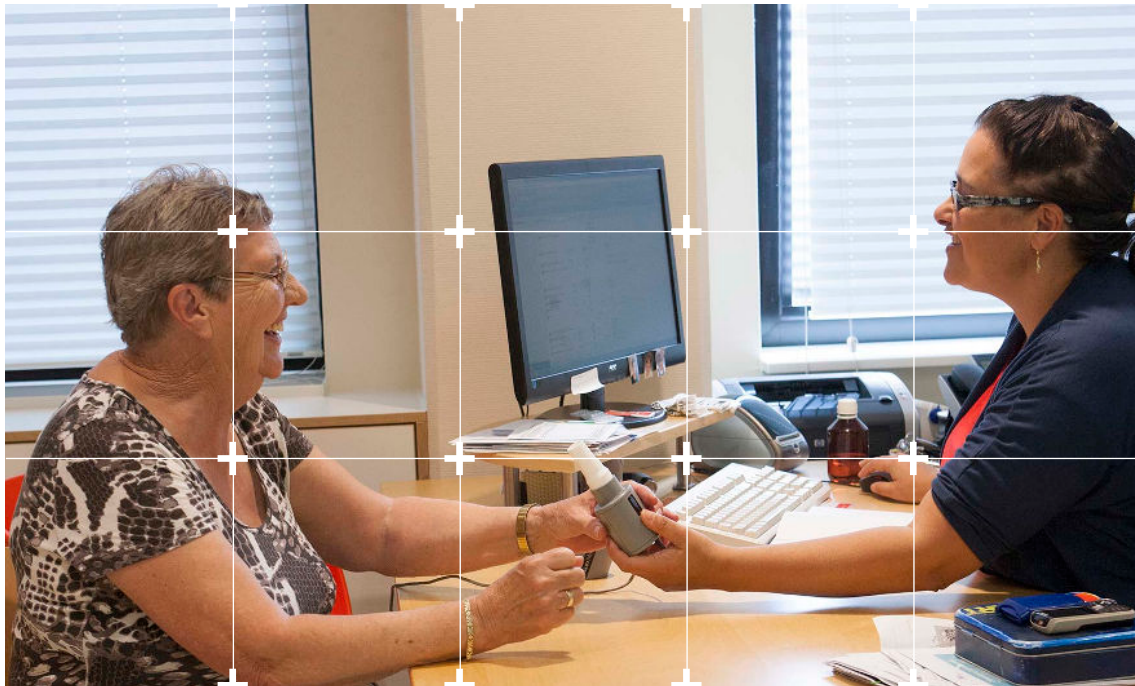
- De patiënt heeft de regie over zijn zorg. De doelen die de patiënt belangrijk vindt in het leven zijn leidend voor de zorgdoelen en -afspraken. Zaken zoals de wensen van de patiënt over de zorg, persoonlijke streefwaarden in plaats van protocollaire gemiddelden en gegevens van de belangrijke contactpersonen van de patiënt krijgen een meer belangrijke plek in het EPD.
- De patiënt wordt een actieve actor en een gelijkwaardige gesprekspartner van de verschillende zorgverleners om hem heen. Het Individueel zorgplan (IZP) is een voorbeeld hoe deze veranderende rol van de patiënt impact heeft op het EPD. (Zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.2.)
- De patiënt heeft recht op online inzage zonder tussenkomst van de zorgverlener.
 - De positie van de patiënt tegenover het EPD is veranderd met de nieuwe Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg, ook wel bekend als wetsvoorstel Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens.
 - Het NHG en Patiëntenfederatie Nederland hebben samen een richtlijn opgesteld over welke informatie uit het EPD voor online inzage beschikbaar is voor de patiënt (NHG/Patiëntenfederatie Nederland, 2017).
 - Huisartsen hebben tot 1 juli 2020 de tijd om dit voor hun patiënten via bijvoorbeeld een patiënten portaal mogelijk te maken. De drie huisartsenkoepels bieden de huisartsen daarbij ondersteuning met het programma Ontsluiten van Patiëntengegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland (OPEN).

- De ontwikkeling van Persoonlijk gezondheidsomgevingen (PGO) heeft impact op het EPD en verslaglegging. In een PGO kan een patiënt dossierinformatie van meerdere zorgverleners inzien, gebruiken en eigen gegevens verzamelen en vastleggen.
 - Een toekomstige ontwikkeling zou kunnen zijn dat patiëntengegevens vastleggen in hun PGO en deze naar hun huisarts opsturen. De discussie is welke van deze informatie in het EPD van de zorgverleners moeten worden opgeslagen. Daarover moeten afspraken worden gemaakt. Over welke informatie gaat het? Welke informatie is nodig voor goede zorg? Wat moet daarvan in het EPD terechtkomen? Moeten er landelijke afspraken of juist individuele (persoonsgerichte) afspraken worden gemaakt?

Op dit moment is het nog onduidelijk hoe deze zaken de omgang met het EPD zullen beïnvloeden. Het is een kwestie van gezamenlijk kleine stappen ondernemen en steeds opnieuw het belang van bepaalde informatie voor de zorg te formuleren. Het uitgangspunt moet zijn: omdat het nodig is en niet alleen maar omdat het kan (LHV/InEen/NHG 2018).

HOOFDSTUK 2

WAAROM DEZE RICHTLIJN?



Een adequaat dossier is essentieel voor continuïteit van informatie. Continuïteit van informatie is weer essentieel voor continuïteit en goede kwaliteit van zorg. De Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD) geeft adviezen voor de methode van verslaglegging.

Het [HIS-Referentiemodel](#) beschrijft de functies en dossierdelen van een Huisartseninformatiesysteem (HIS) die nodig zijn om dit proces van adequate dossiervorming te ondersteunen (Bastiaansen et al., 2018).

2.1 Kwaliteit huisartsendossiers sterk verbeterd

Ondanks standaardisatie vanaf het begin bleken er na jarenlang gebruik van het EPD in de huisartsenpraktijk grote verschillen te bestaan 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 functionaliteit van HIS'en heeft op hun gebruikers (Khan et al. 2011). Deze verschillen in verslaglegging brengen risico's met zich mee voor de continuïteit van informatie en daarmee voor de goede kwaliteit van zorg.

Sinds het verschijnen van de richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD in 2004 zijn de verschillen in verslaglegging tussen praktijken geleidelijk verminderd. Dat is natuurlijk niet zomaar gebeurd.

Door de ontwikkeling van de EPD-scan kunnen verbetertrajecten worden gevolgd. De EPD-scan meet de kwaliteit van de registratie in het elektronisch patiëntdossier van de huisarts. De huisarts kan daarmee zijn verslaglegging op bepaalde punten vergelijken met andere praktijken en wordt gewezen op verbeterpunten (Jabaaïj et al. 2009).

In de regio Twente heeft het NIVEL, het Nederlands Instituut voor de Gezondheidszorg, in 2010 bij ongeveer honderd huisartsenpraktijken met de EPD-scan een nulmeting uitgevoerd (Khan et al., 2011). Na interventie en ondersteuning bij het veranderen van het registratiegedrag blijkt uit de tweede meting in 2012 dat de huisartsen gegevens meer gestructureerd 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 geworden. Er is meer uniformiteit in de registraties van de huisartsen (Van der Bij et al. 2013a).

In 2012 en 2013 hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de kwaliteit van de dossiervorming gestimuleerd door landelijke variabiliseringsgelden. Huisartsen kregen een eenmalige vergoeding als zij bij minstens 70% van de consulten een diagnose (in episodes met ICPC) in het dossier hebben vastgelegd. Door deze eenmalige vergoeding is het vastleggen van episodes met ICPC bij de huisartsen significant verbeterd. De sterkste verbetering was zichtbaar bij praktijken die bij de voormeting hun dossiers op dit gebied relatief slecht op orde hadden (Van der Bij et al., 2013b).

2.2 Uitbreiding dossierdelen

Ondertussen zijn de eisen die aan het dossier zelf worden gesteld, ook veranderd. De huisartsenzorg is complexer geworden. De moderne huisarts maakt bijvoorbeeld deel uit van een groepspraktijk, werkt multidisciplinair samen, verricht de avond-, nacht- en weekenddiensten via een huisartsenpost, participeert in onderzoek en kwaliteitstrajecten. De behoefte aan interne en externe informatie-uitwisseling over de patiënt is enorm toegenomen, zoals bij het elektronische recept, elektronische laboratoriumuitslagen, de elektronische verwijsbrief, de professionele samenvatting voor de waarneming. Daarnaast is bekend dat de werkhypothese van de huisarts positief wordt beïnvloed door de aanwezigheid van contextuele informatie over de patiënt (zie kader Contextuele informatie).

Daarom komen er in een HIS steeds dossierdelen bij. Deze uitbreiding ontstaat vanuit de behoefte van huisartsen om bepaalde informatie eenduidig te kunnen vastleggen en te kunnen uitwisselen. Informatie die belangrijk is voor het leveren van goede zorg door alle zorg echelons heen, bijvoorbeeld: Profylaxe en voorzorg.

Bovendien brengen veranderingen in de zorg en nieuwe vormen van samenwerken, nieuwe manieren van vastleggen en delen van informatie met zich mee; bijvoorbeeld het Individueel Zorgplan (IZP).

Contextuele informatie

Het is bekend dat de kwaliteit van de werkhypothesen van huisartsen gunstig beïnvloed wordt door de aanwezigheid van contextuele informatie over de patiënt (Hobus et al. 1988). Een inventarisatie onder een panel van 40 huisartsen en onderzoek volgens de Delphi-methode naar de prioriteiten en wensen voor ondersteuning door het elektronisch medisch dossier (Schers et al. 2001) maakte duidelijk 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:

- langetermijnplanning
- in de familie voorkomende ziekten
- gegevens over mantelzorg
- levensgebeurtenissen
- psychosociale gegevens

Een structurele voorziening voor subjectief gekleurde informatie, zoals therapietrouw, coping of persoonlijkheidsstructuur, vond men minder relevant.

2.3 Informatie van buiten de praktijk

Voor de continuïteit van informatie wordt het steeds belangrijker om ook informatie in het EPD op te nemen die buiten de huisartsenpraktijk is vastgesteld. Bij medisch specialistische diagnoses uit retourbrieven is dit al gebruikelijk, al kan het altijd nog beter (zie kader Medisch specialistische diagnoses in het EPD).

Voor een volledig actueel medicatie-overzicht en veilige medicatiebewaking is het essentieel dat ook de medisch-specialistische voorschriften in het dossier zijn opgenomen.

Hetzelfde geldt ook voor het vastleggen van belangrijke ingrepen (hartklep, maagverkleining) en behandelingen (chemotherapie) die elders zijn uitgevoerd. Het is mogelijk en verstandig om deze informatie op gestandaardiseerde wijze in het huisartsen-EPD op te nemen, omdat deze van invloed kunnen zijn op het medische handelen in de toekomst.

Medisch specialistische diagnoses in het EPD

In een onderzoek (Van der Meer et al., 2001) bij patiënten (n = 218) die naar de internist waren verwezen, bleek dat:

- in meer dan 1/2 van de gevallen de omschrijving van de episode adequaat was veranderd
- in bijna 1/3 van de patiëntdossiers de definitieve diagnose van de internist niet in de episodenaam was verwerkt
- in 14% van de gevallen bleek een nieuwe episode te zijn aangemaakt

2.4 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. Door adequate dossiervorming:

- zorgen de huisarts en medewerkers in de praktijk ervoor dat belangrijke informatie wordt vastgelegd in het elektronisch patiëntdossier (EPD)
- hebben de huisarts en medewerkers in de praktijk overzicht en kunnen ze belangrijke informatie snel vinden
- kan de praktijk belangrijke informatie hergebruiken voor de zorgverlening en informatie delen met andere zorgverleners buiten de praktijk

2.5 Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor huisartsen en voor praktijkmedewerkers, zoals praktijkmanagers, praktijk-assistenten, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen.

2.6 Domein van deze richtlijn

In scope

Deze richtlijn gaat over op de toepassing van het EPD in de dagelijkse patiëntenzorg en over de uitwisselbaarheid van deze informatie.

Uit scope

Deze richtlijn beschrijft niet hoe er moet worden omgaan met namen, adressen of andere administratieve gegevens. Het bevat ook geen aanbevelingen voor een goed beheer van het EPD, zoals: privacy-bescherming, 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 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, NedHIS-vertegenwoordigers van de gebruikersverenigingen en de softwareleveranciers.

HOOFDSTUK 3

RICHTLIJNEN



Verslaglegging in het EPD moet alle relevante informatie bevatten die noodzakelijk is voor goede huisartsenzorg. Daartoe is het EPD ingedeeld in verschillende dossierdelen, die elk een specifiek soort informatie bevatten (zie tabel 1). Informatie in deze dossierdelen vallen onder het wettelijke begrip 'medisch dossier'.

De persoonlijke aantekeningen van een zorgverlener vallen buiten het juridische kader van een medisch dossier. Persoonlijke aantekeningen zijn alleen voor persoonlijk gebruik en kunnen niet worden gedeeld met andere medewerkers of zorgverleners.

De wijze waarop informatie wordt vastgelegd in het EPD, blijft altijd een combinatie van vrije tekst, afgesproken rubrieken en gestandaardiseerde code (zie kader De functie van het coderen in het EPD). Context en interpretatie zullen namelijk altijd een rol spelen bij de beoordeling van een medische situatie, laten zich lastig in code uitdrukken en behoeven de rijkdom van vrije tekst.

De functie van het coderen in het EPD

Coderen is in strikte zin niet nodig voor de dagelijkse patiëntenzorg, maar voor de selectie- en ondersteuningsfunctie van het HIS (Van Duijn et al. 1996). Codes in een EPD zijn bedoeld:

- voor patiënten selecties, bijvoorbeeld voor de jaarlijkse oproep voor de griepvaccinatie
- als ingang voor ondersteunende modules, zoals een elektronisch formularium
- voor monitoringprotocollen voor risicofactoren of chronische aandoeningen

3.1 Indeling informatiesoorten

De informatie van het EPD zijn grofweg in te delen in:

- informatie met langdurige geldigheid
- informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt
- informatie met beide eigenschappen

3.1.1 Informatie met langdurige geldigheid

Informatie over de patiënt met langdurige geldigheid gaat over een kenmerk of eigenschap van de patiënt die meestal geen actuele zorg nodig heeft, bijvoorbeeld Familieanamnese. Deze informatie is meestal niet episodegericht en verandert niet zo snel van inhoud.

Wel is deze informatie vaak van belang voor de hele zorg. Daarom moet het binnen en buiten de huisartsenpraktijk eenduidig kunnen worden vastgelegd en uitgewisseld, bijvoorbeeld Profylaxe en voorzorg.

Het betreft soms ook niet-medische informatie die van belang is voor de zorgverlening. Bijvoorbeeld: de individuele wensen van de patiënt over de acute zorg. Deze informatie verdient specifieke aandacht en een eigen dossierdeel, bijvoorbeeld Behandelgrenzen.

Samengestelde gezinnen, zorg dicht bij huis en langer zelfstandig wonen vergt meer overleg en afstemming, niet alleen met de patiënt zelf, maar ook met zijn naasten. Contactgegevens van belangrijke contactpersonen en vertegenwoordigers zijn daarmee belangrijke informatie geworden om vast te leggen en te delen.

In vorige versies van de richtlijn ADEPD waren sommige van deze rubrieken samen ondergebracht in een dossierdeel Additionele informatie. Sommige rubrieken uit Additionele informatie zijn inmiddels in een eigen dossierdeel ondergebracht of zijn verder uitgewerkt onder Additioneel.

3.1.2 Informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt

De episodegerichte verslaglegging over de contacten tussen patiënt en praktijk vormt nog steeds de kern van het EPD. Het verloop in de tijd (decursus) en de samenhang tussen de verschillende informatiesoorten spelen bij deze verslaglegging een grote rol. Daarbij is het niet alleen de huisarts die informatie op deze manier vastlegt. De praktijkassistenten, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen leggen vanuit hun gedelegeerde taken ook informatie vast in het dossier, of verwerken binnenkomende berichten.

3.1.3 Informatie met beide eigenschappen

Elke indeling in soorten informatie voor de verslaglegging kent uitzonderingen. Dit is van toepassing voor de dossierdelen: Ingrepen en Individueel Zorgplan. Deze dossierdelen gaan zowel over informatie met langdurige geldigheid als over informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt. Om verwarring te voorkomen, worden deze dossierdelen apart besproken.

3.2 Informatie met langdurige geldigheid

Informatie met langdurige geldigheid over de patiënt wordt vastgelegd in de volgende dossierdelen in het EPD:

- Profylaxe en voorzorg
- Familieanamnese
- Behandelgrenzen
- Contactpersonen en vertegenwoordigers
- Sociale gegevens

3.2.1 Profylaxe en voorzorg

Bepaalde medische informatie, zoals te nemen voorzorgsmaatregelen bij (functionele) asplenie, is van belang voor de hele zorgketen. Daarom moet deze informatie op één afgesproken plaats in het EPD worden vastgelegd, dat goed in beeld is bij het openen en gebruiken van het dossier. In de huidige situatie is deze informatie nu meestal in een memo- of attentieregel te vinden. Alleen is deze informatie op deze manier niet uitwisselbaar buiten de praktijkgrenzen, terwijl dat wel noodzakelijk is.

In het [HIS-Referentiemodel](#) is daarom een dossierdeel Profylaxe en voorzorg beschreven en een NHG-Tabel Profylaxe en voorzorg ([tabel 56](#)) ontwikkeld. Hiermee kan een HIS de functionaliteit aanbieden aan de zorgverlener.

Informatie uit dit dossierdeel is opgenomen in de berichten voor informatie-uitwisseling. Eenmaal op de juiste manier in het HIS vastgelegd kan het met de huisartsenpost, bij spoed en bij een verwijzing worden uitgewisseld. De Werkgroep ADEPD 2019 is van mening dat de HIS-functie voor het registreren en uitwisselen van profylax snel moet worden ingevoerd in alle HIS'en.

Registratieadvies Profylaxe en voorzorg

Registratieadvies	Indien in uw HIS het dossierdeel Profylaxe en voorzorg aanwezig is: ■ leg in dit dossierdeel bij de patiënt relevante profylaxe en voorzorg vast, bijvoorbeeld (functionele) asplenie. Op deze manier is het mogelijk om deze informatie te delen met de huisartsenpost, bij spoed of bij een verwijzing ■ spreek in uw praktijk af hoe u eerder vastgelegde profylaxe informatie zo snel mogelijk op de juiste manier verwerkt.
Alternatieve registratieadviezen	Maak indien in uw HIS het dossierdeel 'Profylaxe en voorzorg' ontbreekt, in uw praktijk afspraken hoe u deze informatie vastlegt. ■ Neem dit gegeven op in de episode omschrijving van de indicatie tot profylaxe, bijvoorbeeld een eerder doorgemaakte endocarditis en geef deze episode een attentiewaarde. ■ Informatie over profylaxe en voorzorg vastgelegd in de memo- of attentieregel is alleen binnen de huisartspraktijk goed zichtbaar. Denk eraan dat informatie uit de memo- of attentieregel niet wordt opgenomen in alle elektronische communicatie. ■ Zodra uw HIS mogelijk maakt om Profylaxe en voorzorg op de juiste wijze vast te leggen, maakt u gebruik van deze functie. Ook spreek u met uw praktijk af hoe u reeds vastgelegde profylaxe zo snel mogelijk op de nieuwe manier verwerkt.

3.2.2 Familieanamnese

De huisarts krijgt tijdens patiëntcontacten regelmatig informatie over het voorkomen van ziektes in de familie. Bepaalde ziektes kunnen veel in een familie voorkomen. De patiënt meldt het spontaan of de huisarts of praktijkondersteuner hebben daar expliciet naar gevraagd. Voor preventie in de huisartsenpraktijk vormt de familieanamnese namelijk een belangrijk gegeven. Deze informatie helpt bij de risicoschatting voor de aanwezigheid van een ziekte of de ontwikkeling daarvan en kan behandelconsequenties hebben.

Informatie over ziektes in de familie is vaak relevant om uit te wisselen, bijvoorbeeld in de waarneemsituatie op de huisartsenpost of in een verwijfsbrief naar de tweede lijn. In alle relevante NHG-standaarden voor informatie-uitwisseling is het onderdeel Familieanamnese opgenomen.

Registratieadvies Familieanamnese

Registratieadvies	Indien in het HIS het dossierdeel Familieanamnese aanwezig is: ■ leg hierin de informatie vast over de aandoeningen die voorkomen bij bloedverwanten, per aandoening bij welke familieleden deze voorkomt, op welke leeftijd het bij hen is begonnen en eventueel op welke leeftijd zij daaraan zijn overleden; - de bron van deze informatie is vaak de patiënt zelf - laat de velden open als de informatie niet duidelijk of onbekend is ■ leg de informatie vast als het ter sprake komt tijdens een patiëntcontact. Deze informatie alleen door de patiënt zelf laten invullen, geeft kans op misverstanden en verkeerde interpretatie ■ leg een samenvattende conclusie, bijvoorbeeld dat hart- en vaatziekten voorkomen voor het 65e levensjaar bij directe bloedverwanten, vast als Diagnostische bepaling. Op deze manier kan dit gegeven worden meegenomen voor risicoschatting en beleid bij CVRM.
Alternatieve registratieadviezen	Indien in het HIS het dossierdeel Familieanamnese afwezig is, bestaat de mogelijkheid om de informatie in episodes vast te leggen met subcodes onder ICPC A29. In een of meerdere deelcontacten kunt u de specifieke informatie vastleggen, zoals: ■ bij welke familieleden deze voorkomt ■ op welke leeftijd het bij hen is begonnen ■ eventueel: op welke leeftijd zij daaraan zijn overleden De samenvattende conclusie, bijvoorbeeld dat hart- en vaatziekten in de familie voorkomen voor het 65^e levensjaar, vastleggen als Diagnostische bepaling. Op deze manier kan dit gegeven worden meegenomen voor de risicoschatting en beleid bij CVRM. LET OP: de subcodes onder A29 over belaste familieanamnese zullen op termijn komen te vervallen, omdat: ■ de episodelijst steeds langer dreigt te worden met informatie waaruit geen directe zorg voortvloeit ■ de gegevens over belaste familieanamnese horen bij informatie met langdurige geldigheid

3.2.3 Behandelwensen en -grenzen

Wensen en voorkeuren van de patiënt spelen een rol bij de medische beslissing over wel of niet handelen en behandelen in specifieke situaties. Een gesprek hierover stelt de patiënt in staat om doelen en voorkeuren te formuleren voor toekomstige medische behandelingen en zorg en om eventuele voorkeuren vast te leggen en indien nodig te herzien. Het misverstand is dat dit alleen bij ouderen of in de terminale fase van belang zou zijn. Dit gesprek tussen patiënt en huisarts kan in elke levensfase plaatsvinden. Dit wordt advance care planning (ACP) of anticiperende besluitvorming genoemd (Rietjens et al., 2018).

De verslaglegging en uitkomsten van deze gesprekken, de besluiten over wel of niet behandelen in welke situatie zijn van belang voor de hele zorgketen. Het is belangrijk om deze informatie op een afgesproken plek in het EPD vast te leggen en te delen.

Een patiënt die de regie in eigen hand neemt over het eigen leven, komt vaak met een uitgewerkte wilsverklaring of levenstestament. Een wilsverklaring gaat meestal over wel of niet: euthanasie; reanimeren; beademen; doorgaan met behandelen. Belangrijk is om dan ook het gesprek met de patiënt aan te gaan om een beter beeld te krijgen van wat de overwegingen zijn bij de wensen van de patiënt. Het is ook van belang om uit te leggen dat de wensen van de patiënt altijd meewegen, maar dat een zorgverlener daartoe niet verplicht is.

Registratieadvies behandelgrenzen

Registratieadvies	■ De verslaglegging van de gesprekken met de patiënt over wensen voor behandelingen en bij het levenseinde wordt in de eerste plaats vastgelegd in SOEP-verslagen in een episode Gesprek levenseinde/behandelwensen (ICPC A20, versie 2018). ■ De uiteindelijke besluiten over wel of niet behandelen in specifieke situaties worden vastgelegd in het dossierdeel Behandelgrenzen met behulp van de NHG-Tabel Behandelgrenzen (tabel 62). Daardoor blijven ze in beeld en kunnen eenvoudig worden gedeeld met andere zorgverleners. ■ Schriftelijke wilsverklaringen, bijvoorbeeld een euthanasieverklaring of niet-reanimeerverklaring, die de patiënt aan de huisarts aanbiedt, worden als correspondentie toegevoegd aan het EPD. Koppel de schriftelijke wilsverklaring(en) aan de episode Gesprek levenseind/behandelwensen (ICPC A20).
Alternatieve registratieadviezen	Indien in uw HIS geen dossierdeel Behandelgrenzen aanwezig is kunt u een episode Gesprek levenseind/behandelwensen (ICPC A20) aanmaken. De besluiten over de belangrijkste behandelgrenzen neemt u op in de episodetitel. De gesprekken met de patiënt hierover legt u vast in een SOEP-verslagen. De schriftelijke wilsverklaring(en) legt u vast in correspondentie en koppelt u aan deze episode.

3.2.4 Contactpersonen en vertegenwoordigers

Contactgegevens vastleggen evenals de relatie die belangrijke contactpersonen hebben met de patiënt, is nuttig voor de zorg.

- Het gaat om praktische zaken, zoals contactgegevens van een buurvrouw die de huissleutel heeft.
- Mantelzorg speelt een steeds grotere rol in de zorg. Bereikbaarheidsgegevens van mantelzorgers voor overleg en vragen is nuttige informatie voor alle bij de zorg betrokkenen.
- Als tot slot de patiënt wilsonbekwaam raakt, zijn de contactgegevens van de aangewezen of wettelijke vertegenwoordiger nuttig, aangezien diegene over medische behandelingen kan meebeslissen.

Registratieadvies Contactpersonen en vertegenwoordigers

Registratieadvies	De contactgegevens van de contactpersonen, mantelzorgers en als vertegenwoordiger aangewezen personen worden vastgelegd in het dossierdeel Contactpersonen. Daarbij wordt behalve de relatie tot de patiënt ook de ‘wettelijke status’ vastgelegd (NHG-Tabel Categorie mogelijke vertegenwoordiging patiënt; tabel 63). Denk hierbij bijvoorbeeld ook aan beslissingen bij kinderen van gescheiden ouders.
Alternatieve registratieadviezen	Maak, indien uw HIS geen specifiek dossierdeel Contactpersonen heeft, gebruik van de dossierdelen in uw HIS die daarvoor geschikt zijn, bijvoorbeeld een 2^e adresveld of memoregel. ■ Bedenk dat de informatie niet kan worden gedeeld met andere zorgverleners tijdens de dienstwaarneming en/of bij verwijzing. ■ Zorg voor zover mogelijk bij dit soort situaties voor een goede overdracht van de contactgegevens.

3.2.5 Sociale gegevens

Sociale gegevens van de patiënt kunnen belangrijke informatie bevatten voor de context van de zorg en bij de communicatie met de patiënt.

Registratieadvies Sociale gegevens

Registratieadvies	Sociale gegevens worden vastgelegd in het dossierdeel Sociale gegevens. Onder sociale gegevens worden verstaan: opleiding, beroep, werk en sociaaleconomische status. Ook taal- en taalvaardigheid, gezondheidsvaardigheden, woonsituatie, gezinssituatie, aanwezigheid van mantelzorg, migratiehistorie, overtuigingen en heftige emotionele gebeurtenissen in het verleden vallen onder sociale gegevens.
Alternatieve registratieadviezen	Indien uw HIS geen specifiek dossierdeel Sociale gegevens heeft, maakt u gebruik van de dossierdelen in uw HIS die daarvoor geschikt zijn, bijvoorbeeld memoregel. Bedenk dat de informatie niet kan worden gedeeld met andere zorgverleners tijdens de dienstwaarneming en/of bij verwijzing. Zorg voor zover mogelijk bij dit soort situaties voor een goede overdracht van de contactgegevens van Sociale gegevens.

3.3 Informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt

De verslaglegging over de contacten tussen patiënt en praktijk kent een dynamisch verloop. Episodegericht registreren (EGR) is daarom als methode van verslagleggen gekozen om de samenhang van informatie en verloop in de tijd te kunnen overzien (zie kader Voordelen episodegericht registreren).

Bij EGR registreert en structureert de zorgverlener per patiënt alle informatie van één gezondheidsprobleem in een episode. Daarmee biedt een episode inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem. De ervaringen van gebruikers met EGR zijn positief. Zij hebben meer inzicht in het dossier en een beter overzicht over de ingevoerde gegevens (De Waal et al. 1999).

Voordelen episodegericht registreren

Voordelen EGR versus louter chronologische verslaglegging (Westerhof et al., 1998):

- EGR biedt snel overzicht van alle problemen die een patiënt heeft gemeld, die anders over het hele journaal of werkblad verspreid staan.
- Bij één gezondheidsprobleem is het beloop in de tijd meteen zichtbaar.
- Alle relevante gegevens zijn overzichtelijk gebundeld. In een EPD zonder EGR is een dergelijk overzicht meestal nauwelijks mogelijk, of bevat het veel ruis.

Voordelen van EGR ten opzichte van POR:

- Deelcontacten voorafgaand aan een diagnose zijn vaak al in één episode 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 ziekte van 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.
- Er ontstaat minder discussie over wat wel of geen probleem is.

De informatie over de patiëntcontacten met de praktijk wordt in de volgende dossierdelen van het EPD vastgelegd (zie tabel 2).

Tabel 2 Dossierdelen van het EPD waarin de informatie over de patiëntcontacten met de praktijk worden vastgelegd

Paragraaf	Informatie patiëntcontact	Plaats in EPD
3.3.1	■ Klachten, ziekten en aandoeningen	Episodes
3.3.2	■ Contactverslagen over een nieuwe of bestaande klacht	Deelcontactverslag met SOEP-structuur
3.3.3	■ Online inzage door patiënt in EPD	
3.3.4	■ Voorschriften en het voorschriftenoverzicht	Medicatie
3.3.5	■ Sommige gegevens lichamelijke onderzoek ■ Aanvragen en resultaten van aanvullend onderzoek ■ Verzamelde gegevens voor monitoring bij chronische aandoeningen	Diagnostiek
3.3.6	■ Verwijsbrieven en retourbrieven van andere zorgverleners ■ Resultaten van aanvullend onderzoek in tekst (zoals röntgen, functie, PA) ■ Ingevulde vragenlijsten, screeningsinstrumenten ■ Uitgebreide verslaglegging van bijvoorbeeld poh-ggz ■ Schriftelijke wilsbeschikking patiënt	Correspondentie

3.3.1 Klachten, ziekten en aandoeningen

Klachten, ziekten en aandoeningen worden als episodes vastgelegd. De episode is het centrale begrip in episodegericht registreren (EGR) (zie kader Het begrip episode). Het doel van episoderegistratie is om overzicht te houden over alle informatie van één gezondheidsprobleem.

Het begrip episode

De begrippen zorgepisode en episoderegistratie werden in Nederland voor het eerst geïntroduceerd met het Transitieproject. (Lamberts 1991). In het HIS-Referentiemodel van 1995 is de functie voor episoderegistratie in een EPD al beschreven (Westerhof et al., 1996). 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 (Westerhof et al., 1998). 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 rinitis, en een vervolcontact ('vervolg'): een contact dat samenhangt met een vorig contact zonder een klachtenvrij interval, zoals een controle na een pneumonie (Westerhof et al., 1996).

Later in dit hoofdstuk gaan we in op het vastleggen van klachten, ziekten en aandoeningen in de context van de E-regel (Evaluatie) van de SOEP-systematiek, in het diagnostisch archief als gegeven voor risicoschatting, als reden van voorschrijven (RvW) en als contra-indicatie aard (CIA) voor de medicatiebewaking.

Episode

Een episode bevat informatie over een actueel gezondheidsprobleem waarvoor zorg wordt verleend. Binnen een episode zijn de relevante medische gegevens over één gezondheidsprobleem in chronologische volgorde samengebracht: contactverslagen, voorschriften, uitslagen van lichamelijk onderzoek, resultaten van aanvullend onderzoek, operaties en correspondentie over dat gezondheidsprobleem. 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.

Hierdoor 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.

Een episode heeft een episodenaam, een ICPC-code, enkele eigenschappen en aanvullende informatie:

- episodenaam
- episode ICPC
- wel of geen attentiewaarde
- is open of gesloten
- beleid

Episodenaam

Een episode heeft een naam, soms ook wel episodetitel genoemd. Dat is de omschrijving van het gezondheidsprobleem.

Episode ICPC

Naast een episodenaam heeft iedere episode een passende code uit de International Classification of Primary Care (ICPC) (zie kader Diagnose versus klasse).

Diagnose versus klasse

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 565 nationale subcodes voor klachten, ziektes en aandoeningen. Classificeren, het indelen in klassen, is een ander proces dan het diagnostische proces, waarbij de huisarts zo precies mogelijk wil benoemen wat er aan de hand is. Voor het precies vastleggen van een diagnose bestaan systemen met medische terminologie zoals Read Codes of Snomed. Hierbij gaat het om een keuze uit respectievelijk ongeveer 47.000 en 375.000 concepten. In dit soort terminologiesystemen zijn aandoeningen en ziektes zeer specifiek te coderen. 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. Door de grote aantal mogelijkheden neemt de kans op misclassificatie toe. Hoe groter het aantal keuzemogelijkheden, hoe meer codeerafspraken nodig zijn.

Episode met attentiewaarde

Sommige gezondheidsproblemen zijn zo belangrijk dat ze de status van een episode 'met attentiewaarde' behoren te krijgen (zie kader ICPC en attentiewaarde). In verschillende HIS'en worden verschillende termen gehanteerd voor attentiewaarde (Mensink 2012):

- P-status
- probleemstatus
- probleem

In het [HIS-Referentiemodel](#) wordt gesproken van een attentievlag (Bastiaanssen 2018). In deze richtlijn is gekozen voor de meer ingeburgerde term attentiewaarde.

Hanteer de definitie van een probleem (Metsemakers et al. 1988) voor het toekennen van attentiewaarde aan een episode. Een episode over een klacht, symptoom, risicofactor, aandoening of ziekte krijgt een attentiewaarde, als het gaat om:

- chronische problemen (> 6 maanden)
- permanente problemen (waarbij geen volledig herstel wordt verwacht)
- recidiverende problemen (vier zorgepisodes per halfjaar)
- problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt

ICPC en attentiewaarde

Alle HIS'en ondersteunen de huisarts bij het toekennen van attentiewaarde bij episodes. Dit gebeurt aan de hand van de NHG-Tabel ICPC en attentiewaarde ([tabel 50](#)). In deze tabel staan de ICPC-codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde.

De ADEPD-werkgroep van 2009 heeft op grond van consensus een aanzet gegeven voor deze tabel. Bij het opstellen van deze HIS-tabel is gebruikgemaakt van de definitie van een Probleem door Metsemakers et al. (1988) en de bestaande lijst van Hiddema-van der Wal et al. (2003).

Open of afgesloten episode

Een episode is open of afgesloten. Een open episode is een gezondheidsprobleem dat actueel is en waarvoor in het heden zorg wordt verleend. Wanneer een gezondheidsprobleem niet meer actueel is en geen zorg meer behoeft, kan de huisarts de episode naar eigen inzicht afsluiten (zie kader Automatisch afsluiten episodes). Als na enige tijd het gezondheidsprobleem opnieuw de kop opsteekt, moet een reeds afgesloten episode weer kunnen worden heropend.

Een bijzonder soort van episode is een afgesloten episode met attentiewaarde. In de praktijk is gebleken dat sommige afgesloten episodes relevant zijn voor het handelen in het heden, bijvoorbeeld een genezen tuberculose. De episode vereist geen zorg meer, daarom kan het worden afgesloten. Het is echter informatie die in sommige situaties van belang kunnen zijn, bijvoorbeeld bij het beoordelen van een X-thorax.

In uw HIS moet het mogelijk zijn om de attentiewaarde te behouden bij het afsluiten van een episode met een attentiewaarde. Zo kunt u een belangrijke episode afsluiten en toch in beeld houden op de episodelijst.

Automatisch afsluiten episodes

In sommige HIS'en wordt een episode die gedurende enige tijd, bijvoorbeeld 16 maanden, niet meer gebruikt is, automatisch afgesloten. Bijvoorbeeld: een episode 'hooikoorts' die 2 jaren niet is gebruikt, is in de tussentijd afgesloten. Als de patiënt na 2 jaar opnieuw op het spreekuur komt met hooikoortsklachten, signaleert het HIS dat er een afgesloten episode 'hooikoorts' in het EPD bestaat, opent deze weer. De huisarts voegt de 'nieuwe' contactgegevens toe aan de bestaande episode.

In HIS'en waarin de episodes altijd actief blijven, voegt de huisarts het 'nieuwe' deelcontact gewoon toe aan de bestaande episode 'hooikoorts'.

Beleid

De huisarts kan een episode aanvullen met informatie in het veld Beleid. Beleid bevat het behandelingsdoel voor de lange termijn. Bijvoorbeeld bij adipositas: '5 kg afvallen in 1 jaar door meer beweging en gezonder eten'.

Een vastgelegd beleid hoort bij één episode. Het is niet hetzelfde als wat in de P-regel wordt genoteerd. In een P-regel wordt een aan het moment gebonden plan vastgelegd. Bijvoorbeeld: 'voorlichting meegeven over Bewegen op recept'.

Een vastgelegd beleid is actueel totdat het wordt afgesloten. Wordt het beleid tussentijds gewijzigd, dan is het meest recente beleid het actuele beleid.

- Leg de episodenaam bij voorkeur in de bewoordingen van de huisarts vast. Daarmee kunnen meer nuanceringen tot uitdrukking worden gebracht dan in een gestandaardiseerde naam van de ICPC.
- Kies een passende ICPC-klasse op het niveau van true level of understanding. Bijvoorbeeld als een diagnose nog niet zeker is:
 - Benoem de episode op symptoom- en klachtniveau: 'pijn op de borst'.
 - Zoek de ICPC-klasse op die daar het meest bij past: 'pijn toegeschreven aan het hart (K01)'.
 - Voeg eventueel in de vrije tekst een werkhypothese of differentiële diagnose aan de ICPC-naam toe, bijvoorbeeld 'angina pectoris'. Als de huisarts de klacht van deze patiënt nu al als 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.
- Neem ook de ernstgraad, stadium van ziekte en andere informatie, bijvoorbeeld jaartal vaststelling diagnose, op in de naam of titel van de episode.
- Leg belangrijke aandoeningen die voldoen aan de definitie 'probleem' (Metsemakers et al. 1988) vast als episodes met 'attentiewaarde'. Het HIS geeft u hierbij advies.
- Ken ook een attentiewaarde toe aan een episode die veel zorg en aandacht met zich meebrengt, ook al is het een algemene klacht of symptoom. Bijvoorbeeld: buikpijn bij een patiënt met een misbruikverleden.
- Pas de episodenaam en/of de ICPC-code aan als het inzicht over het gezondheidsprobleem in de loop van de tijd verandert (Van Eijkelenburg-Waterreus 1999).
- Sluit een episode af als er langer dan 1 jaar geen actuele zorg meer is gevraagd of geleverd.
- Sluit een episode waarvoor meer dan een jaar geen zorg is gevraagd of geleverd af met behoud van attentiewaarde, als de informatie van belang blijft voor het huidige handelen.
- Indien na verloop van de tijd de patiënt opnieuw met dezelfde klacht of symptoom op het spreekuur komt, opent u dezelfde episode. De duur dat de patiënt in de tussentijd klachtenvrij is geweest, speelt hierbij geen rol. Bijvoorbeeld: drie opeenvolgende contacten over rugpijn, het voorschrift voor pijnstilling, de uitslag van een röntgenfoto, een bericht van de fysiotherapeut en een nieuw spreekuurcontact na 15 maanden komen in één episode 'rugpijn' terecht.
- Ook een regulier vervolg valt onder dezelfde episode. Bijvoorbeeld na verwijdering van een atheroomcyste, noteert u de wondcontrole en hechtingen verwijderen in dezelfde episode.
- Metastases bij kanker zeggen iets over het stadium van de ziekte (TNM-classificatie) en worden niet als een andere 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 berichten en het vastleggen van het beleid.
- Hetzelfde geldt ook voor het optreden van complicaties na een behandeling of trauma, bijvoorbeeld langdurige wonddehiscentie na een laparotomie.
- Indien nodig vult u een episode aan met informatie over het behandelingsdoel voor de lange termijn in het veld Beleid.
- Nationale Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker: code X37. (De Werkgroep ADEPD 2019 heeft na uitgebreide discussie geen advies kunnen formuleren voor de andere bevolkingsonderzoeken: borstkanker en darmkanker.)

Episodelijst

Het HIS verzamelt alle ingevoerde episodes op een episodelijst. De episodelijst neemt in het EPD een centrale plaats in en biedt een goede kapstok voor het primair proces. De lijst geeft een zorgverlener snel een goede indruk van alle klachten en aandoeningen van de patiënt. Er is geen optimaal aantal episodes per patiënt te benoemen. 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.

De episodelijst toont:

- alle open episodes van één patiënt met hun episodenaam,
- ICPC-code
- een eventuele attentiewaarde

Open episodes met een attentiewaarde worden bovenaan de episodelijst getoond. Daarna worden afgesloten episodes met attentiewaarde getoond. Hiermee kunnen problemen die niet meer actueel zijn en toch van belang voor het handelen in beeld blijven. Tot slot volgen de open episodes zonder attentiewaarde.

Afgesloten episodes vormen geen aparte lijst. Ze zijn pas in tweede instantie zichtbaar en kunnen weer worden geopend als de patiënt zich weer presenteert met hetzelfde gezondheidsprobleem.

Registratieadvies episodelijsten

Maak zo veel mogelijk gebruik van alle andere mogelijkheden die het HIS biedt om overzicht in de episodelijst te krijgen en te houden, zoals:

- rangnummer
- sorteren
- filteren
- episodebundel (zie hoofdstuk 4)

3.3.2 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande gezondheidsprobleem

Contactgegevens voor nieuwe of bestaande gezondheidsproblemen worden in een deelcontactverslag vastgelegd; dat is een verslag van één contact over één gezondheidsprobleem en is onderdeel van een episode.

De SOEP-systematiek brengt structuur aan in een deelcontact. De letters geven aan wat er in de verschillende regels, vaak als vrije tekst, wordt vastgelegd:

- **S** staat voor Subjectief: klacht en hulpvraag van de patiënt en anamnestiche gegevens.
- **O** staat voor Objectief: resultaten van lichamelijk en aanvullend onderzoek.
- **E** staat voor Evaluatie: de werkhypothese, differentiaaldiagnose en/of conclusie van de zorgverlener.
- **P** staat voor Plan: het diagnostisch plan of het behandelplan, het beleid op korte termijn en de gegeven voorlichting, inclusief aangereikt schriftelijk informatiemateriaal. Leg hier vast wat met de patiënt is besproken of afgesproken.

- 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 over een bestaand gezondheidsprobleem waarvoor een episode in het dossier bestaat dan wordt de informatie aan dezelfde episode toegevoegd (ongeacht de duur van het ziektevrij interval tussen de contactmomenten).
- 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 in een deelcontact vastgelegd.
- Pas de SOEP-systematiek toe in elk deelcontact. Het is niet noodzakelijk om bij elk contact alle SOEP-regels te vullen.
- Bij het toepassen van episodegericht registreren (EGR) zijn er voor de E-regel 3 mogelijkheden.
 - Geen E-regel nodig. Opnieuw dezelfde diagnose en/of ICPC-code vastleggen die al in de episode (naam en ICPC) staat, is zinloos.
 - Gebruik de E-regel binnen een episode om een conclusie in vrije tekst vast te leggen, bijvoorbeeld bij een episode 'depressie': 'begint lichtpuntjes te zien'; zonder de ICPC-code te veranderen.
 - Leg op de E-regel een deelprobleem vast met een andere ICPC-code binnen een bestaande episode, zonder de episodenaam en episode ICPC te veranderen. Bijvoorbeeld: een patiënt komt na een pneumonie (episode R81) bij u op het spreekuur omdat hij last blijft houden van hoesten. In de episode R81 maakt u een deelcontact aan. Op de E-regel noteert u: hoesten met ICPC R05. De episode ICPC blijft R81.
- Leg in een P-regel een aan het moment gebonden plan vast. Bijvoorbeeld: 'voorlichting meegeven over Bewegen op recept'.
- Als in 1 consult meerdere gezondheidsproblemen ter sprake komen, maakt dan verschillende deelcontacten aan.

3.3.3 Online inzage door patiënt in EPD

Online inzage stelt de patiënt in staat om na afloop alles thuis nog eens rustig na te lezen. Ook kunnen zij zich een volgende keer beter op een consult voorbereiden. Dit zorgt vaak voor een beter gesprek. Ook voelt de patiënt zich hierdoor meer betrokken bij de eigen gezondheid en zorgproces.

Verslaglegging op E- en P-regel

In de Richtlijn Online inzage in het H-EPD door de patiënt is overeengekomen dat de E- en P-regel vanaf de invoering van online inzage in uw praktijk voor uw patiënt ter inzage is (OPEN 2018).

Het EPD blijft primair een verslag voor goede zorgverlening. Gebruik daarom gewoon uw eigen professionele taalgebruik op de E- en P-regel. Sommige huisartsen laten nu al de patiënt tijdens het spreekuur op het scherm meelesen. In principe heeft u tijdens het contact uw conclusie en plan met de patiënt besproken.

Persoonlijke aantekeningen

Een enkele keer heeft u de behoefte om, al dan niet tijdelijk, iets vast te leggen wat u niet of nog niet met de patiënt heeft gedeeld, bijvoorbeeld een vermoeden van kanker of van huiselijk geweld. U wilt eerst meer informatie en aanwijzingen verzamelen voordat u dit met de patiënt gaat bespreken. Soms blijkt namelijk dat uw vermoeden niet wordt gestaafd: dan is het goed voor de arts-patiëntrelatie dat u het nog niet met de patiënt heeft besproken.

In uw HIS zijn daarvoor Persoonlijke aantekeningen mogelijk. De wet heeft bepaald dat Persoonlijke aantekeningen alleen voor de invoerder zelf zijn. Dit betekent dat alleen de invoerder ze kan inzien, wijzigen en verwijderen.

Ze zijn daarom niet ter inzage voor de patiënt, gaan niet mee in berichten naar de huisartsenpost, bij elektronische verwijzing of bij verhuizing van het hele dossier naar de volgende huisarts.

De Werkgroep ADEPD constateert dat de wet op gespannen voet staat met de behoefte uit de dagelijkse praktijk. Sommige informatie vastgelegd in Persoonlijke aantekeningen kan namelijk zinvol zijn om te delen met andere zorgverleners. Het kan bijdragen aan continuïteit en kwaliteit van zorg. Het huidige wettelijke kader geeft onvoldoende ruimte om hiervoor functionaliteit in te richten in de HIS'en.

Registratieadvies bij online inzage door patiënt

- Blijf professioneel taalgebruik gebruiken op de E- en P-regel. Het feit dat vanaf invoering van online inzage in uw praktijk de patiënt mee kan lezen, betekent niet dat u uw verslaglegging moet aanpassen.
- Gebruik Persoonlijke aantekeningen voor de informatie die u voor uzelf als reminder wilt houden. Bedenk dat deze informatie niet voor andere collega's te zien is.

3.3.4 Voorschrijven en het medicatieoverzicht

Het vastleggen van de medicatieafspraken en bijhouden van een actueel en volledig medicatie- overzicht is een belangrijke taak van de huisarts. Alle HIS'en kunnen op dit moment een overzicht genereren van actuele voorschriften en een overzicht van de voorgeschreven middelen uit het verleden.

Voor de medicatiebewaking is het verder van belang dat de huisarts ook door andere zorgverleners voorgeschreven geneesmiddelen opneemt in het medicatieoverzicht, inclusief informatie over de voorschrijver. Daarmee is het duidelijk dat de huisarts niet verantwoordelijk is voor het voorschrift van derden. Het vastleggen kan handmatig gebeuren of elektronisch via het waarneemretourbericht of geneesmiddelretourbericht.

Voor de medicatiebewaking is het ook zaak om voortijdig stoppen of wijzigen van een medicijn en de reden daarvoor vast te leggen (NHG-Tabel Reden stoppen of wijzigen voorschrift; [tabel 54](#)).

Daarnaast is het essentieel dat ook de volgende informatie wordt vastgelegd voor de medicatiebewaking:

- overgevoeligheid-allergie voor een geneesmiddel
- contra-indicatie
- reden van voorschrijven

Overgevoeligheid-allergie voor een geneesmiddel

Een overgevoeligheid-allergie voor een geneesmiddel wordt via een code uit de G-standaard vastgelegd en gecommuniceerd. Daarnaast is het vastleggen van de volgende informatie behulpzaam voor het kunnen inschatten van hoe te handelen bij het voorschrijven in de toekomst.

- Indien de huisarts vindt dat een bepaald geneesmiddel, stof of groep geneesmiddelen niet meer mag worden voorgeschreven, kan hij een 'blokkade' vastleggen. Door deze blokkade kan het middel niet meer worden voorgeschreven totdat de huisarts de blokkade expliciet opheft.

Voor de overige overgevoeligheden legt de huisarts vast (zie kader Overgevoeligheid versus bijwerking):

- wat de bron is van informatie over de overgevoeligheid, bijvoorbeeld: de patiënt meldt dat de allergoloog een overgevoeligheid bij hem heeft vastgesteld
- de omschrijving van de overgevoeligheidsreactie, zoals urticaria of ernstige hoofdpijn
- de ernst van de reactie (NHG-Tabel Ernst overgevoeligheidsreactie; [tabel 55](#))

Alle HIS'en ondersteunen deze manier van vastleggen van overgevoeligheden-allergieën voor medicijnen. Ze bevatten functies om overzichten te maken, voorschriften te bewaken en de informatie elektronisch uit te wisselen.

Overgevoeligheid versus bijwerking

Het onderscheid tussen een geneesmiddelenovergevoeligheid of bijwerking is in de huisartspraktijk lastig te maken. Door het vastleggen van bijkomende informatie, bijvoorbeeld: licht versus matig of ernstig, is het overwegen van hergebruik in de toekomst beter te onderbouwen dan alleen bij een vermelding van een overgevoeligheid.

Contra-indicatie

Een contra-indicatie wordt via een code uit de G-standaard vastgelegd en gecommuniceerd.

De huisarts krijgt ondersteuning van het HIS bij het vastleggen van contra-indicaties. Bij het vastleggen van een diagnose met ICPC waarbij een contra-indicatie hoort (NHG-Tabel ICPC en contra-indicatie aarden; [tabel 27](#)), krijgt de huisarts in het HIS de vraag voorgelegd of hij ook de bijbehorende contra-indicatie wil vastleggen.

In toenemende mate worden farmacogenetische profielen van patiënten bepaald in de tweede lijn of via de apotheek. Een farmacogenetisch kenmerk van de patiënt legt de huisarts in het dossier vast als contra-indicatie. Een voorbeeld van een farmacogenetisch kenmerk is: CYP2B6 poor metabolizer. Hiervoor is geen ICPC-CIA-koppeling mogelijk. De huisarts zal deze informatie via de handmatige manier van vastleggen van codes voor contra-indicatie aard (CIA-codes) moeten vastleggen. Zoals dat ook voor beroepsmatige chauffeurs (CIA verkeersdeelname) of (wedstrijd)sporters (CIA sportbeoefening) mogelijk moet zijn.

Alle HIS'en bieden deze ondersteuning bij het vastleggen, tonen in overzichten en bewaken van contra-indicatie aard (CIA). Ook het elektronisch uitwisselen van deze informatie wordt gefaciliteerd.

Reden van voorschrijven

Bij de toepassing van episodegericht registreren (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 in 2012 zijn huisartsen verplicht om bij het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen de reden van voorschrijven met de apotheker uit te wisselen (VWS, 2011). De reden hiervoor is om de juiste doseringen in de huisartspraktijk en in de apotheek te kunnen bewaken (VWS 2009, 2012).

Voor een actueel en volledig medicatieoverzicht en optimale medicatiebewaking is registratie en communicatie van de volgende zaken vereist:

- geneesmiddelen die tijdens patiënt-praktijkcontacten zijn voorgeschreven:
 - spreekuur
 - telefonisch consult
 - e-consult
 - visites en waarneming
- gewijzigde doseringen, bijvoorbeeld van 1 dd 10 mg naar 1 dd 20 mg
- gewijzigd gebruik, bijvoorbeeld 1 dd 10 mg naar 2 dd 10 mg
- het eerder dan afgesproken wijzigen of stoppen met een medicijn inclusief de reden van stoppen of wijzigen (zie kader Stoppen of wijzigen)
- elders voorgeschreven middelen (zie kader Volledig medicatieoverzicht)
- overgevoeligheid voor een geneesmiddel, de betreffende stof of de betreffende groep geneesmiddelen, inclusief bijbehorende informatie (bron, omschrijving, ernst). Indien het geneesmiddel nooit meer, of alleen onder strikte controle in de toekomst mag worden voorgeschreven, kunt u een blokkade aanbrengen bij de medicatieovergevoeligheid.
- contra-indicatie bij het voorschrijven
- reden van voorschrijven.

Stoppen of wijzigen

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 is de NHG-Tabel Reden van stoppen of wijzigen voorschrift ([tabel 54](#)) opgesteld.

Volledig medicatieoverzicht

In de huidige situatie zijn er op lokaal niveau verschillende mogelijkheden om tot een volledig en actueel medicatieoverzicht in de huisartsenpraktijk te komen (Berg et al. 2001). Bij sommige systemen beheert de apotheker het medicatieoverzicht 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.

3.3.5 Lichamelijke onderzoek, aanvullend onderzoek en monitoring bij chronische aandoeningen

Lichamelijk onderzoek kan in vrije tekst of als diagnostische bepaling in het EPD worden vastgelegd. Indien het als diagnostische bepaling is vastgelegd, kan het worden hergebruikt voor overzichten in de tijd en voor beslisondersteuning. Gegevens verzameld in het kader van monitoring bij chronische aandoeningen en zorgprogramma's worden ook als diagnostische bepalingen in het EPD opgeslagen. (Diagnostische bepalingen werden eerder meetwaarden of laboratoriumwaarden genoemd.) Het HIS kan in het diagnostisch archief overzichten in tijd tonen.

Bij aanvullend onderzoek gaat het om zowel de aanvragen als de resultaten. De aanvraag van laboratoriumonderzoek gebeurt soms door papieren formulieren en in toenemende mate ook elektronisch. Als het aanvragen van aanvullend onderzoek nog via papieren formulieren plaatsvindt is het vastleggen van de afzonderlijk aangevraagde bepalingen nogal tijdrovend. Dit wordt daarom niet als richtlijn aanbevolen. Indien het aanvragen elektronisch plaatsvindt is het zinvol om de aanvragen vast te leggen.

Het elektronisch ophalen en inlezen van laboratoriumuitslagen behoort standaard 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 vervolgacties met zich meebrengt, kan dit in een SOEP-verslag worden vastgelegd. De huisarts kan bijvoorbeeld vastleggen: zijn samenvatting van de gegevens en eventueel een (nieuwe) werkhypothese (E-regel), het beleid en/of de instructie aan de praktijkmedewerkers (P-regel).

Onder aanvullend onderzoek valt ook beeldvormend onderzoek en functieonderzoek. Uitslagen hiervan kunnen niet als diagnostische bepalingen worden opgeslagen. In de huidige HIS'en worden deze uitslagen als inkomende correspondentie beschouwd en daarom in het dossierdeel correspondentie opgeslagen.

Registratieadvies lichamelijk, aanvullend onderzoek en monitoring bij chronische aandoeningen

Een actueel en volledig overzicht over verschillende uitslagen helpt de huisarts bij het nemen van behandelbeslissingen of bij het monitoren van chronische aandoeningen. De volgende zaken dienen te worden vastgelegd en gecommuniceerd.

- Leg bevindingen van lichamelijk onderzoek, uitslagen van aanvullend onderzoek en informatie verzameld bij het monitoren bij chronische aandoeningen zo veel mogelijk vast als diagnostische bepalingen. Daarmee kan een HIS u het verloop in de tijd tonen, is beslisondersteuning mogelijk, is het overdraagbaar bij elektronische communicatie en zijn kwaliteitsindicatoren te berekenen.
- Indien een uitslag of resultaat niet als diagnostische bepaling kan worden vastgelegd, omdat het in tekst is opgesteld, leg het dan als 'brief' in correspondentie vast. Maak een hiervan een korte samenvatting voor in het journaal/werkblad.

3.3.6 Verwijzingen en andere (bericht)teksten

Ook het vastleggen van verwijzingen en de daarbij behorende correspondentie behoort tot de adequate dossiervorming.

Verwijzing naar andere zorgverleners

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

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 bij het dossier van de patiënt opgeslagen (zie kader Volledige brieven).

Volledige brieven

De verzameling van volledige brieven, hetzij op papier en bewaard in mappen of enveloppen, hetzij op een elektronische drager, gescand of in digitaal pdf-format opgeslagen, hetzij een combinatie daarvan. Deze al dan niet digitale verzameling brieven is patiëntgebonden en is 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 tegemoetgekomen aan het inzage-recht van de patiënt
- de privacybescherming van zowel de patiënt als van anderen is gewaarborgd

Registratieadvies verwijsbrieven retourbrief

Een actueel en volledig overzicht van de verwijzingen en de resultaten daarvan geeft overzicht. De volgende zaken dienen te worden vastgelegd en gecommuniceerd:

- Leg verwijsbrieven naar andere zorgverleners of ten minste de vraagstelling, in het dossierdeel correspondentie vast.
- Maak van binnengekomen (retour)brieven een korte samenvatting en sla de volledige brief op in correspondentie.
- Koppel beide soorten brieven aan de relevante episode in het dossier van de patiënt.

3.3.7 Resultaten van overig aanvullend onderzoek, vragenlijsten en andere teksten

Naast verwijsbrieven en retourbrieven van medisch specialisten ontvangt en verzamelt een huisartsenpraktijk ook andere teksten. De verschillende teksten zijn bijvoorbeeld:

- resultaten van aanvullend onderzoek, zoals röntgen, functie, PA
- ingevulde vragenlijsten en screeningsinstrumenten
- uitgebreide verslaglegging van bijvoorbeeld de poh-ggz
- schriftelijke wilsbeschikking van de patiënt (zie paragraaf 3.2.3, Behandelwensen en -grenzen)

Deze informatie behoort ook tot het dossier. Omdat ze (nog) geen eigen plek en functionaliteit hebben in het HIS worden ze ook in correspondentie opgeslagen met een korte samenvatting in het deelcontact van de relevante episode.

Leg ook in Correspondentie vast met een korte samenvatting in het deelcontact van de relevante episode:

- resultaten van aanvullend onderzoek, zoals röntgen, functie, pathologisch-anatomisch onderzoek
- ingevulde vragenlijsten en screeningsinstrumenten
- uitgebreide verslaglegging van bijvoorbeeld de poh-ggz
- schriftelijke wilsbeschikking van de patiënt (zie paragraaf 3.2.3, Behandelwensen en -grenzen)

3.4 Informatie met beide eigenschappen

Deze paragraaf beschrijft de informatie in het EPD met een combinatie van beide eigenschappen: informatie met langdurige geldigheid en informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt.

3.4.1 Ingrepen en belangrijke behandelingen

Informatie over een doorgemaakte ingreep of belangrijke behandeling, zoals chemotherapie of bestraling, is belangrijk:

- bij beoordelen van de gezondheidstoestand van een patiënt
- bij overwegen van een behandeling (zie kader NHG-Tabel Ingrepen en behandelingen)
- tijdens de waarneming
- bij een verwijzing

NHG-Tabel Ingrepen en behandelingen

In 2009 heeft het NHG op verzoek van het veld een NHG-Tabel Ingrepen en behandelingen ([tabel 49](#)) met een eigen codestelsel uitgebracht en de functionaliteit in het [HIS-Referentiemodel](#) beschreven. De tabel sluit aan bij de Classificatie van Medisch Specialistische Verrichtingen (CMSV). Daarmee borduurt de tabel voort op bestaande procedures en dat faciliteert de communicatie met de tweede lijn. 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.

In enkele HIS'en is het mogelijk om Ingrepen en behandelingen op deze manier vast te leggen. Bepaalde operaties (bijvoorbeeld uterusextirpatie) en behandelingen (cytostatica) uit de NHG-Tabel zijn meer van belang dan andere (wigexcisie of laserbehandeling voor pigmentvlekken). De werkgroep ADEPD 2019 heeft een voorstel gedaan om door attentiewaarde onderscheid aan te brengen in deze NHG-Tabel.

Het HIS biedt een overzicht van alle ingevoerde ingrepen en behandelingen. Informatie uit dit dossierdeel is opgenomen in alle standaarden voor informatie-uitwisseling.

De huisarts kan op basis van een Ingrepencode bijvoorbeeld alle patiënten uit de praktijk selecteren die een uterusextirpatie hebben ondergaan. Ook kan hiermee in principe bewaking op bepaalde contra-indicaties plaatsvinden, zoals: gastric bypass.

Registratieadvies	Leg operaties en belangrijke behandelingen bij voorkeur vast bij de relevante episode. Doe dit met de functionaliteit van uw HIS. Daarmee komt deze informatie ook in het overzicht Ingrepen en behandelingen terecht. Daarnaast kunt u ook een operatie of behandeling rechtstreeks in het dossierdeel Ingrepen en behandelingen vastleggen. Bijvoorbeeld als een uterusextirpatie in het verleden heeft gespeeld en er nu geen actuele zorg meer voor wordt gegeven en er geen episode nodig is.
Alternatieve registratieadviezen	Indien uw HIS geen specifiek dossierdeel Ingrepen en behandelingen heeft, legt u operaties en belangrijke behandelingen vast in de episodenaam. Bijvoorbeeld: episode colonkanker (2014) → hemicolectomie, stoma en chemotherapie.

3.4.2 Persoonsgerichte zorg en Individueel Zorgplan (IZP)

Persoonsgerichte aanpak vergt een andere manier van vastleggen, beheren en delen van informatie. Bij persoonsgerichte zorg staan de doelen van de patiënt centraal. De patiënt bepaalt samen met zijn zorgverleners de doelen voor de zorg. Deze doelen zijn vaak niet medisch ingestoken, maar hebben er wel raakvlakken mee. Bijvoorbeeld: een COPD-patiënt wil nog dagelijks buiten een ommetje kunnen lopen en met de burens babbelen. Een goede instelling van de COPD in combinatie met loop- en ademhalingstraining kunnen het gestelde doel bereikbaar maken. Daarbij moet er afstemming zijn tussen de huisarts (instelling COPD), poh-somatiek (reguliere COPD controles) en een gespecialiseerde fysiotherapeut (loop- en ademhalingstraining). Het IZP maakt inzichtelijk wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Het IZP is een nieuw onderdeel van het EPD. Of een IZP als een integraal dossierdeel binnen een HIS moet worden beschouwd, of als een toegevoegd systeem met functionaliteit die vanuit een HIS te gebruiken is, zoals een keteninformatiesysteem (KIS), valt buiten de scope van deze richtlijn.

Hier volgen kort de uitgangspunten van het IZP.

- Er wordt alleen één IZP per patiënt gemaakt, waarin alle doelen, zorgafspraken en acties worden vastgelegd. Hierdoor blijft de samenhang tussen de verschillende doelen zichtbaar en kan de prioritering elk moment weer worden afgewogen.
- Dit betekent niet dat voor iedere patiënt een IZP moet worden opgesteld. Meestal is het nuttig een IZP te hanteren bij multidisciplinaire samenwerking of complexe problematiek.
- Het bijhouden van informatie in een monodisciplinair EPD blijft nog steeds van belang. Door inzage kan informatie die van belang is voor de samenwerking en tot de verantwoordelijkheid van een zorgverlener behoort, worden gedeeld. Denk bijvoorbeeld aan een overzicht over alle actuele medicatieafspraken.

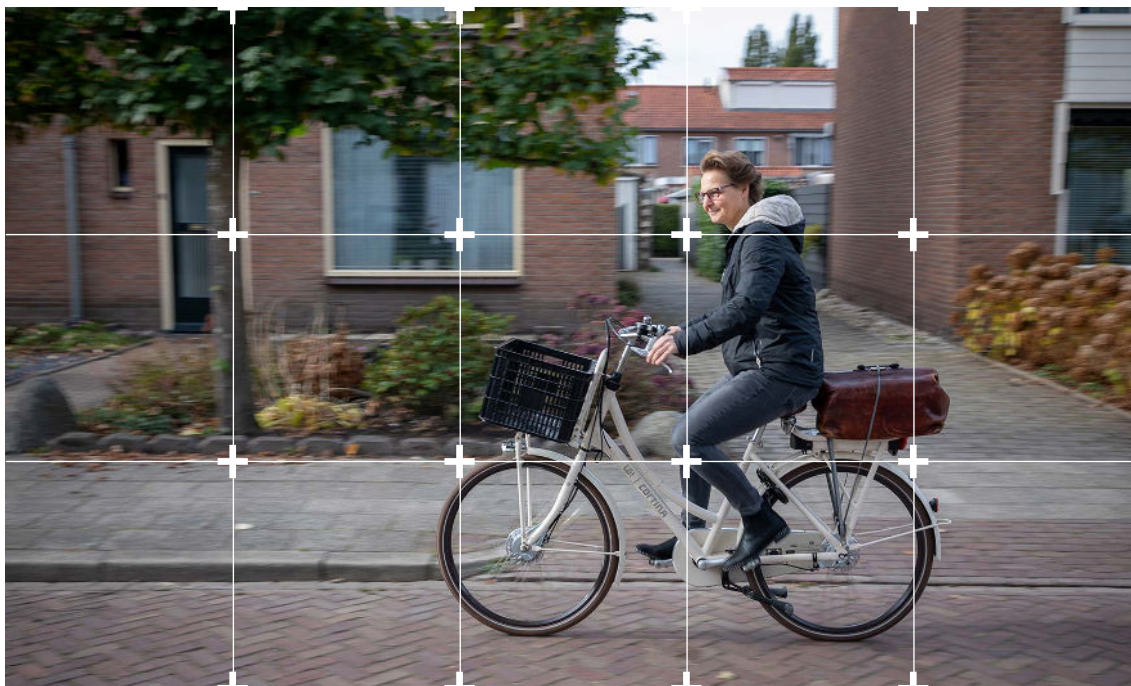
Registratieadvies	■ In het dossierdeel Individueel zorgplan wordt de informatie bijgehouden die van belang is voor het behalen van de gestelde doelen. Voor één doel worden zorgafspraken tussen de patiënt en één of meerdere zorgverleners gemaakt. - Dit kan vanuit een enkele episode gebeuren, zonder alle elementen van het zorgplan te hoeven te gebruiken. De huisarts of poh kan vanuit een deelcontact kiezen voor het vastleggen van een zorgafpraak. - Of vanuit een complete probleeminventarisatie, met gebruik van alle structuren van een zorgplan. De huisarts of poh besluit samen met de patiënt om met een individueel zorgplan te gaan werken, bijvoorbeeld op verzoek van een patiënt of wanneer meerdere zorgverleners zijn betrokken bij de zorg. De zorgverlener stelt in overleg met de patiënt een zorgplan op. Daarbij wordt afgesproken welke zorgverlener casemanager is. Deze houdt het geheel aan afgesproken doelen en zorgafspraken in de gaten. Er wordt in kaart gebracht welke personen betrokken zijn bij de zorg voor deze patiënt. Daaronder vallen ook de patiënt zelf en zijn eventuele mantelzorger. ■ Daarbij is het essentieel dat het IZP met alle betrokkenen kan worden gedeeld, zowel binnen als buiten de praktijk. Zo kunnen alle betrokkenen op de hoogte blijven van het verloop van de verschillende zorgafspraken en van de situatie van de patiënt. Juist bij kwetsbare patiënten en situaties kunnen bepaalde gebeurtenissen, zoals een exacerbatie bij een COPD of het wegvalen van een mantelzorger de gestelde doelen danig frustreren. Het team van betrokkenen kan beter inspelen als ze over de actuele informatie beschikken. ■ Bij multidisciplinaire samenwerking het gaat om informatie delen over de grenzen van organisaties en systemen heen. Het delen van informatie kan in de vorm van: een meest actueel IZP met elkaar uitwisselen en iedereen verwerkt het op een eigen manier in het EPD. Of inzage geven in de meest actuele IZP en de dossierhouder verwerkt alle wijzigingen. Of het multidisciplinaire team beheert op een gezamenlijk platform samen het IZP. Voor alle drie oplossingen is het belangrijk om met elkaar af te spreken wie de casemanager is en hoe het IZP actueel wordt gehouden (Njoo 2017). ■ Tijdens het multidisciplinair overleg over een patiënt komen vaak zaken aan de orde die in het IZP thuishoren. Het zou ideaal zijn als dat meteen kan gebeuren in plaats van eerste een MDO-verslag te schrijven en dan pas in het IZP verwerken.
Alternatieve registratieadviezen	Indien u geen toegang heeft tot een IZP-functie, is het zaak om de zorgafspraken en acties die onder de huisartsenzorg vallen in het EPD vast te leggen. Het advies is om deze in de relevante episode vast te leggen als deelcontact (P-regel).

Tabel 1 Relevante informatie voor de huisartsenzorg, dossierdeel EPD en gebruikte standaarden

Soort relevante informatie	Dossierdeel in EPD	Standaard	Attributen
3.2 informatie met langdurige geldigheid (niet-episodegericht)			
Profylaxe	Profylaxe en voorzorg	NHG-Tabel Profylaxe en voorzorgen (tabel 56)	
Familieanamnese	Familieanamnese	NHG-Tabel Familierelaties (tabel 43) NHG Koppeltabel-familieanamnese en bepalingen (tabel 51)	
Behandelwensen van patiënt	Behandelgrenzen	NHG-Tabel Behandelgrenzen (tabel 62)	
Contactpersonen	Contactpersonen en vertegenwoordigers	NHG-Tabel Categorie mogelijke vertegenwoordiging patiënt (tabel 63)	
Sociale gegevens	Sociale gegevens	Vrije tekst	
3.3 informatie waarbij het verloop in de tijd een rol speelt (episodegericht)			
Klachten, ziekten en aandoeningen	Episodes (en episode-lijst)	NHG-Tabel ICPC-1 (tabel 24)	Open, gesloten Met of zonder attentiewaarde Beleid en doel
	Episodebundels	NHG-Tabel Episodebundels (tabel 57)	
Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht	Deelcontactverslag SOEP verslag	Verslag in vrije tekst ingedeeld volgens: Subjectief, Objectief, Evaluatie, Plan.	
Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht	Medicatieafpraak Contra indicatie Overgevoeligheid	G-Standaard G-Standaard G-standaard en NHG Tabel-Ernst overgevoelighedsreactie (tabel 55)	
	Reden van stoppen-wijzigen	NHG-Tabel Reden Stoppen of wijzigen (tabel 54)	
	Reden van Voorschrijven	Geneesmiddelenwet	
Aanvragen en resultaten van aanvullend onderzoek	Diagnostiek	NHG-Tabel Diagnostische bepalingen (tabel 45)	
Verwijzen en resultaten van verwijzingen	Correspondentie	NHG-Tabel Soort derden (tabel 12)	
Resultaten van aanvullend onderzoek, zoals röntgen, functie, PA, enz. Ingevulde vragenlijsten en screeningsinstrumenten Uitgebreide verslaglegging van bijvoorbeeld de poh-ggz Schriftelijke wilsbeschikking patiënt	Correspondentie		
Informatie met beide eigenschappen			
Operaties en belangrijke behandelingen	Behandelingen	NHG-Tabel Ingrepen en behandelingen (tabel 49)	Met of zonder attentiewaarde
Zorgplan	Individueel zorgplan	NHG-Model	

HOOFDSTUK 4

KNELPUNTEN EPISODEGERICHT REGISTREREN (EGR)



De Werkgroep ADEPD 2019 heeft de twee voornaamste knelpunten van het werken met episode in kaart gebracht: er is behoefte aan meer informatie op episodeniveau en samenhang tussen de episodes.

De werkgroep heeft voorstellen geformuleerd richting oplossingen. Het is aan de Werkgroep HIS-Referentiemodel in samenspraak met de NedHIS-vertegenwoordigers om deze voorstellen verder op te pakken en uit te werken, zodat alle huisartsen in hun HIS'en dezelfde ondersteuning kunnen krijgen.

4.1 Meer informatie op episodeniveau

Bij een eerste blik op de lijst met episodes heeft de huisarts soms behoefte om meer informatie bij een bepaalde episode te kunnen inzien zonder eerst de episode te hoeven openen. Ook op de HAP is dit van belang, omdat informatie op episodeniveau snel een indruk geeft van wat er speelt bij een onbekende patiënt.

Naast de episodenaam gaat het vaak om de volgende belangrijke informatie die meteen op het niveau van de episodenaam inzichtelijk moet zijn:

- ernstgraad van diagnose; stadium van ziekte (zie kader Ernstgraad)
- (soms:) de laatste belangrijke meetwaarde
- belangrijke operaties en behandelingen
- afgesproken beleid op lange termijn
- andere nuttige informatie

Ernstgraad

De ernstgraad naast de episode tonen is bij een beperkt aantal ziekten van belang. Voorbeelden van graderingssystemen:

- 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]

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
- bij het handmatig invoeren van het dossier van een nieuwe patiënt

4.1.1 Knelpunten bij meer informatie op episodeniveau

Het huidige advies luidt om dit soort informatie op te nemen in de episodenaam. Dit brengt de volgende problemen met zich mee.

- De lengte van het invoerveld voor de episodenaam is gelimiteerd. Bij een mammacarcinoom met recidieven bijvoorbeeld zijn locatie, jaartallen en behandelingen van belang. Al deze informatie past vaak niet in het invoerveld van de episodenaam.
- Daarom worden er afkortingen en symbolen gebruikt, die niet altijd voor iedereen te begrijpen zijn.
- De ernstgraad van een ziekte vertoont vaak een dynamisch verloop. Wijzigingen in ernstgraad worden niet snel in de episodenaam verwerkt, omdat het een handmatig handeling vereist (Smith et al., 2000).

Bij sommige HIS'en is geprobeerd deze behoefte van de huisartsen 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 helemaal niet uitgewisseld. Hierdoor is deze informatie wel beschikbaar in de huisartspraktijk zelf, maar niet voor de waarneming of bij andere elektronische gegevensuitwisseling.

4.1.2 Voorstel meer informatie op episode

De Werkgroep ADEPD 2019 is van mening dat het tonen van meer informatie bij een episode een nuttige toevoeging zal zijn bij sommige episodes en het werk van de huisarts beter zal ondersteunen. Daarbij is het wenselijk dat informatie die al standaard in het dossier worden vastgelegd naast de episodetitel terug te vinden is, bijvoorbeeld: laatst ingevoerde ernstgraad, belangrijke ingrepen en behandelingen en belangrijke laboratoriumbepalingen (inclusief datum of jaartal). Op deze manier wordt een gegeven éénmalig vastgelegd in het dossierdeel waar het thuishoort, hergebruikt waar relevant.

Meer informatie bij een episode zal alleen bij een enkele episode nodig zijn. Om de rust en het overzicht op de episodelijst te bewaken kan de aanwezigheid van meer informatie kenbaar worden gemaakt met een bijvoorbeeld I-teken bij de episode.

In de toegevoegde informatie bij een episode zal een beperkte deel voor vrije tekst nodig zijn. Bijvoorbeeld: Beleid bij een episode is bedoeld voor het afgesproken beleid op langer termijn.

Indien alle HIS'en en systemen op de huisartsenpost deze functionaliteit ondersteunen en de informatie beschikbaar stelt voor uitwisseling, dan wordt de continuïteit van zorg daar beter van.

4.2 Samenhang tussen episodes

Huisartsen moeten op de episodelijst van een patiënt zelf de samenhangende patronen overzien. Sommige episodes hebben namelijk een medisch-inhoudelijke samenhang met andere episodes. In de episodelijst staan ze vaak tussen de andere episodes verspreid.

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

4.2.1 Knelpunt bij samenhang tussen episodes

De gebruikelijke HIS-functies voor overzicht op de episodelijst, zoals filteren, sorteren en labelen, zijn niet toereikend om de medisch-inhoudelijke samenhangende episodes te kunnen overzien.

4.2.2 Voorstel Episodebundels

In de 2013 versie van de ADEPD-richtlijn heeft de werkgroep voorgesteld om episodebundels te creëren. Het [HIS-Referentiemodel](#) heeft deze functionaliteit beschreven en de NHG-Tabel Episodebundels ([tabel 57](#)) bevat de meest voor de hand liggende episodebundels. Hiermee kunnen HIS'en deze functionaliteit inhoudelijk vullen. Voor zover bekend hebben drie HIS'en de functies van episodebundels reeds ingevoerd.

Hieronder volgt een korte uitleg over de werking van Episodebundels in een HIS. Episodebundels is de manier om op de episodelijst bepaalde episodes altijd in samenhang met elkaar te kunnen zien. Een voorbeeld van een bundel is: diabetes mellitus, diabetische retinopathie, diabetische nefropathie, perifeer diabetische angiopathie. De episodebundels worden 'automatisch' in samenhang gepresenteerd als er twee of meer open episodes in het dossier aanwezig zijn die binnen een bundel vallen. Een huisarts hoeft verder niets te doen om deze episodebundels in beeld te krijgen, dat gebeurt automatisch. De standaard bundels gelden voor de hele praktijkpopulatie.

Als alle HIS'en en systemen op de huisartsenpost deze standaard episodebundels ondersteunen, kunnen gebruikers in elk systeem worden geholpen om deze episodes op de episodelijst in samenhang te zien.

LITERATUUR

Althuis TR van. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.

Bastiaanssen EHC, Westerhof RKD, Zonneveld M. Publieksversie [HIS-Referentiemodel](#) 2018, Utrecht: NHG, 2018.

Berg M, Machielsen H, Huisman B. Bytes op recept? Medicatiesystemen in de specialistische zorg. Rotterdam: Instituut beleid en management gezondheidszorg, Erasmus MC, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.

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, 2013a.

Bij, S. van der, Verheij, R. Inzet variabiliseringsgelden 2013 leidt tot belangrijke verbetering EPD. SynthesHis: Tijdschrift voor Huisarts en Automatisering 2013b;12:16-7.

Brouwer HJ, Vintges MMQ. Hoe goed is onze probleemlijst? Huisarts Wet 2000;43:111-4.

Duijn NP van, Maeseneer J de. Registreren, classificeren, automatiseren, communiceren, analyseren. Huisarts Wet 1996;39:257-9.

Eijkelenburg-Waterreus JJH van, 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.

Eijkelenburg-Waterreus JJH van, Schellevis FG, Bakker DH de, Tiersma W, Westert GP. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? Huisarts Wet 2001;44:377-80.

Hiddema-van der Wal A, Werf GTh van der, Meyboom-de Jong B. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? Huisarts Wet 2003;46:539-43.

Hobus PPM, Hofstra ML, Boshuizen HPA, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. Huisarts Wet 1988;31:261-7.

Huber M, Knottnerus JA, et al. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

Jabaaïj 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;52:240-6.

Khan NA, Visscher S, Verheij RA, De kwaliteit van het elektronisch patiëntdossier van huisartsen gemeten: EPD-scan regio Twente, eerste meting. Utrecht: NIVEL, 2011.

KNMG. KNMG-richtlijnen aangepast aan AVG. Website KNMG. Beschikbaar via: www.knmg.nl. Geraadpleegd 29 oktober 2018.

Lamberts H. Het huis van de huisarts: Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.

Levelink H, Meyboom WA. Probleemgeoriënteerd registreren in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1979;22:6-8.

LHV/InEen/NHG. Visie digitalisering huisartsenzorg 2019-2022. Utrecht: LHV/InEen/NHG, 2018. Beschikbaar via: www.nhg.org. Geraadpleegd 23 november 2018.

Meer V van der, Waal MWM de, Timmers AP, Bock GH de, Springer MP. Hoe up-to-date is het medisch dossier? Een onderzoek op vijf locaties. Huisarts Wet 2001;44:194-7.

Melker RA de, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts Wet 1994;37:46-51.

Mensink G. Zeven HISSen live op de zevende HIS Demodag. Gezamenlijke aanpak cruciaal voor communicatie. SynthesHis 2012;4:4-15.

Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. Huisarts Wet 1988;31:379-81.

Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratiekaart. Huisarts Wet 1979;22:4-5.

Meyboom WA, Metsemakers JFM, Hofstra ML, Beusmans GHMI. NHG-Standaard Medische verslaglegging (P002). Huisarts Wet 1990;33:114-7.

NHG. [HIS-Referentiemodel](https://referentiemodel.nhg.org) 2018. Utrecht: NHG, 2018. Beschikbaar via: <https://referentiemodel.nhg.org>.

NHG/LHV. NHG/LHV-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012, Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD): Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling. Utrecht: NHG/LHV, 2010.

NHG/Patiëntfederatie Nederland. [Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt](#). NHG/Patiëntfederatie Nederland: Utrecht, 2017.

Njoo KH. NHG-Visiedocument De virtuele overlegtafel voor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. NHG: Utrecht, 2017.

Njoo KH. NHG-Leidraad Virtuele overlegtafel voor multidisciplinair samenwerken binnen de eerste lijn. NHG: Utrecht, 2018.

OPEN. Veelgestelde vragen: Algemene vragen over OPEN. Website van Ontsluiten van Patiëntgegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland (OPEN). www.open-eerstelijns.nl/veelgestelde-vragen.

Rietjens JA, e.a. Internationale definitie van advance care planning. Huisarts Wet 2018;8:22-9.

Schers HJ, Van de Hoogen HJM, Van de Ven C, Van den Bosch WJRM. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001;45:371-6.

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;43:391-4.

Studiegroep Patiëntenregistratie. De werkkaart: publicatie van de studiegroep patiëntenregistratie. Huisarts Wet 1958;1:86-92.

Vektis Intelligence. Hoeveel huisartsenpraktijken hebben praktijkondersteuning? Website Vektis Intelligence 10 september 2018. Beschikbaar via: www.zorgprismapubliek.nl. Geraadpleegd 1 augustus 2018.

Velden LFJ van der, Kasteleijn A, Kenens RJ. [Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2016](#). Utrecht: NIVEL, 2017. Beschikbaar via: www.nivel.nl.

VWS. HARM-WRESTLING rapport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2009.

VWS. 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.

VWS. [Rapport Acute ziekenhuisopnamen die mogelijk zijn gerelateerd aan geneesmiddelbijwerkingen](#). Den Haag/Rotterdam/Nijmegen/Utrecht: VWS/Erasmus MC /Radboud Universiteit Nijmegen/PHARMO Instituut/Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2012. Beschikbaar via: www.eerstekamer.nl.

VWS. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 juli 2013, nr. 125176-105466-GMT, houdende wijziging van de Regeling Geneesmiddelenwet betreffende de uitwisseling van laboratoriumgegevens en de vermelding van de reden van voorschrijven. Staatscourant 2013 nr. 18918, 10 juli 2013. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2013-18918.html>.

Waal MWM de, Vroomen JMH de, Oltheten JMT, et. al. Eerste ervaringen met episodegewijs registreren: Een aanzet tot praktische richtlijnen. Huisarts Wet 1999; 42:101-6.

Westerhof HP, Overbeeke JPM van. WCIA-HIS-Referentiemodel 1995. Utrecht: NHG, 1996.

Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisarts-informatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41:515-9.

Witmer JM, De Roode RP. Implementatie van de WGBO, van wet naar praktijk: Deel 1, eindrapport. Utrecht: KNMG, 2004a.

Witmer JM, De Roode RP. Implementatie van de WGBO, van wet naar praktijk: Deel 2: Informatie en toestemming. Utrecht: KNMG, 2004b.

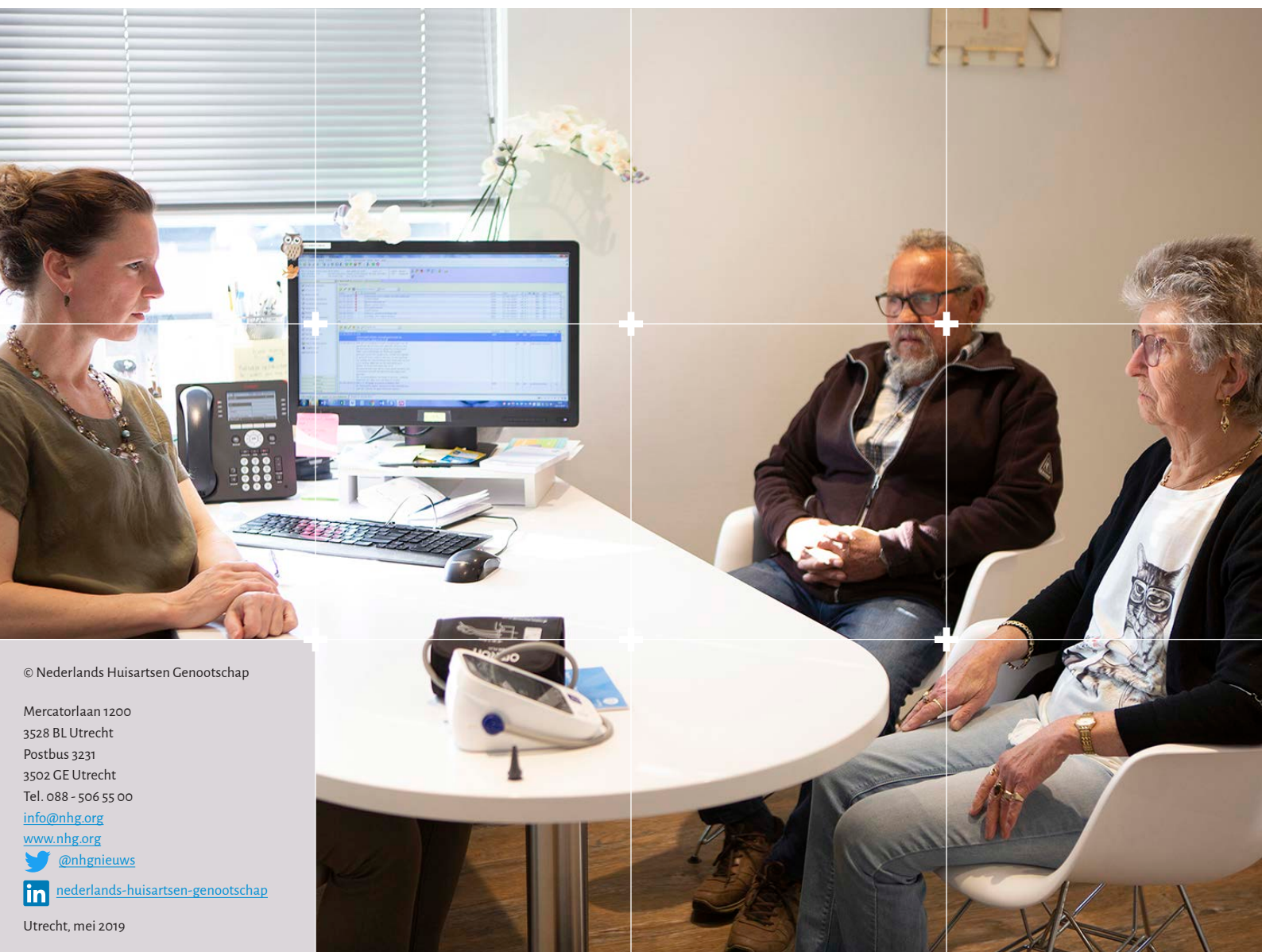
Witmer JM, De Roode RP. Implementatie van de WGBO, van wet naar praktijk: Deel 3: Dossier en bewaartermijnen. Utrecht: KNMG, 2004c.

Witmer JM, De Roode RP. Implementatie van de WGBO, van wet naar praktijk: Deel 4: Toegang tot patiëntengegevens. Utrecht: KNMG, 2004d.

Wolters I, Van den Hoogen H, De Bakker D. Evaluatie invoering elektronisch voorschrijf systeem. Monitoringsfase: de situatie in 2001. Utrecht: NIVEL, 2002.

NHG-Richtlijn

Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntdossier (ADEPD)



© Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

Postbus 3231

3502 GE Utrecht

Tel. 088 - 506 55 00

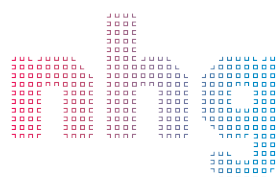
info@nhg.org

www.nhg.org

[@nhgnieuws](https://twitter.com/nhgnieuws)

[nederlands-huisartsen-genootschap](https://www.linkedin.com/company/nederlands-huisartsen-genootschap)

Utrecht, mei 2019



Nederlands
Huisartsen
Genootschap