

**RICHTLIJN ADEQUATE  
DOSSIERVORMING MET  
HET ELEKTRONISCH  
PATIËNTENDOSSIER**

**ADEPD**

*tweede versie*



nederlands huisartsen  
genootschap

# **RICHTLIJN ADEQUATE DOSSIERVORMING MET HET ELEKTRONISCH PATIËNTENDOSSIER**

## **ADEPD**

*tweede versie, november 2009*



nederlands huisartsen  
genootschap

© 2009 Nederlands Huisartsen Genootschap  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

Colofon

versie 2004:

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

aanvulling 2009:

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

redactie:

*Njoo KH*

De volledige tekst van de NHG-Richtlijn is  
gepubliceerd op de NHG-website [www.nhg.org](http://www.nhg.org)

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	4
Woord vooraf	5
Inleiding	7
<b>Deel 1 Methode van verslagleggen</b>	<b>10</b>
1.1 POR	10
1.2 EGR	10
1.3 Keuze tussen EGR of POR	11
<b>Deel 2 Relevante informatie</b>	<b>13</b>
2.1 Klachten, ziekten en aandoeningen	13
2.2 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht	17
2.3 Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht	19
2.4 Aanvullend onderzoek en bepalingen	20
2.5 Verwijzen	21
2.6 Additionele gegevens	22
<b>Deel 3 Adviezen over Episodegericht Registreren</b>	<b>23</b>
3.1 Inventarisatie van knelpunten	23
3.2 Adviezen	23
3.3 Registratievormen met beperkte houdbaarheidsdatum	32
<b>Noten</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>47</b>



# Woord vooraf

## Nieuwe naam, nieuwe versie

De term ‘elektronisch patiëntendossier’ (EPD) is door de invoering van het landelijk elektronisch patiëntendossier volledig ingeburgerd. Het NHG heeft daarom de naam van de richtlijn *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier* (ADEMD) veranderd in *Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier* (ADEPD).

Een andere reden is dat de afkorting EMD tegenwoordig voor Elektronisch Medicatiedossier wordt gebruikt.

In de 2009 versie zijn de adviezen voor verschillend gestructureerde HIS'en vervangen voor adviezen over het omgaan met episodes en EGR. De richtlijn en de noten zijn verder tekstueel aangepast.

## Domein van deze richtlijn

Deze richtlijn is primair gericht op het toepassen van het EPD voor de dagelijkse patiëntenzorg en op de uitwisselbaarheid van gegevens. De doelgroep van deze richtlijn bestaat uit huisartsen en praktijkmedewerkers. Onder praktijkmedewerker wordt verstaan: praktijkassistente, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige et cetera. Deze richtlijn bevat geen aanwijzingen voor het omgaan met namen, adressen of andere administratieve gegevens; ook worden geen aanbevelingen gedaan voor een goed beheer van het systeem, zoals de privacybescherming, toegankelijkheid en integriteit van de data, autorisatieprocedures of bewaartermijnen.

Deze richtlijn is opgesteld met de huidige HIS'en voor ogen zonder echter concessies te doen aan de mogelijkheden en onmogelijkheden daarvan. Het voert te ver om in deze richtlijn voor elke HIS afzonderlijk te behandelen wat de praktische consequenties zijn. Ook is het niet mogelijk om hier voor elke HIS een migratieplan op te stellen waarmee van de huidige naar de gewenste situatie kan worden overgestapt. HIS-specifieke vertalingen van deze richtlijn zullen in samenspraak met de gebruikersvereniging en softwarehuizen moeten worden geformuleerd.

## Totstandkoming

Na een oproep in Huisarts en Wetenschap is een werkgroep van huisartsen van start gegaan met het opstellen van de eerste versie van de richtlijn. Deze is in december 2003 door het NHG geautoriseerd en in maart 2004 gepubliceerd.

In juni 2008 is een werkgroep gestart met het opstellen van een aanvulling op de richtlijn. Voorjaar 2009 werd de ontwerp tekst voor commentaar verstuurd naar 37 huisartsen, huisartsopleidingen, -registratienetwerken en automatiseerders. Er werden 32 commentaarformulieren retour ontvangen (86%). In augustus 2009 is versie twee van de richtlijn geautoriseerd door het NHG.

## Actualisering van de richtlijn

De richtlijn en aanvulling ADEPD zullen evenals de NHG-Standaarden geregeld worden geactualiseerd. Knelpunten bij de implementatie in de praktijk leveren nieuwe informatie en inzichten op. De organisatie van de huisartsenzorg en van de gezondheidszorg als geheel is voortdurend in beweging. Ook de inzichten op het gebied van automatisering veranderen snel. Deze richtlijn en de aanvulling daarop zullen binnen drie tot vijf jaar worden doorgelicht en eventueel bijgesteld.

# Inleiding

De NHG-Standaard Medische verslaglegging verscheen in 1990.<sup>1</sup> Destijds werkten de meeste huisartsen nog met een dossier op papier. Evaluatieonderzoek uit 1994 toonde aan dat de verslaglegging van huisartsen niet voldeed aan de eisen die in de standaard werden gesteld. De handgeschreven dossiers waren vaak niet goed leesbaar en incompleet. Bovendien werd weinig gebruik gemaakt van de SOEP-systematiek en van het Probleemgeoriënteerd Registreren (POR).<sup>2</sup>

Inmiddels zijn de meeste huisartsenpraktijken in Nederland geautomatiseerd en werkt 97% van de huisartsen met een Huisarts Informatiesysteem (HIS). Van hen maakt 94% gebruik van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD).<sup>3</sup> De tekst op een beeldscherm is beter leesbaar dan die in een handgeschreven dossier. Bovendien blijken huisartsen in een EPD meer gegevens vast te leggen dan in een papieren dossier.<sup>4</sup>

Het EPD levert echter niet vanzelf een eenduidig, goed gestructureerd overzicht op, waarin alle relevante patiënteninformatie snel te vinden is en dat bovendien uitwisselbaar is tussen verschillende zorgverleners. Na twintig jaar automatisering in de huisartsenpraktijk is er een grote diversiteit ontstaan in de wijze van verslagleggen tussen de gebruikers van verschillende HIS'en en tussen de verschillende gebruikers van één HIS. Daarom is het noodzakelijk om gezamenlijk richtlijnen te formuleren: voor de methode van verslaglegging die de voorkeur verdient en voor de plaats en de manier waarop relevante informatie in het EPD het beste kan worden vastgelegd. Alleen op deze manier kan een EPD voor elke zorgverlener een zinvol overzicht van relevante en uitwisselbare informatie opleveren.

## Aanleiding

In de visie op de huisartsgeneeskunde spelen in de komende jaren de borging van continuïteit en de context van de geneeskundige zorgverlening een belangrijke rol. Samenwerken in de huisartsenzorg is geen vrijblijvende zaak meer. Vierentwintig uur beschikbare huisartsenzorg wordt tegenwoordig door meerdere huisartsen en praktijkmedewerkers geleverd. Denk hierbij bijvoorbeeld aan huisartsengroepen (HAGRO'S), gezondheidscentra en centrale huisartsenposten (CHP'S), maar ook aan taakdelegatie aan de praktijkondersteuner. Deze schaalvergroting in de zorg maakt elektronische communicatie en gegevensuitwisseling zeer noodzakelijk. Het EPD evolueert hiermee van informatiebron binnen een huisartsenpraktijk tot informatiebron voor de huisartszorgvoorziening.

Deze ontwikkeling speelt zich niet alleen af binnen de huisartsenzorg, maar vindt



plaats in de gehele gezondheidszorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de ontwikkelingen met het landelijke EPD. De ervaringen van huisartsen met het EPD kunnen daaraan samen met deze richtlijn, een zinvolle bijdrage leveren.

## Functies van het EPD

Het vastleggen van relevante zorginhoudelijke informatie in het EPD door huisarts en praktijkmedewerker is van belang voor de continuïteit en kwaliteit van zorg.

- Doordat het EPD toegankelijk is vanaf diverse werkplekken is de continuïteit van zorginformatie beter gewaarborgd dan bij een dossier op papier
- Het EPD vervult een belangrijke rol bij taakdelegatie in de huisartspraktijk. De praktijkassistente en de praktijkondersteuner leggen in het kader hiervan hun eigen contactgegevens in het EPD vast.
- Het EPD is verder een onmisbaar instrument bij het uitvoeren van gestructureerde zorg- en preventietaken in de huisartspraktijk, zoals het monitoren van chronische aandoeningen, het opsporen van risicopatiënten en het selecteren van patiënten voor programmatische preventie.
- Ook voor de lerende zorgpraktijk is een EPD onontbeerlijk. Uit het dossier kan 'spiegelinformatie' worden afgeleid voor bijvoorbeeld FTO-besprekingen, jaarverslagen of praktijkvisitatie. Het maakt reflectie op het eigen professioneel handelen mogelijk.
- In het kader van transparantie van de hulpverlening is het EPD een bron van gegevens, bijvoorbeeld voor prestatievergelijking, interne kwaliteitsverbetering of externe toetsing.
- Geanonimiseerde gegevens uit het EPD kunnen voor onderzoeks- en andere projecten worden gebruikt.
- Het gebruik van het EPD maakt bovendien elektronisch consultondersteuning mogelijk. Evidence based richtlijnen, aangepast aan de specifieke patiëntkenmerken, kunnen tijdens het consult op het scherm worden opgeroepen en de huisarts ondersteunen bij het nemen van beslissingen.

Daarnaast vervult het EPD de volgende klassieke functies van het medisch dossier:

- Het EPD dient de huisarts als geheugensteun voor zijn bevindingen en conclusies, voor de behandeling en/of het behandelplan, voor de gegevens die door anderen zijn verstrekt, de wensen van de patiënt en wat met de patiënt besproken of afgesproken is.
- Bij consultatie of verwijzing naar derden kunnen gegevens uit het EPD gehaald worden voor het schrijven van een overdracht- of verwijsbrief. In het geval van een meningsverschil met de patiënt of een aansprakelijkheids- of claimzaak is het EPD een bron van gegevens. De medische tuchtrechter heeft herhaalde

malen het belang van een zorgvuldig bijgehouden dossier onderstreept. In tuchtrechtelijke zaken is vanwege het ontbreken van (goede) verslaglegging steeds vaker een maatregel opgelegd aan de hulpverlener.

- De huisarts voldoet door het aanleggen van een patiëntendossier aan één van de verplichtingen die de wetgeving hem oplegt. De Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO 1995) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP 2001) zijn van kracht bij het aanleggen, bijhouden en beheren van een medisch dossier.<sup>5</sup>

*In deel één van de richtlijn wordt beschreven welke methode van verslaglegging de voorkeur verdient en in deel twee op welke plaatsen in het EPD relevante informatie het beste kan worden vastgelegd. Tot slot worden in deel drie adviezen gegeven voor het toepassen van episodes en EGR in het EPD. De noten bevatten achtergrondinformatie, overwegingen en nuanceringen. Geadviseerd wordt om voor een goed begrip ook alle noten te lezen.*

# Deel 1 Methode van verslagleggen

In de begintijd van het EPD stond het journaal centraal bij het verslagleggen.<sup>6</sup> Alle gegevens werden ingevoerd in een chronologisch journaal. Hierdoor ontstaat echter geen samenhangend overzicht dat bijvoorbeeld in één oogopslag laat zien hoe het beloop is van één gezondheidsprobleem. Al in de tijd van de papieren dossiers zijn om deze reden verschillende methoden van verslagleggen ontwikkeld om structuur te bieden bij het invoeren van gegevens en om tot zinvol samenhangende overzichten te komen. De twee meest gangbare methoden zijn het Probleemgeoriënteerd (POR) en het Episodegericht Registreren (EGR).

## 1.1 POR

Bij deze methode wordt per patiënt steeds het relevante gedeelte van het journaal (de journaalregels) aan een probleem gekoppeld en wordt tevens per patiënt een probleemlijst bijgehouden van alle actuele problemen.<sup>7</sup>

Indien POR volgens bovenstaande beschrijving wordt toegepast, heeft de huisarts per patiënt niet alleen een overzicht van alle belangrijke problemen, de probleemlijst, maar ook per probleem een chronologisch overzicht van alle relevante contacten andere gegevens. Voor klachten en aandoeningen die niet op de probleemlijst voorkomen, is een dergelijk samenhangend overzicht niet te verkrijgen.

Alle HIS'en hebben het werken volgens POR ondersteund. De indruk bestaat dat het koppelen van journaalregels aan een probleem slechts mondjesmaat werd toegepast. Bij het invoeren van journaalregels moest de huisarts namelijk voortdurend in de gaten houden welk probleem centraal staat. Veel consulten gaan over meerdere klachten of problemen tegelijk. Een foute koppeling treedt daarom snel op en is niet eenvoudig te veranderen.

De meeste huisartsen pasten daarom niet de volledige POR-methode toe, maar legden alleen probleemlijsten aan. Het volledig en actueel houden van de probleemlijsten was een continu proces.<sup>8</sup> De huisarts moest voortdurend alert zijn op een nieuw gegeven van de patiënt op de probleemlijst thuishoorde.

## 1.2 EGR

Doel van EGR is het overzichtelijk maken van het medisch dossier, zodanig dat het bruikbaar is voor de dagelijkse praktijk van zowel de behandelende huisarts als zijn collega's in de praktijk en bij de waarneming. Bij deze methode worden per patiënt

alle deelcontact- en andere gegevens, zoals brieven van medisch specialisten of laboratoriumuitslagen, ingevoerd en gestructureerd door ze te rangschikken onder een episode. Een episode biedt inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem. De naam van de episode is de omschrijving van het gezondheidsprobleem.<sup>9</sup>

Een vanzelfsprekend gevolg van deze methode van verslagleggen is een episodelijst. Sommige gezondheidsproblemen zijn zo belangrijk dat ze altijd boven aan de lijst te zien moeten zijn; dit zijn de zogenaamde episodes 'met attentiewaarde'. Indien EGR wordt toegepast, heeft de huisarts per patiënt op de episodelijst een overzicht van alle aanwezige gezondheidsproblemen en per episode een chronologisch overzicht van alle relevante contact- en andere gegevens.

Sinds de introductie van EGR in 1998 bieden nu alle HIS'en de mogelijkheid om deze methode van verslagleggen in het EPD toe te passen. De ervaringen van de gebruikers van EGR zijn positief. Zij geven aan hierdoor meer inzicht in het dossier te hebben en een beter overzicht over de ingevoerde gegevens. De voornaamste knelpunten liggen vooral bij het afgrenzen en herdefiniëren van episodes en bij de lengte van de episodelijst.<sup>10</sup>

### 1.3 Keuze tussen EGR of POR

Het verschil tussen de methode van POR en EGR is in principe klein. Beide methoden bieden een werkwijze waarmee structuur en overzicht in het EPD te verkrijgen is door bij elkaar horende gegevens te bundelen. POR geeft overzicht over alleen de belangrijkste problemen en EGR over alle gezondheidsproblemen van één patiënt. EGR sluit beter aan bij het generalistische en integrale karakter van het huisartsenvak dan POR.

De werkgroep meent dat EGR en POR langzamerhand in elkaar zullen overgaan en dat EGR uiteindelijk de voornaamste methode van verslagleggen in het EPD zal worden. De episode zal dan het centraal structurerend principe in het EPD zijn. Het begrip 'probleem' transformeert in het kader van EGR in een episode met attentiewaarde, die altijd bovenaan in de episodelijst te zien zal zijn.<sup>11</sup> De probleemlijst zoals die nu wordt gehanteerd, is dan een integraal onderdeel van de episodelijst geworden. Dit betekent dat de episodelijst het centraal overzicht in het EPD is of zal worden van alle actuele klachten, ziekten en problemen van een patiënt.

Het voordeel van EGR boven andere vormen van verslagleggen is, dat hiermee een overzicht wordt verkregen van alle door een patiënt aangeboden problemen, die anders over het hele EPD verspreid staan. Bij één gezondheidsprobleem kan het beloop in de tijd worden gevolgd en een overzicht van alle relevante gegevens worden

opgeroepen. In het EPD is een dergelijk overzicht meestal nauwelijks mogelijk of bevat vaak veel ruis.

Een ander voordeel is dat deelcontacten voorafgaande aan een diagnose vaak al in één episode zijn verzameld. Op het moment dat een diagnose wordt gesteld, hoeft de episode alleen maar te worden hernoemd. Zo kan er sprake zijn van een episode met langdurige malaise en vage pijnklachten, waarbij pas na enige tijd de diagnose morbus Kahler wordt gesteld. Bij POR wordt een dergelijk probleem pas geregistreerd nadat een diagnose is gesteld, en ontbreken vaak de deelcontacten van het prodromaal stadium van een ziekte.

*In deel twee zullen achtereenvolgens de verschillende soorten relevante gegevens besproken worden in samenhang met de plaats van voorkeur in het EPD en de consequenties voor de andere onderdelen van het EPD.*

## Deel 2 Relevante informatie

De context van de zorgverlening bepaalt wat relevant wordt geacht om in het EPD vast te leggen. Het dossier van een huisarts zal andere relevante gegevens bevatten dan dat van een neurochirurg. Het een illusie om te menen dat alles over een patiënt in een EPD te vinden moet zijn. In feite vormt een EPD altijd een samenvatting en interpretatie van de feitelijke situatie.

Uit onderzoek naar de informatiebehoefte van huisartsen tijdens de AvondNacht-Weekend-diensten komt naar voren dat minimaal beschikbaar moeten zijn: de lijst met klachten, ziekten en aandoeningen, de voorgeschreven medicatie en de contextuele gegevens. Over het belang van andere informatie zijn de meningen verdeeld.<sup>12</sup>

De werkgroep onderscheidt zes delen in het EPD die relevante informatie bevatten voor de dagelijkse huisartsenzorg (tabel 1).

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

Relevante gegevens	Plaats in het EPD
Klachten, ziekten en aandoeningen	Episode(lijst)
Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht	Deelcontract
Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht	Voorschriftenarchief
Aanvragen en resultaten van aanvullend onderzoek	Diagnostisch archief
Verwijzen en resultaten van verwijzingen	Correspondentiearchief
Contextuele informatie, bijvoorbeeld psychosociale situatie, mantelzorg	Additioneel of Attentie/ kop/ memo-regel

### 2.1 Klachten, ziekten en aandoeningen

Klachten, ziekten en aandoeningen in heden en verleden zijn in het huidige EPD meestal op drie plaatsen te vinden: in de voorgeschiedenis (niet actueel), in de episode- en/of probleemlijst (actueel) en in de E-regels van het journaal (actueel), als de SOEP-systematiek wordt toegepast.

#### Voorgeschiedenis

Alle HIS'en bieden de mogelijkheid om een voorgeschiedenis in te voeren en te onderhouden. In de voorgeschiedenis staan nu meestal ziekten, aandoeningen en

problemen die niet (meer) actueel zijn, maar misschien ooit nog van belang kunnen zijn voor de (huisarts)geneeskundige zorg.<sup>13</sup> Bronnen voor de voorgeschiedenis zijn meestal gegevens van een groene kaart of een ander soort (uitgeprint) papieren dossier samen met de daarbij behorende specialistenbrieven, en/of de gegevens die de patiënt zelf verschaft. De bronnen op papier hoeven niet uitsluitend afkomstig te zijn van de vorige huisarts.<sup>14</sup> In het verleden werden bij de overgang naar een elektronisch dossier de gegevens van de groene kaart uit de eigen praktijk samengevat in de voorgeschiedenis van het EPD.<sup>15</sup>

De werkgroep is van mening dat bij het toepassen van EGR de gegevens uit de voorgeschiedenis: als niet-actieve episode op de episodelijst of in het dossierdeel ingrepen in het EPD zullen worden vastgelegd. Met de introductie van het dossierdeel ingrepen met een daarbij behorende standaard codelijst in het EPD zal het vastleggen van operaties via ICPC niet meer nodig zijn.<sup>16</sup>

In afwachting van het dossierdeel ingrepen in het EPD is het advies om een operatie als een (niet-actieve) episode op de episodelijst vast te leggen. Met ICPC wordt de indicatie voor de operatie gecodeerd en in de ICPC omschrijving wordt de operatie zelf benoemd, met eventueel bijkomende detaillering, bijvoorbeeld 'liesbreukoperatie LI 1970, recidief 1982 (ICPC D89)'. Bij een onbekende indicatie is de '-99' - code van toepassing samen met de omschrijving, bijvoorbeeld 'ovarioëctomie RE, indicatie onbekend (ICPC X99)'. Het voordeel van deze nogal gekunstelde wijze van vastleggen is dat de aandoening tegelijk met de operatie in de episodelijst voorkomt. In het geval van een mastectomie bij een mammacarcinoom staan beide gegevens in de omschrijving van de episode.

## Episodelijst

Door de keuze voor EGR zal de episodelijst de centrale plaats voor alle actuele klachten, ziekten en aandoeningen in heden en verleden gaan vormen. Een episodelijst is een overzicht van alle gezondheidsproblemen die bij één patiënt ooit aanwezig zijn geweest of op dit moment aanwezig zijn. De episodelijst vloeit vanzelf voort uit het toepassen van EGR en sluit goed aan bij het primair proces.

De voornaamste knelpunten die naar voren komen uit de eerste ervaringen met de episodelijst zijn: de vraag of een deelcontact aan een bestaande of nieuwe episode moet worden toegevoegd, bij nieuwe inzichten vindt herdefiniëring van een episode en/of ICPC-code niet systematisch plaats en de lengte van de episodelijst.<sup>10</sup>

De werkgroep legt bij het werken met een episodelijst de nadruk op het verkrijgen van overzicht in het medisch dossier. Dit betekent dat de episodelijst een overzichtelijke lijst moet blijven en niet een soort lijst van E-regels uit het journaal. Vertaald naar de praktijk betekent dit, dat een nieuw deelcontact over een gezondheidsprobleem waarvoor al eerder een episode is aangemaakt, aan dezelfde episode wordt

toegevoegd.<sup>17</sup>

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 zwangerschap, en een vervolcontact ('vervolg'), dat wil zeggen een contact dat samenhangt met een vorig contact zonder een klachtenvrij interval, zoals een controle na een pneumonie.

De werkgroep kent verder hoge prioriteit toe aan de volgende wensen voor het onderhouden van de episodelijst:

- episodes met een bijzondere attentiewaarde komen altijd boven aan de episodelijst te staan;
- binnen de episodelijst kan de huisarts een eigen volgorde bepalen;
- de huisarts kan episodes samenvoegen onder een bestaande of nieuwe naam.<sup>18</sup>

## Probleemlijst

De probleemlijst<sup>19</sup> zoals die in het EPD bestaat, zal bij EGR een integraal onderdeel van de episodelijst gaan vormen. Het begrip 'probleem' zal dan transformeren tot 'episode met bijzondere attentiewaarde', die altijd boven aan de episodelijst te zien moet zijn. De praktische uitwerking van Metsemakers e.a. kan uitgangspunt zijn voor de invulling van 'met een bijzondere attentiewaarde'.<sup>20</sup> Op grond van consensus is een lijst opgesteld van alle klachten, ziekten en aandoeningen die vallen onder de episodes 'met bijzondere attentiewaarde'.<sup>21</sup> Deze lijst kan in een HIS gebruikt worden om het onderhoud van de episodelijst te ondersteunen.

Bovenstaande richtlijn wijkt af van de bij de introductie van EGR geformuleerde adviezen. Toen vormde een 'probleem' nog een hiërarchisch hoofdniveau, waarin één of meerdere episodes konden worden samengebundeld.<sup>22</sup>

De voorgestelde aanpak maakt dat de discussie over de vraag wanneer iets een probleem is en wanneer niet, langzamerhand naar de achtergrond zal verschuiven. Een zorgverlener heeft dan immers op de episodelijst in één oogopslag een overzicht van alle gezondheidsproblemen bij één patiënt.<sup>23</sup>



## Codes voor klachten, ziekten en aandoeningen

Er zijn twee soorten codes waarmee in het huidige EPD klachten, ziekten of aandoeningen geregistreerd kunnen worden: ruiters en de codes van de International Classification of Primary Care (ICPC).<sup>24</sup>

Codes in een EPD zijn bedoeld voor het maken van selecties van patiënten, zoals voor de jaarlijkse oproep voor de griepvaccinatie, en als ingang voor ondersteunende modules, zoals een EVS en de monitoringprotocollen voor risicofactoren of chronische aandoeningen. Het coderen is in strikte zin niet nodig voor de dagelijkse patiëntenzorg, maar wel voor de selectie- en ondersteuningsfunctie van het HIS.<sup>25</sup>

Het standpunt van de werkgroep is dat klachten, ziekten of aandoeningen van een ICPC-code moeten worden voorzien. Als integraal onderdeel van de ICPC-codes wordt nadrukkelijk de omschrijving beschouwd die de huisarts aan het gezondheidsprobleem geeft op de plaats die bestemd is voor de ICPC-titel. Hier kan in vrije tekst patiëntspecifieke nuancerings vastgelegd worden die niet in een code uit te drukken valt.

Ruiters dienen beperkt te blijven tot niet in ICPC-codes uit te drukken zaken en/of administratieve of managementetiketten. Het advies is om met name de ruiters waarvoor een ICPC-equivalent bestaat, te vervangen door een met een ICPC-code gelabelde regel op de episode/probleemlijst (zie bijlage 1).

De werkgroep doet hiermee het gebruik van ruiters niet in de ban. Ruiters zoals UE, uterus extirpatie, of EN, endocarditis profylaxe, blijven nuttig en kunnen niet eenvoudig door een ICPC-code vervangen worden. Ten behoeve van de overdraagbaarheid van de informatie is het raadzaam om, voor zover ruiters worden toegepast, gestandaardiseerde ruiters te hanteren. Het definiëren van eigen ruiters dient beperkt te blijven tot het gebruik voor tijdelijke of praktijkspecifieke selecties.

In het huidige EPD bestaat nog een derde codestelsel voor klachten, ziekten of aandoeningen, bestemd voor een kleine groep gezondheidsproblemen en met een specifiek registratiedoel, namelijk de Contra-IndicatieCodes (CIC), van toepassing bij het voorschrijven van medicatie. Bijna alle contra-indicaties hangen samen met het bestaan van bepaalde gezondheidsproblemen, zoals diabetes mellitus, zwangerschap en nierinsufficiëntie. Het zou daarom praktisch zijn, als de huisarts op het moment dat hij een diagnose (inclusief ICPC-code) invoert, ondersteuning zou krijgen van het systeem om de bewaking op de desbetreffende contra-indicatie via de CIC bij deze patiënt te activeren.

## 2.2 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht

### Journal

Het journal is een chronologische weergave van alle medische gegevens over de verschillende gezondheidsproblemen van één patiënt. De gegevens zijn divers van aard: aantekeningen over contacten met en over de patiënt, uitslagen, samenvattingen specialistenbrieven et cetera. Het journal in deze vorm zal steeds minder gehanteerd worden ten gunste van episodegewijs gesorteerd journal.

### Episode

De episode bevat 'een chronologische verzameling van verschillende soorten medische gegevens (deelcontacten, meetwaarden, voorschriften, correspondentie) betreffende één gezondheidsprobleem van één patiënt die de toestandsverandering in de tijd weergeeft.'<sup>26</sup>

De naam van de episode beschrijft het gezondheidsprobleem in de bewoordingen van de huisarts. Naast een episodenaam heeft iedere episode een passende ICPC-code. De episodenaam en/of ICPC-code zijn te veranderen als het oordeel over het gezondheidsprobleem in de loop van de tijd verandert.

Een episode kan naar inzicht van de huisarts geïnactiveerd worden en komt dan op een niet-actieve episodelijst terecht. Al naar gelang de noodzaak moet een dergelijke episode weer hergebruikt kunnen worden. De niet-actieve episodelijst is geen aparte lijst; hoogstens hoeft dit deel van de episodelijst niet in eerste instantie zichtbaar te zijn.

### Deelcontact

Een deelcontact bevat de verzameling gegevens die betrekking hebben op één gezondheidsprobleem (klacht, werkhypothese, diagnose) op een gegeven moment in de tijd. Aantekeningen over contacten tussen praktijk en patiënt en tussen praktijk en derden over de patiënt, bijvoorbeeld een telefonisch overleg met de thuiszorg, dienen in een deelcontact vastgelegd te worden.<sup>22</sup>

De SOEP-systematiek is een hulpmiddel om structuur aan te brengen in een deelcontact. De letters geven houvast bij wat er in de verschillende regels, veelal in vrije tekst, dient te worden vastgelegd. Het is niet noodzakelijk om bij elk contact met of over de patiënt alle SOEP-regels te vullen. Hieronder wordt per regel van de SOEP-systematiek aangegeven wat daarin vastgelegd dient te worden.

**S** is Subjectief: bevat de klacht en hulpvraag van de patiënt en de anamnestiche gegevens.<sup>27</sup>

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

**E** is Evaluatie: bevat de werkhypothese en het denkproces, bijvoorbeeld een differentiaaldiagnose van de zorgverlener. Bij EGR is het niet noodzakelijk om op ieder E-regel de diagnose en/of ICPC-code vast te leggen. Alleen bij de start van een nieuwe episode of bij verandering van medisch- inhoudelijk inzicht is het nodig via de E-regel de nieuwe episodenaam en/of ICPC-code in te voeren. In alle andere gevallen is de episodenaam al aanwezig.

**P** is Plan: bevat het diagnostisch- of behandelplan, het beleid en de verstrekte voorlichting, inclusief vermelding van gebruik van schriftelijk informatiemateriaal. Verder dient hier te worden vastgelegd wat met de patiënt is besproken of afgesproken.

## Gegevens uit subadministraties

Met subadministraties wordt bedoeld: de gegevens die in de verschillende archieven van het EPD zijn verzameld, zoals het episode-archief, het voorschriftenarchief, het diagnostisch archief of het correspondentiearchief.<sup>15</sup>

Het vastleggen van gegevens in een archief leidt niet tot fragmentatie van de gegevens. Integendeel, het maakt het in principe mogelijk om de gegevens te tonen in de context van de zorgvraag en in een totaal overzicht. Dit betekent dat met één invoer van een gegeven, bijvoorbeeld het voorschrijven van een geneesmiddel via de receptenmodule, het systeem een overzicht kan genereren van alle voorschriften binnen één episode en ook van alle voorgeschreven middelen in alle episodes. Indien de ondersteuning bij het invoeren van gegevens in de verschillende archieven naadloos aansluit op het primair proces, ervaart de gebruiker het vastleggen daarvan als logisch en niet als een extra belasting.<sup>28</sup>

## Relatie tussen subadministraties en SOEP

De HIS'en gaan verschillend om met het invoeren van gegevens in subadministraties en het tonen van deze gegevens in het journaal of in een episode. In het ergste geval voert de gebruiker de gegevens in en kopieert deze zelf naar andere plekken in het EPD.<sup>29</sup>

Sommige HIS'en verplichten de gebruiker om bij het invoeren van bepaalde gegevens in een subadministratie een SOEP-letter te kiezen voor het tonen in het journaal, of deze wordt automatisch toegekend. De relaties tussen SOEP-regels en subadministraties zijn dan als volgt:

- resultaten van aanvullend onderzoek, gegevens van lichamelijk onderzoek die als meetwaarden ingevoerd worden, en binnenkomende correspondentie zijn via de O-regel toegankelijk;
- voorgeschreven middelen en uitgaande correspondentie, zoals verwijfsbrieven, zijn via de P-regel toegankelijk.

Andere HIS'en reserveren de SOEP-regels alleen voor de deelcontacten en geven aan de episoderegels die gegevens uit de diverse subadministraties bevatten, een eigen letter, bijvoorbeeld L-regels voor laboratoriumuitslagen of B-regels voor inkomende correspondentie. De gebruiker hoeft bij het invoeren van de gegevens in een subadministratie alleen aan te geven bij welke episode deze horen.

*De richtlijnen voor het vastleggen van gegevens in het voorschriftenarchief, het diagnostisch archief en het correspondentiearchief zullen in de volgende paragrafen over respectievelijk voorschrijven, aanvullend onderzoek en verwijzen besproken worden.*

## 2.3 Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht

Het vastleggen van en zorgdragen voor een actueel overzicht van voorgeschreven middelen in het EPD is een belangrijke taak van de huisarts. De voorschrijfmodule is het meest gebruikte onderdeel van het EPD. In de loop der jaren is meer dan 90% van de huisartsenpraktijken ertoe overgegaan medicatie voor te schrijven via het EPD. Over het algemeen zijn hier geen knelpunten bij de ondersteuning door het HIS te melden.

De werkgroep pleit ervoor om mee te werken aan initiatieven om een landelijk medicatiedossier tot stand te brengen. Dit is een eerste noodzakelijke stap naar een betrouwbare medicatiebewaking.<sup>30</sup>

### Invoeren van voorschrijfgegevens

Volgens de werkgroep moet de huisarts in een goed functionerend dossier, naast de gebruikelijke gegevens over de voorgeschreven medicatie, ook van elk voorschrift de indicatie kunnen vastleggen.<sup>31</sup> In feite gebeurt dit bij EGR in de praktijk vanzelf. Het voorschrijven gebeurt immers in de context van een episode, waarmee meteen de indicatie gegeven is.

Ook zou de werkgroep graag zien dat het mogelijk is om bij nieuwe voorschriften de eerste voorschrijver vast te leggen. Dit is belangrijk voor de mogelijkheid om verantwoording af te leggen over de farmacotherapeutische behandeling en voor de evaluatie van formulariumafspraken.<sup>32</sup>

## Voorschriftenoverzicht

Alle HIS'en kunnen op dit moment een overzicht van actuele voorschriften genereren en tevens een historisch overzicht van alle ooit voorgeschreven middelen.

De huisarts dient er echter op bedacht te zijn dat voor het werkelijk up-to-date houden van de gegevens in het EPD de volgende zaken ook vastgelegd dienen te worden:

- tijdens visites en de waarneming voorgeschreven middelen;
- het staken van het gebruik van een medicijn;<sup>33</sup>
- het wijzigen van een dosering, bijvoorbeeld 2 dd 10 mg i.p.v. 1 dd 10 mg.<sup>34</sup>

## Allergie voor een geneesmiddel

De werkgroep is van mening dat het vastleggen en bewaken van een geneesmiddelenallergie onder de functies van de medicatiebewaking vallen. Een HIS moet ondersteuning bieden bij zowel het vastleggen, tonen in overzichten en bewaken van geneesmiddelenallergieën, als ook het communiceren van deze informatie bij uitwisseling van patiëntgegevens. Daarnaast zou het wenselijk zijn als ook bijwerkingen van een geneesmiddel vastgelegd kunnen worden. Hiervoor is het nodig om het onderscheid te kunnen aangeven tussen een geneesmiddelenallergie, een ernstige en een minder ernstige bijwerking. Dit onderscheid is nodig voor de mate van bewaking of signalering door het systeem.

### 2.4 Aanvullend onderzoek en bepalingen

Tot de adequate dossiervorming behoort ook het vastleggen van aanvragen van aanvullend onderzoek, zoals laboratoriumonderzoek, en de resultaten daarvan. Bovendien zijn er ook bepalingen die in de huisartsenpraktijk worden verricht, zoals glucose, Hb, bloeddruk, gewicht. Deze resultaten dienen als meetwaarden vastgelegd te worden in het diagnostisch archief.<sup>35</sup>

#### Aanvragen van aanvullend onderzoek

Aangezien in het merendeel van de gevallen het aanvragen van laboratoriumonderzoek nog via papieren invulformulieren gebeurt, is het vastleggen van de afzonderlijk aangevraagde bepalingen via het diagnostisch archief nogal tijdrovend. Dit wordt daarom (nog) niet als richtlijn aanbevolen.<sup>36</sup>

## Vastleggen van de resultaten van aanvullend onderzoek en bepalingen

Over het algemeen wordt aanbevolen om uitslagen van laboratoriumonderzoek en bepalingen in de huisartsenpraktijk, inclusief referentiewaarden en meeteenheden, als meetwaarden in het diagnostisch archief op te slaan.

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

Aparte categorie van gegevens in deze context is: risicofactoren. Hiervoor kunnen op dit ogenblik nog geen uniforme richtlijnen worden geformuleerd.<sup>37</sup>

## Beeldvormend - en functieonderzoek

Onder aanvullend onderzoek valt ook beeldvormend- of functieonderzoek. In de huidige HIS'en worden uitslagen van beeldvormend - en functieonderzoek als inkomende correspondentie beschouwd en dus in het correspondentiearchief opgeslagen, maar naar verwachting zullen op termijn deze uitslagen in het diagnostisch archief terechtkomen.

### 2.5 Verwijzen

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

#### Verwijzen naar andere zorgverleners

Verwijzing naar andere zorgverleners, inclusief begeleidende verwijsbrief of ten minste de vraagstelling, dient in het correspondentiearchief vastgelegd te worden.

## Vastleggen 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 correspondentiearchief mogelijk en is de relevante samenvatting toegankelijk via de desbetreffende episode of O-regel. De volledige brief wordt vervolgens integraal in het brievenarchief opgeslagen.<sup>38</sup>

### 2.6 Additionele gegevens

Ten slotte onderscheidt de werkgroep als laatste onderdeel van de relevante gegevens die thuishoren in het EPD, nog de categorie additionele gegevens.<sup>39</sup> Vooral nog is de werkgroep van mening dat in dit onderdeel de informatie als tekst, dus zonder codes, vastgelegd kan worden. In het HIS referentiemodel 2005 is een specifiek EPD deel hiervoor aangewezen, namelijk: Additioneel.<sup>16</sup> Hierin staan o.a. de volgende soorten gegevens:

- Sociale gegevens:
  - spreekt Engels
  - geeft geen hand uit religieuze overwegingen
  - Jehova's Getuige, geen bloedtransfusie
- Aanvullende contactgegevens:
  - sleutel ligt bij de benedenbuurman
  - vrij/za bij vader; rest van de week bij moeder
  - naam, adresgegevens mantelzorger
- Familie-anamnese
  - aandoeningen die voorkomen in de familie
  - per aandoening vastleggen bij welke familieleden deze voorkomt, op welke leeftijd het bij hen is begonnen en op welke leeftijd zij daaraan zijn overleden.

## Deel 3 Adviezen over Episodegericht Registreren

*In deel drie worden knelpunten bij het werken met episodes en de episodelijst op een rijtje gezet (3.1) en adviezen voor de aanpak ervan gegeven (3.2). Tot slot worden in 3.3 'oplossingen' uit de praktijk besproken die de werkgroep uitdrukkelijk afraadt.*

### 3.1 Inventarisatie van knelpunten

Toen de richtlijn ADEPD in 2004 verscheen, waren er nog weinig HIS 'en die de aanbevolen methode functioneel konden ondersteunen. Daarom hadden aanvankelijk maar weinig huisartsen er ervaring mee opgedaan. Dat is intussen veranderd. Inmiddels ondersteunen de meeste HIS'en EGR en registreert een groot aantal huisartsen volgens deze methode.<sup>40,41</sup>

Deze huisartsen ervaren dagelijks de voordelen van EGR: zij krijgen snel overzicht over de actuele gezondheidsproblemen van de patiënt, profiteren van consultondersteuning en medicatiebewaking vanuit het HIS, stellen snel een adequate elektronische verwijfsbrief op, berekenen de uitkomsten van indicatoren en verzamelen gegevens voor het jaarverslag en de praktijkaccreditering.<sup>42</sup>

Toch zijn er nog onduidelijkheden en praktische knelpunten rond EGR.<sup>43</sup> De voornaamste knelpunten bij en vragen over het werken met episodes zijn:

- Hoe legt een huisarts terugkerende klachten en aandoeningen vast?
- Is er iets te doen aan de lengte van de episodelijsten?
- Hoe moet een huisarts bijkomende aandoeningen vastleggen?
- Hoe moet een huisarts complicaties van de behandeling vastleggen?
- Hoe past een huisarts de ICPC-codes op de juiste manier toe? Wanneer moet een huisarts een episodenaam en/of ICPC-code veranderen?

### 3.2 Adviezen

Dit deel behandelt problemen rond EGR bij de volgende onderwerpen:

- Terugkerende klachten en aandoeningen
- Lange episodelijsten
- Bijkomende aandoeningen
- Complicaties van de behandeling
- Uitslagen
- Toepassing van ICPC-codes
- Hernoemen van een episodenaam en/of ICPC-code

Bij elk onderwerp zijn adviezen over de aanpak ervan opgesteld, met een uitleg erbij.



## Terugkerende klachten en aandoeningen

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

### **Advies**

*Leg opeenvolgende (deel)contacten en andere gegevens over één aandoening of klacht in één episode vast.<sup>44</sup>*

*Voorbeeld: mevrouw De Vries*

Mevrouw De Vries komt op het spreekuur met klachten van hooikoorts. Twee jaar geleden is zij ook al met hooikoorts op het spreekuur geweest. De huisarts registreert in het EPD beide consulten in dezelfde episode 'hooikoorts'.<sup>45</sup>

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

### *Uitleg*

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

Bijkomend voordeel is dat de episodelijst compacter wordt. Daardoor kan de huisarts snel herkennen dat een bepaald patroon zich herhaalt, sneller dan mogelijk is in een chronologisch algemeen journaal waarin alle contacten over verschillende klachten door elkaar staan.<sup>46</sup>

## Lange episodelijsten

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

### **Adviezen**

- *Leg belangrijke aandoeningen die voldoen aan de definitie 'probleem', vast als episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus'.<sup>47</sup>*
- *Maak gebruik van alle andere mogelijkheden die het HIS biedt, om overzicht in de episodelijst te krijgen en te houden.*

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

Door episodes die daarvoor in aanmerking komen vast te leggen met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' blijven belangrijke zaken overzichtelijk in beeld. De huisarts moet daarnaast gebruikmaken van alle mogelijkheden die het HIS biedt, om de episodelijst overzichtelijk te maken.

### *Uitleg*

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

Wel ziet de huisarts aan de episodelijst van een patiënt in één oogopslag of er veel speelt.<sup>48</sup> Zoals hij vroeger aan de dikte van het pakket groene kaarten al zag hoe het gesteld was met het consumptiepatroon van de patiënt, zonder dat hij precies wist wat er stond.

Het knelpunt is niet de lengte van de episodelijst op zichzelf, maar de vrees om belangrijke zaken te missen en het gevoel van overzicht te houden. Het HIS kan de huisarts daarbij ondersteunen. Het belangrijkste instrument is de mogelijkheid om episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' vast te leggen. De ADEPD-werkgroep heeft om deze reden een tabel opgesteld met de ICPC-codes van die episodes die in aanmerking komen voor 'bijzondere attentiewaarde'.<sup>49</sup> Deze episodes komen prominent in beeld, zodat zij niet verloren gaan in de lange episodelijst. De huisarts houdt bij of het kenmerk 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' nog actueel is.

Daarnaast moet de huisarts beschikken over mogelijkheden om te sorteren en filteren in de episodes, om een eigen volgorde binnen de episodelijst te bepalen en om episodes af te sluiten.<sup>50</sup>

In de tussentijd hebben huisartsen diverse manieren van registreren bedacht om te voorkomen dat de episodelijsten te lang worden. Deze worden in 3.3 *Registratievormen met beperkte houdbaarheidsdatum* op een rij gezet. De werkgroep raadt deze ‘oplossingen’ voor het ontstaan van een te lange episodelijst met klem af.

## Bijkomende aandoeningen

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

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

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

### **Adviezen**

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

Bij een diabetespatiënt met bijvoorbeeld retinopathie, nefropathie en een diabetische voet, worden aparte episodes aangemaakt voor diabetes mellitus, retinopathie, nefropathie en diabetische voet.<sup>51</sup>

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

*Voorbeeld: mevrouw Werkman*

Mevrouw Werkman heeft diabetes mellitus type 2 zonder bijkomende aandoeningen. De huisarts legt

de uitslagen van de reguliere controles vast in de episode 'diabetes'. Dit geldt ook voor de uitslagen van fundusfoto's.

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

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

#### *Voorbeeld: de heer Van Wijk*

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

Bij de laatste controle blijkt de creatinineklaring van de heer Van Wijk te zijn gedaald tot <30 ml/min. Volgens de NHG-Standaard is nu verwijzing naar de nefroloog of internist met nefrologische belangstelling geïndiceerd. De huisarts registreert de verwijzing naar de nefroloog in de episode 'nierfunctiestoornis'. Vanaf dit moment legt hij alle gegevens van de nefroloog en het verdere beleid over de nefropathie vast in de episode 'nierfunctiestoornis'. De gegevens die de reguliere diabetescontroles in zijn praktijk opleveren, noteert hij nog steeds in de episode 'diabetes'.

#### *Uitleg*

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

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

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

De werkgroep is van mening dat het HIS de registratie van gegevens over bijkomende

aandoeningen beter moet ondersteunen. Bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden om gegevens uit meerdere episodes in één chronologisch overzicht te tonen. De huisarts krijgt dan een totaaloverzicht over het verloop van zowel de hoofdaandoening als de bijkomende aandoening(en).<sup>52,53</sup>

## Complicaties van de behandeling

Behandelingen kunnen complicaties opleveren, bijvoorbeeld een wondinfectie of abcesvorming na een operatie,<sup>54</sup> leukopenie tijdens of na een chemokuur, of aspiratiepneumonie bij sondevoeding. Waar horen de complicaties van een behandeling thuis? In de episode van de hoofdaandoening of in een nieuwe episode?

### *Adviezen*

- Leg complicaties van de behandeling vast in de episode van de hoofdaandoening.
- Registreer een complicatie in een aparte episode, zodra blijkt dat de complicatie een langdurig en intensief zorgtraject vergt of als door de complicatie een beperking of handicap is ontstaan.

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

#### *Voorbeeld: de heer Dobbelman*

De heer Dobbelman komt thuis na verwijdering van zijn galblaas. De voorlopige ontslagbrief heeft zijn vrouw al bij de praktijk afgegeven. Aan het eind van de middag vraagt zij een visite aan: haar man heeft hoge koorts, hoest en is kortademig. Vanmorgen voelde hij zich al niet lekker, maar zij dachten dat dit nog door de operatie kwam. De huisarts constateert een longontsteking en schrijft antibiotica voor. In het EPD van de heer Dobbelman registreert hij de pneumonie samen met de voorlopige ontslagbrief in de episode 'galblaasklachten'.

#### *Voorbeeld: mevrouw Rietstra*

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

### *Uitleg*

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

wordt verleend vanwege de hoofdaandoening.

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

## **Uitslagen**

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

### ***Advies***

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

### ***Uitleg***

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

Sommige uitslagen zijn voor meerdere episodes relevant. De werkgroep vindt koppeling van uitslagen aan meerdere episodes echter niet zinvol. De huisarts kan namelijk in elke episode zowel de aan de episode gekoppelde uitslagen oproepen, als ook alle ongekoppelde uitslagen, die zijn opgeslagen.

De werkgroep heeft wensen geformuleerd voor optimale ondersteuning door het HIS bij het inzien van uitslagen in het EPD.<sup>55</sup>

## **Toepassing van ICPC-codes**

Huisartsen willen bij voorkeur elke aandoening in een aparte klasse of code kunnen onderbrengen. Een classificatiesysteem zoals de ICPC laat dat niet altijd toe.

Soms laten huisartsen zich verleiden tot het vastleggen van 'harde diagnoses', terwijl deze helemaal niet zeker zijn. Het gebruik van codes roept kennelijk bij sommigen de behoefte aan 'exactheid' en 'harde diagnoses' op, ook als dat klinisch niet legitiem is.

ICPC-codes passen niet altijd naadloos op de gegevens die huisartsen willen registreren.<sup>56</sup> Een veelgehoorde klacht is dat ICPC-codes niet de ruimte bieden om de ernstgraad van een aandoening of het aan een ziekte gebonden zorgbeleid (zoals palliatieve zorg) vast te leggen.<sup>57</sup>

### **Adviezen**

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

In het EPD legt de huisarts allereerst zijn conclusie ten aanzien van het contact vast. Daarbij benoemt hij een gezondheidsprobleem of aandoening *at true level of understanding*.

Als een diagnose *nog niet zeker* is, worden episodes op symptoom- en klachtniveau benoemd. Bijvoorbeeld: 'pijn op de borst'. De huisarts zoekt de ICPC-klasse op die daar het meest bij past, in dit geval: 'pijn toegeschreven aan het hart (K01)'. Hij kan in vrije tekst een werkhypothese of differentiële diagnose aan de ICPC-naam toevoegen, bijvoorbeeld 'angina pectoris?'.<sup>58</sup>

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

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

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

ICPC voorziet niet in het gecodeerd vastleggen van de *ernstgraad of het stadium* van een ziekte. De huisarts legt deze informatie daarom in de episodenaam vast. De ernstgraad of het stadium is dan voor alle zorgverleners meteen zichtbaar. Bijvoorbeeld: 'matig astma' of 'mammacarcinoom Re met botmetas'.

### **Uitleg**

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

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

- de medicatiebewaking;

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

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

## Hernoemen van een episodenaam en/of ICPC-code

Bij voortschrijdend inzicht in een klacht of aandoening kan het nodig zijn de episodenaam aan te passen en soms ook de ICPC-code. Huisartsen doen dit maar in iets meer dan de helft van de gevallen, soms openen zij in een dergelijk geval zelfs een nieuwe episode. Waarom zij dit vaak niet doen, is niet bekend. Weten zij niet dat het kan? Tijdsdruk? Gebrek aan gebruiksvriendelijke ondersteuning?<sup>59</sup> Ook is niet bekend welke regels huisartsen hierbij hanteren.<sup>60</sup>

### **Advies**

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

Bijvoorbeeld: 'pijn op de borst (K01)' wordt 'myocardinfarct (K74)', zodra de ontslagbrief van de specialist binnen is. 'Neusbloedingen (R06)' wordt 'stollingsstoornis (B83)', als de resultaten van specialistisch onderzoek hierop wijzen. 'Vlekjes op huid, geen jeuk (S04)' wordt na onderzoek en diagnose van de dermatoloog 'tweede stadium syfilis (Y70)'.

### *Uitleg*

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

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



### 3.3 Registratievormen met beperkte houdbaarheidsdatum

Dit deel behandelt registratievormen die nu nog in de praktijk worden toegepast. De verwachting is dat ze langzamerhand in onbruik zullen raken. De werkgroep raadt af op deze manier te blijven werken. Deze manieren van registreren leiden op den duur namelijk niet tot een overzichtelijk en toegankelijk patiëntendossier. Dit blijkt zowel bij de samenwerking binnen de huisartsenpraktijk als bij inzage in het EPD door de dienstwaarnemer, de gegevensoverdracht bij een verwijzing en de dossieroverdracht bij een verhuizing.<sup>61</sup>

Registratievormen met beperkte houdbaarheidsdatum zijn:

- Het bijhouden van alleen een voorgeschiedenis en contactverslagen in het algemeen journaal volgens SOEP
- Het bijhouden van alleen een voorgeschiedenis en contactverslagen in het algemeen journaal volgens SOEP, met op de E-regel de ICPC-code
- Het vastleggen van contactverslagen in één doorlopende episode met één ICPC-code (A99)
- Het vastleggen van contactverslagen in episodes genoemd naar een tractusletter uit de ICPC (A t/m Z), bijvoorbeeld: alle contactverslagen over maag-darmklachten en -aandoeningen in één D-episode
- Het vastleggen van belangrijke ziekten en aandoeningen in aparte episodes met eventueel attentiewaarde, met de bijbehorende ICPC-codes en gevuld met de relevante gegevens, gecombineerd met:
  - het vastleggen van alle andere contactverslagen in één gezamenlijke restepisode (A99) of algemeen journaalóf
  - het vastleggen van alle andere contactverslagen in episodes genoemd naar een tractusletter uit de ICPC

Bij alle hierboven genoemde registratievormen worden de voorschriften, uitslagen en brieven via het HIS verwerkt en opgeslagen.

# Noten

1. De NHG-Standaard Medische verslaglegging (1) is de basis geweest voor het invullen van het EPD en het WCIA-HIS Referentiemodel uit 1990.
  - 1 Meyboom WA, Metsemakers JFM, Hofstra ML, Beusmans GHMI. NHG-Standaard Medische verslaglegging. (P002) Huisarts Wet 1990;33(3):114-7.
2. Twee ervaren huisartsonderzoekers beoordeelden de medische verslaglegging in papieren dossiers van 55 huisartsen. Per huisarts werden minimaal 10 patiëntenkaarten en per patiënt 10 vastgelegde consulten in beschouwing genomen. In totaal werden de kaarten van 980 patiënten in het onderzoek geanalyseerd. Slechts 4 huisartsen pasten probleemgeoriënteerde registratie toe en 7 pasten het SOEP-systeem toe in hun journaal. Bijna de helft van de huisartsen noteerde meestal de voorgeschiedenis van de patiënt. Het merendeel maakte notities in het journaal.

Bij 47% van de huisartsen bleek de helft of meer van de kaarten slecht leesbaar en bij 11 % zelfs zeer slecht leesbaar. Het informatiegehalte varieerde sterk tussen de huisartsen onderling. Bij 50% was er sprake van een laag tot middelmatig niveau van verslagleggen en slechts bij 22 % was het niveau hoog. De conclusie is dat de verslaglegging van de meeste huisartsen uit dit onderzoek niet voldoen aan de normen van de NHG-Standaard Medische verslaglegging. (1)

  - 1 De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts Wet 1994;37:46-51.
3. Ter evaluatie van het gebruik van EVS en van het EPD is in 2001 een schriftelijke vragenlijst naar een aselechte steekproef van 665 huisartsen uit de NIVEL-huisartsenregistratie gestuurd.

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

  - 1 Wolters I, Van den Hoogen H, De Bakker D. Evaluatie invoering elektronisch voorschrift systeem. Monitoringsfase: de situatie in 2001. Utrecht: NIVEL, 2002.
4. In Engeland is een onderzoek uitgevoerd naar de inhoud van de verslaglegging van een consult, waarbij ook de herinneringen die de huisarts aan dit consult bewaarde, werden betrokken. Hiertoe werd bij 25 huisartsen die een elektronisch dossier en 28 huisartsen die alleen een papieren dossier gebruikten, een random selectie van 10 consulten gemaakt en werd de verslaglegging van deze consulten vanuit de praktijk gekopieerd. De deelnemende huisartsen werden gerekruteerd uit 25 huisartsenpraktijken in de regio Trent. Drie huisartsen beoordeelden de geanonimiseerde consulten op leesbaarheid, begrijpelijkheid, de aanwezigheid van een diagnose, en het gevoerde beleid (voorlichting, voorschriften, verwijzingen). Hun oordeel had een hoge onderlinge betrouwbaarheid (mediaan  $k=0,82$ ). De huisartsen werden zes weken na de gegevensverzameling geïnterviewd, waarbij zij hun eigen verslaglegging tot hun beschikking hadden. De consulten, vastgelegd in elektronische dossiers, scoorden op alle onderzochte punten significant hoger dan die in de papieren dossiers. Voor de herinneringen die de huisarts bewaarde aan de patiënt en het consulten, maakte het nauwelijks verschil welke vorm van verslaglegging was toegepast. (1)

Een vergelijkbare conclusie kon worden getrokken uit een studie onder een internistenmaatschap ( $n=33$ ) in Madison (USA), waarbij de helft van de internisten ( $n=15$ ) sinds enkele maanden een elektronisch dossier gebruikte en de andere helft nog verslagen op papier bleef maken.

De indeling in deze twee groepen was gebaseerd op de keuzes van de internisten zelf. (2) Aangezien de (huis) artsen in beide studies niet waren gerandomiseerd en de beoordelaars in de eerste studie niet geblindeerd, kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat het gebruik van een elektronisch dossier de informatie-dichtheid verhoogt. Deze kan ook samenhangen met de vooraf aanwezige professionele attitude. De (huis) artsen die vooroplopen bij het toepassen van elektronische dossiers kunnen van zichzelf de neiging hebben om meer details en overwegingen vast te leggen. Een onderzoek naar de verslaglegging van dezelfde arts voor en na de invoering van een elektronisch dossier kan hierover meer duidelijkheid verschaffen.

- 1 Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, Hapgood R, Horsfield S, Johnson C. The electronic patient record in primary care – regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003;326:1439-43.
- 2 Tang PC, LaRosa MP, Gordon SM. Use of computer-based records, completeness of documentation and appropriateness of documented clinical decisions. *JAMIA* 1999;6:245-51.

5. De WGBO verplicht onder andere elke hulpverlener om voor elke patiënt een apart dossier aan te leggen. Wat er precies moet worden vastgelegd is afhankelijk van de professional, de context van de zorgverlening en de wensen van de patiënt. Een patiënt heeft inzage-, afschrift-, aanvullings-, afscherms- en vernietigingsrecht voor alle onderdelen van het medisch dossier, inclusief de correspondentie aan en van derden. Wat als persoonlijke, dat wil zeggen niet uitwisselbare aantekeningen van een zorgverlener kan worden aangemerkt, valt buiten het dossier en dit patiëntenrecht.

In de wet is vastgelegd onder welke voorwaarden inzage in en uitwisseling van gegevens uit het dossier mogelijk is. Veronderstelde toestemming van de patiënt is van toepassing in die gevallen waar een andere zorgverlener als rechtstreeks betrokkene bij de hulpvraag van de patiënt aan gemerkt kan worden. In andere gevallen is meestal expliciete of zelfs schriftelijke toestemming van de patiënt nodig voor inzage in het dossier en voor uitwisseling van gegevens uit het dossier.

In het kader van de WBP heeft 'de verantwoordelijke' beheerder de plicht om aan te geven voor welk(e) doel(en) persoonsgegevens worden verzameld, om het gegevensbestand aan te melden bij het College Bescherming Persoonsgegevens, om de patiënt te informeren over de procedures rond gegevensverwerking en om passende organisatorische en technische beveiligingsmaatregelen te nemen.

Het voert te ver om in een noot alle aspecten van deze wetten te bespreken. Voor wie zich verder wil verdiepen in deze materie zijn de volgende drie publicaties van belang. De KNMG gaf twee handzame brochures uit. Eén behandelt de WGBO 1995 en bespreekt relevante onderwerpen, o.a. de dossierplicht en de uitwisseling van gegevens. (1) De andere brochure, over de WBP 2001, beschrijft voor alle artsen de consequenties van de nieuwe privacywet. Hierin komen de rechten van de patiënt en de plichten van de 'verantwoordelijke' beheerder van de gegevensverzameling aan de orde. In de bijlagen van deze brochure worden tips gegeven over hoe artsen in de praktijk met deze wet dienen om te gaan. (2) Ten slotte is over de juridische aspecten van het dossier een handzaam boekje verschenen. Hierin wordt duidelijk gemaakt dat er een spanningsveld bestaat tussen het gebruik van de informatie uit het dossier door zorgverleners en het gebruik daarvan als informatiebron of zelfs bewijslast door derden. Het schetst in het kort hoe juridische ontwikkelingen rondom het dossier doorwerken in de zorgverlening en de arts-patiëntrelatie. (3)

De KNMG heeft het Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO in het leven geroepen die de vertaalslag hebben gemaakt naar de praktijk. Concrete richtlijnen en adviezen voor de toepassing in de praktijk zijn in deeltjes uitgewerkt. Het gaat daarbij om de onderwerpen 'Informatie en toestemming', 'Dossier en bewaartermijnen' en, 'Toegang tot patiëntengegevens'. (4)

- 1 Doppegieter RMS. Het consult Arts en Patiëntrechten. Utrecht: KNMG, 2000.
- 2 Doppegieter RMS, Hooghiemstra TFM, Lameer C. Handleiding voor artsen inzake privacy en omgaan met patiëntgegevens. Utrecht: KNMG, 2001.
- 3 Legemate J (eindred.), Kastelein WR, Wery PR, Gevers JKM, Hooghiemstra TFM. Knelpunten rond het medisch dossier. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2000.
- 4 Witmer JM, de Roode RP (eindredactie). Eindrapport WGBO: Van wet naar praktijk. Implementatie van

de WGBO. Utrecht, KNMG, 2004. Deel 1: Eindrapportage; Deel 2: Informatie en toestemming; Deel 3: Dossier en bewaartermijnen; Deel 4: Toegang tot patiëntengegevens. Via website KNMG te verkrijgen.

6. Begin 1997 is een schriftelijke vragenlijst over de automatisering in de huisartsenpraktijk aan een aselechte steekproef van 1500 huisartsen en hun praktijkassistenten toegestuurd. De espous onder de huisartsen was 58% (n=874) en onder de praktijkassistenten 50% (n=754). Onder de huisartsgebruikers van de medische module (n=689) bleken journaal (90%), ruiters (93%) en voorschrijven (96%) de meest populaire EPD-onderdelen. Verder werden voorgeschiedenis (97%), correspondentie (73%) en attentieregels (73%) ook in voldoende mate gebruikt. De probleemlijst (68%) komt daar vlak achteraan. (1)
  - 1 Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.
7. Het Probleemgeoriënteerd Registreren is in 1979 in Nederland geïntroduceerd door de werkgroep Registratie van het NHG. (1) Destijds maakte het werken volgens de SOEP-systeematiek ook deel uit van POR. (2) In deze richtlijn is ervoor gekozen om bij de definitie van POR de SOEP-systeematiek buiten beschouwing te laten, omdat het in diverse HIS'en mogelijk is om de SOEP-regels onafhankelijk van een probleemlijst of POR te gebruiken. (3) In het EPD structureren POR en SOEP de informatie op twee verschillende niveaus: SOEP biedt structuur binnen het verslag over een deelcontact, POR biedt overzicht over de belangrijke ziekten en aandoeningen en per belangrijke ziekte een overzicht van alle daarmee in verband staande informatie op deelcontactniveau.
  - 1 Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratiekaart. Huisarts Wet 1979;22:4-5.
  - 2 Levelink H, Meyboom WA. Probleemgeoriënteerd registreren in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1979;22:6-8.
  - 3 Westerhof HP (red.). Automatiseren in de Huisartspraktijk deel II. Toepassing van het Elektronisch Patiënten dossier. Utrecht: NHG, 1994.
8. Uit verschillende onderzoeken in geautomatiseerde huisartsenpraktijken komt naar voren dat belangrijke ziekten, zoals hypertensie (1) en diabetes mellitus (2, 3), redelijk goed worden bijgehouden op de probleemlijst. Andere morbiditeitsgegevens worden op de probleemlijst echter matig tot onvoldoende bijgehouden. Na vier jaar registratie bleek, dat in de probleemlijst gemiddeld driekwart van de bij een patiënt aanwezige morbiditeit werd gemist. (3)
  - 1 Brouwer HJ, Vintges MMQ. Hoe goed is onze probleemlijst? Huisarts Wet 2000;43(3):111-4.
  - 2 Van Eijkelenburg-Waterreus JJH, Schellevis FG, De Bakker DH, Tiersma W, Westert GP. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? Huisarts Wet 2001;44(9):377-80.
  - 3 Smith RJA, Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Versnippering van de morbiditeitsinformatie in het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2000;43(9):391-4.
9. De begrippen zorgepisode en episoderegistratie werden in Nederland voor het eerst toegepast in het Transitieproject. (1) De functie voor episoderegistratie in een EPD werd in het Referentiemodel van 1995 beschreven. (2) In 1998 is het NHG een stapje verder gegaan en is EGR als structurerend principe voor het werken met een EPD in de praktijk uitgewerkt. Inmiddels is het denken over EGR verder geëvolueerd. Het basisprincipe is gehandhaafd, maar in details zijn er door veranderende inzichten nuanceverschillen ontstaan ten opzichte van de eerste publicatie. De definitie van de term episode luidt: 'Chronologische verzameling van medische gegevens over één patiënt, vastgelegd in het medisch dossier, die de toestandsverandering in de tijd weergeven van één gezondheidsprobleem.' (3)
  - 1 Lamberts H. Het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
  - 2 Westerhof HP, Van Overbeeke JPM (red.). WCIA-HIS Referentiemodel 1995. Utrecht: NHG, 1996.
  - 3 Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41(11):515-9.

4 Voskuil P, Van der Meulen A, Bastiaanssen E, Van der Kouwe JW. HIS Referentiemodel 2005 (versie 4). Utrecht, NHG, 2007.

10. De ervaringen van gebruikers met EGR zijn positief als het gaat om het overzicht en inzicht van het episodegericht dossier (1). Het kan voor de huisarts die overstapt van de huidige werkwijze op EGR bemoedigend zijn om dit gegeven vast te houden. Het vergt namelijk een aanloopperiode met training en feedback om deze werkwijze consequent en systematisch in de hele praktijk toe te passen. Zo blijkt dat het adequaat bijhouden van de episodes vaak vragen oproept. De medisch- inhoudelijke discussie over de vraag of een nieuw contact of gegeven bij een nieuwe of een bestaande episode thuishoort, vertroebelt vaak het primaire doel van EGR, namelijk het scheppen van overzicht. Ook wordt de herdefiniëring of de transformatie van een ziektebeeld niet meteen in de episodelijst verwerkt. (2,3) Het gevolg daarvan kan een lange (onoverzichtelijke) episodelijst zijn. Korte leercycli met begeleiding in de praktijk kunnen het leerproces stimuleren en het begrip voor de voorgestelde werkwijze doen toenemen; de voordelen zijn in de praktijk snel zichtbaar.
- 1 De Waal MWM, De Vroomen JMH, Oltheten JMT, e.a. Eerste ervaringen met episodegewijs registreren. Een aanzet tot praktische richtlijnen. Huisarts Wet 1999; 42:101-6.
  - 2 Van Eijkelenburg-Waterreus JJH, Geboers HJAM, De Bakker DH, Schellevis FG. Het classificeren van deelcontacten met ICPC. Problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episodes. Huisarts Wet 1999,42:609-12,625.
  - 3 Van der Meer V, De Waal MWM, Timmer AP, De Bock GH, Springer MP. Hoe up-to-date is het medisch dossier? Een onderzoek op vijf locaties. Huisarts Wet 2001;44(5):194-7.
11. In de richtlijn is voor de frase 'episode die altijd bovenaan in de episodelijst te zien zal zijn' gekozen, omdat een huisarts zich daar iets bij kan voorstellen. In een systeem zullen eerst enkele stappen aan vooraf moeten gaan, voordat een episode met attentiewaarde 'bovenaan' de episodelijst terechtkomt:
- De gebruiker heeft een episode gekozen.
  - De gebruiker heeft de episode gemarkeerd als 'met attentiewaarde'.
  - Het systeem herkent deze markering en zorgt ervoor dat deze episode bovenaan de episodelijst getoond wordt.
12. Door de opzet van grootschalige doktersdiensten neemt de behoefte aan uitwisseling van de informatie uit medische dossiers toe. Bij 26% van de contacten blijkt de dienstdoende arts behoefte te hebben aan informatie uit het dossier over met name vroegere ziekten, eerdere episodes van dezelfde klacht en/of chronische ziekten. De eigen huisarts van de patiënt blijkt het bij 42% van de contacten tijdens diensten noodzakelijk te vinden, dat de dienstdoende huisarts beschikt over specifieke voorkennis, met name over de aanwezigheid van chronische ziekten, vroegere ziekten en medicijngebruik. Beide groepen achten informatie over psychosociale problemen, ziektegedrag en bijzondere patiëntenkenmerken van minder belang tijdens diensten.
- 1 Schers HJ, Giessen PHJ, Raes SA, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Continuïteit tijdens de waarnemdienst; de behoefte aan het medisch dossier. Huisarts Wet 2001;44(10):412-8.
13. In 1997 werd in 79% van de huisartsenpraktijken gebruik gemaakt van het onderdeel voorgeschiedenis in het EPD. (1) Gegevens uit de voorgeschiedenis worden zelden geraadpleegd. Naar schatting gebeurt dat éénmaal per kwartaal tot éénmaal per jaar.
- 1 Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999: 29, tabel 26.
14. Elektronische dossieroverdracht bij verhuizing van een patiënt behoort binnen één type HIS nu al tot de mogelijkheden en tussen verschillende typen HIS'en waarschijnlijk binnen afzienbare tijd. Veel hangt dan af van de structuur van het binnenkomende dossier. Indien het binnenkomende EPD volgens de richtlijnen gestructureerd en gevuld is, kan de nieuwe huisarts daarop voortborduren. Hierbij is het van belang dat in het EPD de periode bij en de gegevens van de vorige huisarts als zodanig is gemarkeerd. Indien het

binnenkomende EPD niet volgens de richtlijnen gestructureerd en gevuld is, kan het hele dossier onder de episodenaam 'Vorige huisarts' met de ICPC – code A99 worden opgeslagen. Op deze manier is het dossier van de vorige huisarts altijd toegankelijk. Aangezien met elektronische dossieroverdracht nog weinig ervaring is opgedaan, is dit een onderwerp dat in de toekomst nog de nodige aandacht zal opeisen. De juridische implicaties van een dergelijke situatie moeten zich nog verder uitkristalliseren.

15. Westerhof HP (red.). Automatiseren in de Huisartspraktijk deel II. Toepassing van het Elektronisch Patiëntendossier. Utrecht: NHG, 1994.
16. Peter Rijnierse, Hans Postema, Tjeerd van Althuis, Erica Bastiaanssen. Publieksversie HIS-Referentiemodel 2010. Utrecht, NHG (publicatie in 2010).
17. Uitgangssituatie: de praktijk past al vier jaar EGR toe.

#### **Voorbeeld 1**

Een patiënte komt op het spreekuur met een urineweginfectie. De vorige keer dat zij een urineweginfectie doormaakte, was twee jaar geleden. Dit betekent dat er reeds een episode met de naam 'urineweginfectie' op de episodelijst aanwezig is, waaronder één deelcontact is vermeld. Het huidige deelcontact voegt u toe aan de bestaande episode. Aangezien het een diagnose na een klachtenvrij interval betreft, krijgt dit deelcontact de label 'opnieuw'.

Stel, dat deze patiënte na een week urine bij uw assistente inlevert, omdat de klachten nog niet over zijn. In dat geval legt uw assistente de uitslag van het onderzoek in een deelcontact ('vervolg') vast. Dit deelcontact voegt zij toe aan de reeds bestaande episode UWI.

#### **Voorbeeld 2**

Een patiënt heeft na verschillende deelcontacten over maagpijn de diagnose 'maagulcus: Helicobacter pylori positief' gekregen. Dit betekent dat u de episodenaam verandert van 'maagpijn' in 'HP maagulcus' en de behandeling en nacontrole van de HP maagulcus in deze reeds bestaande episode vastlegt. Na meer dan een jaar komt de patiënt weer met maagpijn. U opent een nieuwe episode 'maagpijn' en zorgt ervoor dat op de episodelijst beide episodes onder elkaar komen te staan. Dit doet recht aan de situatie, immers de 'nieuwe' maagpijn kan vanzelf weer verdwijnen, zich evolueren tot een gastritis, een recidief HP of een maagcarcinoom. Pas als blijkt dat het bijvoorbeeld om een recidief HP maagulcus gaat, voegt u de episodes samen.

Bovenstaande adviezen bieden niet voldoende houvast bij complexe zorgproblemen, zoals bij diabetes mellitus. In deel 3 van deze richtlijn wordt daarvoor een afzonderlijk advies gegeven.

18. De huisarts wil soms de opdrachten 'altijd boven aan de episodelijst' en 'eigen volgorde' combineren. Zo kan hij de wens hebben om bijvoorbeeld diabetes mellitus, hypertensie en hypercholesterolemie altijd op één of andere manier bij elkaar te zien. Als deze diagnoses op een rijtje onder elkaar op de episodelijst staan, is het voor iedere dokter duidelijk dat ze met elkaar samenhangen. Daarvoor hoeven ze niet samengevoegd te worden.
19. Hoewel alle HIS'en de mogelijkheid bieden om een probleemlijst te vullen en te onderhouden, blijkt slechts in 70% van de huisartsenpraktijken een probleemlijst te worden gehanteerd. Dit percentage blijkt in de loop der jaren niet toe te nemen. (1, 2) Voor een deel komt dit waarschijnlijk omdat het werken met een probleemlijst niet tot de routine van een huisarts behoort. (3) Het is echter ook de gebruiksonvriendelijkheid van de systemen, vooral bij het beheer van de probleemlijst, die hiertoe bijdraagt. De werkgroep constateert, dat de functies voor het vullen en onderhouden van een probleemlijst in de huidige HIS'en de nodige knelpunten opleveren en daardoor het gebruik in de praktijk niet stimuleren. Het onderhouden en schonen van de probleemlijst wordt eerder bestraft dan beloond.  
De knelpunten zijn als volgt te formuleren.
  - Het inactiveren van een probleem schept geen overzicht, doordat het probleem zichtbaar blijft op de

probleemlijst.

- Het is niet mogelijk om een probleemomschrijving en/of ICPC-code te wijzigen zonder het betreffende probleem eerst te inactiveren.
- Bij het verwijderen van een probleem neemt het aantal aan de patiënt toegekende probleemplaatsen af.
- Bij het verwijderen van een probleem verdwijnen ook de gekoppelde journaalregels.
- Het verwijderen van probleem moet onder strikte voorwaarden en registratie gebeuren. Een fout bij het invoeren op de probleemlijst moet hersteld kunnen worden. De reden en de identificatie van de persoon die de fout herstelt, moeten worden vastgelegd.
  - 1 Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.
  - 2 Wolters I, Van den Hoogen H, De Bakker D. Evaluatie invoering elektronisch voorschrijf systeem. Monitoringsfase: de situatie in 2001. Utrecht: NIVEL, 2002.
  - 3 Van Eijkelenburg-Waterreus JH, Schellevis FG, De Bakker DH, Tiersma W, Westert GP. Gegevens in het elektronisch medisch dossier: bruikbaar voor het optimaliseren van de probleemlijst? Huisarts Wet 2001;44(9):377-80.

20. De officiële definitie van een probleem is van Sandlow: 'Een probleem is datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is of iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd.' (1)

Een probleem is actief, indien het de aandacht van huisarts of patiënt heeft. Is dit niet meer het geval, dan is een probleem inactief. Bij voortschrijdende processen of veranderd inzicht dient de omschrijving en/of ICPC-code gewijzigd te worden. Zo kunnen bij een patiënt met een maligniteit op een gegeven moment metastasen worden gevonden (andere omschrijving) of kan bij een patiënt met ernstig astma op grond van de longfunctie een emfyseem worden vastgesteld (andere ICPC-code en andere omschrijving). In 1988 hebben Metsemakers e.a. (2) een praktische uitwerking gegeven aan de definitie van Sandlow. Zij stellen dat de interpretatie van de huisarts bepaalt, of en op welk moment een probleem wordt aangemaakt. Klachten, ziekten of aandoeningen horen op de probleemlijst thuis als het gaat om:

- chronische problemen (> 6 maanden);
- permanente problemen (waarbij geen volledig herstel wordt verwacht);
- problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt;
- recidiverende problemen (<sup>3</sup>4 zorgepisodes/half jaar).

- 1 Sandlow LJ, Bashook PG. Problem oriented medical records: self instruction for practitioners. Chicago: Michael Reese Hospital and Medical Center, 1978.
- 2 Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. Huisarts Wet 1988;31:379-81.

21. De ADEPD-werkgroep heeft een HIS tabel samengesteld van ICPC codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde.(1) Daarbij is o.a. gebruik gemaakt van de bestaande lijst van Hiddema e.a. (2)

- 1 HIS-tabel ICPC codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde (tabel 50)
- 2 Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? Huisarts Wet 2003;46:539-43.

22. Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatie-systemen. Huisarts Wet 1998;41(11):515-9.

23. Smith RJA, Hiddema-van der Wal A, Van der Werf GTh, Meyboom-de Jong B. Versnippering van de morbiditeitsinformatie in het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2000;43(9):391-4.

24. Ruiters of signaleringen zijn tweelettercodes in het EPD. Zij zijn de digitale tegenhangers van de kleurcodes of 'pons'-gaatjes op de oude groene kaarten. De kleurcodes werden toegepast om snel bepaalde groepen

patiënten te kunnen identificeren in de analoge kaartenbakken.

Ruiters hebben dezelfde functie in het EPD. Het zijn etiketten, waarmee dossiers kunnen worden gemarkeerd, die voldoen aan bepaalde selectiecriteria. Een voorbeeld hiervan zijn de ruiters voor de jaarlijkse griepvaccinatie: GS, GW, etcetera. Daarnaast kan een gebruiker in elk HIS individuele ruiters definiëren en dat is dan ook in ruime mate gebeurd. Helaas zijn eigen ruiters, zoals D1 t/m D5 voor verschillende vormen van diabetes mellitus, niet uitwisselbaar en daardoor niet geschikt voor gegevensuitwisseling tussen verschillende hulpverleners.

In 1993 werd door een NHG-werkgroep een standaardlijst van ruitercodes opgesteld die later werd aangevuld tot 39 verschillende codes. (1,2) Vergelijk hiermee de ICPC, die 685 verschillende internationale codes omvat en 532 nationale subcodes voor klachten, ziekten en aandoeningen. (3)

Het gebruik van ruiters bleek tussen 1994 en 1997 gestegen te zijn van 54% naar 93%. (4) Veel huisartsen hechten erg aan ruiters, omdat deze in de huidige HIS'en altijd zichtbaar blijven. Dit is een functionaliteit die voor de episodelijst ook zou moeten gelden. Indien in de HIS'en de episodelijst altijd zichtbaar zou blijven, is het de vraag of ruiters hun signaleringsfunctie zouden behouden.

Anderen menen dat ruiters door de codering met een inhoudelijke afkorting meer betekenis hebben dan ICPC-codes, die uit een letter- en cijfercombinatie bestaan. Inderdaad dient de ICPC-code vooral voor het maken van selecties en ondersteuning en heeft de codering op zichzelf weinig inhoudelijke betekenis. Dit wordt ondervangen door de omschrijving die de huisarts zelf formuleert en die meer nuancering toelaat dan de ruitercodes.

- 1 Werkgroep NUT II. Advies ten aanzien van het gebruik van ruitercodes in Huisarts Informatie Systemen. Huisarts Wet 1993;36(11):396-8.
- 2 WCIA-tabellen versie 3
- 3 Boersma JJ, Gebel RS, Lamberts H. ICPC met Nederlandse subtitels. Utrecht: NHG, 1993.
- 4 Van Althuis TR. NUT 3 rapport. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijkautomatisering. Utrecht: NHG, 1999.

25. Van Duijn NP, De Maeseneer J, Registreren, classificeren, automatiseren, communiceren, analyseren... Huisarts Wet 1996;39(6):257-9.

26. Voskuil P, Van der Meulen A, Bastiaanssen E, Van der Kouwe JW. HIS Referentiemodel 2005 (versie 4). Utrecht, NHG, 2007.

27. In het medisch onderwijs wordt onderzocht om op de S-regel van het SOEP-systeem de reden van de komst van de patiënt, vraagverheldering en de anamnestiche gegevens vast te leggen. Op de O-regel worden de bevindingen bij lichamelijk onderzoek vastgelegd. (1)

In sommige delen van het land of binnen universitaire registratienetwerken wordt een andere indeling gehanteerd: op de S-regel alleen de reden van komst van de patiënt, en alle gegevens uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek op de O-regel. (2)

De werkgroep kiest voor de eerste indeling, de in het medisch onderwijs onderzochte systematiek.

- 1 Metsemakers JFM, Van Weert HCPM. Verslaglegging en registratie. In: Grundmeijer HGLM, Reenders K, Rutten GEHM. Het geneeskundig proces. Van klacht naar therapie. Maarssen: Elsevier Bunge, 1999.
- 2 Lamberts H. Het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.

28. Bij een systeem dat de invoer van gegevens heeft aangepast aan het primair proces zal de gebruiker zich er niet altijd van bewust zijn dat hij bepaalde gegevens in een bepaald archief aan het invoeren is. Een voorbeeld is het voorschrijven van medicijnen via de 'receptenmodule' in het EPD.

In elk systeem kan tijdens het invoeren van een consult een voorschrift aangemaakt worden. Het systeem zorgt ervoor dat de gegevens van het voorschrift in een voorschriftenarchief terecht komen en dat er een voorschriftregel komt in het journaal. In de verzameling gegevens in het voorschriftenarchief is medicatiebewa-



king mogelijk. De gebruiker kan een recept uitprinten. Er kan eventueel op een ander tijdstip een herhalingsrecept worden aangemaakt, zonder dat opnieuw alle velden hoeven te worden ingevuld. Op 'commando' van de gebruiker kunnen bovendien diverse medicatieoverzichten uit het voorschriftenarchief getoond worden.

29. Zo was in een bepaald HIS geen correspondentie-archief of andere ingang voor het invoeren van correspondentie aanwezig. De bedoeling was dat gebruikers de samenvatting van de specialistenbrieven gewoon in het journaal opnamen. De gebruikers hadden hierdoor geen overzicht over alle samenvattingen. Zij 'misbruikten' daarom de functie voor het invoeren van de voorgeschiedenis van hun systeem. Hierin voerden zij namelijk de samenvattingen in en vervolgens kopieerden zij die naar het journaal. Zo hadden ze de samenvatting in de context van de zorgvraag staan en konden zij in de voorgeschiedenis een overzicht zien van alle samenvattingen.
30. De manier waarop een volledig medicatieoverzicht, toegankelijk voor meerdere hulpverleners, en medicatiebewaking tot stand zal komen, is op dit moment nog niet duidelijk. Regionale en lokale initiatieven komen van de grond. (1,2) Op landelijk niveau heeft NICTIZ inmiddels het invoeren van een nationaal medicatiedossier tot één van de vijf AORTA projecten benoemd. (3) In de huidige situatie zijn er op lokaal niveau verschillende mogelijkheden om tot een volledig en actueel medicatieoverzicht in de huisartsenpraktijk te komen. Bij sommige systemen beheert de apotheker de medicatielijst, inclusief de medicatiebewaking, en maakt de huisarts bij het voorschrijven gebruik van dit overzicht. 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. De meest arbeidsintensieve mogelijkheid is het aanvullen van de medicatielijst in het EPD met de voorschriften van de specialist.

Ervaringen uit het veld met het werken met een gezamenlijk medicatieoverzicht maken duidelijk dat onderlinge werkafspraken bij het beheer van de gegevens cruciaal zijn. Met name over additionele gegevens zullen afspraken gemaakt moeten worden, anders ontstaan er binnen korte tijd mismatches of 'dubbele' patiënten en onvolledige overzichten.

- 1 Berg M, Machiels H, Huisman B. Bytes op recept? Medicatiesystemen in de specialistische zorg. Rotterdam: Instituut beleid en management gezondheidszorg, Erasmus MC, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.
- 2 Levering S. Continuïteit van farmaceutische zorg: op welke wijze? Workshop. Bijeen 2003: Samenwerken voor zorgvernieuwing. Nijkerk 2003.
- 3 NICTIZ; AORTA; Start Applicatie-project. [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)

31. Door in elk voorschrift de indicatie vast te leggen is het mogelijk de medicatiebewaking te optimaliseren. Zo kan bijvoorbeeld een op de indicatie toegesneden doseringscontrole worden uitgevoerd. In de toekomst kan hierdoor ook beslissingsondersteuning worden geboden. Verder zijn er mogelijkheden voor gedetailleerde FTO-overzichten en kwaliteitsindicatoren.
- De werkgroep is zich ervan bewust dat de vervulling van deze wens in de huidige EPD's extra handelingen met zich meebrengt. Uit een onderzoek waarbij een extra module aan het EPD was toegevoegd voor het koppelen van voorschriften aan een indicatie, blijkt dat alleen in de eerste maanden sprake was van extra werk. Daarna werden de nodige handelingen steeds meer routine. Uiteraard is dit ook afhankelijk van de ondersteuning die de module biedt. (1)
- De werkgroep is van mening dat alleen bij EGR het vastleggen van de indicatie per voorschrift niet tot extra handelingen zal leiden. Bij EGR is een deelcontact (met een voorschrift) altijd al aan een indicatie gekoppeld, namelijk een episode met een episodenaam.
- 1 Van der Lei J, Vlug AE. Post-marketing surveillance in de huisartspraktijk met behulp van het EPD. 'Op voorschrift'. Symposiumverslag EMD- congres 1994:63-75.

32. Om de mogelijkheid voor het afleggen van verantwoording open te houden, is het noodzakelijk dat de eerste voorschrijver van met name een chronische voorschrift vastgelegd wordt. Het vastleggen van de initiële voorschrijver is in sommige van de huidige HIS'en al mogelijk. De werkgroep is zich ervan bewust dat dit voor de meeste reeds in het EPD aanwezige voorschriften geen haalbare kaart meer is, maar meent dat het prospectief goed mogelijk moet zijn. Landelijk zijn er bovendien initiatieven om te komen tot een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI), waardoor dit gegeven in de nabije toekomst met behulp van een uniek identificatienummer kan worden vastgelegd. Onderbrengen in grove categorieën als 'eigen huisarts' of 'medisch specialist' is dan niet meer nodig. (1) Bovendien kan dit gegeven als de elektronische informatie-uitwisseling verder toeneemt, met het receptbericht worden meegezonden.
- 1 NICTIZ; AORTA programma; Generieke Nummers Project. ([www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl))
33. De meeste systemen bieden de mogelijkheid om het staken van een (herhalings)voorschrift vast te leggen. Hierdoor 'verdwijnt' dit voorschrift uit het actuele medicatieoverzicht. Bij het staken van een voorschrift dient het systeem de mogelijkheid te bieden om naast de datum ook de reden van het staken vast te leggen. Dit kan van belang zijn voor het bewaken van toekomstige voorschriften, bijvoorbeeld als er sprake is van bijwerkingen of een medicijnallergie. Ook voor andere zorgverleners die het medicatieoverzicht inzien, kan de reden van het staken van belang zijn.
34. De meeste HIS'en laten niet toe dat in het actuele medicatieoverzicht een doseringswijziging wordt ingevoerd. De enige mogelijkheid is de doseringswijziging in te voeren als nieuw recept. Hierdoor kan de duurbe-waking weer in het geding komen.
35. Het diagnostisch archief is de plaats waar diagnostische verrichtingen (metingen) kunnen worden aangevraagd en opgeslagen. Onder metingen wordt verstaan: alle objectieveerbare, patiëntgerelateerde onderzoeken. Onder uitslagen wordt verstaan: alle objectieveerbare uitkomsten van patiëntgerelateerd onderzoek (metingen). Uitslagen zijn dus de uitkomsten van lichamelijk onderzoek, laboratoriumdiagnostiek, beeldvormende diagnostiek en andere vormen van aanvullend onderzoek. In eerste instantie zal het diagnostisch archief vooral geschikt zijn voor laboratorium, omdat hiervoor een landelijk geaccepteerde coderingstabel (WCIA-labco-detabel) beschikbaar is. Het diagnostisch archief is zo ingericht, dat vastgelegde gegevens op verschillende plaatsen in het HIS opvraagbaar en bruikbaar zijn. (1) Anders dan de term 'archief' doet vermoeden zullen in dit archief alle, dus ook zeer recente uitslagen opgeslagen worden. Anders dan de term 'diagnostisch' doet vermoeden gaat het hier om alle bepalingen die bij een patiënt kunnen worden uitgevoerd. Immers, bepalingen kunnen ook om andere dan diagnostische redenen worden aangevraagd, zoals voor monitoring, voor controle bij een afwijkende waarde en bij het starten met een bepaalde medicatie. Hierbij is het niet van belang waar de verrichtingen zijn verricht, in eigen beheer of elders.
- 1 Voskuil P, Van der Meulen A, Bastiaanssen E, Van der Kouwe JW. HIS Referentiemodel 2005 (versie 4). Utrecht, NHG, 2007.
36. Indien (geïntegreerd) elektronisch aanvragen van laboratoriumonderzoek mogelijk is, biedt dit veel voordelen. Door vast te leggen wat er precies wordt aangevraagd, beschikt de huisarts meteen ook over een registratie van de aangevraagde bepalingen. Bij het binnenhalen van de uitslagen kan onmiddellijk geverifieerd worden of alle aanvragen verwerkt zijn. Ook is het daarna gemakkelijker om de uitslagen te koppelen aan een episode of probleem.
37. Risicofactoren betreffen verschillende soorten gegevens die op verschillende plekken in het EPD te vinden zijn. Voor bijvoorbeeld het schatten van het risico op hart-en-vaatziekten zijn de volgende gegevens relevant: leeftijd (geboortedatum), diabetes mellitus (episodelijst), bloeddruk (diagnostisch archief) en familiere

belasting (familie anamnese).

De werkgroep stelt zich voor dat een functie in het HIS aanwezig is, genaamd risicoprofiel, waarmee risicofactoren verzameld en ingevoerd kunnen worden en waarmee het systeem aan de hand van een bestaande algoritme een schatting kan maken op het optreden van ziekte, complicaties of dood.

Op dit moment zijn er diverse op zichzelf staande elektronische risicoprofielen al op de markt. Het wachten is op een in het HIS geïntegreerde module, die op grond van alle bekende gegevens uit het EPD en ingevoerde waarden het geschatte risico kan berekenen.

Een aparte categorie van gegevens vormt de familie anamnese. Sommige HIS'en bieden de mogelijkheid om familiair voorkomende aandoeningen in het EPD-onderdeel familie anamnese vast te leggen. Dit is een eis uit het WCIA-HIS referentiemodel 95. Het vastleggen gebeurt nu nog in vrije tekst. ICPC (A29) biedt op het gebied van familiaire risico's niet de gedetailleerdheid die nodig is voor toepassing in risicoprofielen. Bij het verder evolueren van risicoprofielen en kennis over familiere risico's zal duidelijk worden op welke manier familiere aandoeningen op een meer formele wijze vastgelegd dienen te worden in de familie anamnese.

38. Onder brievenarchief wordt verstaan: de verzameling van alle brieven, hetzij op papier en bewaard in mappen of enveloppen, hetzij op een elektronische drager, ingescand of als digitaal bericht opgeslagen, hetzij een combinatie daarvan. Het (digitaal) brievenarchief is patiëntgebonden en onderdeel van het dossier. Redenen om brieven per patiënt op te slaan zijn: de huisarts heeft snel het volledig dossier tot zijn beschikking bij overleg met derden, er kan gemakkelijk worden tegemoet gekomen aan het inzage-recht van de patiënt, en de privacybescherming van zowel de patiënt als van anderen is gewaarborgd.
39. Het is bekend dat de kwaliteit van de werkhypothesen van huisartsen gunstig beïnvloed wordt door de aanwezigheid van contextuele informatie over de patiënt. (1)  
Een inventarisatie onder een panel van 40 huisartsen (2) geeft aan dat er behoefte bestaat aan nieuwe onderdelen in het EPD voor het vastleggen van contextuele gegevens. Volgens deze artsen moet er ruimte komen voor het invoeren van:
- langetermijnplanningen;
  - in de familie voorkomende ziekten;
  - gegevens over mantelzorg;
  - life events;
  - psychosociale gegevens.
- Een structurele voorziening voor subjectief gekleurde informatie, zoals therapietrouw, coping of persoonlijkheidsstructuur, vond men minder relevant.
- De werkgroep heeft deze materie verwerkt door in de richtlijn een aparte rubriek additionele gegevens in het EPD te formuleren. De werkgroep heeft zich over de wens 'langetermijnplanning' niet gebogen. Het begrip 'langetermijnplanning' dient eerst gedefinieerd te worden, voordat uitwerking in het EPD kan plaatsvinden. Als de definitie in de komende tijd vaster vorm zal hebben gekregen, zal dit onderdeel zeker opgenomen worden in een actualisatie van deze richtlijn.
- 1 Hobus PPM, Hofstra ML, Boshuizen HPA, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. Huisarts Wet 1988;31:261-7.
  - 2 Schers HJ, Van de Hoogen HJM, Van de Ven C, Van den Bosch WJRM. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. en onderzoek volgens de Delphi-methode naar de prioriteiten en wensen voor ondersteuning door het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2001;45(9):371-6.
40. Njoo KH. ADEMD ondersteuning in HIS'en: een update. Utrecht: NHG, 2007.
41. Mensink-van den Boom G. Derde demodag in teken van EGR. SynthesHis 2008, 7(4):4-8.
42. Van der Lugt J. Episoden en problemen in Promedico-ASP. SynthesHis 2006; 5(4)

43. Huisartsen denken vaak dat pas met EGR kan worden begonnen, als alle EPD's op orde zijn. Met andere woorden: als alle EPD's met terugwerkende kracht volgens EGR zijn gestructureerd. Dit is onmogelijk en ondoenlijk! Het is beter om vanaf een bepaalde datum af te spreken met EGR te beginnen. De dossiers van de patiënten die op het spreekuur zijn geweest, kunnen op orde gebracht worden. Als steeds volgens deze structuur wordt gewerkt, zullen na verloop van tijd steeds meer EPD's volgens EGR zijn gestructureerd. De inschatting is dat binnen drie tot vijf jaar de meeste dossiers volgens EGR gestructureerd zijn. Uiteraard zal er een 'trendbreuk' te zien zijn in de wijze waarop gegevens voor en na het starten met EGR zijn vastgelegd. Door het voortschrijdend inzicht in de huisartsenautomatisering is dit een niet te vermijden realiteit. Eigenlijk te vergelijken met de discontinuïteit van de verschillende dossiervormen op papier.

44. Huisartsen die voor een registratienetwerk registreren, dienen de instructies van het registratienetwerk op te volgen. Voor het vaststellen van incidenties in de huisartspraktijk en de continuïteit van de gegevensverzameling maken huisartsen die voor een registratienetwerk registreren, telkens een nieuwe episode aan als een patiënt met een klacht op het spreekuur komt.

Eigenlijk zouden de registratie volgens ADEPD en de registratie voor een registratienetwerk naadloos op elkaar moeten aansluiten. Dit is ook goed mogelijk, als het HIS ondersteuning biedt. Afhankelijk van de mogelijkheden van het HIS en de soort gegevens die het registratienetwerk uitspoelt, kunnen in de huidige HIS'en over het algemeen de volgende werkwijzen worden benut.

Bij een teruggekeerd gezondheidsprobleem kan worden afgesproken om:

- in het deelcontact een E-regel aan te maken voorzien van de juiste ICPC-code, die gelijk zal zijn aan de ICPC-code van de episodenaam. (Dit wordt bij een vervolcontact achterwege gelaten.) Zo is eenvoudig zichtbaar te maken hoe vaak recidieven en exacerbaties optreden;
- de episode af te sluiten en meteen weer te openen met het nieuwe deelcontact.

Fraaier is het als huisartsen die voor een registratienetwerk registreren, in het HIS een functionaliteit zouden hebben waarmee zij binnen een episode onderscheid kunnen aanbrengen tussen de volgende gezondheidsproblemen:

- Gezondheidsproblemen die zich voor de eerste keer in het leven van de patiënt voordoen ('nieuw'); voorbeeld: eerste zwangerschap
- Gezondheidsproblemen die zich na een klachtenvrij interval opnieuw voordoen ('opnieuw'); voorbeeld: tweede zwangerschap
- Gezondheidsproblemen die zich als vervolcontact aandienen ('vervolg'), dus samenhangen met een vorig contact zonder klachtenvrij interval; voorbeeld: zwangerschapscontrole

Deze functionaliteit is nog in geen enkel HIS aanwezig.

45. In sommige HIS'en wordt een episode die gedurende een tijd niet meer gebruikt is, automatisch afgesloten. De episode 'hooikoorts' uit de casus is een voorbeeld van een episode die meer dan een jaar niet in gebruik is geweest. Als de patiënte na twee jaar opnieuw met hooikoortsklachten op het spreekuur komt, is de episode 'hooikoorts' in de tussentijd afgesloten. De huisarts maakt dan waarschijnlijk een nieuwe episode aan. Het HIS moet signaleren dat er een afgesloten episode 'hooikoorts' in het EPD bestaat, en deze weer activeren. De huisarts kan dan de 'nieuwe' episode toevoegen aan de bestaande afgesloten episode. Deze episode blijft actief, zolang hij in gebruik blijft, bijvoorbeeld voor een desensibilisatieschema. De episode wordt automatisch inactief, als er lange tijd geen gebruik van wordt gemaakt. In HIS'en waarin de episodes altijd actief blijven, voegt de huisarts de 'nieuwe' episode gewoon toe aan de bestaande. Ook in deze situatie dient het HIS de huisarts erop te attenderen dat er al een episode 'hooikoorts' bestaat.

46. Vergelijk bijvoorbeeld een EPD dat alleen een algemeen journaal bijhoudt waarin achtereenvolgens contacten zijn vastgelegd over: tonsillitis, tonsillitis, keelpijn, otitis, otitis, diarrhoë, otitis, diarrhoë, keelpijn,

met daartussendoor controles en voorschriften voor hypertensie. Bij het laatste contact over keelpijn is het patroon dat de patiënt een paar keer achterelkaar tonsillitis had, enigszins uit beeld geraakt.

Vergelijk dit met hetzelfde EPD, nu volgens EGR gestructureerd, dat drie episodes kent, namelijk: 'hypertensie' (P), 'tonsillitis-keelpijn'; 'otitis en diarrhoea'. Bij het openen van de episode 'keelpijn' is meteen zichtbaar dat er vaker keelpijnklachten zijn geweest en maar tweemaal tonsillitis.

47. Als probleem wordt beschouwd datgene, waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is of iets dat het lichamenlijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd. Een klacht, symptoom, risicofactor, aandoening of ziekte horen op de probleemlijst thuis, als het gaat om:

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

Deze criteria kunnen ook worden gehanteerd om episodes te voorzien van bijzondere attentiewaarde of probleemstatus. (1)

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

48. Onderzoek van het NIVEL in tweeëndertig PromedicoASP praktijken met ruim 110.000 ingeschreven patiënten, laat zien dat 7% van alle patiënten 10 of meer episodes heeft, de meeste patiënten hebben gemiddeld 4,3 episodes. (1)

- 1 Jabaaij L, Njoo K, Visscher S, Van den Hoogen H, Tiersma W, Levelink H, Verheij R. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. Huisarts Wet 2009;52(5):240-246.

49. De ADEPD-werkgroep heeft een tabel opgesteld met ICPC-codes van episodes die in aanmerking komen voor een attentiewaarde. Deze nieuwe HIS-tabel en de functionele specificaties zijn in april 2009 aan de licentiehouders van de HIS-tabellen aangeleverd.

50. De ADEPD-werkgroep heeft (ook in de eerste versie van de richtlijn uit 2004) een aantal wensen geformuleerd voor ondersteuning door het HIS bij het overzichtelijk maken van de episodelijst:

- Episodes kunnen worden opgeslagen met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus'.
- Episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' staan in de episodelijst boven aan (in chronologisch volgorde van gebruik) en kunnen niet automatisch door het HIS worden afgesloten.
- Onder de episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' staan de gewone episodes in chronologische volgorde van gebruik.
- Het overzicht van episodes kan worden gesorteerd, bijvoorbeeld op volgorde van de tractusletter van de ICPC-code of op andere kenmerken.
- De gebruiker kan de volgorde van de episodes in de episodelijst zelf bepalen.
- Als een episode lang niet is geopend, zakt deze in de episodelijst of wordt de episode afgesloten (behalve bij episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus'). Zulke processen kunnen (semi) automatisch door het HIS worden uitgevoerd. Episodes met 'bijzondere attentiewaarde' of 'probleemstatus' moeten door de gebruiker zelf worden afgesloten.
- Als een gebruiker een nieuwe episode aanmaakt met een ICPC-code die eerder is gebruikt voor een episode die uit het zicht is verdwenen of ooit is afgesloten, kan het HIS een vraag melden, bijvoorbeeld: 'U hebt in het verleden al een episode met deze ICPC-code aangemaakt. Wilt u dit deelcontact of een ander gegeven aan die episode koppelen?' of 'Wilt u de episode weer activeren?'

51. Metastases bij kanker zeggen iets over het stadium waarin de ziekte zich bevindt (TNM- classificatie) en worden niet als een bijkomende aandoening beschouwd. In principe moet het bestaan van metastases in de

episodenaam worden vastgelegd. Dit is echter niet in alle gevallen vol te houden. Als metastases een eigen, intensief zorgtraject vergen, bijvoorbeeld in het geval van een pathologische fractuur waarbij bestraling, revalidatie en andere huisvesting nodig zijn, kan het handig zijn om een aparte episode aan te maken voor het opslaan van de brieven en het vastleggen van het beleid.

52. In de huidige HIS'en kunnen gegevens uit meerdere episodes alleen apart, naast elkaar, worden getoond. In het HIS-Referentiemodel 2005 is beschreven hoe de gegevens van meerdere episodes tegelijk in één overzicht kunnen worden getoond (en in een enkel HIS is deze mogelijkheid ook gecreëerd). De informatie wordt in samenhang met elkaar en in chronologische volgorde getoond, alsof de gegevens uit één episode afkomstig zijn. De episodes blijven daarbij apart van elkaar bestaan en worden niet samengevoegd. De gebruiker kan met behulp van een soort 'episode-elastiek' kiezen van welke episodes hij de gegevens gebundeld wil zien. Deze bundeling is een view binnen het eigen informatiesysteem en wordt niet gecommuniceerd naar zorgverleners buiten de praktijk.
53. Voor de berekening van evaluatierapporten en de uitkomsten van indicatoren wordt uitgegaan van alle in het EPD vastgelegde informatie, dus niet alleen van de informatie die in de episode van de hoofdaandoening is vastgelegd.
54. In 2009 zal het NHG een aparte HIS-tabel Ingrepen uitbrengen. Hiermee kunnen chirurgische ingrepen gecodeerd worden geregistreerd in het EPD. Waar in het EPD operaties worden vastgelegd, wordt nader uitgewerkt door het NHG in samenspraak met de gebruikersverenigingen van de HIS'en.
55. In de huidige HIS'en zijn alle uitslagen in het Diagnostisch Archief (DA) opgeslagen. Een huisarts kan in het EPD alle uitslagen inzien. Om de relevante uitslagen in één overzicht te krijgen moet hij telkens selecties van bepalingen aangeven. De werkgroep kiest eerder voor het definiëren van standaardsets van bepalingen per aandoening. Landelijk worden dan per aandoening de relevante bepalingen gedefinieerd. De bepalingensets uit het Probleemgeoriënteerd Aanvraagformulier (bijvoorbeeld bij anemie, schildklierandoeningen) en de monitoringprotocollen (bijvoorbeeld voor DM, CVRM, COPD) kunnen hiervoor een goede voorzet vormen. De huisarts moet aan de landelijke sets nog meer bepalingen kunnen toevoegen. Hiermee kunnen in het EPD de uitslagen worden getoond die aanwezig zijn in het DA. Het wel of niet koppelen van uitslagen is dan van minder belang.
56. Soms blijken ziektes in een andere tractus of in een ander deel van de ICPC te vinden te zijn dan de huisarts verwacht. De ICPC wordt door een internationale commissie vastgesteld en onderhouden. Bij het indelen van de ICPC wordt ook rekening gehouden met de indeling van de ICD (International Classification of Diseases), zodat een vertaling tussen beide classificaties mogelijk is. Hierdoor kunnen sommige diagnoses of klassen in een ander tractus of in een ander deel (klachten of ziektes) zijn geplaatst dan te verwachten is.
57. De ICPC is een classificatiesysteem voor symptomen, klachten, risicofactoren en ziektes. Dat wil zeggen dat elke klasse een groep klachten, risicofactoren of ziektes vertegenwoordigt. In de ICPC heeft een huisarts de keuze uit 685 verschillende internationale codes en 532 nationale subcodes voor klachten, ziektes en aandoeningen.  
Classificeren, het indelen in klassen, is een ander proces dan het diagnostisch proces waarbij de huisarts zo precies mogelijk wil benoemen wat er aan de hand is. Voor de diagnostiek bestaan systemen met medische terminologie zoals Read Codes of Snomed. Hierbij gaat het om een keuze uit respectievelijk 47.000 en 375.000 concepten. In dit soort systemen zijn aandoeningen en ziektes zeer specifiek gecodeerd. Ook faciliteren zulke systemen vaak het vastleggen van zaken als ernstgraad en zorgbeleid. Een huisarts is dan wel even bezig met het opzoeken van de juiste codes en het vastleggen daarvan. De kans op misclassificatie neemt daardoor toe. Bij meer keuzemogelijkheden zijn meer codeerafspraken nodig dan bij minder keuzemogelijkheden.

58. In informatiesystemen die de tekst op de E-regel of de episodenaam als zoekterm(en) voor de ICPC-thesaurus gebruiken, legt de huisarts eerst de ICPC-code vast. Daarna voert hij in vrije tekst zijn evaluatie in als 'eigen tekst' bij de ICPC-code.
59. In een onderzoek bij patiënten (n=218) die naar de internist waren verwezen, bleek dat in bijna een derde van de patiëntendossiers de definitieve diagnose van de internist niet in de episodenaam was verwerkt. In 14% van de gevallen bleek een nieuwe episode te zijn aangemaakt. In meer dan de helft van de gevallen was de omschrijving van de episode wel adequaat veranderd. (1)
- 1 Van der Meer V, De Waal MWM, Timmers AP, De Bock GH, Springer MP. Hoe up-to-date is het medisch dossier? Een onderzoek op vijf lokaties. *Huisarts Wet* 2001;44(5):194-7.
60. In dit artikel hebben de auteurs een poging gedaan om beslisregels op te stellen voor het afgrenzen en herdefiniëren van episodes:
- 1 Van Eijkelenburg-Waterreus JJH, Geboers, HJAM, De Bakker DH, Schellevis FG.  
Het classificeren van deelcontacten met ICPC. Problemen bij het afgrenzen en herdefiniëren van episodes. *Huisarts Wet* 1999;42(13):609-12, 625.
61. In de veldronde hebben diverse respondenten het handhaven van een kleine 'restepisode' of algemeen journaal verdedigd. Er blijven namelijk altijd een klein aantal contacten bestaan die niet met klachten of een ziekte te maken hebben. Deze contacten willen zij in een 'restepisode' kunnen onderbrengen. In principe is daar geen bezwaar tegen, als het maar beperkt blijft tot een enkele keer bij een enkele patiënt. Een huisarts mag in bepaalde gevallen van een richtlijn afwijken als hij dat verantwoord vindt. Dezelfde respondenten onderschrijven overigens het belang van het hanteren van EGR om overzicht in het EPD te scheppen.

## BIJLAGE 1 STANDAARDLIJST RUITERS EN VOORGESTELDE ALTERNATIEVEN

Ruiter	Betekenis	Alternatief	Code
AA	Alcohol abuis	ICPC	P15 Chronisch alcoholmisbruik
AD	additioneel scherm	geen	
AS	Antistolling gebruik	PRK	Z-Index code
AT	Atopie	ICPC	R96 Astma R97 Hooikoorts S87 Constitutioneel eczeem D99 Andere ziekten tr dig. A12 Allergie/allergische reactie
CO	compleet ingevoerd	geen	
CV	Cardiovasculaire ziekten	ICPC	K86 Essentiële hypertensie z. orgaan- beschadiging K87 Hypertensie met orgaan bescha- diging K74 Angina pectoris K75 Acuut myocard infarct K76 Andere/chronisch ischemische hartziekte K77 Decompensatio cordis et cetera
CW	cervixcytologie weigeraar	geen	
D-	geen donorcodicil	geen	
D+	donorcodicil	geen	
DP	donorcodicil, partieel	geen	
DM	Diabetes mellitus	ICPC	T90.1 Diabetes mellitus type I T90.2 Diabetes mellitus type II
G-, G+, GE, GI, GS, GV, GW	selectieprocedure voor griepvaccinatie	geen	
HC	Hypercholesterolemie	ICPC	T93.01 Hypercholesterolemie
EN	endocarditis profylaxe	geen	
EP	Epilepsie	ICPC	N88 Epilepsie (alle vormen)
HY	Hypertensie	ICPC	K86 Essentiële hypertensie z.orgaan beschadiging K87 Hypertensie met orgaanbescha- diging
Jl	Jicht	ICPC	T92 Jicht
LO	CARA, longziekte	ICPC	R95 Emfyseem/COPD R96 Astma R91 Chronische bronchitis etcetera



<b>Ruiter</b>	<b>Betekenis</b>	<b>Alternatief</b>	<b>Code</b>
LT	levenstestament	geen	
MA	Maligniteit	ICPC	A t/m Y verschillende codes
OV	Overgevoeligheid	ICPC  Z-index	A12 Allergie/allergische reactie A85 Geneesmiddelbijwerking Mate van overgevoeligheid incl. geneesmiddelgroep
RC	risicoprofiel aangemaakt		Komt te vervallen als standaard ruiter in versie 4
RI	Renale insufficiëntie	ICPC	U99.1 Nierfunctiestoornis
RN	patiënt/dossier gezien		Komen te vervallen als standaard ruiter in versie 4
RP	geen risicoprofiel nodig komt in aanmerking voor aanmaken risicoprofiel		
RR	komt in aanmerking voor RR meting		
SF	Somatische fixatie	ICPC	P29 Andere psychische sympt. P75 Hysterie/hypochondrie
SH	Slechthorend	ICPC	H85 Akoestisch letsel/lawaaidoofheid H86 Doofheid/slechthorendheid
SZ	Slechtziend	ICPC	F94 Blindheid alle graden
TS	Tentamen suicide	ICPC	P77 Suicidepoging
UE	uterusexirpatie	geen	
UP	Ulcus pepticum	ICPC	D85 Ulcus duodenum D86 Ulcus pepticum
WV	wilsverklaring	geen	