

Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier



nederlands huisartsen
genootschap

Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier

NHG

Colofon

Werkgroep:

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

Redactie: Njoo KH.

ISBN: 90 5793 170-2.

De volledige tekst van de Richtlijn Adequate dossiervorming met het EMD is te vinden op <http://nhg.artsennet.nl/> onder de rubriek Producten.

© 2004 Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Inleiding | 5 |
| Deel 1 Methode van verslagleggen | |
| 1.1 POR | 9 |
| 1.1 EGR | 10 |
| 1.3 Keuze tussen EGR of POR | 10 |
| Deel 2 Relevante informatie | |
| 2.1 Klachten, ziekten en aandoeningen | 13 |
| 2.2 Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht | 16 |
| 2.3 Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht | 19 |
| 2.4 Aanvullend onderzoek en bepalingen | 20 |
| 2.5 Verwijzen | 21 |
| 2.6 Contextuele gegevens | 21 |
| Deel 3 Adviezen voor verschillend gestructureerde HIS'en | |
| 3.1 HIS zonder EGR: journaal en voorgeschiedenis | 23 |
| 3.2 HIS zonder EGR: journaal, probleemlijst en voorgeschiedenis | 23 |
| 3.3 HIS met EGR: deelcontacten, episoden en subadministraties | 24 |
| Noten | 25 |
| Totstandkoming | 40 |
| Geldigheidsduur van deze richtlijn | 40 |

Inleiding

De NHG-Standaard Medische verslaglegging verscheen in 1990. Destijds werkten de meeste huisartsen nog met een dossier op papier. (noot 1) 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). (noot 2)

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 Medisch Dossier (EMD). (noot 3) De tekst op een beeldscherm is beter leesbaar dan die in een handgeschreven dossier. Bovendien blijken huisartsen in een EMD meer gegevens vast te leggen dan in een papieren dossier. (noot 4)

Het EMD 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 vijftien 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 EMD het beste kan worden vastgelegd. Alleen op deze manier kan een EMD 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 EMD 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 landelijke gedachtevorming over een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). De ervaringen van huisartsen met het EMD kunnen daaraan samen met deze richtlijn, een zinvolle bijdrage leveren.

Functies van het EMD

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

- Doordat het EMD toegankelijk is vanaf diverse werkplekken is de continuïteit van zorginformatie beter gewaarborgd dan bij een dossier op papier
- Het EMD vervult een belangrijke rol bij taakdelegatie in de huisartspraktijk. De praktijkassistente en de praktijkondersteuner leggen in het kader hiervan hun eigen contactgegevens in het EMD vast.
- Het EMD 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 of het selecteren van patiënten voor screening.
- Ook voor de lerende zorgpraktijk is een EMD 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 EMD een bron van gegevens, bijvoorbeeld voor prestatievergelijking, interne kwaliteitsverbetering of externe toetsing.
- Geanonimiseerde gegevens uit het EMD kunnen voor onderzoeks- en andere projecten worden gebruikt.
- Het gebruik van het EMD 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 EMD de volgende klassieke functies van het medisch dossier:

- Het EMD 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 hetgeen met de patiënt besproken of afgesproken is.

- Bij consultatie of verwijzing naar derden kunnen gegevens uit het EMD gehaald worden voor het schrijven van een overdracht- of verwijfsbrief.
- In het geval van een meningsverschil met de patiënt of een aansprakelijkheids- of claimzaak is het EMD 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.
- Tenslotte voldoet de huisarts 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. (noot 5)

Domein van deze richtlijn

Deze richtlijn is primair gericht op het toepassen van het EMD in de dagelijkse praktijk van patiëntenzorg en op de uitwisselbaarheid van gegevens. De doelgroep van deze richtlijn bestaat uit huisartsen en praktijkmedewerkers. (noot 6) Onder praktijkmedewerker wordt verstaan: praktijkassistente, praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige etcetera.

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 toegankelijkheid, veiligheid en integriteit van de data, autorisatieprocedures of bewaartermijnen.

Deze richtlijn is opgesteld met de huidige HIS'en en voor ogen zonder echter concessies te doen aan de soms beperkte mogelijkheden 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 naar de voorgestelde situatie kan worden overgestapt. HIS-specifieke vertalingen van deze richtlijn zullen in samenspraak met de gebruikersverenigingen en softwarehuizen moeten worden geformuleerd.

In deel één van de richtlijn wordt beschreven welke methode van verslaglegging de voorkeur verdient en in deel twee op welke plaatsen in het EMD relevante informatie het beste kan worden vastgelegd. Tot slot worden in deel drie enkele algemene adviezen gegeven voor het toepassen van deze richtlijn in verschillend gestructureerde HIS'en.

Deel 1 Methode van verslagleggen

De meest toegepaste methode van verslagleggen in een EMD is die waarbij het journaal centraal staat. (noot 7) Deze methode waarbij gegevens worden ingevoerd in een chronologisch journaal, sluit aan bij het primair proces. 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. (noot 8)

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 contact- en andere gegevens. Voor klachten en aandoeningen die niet op de probleemlijst voorkomen, is een dergelijk samenhangend overzicht niet te verkrijgen.

Tegenwoordig ondersteunen alle HIS'en het werken volgens POR. De indruk bestaat dat het koppelen van journaalregels aan een probleem slechts mondjesmaat wordt toegepast. Bij het invoeren van journaalregels moet 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 passen daarom niet de volledige POR-methode toe, maar leggen alleen probleemlijsten aan. Het volledig en actueel houden van de probleemlijsten is een continu proces. (noot 9) De huisarts moet voortdurend alert zijn op een nieuw gegeven van de patiënt op de probleemlijst thuishoort.

1.2 EGR

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. (noot 10) Een vanzelfsprekend gevolg van deze methode van verslagleggen is een episodelijst. Sommige gezondheidsproblemen zijn dermate belangrijk dat ze altijd boven aan de lijst te zien moeten zijn; dit zijn de zogenaamde episoden '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 steeds meer HIS'en de mogelijkheid om deze methode van verslagleggen in het EMD toe te passen. De eerste 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 episoden en bij de lengte van de episodelijst. (noot 11)

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 EMD 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 EMD zal worden. De episode zal dan het centraal structurerend principe in het EMD zijn. Het begrip 'probleem' transformeert in het kader van EGR in een episode die altijd bovenaan in de episodelijst te zien zal zijn. (noot 12) 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 EMD is of zal worden van alle 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 EMD verspreid staan. Bij één gezondheidsprobleem kan het beloop in de tijd worden gevolgd en een overzicht van alle relevante gegevens worden opgeroepen. In het huidige EMD 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 EMD en de consequenties voor de andere onderdelen van het EMD.

Deel 2 Relevante informatie

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

Uit onderzoek naar de informatiebehoefte van huisartsen tijdens de ANW-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. (noot 13)
De werkgroep onderscheidt zes delen in het EMD die relevante informatie bevatten voor de dagelijkse huisartsenzorg (tabel 1).

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

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

2.1 Klachten, ziekten en aandoeningen

Klachten, ziekten en aandoeningen in heden en verleden zijn in het huidige EMD 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. (noot 14) 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. (noot 15) 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 EMD. (noot 16)

De werkgroep is van mening dat bij het toepassen van EGR de gegevens uit de voorgeschiedenis zullen opgaan in de episodelijst. Het merendeel van wat in de huidige voorgeschiedenis vermeld staat, kan meestal als niet-actieve episode in het EMD worden vastgelegd.

Een knelpunt vormt het opnemen van operaties in de (niet-actieve) episodelijst en met name de keuze voor een bijbehorende ICPC-code. Geadviseerd wordt om de indicatie voor een operatie te coderen en in de omschrijving de operatie zelf op te nemen, 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 'ovariëctomie RE, indicatie onbekend (ICPC X99)'. Het voordeel van deze nogal gekunstelde wijze van vastleggen is dat de aandoening tegelijk met de operaties in de episodelijst voorkomt. In het geval van een mastectomie bij een mammacarcinoom hoeft niet eerst het mammacarcinoom als episode ingevoerd te worden en daarna apart nog eens de operatieve ingreep op een andere plek. De werkgroep kan niet voorspellen of in de toekomst ooit een apart operatiearchief met een eigen coderingsstelsel voor het EMD zal worden gedefinieerd.

Episodelijst

Door de keuze voor EGR zal de episodelijst de centrale plaats voor alle 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. (noot 11) 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.

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. (noot 17)

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

- episoden 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 episoden samenvoegen onder een bestaande of nieuwe naam. (noot 18)

Probleemlijst

In het huidige EMD is de probleemlijst de plaats voor het overzicht van de actuele problemen van een patiënt. In de zogenaamde niet-actieve probleemlijst staan de niet (meer) actuele problemen. (noot 19)

De probleemlijst zoals die in het huidige EMD 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'. (noot 20) Op grond van consensus is een lijst opgesteld van alle klachten, ziekten en aandoeningen die vallen onder de episoden 'met bijzondere attentiewaarde'. (noot 21) 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 hoofd-niveau, waarin één of meerdere episoden konden worden samengebundeld. (noot 22)

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. (noot 23)

Codes voor klachten, ziekten en aandoeningen

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

Codes in een EMD 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. (noot 25) 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 nuancering vastgelegd worden die per definitie 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. (noot 26)

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 EMD bestaat nog een derde codestelsel, 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

Journalaal

Het journaal neemt in het huidige EMD een centrale plaats in. Het is een chronologische weergave van alle medische gegevens over de verschillende gezondheidsproblemen van één patiënt. De gegevens zijn divers van aard: aantekeningen over con-

tacten met en over de patiënt, uitslagen, samenvattingen specialistenbrieven etcetera. Het journaal in deze huidige vorm zal steeds minder gehanteerd worden ten gunste van episodegewijs gesorteerde deelcontacten.

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'. (noot 27)

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. (noot 22)

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. (noot 28)

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 iedere 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 reeds aanwezig.

P is Plan: bevat het diagnostisch- of behandelplan, het beleid en de verstrekte voorlichting, inclusief vermelding van eventueel overhandigd schriftelijk informatie-materiaal. 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 EMD zijn verzameld, zoals het diagnose/werkhypothese-archief, het voorschriftenarchief, het diagnostisch archief of het correspondentiearchief. (noot 16)

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 episoden. 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. (noot 29)

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 EMD. (noot 30)

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 EMD is een belangrijke taak van de huisarts. De voorschrijfmodule is het meest gebruikte onderdeel van het EMD. In de loop der jaren is meer dan 90% van de huisartsenpraktijken ertoe overgegaan medicatie voor te schrijven via het EMD. 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. (noot 31)

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. (noot 32) 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 farmacotherapeutisch behandeling en voor de evaluatie van formulariumafspraken. (noot 33)

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 EMD de volgende zaken ook vastgelegd dienen te worden:

- de tijdens visites en de waarneming voorgeschreven middelen;
- het staken van het gebruik van een medicijn; (noot 34)
- het wijzigen van een dosering, bijvoorbeeld 2 dd 10 mg i.p.v. 1 dd 10 mg. (noot 35)

Allergie voor een geneesmiddel

Een allergie voor een bepaalde geneesmiddelen(groep) of stof wordt in het huidige EMD meestal vastgelegd als een probleem op de probleemlijst of een episode met attentiewaarde op de episodelijst (ICPC A85) of in een apart overzicht voor de medicatiebewaking. Deze praktijk zal waarschijnlijk door de ontwikkelingen voor een landelijke medicatiedossier gaan veranderen. Er zal een eenduidige manier moeten komen voor het vastleggen van een geneesmiddelenallergie in het EMD.

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 patiëntengegevens. Daarnaast zou het wenselijk zijn als ook bijwerkingen van een geneesmiddel op dezelfde werkwijze 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. (noot 36)

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. (noot 37)

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 vervolgacties met zich meebrengt, kan dit in een deelcontact worden vastgelegd. De huisarts kan, indien dat relevant is, in het betreffende 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 categorieën van gegevens die in deze context worden genoemd zijn: risicofactoren en de familie anamnese. Daarvoor kunnen op dit ogenblik nog geen uniforme richtlijnen worden geformuleerd. (noot 38)

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 correspondentie-archief 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 EMD 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. (noot 39)

2.6 Contextuele gegevens

Ten slotte onderscheidt de werkgroep als laatste onderdeel van de relevante gegevens die thuishoren in het EMD, nog de categorie contextuele gegevens. (noot 40) Dit onderdeel bestaat uit drie rubrieken:

- Sociale gegevens:
 - life events;
 - relevante sociodemografie, bijvoorbeeld adoptie; geen omgangsregeling met kinderen.
- Gegevens van belang voor de communicatie tussen hulpverlener en patiënt:
 - spreekt Engels
 - geen hand geven uit religieuze overwegingen;
 - bereikbaarheidsgegevens van mantelzorgers
- Wensen van patiënt over de zorg:
 - patiënt wil niet naar een ziekenhuis;
 - patiënt is Jehova's Getuige, geen bloedtransfusie;
 - patiënt wil geen vaccinatie op niet-religieuze gronden;

Vooralsnog is de werkgroep van mening dat in dit onderdeel de informatie als tekst, dus zonder codes, vastgelegd kan worden. Als voorlopige plaats in het huidige EMD wijst de werkgroep de zogenaamde attentie-, kop- of memoregels aan.

Deel 3 Adviezen voor verschillend gestructureerde HIS'en

Het is heel goed voorstelbaar dat na het lezen van deze richtlijn de vraag rijst hoe het in de praktijk aangepakt moet worden. Immers, in veel HIS'en is de werkwijze van EGR nog niet mogelijk en waar EGR al mogelijk is, worden alle richtlijnen nog niet optimaal ondersteund.

Een huisarts(enpraktijk) kan al voorbereidend werk doen om volgens de richtlijn te gaan werken. Ter ondersteuning worden hieronder adviezen gegeven die van toepassing zijn op verschillende praktijksituaties. Eerst komen adviezen aan de orde voor gebruikers van HIS'en zónder de mogelijkheid tot EGR en daarna voor gebruikers van HIS'en mét de mogelijkheid tot EGR.

3.1 HIS zonder EGR: journaal en voorgeschiedenis

- Gebruik in het journaal de SOEP- regels om de deelcontacten vast te leggen. Hiermee zijn overzichten mogelijk, bijvoorbeeld van alle E-regels.
- Maak vooral gebruik van de subadministraties om de verschillende soorten gegevens in te voeren. Daarmee zijn allerlei overzichten mogelijk en bij de communicatie met andere zorgverleners zijn de verschillende soorten gegevens gemakkelijk identificeerbaar.
- Begin met het aanleggen van probleellijsten.
- Ga op EGR over zodra het mogelijk is. Het systeem zal u bij de migratie naar EGR ondersteunen door de bestaande probleellijst op te nemen in de episodelijst.

3.2 HIS zonder EGR: journaal, probleellijst en voorgeschiedenis

- Onderhoud de probleellijsten.
- Gebruik E-regels voor de klachten en ziekten die geen probleemstatus hebben. Hiermee zijn overzichten mogelijk, bijvoorbeeld van alle E-regels.
- Maak vooral gebruik van de subadministraties om de verschillende soorten gegevens in te voeren. Daarmee zijn allerlei overzichten mogelijk en bij de communicatie met andere zorgverleners zijn de verschillende soorten gegevens gemakkelijk identificeerbaar.
- Ga op EGR over zodra het mogelijk is. Het systeem zal u bij de migratie naar EGR ondersteunen door de bestaande probleellijst op te nemen in de episodelijst.

3.3 HIS met EGR: deelcontacten, episoden en subadministraties

- Houd de episodelijst overzichtelijk door zoveel mogelijk alle gegevens over één gezondheidsprobleem binnen één episode onder te brengen. Zorg dat veranderd inzicht tot uitdrukking komt in de episodenaam. Maak bij twijfel een nieuwe episode aan.
- Markeer episoden die belangrijk zijn en bovenaan de episodelijst horen.
- Maak vooral gebruik van de subadministraties om de verschillende soorten gegevens in te voeren die met de betreffende episoden samenhangen. Daarmee is het beloop van elk gezondheidsprobleem in beeld te brengen.
- Voer geen voorgeschiedenis meer in, maar voer deze gegevens als niet-actieve episode in.

Noten

Noot 1

De NHG-Standaard Medische verslaglegging (1) is de basis geweest voor het invullen van het EMD 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.

Noot 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.

Noot 3

Ter evaluatie van het gebruik van EVS en van het EMD 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 EMD-gebruik gevraagd; de resultaten waren: het EMD-gebruik is 94%, recepten werden in 92% van de gevallen via het EMD uitgeschreven, met probleemlijsten werkte 70%. Deze cijfers vertonen geen significante verschillen met de resultaten van het evaluatieonderzoek met dezelfde vragenlijst uit 1999. (1)

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

Noot 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 informatiedichtheid 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, Gorden SM. Use of computer-based records, completeness of documentation and appropriateness of documented clinical decisions. *JAMIA* 1999;6:245-51.

Noot 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-, afschermings- 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)

Hoewel de KNMG voorziet in voor de medische professional leesbare samenvattingen van deze wetten, valt het niet mee om de vertaalslag te maken naar de praktijk. De KNMG heeft taakgroepen in het leven geroepen die in 2004 met concrete richtlijnen en adviezen voor de toepassing in de praktijk zullen komen. Het gaat daarbij om de onderwerpen 'Dossier en bewaartermijnen', 'Toegang tot patiëntgegevens' en 'Informatie en toestemming'. (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 knmg.artsennet.nl (zoekwoorden: WGBO of WBP).

noot 6

Naast de huisarts leggen verschillende praktijkmedewerkers, zoals praktijkassistente, -ondersteuner of -verpleegkundige relevante contactgegevens vast in het EMD. Alle praktijkmedewerkers noteren in het EMD hetgeen binnen ieders taakafbakening onder ieders eigen verantwoordelijkheid is afgehandeld, zoals een gemeten Hb of een telefonisch advies. De huisarts cq. de registratiehouder superviseert de praktijkmedewerkers bij het adequaat invoeren van gegevens in het EMD.

Deze praktijk is een gewenste ontwikkeling. De manier waarop dit gebeurt is nu nog afhankelijk van praktijkafspraken. De praktische invulling, standaardisering en juridische consequenties zijn echter nog niet uitgekristalliseerd.

Noot 7

Begin 1997 is een schriftelijke vragenlijst over de automatisering in de huisartsenpraktijk aan een aselechte steekproef van 1500 huisartsen en hun praktijkassistentes toegestuurd. De respons onder de huisartsen was 58% (n=874) en onder de praktijkassistentes 50% (n=754). Onder de huisartsgebruikers van de medische module (n=689) bleken journaal (90%), ruiters (93%) en voorschrijven (96%) de meest populaire EMD-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.

Noot 8

Het Probleemgeoriënteerd Registreren is in 1979 in Nederland geïntroduceerd door de werkgroep Registratie van het NHG. (1) Destijds maakte het werken volgens de SOEP-systematiek ook deel uit van POR. (2)

In deze richtlijn is ervoor gekozen om bij de definitie van POR de SOEP-systematiek 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 EMD 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.

Noot 9

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.

Noot 10

De begrippen zorgepisodet en episoderegistratie werden in Nederland voor het eerst toegepast in het Transitieproject. (1) De functie voor episoderegistratie in een EMD 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 EMD in de praktijk uitgewerkt. (3) 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.

-
- 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 zorgepisodet als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41(11):515-9.
 - 4 NHG-Standaard Functie eisen elektronisch dossier (in bewerking; publicatie verwacht in de eerste helft van 2004)

Noot 11

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 episodet vaak vragen oproept. De medisch-inhoudelijke discussie over de vraag of een nieuw contact of gegeven bij een nieuwe of een bestaande episodet 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 episodet. 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.

Noot 12

In de richtlijn is voor de frase ‘episodet 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 episodet met attentiewaarde ‘bovenaan’ de episodelijst terechtkomt:

- De gebruiker heeft een episodet gekozen.

- De gebruiker heeft de episode gemarkeerd om bovenaan de episodelijst te tonen.
- Het systeem herkent deze markering en zorgt ervoor dat de episode bovenaan de episodelijst getoond wordt.

Noot 13

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 episoden 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 waarneemdienst; de behoefte aan het medisch dossier. *Huisarts Wet* 2001;44(10):412-8.

Noot 14

In 1997 werd in 79% van de huisartsenpraktijken gebruik gemaakt van het onderdeel voorgeschiedenis in het EMD. (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.

Noot 15

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 EMD volgens de richtlijnen gestructureerd en gevuld is, kan de nieuwe huisarts daarop voortborduren. Hierbij is het van belang dat in het EMD de periode bij en de gegevens van de vorige huisarts als zodanig is gemarkeerd. Indien het binnenkomende EMD 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 uitkristalliseren.

Noot 16

-
- 1 Westerhof HP (red.). *Automatiseren in de Huisartspraktijk deel II. Toepassing van het Elektronisch Patiëntendossier*. Utrecht: NHG, 1994.

Noot 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 episodelen 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 episodelen samen.

Bovenstaande adviezen bieden niet voldoende houvast bij complexe zorgproblemen, zoals bij diabetes mellitus. Hiervoor zal het NHG een afzonderlijk advies uitwerken.

Noot 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 syndroom X van toepassing is. Daarvoor hoeven ze niet samengevoegd te worden.

Noot 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 (nog steeds) 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 huidige 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.

Noot 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.'

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. (noot) 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 (≥ 4 zorgepisoden/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.

Noot 21

-
- 1 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.

Noot 22

-
- 1 Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisodische als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41(11):515-9.

Noot 23

-
- 1 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.

Noot 24

Ruiters of signaleringen zijn tweelettercodes in het EMD. 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 EMD. 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.

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

Noot 26 (standaardlijst WCIA versie 3)

| Ruiter | Betekenis | Alternatief | Code |
|----------------------------|--|-------------|--|
| AA | Alcohol abuisis | 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. orgaanbeschadiging K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging K74 Angina pectoris K75 Acuut myocard infarct K76 Andere/chronisch ischemische hartziekte K77 Decompensatio cordis etcetera |
| 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 | Hypercholesterolaemie | ICPC | T93 Vetstofwisselingsstoornis |
| EN | endocarditis profylaxe | geen | |
| EP | Epilepsie | ICPC | N88 Epilepsie (alle vormen) |
| HY | Hypertensie | ICPC | K86 Essentiële hypertensie z.orgaan beschadiging K87 Hypertensie met orgaanbeschadiging |

Vervolg *Noot 26 (standaardlijst WCIA versie 3)*

| Ruiter | Betekenis | Alternatief | Code |
|---------------|---|---|--|
| JI | Jicht | ICPC | T92 Jicht |
| LO | CARA, longziekte | ICPC | R95 Emfyseem/COPD R96 Astma R91 Chronische bronchitis etcetera |
| 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, geen risicoprofiel nodig | Komen te vervallen als standaard ruiter in versie 4 | |
| RP | 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 | uterusexstirpatie | geen | |
| UP | Ulcus pepticum | ICPC | D85 Ulcus duodenum D86 Ulcus pepticum |
| WV | wilsverklaring | geen | |

Noot 27

- 1 NHG-Standaard Functie eisen elektronisch dossier (in bewerking; publicatie verwacht in de eerste helft van 2004)

Noot 28

In het medisch onderwijs wordt onderwezen 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 onderwezen systematiek.

-
- 1 Metsmakers 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.

Noot 29

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 EMD.

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 medicatiebewaking 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.

Noot 30

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.

Noot 31

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 voorgescreven middelen. De meest arbeidsintensieve mogelijkheid is het aanvullen van de medicatielijst in het EMD 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

Noot 32

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 EMD's extra handelingen met zich meebrengt. Uit een onderzoek waarbij een extra module aan het EMD 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, Vlugs AE. Post-marketing surveillance in de huisartspraktijk met behulp van het EMD. ‘Op voorschrift’. Symposiumverslag EMD–congres 1994:63-75.

Noot 33

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 EMD 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)

Noot 34

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.

Noot 35

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 duurbewaking weer in het geding komen.

Noot 36

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-labcodetabel) 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 WCIA 95 versie 2001: 3.5 Praktijkmodule/diagnostisch archief, 3.5.1 Inleiding

Noot 37

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.

Noot 38

Risicofactoren betreffen verschillende soorten gegevens die op verschillende plekken in het EMD 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 EMD 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 EMD-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 familiere 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.

Noot 39

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 inzagerecht van de patiënt, en de privacybescherming van zowel de patiënt als van anderen is gewaarborgd.

Noot 40

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 EMD voor het vastleggen van contextuele gegevens. Volgens deze artsen moet er ruimte komen voor het invoeren van:

- langetermijnplanningen;
- de belasting met familiere ziekten;
- gegevens over mantelzorg;
- life events;
- psychosociale problemen.

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 contextuele gegevens in het EMD te formuleren. De werkgroep heeft zich over de wens 'langetermijnplanning'

niet gebogen. Het begrip 'langetermijnplanning' dient eerst gedefinieerd te worden, voordat uitwerking in het EMD 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, Scgmidt 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. Een onderzoek volgens de Delphi-methode naar de prioriteiten en wensen voor ondersteuning door het elektronisch medisch dossier. Huisarts Wet 2001;45(9):371-6.

Totstandkoming

In het najaar van 2001 werd in Huisarts en Wetenschap een oproep geplaatst voor vrijwillige deelnemers aan de werkgroep 'Adequate Dossiersvorming met het EMD'. In januari 2002 ging de werkgroep van start en werd begonnen met het opstellen van een ontwerprichtlijn Adequate dossiervorming met het EMD.

De werkgroep bestond uit zes praktiserende huisartsen en een arts-ICT-deskundige: H. de Jong, H. Kole, prof. dr. J.F.M. Metsemakers, H. Peerden, C. Smit, J. Stroucken en C. Buiting.

Begin 2003 besprak de werkgroep de ontwerprichtlijn in een tweetal workshops met vertegenwoordigers van gebruikersverenigingen en leden van de Werkgroep 'Revisie WCIA-HIS-Referentiemodel'. Daarnaast werd de ontwerprichtlijn getoetst aan de reeds bestaande NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist.

In de zomer van 2003 werd de ontwerprichtlijn voor commentaar verstuurd aan 95 praktiserende huisartsen en automatiseerders. Er werden 63 commentaarformulieren retour ontvangen (66 procent). Naar aanleiding hiervan paste de werkgroep de ontwerprichtlijn aan. In december 2003 is de richtlijn door het NHG geautoriseerd.

De begeleiding van de werkgroep en redactie van de richtlijn berustte bij dr. K.H. Njoo, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de sectie Automatisering van het NHG.

Geldigheidsduur van deze richtlijn

Deze richtlijn zal net als andere NHG-Standaarden regelmatig geactualiseerd worden. De knelpunten bij de implementatie in de praktijk zullen nieuwe informatie opleveren. Daarnaast is de organisatie van de huisartsenzorg en van de gezondheidszorg als geheel voortdurend in beweging. Tenslotte kunnen inzichten in de automatisering snel veranderen. Hierdoor zal het noodzakelijk zijn deze richtlijn binnen enkele jaren door te lichten en bij te stellen.

Nederlands Huisartsen Genootschap
Lomanlaan 103
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
030 - 288 17 00