**Inleiding**

In 2015 zijn bijna alle huisartsenpraktijken in Nederland geautomatiseerd en werken de huisartsen met een HIS1 en het EPD2. 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.

Patiënten bezoeken, in het algemeen na een afspraak, de praktijk. Soms wordt er getelefoneerd (een

telefonisch consult) of wordt er een visite afgelegd. Dit zijn allemaal voorbeelden van contacten van

de huisartspraktijk met een patiënt. In elk contact met een patiënt, of het nu van de huisarts is of van

een praktijkmedewerker is, gebeurt iets. Er moet worden opgeschreven welke klachten de patiënt heeft, welke symptomen er zijn, welke diagnose er is gesteld, de patiënt krijgt soms een advies, soms een verwijzing, soms wordt een medicament voorgeschreven, soms wordt er een (kleine) ingreep uitgevoerd.

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. Het NHG heeft een richtlijn geschreven 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: Adequate Dossiervorming met het EPD (afgekort: ADEPD). Zodat we straks niet zeggen: ‘Vroeger kon je het niet lezen, nu kun je het niet vinden.’

De NHG-richtlijn ADEPD van 2013 is het uitgangspunt bij deze cursus.

1 HIS staat voor huisartsinformatiesysteem. Het is de software die gebruikt wordt in de huisartspraktijk. De term geldt alleen voor die zaken die speciaal voor de huisartspraktijk zijn gemaakt. Gewone tekstverwerkingsprogramma’s vallen daar bijvoorbeeld niet onder.

2 EPD staat voor elektronisch patiëntendossier. Dat betreft met name die onderdelen van het HIS, waar de ‘medische’ zaken aan de orde komen. Hierbij moet je denken aan zaken als het vastleggen van de consulten, het verwerken van de recepten, het schrijven van de verwijsbrief, enz. Het aanmaken en afboeken van nota’s valt niet onder het EPD, terwijl het vaak wel met hetzelfde computerprogramma wordt uitgevoerd.

**Functies van het EPD**

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

* Het EPD dient de huisarts als geheugensteun voor 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.
* 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.

En ook nog:

* Uit het dossier kan informatie worden afgeleid voor bijvoorbeeld FTO-besprekingen, jaarverslagen of praktijkvisitatie.
* Geanonimiseerde gegevens uit het EPD kunnen voor onderzoeks- en andere projecten worden gebruikt.

Het volgens de “Richtlijn ADEPD” van het NHG registreren is van belang voor:

* Uitwisseling gegevens tijdens ANW-diensten en elektronische overdracht van de gegevens van de vorige en naar de nieuwe huisarts van de patiënt.

**Adequate dossiervorming met het EPD**

Patiënten bezoeken, in het algemeen na een afspraak, de praktijk. Soms wordt er getelefoneerd (een

telefonisch consult) of wordt er een visite afgelegd. Dit zijn allemaal voorbeelden van **contacten** van

de huisartspraktijk met een patiënt. In elk contact met een patiënt, of het nu van de huisarts is of van

een praktijkmedewerker is, gebeurt iets. Er moet worden opgeschreven welke klachten de patiënt heeft, welke symptomen er zijn, welke diagnose er is gesteld, de patiënt krijgt soms een advies, soms een verwijzing, soms wordt een medicament voorgeschreven, soms wordt er een (kleine) ingreep uitgevoerd.

**SOEP-notering**

De methode die goed past bij om op te schrijven wat van belang is van zo’n contact heet de **SOEP-notering**. Elke letter van de SOEP staat voor een aspect van het contact met de patiënt.

**S** is Subjectief: bevat de klacht(en) en hulpvraag van de patiënt en de verkregen anamnestische gegevens.

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

**E** is Evaluatie: bevat indien mogelijk de diagnose en anders de belangrijkste klacht(en).

**P** is Plan: bevat datgene wat er gaat gebeuren, bijv. een verwijzing naar de specialist, het voorschrijven van een geneesmiddel. Verder dient hier te worden vastgelegd wat met de patiënt is besproken (de verstrekte voorlichting) of afgesproken, bijv. indien na 3 weken geen verbetering een afspraak maken.

**Overzicht – wat hoort waar in het EPD**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens** | **Plaats** |
| **Klachten, ziekten en aandoeningen** | Episodes en episodelijst |
| **Operaties en belangrijke behandelingen** | Behandelingen |
| **Contactgegevens voor nieuwe of bestaande klacht** | Deelcontact (= Journaal) |
| **Voorschrijven en het voorschriftenoverzicht** | Medicatie |
| **Aanvragen en resultaten van aanvullend onderzoek\*** | Diagnostiek |
| **Verwijzen en resultaten van verwijzingen** | Correspondentie |
| **Contextuele informatie** | Additioneel  |

\* aanvullend onderzoek:

* Ook aanvullend onderzoek in de eigen praktijk verricht (bijv. Hb) opslaan in diagnostiek!
* Beeldvormend (Röntgen, Echo) onderzoek komt in orrespondentie.

**Deelcontact**

We spreken van een **deelcontact** als het gaat om de gegevens van één gezondheidsprobleem op één moment. Dat gezondheidsprobleem, bij voorkeur in de bewoordingen van de huisarts, wordt de naam van de **episode** en daaraan gekoppeld komt een passende **ICPC-code**.

Als een patiënt met 2 gezondheidsproblemen het spreekuur bezoekt dan leggen we dat vast in twee deelcontacten (elk met gebruikmaking van SOEP-notering). Er zijn dan ook 2 episoden!

Als de patiënt later met hetzelfde gezondheidsprobleem weer komt, dan komt er een 2e deelcontact, vervolgens een 3e, enz. De episode bestaat dan uit de verzameling van deelcontacten betreffende dat ene gezondheidsprobleem chronologisch in de tijd.

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

**Episode**

Een episode biedt goed inzicht in het beloop van één gezondheidsprobleem, mits ook alle voorgeschreven medicatie, aanvragen en uitslagen van onderzoeken, verwijs- en specialistenbrieven er aan **gekoppeld** worden.

Indien Episode Gericht Registreren (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.

Sommige gezondheidsproblemen zijn zo belangrijk dat ze altijd boven aan de lijst te zien moeten zijn; dit zijn de zogenaamde **episodes ‘met attentiewaarde’**. N.B. voor episode met attentiewaarde wordt ook wel de term probleem gebruikt.

Een episode heeft attentiewaarde, als het gaat om:

- chronische problemen (>6 maanden);

- recidiverende problemen (vier zorgepisodes per half jaar).

Er is een lijst van ICPC-codes met attentiewaarde, op deze lijst staan 122 ICPC-codes. Deze lijst is bedoeld als een hulpmiddel.

Bij EGR is het niet noodzakelijk om op bij ieder volgend deelcontact weer de E-regel in te vullen. 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 evt. ook nieuwe ICPC–code in te voeren. In alle andere gevallen is de episodenaam al aanwezig.

Een episode is **open** of **afgesloten**. Een open episode is een gezondheidsprobleem dat actueel is, waarvoor zorg wordt verleend. Wanneer een gezondheidsprobleem niet meer actueel is of geen zorg meer behoeft, kan de huisarts de episode afsluiten. Soms sluit het HIS een episode na een bepaalde tijd niet meer geopend te zijn. Zo nodig kan een dergelijke episode weer heropend worden.

**Episodelijst**

De episodelijst toont alle episodes van één patiënt met hun. Episodes met attentiewaarde worden boven­aan de episodelijst getoond.

Bij het werken met een episodelijst ligt 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.