

Eerste ervaringen met episodegewijs registreren

Een aanzet tot praktische richtlijnen

M.W.M. DE WAAL
J.M.H. DE VROOMEN
J.M.T. OLTHTEN
ET AL.

De Waal MWM, De Vroomen JMH, Oltheten JMT, Huyts JCPM, De Bock GH, Springer MP. **Eerste ervaringen met episodegewijs registreren. Een aanzet tot praktische richtlijnen. Huisarts Wet 1999;42(3):101-6.**

Inleiding Vanaf 1997 kunnen de 18 huisartsen uit het Leidse registratienetwerk RNUH-LEO episodegewijs registreren. Hierdoor is het mogelijk om in het HIS contacten met bijbehorende verrichtingen te koppelen aan diagnoses. Tevens krijgt de huisarts een episodelijst gepresenteerd. Voor uniform gebruik zijn richtlijnen opgesteld aan de hand van interviews en interne en externe discussies. De problemen die zich kunnen voordoen bij het volgen van deze richtlijnen zijn geïnventariseerd.

Resultaten Episodegewijs registreren in de dagelijkse praktijk werd positief beoordeeld. Tijdswinst was er niet direct, wel meer overzicht in het medisch dossier. Er werden negen richtlijnen opgesteld, waarvan twee onder voorbehoud. De volgende probleemgebieden werden geïnventariseerd: de medisch inhoudelijke zienswijze, het aantal te verrichten handelingen, de sturing door medisch handelen, het 'koppelprobleem' en de relatie tussen episoden en problemen.

Conclusie Episodegewijs registreren is haalbaar voor de praktisch ingestelde huisarts. Daartoe is echter belangrijk dat ook de medisch-inhoudelijke motivatie achter de richtlijnen goed wordt uitgelegd. Voor verdere ontwikkelingen is discussie op landelijk niveau onontbeerlijk.

Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.

mw.drs. M.W.M. de Waal, epidemioloog;

J.M.H. de Vroomen, destijds coassistent

geneeskunde; J.M.T. Oltheten, huisarts;

J.C.P.M. Huyts, huisarts (PharmaPartners,

Oosterhout); dr. G.H. de Bock, epidemioloog;

prof.dr. M.P. Springer.

Correspondentie: mw.drs. M.W.W. de Waal; e-mail

M.W.M.de_Waal@GenPractice.MedFac.LeidenUniv.nl.

Inleiding

Hoewel de plaats van de computer in de huisartspraktijk nog weleens ter discussie wordt gesteld,¹ lijkt het automatiseringsproces onomkeerbaar. Wat begon als een hulpmiddel bij de financiële administratie en het herhalen van recepten, is uitgegroeid tot een volledig medisch verslagleggingssysteem. Het sterk toegenomen gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) dwingt tot nadenken over de structuur van verslaglegging en registratie in dit dossier.² Daarbij moet in beginsel rekening worden gehouden met drie toepassingsmogelijkheden: patiëntenzorg, toetsing op kwaliteit en wetenschappelijk onderzoek.³

Vanuit de beroepsgroep wordt de vormgeving van huisartsinformatiesystemen gestuurd door middel van 'referentiemodellen': een gedetailleerde beschrijving van de functionele en inhoudelijke eisen waaraan een huisartsinformatiesysteem (HIS) behoort te voldoen. Twee fundamentele uitgangspunten zijn: bestaande papieren registraties moesten overgenomen kunnen worden, en de inhoud moest voldoen aan de richtlijnen van de NHG-Standaard Medische Verslaglegging.⁴ Dit resulteerde in een EMD met twee pijlers:

- probleemgeoriënteerd registreren;
- een volgens het SOEP-systeem gestructureerde journaalregistratie.

In het referentiemodel van 1995 werd tevens het gebruik van episodegewijs registreren opgenomen. Episodegewijs registreren is een concept om *alle* gegevens in het EMD te ordenen, dus niet alleen de gegevens van de gezondheidsproblemen op de probleemlijst. De essentie is dat gegevens die medisch-inhoudelijk met elkaar te maken hebben, ook in het dossier aan elkaar zijn gekoppeld.⁵

In de praktijk leek episodegewijs registreren voorsnag voorbehouden aan registratiesystemen, zoals het Transitieproject.⁶ Het eerste HIS waarin episodegewijs registreren mogelijk werd gemaakt, was MicroHIS. Hiervan wordt gebruik gemaakt door het Registratie Netwerk Groningen.⁷ Sinds 1997 is episodegewijs registreren ook mogelijk in Medicom (versie

97.1). De huisarts die episodegewijs registreert, kan niet alleen het gebruikelijke overzicht van alle consulten in beeld krijgen, maar ook een door de computer gegenereerd overzicht van episodetitels – de episodelijst.

De plaats van de probleemlijst bij gebruik van episodegewijs registreren is onderwerp van discussie.⁸ Het NHG propageert een 'hiërarchische structuur' tussen episodelijst en probleemlijst, waarbij (deel)contacten op twee achtereenvolgende niveaus geordend worden: een groep (deel)contacten kan onder één episode hangen, en een groep episoden kan weer onder één probleem hangen. In Medicom is gekozen voor een 'platte structuur': er bestaat één overzichtslijst – de episodelijst –, waarbij men aan een episode de status van probleem kan toekennen. In feite bestaat dus ook hier een hiërarchie, en is het mogelijk alleen de problemen te selecteren en die op het scherm te tonen of op te nemen in een verwijsbrief.

In *figuur 1* is het verschil tussen probleemgeoriënteerd registreren en deze twee structuren schematisch weergegeven. *Figuur 2* laat zien hoe de computerschermen er in Medicom uitzien, en welke keuzen het programma reeds voor de gebruiker maakt, zodat episodegewijs registreren gebruiksvriendelijker wordt. Zo worden sommige ziektebeelden in de episodelijst altijd als een probleem gemarkeerd, conform het algoritme van *Veltman*.⁹

Huisartsen en onderzoekers verbonden aan het Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken (RNUH-LEO) keken reeds lang uit naar deze ontwikkeling. De huisartsen hoopten door gebruik van episodegewijs registreren meer overzicht en structuur in hun EMD's te krijgen, de onderzoekers hoopten betere relaties tussen gegevens te vinden (in plaats van die achteraf te moeten construeren). Om uniform gebruik te realiseren, zijn echter richtlijnen noodzakelijk. Om dergelijke richtlijnen te ontwikkelen werd geïnventariseerd hoe de deelnemers aan het RNUH-LEO het episodegewijs registeren ervoeren en gebruikten.

Hierbij werd gebruik gemaakt van een interview met casus. Mede aan de hand van de uitkomsten werden vervolgens richtlijnen opgesteld (*kader* op pag. 105). Daarna werd nagegaan welke problemen zich kunnen voordoen bij het volgen van deze richtlijnen. De vraagstelling van dit artikel luidt: welke problemen kunnen zich voordoen bij het volgen van de door ons geformuleerde richtlijnen voor episodegewijs registreren?

Methode

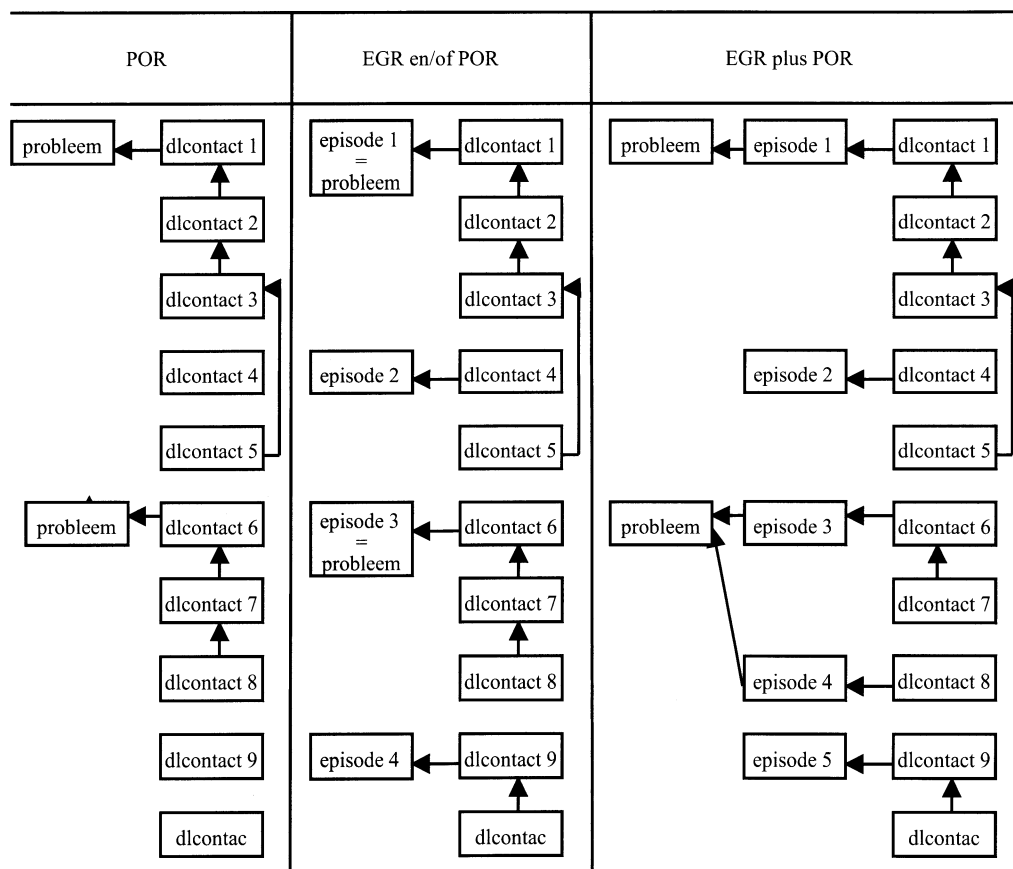
Het onderzoek vond plaats in 1997 onder de achttien huisartsen die deelnamen aan het RNUH-LEO. Tien van hen (werkzaam in twee gezondheidscentra) waren sinds januari 1997 betrokken bij het testen van de pilot-versies van episodegewijs registreren binnen Medicom; de andere acht (zes in een gezondheidscentrum en twee in een duopraktijk) gebruikten episodege-

wijs registreren pas sinds enkele weken.

Alle huisartsen werden geïnterviewd door de tweede auteur. Het interview bestond uit een vragenlijst over de ervaringen met episodegewijs registreren, 12 papieren casus en een demonstratiepatiënt. Aan het eind van het interview werd de huisarts gevraagd een patiënt met complex ziektebeeld (hartfalen) te demonstren uit zijn HIS.

Op grond van de resultaten van het in-

Figuur 1 Schematische weergave van de mogelijke relaties tussen deelcontacten ('dlcontact') in het medisch journaal, de probleemlijst en de episodelijst



Probleemgeoriënteerde registratie (POR)

Sommige deelcontacten zijn niet gekoppeld aan een probleem en hebben dus geen ordening. Er is één overzichtsjijst, de probleemlijst.

Episodegewijs registreren – platte structuur

Alle deelcontacten zijn gekoppeld aan een episode of een probleem. Er is één overzichtsjijst, de episodelijst, waar problemen episodes zijn met een bijzondere status.

Episodegewijs registreren – hiërarchische structuur

Alle deelcontacten zijn gekoppeld aan een episode. Episoden kunnen op hun beurt weer gekoppeld zijn aan een probleem. Er zijn twee overzichtsjijsten, de episodelijst en de probleemlijst.

Figuur 2 Praktische uitvoering episodegewijs registreren binnen het Medicom (versie 97.1)

Schermschijf medisch journaal, chronologisch op datum

Medisch journaal					
Datum	S	Omschrijving	Akt	Icpc	E/P/C
060898	S	dikke voet verwonding scheenbeen na val			*19 C
	O	oedeem +, varices ++, pulsaties -			*19 C
	E	Gezwellen enkels/enkeloedeem		K07	*19 C
	P	kous			*19 C
180698	P	R/100st diparacof 2/500/25mg (4.1T)	REC		R
200598	O	Laboratorium-uitslag	LAB		*18 AD
	P	R/25st atarax tabl omh 25mg (1.1)	REC		*18 AD
150598	S	nog steeds jeuk en steken, trekt nu naar de nek			*18 C
	O	krabeffecten, verder gb, erg droge huid			*18 C
	P	lanette,	HAL		*18 C
070498	S	nog veel jeuk			*18 C
	O	wat korstjes en schilfers			*18 C
	P	R/15 g cremor hydrocortison 10mg/g (2.DSM)	REC		*18 C
190398	P	R/50 g mobilat hydrofiele creme (2.D)	REC		R
120398	O	130/80 irr			**7 C
[n.akt-v.g.-oproep-ci] -					
N/A:Nieuw,W,R,V,I,M:Markeer *:Blok Z:Zoeken H:Historie ?:Aanvullend F12:Journaal					

Schermschijf episodelijst (over medisch journaal heengelegd)

Medisch journaal					
Datum	S	Omschrijving	Akt	Icpc	E/P/C
060898	S	dikke voet verwonding scheenbeen na val			*19 C
	O	oedeem +, varices ++, pulsaties -			*19 C
	E	Gezwellen enkels/enkeloedeem		K07	*19 C
Episodelijst [Actief]					
1 060898		Gezwellen enkels/enkeloedeem	060898	K07	*19
2 200598		Andere sensibiliteitsklachten DD herpes zoster?	040398	N06.1	*18
3 120398 p		Acuut myocard infarct	100993	K75	**7
4 071197		Otitis externa	150897	H70	f*17
5 040797		erysipelas re knie	170697	S76.1	f*16
6 230597 p		Schouder syndromen/phs	000000	L92	f*10
7 010497 p>		CATARACT	031192	F92	**5
8 240297 p>		Benigne prostaat hypertrofie	120195	Y85	f**9
9 060594 p>		Coxarthrosis li	111193	L89	f**8
F9:Acties F4:Probleemlijst O:Overig C:Chronologisch P:Privacy F:Form X:Prot.					
[n.akt-v.g.-oproep-ci] -					

Algemene procedure

- De naam waarmee de episode op de episodelijst komt, wordt automatisch gevormd door de E-regel. Dit is in principe dus de (werk)diagnose van de ziekte of klacht. De volgorde van de episodelijst wordt bepaald door de contactdatum, waarbij de episode waarin het meest recent geregistreerd is, bovenaan staat.
- Alle acties horen aan een episode gekoppeld te worden. Tijdens het invoeren geeft de computer de keuze of de informatie moet worden aangevuld aan een reeds bekende episode of ondergebracht in een nieuw aan te maken episode, of geen episode. Herhalingsrecepten vormen hierop een uitzondering, zodat de huisarts en assistenten niet bij ieder herhalingsrecept opnieuw de vraag krijgen bij welke episode moet worden aangevuld. Het streven is dat alle herhalingsrecepten voor zover het de chronische medicatie betreft uiteindelijk handmatig gekoppeld worden.
- Episoden blijven in principe tot 15 maanden na het laatste deelcontact op de episodelijst staan, daarna verhuizen ze naar de inactieve episodelijst tenzij de huisarts ze als een probleem markeert.
- Een aantal ziektebeelden op de episodelijst worden altijd door de computer als een probleem gemarkeerd aan de hand van ICPC-codes.

terview en de handleiding van Medicom¹⁰ werden praktische richtlijnen opgesteld. Deze werden zodanig geformuleerd dat zij ook bruikbaar zouden zijn bij een hiërarchische structuur tussen probleemlijst en episodelijst.

De richtlijnen en de resultaten van de interviews werden voorgelegd aan diverse inhoudsdeskundigen: na interne en externe discussie werden nog enkele wijzigingen aangebracht (zie *kader*).

Om te inventariseren welke problemen zich zouden voordoen bij gebruik van de richtlijnen, zijn de uitkomsten van het interview vergeleken met de richtlijnen. Per casus werd gekeken hoeveel huisartsen episodegewijs registreren volgens de richtlijn gebruikt hadden.

Resultaten

De ervaringen van de huisartsen met episodegewijs registreren zijn weergegeven in de *tabel*. Het volledige verslag van de interviews met een beschrijving van de casus is op te vragen bij de auteurs.¹¹

Bij het evalueren van de richtlijnen werden diverse probleemgebieden geïdentificeerd. Ter illustratie worden enkele casus en antwoorden uit de interviews geciteerd.

Medisch-inhoudelijke zienswijze

Afhankelijk van de opvatting van de huisarts over de etiologie besluit hij of er al dan niet sprake is van één of meer deelcontacten (richtlijn 1). Ook bij benoeming van episoden of problemen speelt dit een rol (richtlijnen 2, 4 en 6).

Een vrouw, 44 jaar, komt met klachten van benauwdheid en is bang voor haar hart. Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek zijn hartklachten vrijwel zeker uitgesloten en berust de benauwdheid waarschijnlijk op hyperventilatie als symptoom van een paniekstoornis.

Alle achttien huisartsen zouden het deelcontact registreren onder de bestaande episode met als episodenaam: hyperventilatie (8×), paniekstoornis (4×), angst voor hart (1×), benauwdheid (2×); drie huisart-

sen konden op basis van de casus niet kiezen tussen de beschreven varianten.

Aantal te verrichten handelingen

Ook al is er een medisch-inhoudelijke motivatie voor een richtlijn die zowel de huisarts als de onderzoeker aanspreekt, het aantal vereiste handelingen kan de haalbaarheid belemmeren (richtlijnen 5 en 7).

Een meisje, 3 jaar, maakte in februari 1997 een twee weken durende periode van nachtelijk hoesten door. In juli 1997 heeft zij opnieuw last van nachtelijk hoesten. Tussendoor was het meisje klachtenvrij.

Tien huisartsen zouden een nieuwe episode aanmaken (volgens richtlijn 5); acht huisartsen zouden het deelcontact toevoegen aan de bestaande episode.

Sturing door medisch handelen

Gezien de haalbaarheid in de praktijk is bij het opstellen van de richtlijnen gekozen voor een sturing door (veranderingen in) medisch handelen. Het is belangrijk de beperkingen voor wetenschappelijk onderzoek (zoals ook bij een kaartenbakonderzoek gelden) te erkennen. Zo zullen niet alle bijwerkingen van een geneesmiddel vermeld worden – een beperking voor postmarketing-onderzoek (richtlijn 7).

Een vrouw, 35 jaar, komt twee maanden nadat ze de pil kreeg voorgeschreven in verband met dysmenoroe met de mededeling dat ze 5 kilo is aangekomen. Ze weegt nu 74 kg bij een lengte van 1.75 m. Er wordt een andere pil voorgeschreven.

Vier huisartsen zouden de bijwerking van de pil registreren in een nieuwe episode (volgens richtlijn 7); vijf huisartsen zouden een extra episode, anders dan bijwerking, registreren (gewichtstoename, klachten pil, anticonceptie); negen huisartsen zouden het deelcontact toevoegen aan de bestaande episode dysmenoroe.

Het koppelprobleem

Wanneer er een relatie is tussen diverse gezondheidsproblemen, vinden verrichtingen door huisarts en assistente niet ten behoeve van één specifiek probleem plaats. Mogelijk komen hier in de toekomst oplossingen voor, zoals het clusteren van problemen (richtlijn 8 onder voorbehoud).

Een man, 77 jaar, al langer bekend met hypertensie, blijkt tijdens een diabetescontrole een zodanig hoge tensie te hebben (200/110 mmHg) dat je besluit zijn antihypertensiva op te hogen.

Alle achttien huisartsen zouden de bloeddrukmeting en de medicatieverandering onder de episode hypertensie registreren (volgens richtlijn 8 onder voorbehoud); negen huisartsen zouden de bloeddrukmeting ook onder de episode diabetes registreren; één huisarts zou de episoden hypertensie en diabetes aan elkaar koppelen.

Relatie tussen episoden en problemen

De keuze voor een extra deelcontact binnen een bestaand probleem/episode óf nieuwe episode is soms moeilijk te maken, en lijkt soms afhankelijk van inzicht in

Tabel Ervaringen met episodegewijs registreren

	+	+/-	-
<i>Mening gebruik episodegewijs registreren</i>			
Hebt u het gevoel dat u al weet hoe u het programma hoort te hanteren, om goed episodegewijs te registreren?	15	2	1
Voelt u zich zeker t.a.v. uw eigen registraties?	14	–	4
<i>Vergelijking met probleemgeoriënteerd registreren</i>			
Tijd	8	5	5
Overzicht	17	–	1
Inzicht (5 nvt)	12	–	1
Vraagtekens/problemen bij het registreren (3 nvt)	5	8	2

Richtlijnen episodegewijs registreren, RNUH-LEO 1997

Het algemeen uitgangspunt is: 'Beter te veel dan te weinig episoden'.

- 1 Een contact kan uit een aantal deelcontacten bestaan en deze worden dan geregistreerd als (onderdelen van) aparte episoden.*
- 2 Codeer de episode met de ICPC 'at a true level of understanding': codeer niet hoger dan je waar kunt maken. Bijvoorbeeld: E 'maagpijn (ulcus?)', ICPC D02.†
- 3 Elke registratie in het elektronisch medisch dossier wordt gekoppeld aan de bijbehorende episode, zoals recepten, correspondentie en uitslagen.
- 4 Wanneer binnen een episode de werkhypothese verandert, verandert ook de episodenaam (transitie).
- 5 Recidiverende aandoeningen met ziektevrije intervallen worden iedere keer als nieuwe episode geregistreerd, tenzij het aantal recidives zo groot wordt dat de behandeling daarom verandert (zie ook 6).
- 6 Een episode wordt een probleem wanneer het betreffende gezondheidsprobleem gedurende langere tijd of in ernstige mate consequenties heeft voor de functionele toestand van de patiënt en/of de prognose. Het gaat hier dus om:
 - chronische problemen (langer dan 6 maanden);
 - permanente problemen (problemen waarbij geen volledig herstel wordt verwacht);
 - problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt;
 - frequent optredende tijdelijke problemen (frequent recidiverende aandoeningen).
- 7 Bijwerkingen van een geneesmiddel zijn aparte episoden, als er consequenties voor de klinische zorg aan worden verbonden, zoals het stoppen of wijzigen van de medicatie, of het voorschrijven van een middel tegen de bijwerking.‡

Onder voorbehoud

- 8 Bij complexe ziektebeelden – zoals cardiovasculaire ziekten, waar angina pectoris, myocardinfarct en decompensatio cordis op elkaar volgen – staan deze gezondheidsproblemen alle apart op de episodelijst (c.q. probleemlijst). Registraties worden vervolgens toegevoegd aan de meest *relevante* episode.
- 9 Wanneer gebeurtenissen naar aanleiding van een probleem *niet* een permanent andere zorg vragen naast de gebruikelijke zorg bij het probleem, is geen sprake van een nieuwe episode. Dat geldt bijvoorbeeld bij controles, onregelingen en exacerbaties. Dit is ook het geval bij gemetastaseerde kanker, waarbij in feite een transitie van het probleem (episodenaam) is opgetreden (bijvoorbeeld borstkanker → gemetastaseerd borstkanker).
Wanneer gebeurtenissen naar aanleiding van een probleem *wel* een permanent andere zorg vragen naast de gebruikelijke zorg bij het probleem, is sprake van een nieuwe episode. Dat geldt bijvoorbeeld bij complicaties (zoals retinopathie ten gevolge van diabetes). Dit kan ook het geval zijn bij metastasen van kanker, waardoor twee (ziekte- en zorg)processen naast elkaar gaan lopen (bijvoorbeeld epilepsie ten gevolge van hersenmetastasen bij longkanker).

* Een contact is elke vorm van contact van een praktijkmedewerker met of over een patiënt. Een deelcontact wordt gevormd door alle gegevens van een contact betreffende één gezondheidsprobleem.

† Het toekennen van een harde diagnose voordat deze geverifieerd is, zal ook door het HIS zelf 'afgestraft' worden, omdat het coderen vervolg-acties oproept, zoals het toekennen van een oproep voor influenzavaccinatie of het toevoegen van contra-indicaties voor de medicatiebewaking.

‡ Maak een episode A85 aan met vermelding van geneesmiddel en de klacht. Voeg tevens onder de geneesmiddelbewaking een contra-indicatie of intolerantie toe.

etiologie (richtlijn 9 onder voorbehoud). Bij een platte structuur, waarbij binnen een probleem wel contacten maar geen episoden te onderscheiden zijn kan/behoefte de huisarts minder keuzen te maken.

Een vrouw, 54 jaar, bekend met mammacarcinoom, komt vertellen dat er op de echo waarschijnlijk levermetastasen zijn gezien.

Vijftien huisartsen zouden de metastasen onder de episode mammacarcinoom zetten; van hen zouden elf huisartsen de episodenaam veranderen in gemetastaseerd mammacarcinoom (volgens richtlijn 9 onder voorbehoud); drie huisartsen zouden de metastasen in een nieuwe episode registreren.

Een man, 60 jaar, krijgt een epileptisch insult als gevolg van hersenmetastasen bij een longcarcinoom.

Tien huisartsen zouden het insult onder een aparte episode registreren (volgens richtlijn 9 onder voorbehoud); acht huisartsen zouden het insult onder de bestaande episode (probleem) registreren.

Beschouwing

Het episodegewijs registreren in de dagelijkse praktijk werd positief beoordeeld. Episodegewijs registreren gaf een beter overzicht van de steeds groeiende hoeveelheid medische gegevens, maar leverde voor een meerderheid van de huisartsen geen tijdswinst op.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij huisartsen die participeren in een universitaire netwerk, en dus meer dan algemene belangstelling hebben voor onderzoek en het gebruik van (gegevens uit) het HIS voor onderzoek. Uit de interviews bleek dat de haalbaarheid van sommige richtlijnen ook voor hen moeilijk zal zijn. Op een moment van hoge werkdruk hangt de manier van registreren nu eenmaal sterk samen met het aantal te verrichten handelingen. Wil men huisartsen op grote schaal motiveren om episodegewijs te gaan registreren, dan is het belangrijk dat de medisch-inhoudelijke verantwoording goed wordt uitgelegd.

In Medicom is door de programmama-

kers (in nauw overleg met huisartsen) reeds een aantal keuzen gemaakt, bedoeld om de overgang naar deze nieuwe registratievorm te vergemakkelijken. De keuze voor de platte structuur tussen episoden en problemen heeft er zeker aan bijgedragen dat de overgang gemakkelijk verliep. Een tweede keuze is dat sommige ziektebeelden in de episodelijst automatisch als probleem worden gemarkeerd. Of de lijst ICPC-codes, die hiervoor wordt gebruikt, voldoet moet nog nader worden uitgezocht.

De overgang van probleemgeoriënteerd naar episodegewijs registreren heeft ook consequenties voor het werk van de praktijkassistente. Uitslagen en brieven moeten aan de juiste episode gekoppeld worden. Als de huisarts nergens in het journaal melding heeft gemaakt van een laboratoriumaanvraag of verwijzing, moet de assistente zelf kunnen beslissen of iets bij een vorige episode hoort, of dat er een nieuwe episode moet worden aangemaakt. Een tussenoplossing is dat de huisarts dit bij de verwerking van de post zelf aan geeft. In ons onderzoek bleek dat de consequenties voor het werk van de assistente samenhangen met de mate waarin zij voorheen zelfstandig in het HIS werkte. Het is belangrijk dat er vooraf goede afspraken worden gemaakt. Zo stelde één gezondheidscentrum een protocol op voor het verwerken van urine-uitslagen, waarin onder andere het aanmaken van een nieuwe episode cystitis of mictieklachten of het aanmaken van een probleem recidiverende cystitis beschreven staat.

Gebruik van episodegewijs registreren is de eerste stap tot het gebruik van de eigen registratie voor toetsing van de kwaliteit van zorg. Pas wanneer verrichtingen gekoppeld zijn aan diagnoses, kan daadwerkelijk toetsing plaatsvinden. Dat code-

ring hier een cruciale rol bij speelt, moge duidelijk zijn. Wanneer de huisarts zo ver is dat toetsing van eigen zorg mogelijk is, zal gebruik voor wetenschappelijk onderzoek een relatief kleine stap zijn. Uniformiteit is hierbij een sleutelwoord, waarbij discussie op landelijk niveau onontbeerlijk is.

Literatuur

- 1 Smolders M. Ode aan de groene kaart [ingezonden]. Huisarts Wet 1998;41:252.
- 2 Van der Werf GTh. Probleemlijst, SOEP en ICPC. Huisarts Wet 1996;39:265-70.
- 3 Van Duijn NP, De Maeseneer, J. Registreren, classificeren, automatiseren, communiceren, analyseren... [Commentaar]. Huisarts Wet 1996; 39:257-9.
- 4 Westerhof HP, redactie. Automatiseren in de huisartspraktijk, deel-II. De toepassing van het elektronisch patiënten dossier. Utrecht: NHG, 1994.
- 5 Westerhof HP, Van Althuis TR. De zorgepisode als basisstructuur in de nieuwe generatie huisartsinformatiesystemen. Huisarts Wet 1998;41: 515-9.
- 6 Lamberts H, Oskam SK, Hofmans-Okkes IM, et al. Episodegegevens uit het Transitieproject op diskette. De gebruiksmogelijkheden van 'Trans'. Huisarts Wet 1994;37:421-6.
- 7 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts: over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen: Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, 1998.
- 8 Brouwer HJ. Probleem of episode? Bijblijven 'huisarts en automatisering' 1997/13/4.
- 9 Veltman MTM. Huisartsgeneeskundige zorgepisoden: analyse van een zevenjaarsbestand. Lelystad: MediTekst, 1995.
- 10 Huyts JCPM. Handleiding HIS Medicom 1997. Oosterhout: PharmaPartners, 1997.
- 11 De Vroomen JMH. Episode gewijze registratie: een inventarisatie van een nieuwe manier van registreren in de praktijken van het RNUH-LEO. Leiden: LUMC afdeling huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde, 1997. ■

Abstract

De Waal MWM, De Vroomen JMH, Oltheten JMT, Huyts JCPM, De Bock GH, Springer MP. First experiences with episode oriented registration. A start to practical guidelines. Huisarts Wet 1999; 42(3):101-6.

Introduction In 1997 episode oriented registration was introduced in the electronic patient record of the Leiden Family Practice Network (RNUH-LEO). This makes linking encounters and interventions with diagnoses possible. Practical guidelines for this type of registration were developed by means of interviews and internal and external discussions. We listed problems that were encountered by the participating 18 GPs while carrying out these guidelines.

Results Episode oriented registration in daily practice was evaluated positively by the GPs. Compared to problem oriented registration no time was gained. On the other hand, episode oriented registration provides a better overall picture and thus gives more insight in patient records. Nine guidelines were drawn up, two of which were provisional. When using these guidelines the following problems were encountered: etiological concepts, number of 'keyboard' actions, guidelines linked to (changes in) therapeutic actions, the linking-problem with multiple health problems, and the relation between episodes and health problems.

Conclusion Episode oriented registration is feasible for the pragmatic GP. The use of this method is the first step towards evaluating quality of care: only when interventions are linked to diagnoses real evaluations can take place. For further implementation it is important that the motivation behind the guidelines is made clear.

Correspondence ms. M.W.W. de Waal, MA, Department of General Practice, Leiden University, PO Box 2088, 2301 CB Leiden, Netherlands; email

M.W.M.de_Waal@GenPractice.MedFac.LeidenUniv.nl.