

IKSOEP: past de SOEP nog bij deze tijd?

Het gestructureerd vastleggen van patiëntcontacten in het huisartsinformatiesysteem (HIS) heeft ons veel gebracht. We behouden gemakkelijker het overzicht en ontdekken sneller een rode draad of dwarsverband in de medische levensloop van een patiënt door de duidelijke structuur en het clusteren van verwante contacten in episodes. Het HIS faciliteert adequate gegevensuitwisseling en is inmiddels een basiskwaliteitsnorm volgens de keurmerken. Ook de tuchtrechter wijst geregeld op het belang van goede dossiervoering, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen hetgeen de patiënt vertelt (Subjectief) en de bevindingen van de huisarts (Objectief), gevolgd door een duidelijke (differentiaal)diagnose met overwegingen (Evaluatie) en een beleid (Plan) – de SOEP-structuur.

DE INGANGSKLACHT (I)

De gezondheidszorg verandert. Bij het maken van afspraken met de patiënt vindt triage plaats. De assistente vraagt de klacht uit en beoordeelt de reden van komst: de ingangsklacht (I). Deze triagegegevens moeten aan het consultverslag van de huisarts (en de daarbij geformuleerde episode) worden gekoppeld. De huidige inrichting van de HIS-sen ziet deze echter als een apart (deel)contact, waardoor het koppelen van deze informatie omslachtig is en gemakkelijk achterwege blijft. Een tweede fenomeen is dat het initiatief voor een patiëntcontact steeds vaker uitgaat van de huisartsenpraktijk of andere hulpverleners binnen de ketenzorg. Denk aan het begeleiden van patiënten met chronische ziekten, aan polyfarmaciespreken of aan multidisciplinaire overleggen. Aanleiding, aard en verloop van dit soort patiëntcontacten verschillen van het klassieke consultformat. Dat vraagt om een andere manier van registreren.

DE KERN VAN HET CONSULT (K)

Sinds jaar en dag wijzen de huisartsopleidingen op het nut van het uitvragen en expliciteren van de hulpvraag. Deze geeft richting aan het consult en het beleid. Bij de consultevaluatie wordt bekeken of de hulpvraag afdoende is beantwoord. De hulpvraag is een instrument om patiënttevredenheid te vergroten, het consult doelgerichter te laten verlopen én een middel om het beleid te kunnen verantwoorden. De hulpvraag kan het afwijken van het (NHG-)‘Standaard’-beleid rechtvaardigen. De hulpvraag markeert de kern (K) van het consult. In een klassiek consult kan deze op het eind van de S-regel worden geplaatst. Bij de nieuwe consultvormen is dit lastiger. Denk daarbij aan het evalueren van behandeldoelen bij chronische ziekten en zelfmanagementprogramma's. De kern wordt dan niet meer bepaald door de hulpvraag alleen, maar ook door de doelen van de huisarts of praktijkondersteuner,

die voortkomen uit de zorgprotocollen van de DBC en de in eerdere contacten gemaakte afspraken. Zulke patiëntcontacten kennen een andere agendasetting.

VAN SOEP NAAR IKSOEP

Ik zie aanleiding om een tweetal regels aan het journaal toe te voegen: ingang (I) en kern (K) van het consult. S-O-E-P wordt dan: I-K-S-O-E-P. Belangrijk element is dat de IKSOEP-regels als één geheel worden gegroepeerd in het journaal, ook als deze regels niet op hetzelfde moment (of dezelfde dag) zijn ingevuld.

De I-regel bevat bij nieuwe klachten het telefonisch triageverslag. Bij vervolcontacten of chronische zorgprogramma's staat hier de aanleiding, bijvoorbeeld: 'Controle na pneumonie', 'Derde driemaandelijke controle diabetes' of 'Evaluatie nieuwe bloeddrukmedicatie'. Een podotherapeut kan dan noteren: 'Beoordeling drukplekken in het kader van DM2'. Kenmerk van de I-regel is dat de ingang/aanleiding al bij het plannen van de afspraak wordt geformuleerd én dat deze regel dus gedateerd kan worden op een andere datum dan het geplande patiëntcontact. Ook als de afspraak (ruim) tevoren wordt gepland, blijft de inhoudelijke samenhang bewaard.

De K-regel bevat bij nieuwe klachten de geëxpliciteerde hulpvraag ('Heb ik kanker?') of doelvraag ('Kan ik een antibioticum krijgen?') of 'Verzoek machtiging incontinentiemateriaal'). Bij vervolcontacten staat hier de evaluatie binnen het zorgplan (bijvoorbeeld 'Bloeddruk op streefwaarde?') of het doel van de huisarts als die de initiator was (bijvoorbeeld bij een polyfarmaciesprekuren 'Stoppen benzodiazepine bespreken').

NUTTIG?

Goede verslaglegging is geen doel op zich, maar moet ten dienste staan van de praktijkvoering.

Uiteraard leidt het consequent gebruik van IKSOEP in plaats van SOEP tot twee extra regels per patiëntcontact in het toch al uitdijende journaal. Het globale overzicht lijkt daarvoor wellicht juist beperkt te worden. Toch denk ik dat dit wel zal meevallen. Het is zeker niet altijd nodig om alle regels in te vullen (net als nu al geldt voor SOEP). Voor een deel gaat het om een verschuiving, geen toevoeging. Het samenvoegen van de triage van de assistente en het consultverslag van de huisarts leidt tot (tijd)winst. De IKSOEP-structuur biedt naar mijn mening de vrijheid van een overzichtelijke registratie van meer verschillende soorten patiëntcontacten. Een duidelijker agendasetting maakt de patiëntcontacten efficiënter. Ook als meer disciplines met verschillende manieren van werken in hetzelfde dossier hun verslagen noteren, blijft helder wie wanneer wat heeft genoteerd en waarom. ■