

IKSOEP? Laten we even roeren voor we gaan eten

Collega Norg onderstreept het belang van het SOEP-systeem, maar geeft ook aan dat het hoog tijd is voor uitbreiding. Reden: de gezondheidszorg verandert en dit zorgt voor nieuwe informatie die niet in de SOEP-structuur past. Hij stelt voor om de SOEP-structuur uit te breiden met twee regels, namelijk een I-regel voor het noteren van de Ingangsklacht, de reden van komst of de aanleiding voor het consult, en met een K-regel voor de Kern van het consult, het doel of de hulpvraag. Het is echter de vraag of dat een verbetering is.

VOORGESTELDE OPLOSSING NIET OPTIMAAL

Norg heeft zeker een punt, en daarbij heeft hij het nog niet eens over door de patiënt ingevoerde informatie (e-consult of online afspraak), maar zijn oplossing is niet optimaal. De informatie die opgeslagen zou moeten worden in de I- en K-regels is niet eenduidig: de registratie van Subjectieve (wat de patiënt beschrijft) en Objectieve (wat de huisarts vindt) gegevens loopt door elkaar. Norg geeft zelf aan dat dit onderscheid ook voor de tuchtrechter belangrijk is. In zijn voorstel gaat de I-regel de ingangsklacht bevatten, die bepaald kan zijn door de assistente aan de telefoon, door de huisarts of praktijkassistente tijdens het consult of, doorredenerend, door de patiënt bij het maken van een online afspraak. Ook zou het triageverslag van de assistente bij de I-regel moeten worden genoteerd. De K-regel kan de hulpvraag bevatten, zoals de huisarts die destilleert uit wat de patiënt hem vertelt, of zoals de patiënt deze intypt bij een online consult, maar kan ook het doel van het consult bevatten, zoals bloeddruk of streefwaarde bij een CVRM-controle. Samenvattend: verschillende typen informatie, subjectief en objectief, verkregen uit verschillende bronnen, worden hier gecombineerd. Dit is vanuit ict-perspectief onwenselijk.

WELKE INFORMATIE KUNNEN WE NIET KWIJT?

Er zijn nu geen aparte velden voor: het registreren van de ingangsklacht, de reden van komst, het triageverslag, de hulpvraag, het doel van het consult en het soort patiëntcontact. De SOEP-structuur is echter zodanig globaal van opzet dat deze informatie daar in principe binnen past. Een deel van de huisartsen zal deze informatie ook nu al noteren, maar niet altijd even expliciet, juist omdat er geen aparte velden voor bestaan. Het maken van separate velden voor gegevens is vooral nuttig wanneer er specifiek moet worden gezocht of gefilterd op die informatie of wanneer deze apart moet worden gerapporteerd, bijvoorbeeld in een brief.

INGANGSKLACHT EN SOORT PATIËNTCONTACT

Vanuit dit perspectief kan het nuttig zijn de ingangsklacht en het soort patiëntcontact apart vast te leggen. De ingangsklacht zou dan gecodeerd geregistreerd moeten worden, zodat deze later gerelateerd kan worden aan de gestelde diagnose.

Dit is vooral vanuit wetenschappelijk oogpunt interessant, en voor het verkrijgen van managementinformatie, maar minder voor de dagelijkse zorg. Wat betreft het registreren van het soort patiëntcontact: dit gebeurt nu al door te kiezen voor een C (consult), een TC (telefonisch consult) of een V (visite). Dit lijstje zou eenvoudig kunnen worden uitgebreid met zaken als e-consult, diabetescontrole en polyfarmaciebeoordeling.

Persoonlijk vind ik het zinvol om zo mogelijk vóór het consult informatie te hebben over de reden van komst en/of de ingangsklacht (door triage of door de patiënt ingetypt). Sommige huisartsen zullen echter de voorkeur geven aan het blanco aangaan van het patiëntcontact.

Overigens verwacht men in Engeland dat patiënten hun huisartsendossier binnen een aantal jaren digitaal kunnen inzien en er zelf ook notities in kunnen maken.¹ Hoe huisartsen willen omgaan met door de patiënt ingevoerde gegevens is een persoonlijke keus. Dit geldt ook voor de gegevens die assistentes hebben ingevoerd, bijvoorbeeld via hun eigen korte SOEP-registratie. In het HIS moet het wel duidelijk zijn wie welke informatie heeft ingevoerd, zeker als de patiënt ook informatie intypt.

HULPVRAAG EN DOEL CONSULT

De hulpvraag, die lang niet altijd dezelfde is als de ingangsklacht en soms pas aan het eind van het consult helder wordt, ook voor de patiënt, wordt nu vaak binnen de S-regel genoteerd. Dit systeem functioneert, maar er zijn argumenten om de hulpvraag apart te noteren en daarmee expliciet te verwoorden. Het vastleggen van het doel van het consult zou, als dat nog nodig is wanneer de soorten patiëntcontacten worden uitgebreid, apart moeten gebeuren en niet in één veld met de hulpvraag. In de ADEPD-richtlijn geeft het NHG aan dat programmatische zorg voorlopig in Episodes moet worden opgeslagen en dat voor het vastleggen van het doel van een consult inderdaad nog geen optie beschikbaar is.

Al met al kan ik concluderen dat collega Norg met zijn bijdrage een discussie opstart die nodig gevoerd moet worden. Wat vindt u er eigenlijk van? Reacties zie ik graag tegemoet op de website! ■

LITERATUUR

- 1 <https://www.gov.uk/government/publications/personalised-health-and-care-2020/using-data-and-technology-to-transform-outcomes-for-patients-and-citizens>.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Postbus 7507, 1007 MB Amsterdam; ir. J.W. Sollié, huisarts-in-opleiding en e-redactielid H&W • Correspondentie: annetsollie@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.