

passen in ieders systeem, zodat een volledige *historia morbi* van geboorte tot overlijden op één kaart kan worden geregistreerd door de verschillende huisartsen, die de patiënt in de loop van zijn leven heeft gehad. Dit is onzes inziens van groot belang en een voornamere reden dat deze kaart is ontworpen. Ik wil er dan ook met nadruk op aandringen de medische gegevens bij verandering van huisarts de patiënt mede te geven, respectievelijk deze gegevens op verzoek van de opvolger-huisarts prompt op te sturen, uiteraard met medeweten en goedkeuring van de patiënt. Mogelijk bevordert deze werkwijze de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

J. Hartog

## REDACTIONELE KANTTEKENING

### *De werkkaart*

Het is geen geheim, dat een volledig patiëntenkaartsysteem in de huisartspraktijk, voordat de activiteiten van de Landelijke Studiegroep Praktijkvoering begonnen waren, geen gemeengoed was. Dankzij het werk van deze studiegroep — waaraan het begrip werkkaart onverbrekkelijk verbonden zal blijven — vindt registratie van medische gegevens in de huisartspraktijk in toenemende mate plaats.

Kwantitatief noch kwalitatief zijn inzake deze registratie gegevens voorhanden, hoewel het aantal afgeleverde werkkaarten een aanduiding in kwantitatieve zin vormt. Dat er naast de werkkaart voorlopig ook verscheidene andere systemen zullen blijven bestaan is zeker maar zal de populariteit van de werkkaart niet aantasten. Verwacht mag worden, dat in de komende jaren alle andere systemen langzamerhand zullen worden vervangen door de werkkaart of modificaties daarvan.

Kwalitatief is de registratie van medische gegevens in de huisartspraktijk een uiterst moeilijk objectief te beoordelen materie. Berustte deze registratie bij de legendarische oude huisarts op een alomtebewondering afdwingend mnemotechnisch vermogen, in latere jaren met toenemende mogelijkheden voor laboratoriumonderzoeken, röntgenonderzoek en specialistische consulten, schoot deze mnemotechniek tekort en hoewel iedereen altoos groot ontzag had voor die dokter, die immer met zijn patiënten doende was, zodat voor al dat schrijfwerk geen tijd was, begon men zich in de kring van huisartsen te realiseren, dat men was blijven stil staan op het gebied van de registratie van medische gegevens.

Men mag aannemen, dat de ontwikkeling van deze registratie nu op gang is gekomen; de kaarten zijn er veelal, maar dan . . . Het kwalitatieve aspect van de registratie kan het beste worden gekarakteriseerd door enkele uitspraken: „Ik schrijf alléén op wat ik belangrijk vind” en „Ik ben gewend om alle gegevens aan te tekenen, zowel tijdens het consult als bij het huisbezoek; het enige wat ik tot nu toe

niet aantekende waren de verwijzingen naar de oogarts. Daarmee ben ik nu dit jaar ook begonnen.”

Het statussen, zoals tijdens de opleiding geleerd, is een methodiek welke in de huisartspraktijk niet zonder meer praktisch uitvoerbaar is. Dit is geen ramp. Indien men goed kan koken, kan men dit ook zonder het kookboek op de voet te volgen mits men de regels maar goed toepast, de juiste volgorde van de verschillende handelingen in acht neemt en daarbij „aan alles denkt”.

Welke eisen dient men redelijkerwijs aan de registratie van medische gegevens in de huisartspraktijk te stellen? Wanneer men deze vraag voldoende heeft weten te beantwoorden zal het theoretisch mogelijk zijn de kwaliteit van een registratie objectief te beoordelen. Door uitwisseling van medische gegevens — bijvoorbeeld wanneer de patiënt van huisarts verandert — komt men aldus met de kwalitatieve kant van de medische registratie in aanraking. De praktijk is nú, dat men soms wordt geconfronteerd met voorbeelden waarbij men zich afvraagt: is deze manier van registreren van enig nut en wat moet men (als nieuwe huisarts van dit gezin) met deze „gegevens” doen?

Een punt van geheel ander karakter dat bij de uitwisseling van gegevens ter sprake dient te komen betreft de kwestie wat wel en wat niet zal worden doorgegeven. Wanneer men gewend is vele vertrouwelijke gegevens te memoreren, zal men verstandig doen deze vraag terdege te overwegen. Daarnaast kan men zich afvragen: waarmee wordt nu de opvolger-huisarts en daarmee de patiënt het beste gediend? Het begrip *summary-kaart* schijnt in Angelsaksische landen burgerrecht te hebben verkregen en onzerzijds zouden wij hiervoor willen pleiten.

Wanneer men — om de gedachten te bepalen — uitgaat van de volledige medische registratie, waarbij van elk consult of huisbezoek een verslagje wordt gemaakt, dan is het duidelijk, dat hierbij vaak vele zaken zullen worden aangetekend, die voor een objectieve oordeelsvorming door een opvolger-huisarts van weinig of geen waarde zijn. Patiënt en nieuwe huisarts zullen er bij gebaat zijn, wanneer men een samenvatting opstelt van de belangrijkste gegevens. Men heeft dan tevens de mogelijkheid dit met behulp van de schrijfmachine te doen, zodat men verzekerd is, dat de gegevens ook leesbaar zijn; een voorwaarde, waaraan door gebrekkig handschrift op de kaart vaak niet is voldaan.

P. A. Walford — (1963) *Practitioner* 191, 366 — wijst er op, dat men de diagnose op de kaart in kapitalen (en blokletters) moet schrijven; een kaartje er omheen kan de markering nog accentueren. Op deze wijze kan men — dus ook de waarnemer en de opvolger-huisarts — zelfs een uitgebreide *historia morbi* over de laatste tien jaar snel doornemen.

De medische registratie in de huisartspraktijk is op gang gekomen. De studiegroep Praktijkvoering kan met recht — zij het met een kleine variatie — citeren: „We gave you the tools and now you have to finish the job”. H.