

De „International Classification of Health Problems in Primary Care” en een nieuwe patiëntenkaart voor de huisartsgeneeskunde*

Tijdens het zesde wereldcongres huisartsgeneeskunde hebben verschillende werkgroepen, die tijdens het vijfde wereldcongres in 1972 in Melbourne waren geformeerd, de gelegenheid gehad het vele werk dat zij in de tussentijdse jaren — dank zij intensief postaal verkeer redelijk ge-coördineerd — hadden verricht in workshops te bespreken.

Een in omvang en betekenis groeiende groep huisartsen die intensief bezig is met het wetenschappelijk werk, waarop een goede classificatie kan worden gebaseerd en die ervaring heeft opgedaan met nieuwe registratie-methoden, bewerkingstechnieken en met nieuwe patiëntenkaarten dient zich aan. In een laat stadium en door toeval kwam ik via Gene Farley, hoogleraar in de huisartsgeneeskunde in Rochester in contact met Jack Froom, een van de meest actieve leden van de werkgroep die zich bezighoudt met de ontwikkeling van de International Classification of Health Problems in Primary Care (I.C.H.P.P.C.). Zowel de groep in Rochester als die in Ommoord houden zich intensief bezig met de problemen van de ontwikkeling van een ziekte- en probleemclassificatie, bruikbaar voor een professionalisering van de huisartsgeneeskunde, zodat het zin had onze ervaringen uit te wisselen.

Via deze omweg bleek dat in het kader van W.O.N.C.A. een aantal landen — Nederland behoorde daar niet bij — actief bezig was met een „field trial” van een ontwerp - I.C.H.P.P.C. Het congres in Mexico bood de gelegenheid om aan deze classificatie de laatste hand te leggen en aan W.O.N.C.A. voor te stellen

als de „International Classification of Health Problems in Primary Care.”

Daarnaast werd tevens een aantal eisen geformuleerd waaraan een goede patiëntenkaart in de huisartsgeneeskunde moet voldoen. Praktisch de gehele gedachtenwisseling gedurende de afgelopen twee jaren is aan ons voorbij gegaan en de bijdrage uit Nederland is daarom gering en bovendien sterk gekleurd door de opvattingen die in Ommoord bestaan. Het is mij niet duidelijk geworden waarom de schriftelijke contacten, welke met een aantal Nederlandse huisartsen in het begin — na de conferentie in Melbourne 1972 — zijn gelegd, niet tot enige merkbare activiteit van het N.H.G. hebben geleid.

Hoe dan ook, er zijn nog voldoende mogelijkheden om in ons land in elk geval gebruik te gaan maken van de resultaten welke een groot aantal huisartsen in tal van landen heeft bereikt bij de ontwikkeling van een tweetal voor de huisartsgeneeskunde essentiële instrumenten. Gelegenheid om tal van op details gerichte veranderingen aan te brengen is er nog te over. Het is juist de bedoeling geweest een stramien te creëren waarbinnen enerzijds tal van individuele of nationale wensen en voorkeuren tot hun recht kunnen komen, maar dat anderzijds een structuur levert welke internationaal gezien de huisartsgeneeskunde bevestigt in een positie van een omschreven en zelfstandige tak van de geneeskunde. Het N.H.G.-bestuur kan nog steeds beslissen of het van deze gelegenheid gebruik wil of kan maken.

De „Working Party on Disease Classification” nam onder leiding van Bob Westbury (Canada) in 1972 de taak op zich een internationale classificatie van gezondheidsproblemen in de eerstelijnsgezondheidszorg te construeren met als motto: „G.P.’s around the world develop a

tool for understanding their discipline”. De doelstelling van de werkgroep luidde als volgt: „One of the highest objectives of W.O.N.C.A. is to foster communication amongst the family physicians of the world. Communication needs language. A classification is a simple form of language; experiences are grouped into rubrics; each rubric (relating to a single experience, several, or many) is represented by a symbol - usually a number.

To develop a nomenclature, a higher form of language, each separately identifiable experience in each rubric is assigned another symbol - a name. If doctors, involved in primary care are to learn from each other, they must compare their work and their thoughts about family medicine; to compare, they must understand each other; to understand each other, they need, at least, an agreed classification of the problems which they face each day in the care of their patients. This is what the International Classification of Health Care Problems in Primary Care (ICHPPC) is all about.”

De I.C.D. (International Classification of Diseases) en de Engelse „Classification of the College of General Practitioners” voldoen niet langer. Metcalfe heeft nog een poging gewaagd de Engelse lijst aan de Amerikaanse behoeften aan te passen. Nederland paste evenzeer de E-lijst aan. In Australië, Duitsland en Israël zijn de afgelopen jaren naar lengte en inhoud zeer afwijkende classificaties opgesteld. Ook de classificatie welke in Ommoord is ontwikkeld wijkt zeer sterk af.

Het was vanaf het begin duidelijk dat alle participanten in de werkgroep water in hun nationale of individuele wijn zouden moeten doen wanneer een internationaal communicatiemiddel voor huisartsen

* Enkele kanttekeningen van H. Lamberts inzake het zesde wereldcongres huisartsgeneeskunde, gehouden van 3 tot 7 november 1974 te Mexico City.

werd gewenst. Afgesproken werd om waar mogelijk de 8e WHO - International Classification of diseases te volgen maar om minder dan 500 rubrieken in te voeren en mogelijkheden tot contractie tot ongeveer 200 rubrieken te scheppen. Er zou worden gestreefd naar een begrippenkeuze en een woordgebruik die zoveel mogelijk rekening hielden met de zeer uiteenlopende wijze waarop de huisartsgeneeskunde in de verschillende landen wordt uitgeoefend.

Een werkgroep met vijf mensen kwam tot stand; 21 landen werden aangeschreven met het verzoek aan de ontwikkeling en het testen van een internationale classificatie mee te werken. Zes landen beantwoordden de uitnodiging niet; acht deden tenslotte mee met het beproeven van de „trial version”. De working group schrijft hierover: „This disappointing response appears to be related to two factors: (a) the lack of experienced recorders in many of the countries contacted (b) the lack of internal cohesion and organization in many of the academic bodies to which we wrote. Despite these setbacks, this field trial was one of the largest and most widespread ever performed; the Classification was tested for over one hundred thousand doctor-patient contacts.” Daarbij deden ruim tweehonderd huisartsen uit acht landen mee.

Het is duidelijk gebleken dat over tal van classificatie-mogelijkheden een uitvoerige discussie ontstond en dat een huisartsenclassificatie regelmatig zal moeten worden aangepast aan de veranderde opvattingen over de taak van huisarts. (Om deze reden wordt de „trial version” van de I.C.H.P.P.C. hier niet weergegeven. Zodra echter een herziene versie beschikbaar is ligt het in de bedoeling deze in huisarts en wetenschap op te nemen).

De nu beproefde versie van de I.C.H.P.P.C. is zonder meer een grote verbetering ten opzichte van bijvoorbeeld de huidige E-lijst. Er is duidelijk geselecteerd op diagnose-mogelijkheden welke in de huisartsgenees-

kunde ófwel een zeer duidelijke functie vervullen óf een prevalentie vertonen welke maakt dat de huisarts ook werkelijk mag worden geacht professioneel met deze diagnose-mogelijkheden te maken te hebben. Bijna revolutionair is het feit dat er een classificatie voor leefproblemen is toegevoegd (*tabel I*).

Het is in het bijzonder over de classificatie van psychische reactievormen en van probleemgedrag dat zich de meest verhitte discussies in Mexico afspeelden. Vooral de Engelsen „lagen dwars” en eisten een indeling in de termen van „neurosen” (*tabel II*). Dat betekent dat ook in deze nieuwe classificatie iedereen met verdriet weer als belangrijkste keuze heeft of hij hysterisch, angstneurotisch, dwangneurotisch, karakterneurotisch of psychopatisch geacht wenst te zijn. Het is duidelijk dat mijnerzijds bijzonder veel bezwaren daartegen zijn ingebracht. Daarnaast echter is — vooral door de invloed der Amerikanen — een probleemlijst geïntroduceerd die de nodige ruimte biedt. Trouwens de uitkomsten van het proefonderzoek maakten dat het introduceren van een probleemclassificatie niet zonder problemen tot stand kwam.

Tabel III. Laat zien hoe de verschillende classificatie-mogelijkheden groepsgewijs in de verschillende landen zijn verdeeld. De groep „symptomen” is ons als huisarts maar al te bekend. In de nieuwe classificatielijst is extra aandacht besteed aan de methodische problemen welke een „symptoom-diagnose” met zich brengt en naar mijn mening is daarmee reeds een belangrijke vooruitgang geboekt.

De groep „sociale problemen” (*tabel I en II*) komt er over de gehele linie teleurstellend laag uit. De meeste discussie heeft zich op dit probleem toegespitst. Juist aan deze discussie kan de Nederlandse huisartsgeneeskunde een belangrijke bijdrage leveren. Met uitzondering van Zuid-Afrika en Israël (?) worden de „mental problems” (*tabel II en III*) vrij uniform gescored.

De verrichtingen welke in *tabel IV* staan, vormen — weer met uitzondering van Zuid-Afrika en Israël (*tabel III*) — een belangrijk aandeel in het werk van de huisarts.

De „rag-bag” (*tabel III*) bevat alle zeldzame diagnoses en diagnoses die samengevoegd zijn in de rubrieken met „overige diagnoses duidelijk of onduidelijk” per tractus. Ook hier is een duidelijke overeenkomst tussen de verschillende landen zichtbaar.

Onder punt 6 (*tabel III*) staan de specifieke huisarts-diagnoses, waarmee die classificatie-mogelijkheden worden bedoeld, die uit een bepaald I.C.D.-nummer zijn gelicht omdat de specificiteit van de huisartsgeneeskunde daarmee wordt gediend. (bijvoorbeeld een baby die slecht zijn fles neemt, dronkenschap, overmatig roken, labyrintaire duizeligheid, hypertensie mét en hypertensie zonder

Tabel 1. I.C.H.P.P.C. Section XVIII

SOCIAL, MARITAL, & FAMILY PROBLEMS & MALADJUSTMENTS

Whole family problems

- 387 Economic problems
- 388 Housing problems
- 389 Medical care problems
- 390 Marital problems (excl. problems limited to sexual activity)
- 391 Parent - child problems (incl. child abuse, battered child, child neglect)
- 392 In-law problems
- 393 Family disruption + divorce (affecting couple and/or others)
- 394 Other problems of family relationship

Individual problems

- 395 Educational problems
- 396 Pregnancy out of wedlock, illegitimacy
- 397 Social isolation
- 398 Dependency problems
- 399 Occupational maladjustment
- 400 Unemployed - acute or chronic
- 401 Adopted or foster child
- 402 Other individual problems (incl. social migrants)

Legal problems

- 403 Imprisonment
 - 404 Prosecution, litigation
 - 405 Other legal problems
 - 406 Other problems of social adjustment
 - 407 Other problems not classifiable in Sections I to XVIII
-

afwijkingen van hart, nieren of hersenen, vestibulitis nasi, fluor zonder dat de verwekker is gedetermineerd, zonnebrand, paresthesieën, enkeldistorsie, hondebeet). Helaas is bij de bewerking van deze gegevens onvoldoende rekening gehouden met overlapping van de zes rubrieken. Wel is duidelijk dat een groot aantal classificatie-mogelijkheden wezenlijke

elementen van de huisartsgeneeskunde bevat.

Een andere bias, welke Jack Froom uitvoerig belichtte, is er in gelegen dat het tot de uitzonderingen behoort dat de huisarts een vaste praktijk heeft waarvan hij precies de leeftijds- en geslachtsofbouw kent en waarvoor hij tevens de sluiswachter is op weg naar de hogere echelons.

Alleen de Nederlandse en de Engelse huisartsen verkeren in deze unieke situatie welke tot nu toe onvoldoende bij onderzoek is uitgebuit. In Canada en Amerika is bijvoorbeeld bijzonder veel werk gedaan met als doel het werk van de huisarts exact te analyseren en te quantificeren. Het feit echter — en daar is door de groep in Rochester zeer interessant werk over gedaan — dat het de patiënt/consument in principe vrij staat zich tot iedere huisarts, kinderarts of internist te richten of zelfs achtereenvolgens een hele reeks artsen voor hetzelfde probleem te consulteren, maakt dat vele buitenlandse huisartsen het water in de mond loopt als zij horen welke opgeschepte kansen voor onderzoek wij bijvoorbeeld in Nederland onbenut laten. Wij realiseren ons onvoldoende hoe veel meer moeite men elders moet doen om vragen te beantwoorden welke wij met een fractie van de inspanning voor de Nederlandse situatie zouden kunnen beantwoorden.

Jack Anderson uit Ontario bracht de andere grote topic aan de orde, door hem het beginsel van de „optional hierarchy” gedoopt. Hoe meer taxonomische ervaring men opdoet, hoe meer behoefte er enerzijds is om de eigen ervaringen en filosofieën in een classificatie terug te vinden en anderzijds hoe meer men er van overtuigd is dat met een min of meer uniforme classificatie grotere belangen worden gediend.

Met de „optional hierarchy” wordt de ruimte gecreëerd om vooral tot expansie van de verschillende rubrieken over te gaan. Vrijwel ieder ging er in Mexico vanuit dat beschikbaar zijn van ponsfaciliteiten en computertijd te vergelijken is met het bezit van een stethoscoop. Het is mede daarom dat niemand zich er druk over maakte dat zelfs de simpelste expansie met zich brengt dat de classificatie van drie cijfers overgaat in één met vier cijfers.

Ofschoon ik nog niet zie hoe wij in Nederland op afzienbare termijn genoeg faciliteiten krijgen om zelfs maar basale bewerkingsmogelijkhe-

Tabel II. I.C.H.P.P.C. Section V

	I.C.D.
PSYCHOSES	
068 Organic psychosis ADIC (incl. delirium except alcoholic)	292 - 294
069 Schizophrenia - all types incl. paranoid states	295, 297
070 The Affective Psychoses ADIC, incl. psychotic depression, involuntional melancholia, mania, hypomania & manic-depressive	296
071 Other psychoses ADIC excl. alcoholic psychosis, incl. senile dementia	290, 298, 299
NEUROSES	
072 Anxiety neurosis	300.0
073 Hysterical neurosis (incl. compensation neurosis conversion hysteria, and anxiety neurosis with a somatic complaint)	300.1
074 Phobic neurosis	300.2
075 Obsessive compulsive neurosis	300.3
076 Depressive neurosis, neurotic depression	300.4
077 Hypochondriacal neurosis, hypochondriasis	300.7
078 Other neurosis ADIC, incl. neurasthenia	300.5 300.6 300.8 300.9 305 (excl. 305.6)
SOME SPECIAL PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS	
079 Specific learning disturbance	306.1
080 Tics & habit spasms	306.2
081 Insomnia & other sleep disorders ADIC	306.4
082 Tension headaches	306.8
083 Transient situational disturbances (incl. grief reaction)	307
084 Behaviour disorders	308 N.E.C.
085 Sexual problems, incl. frigidity, impotence, loss of libido, and other psychosomatic diseases of the genito-urinary system ADIC	305.6
OTHER MENTAL & PSYCHOLOGICAL DISORDERS	
086 Abuse of alcohol, incl. alcoholism & alcoholic psychosis	291, 303 (excl. 0.87)
087 Acute alcohol intoxication	pt. 303.9
088 Abuse of tobacco	pt. 304.9
089 Other drug abuse, habituation, or addiction (incl. cannabis, LSD, barbituates, etc.)	304 (excl. 088)
090 Personality disorders ADIC include character disorders	301
091 Mental retardation	310 - 315
092 Other mental & psychological disorders ADIC (incl. sexual deviation)	302 306 (excl. 306.1 306.2 306.4 306.8)
	309

den, uitgaand van een drie-cijfer classificatie te krijgen, geloof ik dat niettemin rekening moet worden gehouden met een vier-cijfer classificatie.

Even soepel stapt men over de contractie-mogelijkheden van de I.C.H.P.P.C. heen. Het is slechts een kwestie van achteraf een programma schrijven waarmee een compactere

lijst op papier verschijnt. Voor ons — zuinige Nederlanders — kan het toch voorlopig overweging verdienen samenvoegingen van classificatienummers op voorhand vast te stellen.

Anderson formuleerde aan de hand van een zevental criteria voor een goede classificatie (tabel V) een groot aantal zeer gedetailleerde punten met kritiek welke de discussie in Mexico tot een puur genoegen maakte.

Bepaald onwennig reageerde men op de problematiek rond de „interdoctorvariation” en de betekenis daarvan voor het verlangen naar een „medical audit”.

Froom liet zien hoe groot de spreiding in Rochester is wanneer het gaat om een diagnose als bijvoorbeeld astma. Het is zeker volop de moeite waard om grote verschillen in diagnose-gedrag tussen huisartsen uitvoerig aan de orde te stellen. Er is echter nog weinig aanleiding om een soort gestandaardiseerd diagnosegedrag als een gewenst gemiddelde te hanteren. Er is veel te weinig bekend over het feitelijk effect voor de patiënt en zijn gezin van een bepaald diagnose-gedrag om op dit moment in een „medical audit-setting” iemand zonder meer op zijn vingers te tikken. Op dit moment is daartoe

Tabel III. Het percentage van alle arts-probleem contacten welke voor de verschillende landen tot de verschillende categorieën behoren.

	Australia	South Africa	Great Britain	Israel	Canada	United States	Average
1. Symptoms	9.6	8.0	17.1	12.4	14.5	15.8	12.9
2. Social problems	0.5	0.5	2.5	0.4	1.7	1.2	1.1
3. Mental problems	9.8	2.8	10.2	3.8	7.8	8.4	6.6
4. Administrative/ procedural	12.1	4.0	7.4	2.5	14.5	21.3	10.3
5. Rag-bag rubrics	7.4	6.4	7.4	4.6	7.5	6.2	6.6
6. Special GP rubrics	17.1	8.5	10.1	9.2	17.6	24.0	14.4

Tabel IV. I.C.H.P.P.C. Section XVIII supplementary classifications

PREVENTIVE MEDICINE	I.C.D.
366 General medical examination, no disease detected, (excl. infants), routine or periodic	pt. Y10, pt. Y62
367 General medical examination required by agency (eg. school, insurance company, employer, camp etc.)	pt. Y10, pt. Y62
368 Limited examination without specific diagnosis, incl. psychiatric, laboratory & radiological examination, (incl. ruling out pregnancy, & specific diseases, & incl. premarital blood-test)	Y11.9, Y00-Y09
369 Pap smear	pt. Y06.0
370 Contacts & carriers (suspected or proven) of infective or parasitic diseases, incl. prophylactic therapy	Y44, Y49
371 Prophylactic inoculation or vaccination	Y42
372 Observation & care of patient on high risk medication	"Y45"
CONTRACEPTION	Y43
373 Sterilization - male or female	
374 Oral contraceptives	
375 Intrauterine devices	
376 Other methods of contraception	
ADMINISTRATIVE PROCEDURES	
377 Letters, forms, certificates, & prescriptions not needing examination or interview (excl. Rx for oral contraceptive)	"Y73"
378 Referral, without need for examination or interview	"Y74"
CARE OF MOTHER & CHILD	
379 The diagnosis of pregnancy	"Y63"
380 Prenatal care	Y60
381 Postnatal care	Y61
382 Neonatal care (first week of life) & routine or periodic examination of infants	Y80 - Y89 pt. Y62
MISCELLANEOUS	
383 Medical and surgical procedures without reported diagnosis (incl. surgical assists, piercing ears, etc.)	Y20 - Y29
384 Circumcision without disease in # 186 or # 187	Y51
385 Advice, health instruction & education (incl. classes)	"Y72"
386 Other problems outside the „patient” (eg. blood donor, manifestation of anxiety in 3rd party, consulting about another, etc.)	Y70, Y71, Y79

Tabel V. Criteria voor een goede ziekteclassificatie

1. its suitability to the types and distribution of health problems seen in primary care;
2. its suitability for use in a system employing central coding of data from a network of practices;
3. its applicability to a computer assisted reporting system;
4. the ease with which information can be retrieved in regard to specific health problems;
5. the suitability of the classification for educational purposes in an academic department of family medicine and in the field of continuing education for practicing physicians;
6. the suitability of the classification for operational, clinical and epidemiologic research into the process and content of primary health care;
7. the suitability of the classification for use in systems of practice administration.

Figuur 1. „Data base”. Ontleend aan „Family Medicine Group”, Rochester. Werkelijke afmetingen 21,6 x 28 cm. De achterzijde van het formulier dient voor het registreren van de verschillende immunisaties, terwijl tevens de resultaten van „screening” kunnen worden vastgelegd (figuur 5).

Name		Date First Seen	Place of Birth	Census Tract
Address		Date of Birth	Telephone No. Home:	Work:
ZIP CODE				
Social Security No.				
Occupation: Head of household			Place of Employment of Payer:	
Occupation: Self			Address	
Whom to Bill:				
Type of Med. Ins.:				
Contract No.		Group No.		Class No.
Family Hx.	BIRTH DATE	State of Health		CNIO Education: HS. G. PG.
Father				
Mother				Religion
Pat. g. f.				REMARKS: (Critical Information)
g. m.				
Mat. g. f.				
g. m.				
Spouse				
Siblings				
Children				
Have you or any relative (blood) or husband or wife had:				
	Self	Relative		Relationship
	no yes	no yes		
Diabetes				
Cancer				
Anemia				
Gout				
Kidney Disease				
High Blood Pressure				
Heart Trouble				
Bleeding Disorder				
Asthma Hay Fever				
Epilepsy Seizures				
Mental Retardation				
Malformation				
Neurologic Disease				
Stroke				Service History:
Blindness				
Thyroid Problem				
Deafness				
Veneral Disease				Smoking History: Age Started ___ Cigarettes ___ Pipe ___ Cigars ___
Mental Illness				Age Stopped ___ Quantity ___
Stomach or Bowel Problems				Reason for Stopping ___ pack'ys. ___
Rheumatic Fever				
Tuberculosis				
Arthritis				ALLERGIES:
Operations		Mumps		
Hospitalization		Chicken Pox		
Injuries		Rubella (3 day measles)		
Hepatitis - Jaundice		Scarlet Fever		
Pneumonia		Polio		
Tonsillitis		Tendency to Infection		
Measles				

Figuur 3. Contact-verslag. Ware grootte 21,6 x 28 cm. Ontleend aan „Family Medicine Group”, Rochester.

Date	Time	Office House	Hosp. Emer.	New Ill. Repeat	Routine CPE	Date	Time	Office House	Hosp. Emer.	New Ill. Repeat	Routine CPE																												
TPR BP						TPR BP																																	
Hght.	Lab.					Hght.	Lab.																																
Wght.	Vision					Wght.	Vision																																
C. C.																																							
P. I.																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">1 Gen. Appear.</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2 Skin</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3 Nodes</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4 Hd. & Neck</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5 Eyes</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6 Fundi</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7 Ears</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8 Nose</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9 Mouth</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10 Teeth</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">11 Throat</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12 Chest</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">13 Lungs</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">14 Breasts</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">15 Heart</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">16 Abdomen</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">17 Back</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">18 Genitalia</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">19 Pelvis</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20 Rectal</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">21 Extremities</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">22 Pulses</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">23 Fin. to Nose</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">24 RRAM</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25 Cranials</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">26 DTRS</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">27 Gait</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">28 Grasp</td></tr> </table>												1 Gen. Appear.	2 Skin	3 Nodes	4 Hd. & Neck	5 Eyes	6 Fundi	7 Ears	8 Nose	9 Mouth	10 Teeth	11 Throat	12 Chest	13 Lungs	14 Breasts	15 Heart	16 Abdomen	17 Back	18 Genitalia	19 Pelvis	20 Rectal	21 Extremities	22 Pulses	23 Fin. to Nose	24 RRAM	25 Cranials	26 DTRS	27 Gait	28 Grasp
1 Gen. Appear.																																							
2 Skin																																							
3 Nodes																																							
4 Hd. & Neck																																							
5 Eyes																																							
6 Fundi																																							
7 Ears																																							
8 Nose																																							
9 Mouth																																							
10 Teeth																																							
11 Throat																																							
12 Chest																																							
13 Lungs																																							
14 Breasts																																							
15 Heart																																							
16 Abdomen																																							
17 Back																																							
18 Genitalia																																							
19 Pelvis																																							
20 Rectal																																							
21 Extremities																																							
22 Pulses																																							
23 Fin. to Nose																																							
24 RRAM																																							
25 Cranials																																							
26 DTRS																																							
27 Gait																																							
28 Grasp																																							
Problem																																							
Plan																																							

Dictate by number
number problems (P1)
Letter plans (A, B, C)

Sign end of each visit

List all procedures or labs
done under lab
circle place² and type of visit

Underline end of C.C.-P.I.
Underline end of description of F.E.
Start problem & plus at end of P.E.

Check all items examined:
✓ normal
✗ for positive finding

number item & describe
where necessary

veel bruikbaar de wijze waarop relevante informatie door de huisarts wordt vastgelegd en daarmee komen wij op de ontwikkeling van een goede patiëntenkaart.

De werkgroep die zich met de patiëntenkaart bezighield bracht bij monde van Edward Kowalewski ver-

slag uit. De meeste leden van deze groep kenden elkaar door de correspondentie die zij onderling in het afgelopen jaar voerden. Het standpunt van de werkgroep is duidelijk: „That in order to continue to improve the quality of medical care as provided by all family physicians, regardless of

their area of practice and to enhance the future of family medicine as a distinct clinical and academic discipline, it is absolutely fundamental that a more effective mean of communication must be established and that mean must be the medical record. A medical record that is not a

Figuur 4. „Chronic disease flow record”. Ware grootte 24 x 26 cm. Ontleend aan R. F. Rakel, University of Iowa, College of Medicine, Iowa City.

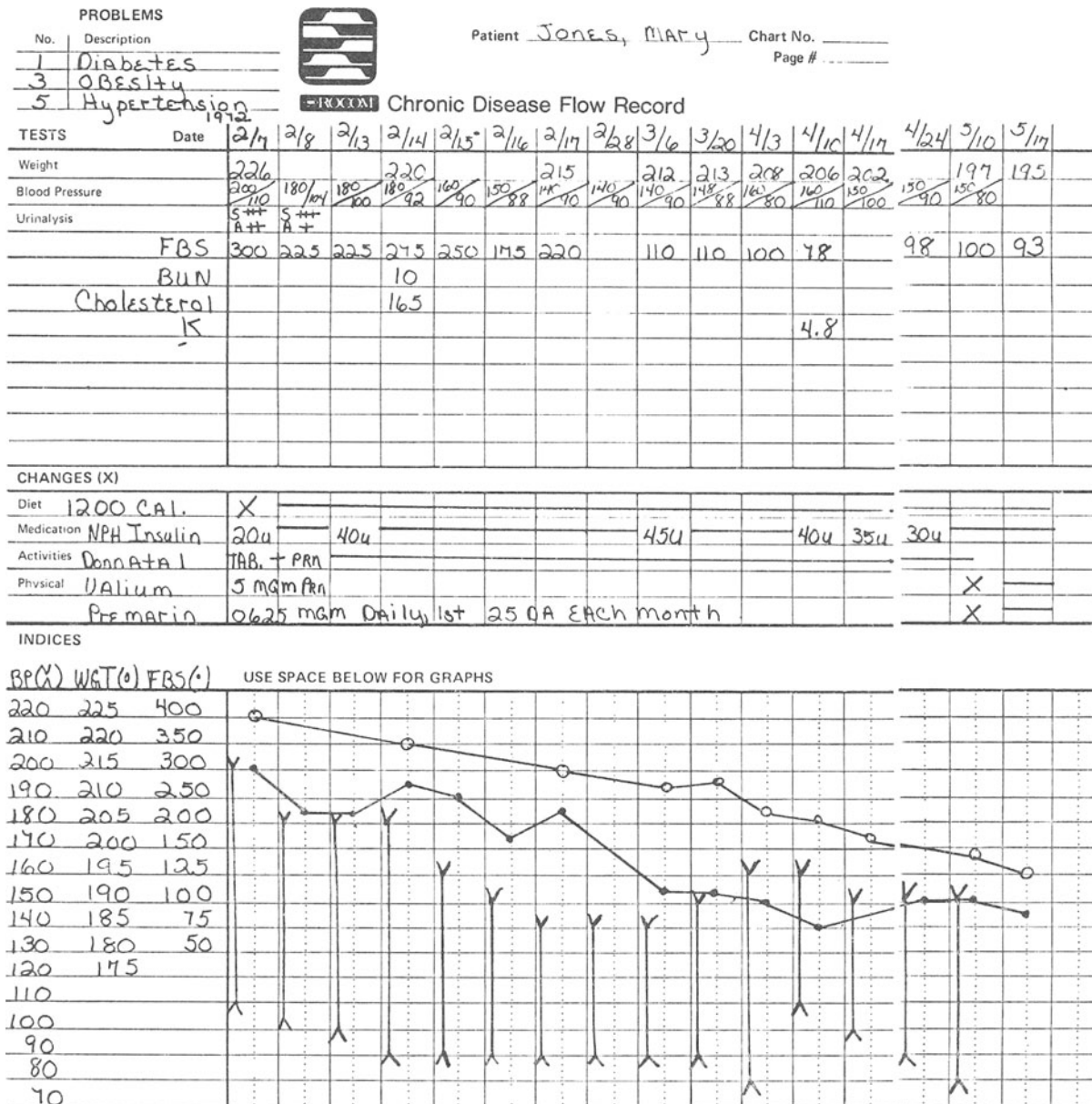


FIGURE 3. A chronic disease flow record (ROCOM).

Figuur 5. „Screening”. Ontleend aan „Family Medicine Group”, Rochester. Zie opschrift figuur 1.

SCREENING PROCEDURES											
Date	Chest X-ray	EKG	Tono-metry	Hct. Hgb.	Blood Sugar	Vision	Hearing	Cervical Pap	Breast	Prostate	Sigmoidos
19											
19											
19											
19											
19											
19											
19											
19											
19											
19											
19											

static repository of medical observations structured in a meaningless order of sources as it still is for the most part to-day, but a medical record that is a practical instrument of communication.”

De aanbeveling wordt gebaseerd op het feit dat elk element dat de reeks van schone taakomschrijvingen van de huisarts siert, (bijvoorbeeld „comprehensive”, continu, preventief, gezinsgeneeskunde, multidisciplinair, verantwoordelijkheid voor de gehele zorg van de patiënt) ook hard moet kunnen worden gemaakt en op z'n minst zichtbaar dient te zijn op een goede patiëntenkaart. Uiteindelijk kwam men tot de conclusie dat een „Problem oriented medical record” (P.O.M.R.) in beginsel de elementen kan bevatten voor een goede registra-

De werkgroep formuleerde elementen waarvan er vier, nummer 2, 3, 5 en 6 worden geacht:

- 1 a properly recorded medical history (figuur 1 en 5)
- 2 provision for a data base (figuur 2)
- 3 a problem list (figuur 2)
- 4 a treatment list (figuur 2)
- 5 an initial plan of care (figuur 3)

- 6 progress notes
- 7 flow sheets when feasible or indicated (figuur 4)
- 8 discharge or referral summary.

Het is onmogelijk een universeel of algemeen bruikbaar systeem te ontwerpen; de verschillen tussen de inhoud van de huisartsgeneeskunde in verschillende landen is daarvoor te groot. De „basic principles” worden echter essentieel geacht voor elke vorm van huisartsgeneeskunde, welke die naam wil verdienen. Afgezien van nationale verschillen is het van groot belang ook rekening te houden met individuele behoeften en belangstelling, zoals de „optional hierarchy” bij de classificatie.

Van een goede kaart mag men het volgende verwachten:

- 1 It facilitates problem solving in an exemplary fashion;
- 2 It reflects the „holistic” nature of family practice;
- 3 It reflects family context in which care is provided;
- 4 It is equally adaptable to ambulatory as well as to hospital care;
- 5 It is responsive to both episodic and continuing care;
- 6 It encourages preventive practice;
- 7 It enhances communication;

- 8 It helps to understand and control the information explosion;
- 9 It provides information in the case of legal action;
- 10 It enhances practice management efficiency;
- 11 It meets the needs of undergraduate, graduate and continuing education;
- 12 It facilitates practice audit - external and internal;
- 13 It provides information for research purposes;
- 14 When understood and properly applied it saves physician's time;
- 15 It is a viable record that can assist the physician in rendering better medical care.

Het is duidelijk dat de combinatie I.C.H.P.P.C. en de ontwikkeling van een probleem-georiënteerde kaart voor de huisartsgeneeskunde tal van nieuwe mogelijkheden inhoudt. Veel werk is inmiddels verricht; veel ruimte is nog over om aan speciale wensen en interessen tegemoet te komen. Het heeft derhalve zin dat wij ons actiever bewegen op de weg naar het tot stand brengen van een goed omschreven stramien van „de huisartsgeneeskunde” op dit moment.