

niet leidt tot opvallende gewichtsvermindering is duidelijk en eigenlijk in het licht van bovenstaande ook niet anders te verwachten. Het frustrerende gevoel — dat ook weer iedere huisarts kent — bezig te zijn met iets (adipositas is te veel calorieën = afvallen = minder calorieën) dat eigenlijk een andere lading dekt was zowel voor de groepsdeelnemers als de groepsleiding bij deze groepservaring veel minder groot. Het merendeel van de groepsdeelnemers wilde dan ook geen wezenlijk andere benadering dan de door ons gevolgde. Wel wilde men meer nadruk op voedingsvoorlichting, informatie en het afvallen zelf, omdat men toch de gewichtsafneming als belangrijke steun en stimulans ervoer bij de effecten van het groepsgebeuren. De diëtiste houdt dus in het hele gebeuren een belangrijke taak.

Degenen, die méér dan drie kilogram waren afgevallen, gevoelden zich na verloop van tijd significant ongeremder en vrijer in de groep dan de rest. De in het begin van dit artikel gememoreerde conclusies van Harmon en Simmons kunnen wij onderschrijven: De groeps gesprekken

moeten evenwichtig zijn verdeeld tussen voeding en dieet enerzijds en emotionele achtergrond anderzijds, opdat de cirkel: eten en gegeten worden ook in overdrachtelijke zin doorbroken wordt en blijft.

Summary. Discussion groups for the obese; an experiment at the Ommoord health centre (Rotterdam). Obesity is a complex, multiconditional problem. Attempts to lose weight exclusively by dieting are usually disappointing. In January 1974 the Ommoord health centre started to form groups of patients who wanted to lose weight.

This study describes three groups totalling 27 women and confirms the complexity of the obesity problem. The group approach does seem to be a sound aid in dealing with this complex problem. The consequences of this approach include a more profound insight and motivation for changes in attitude and behaviour. In order to facilitate actual weight loss as well, a balanced distribution of group discussions over nutrition and diet on the one hand and emotional backgrounds on the other hand, is a necessity.

Bennet, E. B. (1955) Hum. Relat. 8, 251-274.

Godfrey, J. (1971) J. roy. Coll. gen. Practit. 21, 276.

Groen, J. J. (1972) Voeding. 33, 222-239.
Harmon, A. R. en anderen. (1958) Nurs. Outl. 6, 452-456.

Hedderich, K. en anderen. (1971) Dtsch. med. Wschr. 96, 748-789.

Lamberts, H. en anderen. (1971) huisarts en wetenschap 14, 373-381.

Lewin, K. Groupdecision and social change in: Maccoby, E. E. en anderen. Readings in social psychiatry. New York, 1958.

Schouwstra, C. P. (1974) huisarts en wetenschap 17, 93.

Simmons, W. D. en anderen. (1954) J. Amer diet Ass. 30, 437-441.

Suczek, R. (1957) Am. J. Clin. Nutr. 5, 197-202.

Stauder, K. H. (1959) Psyche (Heidelberg) 11, 641-185.

Stichting Interkruis. Rapport over werken met afslankgroepen in Leiderdorp, Sassenheim, Utrecht, Wassenaar en Ommoord. Interkruis, 's-Gravenhage, 1974.

Summerskill en anderen. (1955) Emotional adjustment and dieting performance 19, 151-153.

Weight Watchers. An international organization for fatties. 2 Thames street, Windsor, Berkshire. In Nederland: Weightwatchers, club voor slankblijvers, Gratia van der Oye, Kerkstraat 48, Den Haag.

Young, C. M. en anderen. (1957) Am. J. clin. Nutr. 5, 186-191.

Young, C. M. en anderen. (1955) Amer. Practit. 6, 685-694.

Registratie van medische gegevens door de huisarts*

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

INLEIDING

Kort na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap werd in 1959 de groene „werkkaart” geïntroduceerd (*Studiegroep Patiëntenregistratie*). Deze kaart is een succes geworden; er werden miljoenen exemplaren verkocht en bijna alle Nederlandse huisartsen gebruiken tegenwoordig een of andere vorm van kaartstelsel. De doelstelling van de ontwerpers van de N.H.G.-kaart was drieledig: de kaart dient als geheugensteun voor de huisarts; de kaart geeft (met behulp van ruiters en

plakstrookjes) de mogelijkheid voor het snel signaleren van bepaalde gegevens; men zag de registratiekaart van de huisarts als een „carnet de santé”, waarin de gezondheidstoestand van alle burgers is vastgelegd. Dit laatste speelde duidelijk mee toen het N.H.G. enige jaren later uitsprak dat het beheer van alle medische gegevens tot de taak van de huisarts behoort. Naast de werkkaart, die sinds 1959 nauwelijks is veranderd, werden door het N.H.G. een vervolgcarter, een zwangerschapskaart, een orale anticonceptiekaart en een systeem voor het opbergen van specialistenbrieven uitgebracht.

Inmiddels zijn er op het gebied van

Het hier afgedrukte artikel is geschreven op verzoek van het N.H.G.-bestuur en beoogt de gedachten te bepalen over de registratieproblemen in de eerste lijn. De redactiecommissie hoopt dat hiermee een aandeel kan worden geleverd in de voorbereiding van de over enkele maanden te houden „workshop” op dit gebied.

de medische registratie nieuwe ontwikkelingen, waarvan ik er drie zou willen noemen. In de eerste plaats is de hoeveelheid medische gegevens, die van ieder individu ter beschikking staat, snel toegenomen. Niet alleen de behandelingen van ziekten, maar ook allerlei vormen van preventief onderzoek (zuigelingen, scho-

* Uit het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde

lieren, werknemers en bejaarden) dragen daaraan bij. Deze gegevens worden in allerlei archieven opgeborgen, terwijl de mobiliteit van de bevolking toeneemt. Zo gaan veel medische gegevens verloren of staan in elk geval niet ter beschikking, wanneer daaraan behoefte bestaat.

In de tweede plaats is het tegenwoordig mogelijk om met gebruikmaking van computers patiëntengegevens zodanig in centrale archieven op te slaan, dat zij op elk gewenst moment ter beschikking van belanghebbenden staan. De Stichting Medische Registratie maakt daarvan reeds gebruik voor het verwerken van anonieme patiëntengegevens. Het vastleggen van medische gegevens op naam brengt onmiddellijk het probleem van de beveiliging van deze gegevens met zich. De Maatschappij Geneeskunst heeft voor deze problemen een commissie „Informatica” ingesteld; inmiddels is door een staatscommissie en door de commissie-Wolvius een aantal regels vastgelegd, waaraan dergelijke informatiesystemen zullen moeten voldoen.

Ten derde is in de Verenigde Staten door *Weed* een patiëntenstatus ontwikkeld, de „Problem Oriented Medical Record” (P.O.M.R.). De filosofie van de P.O.M.R. is, dat een medische status meer mogelijkheden biedt dan alleen het opsommen van medische feiten. *Weed* verheft de status tot een werkdocument. De probleem-georiënteerde status bestaat uit drie gedeelten: de basisgegevens („data-base”), de problemenlijst („problem-list”) en het journaal („progress-notes”). De basisgegevens worden gevormd door alle belangrijke gegevens over de patiënt, in overzichtelijke rubrieken gerangschikt. Uit de basisgegevens wordt de problemenlijst samengesteld. Deze lijst is het hart van de status; alle problemen worden in zodanige vorm genoteerd, als zij voor de arts duidelijk zijn: „at a true level of understanding”. Het probleem kan bestaan uit een onverklaard symptoom: „hoesten”, „albuminurie”, maar ook uit een diagnose: „pneumonie” of zelfs „pneumokokkenpneumonie”, waarbij in het laat-

ste geval de diagnose voor 100 procent moet vaststaan. Psychosociale problemen komen eveneens op de lijst voor, bijvoorbeeld „eenzaamheid”; evenals speciale risicofactoren, zoals „zware roker”. Alle problemen worden genummerd en in het derde deel van de status — het journaal — worden de aantekeningen gemaakt met vermelding van het probleemnummer. Voorts volgen deze aantekeningen steeds een vast stramien: „subjective”, „objective”, „assessment” en „plan”. Het voert te ver in dit artikel uitvoerig op de Problem Oriented Medical Record in te gaan; in de Verenigde Staten vindt het systeem van *Weed* steeds meer ingang.

De genoemde ontwikkelingen maken het nodig dat de huisartsen zich opnieuw bezinnen over hun functie bij de medische registratie. Daarbij doen zich twee vragen voor. Willen wij de stelling handhaven dat het beheer van medische gegevens tot de taak van de huisarts behoort? Voldoet de N.H.G.-kaart nog aan alle eisen of moet deze worden aangepast of vervangen?

MOET DE HUISARTS ALLE MEDISCHE GEGEVENS VAN DE PATIËNT BEHEREN?

Laten wij de argumenten voor en tegen eens op een rij zetten. Eerst de argumenten vóór:

1. Bijna iedereen in Nederland heeft een vaste huisarts. Deze unieke positie danken wij aan ons ziekenfondsen- en verzekeringssysteem.
2. De huisarts is veelzijdig: zijn werkterrein beslaat de meeste (specialistische) gebieden en bevat bovendien een gedeelte psycho-sociale hulpverlening. Terecht maakt de huisarts ook aanspraak op een deel preventieve geneeskunde.
3. De huisarts is de eerste hulpverlener; daarom heeft hij de meeste behoefte aan reeds bekende gegevens; zijn werkwijze is daarop trouwens afgestemd. Ook wanneer de huisarts verwijst, behoudt hij zijn functie als coördinator en begeleider.
4. De huisarts geniet een vertrouwenspositie. Hij is met veel persoon-

lijke feiten van zijn patiënten bekend, waarvan hij overigens sommige niet zal opschrijven of aan anderen doorgeven.

5. De huisarts gaat in toenemende mate samenwerken in waarnemingsgroepen, groepspraktijken en gezondheidscentra. Een goede registratie is daarbij onmisbaar.

Enkele tegenargumenten:

1. De relatie tussen huisarts en patiënt wordt minder persoonlijk. Het is de vraag of de patiënten het wel op prijs stellen wanneer de huisarts zo'n sleutelpositie inneemt.
2. In de praktijk en uit gericht onderzoek blijkt, dat de huisarts vaak niet bekend is met zeer belangrijke medische en andere feiten betreffende zijn patiënten.
3. De huisarts is geen goede administrateur. Het kost veel moeite en motivatie — vooral als alleenwerkend huisarts — om zelfs een eenvoudig kaartstelsel goed bij te houden. Kan de huisarts wel verantwoordelijk zijn voor het beheer van alle patiëntengegevens?

Het blijkt niet mogelijk nu al een antwoord te geven. Eigenlijk zijn er drie alternatieven: of de ziekenhuisarchieven worden steeds verder uitgebreid of er komt een centrale informatiebank of de huisarts gaat het beheer van de registratie volledig op zich nemen. Ziekenhuizen lijken ongeschikt, omdat daar alleen episodisch wordt behandeld en de registratie te weinig op persoonlijke en integrale hulpverlening zou zijn gericht. Weliswaar bestaat de mogelijkheid van „record linkage”, waarbij gegevens uit verschillende bronnen met elkaar in verbinding worden gebracht. Maar deze ingewikkelde procedure roept dezelfde problemen op als een centrale databank, namelijk hoge kosten en de genoemde beveiligingsproblemen. Bovendien zal men nog zeker twintig jaar moeten wachten alvorens dergelijke systemen tot stand zullen zijn gekomen. Er is dus alle reden aan te nemen dat de huisarts voorlopig nog een belangrijke taak heeft bij de medische registratie.

Laten wij ons vervolgens bezig houden met de tweede vraag:

MOET HET KAARTSYSTEEM VAN HET N.H.G. WORDEN AANGEPAST OF VERVANGEN?

Om deze vraag te beantwoorden moeten wij nagaan aan welke eisen een goed systeem zou moeten voldoen:

1. Alle belangrijke medische gegevens moeten zodanig worden genoteerd, dat zij gemakkelijk zijn terug te vinden.
2. Ook sommige niet medische gegevens (de jeugd van de patiënt, zijn gezin, zijn werk enzovoort) zijn van belang om te noteren. Soms zijn dit zeer persoonlijke gegevens die zonder toestemming van de patiënt niet voor derden ter inzage zijn.
3. Bij een goed systeem moet de gebruiker in één oogopslag belangrijke medische feiten en de risico's die een patiënt loopt, kunnen overzien. Dit is van belang bij de behandeling en bij het toepassen van anticiperende geneeskunde respectievelijk de preventieve taak van de huisarts.
4. Het registratie systeem moet ook voor anderen (waarnemers, andere huisartsen uit de groepspraktijk of gezondheidscentrum, eventueel wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker en psycholoog) bruikbaar zijn.
5. Het moet bruikbaar zijn als werkdocument, dienstig als een instrument van de huisarts. Idealiter moeten het verloop van het diagnostisch proces en de evaluatie van de behandeling in de status zijn terug te vinden. Dit lijkt een hoge eis, maar Weed heeft duidelijk gemaakt hoe zijn probleem-georiënteerde status daartoe kan dienen.
6. Met het vorige punt hangt samen dat een goede patiëntenregistratie een belangrijk hulpmiddel is bij het toepassen van medische toetsing en bij het onderwijs.
7. Met een goed systeem kan wetenschappelijk onderzoek worden gedaan. Hodgkin schreef zijn boek „Towards earlier diagnosis” door slechts gebruik te maken van zijn eenvoudig kaartsysteem. Dit neemt niet weg dat

voor wetenschappelijk onderzoek vaak een gerichte registratie nodig is. 8. Tenslotte moet het systeem zo worden ingericht dat het eenvoudig op computergeheugens kan worden overgebracht.

Het is de vraag of het N.H.G.-registratiesysteem aan deze eisen kan voldoen. Ik vind niet, dat de werkaart nu direct overboord moet, maar wel dat wij ons moeten gaan verdiepen in de ideale vorm voor een nieuw registratiesysteem. Hier ligt een taak voor het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met de universitaire huisartseninstituten.

HOE ZAL HET NIEUWE SYSTEEM ERUIT ZIEN?

Elders worden daarover reeds studies gemaakt. Lamberts beschreef de resultaten van een W.O.N.C.A.-werkgroep en in Engeland werd door de National Health Service en het College samen een rapport uitgebracht. In elk geval zal een registratiesysteem moeten bestaan uit een aantal onderdelen: basisgegevens, problemenlijst, jaarschema en behandelingslijst. Verder is ruimte nodig voor specialistenbrieven en uitslagen van röntgen- en electrocardiografisch onderzoek.

Het is nuttig gebruik te maken van „flow-sheets”, tabellen of grafieken, waarin de gegevens bij controle van chronische aandoeningen of behandelingen (hypertensie, diabetes, orale anticonceptie) kunnen worden genoteerd. Voor dergelijke systemen zijn kaarten niet geschikt. In Engeland heeft men al besloten dat het nieuwe

systeem zal bestaan uit mappen van het A4-formaat, precies tweemaal zo groot als het NHG-kaartsysteem. Op een uitslaand blad komen de problemenlijst en de behandelingslijst, zodat de gebruiker deze gegevens bij elk contact onder ogen heeft.

Elders is reeds veel werk op dit terrein verricht. Wellicht zouden wij in Nederland daarvan kunnen gebruik maken. Iets anders is dat het invoeren van een nieuw systeem geen sinecure is, zoals iedereen weet, die al eens een nieuw kaartsysteem heeft opgezet. Overgaan op het nieuwe systeem kan alleen geleidelijk gebeuren, misschien beginnend met de huisarts in opleiding. Het lijkt redelijk dat daarbij voor financiële tegemoetkoming of nog beter administratieve hulp wordt gezorgd. Maar voor het zover is zullen wij ons de nodige inspanningen dienen te getroosten in de vorm van studie, overleg en experimenten.

- Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. E & S Livingstone Ltd., Edinburg 1966.
- Joint Working Party on Re-design of Medical Records in General Practice, Interim Report.
- Kooij, S. van der, Probleemgeoriënteerde verslaggeving; in: Kompas voor de huisarts. Oosthoek's Uitgeversmaatschappij b.v., Utrecht.
- Lamberts, H. (1975) huisarts en wetenschap 18, 165.
- Studiegroep Patiëntenregistratie (1958) huisarts en wetenschap 1, 86.
- Tait, I. en J. Stevens (1973) J. roy. Coll. gen. Practit. 23, 311.
- Weed, L. L. Medical records, medical education and patient care. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, 1970.

Referaten

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELDOCUMENTATIE

74-19. Vitamin D and myocardial infarction. Lindén, V. (1974) Brit. med. J. III, 647-650.

De Nederlanders Dalderup en medewerkers toonden in 1965 aan dat de consumptie van visleverolie en vitamine D-preparaten tot verhoging van het serumcholesterolgehalte aanleiding gaf. Zij suggereerden destijds reeds een mogelijk verband tussen langdurige toediening van genoemde stoffen en sterfte

aan ischemische hartziekte. Vitamine D-overconsumptie kan leiden tot hypercalciëmie welke aanleiding kan geven tot niersteenvorming.

Lindén en Westlund toonden in 1973 een verband aan tussen nephrolithiasis en coronaire hartziekte. Kinley en Krause merkten in 1959 op dat vitamine A een verlagende werking heeft op het serumcholesterolgehalte. Over de interrelatie tussen de vitaminen A en D in