

**Voorwoord.** De wijze van registreren van patiëntgegevens in de huisartspraktijk blijft discussie-onderwerp. Ondanks alle verbeteringen die terzake van de registrerende taak van de huisarts zijn ingevoerd, rijst de vraag of het feitelijke rendement van alle hieraan bestede moeite wel in overeenstemming is met de mogelijkheden van een op taak en functie van de huisarts gerichte documentatie.

Die mogelijkheden zijn velerlei en hebben betrekking op de persoonlijke, continue en integrale zorg voor de patiënt, maar ook op een adequate samenwerking van de huisarts met andere hulpverleners, onder wie medische specialisten.

Alhoewel de vastlegging van gegevens op de patiëntenkaart vooreerst is bedoeld als een instrument bij de hulpverlening, biedt een goede en continue registratie uitstekende mogelijkheden wat betreft controle van de kwaliteit van die hulpverlening en voor de nascholing. Speciale eisen dienen aan een registratie te worden gesteld waar het gaat om bruikbaarheid van verzamelde gegevens als basis voor preventie en onderzoek.

In een serie van tien artikelen besteedt David Metcalfe, verbonden aan de afdeling voor sociale geneeskunde en huisartsgeneeskunde, universiteit van Nottingham, aandacht aan de probleemgerichte registratie door de huisarts, een wijze van noteren, welke aan bovengenoemde aspecten duidelijk meer recht doet dan de traditionele patiëntenkaart. De gedetailleerde beschrijving van de technisch-administratieve aspecten van een probleemgeoriënteerde registratie wekt bij de lezer wellicht enige wrevel. Het is echter als bij pianospelen: slechts degenen, die zich de moeite getroost om toonladders en akkoorden te beheersen, zal het genoegen smaken van de volheid van het pianospel te genieten. Voor de anderen blijft het kruimelwerk.

Bij de bewerking van deze artikelen van Metcalfe deden zich verschillende, met name taalkundige problemen voor. De Engelse taal leent zich nu eenmaal bij uitstek voor bondige formuleringen. De lezer zal nu en dan genoeg moeten nemen met minder fraaie Nederlandse termen zoals notities over voortgang onderzoek en behandeling in plaats van het kernachtige „clinical notes”.

De probleem georiënteerde registratie (Problem Orientated Medical Record, P.O.M.R.) staat in het brandpunt van de belangstelling, met name in de angelsaksische landen. Regelmatig verschijnen er nieuwe publikaties, die voortbouwen op het werk van Weed, die deze wijze van registreren ontwikkelde voor de ziekenhuisgeneeskunde.

# huisarts & praktijk

## Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk\*

### I. Inleiding

Probleemgeoriënteerde patiëntenkaarten bestaan uit drie onderdelen:

- achtergrondinformatie van de patiënt;
- notities over voortgang onderzoek en behandeling;
- problemenlijst.

Op conventionele patiëntenkaarten wordt elk gegeven van anamnese, onderzoek of behandeling genoteerd volgens de informatiebron. Alle notities van de arts worden op een bepaalde plaats vermeld, terwijl uitslagen van laboratorium- of röntgenonderzoek op een andere plaats zijn te vinden. In de Nederlandse huisartspraktijk verschilt de registratie van gegevens weliswaar van arts tot arts, maar in het algemeen geldt ook daar, dat mogelijk relevante informatie over één bepaald probleem versnipperd is vastgelegd op kaarten of in ordners. Meestal zijn de gegevens systematisch opgeborgen, maar een totaal overzicht ontbreekt.

Dit heeft grote bezwaren, omdat niet direct in het oog springende maar toch belangrijke observaties of gegevens op de achtergrond geraken en als het ware worden begraven in een massa documentatie. Bij

DAVID METCALFE  
NEDERLANDSE BEWERKING  
DR. H. G. M. VAN DER VELDEN

een overzichtelijke rangschikking op een en hetzelfde document, zullen aanvankelijk terzijde gestelde gegevens en problemen onder de aandacht blijven en zodoende een voortdurende prikkel tot actieve benadering vormen.

Voor artsen, die hun patiëntenkaarten beschouwen als een soms te raadplegegh dagboek van hun patiënten, als een document betreffende hun medische verleden, is de traditionele opslag van gegevens wellicht voldoende. In het geval, waarin medische zorg wordt beschouwd als een *proces van beslissingen nemen*, en dat is met name in de huisartsgeneeskunde het geval, voldoet de conventionele

\* Serie artikelen, ontleend aan Update, Journal of Postgraduate General Practice, waarvan huisarts en wetenschap het copyright voor Nederland verwierf.

Voor de toekomst van de huisartsgeneeskunde heeft het probleemgeoriënteerde denken grote betekenis. De probleemgeoriënteerde patiëntenkaart vormt een logische consequentie van dit denken met betrekking tot de registrerende taak van de huisarts. De gedachten die Metcalfe ontwikkelt bij zijn bespreking van zoiets ogenschijnlijk triviaals als het kaartsysteem, zijn te belangrijk om aan onze aandacht te ontsnappen.

De redactiecommissie heeft daarom gemeend in „huisarts en wetenschap” plaats te moeten inruimen voor een Nederlandse bewerking van deze artikelen. Dit te meer waar zelftoetsing („self assessment”) en onderlinge kwaliteitscontrole

(„medical audit”) actuele onderwerpen van discussie vormen. Documentatie van het hulpverleningsproces is een voorwaarde voor de beoordeling van de kwaliteit van die hulpverlening en voor de evaluatie van het rendement.

De tien artikelen van Metcalfe vormen een goed uitgangspunt voor de verdere gedachtenwisseling betreffende de ontwikkeling van een adequaat en voor vele doeleinden bruikbaar kaartsysteem van de huisarts.

Weed, L. Medical Records, Medical Education and Patient Care. The Press of Case, Western Reserve University, Chicago, 1970.

patiëntenkaart niet. Hier biedt de probleemgeoriënteerde registratie, zoals deze door Weed voor de ziekenhuisgeneeskunde is uitgewerkt, uitkomst.

Probleemgeoriënteerde patiëntenkaarten dient men niet te beschouwen als een interessante administratieve hobby, maar vormen de praktische consequentie van een zienswijze op het proces van medische hulpverlening.

Alvorens tot een meer gedetailleerde beschouwing te komen van de relatie tussen de opzet en de functie van patiëntenkaarten, dienen de drie belangrijkste onderdelen van de probleemgeoriënteerde kaart nader te worden toegelicht.

**Achtergrondinformatie** verschaft alle relevante gegevens over de patiënt voor zover die voor de beoordeling van zijn gezondheidstoestand van belang zijn: vroegere ziekten, familiale aandoeningen, maatschappelijke gegevens, enzovoort.

**Notities over voortgang onderzoek en behandeling** vermelden zowel de subjectieve bevindingen van de patiënt als de observaties van de arts, de resultaten van lichamelijk onderzoek en laboratoriumgegevens. Dit onderdeel van de probleemgeoriënteerde kaart verschaft informatie over recente problemen en over de voortgang van de hulpverlening voor reeds eerder vastgestelde problemen.

**Problemenlijst**, waarin alle problemen van de patiënt worden opgesomd, zodat deze in één oogopslag zijn te overzien. De rangschikking op de kaart is dusdanig, dat vanuit elk opgesomd probleem gemakkelijk de bijbehorende gegevens over onderzoek en behandeling zijn op te sporen.

Op deze verschillende aspecten van een systematische probleemgeoriënteerde registratie zal in een serie korte artikelen worden ingegaan. In deze inleiding zal echter vooreerst aandacht worden besteed aan de betekenis van de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart voor de continue en integrale hulpverlening door de huisarts.

De opzet van een patiëntenkaart en dus de data-verzameling over de patiënt, dient een weerspiegeling te zijn van de aard en de inhoud van de hulpverlening aan die patiënt. Continue zorg, integrale zorg en samenwerking van hulpverleners, die bij het hulpverleningsproces zijn betrokken, stellen bijzondere eisen aan de wijze van registratie van patiëntgegevens.

*Continue zorg*, bijvoorbeeld, stoelt op het jarenlange contact dat de huisarts met zijn patiënt heeft. De patiëntenkaart moet een betrouwbaar overzicht bieden van de vele klachten, gezondheidsstoornissen en ziekten waarmee de patiënt gedurende

zijn leven wordt geconfronteerd. Alle gegevens dienen goed omschreven en systematisch geordend te zijn. De voor iedere patiënt persoonlijke „rode draad” van bepaalde risico's dient ogenblikkelijk te worden herkend uit de veelheid van notities. Belangrijke of mogelijk relevante gegevens moeten in het oog springen wanneer men de kaart bestudeert. Daarom heeft de probleemgeoriënteerde kaart een index van waaruit elk relevant gegeven gemakkelijk is terug te vinden.

*Integrale zorg* houdt er rekening mee, dat de klachten van de patiënt zowel lichamelijke als psychische oorzaken kunnen hebben. Bij deze klachten betreft het stoornissen van elke denkbare duur of ernst en niet zelden gaat het om een samengaan van geheel verschillende aandoeningen. Men denke bijvoorbeeld aan de multipole pathologie bij bejaarden. Soms is de klacht van de patiënt terug te voeren op een duidelijk herkenbare en te diagnostiseren organische afwijking. Soms gaat het om evidente psychiatrische problematiek. Veel vaker echter heeft de huisarts te maken met een complex samengaan van psychosociale en somatische oorzaken van de klacht.

De arts dient niet alleen in staat te zijn de belangrijkste problemen te onderscheiden en dienovereenkomstig te behandelen, hij moet ook en telkens weer zijn behandelingsplan voor welke aandoening dan ook betrekken in zijn voortdurende en totale zorg voor de desbetreffende patiënt.

De patiëntenkaart dient dusdanig te zijn opgezet, dat alle verschillende soorten informatie logisch zijn geordend, rond elk probleem van de patiënt. Alleen daardoor kan de arts het geheel overzien en blijvend aandacht hebben voor gezondheid en welbevinden van zijn patiënt. De kaart dient het geheugen van de arts te ondersteunen waar het gaat om bijzondere risico's, waaraan de patiënt is blootgesteld.

*Samenwerking* is een begrip dat op velerlei wijzen wordt geïnterpreteerd. Sommige huisartsen delen hun verantwoordelijkheid en nemen hun beslissingen tezamen met een of meer collega's, anderen betrekken in toenemende mate ook de wijkverpleegkundige of de maatschappelijk werker in hun hulpverlening.

Alleen de 24 uur per dag en 7 dagen per week werkende solist heeft geen behoefte aan communicatie met collegahuisartsen of met andere hulpverleners. Deze figuur bestaat echter bijna niet meer. Iedere huisarts heeft dus – op kleine of grote schaal – met de problemen van samenwerking te maken.

Op zijn minst bestaat de noodzakelijkheid tenminste over drie aspecten van elke hulpverleningssituatie anderen te kunnen informeren. Deze aspecten zijn: analyse van de actuele situatie, gegevens waarop de analyse is gebaseerd en informatie omtrent hetgeen er tot nu toe aan gedaan is. De patiëntenkaart moet deze drie aspecten duidelijk weergeven, zodat iedere arts de gekozen benadering kan voortzetten of zonnodig kan herzien, wanneer daartoe aanleiding zou bestaan. Noch een „blind” voortzetten van een vermoede zienswijze of behandeling, noch het zonder adequate informatie geheel opnieuw benaderen van een onduidelijk probleem dient het belang van de patiënt.

*Continuïteit* wordt gewaarborgd door een problemenlijst op de patiëntenkaart, waardoor de voortgaande geschiedenis van gezondheid en ziekte van de patiënt op eenvoudige en directe wijze ter attentie komt van de arts. Deze lijst moet tevens verwijzen naar voor elk probleem relevante informatie op dezelfde kaart.

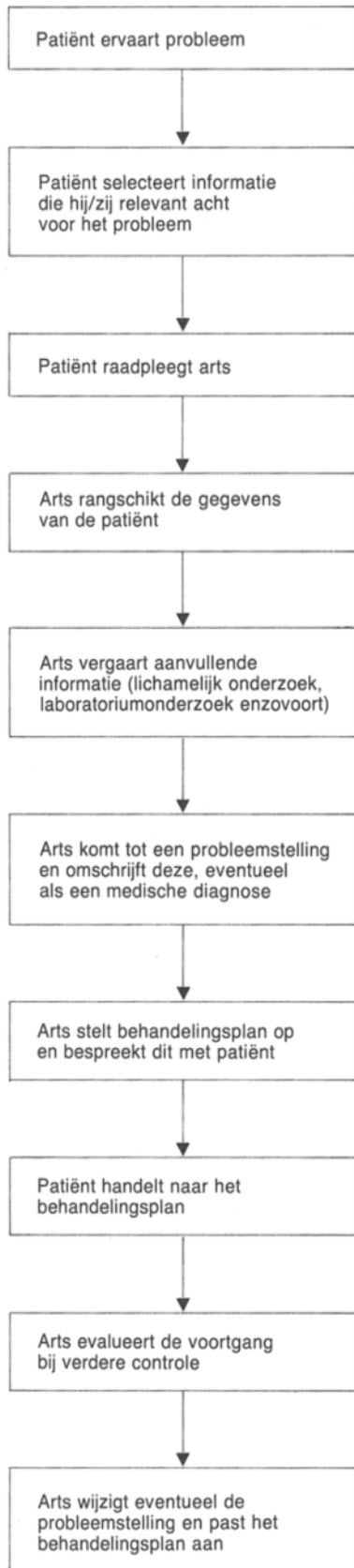
*Integrale zorg* wordt door de opzet van de probleemgeoriënteerde kaart op drie wijzen vergemakkelijkt.

Vooreerst biedt een dergelijke registratie de arts de mogelijkheid allerlei informatie, zowel over lichamelijke als over psychosociale aspecten, op de kaart te vermelden zonder (en daarom gaat het hier) gedwongen te zijn een medisch-diagnostisch etiket te gebruiken of gevaarrijke gegevens te bundelen tot een in feite onbevredigend diagnostisch label. Vervolgens wordt de arts door deze wijze van registreren telkens herinnerd aan alle belangrijke problemen wat betreft de gezondheid van de patiënt. Een meer persoonlijke en integrale hulpverlening wordt hierdoor bevorderd. Tenslotte is effectieve preventie slechts mogelijk indien men op de hoogte is van de persoonlijke en bijzondere risico's van de patiënt. Voor de huisarts vormt de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart welhaast een voorwaarde om actief en preventief te kunnen werken.

*Samenwerking* van artsen kan inzage vereisen in elkaars medische gegevens. Het is van belang dat een arts, die de behandeling gedurende korte of lange tijd overneemt, een effectief gebruik kan maken van de beschikbare gegevens, zodat hij de behandeling op adequate wijze kan voortzetten. Op de patiëntenkaart moeten die gegevens gemakkelijk bereikbaar zijn en de desbetreffende arts in één oogopslag informeren over de zienswijze en de benadering van de eigen arts. De waar-

Figuur 1. Transactioneel proces arts-patiënt

Fasen hulpverleningsproces



Uitwisseling informatie

De wijze waarop patiënt probleem ervaart, wordt beïnvloed door culturele en sociale factoren, door zijn/haar vroegere ervaringen met ziekte en door zijn of haar persoonlijkheid

Arts moet op de hoogte zijn van achtergrond-factoren die van invloed zijn op klacht en wijze van presenteren

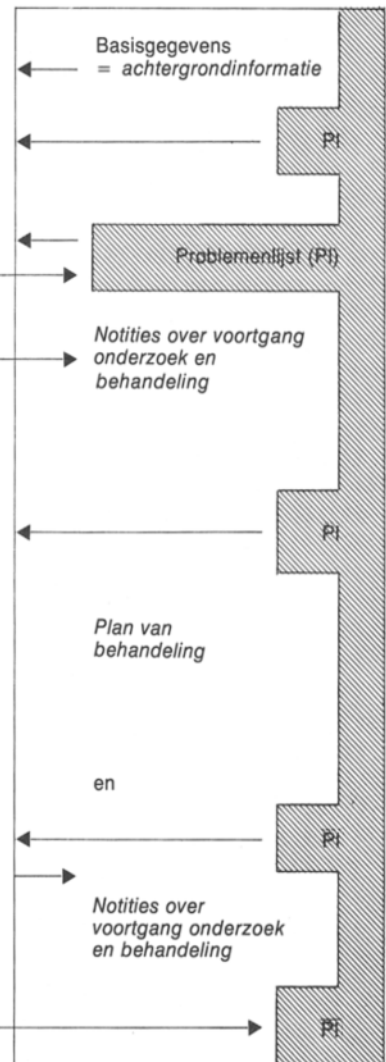
Arts moet op de hoogte zijn van ziekten en problemen, nu en in het verleden, die van belang zijn voor de keuze van nader in te winnen informatie

Het behandlungsplan moet afgestemd zijn op het geformuleerde probleem. Het moet rekening houden met andere bestaande problemen en met de patiënt zelf

De patiënt moet er van op aan kunnen, dat de arts andere belangrijke problemen en zijn/haar persoonlijke situatie in het oog houdt. Medewerking van de patiënt steunt op overleg tussen arts en patiënt

Arts kiest uit de bekende problemen welke voor controle in aanmerking komen. Vergelijking van status praesens met vroegere situatie is een leidraad bij beoordeling van succes van de behandeling

Opslag gegevens



nemend arts moet anderzijds zijn opmerkingen kunnen plaatsen zonder dat hij bang behoeft te zijn dat hij verkeerde notities op verkeerde plaatsen aanbrengt.

## Opzet en functie van de patiëntenkaart

Na de bespreking van de betekenis van de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart voor de hulpverleningsaspecten zoals deze in de huisartspraktijk gelden, dient nu ingegaan te worden op het belang van dit soort registratie voor het persoonlijke contact tussen de arts en zijn patiënt. Dit laatste is immers het meest wezenlijke aspect van elke medische hulpverleningssituatie.

*Figuur 1* toont, ter linkerzijde, de transactie tussen arts en patiënt zoals deze in een aantal stappen is te ontleden. Naast elke stap waarbij uitwisseling van informatie plaatsvindt, wordt het een en ander opgemerkt over de behoefte van de arts om nader te worden geïnformeerd. Pijlen geven aan waar de arts deze informatie wellicht kan vinden. Op het moment dat de arts tot de probleemstelling komt, vindt geen uitwisseling van informatie plaats. Hij beschikt op dat moment over alle gegevens, die hij nodig heeft. Hij probeert deze nu te analyseren om tot een precieze omschrijving van het probleem te komen.

De probleemstelling is niet noodzakelijkerwijze een diagnose. Als medisch student wordt men er op gewezen en in getraind om geen behandeling te beginnen alvorens men een diagnose heeft gesteld. Huisartsen ondervinden dagelijks, dat zeer vaak geen diagnose is te stellen, terwijl de patiënt toch behandeld moet worden. Vele huisartsen voelen zich hierdoor onzeker en in het algemeen draagt deze onzekerheid bij tot de neiging om vooral een (medische) diagnose te kunnen stellen. Deze onzekerheid bevordert weliswaar het aantal doch niet de betrouwbaarheid van de diagnoses.

Deze drang om observaties en gegevens te bundelen in een medisch diagnostisch etiket kan een logische benadering van de patiënt met diens probleem ernstig bemoeilijken.

Het is meer realistisch om de huisarts de gelegenheid te geven het probleem van de patiënt te formuleren in gewone en verstaanbare taal, gebaseerd op gewone en feitelijke gegevens. In dat geval kan hij de gegevens rangschikken en analyseren om tot een aangepast plan van behandeling te komen. Als een probleem niet of nog niet in diagnostische termen is te vatten, zal een dergelijk plan tevens inhouden dat verdere informatie moet worden ingewon-

nen om tot een meer precieze probleemstelling c.q. diagnose te komen.

Hierop zal later worden ingegaan bij een gedetailleerde bespreking van de problemenlijst.

Rechts in *figuur 1* worden de drie belangrijkste onderdelen van de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart vermeld, telkens ter hoogte van die stap van het transactionele proces tussen arts en patiënt waarop het desbetreffende onderdeel betrekking heeft. Hierdoor wordt meteen duidelijk, dat de „problemenlijst” de overige gegevens van de patiëntenkaart met elkaar in verband brengt. Dit overzicht van gedefinieerde problemen dient enerzijds als een index van de patiëntenkaart en anderzijds als een controlemechanisme op de hulpverlening.

Een blik op deze lijst, bij het begin van elk arts-patiënt contact, doet de arts alert zijn op vroegere en actuele problemen. Elk nieuw geformuleerd probleem wordt aan deze lijst toegevoegd. Een dergelijk overzicht kan voor de arts een leidraad zijn om een adequaat plan van hulpverlening op te stellen en vooral om te beoordelen of er voortgang is. Het integrale karakter van de hulpverlening is gediend met een overzichtelijke en systematische ordening van alle relevante problemen, die in het geding zijn.

De **achtergrondinformatie** licht de arts in omtrent allerlei factoren die van invloed kunnen zijn op de wijze, waarop de patiënt zijn klachten al of niet presenteert: persoonlijkheid van de patiënt, maatschappelijke positie, vroegere ervaringen met ziekte en verwachtingen ten aanzien van gezondheid en hulpverlening. Natuurlijk behoeft de huisarts, die zijn patiënten wel kent, deze informatie niet aan de patiëntenkaart te ontnemen. Een en ander is echter van des te meer belang voor de waarnemend arts of partner in een groepspraktijk. Aan de andere kant vestigt het dikwijls de aandacht op aspecten, die al te gemakkelijk op de achtergrond blijven. De bruikbaarheid van dergelijke achtergrondinformatie is overigens sterk afhankelijk van de nauwgezetheid, waarmee deze up-to-date wordt gehouden.

De meeste informatie is vastgelegd binnen de rubriek **notities over voortgang onderzoek en behandeling**, welke in chronologische volgorde worden genoteerd.

De **problemenlijst** is te beschouwen als een inhoudsopgave van de ziektegeschiedenis van de patiënt, geformuleerd in problemen. Elke nieuwe probleemsituatie kan zonder dat de kaart onleesbaar wordt, gemakkelijk en overzichtelijk worden toegevoegd aan het overzicht van vroegere – deels of geheel opgeloste – en actuele problemen.

De probleemgeoriënteerde patiëntenkaart omvat drie componenten:

- achtergrondinformatie van de patiënt
- notities over voortgang onderzoek en behandeling
- problemenlijst

De term probleemgeoriënteerd betreft een opzet, waarbij alle gegevens over de patiënt op een dusdanige wijze worden vastgelegd, dat deze informatie gemakkelijk is terug te vinden en op een effectieve wijze is te benutten voor een integrale hulpverlening aan de patiënt.