

Verslaglegging – registratie: waartoe en hoe?

FRANS VAN DER HORST*

In deze tijdens de Referatendag van het Genootschap op 4 juni 1977 te Utrecht gehouden inleiding wordt getracht een antwoord te geven op de vraag welke weg de meeste kansen biedt om tot ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde te komen. Gemeend wordt dat verslaglegging of registratie daarvoor het meest in aanmerking komt.

De vraagstelling „Waartoe verslaglegging en hoe?” is er een die men normalerwijs stelt wanneer men overweegt zich met verslaglegging te gaan bezighouden. Wanneer men echter literatuur doorneemt op het gebied van huisartsgeneeskunde óf aan een congres deelneemt op ditzelfde gebied, blijkt dat er misschien wel overeenstemming bestaat over het antwoord op de vraag „waartoe”, namelijk ontwikkelen van huisartsgeneeskunde, maar er blijken wel degelijk verschillende opvattingen te bestaan over de vraag „hoe” zou kunnen worden ontwikkeld. Welnu, het bestaan van verschillende opvattingen kan zinvol zijn: dit kan immers tot een discussie leiden waarin voor- en tegenstanders van de verschillende opvattingen in onderlinge wisselwerking het hunne bijdragen tot nadere verheldering. Het lijkt er veelal op dat zulke discussies niet of nauwelijks plaatsvinden. Ook al is huisartsgeneeskunde als zodanig geen (of nog geen) wetenschap, het zou wellicht zinvol zijn wanneer discussies ontstaan tussen aanhangers van verschillende huisartsgeneeskundige denkmodellen of expliciete referentiekaders. Dit veronderstelt echter dat er verschillende denkmodellen of referentiekaders zijn; als deze modellen er zijn, zijn zij mij althans onvoldoende bekend, met uitzondering misschien van het „integrale model”. Wetenschappelijk denken heeft zijn oorsprong in de alledaagse voorwetenschappelijke ervaring: vanuit deze ervaring weten wij zo ongeveer wat „huisartsgeneeskunde” is, zoals wij ook vanuit onze alledaagse ervaring weten wat „vallen en opstaan” is. De behoefte lijkt niet groot te zijn

om op systematische wijze vanuit voorwetenschappelijke ervaringen tot wetenschappelijke kennis te komen op het gebied van huisartsgeneeskunde, gezien de onderzoeken die op nationaal en internationaal gebied worden gedaan. Bij onderzoek op het gebied van huisartsgeneeskunde wordt veelal bekendheid verondersteld wat huisartsgeneeskunde is. Er vindt dan ook vrijwel nooit een bezinning plaats naar aanleiding van de vraag: Wat betekenen de gegeven resultaten van dit onderzoek voor de huisartsgeneeskunde? Huisartsgeneeskunde is immers datgene wat huisartsen doen!

Op grond van het voorgaande ben ik gekomen tot de vraag „waartoe” wordt onderzoek gedaan door huisartsen en „hoe”? Gegeven het feit dat ik deel uitmaak van een projectgroep Verslaglegging, alsmede gezien mijn veronderstelling dat verslaglegging bij uitstek de mogelijkheid biedt huisartsgeneeskunde als zodanig te ontwikkelen, heb ik het onderwerp „verslaglegging” gekoppeld aan de vraagstelling „waartoe en hoe?”. Mijn veronderstelling dat met name verslaglegging de mogelijkheid biedt huisartsgeneeskunde te ontwikkelen heeft te maken met de gedachte dat verslaglegging kan worden geïnterpreteerd als het beschrijven van „hetgeen in de huisartspraktijk gebeurt”. Een beschrijving vanuit een bepaalde vraagstelling kan antwoord geven op de vraag „wat gebeurt er?” De hierop volgende stap zou kunnen zijn: „waarom gebeurt dit?”

Alvorens een globale formulering te geven van verslaglegging wil ik uitdrukkelijk stellen dat de centrale vraagstelling die aan deze inleiding ten grondslag ligt als volgt kan worden geformuleerd: „Welke weg biedt de meeste kansen om tot ontwikkeling van huisartsgeneeskunde te komen”,

waarbij mijn veronderstelling is dat „verslaglegging” een cruciale weg is. Verslaglegging in het kader van huisartsgeneeskunde is het geheel van activiteiten, betrekking hebbend op het praktijkgebeuren (in de meest ruime zin van het woord) dat is opgezet om tot kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskunde te komen.

Verslagleggingsactiviteiten kunnen vanuit een analytisch gezichtspunt bijvoorbeeld worden onderscheiden naar:

1. patiënt-gerichte activiteiten, betrekking hebbend op het denken en handelen van de huisarts naar de patiënt toe;
2. arts-gerichte activiteiten, betrekking hebbend op het denken en handelen van de patiënt naar de arts toe;
3. organisatie-gerichte activiteiten, betrekking hebbend op het denken en handelen van de hulpverleners in relatie tot elkaar.

Voornoemde activiteiten kunnen naar de fasen van het hulpverleningsproces worden onderverdeeld. Als de kracht van verslaglegging daarin is gelegen dat hetgeen gebeurt zichtbaar kan worden gemaakt, is de vraag welke analytische benadering de meest vruchtbare is. Deze vraag laat ik verder onaangeroerd.

Aan de term „zichtbaar” wil ik twee belangrijke aspecten onderscheiden, namelijk het „wat” en het „waarom”. Een niet zelden voorkomende beperking tot het antwoord op de vraag „wat gebeurt er?” zonder die maatregelen te treffen waardoor het ook mogelijk wordt op het „waarom” in te gaan, heeft mijns inziens te maken met te hoog gespannen verwachtingen inzake verslaglegging sec.

Een magisch beeld van verslaglegging dat hier en daar bestaat, mag niet leiden tot de Cultus van Verslaglegging. Een Cultus veronderstelt de aanwezigheid van een Ritueel en Hogepriesters. Welnu, het Ritueel zou kunnen worden gesymboliseerd in de computer én het verslagleggingsformulier, waarbij de huisartsen zich kunnen laten verleiden de Hogepriesterfunctie te vervullen. Op dat moment is de verslaglegging een doel op zichzelf geworden en als zodanig een zinloze activiteit.

Verslaglegging is echter niet meer dan een middel om tot een bepaald doel te geraken, namelijk het ontwikkelen en het verbeteren van de huisartsgeneeskunde. Het is overbodig te vermelden dat, wil men tot verbetering/ontwikkeling van huisartsgeneeskunde komen, één van de eerste stappen is het formuleren van een vraagstelling of probleemstelling, waarbij in gedachten dient te worden gehouden, dat de conclusies die resulteren uit een onderzoek, verricht op basis van die vraagstelling, in een breder theoretisch en maat-

* Afdeling huisartsgeneeskunde medische faculteit Maastricht.

schappelijk referentiekader moeten kunnen worden geplaatst, waardoor deze conclusies betekenis krijgen.

Het valt niet te ontkennen dat in de huisartsgeneeskunde aanzetten zijn én worden gedaan om tot een theoretisch denkmodel van huisartsgeneeskunde te komen. Het geschrift „Hoe helpt de dokter” is – los van de sterke en minder sterke kanten ervan – mijns inziens zeker uitdagend om mee verder te gaan. Immers, de term „hoe” verwijst naar de vraag vanuit welke invalshoek naar ziekte/gezondheid en ziekte-/gezondheidsgedrag wordt gekeken én gehandeld. Anders gezegd: verwijst naar de vraag welke bril de huisarts opzet als hij/zij als huisarts bezig is. De vraag „welke bril of brillen zet de huisarts op?” is de centrale vraag die voor ogen staat bij de ontwikkeling van huisartsgeneeskunde.

Het is mede om deze reden dat de benadering die in *Ommoord* door Lambers c.s. wordt gehanteerd mij evenzeer aanspreekt: zij laten zich namelijk leiden door de wens een begrippenapparaat (de bril) te ontwikkelen voor de huisartsgeneeskunde. Het moge duidelijk zijn dat de termen „bril”, „referentiekader” en „begrippenapparaat” elkaar overlappen.

Verslaglegging als onderzoekactiviteit is derhalve alleen zinvol wanneer niet alleen wordt gepoogd een betrouwbaar antwoord te verkrijgen op het „wat” maar ook op het „waarom”. De antwoorden op het „wat” en „waarom” geven de mogelijkheid van

uit de werkelijkheid (hetgeen zich afspeelt tussen arts en patiënt) „referentiekaders” te ontwikkelen, zoals deze in de praktijk veelal impliciet blijken te bestaan.

De uitkomsten van onderzoek naar „wat” en „waarom”, resulterend in expliciet gemaakte referentiekaders, krijgen meer reliëf, meer betekenis, wanneer een en ander tegen van te voren ontwikkelde hypothetische referentiekaders wordt geplaatst.

Vervolgens kan men de vraag stellen welke „referentiekaders” betere kansen bieden op een door patiënt én arts gewenste situatie; hiermee kan men mijns inziens tot daadwerkelijke kwaliteitsverbetering komen.

Dié verslagleggingsactiviteiten zijn zinvol die zich richten op het geven van antwoord op de vraag naar het „wat” en „waarom” van het handelen van huisartst en patiënt – in relatie tot elkaar; men kan ook zeggen: het opsporen en verklaren van beslissingsprocessen.

Met „zinvol” wordt in deze context bedoeld:

– Een grotere kans op betere hulpverlening als maatschappelijke relevantie, met andere woorden het levert een bijdrage tot een betere hulpverlening in de maatschappij.

– Een grotere kans op ontwikkeling van huisartsgeneeskunde als theoretische relevantie, met andere woorden het levert een bijdrage tot een verdere uitbouw van

het denkmodel van de huisartsgeneeskunde.

Het verslaan/registreren van activiteiten van de huisarts zónder probleemstelling en zónder theoretisch kader is derhalve zinloos.

Als men de probleemgeoriënteerde verslagleggingsmethodiek voor ogen houdt als bijzondere vorm van verslaglegging, zoals die in eerste instantie is ontwikkeld door Weed c.s. en onlangs door David Metcalfe in dit tijdschrift is gepresenteerd, kan men stellen dat het eigenlijk niet zozeer gaat om het SOAP*-formulier als journaal, maar veeleer om de te ontwikkelen probleem- en datalijst, waarbij de probleemlijst en datalijst niet in de eerste plaats moeten worden gezien als geheugensteun, zoals Metcalfe schrijft, maar veeleer als stuurmechanismen bij het hulpverleningsproces. De probleem- en datalijst vormen als het ware de bril voor de huisarts.

Het *belang van huisartsgeneeskunde* ligt derhalve bij het ontwikkelen van een probleem- en datalijst. Vooral met behulp hiervan dient namelijk het begrippenapparaat/referentiekader/bril van de huisartsgeneeskunde vorm en inhoud te krijgen. Het opsporen van beslissingsprocessen geeft mijn inziens een grote kans om tot de ontwikkeling van een probleem- en datalijst te komen en tot een theoretisch kader van huisartsgeneeskunde.

* (1977) huisarts en wetenschap 20, 149.