

Probleemgeoriënteerd registreren in de huisartspraktijk

Door het gescheiden noteren van respectievelijk de gegevens van de dagelijkse consulten, van de informatie die op langere termijn van belang is en van een overzicht van de belangrijke doorgemaakte ziekten en problemen volgens een bepaald systeem, ontstaat een registratievorm die, zowel aan de huisarts als aan diens plaatsvervanger, een snel overzicht en inzicht biedt over de patiënt, zijn gezin en zijn ziektegeschiedenis.

In het navolgende geven H. Levelink en W. A. Meyboom een beknopte beschrijving van dit registratiesysteem. Voor een uitvoerige beschrijving raadplege men *Metcalf*.

In haar eenvoudigste vorm bestaat de probleemgeoriënteerde registratie (P.O.R.) uit drie onderdelen: Problemenlijst, Basisgegevens en Journaal.

Problemenlijst. Dit is een lijst met de belangrijkste gegevens over de patiënt in trefwoorden. Het betreft zowel actuele problematiek als gebeurtenissen uit het verleden die van belang kunnen zijn bij contact met de patiënt. De problemenlijst fungeert als een inhoudsopgave.

Basisgegevens. In dit onderdeel van het systeem staan de gegevens van de patiënt genoteerd, die blijvend van belang zijn. Zaken als sociale gegevens en samenvattingen van ziektegeschiedenissen staan er zonder vermenging met dagelijkse aantekeningen in.

Journaal. Dit zijn aantekeningen van elke dag: een blad waarop de huisarts of zijn arts-assistent uitgebreid, bij voorkeur volgens een bepaalde – in het navolgende uitgewerkte – systematiek, werknotities kunnen maken.

Deze drie onderdelen vormen de essentie van de P.O.R. Hieraan kunnen werkbladen worden toegevoegd, waarop in tabellen, kolommen of grafieken gegevens kunnen worden vastgelegd. De N.H.G.-zwangerschaps- en anticonceptiekaarten zijn hiervan een voorbeeld. In zekere zin is ook de geneesmiddelenlijst, zoals deze in de uitgewerkte formulieren kan worden gevonden, als een dergelijk werkblad te beschouwen.

Problemenlijst

De problemenlijst bevat een overzichtelijke lijst van alle problemen die de huisarts relevant acht. Het is een lijst met trefwoorden die het mogelijk maakt in één oogopslag de grote lijnen van de problematiek van de patiënt te overzien. Voor een optimaal gebruik van de problemenlijst wordt aangeraden deze bij begin en eind van elk contact met de patiënt even na te lopen, om snel ingevoerd te raken, respectievelijk om te zien of de huidige plannen mogelijk in strijd zijn met de totale problematiek van de patiënt. Door elk probleem van een datum en nummer te voorzien kunnen de bijbehorende gegevens in journaal en achtergrondgegevens snel worden teruggevonden.

Figuur 1. De ontwikkeling van een ziektebeeld kan op de problemenlijst worden aangegeven door de verschillende stadia met verticale pijltjes te verbinden.

PROBLEMENLIJST VAN: F.L. Kunst GEB.: 25 mei '25			
no.	datum	actieve problemen	passieve/opgeloste problemen
1.	14/4 '74	gim op de borst	
2	10/5 '74	Vrietakim mel	→ 23/5 '75
3	20/6 '74	angina pectoris	
4	17/6 '74	myocardinfarct	

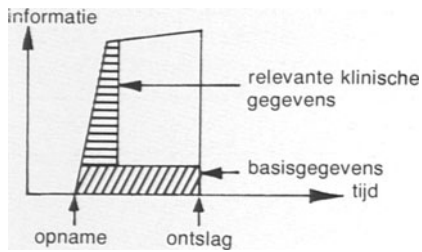
Een probleem in deze zin is een ziekte of een risico, een factor die een bedreiging kan zijn voor de gezondheid of de beleving ervan door de patiënt, of die van invloed kan zijn op de hulpverlening. Het kan een bewezen diagnose zijn, maar ook een klacht, symptoom of afwijkende laboratoriumwaarde of röntgenfoto. Daarnaast vinden niet-medische problemen er een plaats. Relationale en sociale problematiek, nerveuze klachten enzovoort. Tenslotte horen de risicofactoren erop thuis. Dit kunnen lichamelijke risico's zijn, bijvoorbeeld op grond van erfelijke aangeleg, allergieën of beroepsrisico's en iatrogene risico's, bijvoorbeeld in de zin van risicomedicatie.

Voor de huisarts met zijn longitudinale zorg geldt, dat het probleem – voor vermelding op de problemenlijst – van belang moet zijn op de wat langere duur. Niet elke verkoudheid en huidwond wordt opgenomen, opdat de problemenlijst niet verwordt tot een onoverzichtelijke brij triviale gebeurtenissen.

Wel is het soms zinvol op enigerlei wijze zicht te hebben over de schijnbaar minder belangrijke gebeurtenissen door ze zodanig te noteren dat daarover een zeker overzicht ontstaat. Bij het Mc. Quitty-systeem ontstaat dat automatisch door het dakpansgewijs opplakken van vellen papier (zie *schema 1* in het artikel van Lamberts, ditzelfde nummer). Bij de andere systemen is een overzichtelijke schrijfwijze op het journaalblad of een apart toegevoegd problemenlijstje zinvol.

Belangrijk is dat met name de problemenlijst goed bijgewerkt blijft. Daarom is het zinvol zo nu en dan de lijst te vergelijken met de aantekeningen in het journaal en de basisgegevens, met vragen als: zijn alle belangrijke za-

Figuur 2. Basisinformatie en actuele informatie in ziekenhuis.



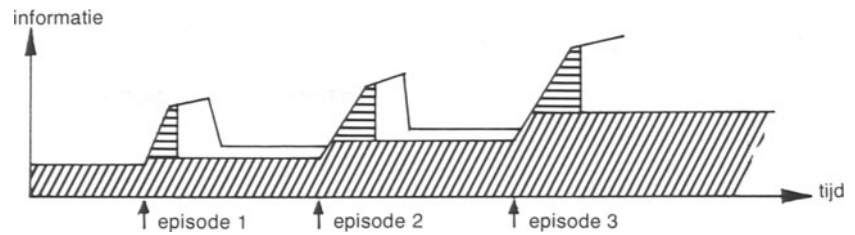
ken genoteerd, geeft de problemenlijst voldoende ingangen voor de waarnermer, zijn er risico's of problemen waaraan in anticiperende zin aandacht geschonken moet worden?

Van wezenlijk belang is de problemen te formuleren „at a true level of understanding”. Dat wil zeggen de huisarts kan opschrijven wat hij weet, hoort of ziet en is niet verplicht zijn informatie te persen in een keurslijf van medische begrippen en diagnoses. Daarom zijn vraagtekens ook minder wenselijk. Dus liever bovenbuiksklachten of maagklachten dan ulcus duodeni zolang er geen duidelijke diagnose is gesteld. Immers, niet verklaarde klachten of symptomen stimuleren tot actie om tot verheldering te komen. Zie voorts figuur 1.

Basisgegevens

Zoals het journaal ter ondersteuning van het geheugen op korte termijn werkt (Van der Kooij), vormen de basisgegevens het geheugen op lange ter-

Figuur 3. Basisinformatie en actuele informatie in huisartspraktijk.



mijn. De basisinformatie bestaat uit de gegevens over sociale achtergrond, beroep, gezin en familie, de medische voorgeschiedenis en uitslagen van onderzoeken die men langer wil vasthouden.

In een ziekenhuis wordt voor het vastleggen van achtergrondinformatie een momentopname gemaakt bij opname of bezoek aan de polikliniek (figuur 2). Bij de huisarts betreft het een proces, waarbij aan de bestaande gegevens telkens nieuwe informatie wordt toegevoegd (figuur 3).

Het is echter onbekend welke informatie voor de huisarts werkelijk relevant is voor de toekomst. Daarom zijn de formulieren weinig voorgestructureerd en is elke huisarts vrij in de keuze van de gegevens die hij wil vasthouden. In het algemeen zal men bij het vervangen van oude kaarten door nieuwe en bij de inschrijving van nieuwe patiënten per probleemgebied de gegevens bij elkaar opschrijven. Daarna echter is dit bezwaarlijk vol te houden, omdat het moeilijk is te voorzien hoeveel ruimte gereserveerd moet worden. Het bijwerken van de basisgegevens zal dan

voornamelijk plaatsvinden doordat de assistente de door de huisarts onderstreepte gedeelten uit de specialistenbrieven en uit de volgeschreven journaalbladen chronologisch inschrijft. Via de probleemnummers en de datum kunnen de gegevens worden teruggevonden.

Journaal

Het journaal bestaat uit een blad, waarop de dagelijkse werkaantekeningen worden gemaakt. Omdat volgeschreven bladen uit het systeem worden verwijderd, behoeft er niet zuinig met de beschikbare ruimte te worden omgesprongen. Na vermelding van de datum en eventueel het probleemnummer wordt elk probleem uitgewerkt via het – op grond van de gebruikte afkortingen genoemde – SOAP-systeem.

- S = subjectieve gegevens: de klacht van de patiënt en zijn beleving van het probleem („Wat de patiënt zegt”).
- O = objectieve bevindingen van de arts, zoals de resultaten van het lichamelijk onderzoek, laboratoriumuitslagen, röntgenfoto's en dergelijke.

Figuur 4. Problemenlijst + Journaal. Voor verklaring, zie tekst.

PROBLEMENLIJST VAN: <i>Smit's, A.F.</i> GEB.: 13-1-1915				Naam <i>Smit's,</i> Voornamen <i>Antoon, F.</i>	
no.	datum	actieve problemen	passieve/opgeloste problemen	Adres <i>Heideweg 3 Wauldorp</i>	
1	1963	<i>Weduwnaar (♀ T. Boustea.)</i>		Verzekering <i>L.F. Wauldsteek 1-1205</i> Geboortedatum <i>13-1-1915</i>	
2	1967	<i>Diabetes mellitus</i>		Datum	Journaal
3	1970	<i>Chronische bronchitis</i>		<i>14/4/74</i>	<i>ad Probleem 3 Chronische bronchitis</i>
4	<i>1/3/71</i>	<i>Werk gestaakt</i>	<i>→ huwt 6/9/71</i>	<i>S</i>	<i>minder hoesten, minder sputum, veel dyspnoe d'effort. Geen rook etc.</i>
				<i>O</i>	<i>Piepende randoi R₂=R₁. Vrij crepitatie's rechts-onder.</i>
				<i>A</i>	<i>gemiddelde exacerbatie chron. bronchitis</i>
				<i>P</i>	<i>Sputumkweek en -resistentie bepaling</i>
					<i>R/ Cholegyl 400 2x/dag no 500</i>
					<i>Tetracycline 400 2x/dag no 500</i>
					<i>Controle met 3 weken.</i>

Figuur 5. Problemenlijst + Journaal. Voor verklaring, zie tekst.

PROBLEMENLIJST VAN: <i>de Vries, J</i> GEB.: <i>20-4-1900</i>			
no.	datum	actieve problemen	passieve/opgeloste problemen
1	1967	Chronische bronchitis	
2	1971	Prostatohypertrofie	
3	19/4/74	Verhoogd Ureum	
4	24/5/74	Hospita wil komen opzeggan	

Naam <i>de Vries</i>		Voornamen <i>Johan</i>	
Adres <i>Minnenweg 6^a Weeldorp</i>		Verzekering <i>L.F. Weeldorps 8</i>	
Geboortedatum <i>20-4-1900</i>		Geboortedatum	
Datum	Journaal		
<i>30/5/74</i>	<i>ad Probleem 1 Chronische bronchitis</i>		
	<i>S</i>	<i>Ochtendhoest, wit scheidend sputum</i>	
	<i>D</i>	<i>vinger: 96</i>	
	<i>A</i>	<i>Geen infectie</i>	
	<i>P</i>	<i>Actieve stoffen stoppen. Afgesproken dat patiënt teken komt bij persistent sputum.</i>	
		<i>ad Probleem 3 Ureum</i>	
	<i>D</i>	<i>Ureum (zie 19/4/74): 0,2 mmol/l</i>	
		<i>Urin: ab. spoorje heel neg.</i>	
	<i>P</i>	<i>Ureum:</i>	
		<i>Practische:</i>	
		<i>Actieve stoffen:</i>	
		<i>Patiënt ingelicht over noodzakelijke maatregelen indien nierfunctie verslechtert.</i>	
		<i>ad Probleem 4 Hospita</i>	
	<i>P</i>	<i>Overleg m. W. er in te schakelen, mede i.v.m. mogelijke opname (hospita).</i>	

– A = assessment: schatting, taxatie; in het nederlands vaak door de E van evaluatie vervangen. Hierbij gaat het om een beknopte formulering van het probleem met de, eventueel voorlopige, hypothesen. Deze rubriek raakt aan de kern van de gehele werkwijze. Door te noteren, „Wat de dokter ervan denkt”, kan men het denkproces overzien, hetgeen van groot belang is, wanneer na enige tijd blijkt, dat de opgestelde hypothese niet klopt. Via evaluatie van de gedachtengang kan men terug om vervolgens met een nieuwe kijk op het probleem een andere weg in te slaan.

– P = plan van benadering van het probleem. Het wordt onderverdeeld in plannen voor onderzoek, voor therapie en voor voorlichting aan de patiënt („Wat de dokter doet”) (zie figuur 4 en 5). Ook gemaakte afspraken met de patiënt en de bedoeling van onderzoek en behandeling behoren hierbij. Wanneer men zich een doel stelt, valt beter te beoordelen of men niet achter blijft bij de bereikbare mogelijkheden. Uiteraard is het niet zinvol ieder con-

tact geheel op deze wijze uit te werken. Het bij een patiënt uitspuiten van cerumen behoeft ten hoogste een enkel woord. Wel kan men de eis stellen, dat wanneer men een SOAP-rubriek niet invult, er zich ook niets van dien aard heeft voorgedaan dat het invullen waard was.

Meetblad

Het meetblad is een hulpmiddel om de ontwikkeling van bepaalde gegevens in de tijd te kunnen beoordelen, zoals op de huidige zwangerschaps-, anticonceptie- en hypertensiekaarten. Dergelijke bladen kunnen op verschillende wijzen worden ingericht (voor voorbeelden zie (1977) huisarts en wetenschap 20, 306-309). Deze werkbladen kunnen in de A-5 hoofdkartaar worden ingevouwen en in het A-4-systeem achter het journaalblad of op een aparte plaats worden ingehecht.

Geneesmiddelenlijst

Van de door een patiënt chronisch ge-

bruikte medicatie is het zinvol een overzicht te hebben. De medicatie voor kortdurende ziekteperiodes is afdoende te vinden in het journaal. Opname van geneesmiddelen op de geneesmiddelenlijst zal in het algemeen ook betekenen dat hiervoor een herhalingsrecept kan worden geschreven. De assistente kan dan bij aanvragen vooraf de recepten voor ondertekening klaar maken.

Voor degenen, die zich voor het eerst in P.O.R. verdiepen, kan het geheel de indruk wekken van een ingewikkeld systeem met een overmaat aan regels; een keurslijf waarbinnen veel geschreven moet worden. Toch is dit niet zo. Er zijn slechts enkele algemene regels, waarbinnen vele mogelijkheden voor improvisatie zijn.

Kooij, S. van der (1978) huisarts en wetenschap 21, 166.
Metcalfe, D. (1977) huisarts en wetenschap 20, 15, 57, 103, 149, 191, 230, 271, 306, 351 en 399.