

# Probleemgeoriënteerd registreren

## Aantekeningen uit de praktijk

Th. J. VAN STOCKUM, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Na de voorafgaande theoretische beschouwingen over het probleemgeoriënteerde registreren, wordt aan de hand van een ziektegeschiedenis een praktische demonstratie gegeven.

Op de in *figuur 1* afgebeelde N.H.G.-werkkaart staat een heleboel genoteerd; voor de vervaardiger van deze aantekeningen waarschijnlijk te lezen, maar voor een arts-assistent of voor een waarnemer? Het wijzigen van een bepaalde vorm van aantekeningen maken in een gestructureerd registratiesysteem, dat overzichtelijkheid biedt en daardoor beter voor anderen toegankelijk is en voorts de mogelijkheid biedt voor toetsing of het verzamelen van epidemiologische gegevens, is niet eenvoudig.

Het maken van aantekeningen tijdens het consult moet niet meer als een geheugensteuntje worden gezien. Het dient een duidelijke verslaglegging te worden van de wezenlijke inhoud van het consult, gevolgd door een korte evaluatie en met daarop aansluitende conclusie over de gemaakte afspraken over voortzetting van dit contact met betrekking tot diagnose, begeleiding en therapie. Deze methode kan men zonder veel overhoop te halen op de oude N.H.G.-kaart oefenen, zoals in de volgende paragraaf zal worden gedemonstreerd.

### Oefenen op „oude” N.H.G.-kaart

Het doel van deze oefening is het principe van de probleemgeoriënteerde registratie in praktijk te brengen met behulp van de „oude” N.H.G.-kaart, waarbij elk probleem volgens het SOEP (of SOAP)-systeem wordt uitgewerkt (zie Levelink en Meyboom, pagina 6 van dit nummer). Daartoe wordt een verticale lijn getrokken naast de datumkolom (*figuur 2*).

In deze nieuwe kolom kan te zijner tijd het nummer worden aangetekend van het probleem waarvan in het contact sprake is geweest. Over de volle

breedte van de linker kolom worden de spontane klachten genoteerd, benevens de gegevens van algemene en specifieke anamnese. De voorgedrukte kopjes bovenaan de kaart dient men te negeren. In de rechter brede kolom komen de resultaten van het lichamelijk onderzoek, laboratoriumbepalingen, röntgenfoto's, gevolgd door het plan voor nader onderzoek, begeleiding en therapie.

In de linker kolom kan daarop een korte evaluatie van het contact worden genoteerd met rechts daarvan zo mogelijk de diagnose en in de middelste datumkolom het diagnosenummer. Een voorlopige problemenlijst kan op de voorzijde van de kaart worden ondergebracht in een van de vakken die nog open is.

Deze methode van noteren vraagt meer schrijfwerk en ook veel meer ruimte, zodat de kaart vrij snel vol is. De bestaande N.H.G.-vervolgkaart heeft niet de uitgebreide kop en geeft dus wat meer schrijfruimte.

Is de oude kaart vol en heeft men het systeem voldoende onder de knie, dan kan men overgaan op het nieuwe journaalblad van de probleemgeoriënteerde registratie. De oude kaarten kan men in de dubbelgevouwen kaart opbergen. Het is niet noodzakelijk direct ook de problemenlijst op het indexblad in gebruik te nemen, hoewel dit stellig nuttig is. Men kan in dat geval de voorlopige problemenlijst van de oude kaart hierop overbrengen, terwijl de achterzijde van het indexblad beschikbaar is voor de uittreksels van specialistenbrieven.

Wil men van de oude kaart af, dan kan men op de achterzijde van het indexblad tevens een uittreksel van de oude kaart noteren, bijvoorbeeld in de vorm van conclusies aan de hand van de di-

verse problemen en intercurrente ziekten. Voor de overzichtelijkheid geef ik de problemen Romeinse en de intercurrente ziekten een Arabische nummering. Hoe de ziektegeschiedenis er in de nieuwe vorm kan uitzien wordt met enkele figuren gedemonstreerd.

*Figuur 3* is een afbeelding van het indexblad, waarop de problemenlijst, de intercurrente ziekten en de continu gebruikte geneesmiddelen worden genoteerd. Hierop treft men gegevens aan, waarvan het belangrijk is ze voor ogen te houden.

Bovenaan komen de verschillende onderkende problemen, al dan niet met een einddatum afgesloten. Voorts wordt vermeld, wie bij diagnose of behandeling betrokken is (geweest).

In de rubriek intercurrente ziekten heeft men de mogelijkheid te noteren hetgeen dan wel geen echt probleem is, maar toch belangrijk genoeg om snel in de herinnering terug te roepen. Men ziet bijvoorbeeld dat maagklachten zo vaak terugkwamen, dat zij uiteindelijk tot probleem werden verheven.

De medicatielijst is in opzet tot langdurige therapie beperkt. In dit voorbeeld heb ik daarentegen een overzicht van de totale therapie gegeven om te demonstreren dat het systeem flexibel is en de vrijheid geeft zo nodig wanneer men daaraan behoefte heeft, meer te noteren dan alleen de onderhoudstherapie.

*Figuur 4* is een afbeelding van de achterzijde van het indexblad, waarop onder de titel „basisgegevens” uittreksels van specialistenbrieven worden genoteerd, voorzien van een codering die naar het probleemnummer verwijst. Tevens wordt gedemonstreerd wat de invloed van de lettergrootte van de typemachine is op de hoeveelheid op de kaart te noteren informatie.

In *figuur 5* is de ziektegeschiedenis van ons voorbeeld, voor zover dit achteraf volgens het SOEP-systeem valt te reconstrueren, in het journaal uitgewerkt.

Op het ogenblik is niet precies vast te stellen hoeveel meer tijd de probleemgeoriënteerde registratie tijdens het

Figuur 1. Voorzijde van de in 1956 geïntroduceerde N.H.G.-werkkaart.

A	B	C	D	E	F	G	H	I-J	K	L	N	O	P	Q	R	S	Sc	T	U	V	W	XY	Z				
1	2	3	4	5	7	8	9	0	1	2	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

naam **Emons** vm. **D** geb. **12-6-45** nr  
 adres **Prinsengracht 73 dH.** vm. gezh. beroep **Bankwerker**  
 tel. - fin. **AZH 047321.**

b.c.g.	blgr.	rh.	anti-d.	gd.
var.	inol.			di.
rub.	oper. <b>71 Appendectomie.</b>			hep.
morb.				morb.
tuss.				parot.
di.				pol.
pol.				rub.
te.				scarl.
				tub.
				tuss.
				varic.
				pteff.

datum	verschijnselen	laboratorium	diagnose	therapie	datum	verschijnselen	laboratorium	diagnose	therapie
10-7-67	Centrale organisatie bestrijding Huid en gealchtsziekten.				4-3-69	v. Wayenburg opgenomen lumbaalpunctie		16-4-69 uitslag	
	Sinds 1965 in behandeling voor lues 2. Seronegatief.					Bij punctie liquor onder normale druk		„Chem en Serol ook normaal luesreacties negatief	
	Kreeg 6 x 10 <sup>6</sup> E. penicilline, Sindsdien alle contr. negatief				23-3-71	Laat. Re. Knie. geen trauma. bekeerd.		„drukpin onder.	
	Nag. veiligheidskuur 15 x 10 <sup>6</sup> enic.					Laat gewr. spl. 2 weken o		„Ross. Lets. Pektelhaving.	
19-8-68	idem. Verzoek 5 weken 2 x 2W 1.5 M. Bism. Salsalic. Ologs. i.M.				30-11-71	Regout. Chir. w. Acut via E.H.O. opgenomen.		„Acut pijn onder	
10-12-68	idem. Controle goed. Graag. Neurel. onderzocht op neurales.					ribbenhoog. Bewegingsdang. Bij onderzoek T 140/90		„Ablomen	
10-12-1968	doorverwezen naar v. Wayenburg. Neurel. w. 4-3-69. aprams.					zeer gespannen, pijnlijk, Met spoed geopereerd.			



Figuur 2. Achterzijde van de in 1956 geïntroduceerde N.H.G.-werkaart. Er is links een kolommetje bijgetekend om een eerste oefening in probleemgeoriënteerd registreren te verduidelijken.

datum	verschijnselen	laboratorium	diagnose	therapie	datum	verschijnselen	laboratorium	diagnose	therapie
30-11-71	vervolg Regout; Geen afwijking gevonden. Volstaan met appendectomie								
	P.A. Geen aanknopingspunt voor acute ontsteking. Ocyuren								
	In goede conditie ontslagen.								
29-2-72	Pyn in bovenbuik, branderig, opzinspingen. geen braken.			Susp Antacid.					
6-3-72	S. Antac. niet goed verdragen.			Maagp + Ph. 30					
21-2-73	Paardagen. pyn in druk- onder. E. zitten hoog. ontlasting. g. b. zuurke op spruiken x kool. T.D.								
15 x 73	Parveeff van wiskpyn.								
31-1-74	Spoon Haan. Nierskeentje verloren. Veel pyn. Busc. Sapp.								
8-2-74	Urim A - R - S g. b.								
24-8-77	Controle. C.D. bol. H.G. III. Het controle ontslagen.				090				
22-2-77	III. Maagklachten. Laatste h.d. steeds erger. Eersthalven van kool eten. Nu ook van warm. maaltijd. Brood minder. Wel voor koffie. Drinkt laatste h.d. veel hier spanning jongste kind. hoort slecht.				516				
27-2-77	III. Klachten minder 1x gebrakt. erg zuur.				Y85.				



Figuur 3. Indexblad, waarop de problemenlijst, de intercurrente ziekten en de continu gebruikte geneesmiddelen worden genoteerd.

A	B	Bo	C	D	F	G	H	I-J	K	L	N	O	PQ	R	S	Se	T	U	V	W	XY	Z					
1	2	3	4	5	7	8	9	0	1	2	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
naam <b>EMONS</b> - D. vrn. adres <b>Prinsegracht 73 Boekdruker</b> geb. <b>12-06-45</b> zf. nr./part. <b>ANZ 047321</b> tel. -																											
bijzonderheden																											
beroep/school																											
inact. in samenwerking met																											
diagn. nr.																											
1965	I	Lues II Seronegatief																				040					
1972	II	Spanningen om bij te komen																				Y 85					
1977	III	Recid. Maagklachten → gastritis																				536					
1981	IV	Acute buisgedahte. Mpf-declonme Oxyuriasis																				Y 137					

**Intercurrente ziekten**

datum	nr.	diagn. nr.	datum	nr.	diagn. nr.
23/3/77	1	Pijn Re Knie			
23/3/77	2	Ribos			
4/2/72	3	Mogelroetten (rec. v/bp) - 24/77 → Pch. 4 st 5			
3/1/74	4	Nierstenen			

**continu gebruikte geneesmiddelen**

medicijnen	dosis	afl. hoev.	data
1. Bism. Subsalic. bl. 10 p.	1. 5 ml 2 x per 5 d.		14/8/68, 22/8, 24/8, 24/8, 31/8, 10/9, 13/9, 17/9, 20/9, 23/9
2. Lactio Pektinum	1 w.		23/3/77
3. Susp. Anticid.	3 del 15 ml.	300 ml.	20/2/72 met gastverdringen 16/77.
3. Corb. Magn. v. Mar. Nola 02	3 del 15 ml.	30 ml.	13/3/72
4. 3. & 4. Pekt. tabletten	2-4 del.	30 del.	21/3/73
4. Biscapom. comp. suppp.	1/2 ppm S.I.	2 stuks	17/2/74, 22/2/74, 27/2/74, 11/3/74, 22/7/77, 26/7/77



consult en het later uitwerken kost. In de praktijk blijkt de methode voordelen te hebben, wat bijvoorbeeld blijkt wanneer men tijdens het uitwerken van gegevens af en toe tot de ontdekking komt, dat een belangrijk gegeven in de massa ongeordende notities ten onder is gegaan.

Voorts is het overnemen van de behandeling en het beoordelen van de behandeling – bijvoorbeeld door een arts-assistent – in opleidingsituaties hiermee vergemakkelijkt.

Het schrijven van specialistenbrieven is tenslotte eenvoudiger en ook voor de specialist – door het aanhouden van de-

zelfde structuur – overzichtelijker. Bovendien bespaart een bijgesloten fotocopie van de uittreksels van de specialistenbrieven veel schrijfwerk.

### Besluit

De invoering van het systeem van de probleemgeoriënteerde registratie kan het beste geleidelijk verlopen. Nadat men vertrouwd is geraakt met het SOEP-systeem, volgt het in gebruiknemen van jaarnaambladen. Daarna worden eerst eens enkele niet al te ingewikkelde ziektegeschiedenissen op het indexblad uitgewerkt.

Het definiëren van problemen en intercurrente ziekten is door het oefenen op de oude kaart al niet meer zo nieuw. Niettemin vereist het in het begin extra inspanning, waartegen enig verzet kan bestaan.

Wanneer enige routine is verkregen, is het raadzaam de gegevens van een van de probleempatiënten – bij voorkeur met een groot dossier – eens volgens dit systeem te bewerken. Wanneer men daar doorheen is geworfeld, bestaat de mogelijkheid van het op te geven, maar ook van de ontdekking, dat huisarts en patiënt jarenlang langs elkaar heen hebben gepraat. →

## Boekbesprekingen

W. C. de Bruijn-Jansen Klomp en G. Steensma-Nijboer. *Een onderzoek naar de ervaring van mensen, die in een psychiatrisch ziekenhuis behandeld zijn volgens de inzichten van de systeem- en communicatietheorie. Rapport, uitgegeven in mei 1978 door de psychiatrische ziekenhuizen „Brinkgreven” en „St. Elisabethsgasthuis” te Deventer. Te verkrijgen aldaar tegen betaling van f 20,- of door storting van f 25,- op postrekening 830430 ten name van de stichting Het St. Elisabethsgasthuis te Deventer onder vermelding van „Conolly-Rapport”.*

Dit rapport bevat een poging tot evaluatie van een vorm van psychotherapie. Onderzoek naar de effecten van psychotherapie is schaars en bovendien bijzonder moeilijk. De uitkomsten zijn minder hard dan bijvoorbeeld het resultaat van een chirurgische therapie. De samenstellers van dit rapport zijn zich terdege bewust van de tekortkomingen ervan. Zij sommen er vele op: het onderzoek is retrospectief, er is geen controlegroep, de onderzoeksmethoden bestaan voornamelijk uit interviews, die altijd een grote mate van subjectiviteit inhouden, de populatie is klein (96 personen) en de steekproef eruit zeer klein (27 personen). Redenen te over om geen harde resultaten te verwachten.

Het onderzoek is verricht bij behandelenden uit het paviljoen Conolly, twee jaar na hun onslag. De vraagstelling was tweërlei: wat is het effect van de behandeling en hoe hebben de behandelenden de behandeling ervaren?

Uitgewerkt tot een probleemstelling komen de volgende vragen naar voren: hoe staat het nu met de problematiek

van de behandelenden; hoe tevreden is het systeem (i.c. het gezin) hiermee; welke hulp is er na ontslag gevraagd; willen de behandelenden zonnodig op Conolly terugkomen; hebben zij hun behandeling ervaren als een bijdrage aan hun eventuele vooruitgang; is er verschil, of het hele systeem behandeld is of slechts één lid van het systeem?

De samenstellers vinden het belangrijkste resultaat het ontdekken van drie groepen respondenten, die van elkaar verschillen op grond van: het door hen ervaren „effect” van de behandeling op Conolly; de keuze, die zij maken vóór of tegen Conolly, als zij opnieuw moeten worden opgenomen; de ervaring met andere inrichtingen, vóór zij op Conolly kwamen; de sociale status, gemeten naar beroepsprestige.

Deze drie groepen zou men de positieve, de negatieve en de tussengroep kunnen noemen. Over de verklaringen voor deze verschillen kan slechts worden gespeculeerd. Het onderzoek zelf geeft er geen antwoord op, integendeel, roept alleen maar nieuwe vragen op, die mogelijk door middel van verder onderzoek beter kunnen worden beantwoord.

J. A. Kunst

*Medical records in general practice. Occasional paper 5. Published by the Journal of the Royal College of General Practitioners. London, 1978; 38 bladzijden, prijs £2,75.*

Niet alleen het Nederlands Huisartsen Genootschap maakt zich druk over de registratie in de huisartspraktijk en de patiëntenkaart; onze Engelse collegae van de Royal College of General Practitioners zijn daarmee ook volop bezig. Vertegenwoordigers van beide wetenschappelijke organisaties presenteren de huisarts een nieuwe, probleemgeoriënteerde registratiemethode met de

daarbij behorende patiënten- of gezinskaart op bij voorkeur A-4-formaat.

Uiteraard loopt de vormgeving nogal uiteen, maar de grondbeginselen vertonen een opvallende overeenkomst: in beide gevallen volgt men de oorspronkelijk door Weed geformuleerde onderdelen van de probleemgeoriënteerde registratie. Een verschil met de NHG-kaart is dat onze Engelse collegae daadwerkelijk proberen, de gezinshistorie op een overzichtelijke wijze op papier te krijgen met behulp van een tekening van de gehele familie. Daar staat tegenover dat de Nederlandse gezinskaart deze exercitie goeddeels overbodig maakt en daarnaast toch weer andere – meer relevante? – informatie over het gezin verschaft.

Het rapport bevat een goede discussie door medewerkers van de afdeling huisartsgeneeskunde van de bekende Londense St. Thomas' Hospital Medical School over de vraag welke problemen thuishoren op de problemenlijst. Tamelijk achterhaald is de classificatie van ziekten, symptomen en problemen, die het rapport vervolgens geeft. Voorts wordt een model van een door de patiënt zelf in te vullen vragenlijst gegeven; gericht onderzoek zal moeten uitwijzen of een dergelijke vragenlijst tot het standaardinstrumentarium van de huisarts gerekend zal moeten worden.

Tenslotte komt – en we zijn daaraan langzamerhand al gewend – de vraag naar voren op welke wijze de nieuwe kaart de toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen bevordert. Voor de Nederlandse huisarts die het themanummer van huisarts en wetenschap over de probleemgeoriënteerde registratie leest, biedt het Engelse rapportje weinig nieuws. De historische betekenis ervan wordt daar echter niet minder van.

Dr. H. Lamberts