

Een vragenlijst voor patiënten

Het verzamelen van gegevens over nieuwe patiënten, toegelicht aan de hand van een vragenlijst

H. LEVELINK* en E. H. VAN DE LISDONK**

Toen wij in januari 1977 in een nieuwbouwwijk met onze praktijk begonnen als onderdeel van het wijkgezondheidscentrum Lindenholt, kwam er met de eerste patiënten een grote hoeveelheid informatie mee: de „groene kaart” van de vorige huisarts, soms een begeleidend schrijven en voorts oude en recente brieven van specialisten.

Naast de vraag – die in dit artikel niet verder wordt beschouwd – hoe die informatie was te ordenen, kwamen we voor de vraag wat nu zinvolle informatie is en hoe we deze efficiënt en systematisch konden verzamelen.

Geleidelijk aan hebben we voor de verzameling van de gegevens over nieuwe patiënten een systeem ontwikkeld met drie elementen. Via voorgedrukte formulieren wordt van alle patiënten de informatie opgevraagd bij de vorige huisarts, aan de patiënten wordt een vragenlijst uitgereikt en buiten het spreekuur of soms in het kader van een eerste consult hebben we een kennismakingsgesprek, waarin overigens ook enkele preventief geneeskundige aspecten aan de orde komen.

In het navolgende doen wij verslag van de opzet en uitvoering van een vragenlijst en onze werkwijze daarmee.

Vraagstelling

Uit de over nieuwe patiënten verkregen informatie, konden we vaak slechts een onvolledig beeld krijgen van het vroegere en huidige functioneren van patiënt en gezin. Soms was een beroep niet bekend of bracht een buikonderzoek een niet verwacht litteken aan het licht: bij ouderen wisten we niet uit hoeveel gezinsleden ooit hun gezin had bestaan enzovoort. Soms leverden gegevens van de vorige huisarts een perfecte „röntgenfoto” op van belangrijke somatische gebeurtenissen in het verleden; soms leverde ons nieuwsgierige, maar ongerichte vragen belangrijke

„nieuwe” gegevens op. Een selectie uit de van de vorige huisarts ontvangen gegevens bleek vaak een onvolledig beeld op te leveren. Wel kregen we met name aan de hand van specialistenbrieven, redelijk zicht op de medische historie, echter nauwelijks op grond van de N.H.G.- of andere kaarten. Weinig kwamen we over het feitelijke functioneren van de patiënt en zijn beleving daarvan te weten. Vaak konden we gegevens omtrent het gezin niet invullen. Deze ervaringen deden bij ons de vraag rijzen of een vragenlijst en een aan de hand daarvan gevoerd gesprek, het verzamelen van informatie niet vollediger zou maken en of dat beleid uiteindelijk effectief en tijdsbesparend zou zijn.

We zijn aldus tot drie elkaar aanvullende of beter niet van elkaar los te denken onderdelen bij het verwerven van informatie gekomen: gegevens van de vorige huisarts, een enquête onder patiënten en daarop aansluitend een kennismakingsgesprek met de patiënt aan de hand van de vragenlijsten, bij voorkeur met beide partners en de oudere kinderen. De patiënt krijgt zo de kans chronologisch zijn verhaal toe te lichten en zijn beleving daarbij te vertellen. Er gaat daarbij geen tijd verloren met eenvoudige concrete gegevens die beter schriftelijk kunnen worden gegeven. De gezinsleden kunnen vooraf over de vragen nadenken en hun geheugen opfrissen; de gegevens van de vorige huisarts en de brieven van spe-

cialisten bieden de medische vertaling van een en ander en de noodzakelijke „harde” gegevens. Dit geheel biedt ons de kans op efficiënte en genuanceerde wijze de basisgegevens van de probleemgerichte registratie in onze A-4 gezinsmap in te vullen, terwijl tegelijkertijd een kennismakingsproces tussen arts en patiënten op gang komt. Ten aanzien van de vragenlijst hebben de volgende overwegingen er toe geleid de enquête tot een beknopt geheel te beperken:

- we willen de informatie verkrijgen van alle patiënten, die zich in laten schrijven; dat betekent dat het noch voor de patiënt noch voor de huisarts te veel tijd mag vragen;
- de informatie moet voor het huidige en toekomstige functioneren met betrekking tot de huisarts relevant zijn;
- op het moment van invullen, moeten de vragen niet op het opsporen van ziekteverschijnselen zijn gericht, maar op het verkrijgen van de hoofdlijnen van medische en sociale achtergrond van het gezin en zijn leden;
- de verlangde informatie moet in eenvoudige en kort geformuleerde vragen vertaalbaar zijn en op deze vragen moet een eenduidig en kort antwoord mogelijk zijn.

De concrete invulling van de door ons nodig geachte informatie en de genoemde beperkingen hebben tot een voorstel geleid dat alle subjectiviteit van een persoonlijke keus ademt. We kunnen ons dan ook goed voorstellen dat een huisarts in een andere populatie, in een andere situatie en met anders gerichte belangstelling of „hobbies”, tot een gedeeltelijk of geheel andere keus komt.

Van de drie groepen informatie die we opstelden: de sociografische gegevens, de medisch, anamnestiche gegevens en de psychosociale gegevens, is het ons tot op heden niet gelukt, ondanks de handzame richtlijnen voor een psychosociale anamnese (*Baars en Romme*), voor deze laatste groep een concreet, beknopt en werkbaar voorstel te maken.

Uitwerking en praktijkervaringen

Figuur 1 en *2* zijn afbeeldingen van de door ons ontworpen gezinsvragenlijst, respectievelijk individuele vragenlijst. Zowel uitvoering als inhoud tonen de genoemde persoonlijke keus. Van groter belang lijkt ons, dat wij deze lijsten dankzij de eenvoudige tekst als regel geheel ingevuld terugkrijgen en dat we, doordat de assistente deze vragenlijst-

* Huisarts te Nijmegen, tevens verbonden aan het N.H.I.

** Huisarts te Nijmegen, tevens verbonden aan het Nijmeegs U.H.I.

Figuur 1. Gezinsvragenlijst

Datum:		MAN	VROUW			
1. Naam + voorletters						
2. Geboortedatum						
3. Alleenstaand/samenwonend/gehuwd; welk jaar?						
4. Gescheiden/weduw(e)naar/hertrouwd, welk jaar?						
5. Opleiding en vroegere beroepen						
6. Huidig beroep; sinds welk jaar?						
7. Werkloos/gepensioneerd/arbeidsongeschikt						
8. Zelfstandig of in loondienst						
9. Godsdienst/evt. bijzondere leefregel						
10. Uw vader: leeft nog/is overleden; hoe oud?		; ... jaar	; ... jaar			
bijzondere ziekten*; evt. doodsoorzaak						
11. Uw moeder: leeft nog/is overleden; hoe oud?		; ... jaar	; ... jaar			
bijzondere ziekten*; evt. doodsoorzaak						
12. Hoeveel broers en zusters hebt u?		... broers, ... zusters	... broers, ... zusters			
Is iemand van hen overleden? Zo ja, waaraan en op welke leeftijd?		; ... jaar	; ... jaar			
Had een van hen bijzondere ziekten*?						
13. Komen er verder ziekten* voor in uw familie? Welke en bij wie?						
14. Belangrijke hobbies						
15. Over de kinderen (ook indien ze al een eigen gezin hebben):						
Naam	geb.-datum	woont thuis	woont elders (waar?)	indien overleden, doodsoorzaak	pleeg-kind	opleiding, beroep, bijzonderheden
		ja/nee			ja/nee	
		ja/nee			ja/nee	
		ja/nee			ja/nee	
		ja/nee			ja/nee	

* Bijvoorbeeld: hoge bloeddruk, beroerte, hartaanval, astma of bronchitis, tuberculose, suikerziekte, kanker, geestesziekten, aangeboren afwijkingen.

Figuur 2. Individuele vragenlijst.

Naam:	
1. Heeft u, of heeft u gehad, een van de volgende ziekten of aandoeningen, en sinds wanneer:	
a. verhoogde bloeddruk	e. hartaandoening
b. suikerziekte	f. blaasontsteking
c. tuberculose	g. overgevoeligheid
d. astma of bronchitis	h. overige
2. Zijn er medicijnen die u niet kunt verdragen?	
3. Bent u ooit geopereerd of behandeld door een specialist; bent u ooit in een ziekenhuis of inrichting opgenomen geweest? Zo ja, wanneer en waarvoor:	
4. Staat u nu nog onder controle van een specialist? Zo ja, sinds wanneer en waarvoor?	
5. Hebt u ooit een ongeluk gehad? Zo ja, wanneer en wat waren de gevolgen?	
6. Gebruikt u medicijnen? (Ook middelen die u zonder recept kunt verkrijgen, bijvoorbeeld pijnstillers of laxeremiddelen; ook middelen die u langdurig gebruikt, bijvoorbeeld de „pil”, slaaptabletten, kalmerende middelen):	
7. Hoeveel rookt u? per dag	
8. Hoeveel alcohol drinkt u? per dag	
9. Voelt u zich gezond?	
10. Is er nog iets waarvan u het plezierig vindt dat uw huisarts het weet, of wat u graag met hem wilt bespreken?	

ten bij de inschrijving of bij een eerste consult uitreikt, alle nieuwe patiënten bereiken.

De respons op deze vragenlijsten is hoog. De helft tot tweederde van de bij ons ingeschreven patiënten brengt de ingevulde lijsten mee op het moment dat zij van de hun geboden gelegenheid tot een kennismakingsgesprek gebruik maken. Dat gesprek duurt ongeveer twintig minuten, waarbij we de vragenlijsten als leidraad voor het gesprek gebruiken, dat we, mede door iedere curatieve vraag naar het spreekuur te verwijzen, als een preventieve actie beschouwen. Daarenboven ontvangen we nog ruwweg geschat 10-20 procent van de ingevulde vragenlijsten terug van patiënten die een kennismakingsgesprek niet op prijs stellen.

Uit deze gesprekken is ons gebleken dat het merendeel van de concrete medische informatie betreffende het indi-

vidu overeenstemt met de gegevens van de vorige huisarts en de ons toegezonden specialistenbrieven. Wel blijken die gegevens soms onvolledig.

Ook de vragen over concrete ziektebeelden, aangevuld met enige open vragen, blijken zeer rendabel te zijn. Het zou aardig zijn eens te onderzoeken of bijvoorbeeld door middel van de huisartsen-anamneselijst van het N.H.I., welke 55 vragen bevat met een bijlage van nog eens 35 vragen, essentiële informatie wordt verkregen, die niet ook door onze vragenlijst was verkregen.

De gegevens op het gezinsvel zouden we zonder deze vragenlijst slechts in een minderheid van de gevallen compleet hebben. Het is goed mogelijk dit vel in de gezinsmap te bewaren als eerste blad van de basisgegevens.

In de kennismakingsgesprekken blijken uit de individuele vragenlijst vooral de

laatste twee open vragen aan patiënten de ruimte te bieden iets over hun beleven van gezondheid en welzijn te vertellen. De patiënt die in de medische anamneselijst weinig heeft in te vullen, zal bijvoorbeeld graag in een persoonlijk gesprek uitleggen waarom hij de vraag „voelt u zich gezond?” beantwoordt met „tamelijk”. Persoonlijke en relationele problematiek, jeugdervaringen, gebruik van alternatieve geneeswijzen enzovoort komen hierbij vaak boven tafel. We moeten niet vergeten dat daarover praten heel wat anders is dan het zwart op wit zetten ervan, zoals moge blijken uit opmerkingen tijdens deze kennismakingsgesprekken in de sfeer van: „Ik wilde eerst eens zien of u me lag en of ik vertrouwen in u had”. Zoiets demonstreert tevens de relatieve waarde van een ingevulde vragenlijst zonder gesprek.

Beschouwing

De door ons ontworpen vragenlijst is in een groeituur, in een jonge praktijk in een nieuwbouwwijk ontstaan. Zij is een poging tot het systematisch verkrijgen van door ons relevant geachte informatie betreffende alle nieuwe patiënten en heeft niet de pretentie een noviteit te zijn.

Wie in een bestaande praktijk zijn registratie wil omwerken tot probleemgerichte en daarbij meer informatie nodig acht, kan deze vragenlijst mogelijk bij een selectie uit het patiëntenbestand en bij nieuw ingeschreven patiënten (de gehele praktijk lijkt absoluut ondoenlijk) nuttig gebruiken.

Uit onze ervaringen met deze vragenlijst is ons duidelijk geworden dat een huisarts lang niet alles van zijn patiënt weet en dat een actief opsporen van informatie een bijdrage kan leveren, rendabel is en niet tijdrovend behoort te zijn. In dit artikel wordt er niet op ingegaan hoe deze informatie in de A-4 gezinsmap kan worden verwerkt.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de waarde en bruikbaarheid van gegevens van de vorige huisarts. Onze ervaringen stemmen niet hoopvol; we achten de vragenlijst een welkome aanvulling. Iets van de door *Roscam Abbing* geuite twijfel menen wij te kunnen onderschrijven evenals zijn eindoordeel. Hij noemt onder andere twijfel aan de volledigheid van medische registratie, twijfel aan de eenduidigheid van diagnoses of probleemomschrijvingen, en de vaak tot wanhoop brengende leesbaarheid; al met al: „... een lange litanie van haast onoplosbare problemen...”.

Wij zijn er ons van bewust een persoonlijke en subjectieve invulling te hebben gegeven aan het begrip „relevante informatie”. De „patient questionnaire” die *Tait* beschreef, was een van de weinige gepubliceerde voorbeelden van een in de praktijk gebruikte patiëntenvragenlijst, die we konden vinden. Door discussie en onderzoek moet het mogelijk zijn tot overeenstemming te komen over de vraag welke informatie relevant is voor een huisarts en welke niet.

Baars, H. M. J. en M. A. J. Romme. (1977) *Medisch Contact* 32, 1531-1533.

Roscam Abbing, E. W. (1973) huisarts en wetenschap 16, 327-331.

Tait, I. G. (1977) *Brit. med. J.* II, 683-688, 1977.

Probleemgeoriënteerde registratie bij het onderwijs

S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

Curtis en anderen vermelden in een artikel over wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde dat alle huisartsopleidingen in de Verenigde Staten van probleemgeoriënteerde registratie gebruik maken. Men gebruikt verschillende systemen die aan de eerstelijns gezondheidszorg zijn aangepast in combinatie met morbiditeitsregistratie (ICHPPC) door middel van computers of via een E-book. In Engeland gebruiken de universitaire huisartspraktijken van Manchester, Londen en Southampton het P.O.M.R.-systeem. Juist de toepassing bij het onderwijs is één van de oorzaken, waardoor de toepassing van de werkwijze van *Weed* in de angelsaksische landen hand over hand toeneemt.

Drie eigenschappen maken de probleemgeoriënteerde registratie interessant voor het onderwijs: de overzichtelijkheid, het leereffect en de mogelijkheid tot toetsing.

Overzichtelijkheid

Iedere ervaren huisarts maakt gebruik van informatie over zijn patiënten die hij deels in zijn geheugen en deels via zijn kaartstelsel ter beschikking heeft. Wanneer bijvoorbeeld mevrouw A. de spreekkamer binnenkomt, herinnert de huisarts zich op slag dat ze al tien jaar lang last van haar rug heeft, hoe zij op ziekte en tegenslagen reageert, dat haar man een hardwerkende kleine ondernemer is en dat ze drie jaar geleden een nakomertje heeft gekregen. Een blik op de kaart leert hem wanneer zij de laatste keer is geweest, wat er toen aan de hand was en wat hij voor advies gegeven heeft. De student en de arts-in-opleiding missen die informatie, maar een probleemlijst kan dat gemis aan continuïteit voor een goed deel opheffen. Met name bij verwarde patiënten of mensen met gecompliceerde problemen kan de aanstaande (huis-)arts beter werken, ook al omdat de patiënt dan meer vertrouwen in hem krijgt (en hij

zelfvertrouwen). Een goede geneesmiddellenlijst, overzichtelijke basisgegevens en systematische SOAP-notities dragen natuurlijk evenzeer bij aan de continuïteit.

Leereffect

Probleemgeoriënteerde registratie is verder een belangrijk hulpmiddel voor het onderwijs. De studenten leren rekening te houden met de voorgeschiedenis van de patiënt, belangrijke psychosociale factoren daarbij inbegrepen. Zij komen er gemakkelijker toe het arts-patiënt-consult volgens een vaste methode te laten verlopen.

Men kan studenten opdragen bij ieder consult onder de S van *subjectief* niet alleen de klacht, maar ook de hulp die de patiënt van de arts verwacht, te vermelden. De student zal hierdoor minder snel nalaten naar de verwachtingen van de patiënt te vragen.

Onder de O van *objectief* dienen – zeker in de leersituatie – niet alleen gevonden afwijkingen, maar ook de afwezigheid van bepaalde symptomen te worden vermeld. Bijvoorbeeld bij verdenking op mononucleosis infectiosa: geen icterus; of: milt niet palpabel.

De E van *evaluatie* (of de A van *assessment*) dient voor de probleemstelling. De probleemstelling is een voor zover mogelijk volledige en integrale omschrijving van de problemen. Soms is