

De centrale kaart of teamkaart

R. S. TEN CATE*

Door de „Werkgroep registratieproblematiek in de eerste lijn” van het N.H.G. is bij 65 gezondheidscentra een inventarisatie gedaan naar het gebruik van een centrale status of teamkaart. In zes centra bleek één of andere vorm van centrale registratie te bestaan die in dit artikel wordt beschreven.

In mei 1975 vond de eerste bijeenkomst plaats van een multidisciplinaire werkgroep, die zich zou bezighouden met registratie in de eerste lijn. Hieraan namen vertegenwoordigers van huisartsen (N.H.G.), maatschappelijk werk (Joint) en wijkverpleegkundigen (N.K.) deel. In een aantal bijeenkomsten werd kennis genomen van elkaars registratiesystemen en werd gesproken over de mogelijkheden van registratie die voor de drie disciplines aanvaardbaar en bruikbaar zouden zijn. Het bleek dat alle drie disciplines ontevreden waren over het eigen registratiesysteem, dat tot die tijd werd gebruikt.

Na een oriëntatie over elkaars wensen en plannen voor nieuwe systemen besloten de drie partners voorlopig uiteen te gaan en eerst zelf aan hun eigen systeem te gaan werken. Daarbij werd wel afgesproken om te zijner tijd het contact weer op te nemen.

Intussen is de werkgroep zich gaan afvragen of een geïnstitutioneerde interdisciplinaire verslaglegging nog wel zinvol zou zijn. De enige literatuur die ons hierover ter beschikking stond, was het Itoba-rapport van 1976 en speciaal het gedeelte dat was gewijd aan het Gezondheidscentrum Zevenhuizen te Apeldoorn.

In 1970 verleende het Praeventiefonds een subsidie aan vijf gezondheidscentra, waaronder het voornoemde. Als voorwaarde voor deze subsidie werd medewerking verondersteld aan een onderzoek dat door het onderzoeksinstituut Intagon (met ingang van 1 januari 1975 genoemd Itoba = Instituut

voor toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek, advies en begeleiding) zou worden ingesteld naar verschillende aspecten in deze gezondheidscentra. Voor het onderzoek in Zevenhuizen formuleerde Itoba de volgende drie probleemstellingen.

1. Hoe verloopt de interdisciplinaire samenwerking ten behoeve van de patiënt/cliënt nu in feite en welke problemen doen zich hierbij voor?
2. In hoeverre beoordelen de centrummedewerkers de samenwerking ten behoeve van de patiënt/cliënt als „nuttig en goed”?
3. In hoeverre kan een gemeenschappelijke registratie en terugmelding van samenwerkingsgegevens de feitelijke samenwerking beïnvloeden?

De gegevens ten behoeve van de eerste probleemstelling werden verzameld met behulp van een registratiekaart, de zogenaamd „gele kaart” (figuur 1), het eerste Nederlandse voorbeeld van een centrale status of registratiekaart, waarop de drie disciplines hun gegevens konden invullen.

Hierbij moet wel in het oog gehouden worden, dat deze registratie niet alleen betrekking had op de samenwerking zelf, maar vooral ook op het door Itoba ingestelde onderzoek, met andere woorden, op dit formulier komt een groot aantal gegevens voor dat voor de samenwerkers zelf van minder belang was dan voor de onderzoekers.

Tijdens de registratieperiode van een jaar, die samenviel met het Itoba-onderzoek, hebben de centrummedewerkers (vier artsen, twee maatschappelijk werkers, vier wijkverpleegkundigen en een klinisch pedagoge) over 115 gevallen gegevens vastgelegd op de regi-

stratiekaart. Voor de analyse van deze gevallen wordt verwezen naar het desbetreffende Itoba-rapport (*De Boom-Van Duin en anderen*). De registratiekaart bleek in belangrijke mate te hebben bijgedragen tot het interdisciplinaire kennismakingsproces. Sommige teamleden geven aan, dat zij door het informatie krijgen en overdragen via de kaart veel meer zicht hadden gekregen op hetgeen de ander kan en doet.

Naast deze gegevens over Zevenhuizen-Apeldoorn was aan onze commissie nog een tweede „teamkaart” bekend, namelijk van het Medisch Sociaal Centrum Herzenbroeken te Eindhoven (*Ten Cate*). Deze kaart is afgebeeld in figuur 2.

Teneinde na te gaan of er intussen meer soortgelijke kaarten in gebruik waren, werd in januari 1978 aan alle 61 in Nederland fungerende gezondheidscentra en aan een viertal samenwerkingsverbanden, waarvan werd verwacht dat zij naar een dergelijke status onderweg waren een brief gestuurd, waarin werd gevraagd in hoeverre een „centrale status” of „teamkaart” werd gebruikt. Op deze 65 brieven werden 18 reacties ontvangen. De brief was zodanig opgesteld, dat kan worden aangenomen dat in de 47 centra, die niet hebben geantwoord, een dergelijke kaart niet wordt gebruikt. Twaalf van de reacties behelsden de mededeling, dat geen teamkaart werd gebruikt, waarbij in twee gevallen werd meegedeeld dat dit om principiële redenen was.

Er bleven dus zes centra over, waar op de één of andere wijze een centrale registratie plaatsvond. In drie gevallen bleek dit echter geen teamkaart te zijn, maar had deze registratie een ander doel. In Leiderdorp betreft dit een formulier dat dient als basis voor de teambespreking. De rubrieken, voorkomende op dit formulier zijn opgenomen in figuur 3.

In Amsterdam-Helmerstraat gebruikt men een formulier dat dient als verwijzing door de arts naar de maatschappelijk werker en psycholoog, waarop enerzijds de intakegegevens van de arts, anderzijds de conclusies uit de teambespreking worden vermeld. In Hoensbroek-Noord wordt de groene N.H.G.-kaart, waartoe ook de andere hulpverleners toegang hebben, gebruikt als centrale registratiekaart in die zin, dat de maatschappelijk werker met een paarse en de wijkverpleegkundigen met een zwarte ruit aangeven, dat zij bemoeienis hebben met een bepaalde patiënt. Uit de plaats van de

* Huisarts, wetenschappelijk hoofdmedewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde, Medische Faculteit, Leiden.

Figuur 1. De zogenaamde „gele kaart” (uitgevouwen). Dubbel A-5 formaat; in deze afbeelding iets verkleind in de breedte en onderaan afgesneden. De onderste tekst is aan de achterzijde afgedrukt over de dubbele hoogte van de kaart; in deze afbeelding iets verkleind.

invuldata	29 H.A.	30 W.V.	31 M.W.	32 anderen	
29.	lichamelijk - gezond <input type="checkbox"/>	huis/flat/balcon/tuin	1.huwelijksmoeilijkheden <input type="checkbox"/>		
	-lang <input type="checkbox"/>	-goed <input type="checkbox"/>	2.opvoedingsmoeilijkheden <input type="checkbox"/>		
	-ziek <input type="checkbox"/>	woontoestand -normaal <input type="checkbox"/>	3.puberteits/adolescentie m.h. <input type="checkbox"/>		
	-chronisch <input type="checkbox"/>	-slecht <input type="checkbox"/>	4.moeilijkheden rond ziekte <input type="checkbox"/>		
	-infaust <input type="checkbox"/>		5.moeilijkheden rond beroep/ ^{school} <input type="checkbox"/>		
30.	tractus -circ. <input type="checkbox"/>	hygiëne -goed <input type="checkbox"/>	6.wettelijke voorzieningen <input type="checkbox"/>		
	-resp. <input type="checkbox"/>	-normaal <input type="checkbox"/>	7.maatsch. voorzieningen <input type="checkbox"/>		
	-digest. <input type="checkbox"/>	-slecht <input type="checkbox"/>	8.financiële moeilijkheden <input type="checkbox"/>		
	-u.g. <input type="checkbox"/>		9.huisvestingsmoeilijkheden <input type="checkbox"/>		
31.	-cer.sp. <input type="checkbox"/>	signalering probleem:	10.migranten <input type="checkbox"/>		
	-bew.app. <input type="checkbox"/>		11.alleenstaande <input type="checkbox"/>		
	medicijngebruik: -stabiel <input type="checkbox"/>		12.ongehuwde moeder <input type="checkbox"/>		
	-probl. <input type="checkbox"/>		13.onvolledig gezin <input type="checkbox"/>		
	psyche:		14.bejaarde <input type="checkbox"/>		
	diagnose:		15.lichamelijke handicap <input type="checkbox"/>		
	aanvulling:	aanvulling:	16.geestelijke handicap <input type="checkbox"/>		
	kolom 29 -	kolom 29 -	17.overige <input type="checkbox"/>		
	kolom 31 -	kolom 31 -	18.multi-problem <input type="checkbox"/>		
	kolom 32 -	kolom 32 -			
	aanvulling:	aanvulling:			
	kolom 29 -	kolom 29 -			
	kolom 31 -	kolom 31 -			
	kolom 32 -	kolom 32 -			
	33 lich.verpl.:nvt/a.b.c.d.e.f.g. ps.soc.:nvt/a.b.c.d.e.f.g.h.i.	34 lich.verpl.:nvt/a.b.c.d.e.f.g. ps.soc.:nvt/a.b.c.d.e.f.g.h.i.	35 lich.verpl.:nvt/a.b.c.d.e.f.g. ps.soc.:nvt/a.b.c.d.e.f.g.h.i.	36 lich.verpl.:nvt/a.b.c.d.e.f.g. ps.soc.:nvt/a.b.c.d.e.f.g.h.i.	
0 Kaartnummer:	1	2	3	4	
	5	6	7	8	
	9	10	11 begin beh.:	12 einde beh.:	
13 naam/kode pat.:	14 intaker:			15 via:	
18 adres, tel.:	16 geb.datum:			17 beroep/school	
19 huisarts:	klin.pedag.:	20 groene kr. <input type="checkbox"/>	geen <input type="checkbox"/>	21 N.H. <input type="checkbox"/>	
w.v.:	tandarts:	oranje-gr. kr. <input type="checkbox"/>	onbekend <input type="checkbox"/>	Prot. <input type="checkbox"/>	
m.w.:	pastor:	wit-gele kr. <input type="checkbox"/>		andere <input type="checkbox"/>	
				geen <input type="checkbox"/>	
23 gezinsleden:	24 geb.datum	25 1e kontakt en met wie	26 bijzonderheden:	27 klachten volgens betrokken pat.:	
				28 met welke vraag wendt u zich tot andere hulpverlener(s):	
hulpverleners				patiënt/kliënt	
37 datum	38 kontakt: wie-wie	39 aard kontakt:	40 reden voor kontakt	41 waartoe heeft kontakt geleid:	42 frekw.kontakt met pat
					43 aard behandeling van de pat.:

Figuur 3. Samenwerkingsverband voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening te Leiderdorp. De verschillende op beide zijden van het formulier (21 X 33,5 cm) voorkomende rubrieken zijn hier vermeld.

SAMENWERKINGSVERBAND VOOR GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING TE LEIDERDORP			
naam :	schoolopleiding :	4. bevindingen	
voornaam :		a. somatisch	hoe beleeft de patiënt/kliënt zijn lichamelijke klachten? wat zijn de somatische bevindingen van aanmelder? welke vroegere ziekten of lich. klachten zijn aanmelder bekend? informatie van anderen verkregen?
geb.datum :	beroep :	b. psychisch	hoe ziet de patiënt/kliënt zichzelf? welke indruk maakt hij/zij op de aanmelder? informatie van anderen verkregen?
adres :		c. sociaal	wat vertelde de patiënt/kliënt over zijn sociale situatie? gezin - werk e.a. wat is de aanmelder hierover bekend?
woonplaats :	plaats in gezin :		
aanmelder : ook bekend bij :		5. probleeminventarisatie en samenvatting van bevindingen	
teambespreking d.d.:		6. veronderstelling van aanmelder en vraag aan teamleden	
1. <i>probleemanalyse - formulering</i>		7. <i>teambespreking</i>	aanvullende gegevens
wat is (zijn) precies de klacht(en) of het probleem(en)		8. <i>handelingsplan</i>	
wanneer zijn deze tot uiting gekomen?			
hoe was het verloop? steeds hetzelfde - wisselend - toenemend - verminderend			
is er eerder om hulp gevraagd? wanneer - bij wie			
is er al iets aan gedaan? wat - door wie			
welke andere problemen worden genoemd? actief - inactief			
2. <i>hoe ziet patiënt/kliënt oorzaak(en) van klacht(en) of probleem(en)?</i>			
3. <i>wat verwacht patiënt/kliënt voor hulp?</i>			

ruiter is te zien om welke maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige het gaat. Op de kaart wordt op datum in het journaal de reden van het contact vermeld. De wijkverpleegkundigen verwijderden hun ruiter met het beëindigen van het contact, de maatschappelijk werker niet.

Van de categorieën, „aparte teamkaart”, waarvan vier voorbeelden werden ingezonden, lijkt het formulier van Rotterdam-Rosestraat het meest op de in *figuur 2* afgebeelde kaart van Eindhoven-Herzenbroeken. In Assen-Oost wordt de registratiekaart gebruikt die afgebeeld staat in *figuur 4*. Van iedere discipline is één vertegenwoordiger in een project bezig om in de praktijk te bekijken of er werkelijk behoefte bestaat aan zo'n kaart en of de kaart in deze vorm praktisch is.

In Assen-Noord is men oorspronkelijk uitgegaan van de „gele kaart” van Apeldoorn-Zevenhuizen. Aangezien de resultaten met deze vorm niet bevredigend waren (het kost te veel extra tijd voor de hulpverleners, hetgeen leidt tot onvoldoende en onnauwkeurig registreren), is men gaan werken aan een gecombineerd systeem van probleemgeoriënteerde registratie (P.O.R. A-4), waarbij de map met problemenlijst en basisgegevens als centrale informatiebron zou dienen voor alle disciplines, terwijl er per discipline aparte

journaalbladen in verschillende kleur zouden kunnen komen, bijvoorbeeld groen huisarts, rood maatschappelijk werk, blauw wijkverpleegkundige, oranje fysiotherapeut. Als voordelen noemt het Gezondheidscentrum Assen-Noord:

- slechts één patiëntenmap voor alle disciplines;
- basisgegevens behoeven niet herhaald te worden geregistreerd;
- de behandelende discipline is op de hoogte van de bemoeienissen van de andere disciplines;
- een centraal archief is mogelijk.

Als nadelen worden genoemd:

- de mogelijkheid tot schending van het beroepsgeheim;
- bij het meenemen van de gegevens naar de huisvisite ontbreken de gegevens voor de andere disciplines.

Betreffende het eerstgenoemde nadeel moge worden verwezen naar het stuk „Gemeenschappelijk Beroepsgeheim” van het Centrum Feijenoord-Noordereiland Rosestraat-Rotterdam, zoals gepubliceerd is in 1977 (*Ten Cate*) en naar (*Lenen*).

Deze opsomming van de bestaande centrale registratie is hiermede ten einde. Zowel Assen-Noord als het gezondheidscentrum Schinveld, dat in antwoord op de inventarisatie schrijft dat men hoe langer hoe meer behoefte voelt aan een centrale status, zeggen nu

liever te wachten tot de „commissie registratieproblematiek in de eerste lijn” met een uitgewerkt voorstel komt om daardoor geen overbodig werk te doen.

De Werkgroep registratie van het N.H.G. zal mede naar aanleiding van de antwoorden op haar inventarisatie contact opnemen met de partners uit de multidisciplinaire commissie. Wij hopen te zijner tijd tot een gezamenlijk advies te komen. Aangezien dit nog geruime tijd in beslag kan nemen, heeft de werkgroep tot publikatie besloten, zodat degenen die over een centrale status denken, weten wat elders is uitgedacht. Mochten er naar aanleiding van deze publikatie nog centra zijn, die een hier niet genoemd systeem gebruiken, dan hoopt de werkgroep dat deze systemen haar alsnog worden toegestuurd.

Boom-van Duin, F. T. de, J. P. J. Bastiaenen en G. Goudriaan. Opzet en functie van een aantal gezondheidscentra. Itobarapport, Praeventiefonds 's-Gravenhage, 1976.

Cate, R.S. ten (redactie) Samen werken, samen bouwen in de eerstelijns gezondheidszorg Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1977.

Kooij, S. van der. (1978) huisarts en wetenschap 21, 166.

Lenen, H. J. J. (1969) T. Soc. Geneesk. 47, 842.

