

# Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk

## 1. Ervaringen

F. VAN DER HORST, W. VIERHOUT EN P. STALENHOF\*

Hoewel probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk al enige tijd in de belangstelling staat, is er nog betrekkelijk weinig praktische ervaring mee opgedaan. In deze bijdrage komen de bevindingen aan de orde van zes huisartsen na ongeveer anderhalf jaar experimenteren met verschillende vormen van probleemgeoriënteerde verslaglegging. Voorts worden besproken de belangrijkste knelpunten, de gevonden oplossingen en de verdere mogelijkheden voor de huisartsgeneeskunde.

### Inleiding

Bij verschillende medische beroepsgroepen bestaat grote belangstelling voor de *problem oriented medical record* (POR) (Ryback); uit talrijke publicaties blijkt, dat dit registratiesysteem perspectieven biedt voor zowel de gezondheidszorg sec, als voor onderwijs en onderzoek (Metcalf; Van der Kooy; *Probleemgeoriënteerde registratie*). In een groot aantal contacten met huisartsen is ons echter gebleken dat, ondanks een zekere belangstelling voor de POR, van invoering van dit registratiesysteem nauwelijks sprake is. Wij realiseren ons daarbij overigens dat het ook lange tijd geduurd heeft voordat de groene N.H.G.-kaart bij de meeste huisartsen was ingevoerd.

De terughoudendheid bij het invoeren van de POR vormt een van de redenen om onze ervaringen vast te leggen. Wij menen dat het merendeel der huisartsen uitsluitend een geheugen- of documentatiefunctie aan hun patiëntenkaarten toekent. Verschillende ontwikkelingen in de eerstelijns gezondheidszorg vragen echter om een verslagleggingssysteem dat naast de geheugenfunctie ook een communicatie- en analysefunctie vervult:

– er is een toenemende behoefte aan informatie over het probleemaanbod en de wijze waarop de huisarts hiermee omgaat;

– er is een meer structurele samenwerking met andere huisartsen, andere eerstelijns werkers en de laatste tijd ook met specialisten;

– de ontwikkelingen binnen de huisartsgroep leiden tot een behoefte aan meer inzicht in de eigen identiteit in de hulpverlening; onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde (analyse van het handelen) hangt onder meer samen met de behoefte de eigen professionele identiteit te ontwikkelen en/of te legitimeren;

– er is een tendens om het hulpverlenend handelen van zichzelf en collega's te toetsen en bij te sturen; in dit verband wijzen we ook op de groeiende belangstelling voor intercollegiaal overleg als voorloper van toetsing;

– het huisartsgeneeskundig aandeel in de medische opleiding breidt zich steeds verder uit; hiermee groeit de behoefte aan zowel leermiddelen, als onderzoeksresultaten met betrekking tot het – veranderend – aanbod van klachten en problemen, de wijze van verwerking en de uitkomst van de hulpverlening.

De POR lijkt unieke mogelijkheden te bieden om op deze ontwikkelingen in te spelen.

In dit artikel staat het journaal van de POR centraal; het journaal omschrijven wij als het kader om notities te maken over de voortgang van een consult of visite. Het POR-journaal bestaat uit vier elementen: subjectief (S), objectief (O), evaluatie (E) en plan (P). In verband hiermee zullen we in het vervolg ook spreken van SOEP-journaal.

De term „subjectief” is bedoeld om de

klacht te vermelden zoals de patiënt deze onder woorden brengt. De rubriek „objectief” dient om de onderzoeksbevindingen van de arts vast te leggen, op basis van anamnese en lichamelijk en laboratoriumonderzoek. Onder „evaluatie” kunnen die bevindingen vastgelegd worden, waarmee de exploratiefase van het consult of de visite wordt afgesloten. Op grond hiervan stelt de arts een „plan” vast over het te volgen beleid.

### Relevantie voor de huisartsgeneeskunde

De groene N.H.G.-kaart is volop in gebruik. Kennelijk heeft deze nog steeds waarde voor de dagelijkse praktijkvoering. Velen zijn er zelfs aan verknocht geraakt na jarenlang gebruik; oudere huisartsen geven aan dat de groene kaart tot een eerste structurering en uniformering geleid heeft in de verslaglegging. Het is in ieder geval onjuist te stellen dat de N.H.G.-kaart heeft afgedaan. In hoeverre deze kaart nog functioneel is, hangt met name af van de visie op de hulpverlening en de praktische behoeften die men ervaart. *Metcalf* licht dit als volgt toe:

„Voor artsen die hun patiëntenkaarten beschouwen als een soms te raadplegen dagboek van hun patiënten, als een document betreffende hun medische verleden, is de traditionele opslag van gegevens wellicht voldoende. In het geval waarin medische zorg wordt beschouwd als een proces van beslissingen nemen, en dat is met name in de huisartsgeneeskunde het geval, voldoet de conventionele patiëntenkaart niet... Probleemgeoriënteerde patiëntenkaarten dient men niet te beschouwen als een interessante administratieve hobby, maar vormen de praktische consequentie van een zienswijze op het proces van medische hulpverlening” (pp. 15-16).

Het gaat er immers om de werkwijze en beslissingen van de huisarts zoveel mogelijk zichtbaar (objectiveerbaar) te maken. Om die reden ligt de volgende veronderstelling ten grondslag aan onze keuze voor het journaal van de POR: Het SOEP-journaal is meer relevant voor huisartsgeneeskundige hulpverlening dan het gebruikelijke N.H.G.-journaal. De relevantie van het SOEP-journaal is gelegen in het feit dat het zowel voor de huisarts zelf (reflectie en rekenschap), als voor anderen (rekenschap afleggen) meer zicht geeft op wat de huisarts denkt en doet.

\* Respectievelijk socioloog, huisarts en huisarts. De auteurs maken deel uit van de Projectgroep verslaglegging van de Rijksuniversiteit Limburg.

## Probleem- en brongeorienteerde verslaglegging

Bij verslaglegging wordt onderscheid gemaakt tussen probleem- en brongeorienteerde verslaglegging.

De N.H.G.-kaart kan gezien worden als een aan de eerste lijn aangepast brongeorienteerd verslagleggingssysteem. De term „brongeorienteerd” geeft aan dat de problemen met betrekking tot de patiënt over verschillende journaals en bronnen verspreid zijn. Bij de probleemgeoriënteerde verslaglegging zijn de problemen in één of in een beperkt aantal ruimten overzichtelijk gegroepeerd. Hiermee zou het risico verkleind worden dat belangrijke informatie, gegeven de vaak beperkte consult- of visitetijd, over het hoofd wordt gezien. Wanneer we het N.H.G.-journaal (bestaande uit de termen: verschijnselen, laboratorium, diagnose en therapie) vergelijken met het POR-journaal (bestaande uit de termen subjectief, objectief, evaluatie en plan), dan constateren wij:

- het SOEP-journaal scheidt met de term „subjectief” uitdrukkelijk ruimte voor de klacht van de patiënt in diens eigen formulering, in tegenstelling tot het N.H.G.-journaal waar de klacht één aspect is van de „verschijnselen”;
- de term „objectief” is een samenvoeging van (medische) „verschijnselen” en „laboratoriumgegevens”;
- de termen „evaluatie” en „diagnose” hebben een overlapping in die zin dat een diagnose een evaluatieve aanduiding is; de term „evaluatie” is abstracter en breder dan „diagnose”. Evaluatieve bevindingen kunnen immers lang niet altijd in klassiek-diagnostische termen vertaald worden. Dit houdt ons inziens in dat zelfs een differentiatie van diagnoses naar meer niveaus, zoals symptomen, syndromen en organische aandoeningen, niet toereikend kan zijn om alle bevindingen vast te leggen;
- wat voor de vergelijking „evaluatie” en „diagnose” geldt, gaat ook op voor de termen „plan” en „therapie”. „Plan” is evenzeer een bredere en abstractere aanduiding, terwijl „therapie” slechts één aspect aangeeft.

### Doel, vraagstelling, werkwijze

Onze doelstelling is het nader exploreren van de mogelijkheden van het POR-journaal voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, tegen de achtergrond van een doelstelling op de lange termijn: inventarisatie van en inzicht

krijgen in het gebeuren in de huisartsgeneeskunde met het oog op kwaliteitsverbetering.

Onze vraagstelling is tweeledig:

- op welke wijze kan het SOEP-journaal optimaal gebruikt worden voor de hulpverlening van de huisarts;
- op welke wijze kan dit journaal gebruikt worden voor nadere analyse van het hulpverlenend proces van de huisarts.

Gedurende circa anderhalf jaar (1976-1978) hebben zes huisartsen, werkzaam in drie praktijken, gedurende een aantal perioden met het SOEP-journaal gewerkt. Het laatste half jaar heeft voornamelijk betrekking op de activiteiten die in het tweede artikel aan de orde komen.

Wij hebben gedurende circa tien maanden geëxperimenteerd met twee basismodellen van het SOEP-journaal, het eenvoudige en het „aangeklede” SOEP-journaal. Het eenvoudige SOEP-journaal wordt gekenmerkt door een niet nader gedifferentieerde notatie, waarbij de te onderscheiden elementen S, O, E, en P niet verder onverdeeld zijn. In het gedifferentieerde of „aangeklede” SOEP-journaal is dit wel het geval; de mate waarin en de wijze waarop zijn afhankelijk van datgene waarin de hulpverlener geïnteresseerd is.

Eerst is vier maanden gewerkt met het eenvoudige SOEP-journaal. Gedurende de eerste maand hebben de deelnemende huisartsen elke dag enkele SOEP-formulieren ingevuld. Daarna hebben ze elke week gedurende twee dagen alle consulten en visites vastgelegd. Circa 600 formulieren per huisarts zijn op die manier verzameld. De ingevulde formulieren werden gefotokopieerd en verspreid over de deelnemers. Tijdens onze bijeenkomsten, om de twee weken, werden de ervaringen besproken en werd de verder te volgen werkwijze vastgesteld.

Na de eerste vier maanden zijn wij overgegaan tot een nadere uitwerking van de journaalelementen. De verschillende notaties werden stap voor stap nader gedifferentieerd. Hiermee startte een

tweede periode (zes maanden) met een geleidelijke „aankleding” van de SOEP. Naarmate de aankleding vorderde, ontstond tijdnood door de noodzaak van een „dubbele boekhouding”: de informatie moest zowel op de in gebruik zijnde N.H.G.-kaart als op het SOEP-formulier worden ingevuld. Vaak lukte het slechts een van de twee tijdens het consult in te vullen, zodat tijdens de koffiepauze en/of na afloop van het spreekuur óf een aantal groene kaarten óf enkele SOEP-formulieren alsnog ingevuld moesten worden.

Vervolgens is besloten niet alle consulten en visites te verslaan, maar slechts een gedeelte, dat met wisselende criteria is vastgesteld, bijvoorbeeld op basis van leeftijd, klacht of medicatie. Dit laatste bracht de noodzaak mee het SOEP-schema dan wel de N.H.G.-kaart achteraf in te vullen. In totaal betrof dit circa honderd consulten en visites per arts.

Drie huisartsen uit één gezondheidscentrum hebben tenslotte gedurende twee perioden van een maand alle consulten en visites (in totaal 293) waarbij antibiotica en chemotherapeutica voorgeschreven werden, vastgelegd aan de hand van speciaal daartoe aangeklede SOEP-formulieren.

Het gehele onderzoek was explorierend, hetgeen inhoudt dat systematisch nagegaan is welke praktische mogelijkheden het SOEP-journaal biedt voor de praktijkvoering en intercollegiaal overleg. Tevens is nader onderzoek gedaan naar beslissingsprocessen tijdens het arts-patiënt consult, die in een tweede artikel aan de orde zullen komen. De resultaten kunnen niet gegeneraliseerd worden, omdat zij slechts betrekking hebben op uitspraken van zes huisartsen.

### Het eenvoudige SOEP-journaal; algemene conclusies

- De voorgedrukte, horizontale ordening van het N.H.G.-journaal blijkt in de praktijk niet te leiden tot een verticale rubricering, hetgeen afbreuk doet aan de overzichtelijkheid van de gegevens (figuur 1). Een dergelijke wijze van no-

Figuur 1. N.H.G.-kaart zoals deze vaak wordt ingevuld.

Naam:	Geboortedatum: 12.5.1942 nr:
Adres:	Beroep : verfspuiter
Datum Verschijnselen Laboratorium Diagnose Therapie	Datum Verschijnselen Laboratorium Diagnose Therapie
2.5.'80	Transpireren, nerveus, diarree, warmte-intolerantie, tremor (-), RR 150/90, te bepalen: T4. Hyperthyreoid? Dieet 1 week.

Figuur 2. N.H.G.-kaart zoals deze ingevuld zou moeten worden.

Naam:		Geboortedatum: 12.5.1942 nr:	
Adres:		Beroep : verfspuiter	
Datum Verschijnselen	Laboratorium	Diagnose	Therapie
2.5. '80	transpireren te nerveus diarree	hyper- thy- T4 reoid?	dieet 1 week
	warmte-intolerantie		
	thyroid: n.p.		
	atriumfibril.		
	tremor(-)		
	RR 150/90		

Figuur 3. Het eenvoudige SOEP-journaal.

Geboortedatum: 12.5.1942	
Geslacht	: man
Beroep	: verfspuiter
S	Transpireren, warmte intolerantie, diarree, nerveus.
O	Thyroid: n.p., Cor.: atriumfibrilleren, tremor (-), RR 150/90.
E	Hyperthyreoïdie?, psyche?
P	Lab.: T4 ter uitsluiting, therapie: dieet, retour: 1 week.

teren is te begrijpen vanuit het streven de ruimte zoveel mogelijk te benutten. Uit *figuur 2* blijkt een onevenwichtige verdeling van de gegevens, wanneer het formele stramien gevolgd wordt. De verticale ordening van de SOEP-elementen komt aan beide bezwaren tegemoet (*figuur 3*).

- De terminologie van het N.H.G.-journaal blijkt – in vergelijking met die van het POR-journaal – of te diffuus („verschijnselen”), of te beperkt („laboratorium”, „diagnose” en „therapie”). Dit bevordert een onbetrouwbare en/of onvolledige invulling.

- De SOEP-systematiek bevordert zowel de probleemgeoriënteerde als de methodische aanpak. De probleemgeoriënteerde werkwijze wordt met behulp van de SOEP-notatie bevorderd doordat, naast de probleemformulering van de arts (E), ook het probleem zoals de patiënt het formuleert (S), een centrale plaats krijgt. Het onderzoek van de arts is hierbij een verbindend element (O). De methodische werkwijze van de arts wordt bevorderd door de systematische rangschikking van de SOEP-gegevens.

- De probleemgeoriënteerde verslaglegging bevordert het actief betrekken van de patiënt bij het hulpverleningsproces. De aanzet daartoe wordt gegeven door de term „subjectief”, die de arts stimuleert de klacht, de vraag of het probleem zoveel mogelijk met de termen van de patiënt neer te schrijven. De S bevordert dat de arts goed naar de patiënt luistert en in samenspraak met

hem het probleem nader uitdiept. Het actief betrekken van de patiënt bij de eerste fase van het probleem-oplossend proces bevordert ook dat hij tijdens de verdere exploratie kenbaar maakt wat er naar zijn mening aan de hand is. Meer patiënten dan men in eerste instantie had verwacht, bleken hieromtrent eigen ideeën te hebben. Dit leidde er niet zelden toe dat twee evaluaties op tafel kwamen – die van de arts en die van de patiënt – die zoveel mogelijk tot overeenstemming gebracht dienden te worden, mede met het oog op het plan, de laatste fase van het consult.

Concluderend waren de deelnemers van oordeel, dat het SOEP-journaal de kwaliteit van hun werk bevorderde.

### Het eenvoudige SOEP-journaal; knelpunten

De belangrijkste drie knelpunten waren:

- evidente klachten of problemen;
- meer dan één klacht of probleem per consult/visite;
- summiere of onjuiste invulling van S.

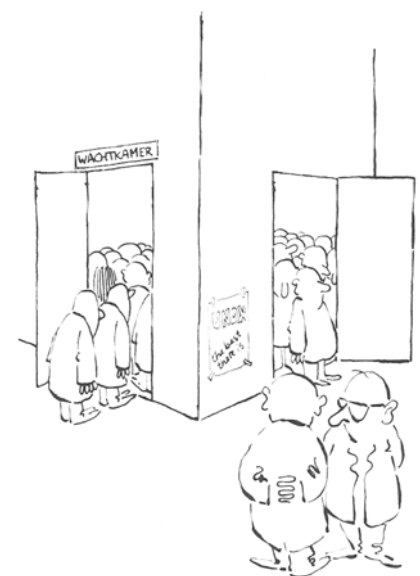
- Met name bij diffuse klachten vond men dat de SOEP-structuur een methodische ondersteuning gaf. Men vermeldde echter vaak geconfronteerd te worden met klachten of problemen die bij voorbaat evident zijn, zoals een zwevende vinger, een snijwond en pilcontrole. In een dergelijk geval vond men het volgen van welke systematische ver-

slagleggingsprocedure dan ook overbodig en lastig. De vraag was: op welke wijze kan het SOEP-journaal zodanig gereduceerd worden tot een minijournaal, dat tijdnood en hinder bij evidente klachten of problemen wordt voorkomen.

*Analyse en oplossing:* Van evidentie (voor de arts) is sprake wanneer er, naar aanleiding van de aangeboden klacht, een zogenaamde kortsluitingsreactie volgt. Dit houdt in dat op het moment dat de patiënt zijn klacht of probleem gepresenteerd heeft, voor de arts vrijwel tegelijkertijd de evaluatie en het plan vaststaan, zonder dat van enige reflectie sprake is of hoeft te zijn. Dit punt gaf aanleiding tot uitgebreide discussies, die uitmondden in het besluit de „mini” in te voeren.

De mini kenmerkt zich door het ontbreken van enige indeling: het verslagleggingsformulier is blank. Hoewel de meningen verdeeld waren over de relevantie hiervan, is er enige tijd mee gewerkt in die situaties waarin de kortsluitingsreactie uitdrukkelijk voor de hand lag. Op grond van vier overwegingen c.q. bevindingen hebben we tenslotte echter besloten de mini uit te bannen:

- er vonden vaker dan verwacht kortsluitingsreacties plaats;
- naarmate er meer tijdnood was, constateerde men bij zichzelf een toename van het aantal kortsluitingsreacties;
- het aantal mini's nam langzamerhand toe tijdens de proefperiode;
- de aantallen mini's varieerden aanzienlijk per huisarts; bij de besprekin-



WEINIG KORTSLUITINGSREACTIES  
VANDAAG

gen bleef verschil van mening bestaan over de vraag wanneer er sprake was van een mini, terwijl het kiezen voor een mini niet te relateren bleek aan het aantal ervaringsjaren als huisarts.

Wij kwamen tot de volgende vaststelling: het mini-gebruik bevordert de kans op labeling. Hiermee wordt het verschijnsel bedoeld, dat de arts een diagnose stelt ter rechtvaardiging van zijn plan.

De discussie over het minijournal werd als volgt afgesloten: aangezien de zin van een journal gelegen is in de documentatie-, communicatie en analysefunctie, is het niet gewenst het minijournal te gebruiken. Er is dan geen sprake meer van verslaglegging in de zin van van „zich rekenschap geven” en zeker niet van „rekenschap afleggen”.

Teneinde in evidente gevallen overbelasting te voorkomen werd het volgende afgesproken:

– aan de S dient een ruimere omschrijving gegeven te worden dan „klacht of probleemoriëntatie”; we voegden hieraan toe „vraag”; hierbij hadden we onder meer voor ogen „vraag om (herhalings)recept” en „pilcontrole”;

– wanneer er geen reden bestaat voor nader lichamelijk onderzoek en/of nader evaluatie, kan bij de O en de E volstaan worden met „geen bijzonderheden” en/of „niet van toepassing”.

• In veel gevallen bood de patiënt meer dan één klacht of probleem aan. Het is op zich al verre van gemakkelijk de klacht, het probleem of de vraag van de patiënt zo neer te schrijven dat de eigen interpretatie, op basis van voorkennis van de patiënt, zoveel mogelijk uitgeschakeld wordt. Wat echter te doen wanneer de patiënt meer klachten, vragen of problemen aanbiedt?

*Analyse en oplossing.* Er zijn hier drie mogelijkheden:

1. Alle gepresenteerde klachten of problemen neerschrijven in één journal.

2. Alleen de hoofdklacht of het hoofdprobleem vastleggen.

3. Elke afzonderlijke klacht of elk afzonderlijk probleem onderbrengen in een afzonderlijk, SOEP-journal.

De oplossing lag niet voor de hand. Twee alternatieven werden geformuleerd:

– de klachten vertonen volgens de perceptie van de arts een onderlinge samenhang, al dan niet na verdere uitdieping;

– de klachten staan los van elkaar, hetzij op het eerste gezicht, hetzij na enig doorvragen.

Omdat in veel gevallen het eerste alter-

natief geldt, leek het onverstandig bij voorbaat de klachten op te splitsen naar meer journals. Daarom werd besloten bij elk consult te beginnen met het opnemen van alle gepresenteerde klachten of problemen. Wanneer bij verdere exploratie zou blijken dat er toch sprake is van twee of meer onafhankelijke klachten, dan zou in de loop van het consult een tweede of zelfs een derde journal ingevuld worden.

• Nadat we enige tijd volgens het SOEP-stramien gewerkt hadden, bleek regelmatig dat de S nogal summier of onjuist ingevuld werd. Dit was in tegenpraak met de uitspraak van de deelnemers dat een adequate probleemuitdieping vereist, dat de klacht zoals de patiënt deze formuleert, zo betrouwbaar mogelijk vastgelegd wordt. De vraag was nu: is het mogelijk de S zodanig te differentiëren dat de kans kleiner wordt dat de arts voorbijgaat aan de klacht zoals de patiënt deze formuleert. *Analyse en oplossing.* Het adequaat omgaan met de klacht in die zin dat het patiënt én huisarts duidelijk wordt wat de eigenlijke hulpvraag is, is de belangrijkste voorwaarde voor het (huisartsgeneeskundige) hulpverleningsproces. De brede en continue oriëntatie van de huisarts houdt immers in dat er een aanbod is van velerlei soorten klachten, veelal van niet-ernstige aard. Het specifieke van de huisartsgeneeskundige zorg is gelegen in het adequaat hanteren van dit brede gebied van klachten. De deelnemers gaven te kennen dat het klachtengebied de laatste jaren steeds groter wordt. Los van de vraag of alle aangeboden problemen door de huisarts behandeld moeten en kunnen wor-

den, kan de huidige toestand, mede blijkens de literatuur hieromtrent, getypeerd worden als een situatie met een bijna ongedifferentieerd aanbod van problemen. Teneinde de bezinning op de aangeboden klachten of problemen meer te structureren, hebben we besloten de S zodanig op te splitsen dat ruimte gelaten wordt voor de formulering door de patiënt en voor de anamnestiche bevindingen van de arts, aangeduid als:

– S patiënt spontaan (Sps) als eerste notatie; deze herinnert de arts aan de precieze formulering van de patiënt.

– S patiënt anamnese (Spa); de bedoeling hiervan is dat de huisarts de antwoorden van de patiënt neerschrijft op basis van diens eventuele aanvullingen, al dan niet na vragen van de arts.

### Het „aangeklede” SOEP-journal

Omdat de deelnemers meer aspecten van het hulpverleningsproces wilden vastleggen met behulp van het SOEP-journal, werd besloten de verschillende elementen nader te differentiëren (figuren 4 en 5). Hetgeen in het eenvoudige SOEP-journal onder de S is ingevuld, vinden we in het aangeklede journal verdeeld over drie subcategorieën:

– Subjectief patiënt spontaan: „transpireren”;

– Subjectief patiënt anamnese: „warmte-intolerantie, diarree”;

– Spontane indrukken arts (S.A.): „nat van zweet, nerveus (altijd al!)”

Wij realiseren ons, dat deze laatste subcategorie ook als een onderdeel van de objectieve bevindingen beschouwd kan worden. Toch hebben we dit punt onder

Figuur 4. Het aangeklede SOEP-journal.

Naam:	Geboortedatum: 12.5.1942				
	Geslacht : man				
	Beroep : verfspuiter				
S.P.s.: transpireren					
S.P.a.: warmte intolerantie, diarree					
S.A.: nat van zweet, nerveus (altijd al!)					
O : thyroïd: niet palpabel, tremor (-) cor.: atriumfibrilleren, RR 150/90					
E :	ze. pr. ze wsl ?				
1) hyperthyreoidie	ernst pr. zē ma mi				
2) psychogeen	hinder pr. zē ma mi				
	aard pr. som. ps-som. ps-soc.				
	p. inz. oor. ja neen ? n.v.t.				
	kl.				
P					
diagnose: T4 laten bepalen					
therapie en voorlichting: dieet i.v.m. diarree GA					
	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><math>\begin{matrix} C_a \\ V_a \end{matrix}</math></td> <td><math>\begin{matrix} C_{ap} \\ V_{ap} \end{matrix}</math></td> </tr> <tr> <td colspan="2">retour: 1 week</td> </tr> </table>	$\begin{matrix} C_a \\ V_a \end{matrix}$	$\begin{matrix} C_{ap} \\ V_{ap} \end{matrix}$	retour: 1 week	
$\begin{matrix} C_a \\ V_a \end{matrix}$	$\begin{matrix} C_{ap} \\ V_{ap} \end{matrix}$				
retour: 1 week					
Beleid: -					
p. inz. gegeven: ja / neen / (n.v.t.) / ?					

Figuur 5. Het aangeklede SOEP-journaal met entourage.

Naam:	Geboortedatum:				
	Geslacht :				
	Beroep :				
1) Datum	S.P.s. :				
	S.P.a. :				
2) Tijdnood: ja/nee	S.A. :				
3) Bekendheid met pat.: goed/matig/slecht	O :				
4) C <sub>a</sub> C <sub>ap</sub> C <sub>p</sub> V <sub>a</sub> V <sub>ap</sub> V <sub>p</sub>	E :	ze. pr.	ze	wsl	?
		ernst pr.	ze	ma	mi
5) Bijzonderheden		hinder pr.	ze	ma	mi
		aard pr.	som.	ps-som.	ps-soc.
6) Tijdsduur: < 5 min. 5-10 min. > 10 min.	P :	p. inz. oorz.	ja	neen	? n.v.t.
	diagn.:	kl.			
	ther. + voorl.:	GA	C <sub>a</sub> C <sub>ap</sub>		
			V <sub>a</sub> V <sub>ap</sub>		
	beleid:		retour:		
	p. inz. gegev.:	ja / neen / n.v.t. / ?			

### Toelichting

**S:** Subjectief.

**SPs:** Subjectief patiënt spontaan; de spontane klacht, vraag of probleempresentatie door de patiënt.

**SPa:** Subjectief patiënt anamnese; de verdere informatie van de patiënt op basis van de anamnese.

**SA:** Subjectief arts; de spontane indrukken of associaties van de arts over de patiënt. Hiermee confronteert de arts zichzelf met zijn oordelen en eventuele vooroordelen over de patiënt.

**O:** Objectief. Dit zullen meestal onderzoeksbevindingen zijn (lichamelijk- en laboratoriumonderzoek). Het kunnen echter ook die constatering van de arts zijn die voor hem een evident objectief karakter hebben. Wij hebben de O niet nader uitgewerkt.

**E:** Evaluatie.

**Ze. pr.:** Zekerheid probleem: zeer, waarschijnlijk, onbekend. Door omcirkeling van een der drie antwoordmogelijkheden geeft de arts aan welke zekerheid hij heeft omtrent zijn evaluatie.

**Ernst pr.:** Ernst probleem: zeer, matig, minimaal. Hier kan de arts aangeven wat de door hem gepercipieerde ernst van het probleem is.

**Hinder pr.:** Hinder probleem: zeer, matig, minimaal. Dit item heeft betrekking op de door de arts gepercipieerde hinder die de patiënt heeft van zijn klacht.

**Aard pr.:** Aard probleem: somatisch, psychosomatisch, psychosociaal. De arts heeft hier de mogelijkheid een of meer van de gegeven categorieën te omcirkelen.

**P. inz. oorz. kl.:** Patiënt inzicht oorzaak klacht: ja, neen, weet niet, niet van toepassing. De arts kan hier kiezen uit vier antwoordmogelijkheden. Dit gegeven is van belang voor de arts bij het verder te ondernemen plan.

**P:** Plan.

**Diagn.:** Diagnostisch plan. Wanneer de arts verder diagnostisch onderzoek wenselijk acht, wordt hierachter vermeld welk onderzoek (eventueel: waar).

**Ther. + voorl.:** Therapie en voorlichting. Hier vult de arts het therapeutisch plan in. Omdat

voorlichting ook hieronder begrepen kan worden, is deze term voor de duidelijkheid toegevoegd.

**Beleid:** Beleid. Hier wordt die informatie vermeld, die van belang is op langere termijn. De informatie vormt als het ware een reminder voor de hulpverlener. Voorbeeld: man is misschien allergisch voor Clamoxyl. Onder beleid hebben we nog twee aspecten toegevoegd, namelijk de verdere afspraken en aanduiding of de patiënt inzicht gegeven is.

**Afspraken:** We onderscheiden de volgende mogelijkheden:

**GA:** Geen afspraak gemaakt.

**C<sub>a</sub>:** Consult op initiatief arts, bijvoorbeeld: „Komt u over drie dagen terug.”

**V<sub>a</sub>:** Visite op initiatief arts: „Ik kom over twee dagen terug.”

**C<sub>ap</sub>:** Consult op initiatief arts en patiënt: „Als het over een week niet beter gaat, komt u dan terug.”

**V<sub>ap</sub>:** Visite op initiatief arts en patiënt: „Als het over drie dagen slechter wordt, belt u dan even op.”

Teneinde de eventuele tijdsduur van de afspraak vast te leggen, hebben we verder nog de aanduiding „retour” toegevoegd.

**P. inz. gegev.:** Patiënt inzicht gegeven: ja, neen, niet van toepassing, onbekend. Hier kan vermeld worden of een en ander met de patiënt al dan niet doorgepraat is.

**De journaalentourage:** Omdat de meeste items voor zich spreken, zullen we alleen de punten 4 en 6 van de entourage doornemen.

**Afspraken:** De hier vermelde afkortingen betreffen de aard van de afspraak die aan het betreffende consult ten grondslag lag. De meeste afkortingen staan in het journaal, behalve de volgende twee:

**C<sub>p</sub>:** Consult op initiatief van de patiënt.

**V<sub>p</sub>:** Visite op initiatief van de patiënt (nadat hij of een van zijn huisgenoten of anderen de arts gebeld had).

**Tijdsduur:**

< 5 min.: Kortere dan vijf minuten.

5-10 min.: Van vijf tot en met tien minuten.

> 10 min.: Langer dan tien minuten.

S toegevoegd om de arts te stimuleren zijn eigen, spontane indrukken vast te leggen, voordat hij besluit al dan niet onderzoek te doen.

Hoewel we de O niet verder uitgewerkt hebben, is dit in principe zeker mogelijk; bijvoorbeeld in „laboratorium” en „lichamelijk onderzoek”.

De E in de aangeklede SOEP geeft een duidelijk beeld van de twijfel van de arts over zijn bevindingen. Voorts blijkt dat hij zowel de ernst van de veronderstelde aandoening alsook de door de patiënt gepercipieerde hinder zeer groot acht. Met betrekking tot de aangeboden problematiek is hij onzeker of deze puur somatisch dan wel van psychosomatische aard is. Kennelijk heeft de patiënt inzicht in de oorzaak van de klacht. Al deze gegevens tezamen leveren een geprofileerd beeld op van het aangeboden probleem, althans van de wijze waarop de arts dit percipieert.

P is opgesplitst in vijf subcategorieën. De meeste spreken voor zich. De omcirkeling C<sub>a</sub> (consult initiatief arts) houdt in dat de patiënt, zoals aangegeven, over een week terugbesteld wordt op het consult.

Onze ervaringen met de aangeklede SOEP kunnen we als volgt samenvatten:

- De oorspronkelijke SOEP-indeling blijkt uitgebouwd te kunnen worden. Afhankelijk van de vraagstelling dient vastgesteld te worden welk gedeelte van het SOEP-journaal men wenst „aan te kleden” en welk niet.

- De gesystematiseerde uitbreiding draagt, meer nog dan het eenvoudige SOEP-journaal, bij tot een reflectie op het eigen handelen en de beleving van de klacht door de patiënt. Dit bevordert niet alleen dat de arts zich rekenschap geeft van zijn werkwijze, maar ook dat hij in staat is aan anderen rekenschap af te leggen (intercollegiaal overleg).

- Hoe meer de SOEP-elementen gedifferentieerd zijn, hoe minder bruikbaar ze zijn om alle consulten te verslaan. Als verslagleggingsinstrument is de aangeklede SOEP daarom met name bruikbaar wanneer men zich beperkt tot een bepaalde groep patiënten. Een groepering kan men bijvoorbeeld samenstellen op basis van een bepaalde klacht, aandoening of therapie.

- Verslaglegging met behulp van het aangeklede SOEP-journaal biedt meer kans van slagen wanneer men ervaring heeft met het eenvoudige SOEP-journaal. De kans van slagen wordt echter aanzienlijk groter wanneer men in de praktijk overgestapt is op de pro-

bleemgeoriënteerde registratie als geheel. Zodoende kan „dubbele boekhouding” voorkomen worden, waarmee bedoeld wordt dat zowel de gebruikte N.H.G.-kaart als het tijdelijk in gebruik genomen SOEP-formulier ingevuld moeten worden.

• Het gebruik van het aangeklede SOEP-journaal bij consulten waarbij antibiotica en chemotherapeutica werden voorgeschreven leverde meer specifieke ervaringen op. We konden beschikken over de ingevulde SOEP-journalen van in totaal 293 contacten van patiënten met de drie huisartsen van een gezondheidscentrum. Daaruit bleek dat tussen de artsen aanzienlijke verschillen bestonden in de keuze van antibiotica. Op grond van de beschikbare gegevens kon de discussie over het waarom van de verschillende keuzes zinvoller gevoerd worden en mede hierdoor werd het antibiotica- en chemotherapiebeleid aangepast.

Opvallend waren de onderlinge verschillen in perceptie van de aspecten „zekerheid”, „ernst”, „hinder patiënt” en „aard van de aangeboden problemen.” De aantallen patiënten die antibiotica en chemotherapeutica kregen voorgeschreven, waren per diagnosecategorie en per arts te gering om tot uitspraken te komen.

In de vervaardigde profielen werden de artsen onderling vergeleken naar totale contactfrequentie, aandeel antibiotica totaal en per diagnosecategorie, voorgeschreven soorten antibiotica en chemotherapeutica, scores op de evaluatie-aspecten, bekendheid met patiënten, tijdnood en verdeling patiënten naar leeftijd en geslacht. Deze gegevens bleken



INTERCOLLEGGIAAL OVERLEG MET SOEPJOURNAALS

voor de artsen waardevol te zijn. Wat betreft de laatste vier aspecten verwijzen we naar de journaalentourage (figuur 5).

### Nabeschouwing

De wijze waarop men het SOEP-journaal gebruikt en uitwerkt, is afhankelijk van de functies die men toebedeelt aan een dergelijk instrument, tegen de achtergrond van het antwoord op de vraag langs welke lijnen de huisartsgeneeskunde als vakgebied ontwikkeld zou kunnen worden.

Eerder is aangegeven dat het nut van de verslaglegging verder dient te gaan dan alleen een „geheugensteun” (documentatiefunctie). Gelet op de in de inleiding genoemde ontwikkelingen op het gebied van de huisartsgeneeskunde (meer gestructureerde samenwerking, intercollegiaal overleg en toetsing, enzovoort) verdient een verslagleggingsinstrument de voorkeur dat ook een communicatie en analysefunctie kan vervullen. Onder communicatiefunctie verstaan we het vastleggen van informatie ten behoeve van derden, meestal hulpverleners. Met de analysefunctie hebben we voor ogen het analyseren van het hulpverlenend handelen ten behoeve van:

- zichzelf (zelfevaluatie);
- zichzelf en collega's (intercollegiaal overleg dan wel intercollegiale toetsing);
- derden (onderzoekers).

Bij de eerste en tweede functie is verslaglegging een direct onderdeel van de gezondheidszorg; de eerste functie is vooral patiëntgericht, de tweede meer organisatiegericht (*Van der Horst*). Bij zelfevaluatie is verslaglegging vooral een direct op de hulpverlening gericht hulpmiddel; analyse ten behoeve van derden is daarentegen alleen indirect op de hulpverlening gericht. Het spreekt vanzelf dat de vastgelegde gegevens vanuit de drie functies ook benut worden voor studenten in het kader van het onderwijs. Gebleken is dat het SOEP-journaal alle drie genoemde functies kan vervullen. Het verdient daarom de voorkeur boven het N.H.G.-journaal.

Terugkoppelend naar de vraagstelling, kan men stellen dat het SOEP-journaal het best tot zijn recht komt wanneer de arts zich bewust laat leiden door de betekenis van de elementen. Terecht stelt *Van der Kooij*: „Probleemgeoriënteerde registratie is een attitude...”.

Er is een optimaal gebruik van het eenvoudige SOEP-journaal, wanneer de S

onderverdeeld wordt in Sps en Spa. Hiermee wordt de kans vergroot dat de arts zich „gedwongen” voelt de klacht van de patiënt meer expliciet neer te schrijven: enerzijds zoals deze spontaan geuit wordt (Sps), anderzijds op basis van aanvullende vragen (Spa).

Er is een optimaal gebruik van het aangeklede SOEP-journaal, wanneer:

- de aankleding aansluit op de gekozen vraagstelling;
- het invullen haalbaar is voor de deelnemende huisartsen.

Doel van het experiment was het exploreren van de mogelijkheden van het SOEP-journaal voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde, met als lange-termijn doel: inventarisatie van en inzicht krijgen in de huisartsgeneeskundige hulpverlening met het oog op het bewerkstelligen van kwaliteitsverbetering. Niet is aangetoond dat het werken met het SOEP-journaal tot kwaliteitsverbetering van de zorg leidt, in die zin dat de gezondheidstoestand van de patiënt erdoor verbetert. Niettemin is het van belang te vermelden dat de deelnemers vonden dat het SOEP-gebruik tot kwalitatief beter werk leidde. Dit berust op de systematiek als zodanig en het actief betrekken van de patiënt bij de hulpverlening in alle fasen van het proces (zie ook *Bishop*). Dit laatste is een gevolg van de systematiek, wanneer de arts ook in zijn houding probleemgeoriënteerd is.

Wat het betrekken van de patiënt bij de hulpverlening betreft, het volgende: mede dankzij de SOEP-systematiek is het inzicht gegroeid dat men, vooral bij diffuse klachten, alleen dan tot een goede klachtformulering, analyse, evaluatie en plan kan komen, wanneer arts en patiënt bij het consult beiden als probleemoplossers optreden. Als hulpverlener is de arts de begeleider van dit probleemoplossend proces. In het tweede artikel komen wij hierop terug.

*Samenvatting.* In dit artikel worden de ervaringen van een aantal huisartsen met het SOEP-journaal van de probleemgeoriënteerde registratie beschreven. Dit journaal wordt vergeleken met het N.H.G.-journaal. De tijdens de experimenten ervaren knelpunten en de gekozen oplossingen komen ter sprake. Tevens wordt ingegaan op de bruikbaarheid en de betekenis van het SOEP-journaal voor de huisartsgeneeskundige hulpverlening. Uit deze exploratieve studie is gebleken dat het SOEP-journaal



een zinvol hulpmiddel is bij verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

*Summary. Problem-oriented registration in general practice. 1. Experiences. This paper describes the experiences of a number of general practitioners with the SOAP journal of problem-oriented registration. This journal is compared with the NHG (Netherlands Association of General Practitioners) journal. Difficulties encountered in the course of the experiments and the solutions found are discussed. The effectiveness and importance of the SOAP journal in general medical practice are considered as well. This exploratory study has shown that the SOAP journal is a useful aid in the further development of general medicine.*

Bishop, S. Explanation in medicine: the problem oriented approach. (1980) *J. Med. Philosophy* 5, 30-56.

Horst, F. van der. Verslaglegging – registratie: waartoe en hoe? (1977) *huisarts en wetenschap* 20, 259-260.

Kooij, S van der. Registratie van het probleem-oplossend proces. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 166-172.

Metcalf, D. Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk. (1977) *huisarts en wetenschap* 20, passim.

Probleemgeoriënteerde registratie. (1979) *huisarts en wetenschap* 22, 1-60.

Ryback, R. S. The problem oriented record in psychiatry and mental care. *Grune and Stratton, New York etc.*, 1974.

Wij danken allen, met name Dr. H. Lamberts, die het manuscript op kritische wijze hebben doorgenomen. Mevrouw I. Siegelaer zijn wij zeer erkentelijk voor het typen van de verschillende versies.

## Nota bene

De vraag naar de zin van het leven is dikwijls geen verzoek om informatie, maar een klacht. Een adequate reactie is dan ook niet om te proberen die vraag te beantwoorden, maar veeleer te helpen die klacht te doen verdwijnen. (Stelling bij: J. A. van Eck. A system of temporally relative modal and deontic predicata logic and its philosophical applications. *Diss. Groningen* 1981.)

(1981) *huisarts en wetenschap* 24, 258

# Huisarts en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

Een GVO-visie op preventie in de eerste lijn

J. H. MOERKERK\*

In de medische wereld wordt bij preventie vooral gedacht aan de zogenaamde secundaire en tertiaire preventie. Aan primaire preventie, die erop gericht is om gezonde mensen gezond te houden, wordt in de medische praktijk veel minder aandacht besteed, en dan nog beperken de activiteiten zich meestal tot specifiek medische handelingen als het inenten van kinderen en risicogroepen.

Een pleidooi voor een ruimere interpretatie van het begrip preventie in de eerste lijn.

## Inleiding

Bij gezondheidszorg denkt de Nederlander in het algemeen aan de curatieve geneeskunde, dus dat deel van de geneeskunde dat zich bezighoudt met de behandeling en genezing van aandoeningen bij zieke mensen. Maar gezondheidszorg bestaat uit meer dan „ziekenzorg” alleen; gezondheidszorg omvat in feite alle activiteiten die gericht zijn op de verbetering van de volksgezondheid. En een van die activiteiten is een traditioneel onderdeel van de geneeskunde, de preventieve geneeskunde: dat deel dat zich bezighoudt met het voorkomen van ziekten.

In de medische wereld wordt bij preventie vooral gedacht aan wat de Amerikaan *Caplan* (1964; 1972) de secundaire en tertiaire preventie noemt. Secundaire preventie richt zich op het ontdekken van ziekten in een vroegtijdig stadium, met als doel over te gaan tot behandeling voordat de ziekte de betreffende persoon ziek maakt (vroeg-diagnostiek). Tertiaire preventie is er vooral op gericht recidieven te voorkomen of een patiënt te leren met een chronische kwaal te leven (nazorg). Aan primaire preventie, die erop gericht is gezonde mensen gezond te houden, wordt in de medische praktijk veel minder aandacht besteed. Uiteraard wordt veel aandacht besteed aan het inenten van kinderen en van risicogroepen tegen bepaalde aandoeningen en aan allerlei activiteiten in de bedrijfsgeneeskunde om veilige en

gezonde werksituaties te scheppen, maar de activiteiten op het gebied van de primaire preventie beperken zich in het algemeen toch tot handelingen die er borg voor staan dat bepaalde aandoeningen zich niet, of slechts in een milde vorm, zullen voordoen.

Ook de eerste lijn is nogal sterk op behandeling gericht. Dat is in eerste instantie ook de taak van de huisarts; daarover behoeft geen misverstand te bestaan. Toch is het van groot belang dat de aandacht voor primaire preventie van niet-specifiek medische aard groter wordt, vooral bij de werkers in de eerste lijn.

In de laatste decennia is het ziektepatroon duidelijk gewijzigd. Grote epidemieën zijn zo goed als verdwenen, wijd verspreide infectieziekten bij kinderen zijn aanzienlijk teruggedrongen, veel aandoeningen in en om het kraambed zijn verdwenen. De belangrijkste doodsoorzaken liggen momenteel bij de hart- en vaatziekten, kwaadaardige nieuwvormingen en ongevallen. Daarnaast constateren we een snel stijgend arbeidsverzuim ten gevolge van ziekte. Steeds minder mensen voelen zich gezond; het aantal klachten neemt toe, dus ook het doktersbezoek (en daarnaast het raadplegen van andere hulpverleners). De hulpverleners zien een toeneemende stroom van mensen op hun spreekuur met klachten waarvoor geen duidelijke, medische oorzaak te vinden is.

Deze verschijnselen zijn een aanwijzing dat er andersoortige ziekmakende factoren in het spel zijn die, ondanks geste-

\* Directeur van het Bureau GVO te Amsterdam