

grond hiervan wordt gepleit voor het opstellen van een CVA-protocol dat behulpzaam kan zijn bij de besluitvorming met betrekking tot insturen of thuishouden.

Summary. Hospitalize or keep at home? A preliminary study of decision-making about hospitalization of patients after a cerebrovascular accident.

Hospitalization is an important event, especially for the aged. The decision-making process which leads to hospitalization is often guided by the family doctor. We interviewed eleven experienced general practitioners in order to obtain information on their decision-making about hospitalization of patients with a cerebrovascular accident (CVA) and on the factors which they considered important in this respect.

The attitudes of the eleven general practitioners proved to be widely divergent: „I always hospitalize” versus „I always keep the patient at home”, and many gradations in between. Ten of the general practitioners did not significantly involve the patient and his immediate environment in their considerations.

The responses of the general practitioners were used to make a list of factors which play a role in the decision-making process. These factors cover a broad area: the symptomatology, the patient's immediate environment, the patient himself, and the physician. A number of inconsistencies in the interviews prompt the question whether in practice decisions to hospitalize or keep at home are always made on largely rational grounds. In view of this a plea is made for the formulation of a CVA protocol that may be helpful in making decisions about hospitalization.

¹ Berg JH van den. Medische macht en medische ethiek. Nijkerk: Callenbach, 1969.

² Zola IK. De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Meppel: Boom, 1973.

³ Illich I. Limits to medicine. Medical nemesis: The expropriation of health. London: Marion Boyars, 1976.

⁴ Terborgh-Dupuis H. Medische ethiek in perspectief [Dissertatie]. Leiden, Rijksuniversiteit te Leiden, 1976.

⁵ Cassee ThE. Naar de dokter. Meppel: Boom, 1973.

⁶ Spronk VRA, Warmenhoven NE. Patiëntenvoorlichting in de huisartspraktijk. Een inventarisatie van meningen van huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.

⁷ Sachs H. Can patients influence health decisions? J R Coll Gen Pract 1982; 32: 691-4.

Van A5 naar A4 - het verslag van een overschakelingsproces

J. DE HAAN*

Ruim vier-en-een-half jaar geleden publiceerde Huisarts en Wetenschap een themanummer over probleemgeoriënteerde registratie. Daarin werd onder meer ingegaan op het overschakelen van de oude NHG-kaart op een nieuw, probleemgeoriënteerd systeem. In deze bijdrage wordt beschreven hoe zo'n overschakelingsproces in de praktijk in zijn werk is gegaan.

Inleiding

Hoewel nauwelijks bekend is, in hoeverre de informatie die op een patiëntenkaart wordt neergeschreven, ook werkelijk relevant is, lijkt iedereen toch wel overtuigd van het nut van een goede registratie van de medische gegevens van de patiënt. Voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is verslaglegging van cruciale betekenis en registreren bevordert de kwaliteit van het probleem-oplossend proces. Door de toenemende samenwerking en door de komst van de arts-assistent in de huisartspraktijk is de toegankelijkheid van het medische dossier van de patiënt bovendien steeds belangrijker geworden. Daarnaast is bij het verwijzen van de patiënt een goede overdracht van de bestaande informatie noodzakelijk.

Veel huisartsen zien er tegenop, hun registratiesysteem te verbeteren. Men verwacht dat dit veel werk met zich zal meebrengen en denkt dat voor een uitgebreidere registratie meer opbergruimte nodig is. Ook het kostenaspect kan een rol spelen.

Mijn onvrede met het bestaande systeem was echter dermate groot, dat ik besloot over te schakelen op een nieuw systeem.

Het oude systeem

In de praktijk werd gewerkt met de groene NHG-kaart (A5 formaat, 21 × 14,5 cm). Deze kaarten werden per gezin bewaard in een doorzichtig mapje. De specialistenbrieven van de patiënt

en de verdere gegevens werden bewaard in afzonderlijke mappen die iets groter zijn dan het A5 formaat, namelijk 23,5 × 17 cm. De NHG-kaarten en de mappen met de specialistenbrieven waren opgeborgen in ladenbakken van respectievelijk 25,5 × 20 × 40 cm en 28 × 22 × 40 cm. Van de kleine ladenbakken werden er zes gebruikt, van de grote achttien. De ladenbakken waren geplaatst op een tafel van 170 cm lengte, 40 cm breedte en 65 cm hoogte. Het was de gewoonte om van belangrijke specialistenbrieven een uittreksel te maken en deze samenvatting in rood te noteren op de groene kaart van de patiënt.

De groene kaart is te klein voor een goed overzicht van de ziektegeschiedenis van de patiënt. Het gescheiden bewaren van de groene NHG-kaart en de specialistenbrieven heeft ook vele nadelen. Er moest tweemaal gezocht worden om inzage te hebben in het volledige dossier van een patiënt. Voor het lezen van de opgeborgen specialistenbrieven was het steeds nodig om ze uit te vouwen. De bezwaren betreffen dus enerzijds de toegankelijkheid en de overzichtelijkheid van de medische gegevens van de patiënt en anderzijds de manier van opbergen.

De A4 StaGlij-map

Er werd gekozen voor de A4 StaGlij-map, die is ontwikkeld door de werkgroep registratie van het NHG. Het A4 model (tweemaal de grootte van de groene NHG-kaart, 29,5 × 21 cm) verdient de voorkeur boven het A5 model (21 × 14,5 cm).¹

Het samen bewaren van de specialistenbrieven en de werkkaart gaat prima in

de A4 probleemgeoriënteerde map. Er is een apart blad van A4 formaat voor een overzicht van de ziektegeschiedenis van de patiënt (basisgegevens-formulier). Zijn de groene kaarten volgeschreven, dan kan verder gebruik worden gemaakt van een A4 journaalblad voor notities tijdens de consulten en de visites.

Dit systeem is niet in de eerste plaats gekozen om te gaan registreren volgens het SOEP-systeem, waarvoor het mede is ontwikkeld.¹ Voordeel van de bestaande POR-map is ook dat deze keuze de uniformiteit ten goede komt. Laten we niet dezelfde fout maken als in Engeland is gemaakt, door allemaal een eigen A4 systeem te ontwikkelen.²

Er is gekozen voor een StaGlij-map en niet voor een hangmap. Een hangmap is groter en is ook minder gemakkelijk terug te plaatsen in het archiefrek. Bij het uitnemen van de StaGlij-map wordt een wachter (een strookje plastic van 33 × 5 cm) op de plaats van de uitgenomen map gezet. Deze map is dan zeer eenvoudig terug te plaatsen. Geen geschuif met laden meer. Een StaGlij-map vindt ook gemakkelijker een plaats op het bureau dan een hangmap. Ook past een StaGlij-map nog juist in een gangbaar dossiertasje. Dit is belangrijk, omdat de map wordt meegenomen tijdens een visite.

Proefopzet

In mijn praktijk wordt een deel van de patiëntenadministratie gescheiden bewaard. Het betreft een populatie van ongeveer zeshonderd patiënten die in een buitengebied wonen. Voor deze patiënten bestaat een aparte spreekruimte.

Om na te gaan of het nieuwe registratiesysteem zou voldoen aan de gestelde verwachting, werd eerst dit deel van de

patiëntenregistratie overgezet op het nieuwe systeem. De hoeveelheid werk die dit met zich meebracht, viel mee. Over het gebruik van het nieuwe registratiesysteem waren de assistente en ik dermate enthousiast, dat we besloten ook voor de rest van de patiëntenregistratie over te schakelen op het nieuwe systeem. Dit betrof de registratie van medische gegevens van 2400 patiënten. Van de werkzaamheden die nodig waren voor het omzetten van deze patiëntengegevens is een analyse gemaakt.

De overschakeling

De overschakeling van het oude op het nieuwe systeem is in fasen verricht:

- *Fase 1.* Van elk gezinshoofd wordt een zelfklevend strookje getypt, waarop de naam, het adres en de woonplaats worden vermeld. De nieuwe A4 StaGlij-map wordt gevouwen en voorzien van het getypte strookje. Over dit strookje wordt dan nog een plastic bescherm laagje geplakt.

Per uur kan de assistente ongeveer dertig gezinsmappen op deze manier gereedmaken. Voor 2400 patiënten zijn ongeveer 800 gezinsmappen nodig. Dat betekent dat de assistente in het totaal zevenentwintig uur bezig is met deze fase.

- *Fase 2.* De ladenbakken met de NHG-kaarten en de ladenbakken met de mapjes met specialistenbrieven worden uit de kamer van de assistente verwijderd. Hiervoor in de plaats komen twee nieuwe archiefrekken (met een totale afmeting van 200 × 200 × 30 cm). In deze rekken worden op alfabetische volgorde de gezinsmappen (A4 StaGlij-mappen) gezet. In deze gezinsmappen worden de bestaande NHG-kaarten opgeborgen. De groene kaart is nu meteen weer beschikbaar.

Dit verwisselen van opbergsysteem en het plaatsen van de NHG-kaart in de nieuwe mappen neemt twintig uur in beslag.

- *Fase 3.* De specialistenbrieven worden uit de mapjes gehaald, uitgevouwen en op chronologische volgorde gelegd. De brieven worden geperforeerd en opgeborgen in de nieuwe gezinsmap. Het lege A5 mapje kan dienst doen als scheidingswand tussen de verschillende gezinsleden. Tien procent van de patiënten heeft een dik pak specialistenbrieven in hun dossier. Dit percentage komt overeen met wat Metcalfe vindt.³ Het op volgorde leggen en het overbrengen van de specialistenbrieven in de A4 StaGlij-gezinsmap kost ongeveer zeven minuten per map. Dat betekent voor 2400 patiënten (drie patiënten per map, 800 × 7 minuten) drieënnegentig uur.

- *Fase 4.* Van een dik pak specialistenbrieven van een patiënt kan beter een uittreksel worden gemaakt. Voor één patiënt kost het maken van zo'n samenvatting twintig tot dertig minuten. De brieven zelf kunnen, op enkele relevante brieven na, elders in ordners worden bewaard. We kunnen spreken van het aanleggen van een dood archief.

Deze fase is geleidelijk in de loop van een jaar voltooid. De praktijkassistente heeft ook een deel van dit werk voor haar rekening genomen.

- *Kosten.* De totale kosten van het omschakelen, uitgezonderd het uurloon, bedragen f 3000,- voor 2400 patiënten, dat is f 1,25 per patiënt. Deze kosten betreffen de A4 StaGlij-mappen en de archiefrekken.

Beschouwing

Uit bovenstaande blijkt dat de eerste drie fasen ongeveer 140 uur in beslag nemen. Deze werkzaamheden kunnen

Figuur 1. Het oude systeem.



Figuur 2. De StaGlij-map.



voor het grootste gedeelte door de assistente worden verricht. Deze drie fasen hebben in totaal zes weken geduurd. Het verdient aanbeveling fase 2 binnen enkele dagen te voltooien, omdat men anders te veel hinder ondervindt van de omschakeling tijdens het uitvoeren van de praktijkwerkzaamheden. Een deel van de patiëntgegevens is tijdens deze fase in bewerking en men kan er niet direct over beschikken als men ze nodig heeft.

Voor het maken van samenvattingen van specialistenbrieven geldt dit bezwaar niet. Dat kan best over een lange periode. Beschikt men over een ervaren praktijkassistente, dan kan men die ook inschakelen bij dit uitdunnen van de patiëntgegevens. Langzamerhand verdwijnen zo de dikke mappen uit het archief om plaats te maken voor dunne, veel beter hanteerbare mappen.

Door het plaatsen van de archiefrekken en het verwijderen van de ladenbakken is meer ruimte ontstaan in de kamer van de assistente. Het vloeroppervlak van de ladenbakken was $1,7 \times 0,4 \text{ m} = 0,68 \text{ m}^2$. Voor de archiefrekken is dat $2 \times 0,3 \text{ m} = 0,60 \text{ m}^2$. De ruimtewinst lijkt klein, maar het valt op dat het gangpad voor de assistente veel ruimer is geworden, doordat ze geen last meer heeft van openstaande laden.

De namen van de gezinshoofden zijn direct leesbaar. De A4 StaGlij-map ligt op de lange zijde in het rek. Aan het uiteinde van de korte zijde is het naamstrookje geplakt. De map die men nodig heeft is zo heel gemakkelijk op te zoeken en ook het terugplaatsen kost nauwelijks tijd meer, omdat een wachter is geplaatst op de plek waar deze map is verwijderd. Op deze manier zijn de medische gegevens veel beter toegankelijk, hetgeen tijdswinst betekent. Verder spaart het tijd als we de gegevens overzichtelijk gerangschikt hebben. In een kort tijdsbestek kunnen we ons een goed beeld vormen van de ziektegeschiedenis van de patiënt. Bij het schrijven van een verwijsbrief kunnen we hier ook van profiteren. Het blijkt erg handig te zijn, een fotokopieerapparaat aan te schaffen. De specialist kan een fotocopie gezonden worden van de basisgegevens van de patiënt. De eigenlijke verwijsbrief kunnen we daarom korter houden. Weer tijdswinst.

Colebrook heeft voor een groepspraktijk van 11.000 patiënten berekend, dat het alleen al om financieel-economische redenen aan te bevelen is, over te schakelen op een A4 systeem wegens het tijdbesparend effect.⁴ Een ander voordeel van het invoeren van de nieuwe A4

StaGlij-map is dat daarmee betere voorwaarden worden geschapen voor het probleemgeoriënteerd registreren volgens de SOEP-methode zoals die ontwikkeld is door Weed.⁵

Dankbetuiging

Mijn dank gaat uit naar de leden van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG voor het kritisch lezen van dit verslag.

Samenvatting. In dit artikel wordt beschreven, welke werkzaamheden nodig waren voor het overschakelen op een nieuw systeem van patiëntenregistratie. Daarbij werd gekozen voor de door de Commissie Registratie van het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelde A4 StaGlij-map. De eerste drie fasen namen ongeveer 140 uur in beslag; daarmee was het nieuwe systeem operationeel. De vierde fase – het maken van uittreksels van specialistenbrieven – kon daarna geleidelijk worden uitgevoerd. Deze fase kostte naar schatting nog eens 100 uur.

Door het invoeren van het nieuwe systeem is een betere toegankelijkheid van de medische gegevens van de patiënt verkregen. Dankzij de overzichtelijke registratie kan men ook in een korter tijdsbestek een beter inzicht krijgen in de ziektegeschiedenis van de patiënt. Dit betekent tijdswinst bij veel consulten. Door het gebruik van een fotokopieerapparaat kan de specialist naar wie wordt verwezen, snel en adequaat van belangrijke informatie worden voorzien. Afgezien daarvan maakt het nieuwe systeem probleemgeoriënteerd registreren volgens het SOEP-systeem mogelijk. En tenslotte heeft de overschakeling geleid tot een belangrijke ruimtewinst in de kamer van de assistente.

Summary. From A5 to A4 – report on a process of transition.

This paper describes the activities required for the transition to a new system of patient registration. The new choice was the A4 Stand-Slide file developed by the Registration Commission of the Netherlands Association of General Practitioners. The first three phases took about 140 hours; the new system was thereby made operational. The fourth phase – abstracting specialists' letters – could then be carried out gradually. This phase was estimated to take 100 hours.

The introduction of the new system has improved the accessibility of medical

data on the patient. Its surveyability, moreover, makes it possible to gain better insight into a patient's case history within a shorter time. This saves time when there are frequent encounters. The specialist to whom the patient is referred, can be quickly and adequately supplied with information with the aid of a photocopier. Apart from this, the new system allows problem-oriented registration according to the SOAP system. Finally, the transition has led to considerable space-saving in the receptionist's room.

¹ Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratiekaart. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 4-5.

² Cate RS ten. Probleemgeoriënteerde registratie in de United Kingdom. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 47.

³ Metcalfe D. Het overschakelen op probleemgeoriënteerde patiëntenkaarten. Huisarts en Wetenschap 1977; 20: 271-2.

⁴ Colebrook M. A home made A4 medical record system in general practice. J R Coll Gen Pract 1982; 32: 623-6.

⁵ Weed LL. Medical record, medical education and patient care. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.

Vervolg literatuur p. 340

⁸ World Health Organisation. Cerebrovascular diseases: prevention, treatment and rehabilitation. Technical Report Series nr. 469. Genève: World Health Organisation, 1971.

⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek. Overledenen naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht in het jaar 1980. Serie B 1. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1980.

¹⁰ Herman B, Schulte BPM, Luyk JH van, Leyten ACM, Frenken CWGM. Epidemiology of stroke in Tilburg. The Netherlands. The population based stroke incidence register. Stroke 1980; 11: 162-5.

¹¹ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.

¹² Gillick MR, Serrell NA, Gillick LS. Adverse consequences of hospitalisation in the elderly. Soc Sci Med 1982; 16: 1033-8.