

Uit de praktijk

G. E. H. M. RUTTEN*

Anders gaan registreren: een werkzaam compromis

Drie huisartsen, samenwerkend in een groepspraktijk, besloten over te gaan op een overzichtelijker, probleemgeoriënteerd registratiesysteem. Na het formuleren van een aantal – deels praktijkgebonden – eisen en doelstellingen, werd gekozen voor het ontwikkelen van een nieuw A5-systeem, waarbij basisgegevens, medische voorgeschiedenis en journaal zijn samengebracht op één kaart. Ondanks een aantal beperkingen, blijkt het systeem na één jaar redelijk te voldoen. De auteur pleit voor het invoeren van een eenvoudige probleemgeoriënteerde kaart als opvolger van de bekende groene NHG-kaart.

Inleiding

Ondanks de onmiskenbare verdiensten van de alom bekende groene NHG-kaart, moet toch ook worden vastgesteld dat deze kaart mank gaat aan een zeker gebrek aan overzichtelijkheid; die onoverzichtelijkheid neemt bovendien toe, naarmate men nauwkeuriger en uitgebreider gaat registreren.¹ In onze praktijk – drie artsen en een arts-assistent met een gezamenlijke zorg voor de gehele patiëntenpopulatie – werd daarvoor een optimale samenwerking belemmerd.

Deze vaststelling heeft in eerste instantie geleid tot het zoeken naar een ander registratiesysteem en uiteindelijk tot het ontwikkelen van een min of meer nieuwe kaart. In deze bijdrage wordt beschreven hoe wij tot onze keuze zijn gekomen.

Eisen en doelstellingen

Over de eisen waaraan het nieuwe systeem in ieder geval zou moeten voldoen, waren we het snel eens:

- De kaart zou gemakkelijk vervoerbaar moeten zijn, liefst in plastic mapjes. Wij zijn namelijk gewend de kaart tijdens visites mee naar de patiënt te nemen, en bovendien wordt praktijkgedaan in twee afzonderlijke praktijkpanden in verschillende dorpen, waar-tussen dagelijks wordt gependeld. Met kaarten!

- Het registratiesysteem zou moeten passen binnen de daarvoor beschikbare opbergruimte in de praktijk.

- Het overschakelen zou geleidelijk moeten kunnen verlopen, het oude en nieuwe systeem zouden in die tijd naast elkaar gebruikt moeten kunnen worden.

Op grond hiervan werd besloten niet over te gaan op een A4-systeem – zoals *De Haan* dat eerder heeft beschreven² – maar het vertrouwde A5-formaat te handhaven.

Niet van plan het wiel voor de tweede keer uit te vinden, wilden wij aanvankelijk overgaan op de bestaande probleemgeoriënteerde registratiekaart volgens het A5-model.³ Bij het afwegen van de pro's en contra's bleek het nodig dat wij ons eerst rekenschap gaven van onze doelstellingen met het nieuwe registratiesysteem. Uit onze discussies kwamen drie hoofddoelstellingen naar voren.

- *Snel overzicht.* De behandelend arts dient via het registratieformulier snel een overzicht te krijgen van de recent gepresenteerde klachten en de medische voorgeschiedenis. Aan deze voorwaarde dient ook voldaan te worden als het om een „nieuwe” patiënt gaat, die normaliter bij een der collega's komt. Werkhypothese, uitgestippeld beleid en voorgeschreven medicatie moeten in één oogopslag terug te vinden zijn.

- *Geen belemmering wetenschappelijk onderzoek.* Het registratiesysteem dient de mogelijkheden voor retrospectief

wetenschappelijk onderzoek niet bij voorbaat te frustreren. Daarbij veronderstellen wij niet naïef, dat alleen verandering van systeem voldoende is om tot een adequate dataverzameling ten behoeve van onderzoek te komen; het systeem is zo sterk als de slechtste registreerder. Het systeem dient echter uit te nodigen tot het vastleggen van een aantal essentiële stappen in het hulpverleningsproces.

- *Niet te veel tijd.* Het nieuwe registratiesysteem zou niet meer tijd mogen vergen dan het oude.

Vooraf beducht voor het invoeren van een apart journaalblad (papierwinkel, te veel bladen in een mapje), maar ook op grond van inhoudelijke overwegingen, hebben wij vervolgens besloten niet te kiezen voor een bestaande kaart, maar zelf een nieuwe kaart te ontwerpen.

De kaart

Iedereen die enigszins op de hoogte is van de verschillende in omloop zijnde modellen, herkent in ons ontwerp (*figuur*) een hybride van de klassieke A5-probleemgeoriënteerde kaart, de „gewone” NHG-kaart en het A4-model. De kaart bestaat uit een buitenblad en een binnenblad, en is 4 cm korter dan een dubbele A5-kaart; de vouw is echter asymmetrisch, zodat het A5-formaat blijft gehandhaafd. Op deze wijze kunnen de per samenlevingsverband bijeengevoegde kaarten gemakkelijk uit de plastic mapjes worden gehaald. Om overvulling van mapjes en kaartenbakken te vermijden, werd van iets dunner (190 grams) papier gebruik gemaakt. Meest in het oog springend kenmerk is het op één kaart samenbrengen van basisgegevens, probleemlijst en journaal. De buitenzijde van de kaart bestaat voor minder dan de helft uit journaal, de binnenzijde is geheel journaal. In het *sociografisch* gedeelte ruimen wij een kader in voor beroep en opleiding. Wisseling van beroep, langdurige werkloosheid of arbeidsongeschiktheid staan niet toe dit gegeven met één regel af te doen. De verzekeringswijze is per abuis buiten het sociografische deel gevallen.

In het *medisch gedeelte* verdwenen de op de conventionele kaart vermelde hoofden „anti-d”, „lu.r” en „tub.r”, alsmede alle vaccinatie-afkortingen. In de praktijk bleken deze gewoonweg niet te worden ingevuld. Dat laatste gold ook in grote lijnen voor de kolom doorge-maakte infectieziekten, die bovendien

* Huisarts te Beuningen.

voor een deel obsoleet geworden is. Naast elkaar werden geplaatst „blgr, rh, rub” alsmede „l”. De eerste drie categorieën zijn in onze praktijk (waar de verloskunde actief wordt beoefend) ze-

ker relevant. Het opvallend noteren van de lengte (uitsluitend voor volwassenen) achten wij handig bij het beoordelen en herbeoordelen van het gewicht bij hypertensie- en diabetescontroles.

De rubriek „intol” werd ondergebracht onder het hoofd „bijzonderheden” (net als bij het A4-model).⁴ Aangezien een scheiding tussen „operaties” en „vroegere ziekten” ons niet zinvol leek, beslo-

Figuur. De voorkant van de kaart, enigszins verkleind weergegeven. De vouw is duidelijk zichtbaar.

A 1	B 2	Bo 3	C 4	D 5	E 6	F 7	G 8	H 9	I-J 0	K 1	L 2	M 3	N 4	O 5	PQ 6	R 7	S 8	Se 9	T 0	U 1	V 2	W 3	XY 4	Z 5	6	7	8	9	0	
naam										vrn.					geb. — —															
adres										beroep opleiding																				
tel.																														
zf. nr./part.																														
problemenlijst										bijzonderheden																				
datum																														
										psychosociaal (jeugd, ouderlijk gezin, opleiding, gezin, sociale relaties, hobbys, enz.)																				
										familieanamnese																				
										blgr.				rh.				rub.				l.								
										vorige huisarts																				
datum	Subjectief										Objectief										Evaluatie					Plan therapie begeleiding				

ten wij beide rubrieken onder te brengen onder de noemer „problemenlijst”. Net als op het A4-model hebben wij een ruime plaats ingeruimd voor de registratie van de psychosociale context. Dit is in het bijzonder van belang in een praktijk situatie als de onze, waarin verschillende gezinsleden zich vaak tot verschillende artsen wenden. Bekendheid met één gezinslid betekent dan niet altijd dat men ook op de hoogte is van bijvoorbeeld de gezinssituatie, ook niet als deze een bijzonder karakter heeft.

De rubriek „vorige huisarts” is gehandhaafd; met een groeiende mobiliteit van de bevolking zal deze informatie eerder in betekenis toe- dan afnemen.

Een rubriek chronische medicatie hebben wij bewust niet opgenomen. De apotheker zou op korte termijn overgaan tot geneesmiddelenbewaking per computer en bovendien wisten wij hoe betrekkelijk het woord „chronisch” ten aanzien van medicatie is.

Het jaarnal tenslotte is opgezet volgens het SOEP-systeem over de volle breedte van het blad. Door ons strikt te houden aan de doorgetrokken verticale lijnen zouden wij daarmee aan onze eerste doelstelling kunnen voldoen.

De praktijk

Ruim een jaar geleden zijn wij begonnen met onze nieuwe kaarten (kosten per kaart circa f 0,20) te werken.

Nieuwe patiënten worden meteen in het nieuwe systeem opgenomen. Hun medische voorgeschiedenis, die ons meestal in een dikke envelop vol groene kaarten en specialistenbrieven bereikt, wordt op de problemenlijst samengevat. Hetzelfde gebeurt bij bekende patiënten op het moment dat hun groene kaart is volgeschreven.

Op die manier wordt langzaam maar zeker het hele systeem vernieuwd. Om zoveel mogelijk op dezelfde wijze van het systeem gebruik te maken, is bovendien enige malen overlegd welke gegevens onder bijvoorbeeld de problemenlijst of onder het hoofd „psychosociaal” geboekt moesten worden. Dat lijkt simpeler dan het is.

Uittekstels van specialistenbrieven worden door de assistente in dun rood schrift in het jaarnal vermeld; het gaat immers om actuele problematiek. Daarbij wordt de scheidingslijn tussen de verschillende onderdelen van de SOEP-registratie niet in acht genomen. Dat gebeurt wél strikt bij de registratie van visites en consulten. Een lange anamnese houdt dan een aantal regels „subjectief” in, waar tegenover soms slechts één

woord „evaluatie” staat. Op deze wijze ontstaan open plekken in de kaart, hetgeen de gewenste overzichtelijkheid ten goede komt. Ook de registratie van chronische aandoeningen wint hierdoor aan duidelijkheid.

In de betrekkelijk korte tijd waarin wij van deze kaart gebruik maken, zijn enkele jaarnaals al voor de helft gevuld. Het gaat hier om patiënten met een hoge medische consumptie en patiënten met een probleem dat in korte tijd veel contacten met zich meebrengt. Omdat wij geen vervolgkaarten willen gebruiken, zullen we voor deze patiënten na verloop van anderhalf à twee jaar een nieuwe „hoofdkaart” moeten maken. Dit nadeel – als het dat is – nemen wij graag op de koop toe.

Een probleem apart vormt het registreren van het geneesmiddelengebruik. Wij waren gewend elk recept voor pijnstillers en tranquillizers op de kaart te vermelden (hypertensiepatiënten zijn opgenomen in een apart monitoringsysteem). Deze „luxe” kunnen we ons bij het nieuwe jaarnal niet meer veroorloven, omdat daarmee de kolom „plan enz.” bij sommige patiënten snel zou vol raken, terwijl de overige kolommen leeg blijven. Totdat de medicatiebewaking geautomatiseerd is, moeten we ons behelpen met aparte kaartjes. Dit komt de overzichtelijkheid en de nauwkeurigheid zeker niet ten goede.

In het algemeen zijn wij over de lay-out van de kaart tevreden. Het dunner karton blijkt voorsnog van voldoende kwaliteit. Aan onze doelstelling wordt voldaan, al lijkt de problemenlijst (beter: „medische voorgeschiedenis”) soms toch niet het toonbeeld van helderheid, dat wij ervan zouden willen maken.

Beschouwing

In de literatuur worden verschillende criteria gevonden waaraan registratie getoetst zou kunnen worden. Deze criteria kunnen niet los worden gezien van het doel waarvoor de registratie moet dienen. Hoewel dit doel voor verschillende artsen niet identiek hoeft te zijn, lijkt het toch gerechtvaardigd een aantal minimum-eisen aan een registratiesysteem te stellen. Binnen dit minimumpakket is de SOEP-notatie niet meer weg te denken; de stuurgroep Ledencongres 1982 neemt haar dan ook als uitgangspunt.

Een uitgebreid probleemgeoriënteerd registratiesysteem lijkt voor veel artsen eerder een utopie dan een haalbare kaart. Het succes van de oude groene kaart bewijst dat een nieuwe, uniforme

wijze van registreren het best bereikt kan worden met een kaart die voor een zo groot mogelijke groep huisartsen praktisch hanteerbaar is. Het door ons ontwikkelde type is een poging aan deze eisen te voldoen, zij het dat ook deze kaart beperkingen heeft. Vooral medicatiebewaking blijft een probleem voor de gebruiker die samenwerkt met een apotheker die nog geen geautomatiseerde administratie heeft. Het laatste woord is met deze kaart dan ook zeker niet gesproken.

¹ Van Stockum ThJ. Probleemgeoriënteerd registreren. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 25-30.

² De Haan J. Van A5 naar A4 – het verslag van een overschakelingsproces. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 340-2.

³ Meijboom WA. Handleiding voor het A5-model. Probleemgeoriënteerde registratiekaart. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 13-21.

⁴ Vierhout WPM. Handleiding voor het A4-model. De probleemgeoriënteerde registratie voor het gezin. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 9-12.

Nota bene

Het klassieke verklaringmodel voor verschillen in medische consumptie van Andersen e.a. dat uitgaat van „predisposing”, „enabling” en „need variables”, schiet tekort bij het verklaren van tandartsbezoek, omdat mensen met de grootste consumptie-noodzaak en de geringste financiële drempels de tandarts het minst frequent bezoeken.

Bij de verklaring van het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen in het percentage dat zich zelfstandig vestigt, kan de doorwerking van traditionele rolpatronen op twee manieren opgenomen worden in een verklaringmodel dat gebaseerd is op de rationele keuze-theorie: traditionele rolpatronen had zijn invloed op aard en aantal van de alternatieven die in aanmerking komen (zij beperken de „feasibility set”) en op de waarderingen en subjectieve waarschijnlijkheden die aan alternatieven verbonden worden.

Stellingen bij: Groenewegen PP. Locatiekeuze en huisartsendichtheid [Dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit te Utrecht, 1985.