

J. F. M. METSEMAKERS, H. W. M. PLAGGE EN J. DE KANTER

De probleemlijst

Suggesties voor de huisarts

De probleemlijst is een wezenlijk onderdeel van de probleemgeoriënteerde verslaglegging en heeft bij goed gebruik directe praktische waarde voor de huisarts, omdat die daarmee een goed overzicht krijgt van zijn patiënt. Het is echter niet gemakkelijk aan te geven welke diagnoses, uitslagen en aandoeningen op de probleemlijst moeten worden opgenomen. De hier gepresenteerde richtlijnen zijn bestemd voor de huisarts practicus. Het zal echter steeds de huisarts zelf zijn die met de werkdefinitie voor ogen zal moeten beslissen over het al dan niet plaatsen van een probleem op de lijst.

Inleiding

De probleemgeoriënteerde verslaglegging, door *Weed* ontworpen voor gebruik in de klinische setting,¹ is vervolgens ook in de huisartsgeneeskunde in gebruik gekomen. In Nederland werd een themanummer van *Huisarts en Wetenschap* gevuld met informatie over de probleemgeoriënteerde verslaglegging en Van der Velden bewerkte een serie Engelse artikelen van de hand van *Metcalfe*.^{2,3} Door het NHG werd een probleemgeoriënteerde versie van de groene kaart geïntroduceerd.

Hoeveel huisartsen de volledige probleemgeoriënteerde verslaglegging gebruiken, is onbekend. Zeker is dat veel huisartsen deze vorm van verslaglegging voor de dagelijkse praktijkvoering moeilijk hanteerbaar vinden. Door de intrede van de computer is te verwachten dat het gebruik van de probleemgeoriënteerde verslaglegging zal toenemen. Binnen het Huisarts Informatie Systeem (HIS) zal de computer de integratie van probleemlijst, journaal en medicatielijst kunnen bevorderen. Volgens het referentiemodel van de Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA) dienen een probleemlijst en een journaal standaard binnen het HIS aanwezig te zijn.⁴

De probleemlijst is een wezenlijk onderdeel van de probleemgeoriënteerde verslaglegging. De algemene opzet van de lijst wordt in de beschikbare litera-

tuur duidelijk omschreven, maar geeft de individuele huisarts een grote mate van vrijheid.^{1-3,5-7} In verschillende artikelen worden enkele algemene uitspraken gedaan. Zo zegt *Metcalfe* dat op de lijst alle door de huisarts relevant geachte problemen van de patiënt opgesomd moeten worden, zodat deze in één oogopslag zijn te overzien.³ Hij beschrijft verschillende typen problemen, zoals medische diagnoses, medische problemen, niet-medische problemen en risicofactoren. Hij onderkent dat het moeilijk is om te bepalen welke problemen vermeld dienen te worden op een probleemlijst en welke niet. In deze theoretische beschouwingen wordt de feitelijke inhoud van de probleemlijst echter slechts in geringe mate uitgewerkt.

In dit artikel worden richtlijnen voor de probleemlijst geformuleerd. Deze richtlijnen zijn van belang voor alle huisartsen die een betrouwbare en hanteerbare lijst willen opstellen op basis van hun huidige verslaglegging of voor nieuwe patiënten op basis van de gegevens van de vorige huisarts. Huisartsen die de lijst willen gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek, zullen daarnaast nog aanvullende afspraken moeten maken.

Probleemlijst

Volgens *Weed* is de probleemlijst de spil van de probleemgeoriënteerde verslaglegging.¹ Het is een dynamische – veranderlijke – opsomming van de problemen van de patiënt.

Volgens de 'International glossary for primary care' van de WONCA geldt als probleem: 'A provider determined assessment of anything that concerns a patient, the provider (in relation to the health or the patient), or both'.⁸ Dat is een bondige, zij het zeer globale definitie. *Sandlow* hanteert een meer gedetailleerde omschrijving: 'Als probleem wordt beschouwd datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door „werkers in de gezondheidszorg” nodig is of iets dat het lichamelijke of geestelijke welzijn van de patiënt kan verminderen of heeft verminderd'.⁹

Indien de definitie van *Sandlow* wordt gehanteerd, behoren op de probleemlijst, naast diagnoses, ook klachten of symptomen, afwijkende bevindingen bij lichamelijk of laboratoriumonderzoek, relationele en sociale problemen en risicofactoren te staan. De problemen dienen te worden geformuleerd op een niveau dat men op basis van de beschikbare informatie kan verantwoorden ('recording at a true level of understanding') én met de hoogste mate van specificiteit ('record at the highest level of specificity').¹

Deze omschrijving dekt in grote lijnen de inhoud van de andere definities en lijkt daarmee een geschikte werkdefinitie voor de huisarts.

Tijdsfactor

In de huisartsgeneeskunde komen veel aandoeningen voor die het welzijn van de patiënt verminderen en waarvoor medisch handelen gewenst is, zonder dat te verwachten is dat de aandoening van lange duur zal zijn. Het opnemen van dit soort problemen – bijvoorbeeld een keelontsteking – zou leiden tot een onoverzichtelijke opsomming. Daarom moeten op de probleemlijst alleen problemen worden opgenomen die (gedurende langere tijd of in ernstige mate) consequenties hebben voor de functionele toestand van de patiënt en/of de prognose. Kleinere kwalen kunnen in het journaal worden opgenomen worden of op een aparte lijst voor tijdelijke problemen worden geplaatst. In het journaal worden deze zaken vaak onder E in het SOEP-schema opgenomen.

Op de probleemlijst komen dus te staan:

- chronische problemen (langer dan zes maanden);
- permanente problemen (problemen waarbij geen volledig herstel wordt verwacht);
- problemen van blijvend belang voor de gezondheidstoestand van de patiënt.

J.F.M. Metsemakers, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Registratienet Huisartspraktijken (voorzitter Prof. dr. J.A. Knottnerus), Rijksuniversiteit Limburg; H.W.M. Plagge, Provinciale kruisvereniging Zuid-Holland Zoetermeer, destijds vakgroep Huisartsgeneeskunde, Registratienet Huisartspraktijken Rijksuniversiteit Limburg; J. de Kanter, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

Correspondentie: J.F.M. Metsemakers, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

De huisarts zal er wel op bedacht moeten zijn dat frequent optredende tijdelijke problemen een plaats op de probleemlijst verdienen. Vier maal een sinusitis binnen een half jaar wordt op de probleemlijst bijvoorbeeld opgenomen als 'recidiverende sinusitiden'.

Actief of inactief

Een ander onderscheid wordt gevormd door de begrippen 'actief' en 'inactief', die de status van het probleem aangeven. Het is vaak niet makkelijk de grens tussen beide begrippen exact aan te geven. De volgende definitie voor 'actief' maakt een duidelijk onderscheid mogelijk.

Een probleem is actief als het onder de aandacht van de huisarts of de patiënt staat. Dat blijkt uit:

- de huidige behandeling waarbij de patiënt een speciaal dieet volgt, medicamenten gebruikt of speciale therapie krijgt;
- (verder) onderzoek voor het probleem waarmee patiënt nog bezig is;
- een bij het probleem bekend zijnde progressief verloop;
- de patiënt voor zijn probleem onder regelmatige controle staat.

Voorbeelden zijn:

- De CARA-patiënt die dagelijks medicatie gebruikt voor zijn CARA en al acht maanden in een stabiele status verkeert, heeft een actief probleem;
- multiple sclerose staat bekend om zijn langzaam progressief verloop en wordt als actief probleem beschouwd.

Andere relevante gegevens

De probleemlijst dient niet alle belangrijke gegevens van de patiënt te bevatten; binnen de probleemgeoriënteerde verslaglegging zijn daarvoor andere mogelijkheden. Persoonsgegevens, zoals naam, adres en verzekeringswijze, worden binnen de basisgegevens genoteerd, terwijl daar ook gegevens over opleiding, beroep, sociale contacten, e.d. kunnen worden geplaatst. Vaccinatiestatus, bloedgroep, kinderziekten en andere medische basisgegevens kunnen als apart onderdeel van de basisgegevens worden beschouwd; mogelijk kan daarin ook worden bijgehouden wanneer de laatste cervixuitstrijk is gemaakt. Uitslagen van röntgenfoto's of laboratoriumonderzoek worden, afhankelijk van de werkwijze van de huisarts,

in het journaal of bij de basisgegevens geplaatst.

De probleemlijst dient derhalve gereserveerd te worden voor problemen.

Typen problemen

Met de definitie van Sandlow als richtlijn is het mogelijk om de verschillende typen problemen in enkele groepen in te delen:

- medisch-technische problemen;
- psychosociale problemen;
- risicofactoren;
- overige problemen.

Medisch-technische problemen

• *Diagnosen* Een ziektebeeld dat vastgesteld is en waarvoor de diagnostische criteria zijn vastgesteld in de ICHPPC-2-defined.¹⁰ Voorbeelden zijn ijzeregreksanemie en ulcus duodeni.

• *Diagnosen gevolgd door een operationele ingreep* In een aantal gevallen kan de operatie binnen de algemene definitie van een 'probleem' ook weer een probleem zijn en een plaats op de probleemlijst verdienen. Voorbeelden zijn: coxarthrosis links (inactief) en kop-hals prothese linkerheup (actief).

• *Congenitale afwijkingen* In feite gaat het om een apart soort diagnose. Voorbeelden zijn: een klompvoet en hemangioma. Uiteraard dient hierbij wel voldaan te worden aan de definitie van 'een probleem'. Met andere woorden: niet elk hemangioma zal op de probleemlijst geplaatst hoeven te worden.

• *Overgevoeligheidsreacties*, zoals overgevoeligheidsreactie voor penicilline en urticaria.

• *Afwijkende bevindingen* Een bevinding bij lichamelijk onderzoek of diagnostisch onderzoek waarbij (nog) geen diagnose gesteld kan worden. Het moet wel een belangrijke bevinding zijn, gezien de criteria voor opname van een probleem op de probleemlijst. Voorbeelden zijn: geelzucht, soufflé systolisch graad II en abnormale papsmeur klasse IV.

• *Klachtenpatronen* Het is niet altijd mogelijk een klacht tot een diagnose te verheffen. Desondanks kan een klachtenpatroon voldoen aan de verdere voorwaarden om op de probleemlijst te worden geplaatst. De klacht moet dan wel passen binnen de definitie van een probleem. Het verdient aanbeveling om klachtenpatronen ook als zodanig op te

nemen op de probleemlijst en ze niet tot een diagnose te verheffen als daar onvoldoende onderbouwing voor is. Voorbeelden zijn: bovenbuikspijn en recidiverende hoofdpijn

Psychosociale problemen

• *Klachtenpatronen zonder somatisch correlaat* In een aantal gevallen zal er een klachtenpatroon zijn waarbij psychische of sociale problemen meespelen. Beide dienen dan op de probleemlijst te komen als aparte problemen. Een voorbeeld is 'buikpijn bij ruzies thuis'. Probleem 1: ruzies thuis; probleem 2: buikpijn.

• *Psychosociale problemen* Gezien de verwevenheid van veel psychische en sociale problemen zullen hier ook vaak uitsplitsingen naar meerdere problemen moeten plaatsvinden. Een voorbeeld is 'depressie bij werkloosheid'. Probleem 1: depressie; probleem 2: werkloosheid. Uiteraard dient wel aan de criteria voor opname aan de probleemlijst voldaan te zijn.

Risicofactoren

• *Genotmiddelen* Nicotine, alcohol en drugs zijn de genotmiddelen waarvan het zeer duidelijk is dat zij de gezondheidstoestand bedreigen. Nicotinegebruik dient altijd als een probleem beschouwd te worden, omdat het een bedreiging van de gezondheid is, ongeacht het aantal sigaretten, sigaren of pijpen dat gerookt wordt. Alcoholgebruik dient op de probleemlijst opgenomen te worden als voldaan wordt aan de criteria voor alcoholafhankelijkheid of alcoholmisbruik, zoals beschreven in de DSM III.¹¹ Voor het gebruik van de DSM III criteria is gekozen omdat in de ICHPPC-2 niet wordt gesproken over alcoholafhankelijkheid maar alleen over 'alcohol abuse'. Voor de huisartsgeneeskunde speelt echter juist de alcoholafhankelijkheid een grote rol. Ook het gebruik van drugs dient opgenomen te worden gezien de bedreiging van de gezondheid. Uiteraard dient wel naar de criteria voor opname op een probleemlijst gekeken te worden vooral wat betreft de tijdsfactor.

• *Seksueel gedrag* Het gaat hier met name om seksueel gedrag dat de gezondheidstoestand van de patiënt kan bedreigen door het verhogen van het risico op bijvoorbeeld Aids, Soa of hepatitis B en als zodanig aan de probleemdefinitie voldoet. Voorbeelden:

promiscue (homo)seksueel gedrag en prostitutie.

- *Positieve familie-anamnese* Van bepaalde ziekten is bekend dat de kans op het krijgen van de ziekte vergroot is wanneer deze in de familie voorkomt. Het betreft enerzijds erfelijke, aandoeningen enerzijds aandoeningen met een duidelijk familiair voorkomen. De inzichten over deze laatste groep zijn aan verandering onderhevig. Voorbeelden zijn: M. Duchenne bij zoontje van zuster en borstkanker bij zuster van vrouwelijk patiënt.

Overige problemen

- *Somatische fixatie* Het gaat hierbij om een door de huisarts gesignaleerd risico van somatische fixatie.
- *Functiestoornissen* Het gaat niet om een ziekte maar om een verlies aan functie. Voorbeelden zijn: doofheid en malk lopen. Uiteraard dient hierbij wel voldaan te worden aan de criteria van 'een probleem': niet elke functiestoornis hoeft als probleem op de probleemlijst te worden geplaatst.

Gebruik

In het voorgaande zijn richtlijnen geformuleerd voor het opstellen van een goede probleemlijst. Ten aanzien van de vorm van de probleemlijst zijn meer uitgewerkte richtlijnen te geven, die echter buiten het bestek van dit artikel vallen. De belangrijkste vormen voor een probleemlijst in Huisarts Informatie Systemen zijn te vinden in het referentiemodel van de WCIA.⁴ Ook adviezen over de wijze van het opstellen van probleemlijsten op basis van oude groene kaarten, brieven van specialisten of andere soms onvolledige informatie zijn hier niet aan bod gekomen.

Het gebruik van de probleemlijst vereist van de huisarts een grote discipline. Consequent bij elk consult inzien van de probleemlijst en afwegen of nieuwe problemen geformuleerd dienen te worden, is zeker geen eenvoudige taak. Een probleemlijst die op een dergelijk geordende wijze is opgezet, geeft de mogelijkheid om problemen (op zowel symptoom- als diagnosesniveau) en clusters van problemen in de tijd te volgen.

Huisartsen die de probleemlijst ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek willen gebruiken dienen rekening te houden met aanvullende criteria. Deze zullen een normatief karakter heb-

ben ten aanzien van de problemen die bij onderzoek bestudeerd worden. Tevens zal er de mogelijkheid moeten zijn om met behulp van een classificatiesysteem codes toe te voegen op de probleemlijst; hiervoor kan gebruik worden gemaakt van de International Classification of Primary Care (ICPC).¹²

Dankbetuiging

De auteurs danken J.D. Mulder Dzn, P.J. Thys en R. van de Grinten voor hun waardevolle commentaar.

¹ Weed LL. Medical education and patient care. Cleveland: Case Western Reserve University Press, 1969.

² Probleemgeoriënteerde registratie [Themanummer]. Huisarts Wet 1979; 22: 3-47.

³ Metcalfe D. Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1977; 20: 15-8, 57-8, 103-5, 149-50, 191-4, 230-3, 271-2, 306-9, Å351-4, 399-402.

⁴ Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA). Referentiemodel Huisarts Informatie Systeem, Versie 3. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1986.

⁵ Easton, RE. Problem-oriented medical records concept. New York: Appleton Century Crofts, 1974.

⁶ Hurst JW, Walker HK. The problem oriented system. New York: Medcom Press, 1970.

⁷ Petrie JC, McIntyre N. The problem oriented medical record. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1979.

⁸ Anonymous. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981; 24: 342-6.

⁹ Sandlow LJ, Bashook PG. Problem oriented medical records: self instruction for practitioners. Chicago: Michael Reese Hospital and Medical Center, 1978.

¹⁰ Anonymous. ICHPPC-2-defined (Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford: Oxford University Press, 1983.

¹¹ Anonymous. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. (DSM III). Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.

¹² Lamberts H, Wood M. The International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

Glucose-oplossing

Zonder er meteen een punt van te willen maken is het wellicht dienstig te reageren op het artikel van Wielink over hypoglykemisch coma.¹ Hierin wordt op tamelijk stellige wijze het door ons geadviseerde minimum aan glucose-oplossing in het ampullenétui van de huisarts verworpen; het gaat er daarbij om dat één ampul van 100 ml(!) 50% glucose te verkiezen zou zijn boven drie ampullen 10 cc met 40% glucose.²

Het advies van Wielink berust op de therapie die nodig is gebleken in het ziekenhuis, al of niet na verwijzing door de huisarts. Ons inziens is een dergelijk uitgangspunt minder adequaat voor een advies aan de huisarts dan een in totaal vijftigjarige ervaring in de huisartspraktijk. Het gaat in het ziekenhuis om patiënten 'bij wie de aard van het coma niet wordt onderkend, een adequate therapie niet mogelijk is of de initiële behandeling faalt', kortom: niet om doorsnee hypoglykemiepatiënten uit de huisartspraktijk. Daarbij is vooral van belang dat het coma meestal langer geduurd zal hebben dan doorgaans het geval is bij de huisarts.

In de tweede plaats kan, omdat het een goed artikel is, worden nagegaan, dat geen van de inzendende huisartsen meer dan 10 gram glucose heeft gebruikt, en dat is een hoeveelheid die past binnen het door ons gegeven advies. Dat kan te weinig zijn geweest, maar de patiënt die het meeste kreeg (10 g, dus nog geen 12 g), had in het ziekenhuis slechts oraal glucose nodig.

In feite is natuurlijk één patiënt die meer dan de door ons geadviseerde hoeveelheid glucose nodig had, voldoende om de stelling te verdedigen dat er meer moet worden meegenomen. Ons ging het er echter om na te gaan wat in het algemeen adequaat is voor de huisarts. De huisarts die op alles voorbereid wil zijn, adviseren wij de aanschaf van een vrachtwagentje. Anderzijds zou een redelijke serie hypoglykemiepatiënten uit de huisartspraktijk die meer dan 12 gram glucose behoeften, ook ons overtuigen.

Men kan stellen, dat het leven te kort is om je er druk over te maken of er nu drie kleine ampullen of één grote in de praktijktas van de huisarts moeten. Aardiger is echter ons inziens, dat het een fraai voorbeeld is van het feit dat de