



NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Medische Verslaglegging

1 Titel

De medische verslaglegging in de huisartspraktijk

Beschreven worden de noodzaak van een goede verslaglegging, het onderscheid tussen verslaglegging en registratie, de functies die goede verslaglegging dient te vervullen en de daartoe noodzakelijke globale eisen en structuur.

2 Inleiding en motivering

Definiëring

In deze standaard wordt gesproken over verslaglegging; dit begrip heeft een andere inhoud dan het begrip registratie, hoewel ze veelal als synoniemen worden gehanteerd.

Onder verslaglegging wordt verstaan het schriftelijk vastleggen van het besprokene, c.q. van het gebeurde. De aantekeningen op de groene kaart zijn een voorbeeld van verslaglegging. Duidelijk is dat er daarbij een gegevensreductie optreedt, omdat niet alles kan worden vastgelegd.

Registratie is het bijhouden van zaken met gelijke kenmerken, bijvoorbeeld gestelde diagnoses of voorgeschreven medicatie. Plaatsing van dergelijke gegevens in een ordeningssysteem met klassen impliceert het gebruik van een classificatie.

De standaard geeft concreet aan, welke eisen aan de inhoud en de vorm van de verslaglegging gesteld dienen te worden. Overeenkomstige eisen voor de vormgeving en lay-out van de verslaglegging worden echter bewust niet gegeven: deze zijn ondergeschikt aan de inhoud, zodat wordt volstaan met het aangeven van globale richtlijnen voor die vormgeving.

Deze standaard geeft niet aan, welke items uit andere NHG-standaarden in de verslaglegging dienen te worden opgenomen.

De standaard wordt zoveel mogelijk door wetenschappelijke publikaties onderbouwd. Naast de hieraan ontleende theoretische argumenten stoelt de standaard op praktische argumenten, gebaseerd op ervaringen uit onderwijs, nascholing en toetsing.

Functie van verslaglegging

Verslaglegging is een wezenlijk onderdeel van de activiteiten van de huisarts. Per dag besteedt een huisarts gemiddeld 1 uur aan het vastleggen van gegevens uit patiëntcontacten, naast 1 uur andere administratieve verrichtingen, zoals het inschrijven of lezen van brieven van specialisten, het opstellen van verwijsbrieven, het onderhouden van telefonisch contact met specialisten en andere hulpverle-

Inbreng van de patiënt

De NHG-standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal.

Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen.

Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

ners, en dergelijke.

Volgens het LHV-Basistakenpakket dient elke huisarts te zorgen voor een verslaglegging waarin *relevante* gegevens worden genoteerd en bewaard. Recente uitspraken van medische tuchtcolleges over het ontbreken van adequate verslaglegging geven nog eens aan welk belang daaraan gehecht wordt.

Voor het leveren van continue, integrale zorg zal de huisarts relevante gegevens, die *inzicht* geven in de diagnostische en therapeutische processen, dienen vast te leggen. In een volgende fase van het contact met de patiënt kan hij daarop voortbouwen. Dit is ook van belang voor andere artsen, die de gegevens krijgen overgedragen tijdens een dienst of waarneming, dan wel bij praktijkovername. Ook in de samenwerking met andere hulpverleners, zowel uit eerste als tweede lijn, is het beschikbaar zijn van relevante gegevens noodzakelijk voor het uitvoeren van een consistent beleid. De vastgelegde gegevens stellen de huisarts bovendien in staat te reflecteren op het eigen handelen, alleen of in groepsverband. Verslaglegging kan op die wijze bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de zorg.

Verslaglegging is een weerspiegeling van het handelen van de huisarts. Het noteren en bewaren van gegevens dient ter ondersteuning van het *geheugen*, en maakt *communicatie* over patiënten mogelijk.

Wijze van verslagleggen

Verslaglegging kan handmatig dan wel geautomatiseerd plaatsvinden. In principe dienen aan beide manieren van

Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hij/zij' en 'hem/haar' in de NHG-standaarden vermeden. Waar dit van toepassing is, worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten bedoeld.



verslagleggen dezelfde eisen gesteld worden.

De Huisarts Informatie Systemen (HIS) die getoetst zijn door de Werkgroep Coördinatie Informatie Automatisering (WCIA) voldoen reeds aan een aantal vormeisen, terwijl de gebruiker zelf aan de overige, inhoudelijke eisen moet beantwoorden. Een HIS laat de gebruiker bij de uitwerking van bepaalde eisen met betrekking tot de structuur van de verslaglegging soms minder vrijheid van handelen dan de gebruiker van een kaartsysteem: de opbouw van het HIS dicteert een bepaalde werkwijze aan de gebruiker.

3 Het voorgestelde beleid

A GLOBALE EISEN AAN DE VERSLAGLEGGING

Allereerst wordt vastgesteld aan welke eisen verslaglegging dient te voldoen, uitgaande van de te vervullen functies: geheugensteun en mogelijk maken van communicatie.

1 Beschikbaarheid

Beschikbaarheid van de verslaglegging is noodzakelijk voor goede continue zorgverlening. Een logisch opbergsysteem en discipline bij het opbergen zijn daartoe vereist. Dit geldt niet alleen ten aanzien van het door de huisarts zelf opgetekende, maar ook ten aanzien van ontvangen correspondentie. De gegevens in het door de huisarts aangelegde archief dienen minimaal 10 jaar bewaard te blijven. Deze functionele eis zal in de toekomst wellicht aan nieuwe wetgeving onderworpen worden.

Het is wenselijk dat gegevens van patiënten te allen tijde voor de waarnemer toegankelijk zijn.

2 Leesbaarheid

Wil de huisarts of waarnemer gebruik kunnen maken van de vastgelegde gegevens, dan dienen deze goed leesbaar te zijn. Een duidelijk handschrift of het gebruik van machineschrift is daarom nodig.

3 Volledigheid en beknoptheid

Verslaglegging dient zo volledig mogelijk te zijn, terwijl zij tegelijkertijd beknopt moet zijn ter wille van het overzicht. Er dient gestreefd te worden naar het opnemen van alle relevante gegevens. Beknoptheid mag zeker niet leiden tot kritiekloos gebruik van afkortingen, aangezien dan de inzichtelijkheid in het geding komt.

4 Betrouwbaarheid

Op grond van de genoteerde gegevens moet de essentie van het arts-patiëntcontact reproduceerbaar zijn. De verslaglegging moet in overeenstemming zijn met de werkelijkheid en mag geen aanleiding kunnen geven tot twijfel over wat er bedoeld wordt.

5 Inzichtelijkheid

De gegevens uit de verslaglegging dienen helder te worden weergegeven en zodanig bij elkaar aan te sluiten dat een duidelijk inzicht in het gevolgde denkproces mogelijk is. Een goede structuur van de verslaglegging werkt in dit opzicht bevorderend.

B RICHTLIJNEN VOOR DE STRUCTUUR VAN DE VERSLAGLEGGING

Wil men zo veel mogelijk aan de gestelde eisen voldoen, dan dient de organisatie van de verslaglegging een bepaalde structuur te hebben. Toegankelijkheid en inzichtelijkheid van de verslaglegging worden grotendeels bepaald door de structuur, die aangeeft waar medische en niet-medische gegevens worden vastgelegd.

De niet-medische gegevens, te weten persoons- en achtergrondgegevens, zijn noodzakelijk voor de administratie, en voor het verkrijgen van inzicht in de contextuele factoren van de patiënt.

De medische gegevens zijn van belang voor het huisarts-geneeskundig handelen. Zij kunnen in een viertal groepen onderscheiden worden.

Voor het handelen van de huisarts is het zinvol dat hij binnen zijn verslaglegging een *overzicht* heeft van alle voor de patiënt belangrijke ziekten en aandoeningen, zowel uit het verleden als in het heden. Een dergelijk overzicht vormt de spil waaromheen alle overwegingen en activiteiten van de huisarts roteren; het bevat een inhoudsopgave van alle zaken van blijvend belang. Dit overzicht toont een dynamiek in de tijd. Een veelgebruikte en geschikte vorm hiervoor is de zogenaamde probleemlijst.

Daarnaast blijft de weergave van de arts-patiëntcontacten een belangrijke plaats innemen in de vorm van het *journaal*.

Een apart overzicht van de door de patiënt gebruikte *onderhoudsmedicatie* verdient de voorkeur boven integratie in de weergave van de arts-patiëntcontacten.

De laatste te onderscheiden groep gegevens betreft de resultaten van diagnostische verrichtingen en specialistische verwijzingen. Deze groep gegevens kan men als *medische basisgegevens* beschouwen ter onderscheiding van de andere basisgegevens.

C FEITELIJKE VERSLAGLEGGING

Wil verslaglegging de reeds genoemde functies, te weten geheugen en communicatie, optimaal vervullen, dan is het noteren van een groot aantal medische en niet-medische gegevens noodzakelijk. Deze gegevens worden aanstonds



beschreven.

Wanneer het echter gaat om overdracht (naar collegae), kan volstaan worden met een kleiner gegevensbestand. Over de precieze samenstelling van zo'n bestand wordt op internationaal niveau overlegd; voor de Europese situatie betekent dit waarschijnlijk dat een dergelijk bestand moet bevatten:

- persoonsgegevens;
- probleemlijst;
- essentiële (journaal)gegevens van de op de probleemlijst opgenomen ziekten of ziekte-episoden;
- onderhoudsmedicatie.

De lay-out dient onderscheid tussen de verschillende onderdelen mogelijk te maken; de concrete uitwerking hiervan is afhankelijk van het gebruikte kaart- of informatie systeem. Voor een optimale verslaglegging dient men zich niet tot een dergelijk minimum aan gegevens te beperken: het vastleggen van aanvullende gegevens op een gestructureerde wijze kan bijdragen tot een betere kwaliteit van zorg.

De eisen waaraan verslaglegging in de waarneemsituatie dient te voldoen, staan beschreven in de standaard Bereikbaarheid en beschikbaarheid.

De onderdelen van de verslaglegging worden kort besproken om het belang van de structuur te onderbouwen en aan te geven waar de diverse gegevens behoren te worden genoteerd.

NIET-MEDISCHE GEGEVENS. De niet-medische basisgegevens zijn onder te verdelen in persoonsgegevens en achtergrondgegevens. Deze gegevens dienen afgescheiden van de medische gegevens genoteerd te worden.

a Persoonsgegevens:

naam, geboortedatum, adres, geslacht, telefoonnummer, verzekeringsvorm, ziekenfondsnummer.

Een aantal gegevens is noodzakelijk voor het archiveren en toegankelijk houden van de verslaglegging. Andere gegevens, als telefoonnummer, verzekeringsvorm en ziekenfondsnummer, zijn vaak nuttig bij de hulpverlening zelf of de administratie.

b Achtergrondgegevens:

bijvoorbeeld burgerlijke staat, woonverband, opleiding, beroep, levensovertuiging, nationaliteit.

Indien de huisarts meent dat gegevens uit deze categorie naar hun aard van invloed kunnen zijn op de zorgverlening, dan dient hij deze op te nemen.

Voorbeelden hiervan zijn:

- getuige van Jehova, in verband met principiële weigering bloedtransfusies te ondergaan;
- beroep slager: grote kans op pyodermieën, werkverbod

in geval van salmonella-infectie.

MEDISCHE GEGEVENS. Deze zijn onder te verdelen in probleemlijst, journaal, medicatie en medische basisgegevens.

a Probleemlijst

Voor het snel en adequaat beschikbaar hebben van een overzicht is de probleemlijst een beproefd middel. Op de probleemlijst worden alle voor de gezondheidszorg relevante problemen opgenomen. Als probleem wordt beschouwd datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is, iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patiënt kan verminderen dan wel heeft verminderd.

De probleemomschrijving moet duidelijk, beknopt en zo specifiek mogelijk opgenomen worden, met vermelding van de begindatum van het probleem. Alleen die problemen worden opgenomen, die gedurende langere tijd of in ernstige mate consequenties hebben voor de functionele toestand van de patiënt en/of zijn prognose.

Problemen kunnen bestaan uit:

- diagnoses, b.v. diabetes mellitus, bronchuscarcinoom;
- klachtenpatronen, b.v. chronische rugklachten;
- afwijkende uitslagen en bevindingen, b.v. smear Pap klasse IV;
- risicofactoren, b.v. drugsgebruik, belaste familieanamnese;
- overige problemen, b.v. allergie voor amoxicilline.

Over het werken met de probleemlijst zijn diverse publikaties beschikbaar.

b Journaal

De weergave van arts-patiëntcontacten geschiedt in het merendeel van de gevallen in de journaalvorm.

Ten minste worden de datum, plaats (i.e. consult/visite), de klacht c.q. hulpvraag, het uitgevoerde onderzoek, de probleemdefinitie c.q. diagnose en het beleid vastgelegd. Afhankelijk van de aard van de hulpvraag dienen nog andere relevante gegevens betreffende anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek te worden opgenomen. Voor een aantal specifieke problemen dan wel ziektebeelden bestaat er een omschreven set gegevens die verzameld en vastgelegd dient te worden. Een dergelijke set zal veelal in een standaard over het betreffende probleem gedefinieerd zijn of als zodanig algemeen geaccepteerd zijn. Voorbeelden hiervan zijn: standaard Diabetes mellitus type II, verloskundige verslaglegging.

c Onderhoudsmedicatie

Het vastleggen van onderhoudsmedicatie buiten het journaal heeft als voordeel dat de huisarts een beter overzicht heeft over deze middelen. Ook bij communicatie met andere artsen zal een dergelijk overzicht voordelen bieden. Mini-



maal dienen te worden vastgelegd: middel, dosering, hoeveelheid en datum van voorschrijven.

d Medische basisgegevens

Het gaat hier om relevante medische gegevens die niet op de probleemlijst of in het journaal dienen te worden opgenomen, en om resultaten van diagnostische verrichtingen en van specialistische verwijzingen.

– relevante medische gegevens:

zoals vaccinaties buiten het entprogramma, risicoprofiel/preventieprofiel. Met dit laatste wordt bedoeld een vaste groep gegevens die betrekking hebben op risicofactoren en preventie. Van deze gegevens wordt de datum van bepaling vastgelegd en indien van toepassing ook de gewenste herhalingsdatum. Indien een risicofactor aanwezig is die voldoet aan de voorwaarden tot opname in de probleemlijst, dan dient zulks te gebeuren. Het opsommen en omschrijven van dergelijke risicofactoren c.q. preventief gerichte handelingen hoort tot een andere standaard. Als voorbeelden kunnen gelden: cervixcytologie, serumcholesterolbepaling.

– uitslagen diagnostische verrichtingen:

bij uitslagen van laboratorium-, röntgen-, echografisch en functie-onderzoek dient allereerst bepaald te worden of vastleggen ervan noodzakelijk is. Soms zal dat binnen het journaal geschieden, in directe samenhang met het betreffende contact. Het apart vastleggen van relevante uitslagen per categorie onderzoek kan leiden tot een betere toegankelijkheid en inzichtelijkheid van de gegevens.

Het verdient overweging om ook de uitslagen van door specialisten verricht onderzoek op te nemen in dit overzicht. Herhaling van onderzoek, vaak belastend voor de patiënt en kostenverhogend, kan daarmee veelal voorkomen worden.

– gegevens specialistenbrieven:

sommige relevante gegevens uit specialistenbrieven dienen op de probleemlijst, in het medicatieoverzicht en mogelijk in de uitslagen van diagnostisch verrichtingen te worden opgenomen. De op de probleemlijst opgenomen diagnose kan nader worden toegelicht door relevante gegevens in de medische basisgegevens vast te leggen.

worden gesteld, zijn concreet weergegeven, waarbij de standaard uitgaat van richtlijnen voor een optimale verslaglegging. Uit deze specifieke eisen ten aanzien van inhoud en vorm vloeien een aantal algemenere eisen met betrekking tot vormgeving en lay-out voort. Bewust werd afgezien van verdere detaillering van deze eisen, omdat er meerdere mogelijkheden zijn voor de uitwerking ervan. In de literatuurlijst zijn diverse artikelen opgenomen die richtlijnen geven voor nadere uitwerking.

Het voorgestelde beleid vraagt mogelijk aanpassing van de praktijkvoering. De huisarts die groene kaarten of mappen hanteert kan zijn werkwijze waar nodig aanpassen. De diverse andere toegepaste kaartvormen dienen zorgvuldig te worden getoetst op hun bruikbaarheid, aan de hand van de beschreven richtlijnen. Huisartsen die gebruik maken van geautomatiseerde verslaglegging binnen een Huisarts Informatie Systeem (HIS) hebben mogelijk iets minder vrijheid van handelen, omdat zo'n HIS al een bepaalde structuur heeft.

Lezenswaardige achtergrondliteratuur

Weed LL. Medical records, medical education and patient care. Year book. Chicago: Med Publ Inc, 1969.

Themanummer Huisarts en Wetenschap 1979, no. 1.

Metcalfe D, Van der Velden HGM. Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk. II. Achtergrondinformatie.

Huisarts en Wetenschap 1977, no. 2, blz 57-58.

Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. Huisarts en Wetenschap 1988, no. 11, blz 379-381

Deze standaard werd samengesteld door een NHG-werkgroep bestaande uit de huisartsen W.A. Meyboom (voorzitter), J.F.M. Metsemakers, M.L. Hofstra en dr. G.H.M.I. Beusmans. De eindredactie berustte bij de wetenschappelijke staf van het NHG.

4 Totstandkoming van de standaard

Bij het opstellen van de standaard is mede uitgegaan van de literatuur over verslaglegging. Er is veel over de structuur van verslaglegging geschreven, waarbij soms veel aandacht aan details wordt geschonken.

Getracht is vanuit het functioneren van de huisarts te bezien op welke wijze verslaglegging bijdraagt aan de invulling van zijn taakomschrijving, namelijk integrale continue zorg. Zodoende werden doelstellingen van verslaglegging geformuleerd en eisen waaraan de wijze van verslaglegging dient te voldoen. De eisen die aan de inhoud en vorm

Op aanvraag is deze standaard ook (tegen kostprijs) in uitgebreide vorm beschikbaar. Toegevoegd zijn dan:

– wetenschappelijke verantwoording (2 pagina's);

– randvoorwaarden (1 pagina);

– literatuurlijst (3 pagina's).

Tevens is desgewenst uitgebreidere informatie beschikbaar over de commentaarfase.