

Medische verslaglegging van huisartsen

R.A. DE MELKER
H.M. JACOBS
F.A.F. KREUGER
F.W.M.M. TOUW-OTTEN

De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. Huisarts Wet 1994; 37(2): 46-51.

Samenvatting In een tijd waarin meer part-time en vaker in een samenwerkingsverband wordt gewerkt, is een goede verslaglegging in de huisartspraktijk van toenemend belang. Van 55 huisartsen is de medische registratie bestudeerd om inzicht te krijgen in de praktische verslaglegging. Veel kaarten waren moeilijk leesbaar. Achtergrondgegevens werden door veel huisartsen nauwelijks genoteerd, in tegenstelling tot journaalgegevens. De notatie van journaalgegevens en van achtergrondgegevens werden met behulp van factoranalyse bevestigd als afzonderlijke functionele clusters. Behoudens regionale verschillen werden geen verbanden met huisarts- en praktijkkenmerken gevonden. De praktische verslaglegging van huisartsen blijkt op belangrijke aspecten, zoals volledigheid en leesbaarheid, sterk af te wijken van de richtlijnen van de NHG-Standaard Medische Verslaglegging.

Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 80045, 3508 TA Utrecht.
Prof. dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Dr. H.M. Jacobs, socioloog; Drs. F.A.F. Kreuger, medisch bioloog; Prof.dr. F.W.M.M. Touw-Otten, hoogleraar onderzoeksmethodologie extramurale geneeskunde.
Correspondentie: Prof. dr. R.A. de Melker.

Inleiding

Verslagleggen is een essentieel onderdeel van het werk van de huisarts.¹ Per dag besteedt de huisarts gemiddeld een uur aan het vastleggen van gegevens uit patiëntcontacten.² Een goede verslaglegging in de huisartspraktijk is in toenemende mate van belang. Het waarborgen van de continuïteit van zorg in een tijd waarin meer part-time en vaker in een samenwerkingsverband wordt gewerkt, stelt hogere eisen aan uniformiteit en kwaliteit van het verslag. Bovendien blijkt een goede verslaglegging van groot belang bij tuchtzaken en schadeclaims. Een goede verslaglegging vormt een essentieel onderdeel van kwaliteit van zorg. *Meyboom* concludeert dat huisartsen die in het algemeen goed handelen op huisartsgeneeskundig gebied, daarvan meestal ook de relevante gegevens goed vastleggen.³

Er bestaat een groot verschil tussen de status van de specialist en de verslaglegging in de huisartspraktijk. De status van de specialist is een exercitie in volledigheid, de registratie van de huisarts een oefening in relevantie.³ In relatief korte tijd en met relatief weinig moeite moet een overzicht van de belangrijkste gezondheidsproblemen van de patiënt worden verkregen.⁴ Deze eis vloeit voort uit de dagelijkse praktijk en het continuïteitsbeginsel van de huisartsgeneeskunde.⁵ De vraag is wel wat en hoe geregistreerd moet worden. In de NHG-standaard Medische Verslaglegging, gebaseerd op de basale functies geheugensteun en overdracht van gegevens, worden wel globale, maar geen specifieke richtlijnen geformuleerd.⁴ Als globale eisen zijn geformuleerd: beschikbaarheid, leesbaarheid, beknoptheid, volledigheid en betrouwbaarheid.

Het belang van een goede verslaglegging staat in contrast met het gebrek aan onderzoek op dit gebied. *Jacobs et al.*⁶ concluderen ten aanzien van de volledigheid van de registratie dat huisartsen zeer wisselend aantekeningen in het medisch dossier maken. Met name bevindingen betreffende de anamnese en het lichamenlijk onderzoek worden zeer onvolledig vastgelegd.⁶ De eisen die aan verslaglegging ge-

steld worden, berusten niet op empirisch onderzoek,^{7,8} maar op theoretische overwegingen.⁴ Er is reden voor twijfel aan de kwaliteit van verslaglegging, gezien het feit dat nog geen consensus bestaat over wat en hoe precies geregistreerd zou moeten worden.⁹ Een belangrijke kwestie betreft bijvoorbeeld of huisartsen al of niet gebruik maken van probleemgeoriënteerde registratie.^{10,11}

Doel van dit artikel is het verkrijgen van inzicht in aspecten van de praktische verslaglegging door huisartsen om zo een bijdrage te leveren aan richtlijnen voor een betere verslaglegging. De onderzoeksvragen zijn:

- Is verslaglegging van huisartsen beschikbaar, leesbaar en is er structuur op de kaart aangebracht door middel van ruiters, markeringen, tabs en kleurschakering?
- Op welk percentage van de kaarten worden bij genoemde huisartsen achtergrondgegevens genoteerd: vroegere ziekten, risicofactoren, familie-anamnese en werkzaamheden van de patiënt?
- Op welk percentage van de kaarten worden systematisch journaalgegevens vastgelegd: contactdata, anamnese, beleid, bevindingen lichamenlijk onderzoek, aanvullend diagnostisch onderzoek en differentieel-diagnostische overwegingen en beleid?
- Zijn in de verslagleggingsgegevens functionele clusters te onderscheiden?
- Bestaan er verschillen tussen huisartsen betreffende het informatiegehalte van de verslaglegging in zijn geheel?
- Hangen huisarts- en praktijkgebonden kenmerken als vestigingsjaar, vestigingssituatie, urbanisatiegraad, apotheekhoudend zijn en regio samen met de verslaglegging van medische en niet-medische achtergrondgegevens, journaalgegevens, gebruik van inhoudelijke markeringen, of met de mate van verslaglegging in zijn geheel?

Methode

Steekproef

De informatie over de verslaglegging werd verzameld in het kader van een on-

derzoek naar hulpverlening door huisartsen bij niet-specifieke buikklachten. De huisartspraktijken waren gesitueerd in tien regio's. De 69 huisartsen in deze praktijken vormden een steekproef uit alle huisartsen die werkzaam zijn in een gemeente met <100.000 inwoners binnen het verzorgingsgebied van een middelgroot ziekenhuis.⁶ Door deze beperking zijn de structurele factoren overzichtelijker (bijvoorbeeld slechts een of twee ziekenhuizen).

Kaarten

Om een geldig en betrouwbaar inzicht in registratiekenmerken te krijgen, werden drie uitgangspunten gehanteerd:

- *Per patiënt werden 10 geregistreerde consulten geëvalueerd.* In 1986 en 1987 bedroeg in deze populatie de gemiddelde contactfrequentie 3,5 consult per jaar. Bij de analyses werd dus uitgegaan van een gemiddelde registratieduur van drie jaar per patiënt. Met betrekking tot de journaalgegevens betekende dit dat per patiënt de registraties van tien opeenvolgende consulten uit de jaren vóór deelname aan het 'buikonderzoek' werden geanalyseerd. Hoewel alle kaarten afkomstig waren van patiënten die in 1988 hun huisarts consulteerden met niet-specifieke buikklachten, ging het bij de tien voorafgaande consultaties om een breed scala aan klachten. Ten aanzien van het structureren van de registratie en het registreren van achtergrondgegevens gold de beperking tot tien consultaties niet, maar werd de gehele medische verslaglegging onderzocht.

- *Per huisarts werd de verslaglegging bij minimaal tien patiënten als grens genomen.* Huisartsen die voor het 'buikonderzoek' minder dan tien patiënten hadden geselecteerd, werden dus uitgesloten.

- *Per journaalgegevens werden 'prevalentie'-grenswaarden gehanteerd.* Daarbij is rekening gehouden met de verschillende frequentie waarmee bepaalde handelingen plaatsvinden, het feit dat een ziekte-episode meer dan één consult kan beslaan, en het gegeven dat bepaalde contacten betrekking kunnen hebben op al bekende problematiek. Gekozen is voor relatief lage grenswaarden om de kans te beperken dat de afwezigheid van informatie ten on-

rechte als niet-systematisch registreren werd geëvalueerd.

Verzamelde gegevens

- Structureren van de kaart: leesbaarheid voor derden, verslaglegging volgens het model van de probleemgeoriënteerde registratie en consultregistratie volgens SOEP, gebruik van signalering, zoals ruiters, markeringen of tabs, gebruik van kleurschakering (verschillende soorten inkt) voor het herkennen van verschillende informatiebronnen.
- Aantreffen op de hiervoor voorgestructureerde plaats van achtergrondgegevens: werkzaamheden, beroep en eventueel hobby's.
- Aantreffen op de hiervoor voorgestructureerde plaats van medische achtergrondgegevens: vroegere ziekten en operaties, risicofactoren, familie-anamnese.
- Systematische verslaglegging van journaalgegevens: anamnestiche gegevens, beleidsgegevens, differentieel-diagnostische overwegingen, contactdata, bevindingen lichamelijk onderzoek.
- Gehanteerde prevalentiegrenswaarden.

Sommige aspecten zijn slechts bij een beperkt aantal consulten van belang of relevant, met name lichamelijk onderzoek en differentiële diagnose. Daarom werd een systematische verslaglegging van de volgende journaalgegevens per kaart als 'aanwezig' beschouwd indien:

- Er bij minimaal vijf van de tien consulten per kaart aantekeningen stonden over 'anamnestiche gegevens', 'beleidsgegevens' of 'contactdata'.
- Er bij minimaal vier van de tien consulten per kaart aantekeningen werden aangetroffen over 'lichamelijk onderzoek'.

De grenswaarde voor het registreren van lichamelijk onderzoek is lager gesteld. Patiënten worden niet in elk consult onderzocht. Uit de Nationale Studie¹² blijkt dat huisartsen bij 73 procent van de eerste consulten lichamelijk onderzoek doen en bij 34 procent van de vervolcontacten.

- Er bij minimaal twee van de tien consulten per kaart 'differentieel-diagnostische overwegingen' stonden genoteerd.

Bij het vaststellen van de grenswaarde van twee is gekeken naar gegevens van het Transitieproject.¹³ Hieruit komt naar voren dat de duur van een ziekte-episode en daarmee het aantal contacten verschilt met de aard van de problematiek (chronisch, nieuw). Ongeveer 30 procent van de consulten heeft betrekking op bekende problematiek, waarbij de huisarts veelal langer dan zes maanden is betrokken. Van deze bekende problematiek beslaat 40 procent twee of meer contacten. Bij deze contacten ontbreekt door de bekendheid met de problematiek de zin van het opnieuw registreren van bepaalde overwegingen. Bij de nieuwe problemen neemt 80 procent niet meer dan één contact in beslag.

Alle kaarten werden bewerkt en op leesbaarheid voor derden beoordeeld door twee ervaren huisarts-onderzoekers.

Van de huisartsen werden de volgende gegevens vastgelegd:

- jaar van vestiging; continu en dichotoom (tot 1975, vanaf 1975);
- regio: noord (Assen, Emmen, Den Helder), oost (Zwolle, Deventer), zuid (Rozendaal, Venlo) en west (Gouda, Dordrecht, Delft);
- type gemeente volgens CBS-index: plattelandsgemeenten (A3, A4), verstedelijkte platteland- en forenzengemeenten (B1, B2, B3) en steden met minder dan 100.000 inwoners (C1, C3, C4);
- samenwerkingsverband: solist, associatie, groep/gezondheidscentrum;
- wel/niet apotheekhoudend.

Analyse

Per huisarts werd het percentage kaarten met aanwezige registratie van een bepaald aspect bepaald. Om tot een overzichtelijke beschrijving te komen, is vervolgens op basis van een indeling in kwartielen beschreven in welke mate de huisartsen een bepaald aspect op de kaarten hadden geregistreerd. Ten aanzien van de leesbaarheid

van de kaarten werd een beschrijvende indeling in vijf categorieën gehanteerd: 76-100, 51-75, 31-50, 1-30 en 0 procent.

Met behulp van factoranalyse (varimaxrotatie) is nagegaan of in de verslagleggingsaspecten functionele clusters konden worden onderscheiden.¹⁴ Vervolgens werd per huisarts het informatiegehalte van de verslaglegging vastgesteld. Bij deze analyses is niet gewerkt met de boven beschreven indeling in klassen, maar zijn de exacte percentages gebruikt. Per registratiekenmerk is de informatie op de kaarten geaggregeerd naar een somscore per huisarts en zijn totaalscores berekend voor:

- de mate van aanwezigheid van journaalgegevens (0,0-1,0);
- achtergrondgegevens (0,0-1,0);
- signaleringen (0,0-1,0);
- kleurschakeringen (0,0-1,0).

Het informatiegehalte werd onderverdeeld in vier klassen:

- laag: somscore ≤ 1 ;
- laag-middelmatig: somscore 1-1,65;
- middelmatig-hoog: somscore 1,66-2,25;
- hoog: somscore $\geq 2,26$.

Huisartsen met een probleemgeoriënteerde registratie kregen de hoogste score, omdat de kwaliteit van deze registratievorm als hoog kan worden beschouwd.

In een bivariate analyse is onderzocht of het niveau van verslaglegging samenhang met huisarts- en praktijkkenmerken; hiervoor werd gebruik gemaakt van de t-toets van gemiddelden of van *oneway analysis of variance*.¹⁴

Resultaten

De medische registratie van 55 huisartsen kon worden geëvalueerd; daarbij werden de kaarten van in totaal 980 patiënten geanalyseerd. Het maximale aantal kaarten per huisarts bedroeg 35.

Veertien huisartsen werden uitgesloten. Met betrekking tot huisarts- en praktijkkenmerken (vestigingsjaar en -vorm, apotheekonderzoek, regio, urbanisatiegraad) verschilden zij niet van de onderzoekspopulatie.⁶

Beschikbaarheid, leesbaarheid, structuur

Alle huisartsen beschikten over een verslagleggingssysteem. Bij 95 procent van de huisartsen was dat een voorgestructureerde NHG- of Quick-kaart, die niet probleemgeoriënteerd was en handmatig werd bijgehouden. Drie huisartsen gebruikten voor hun registratie niet-voorgestructureerde kaarten, vier hadden een probleemgeoriënteerde registratie, zeven gebruikten voor hun journaalregistraties het SOEP-systeem.

Gemiddeld werden voor één consult ongeveer twee regels gebruikt ($\bar{x}=1,97$, $sd=0,90$).

Van 47 procent van de huisartsen bleek de helft of meer van de kaarten zeer slecht leesbaar voor derden; van 11 procent waren zelfs alle kaarten zeer slecht leesbaar.

Slechts een kleine minderheid maakte bij meer dan de helft van de kaarten gebruik van signalering en kleurschakering (*tabel 1*).

Achtergrondgegevens

Van de voorgeschiedenis werden alleen vroegere ziekten door bijna de helft van de huisartsen op de meerderheid van de kaarten genoteerd. Risicofactoren en familieanamnese werden door bijna 90 procent

van de huisartsen op minder dan een kwart van de kaarten bijgehouden.

Journaalgegevens

Het merendeel van de huisartsen maakte notities over journaalgegevens. Vrijwel alle huisartsen (98 procent) noteerden zeer systematisch de contactdatum van een consult (niet in tabel weergegeven). Differentieel-diagnostische overwegingen werden het minst genoteerd (*tabel 1*).

Functionele clusters

Het bleek mogelijk om twee functionele clusters te onderscheiden. Het eerste cluster omvatte 'werkzaamheden', 'vroegere ziekten', 'risicofactoren' en 'familiegegevens', en werd geïnterpreteerd als 'achtergrondgegevens'. Het tweede cluster omvatte 'anamnese', 'bevindingen lichamelijk onderzoek', 'beleid' en 'differentieel-diagnostische overwegingen', en werd geïnterpreteerd als 'journaalgegevens'. Een derde groep omvatte 'differentieel-diagnostische overwegingen', 'signalering' en 'kleurschakering' en kon niet eenduidig geïnterpreteerd worden (*tabel 2*).

Totale verslaglegging per huisarts

Het informatiegehalte varieerde sterk tussen de huisartsen: 50 procent had een laag

Tabel 1 De mate waarin werd voldaan aan de norm 'aanwezigheid' (kwartielen). Afgeronde percentages huisartsen (n=55)

	Percentage kaarten per huisarts			
	76-100	51-75	26-50	≤ 25
<i>Structuur</i>				
- signalering	5	5	7	82
- kleurschakering	33	11	18	38
<i>Voorgeschiedenis</i>				
- werk	2	26	24	49
- vroegere ziekten	22	26	29	24
- risicofactoren	-	-	11	89
- familie-anamnese	-	4	11	86
<i>Journaal</i>				
- anamnese	58	26	11	5
- lichamelijk onderzoek	78	11	9	2
- beleid	89	5	5	-
- differentiële diagnose	24	38	15	24

tot middelmatig niveau van verslaglegging, terwijl het registratieniveau bij 22 procent hoog was (tabel 3). Huisartsen

met een laag niveau van verslaglegging hadden gemiddeld 1 procent kaarten met signalering, 1 procent met kleurschake-

ring, 14 procent met achtergrondgegevens en 60 procent met systematische verslaglegging van journaalgegevens (niet in tabel). De huisartsen met een hoog informatiegehalte hadden gemiddeld 30 procent kaarten met signalering, 91 procent met achtergrondgegevens en 84 procent met systematische verslaglegging van journaalgegevens, of zij voerden een probleemgeoriënteerde registratie (niet in tabel).

Tabel 2 *Uitkomsten factoranalyse*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Vroegere ziekten	0.68597	0.22103	0.35772
Risicofactoren	0.71390	0.10122	-0.10868
Familiegegevens	0.87091	-0.08935	-0.03121
Werkzaamheden	0.62488	-0.01071	-0.02759
Anamnese	0.15574	0.82034	-0.03942
Beleid	0.09810	0.81591	0.19652
Bevindingen lichamelijk onderzoek	-0.20712	0.78152	-0.16074
Differentiële diagnose	0.10889	0.45996	-0.42532
Signalering	0.22126	0.00319	0.82516
Kleur	0.32785	0.01904	-0.47210

Orthogonale factoranalyse, varimax-rotatie. Verklaarde variantie: 59.6 procent (factor 1: 25,6 procent; factor 2: 20,9 procent; factor 3: 12,4). 'Gebruik van SOEP' en 'contactdata' werden niet in het model opgenomen, vanwege een te scheve verdeling.

Tabel 3 *Niveau van verslaglegging per huisarts. Afgeronde percentages (n=55)**

Hoog	22
Middelmatig-hoog	29
Laag-middelmatig	31
Laag	18

* Het niveau van verslaglegging bestaat uit de systematische aanwezigheid van:
 - achtergrondgegevens: vroegere ziekte, risicofactoren, familie-anamnese.
 - journaalgegevens: anamnese, bevindingen, beleid, differentiële diagnose.
 - kleurschakering en signalering.

Tabel 4 *Verdeling van huisarts- en praktijkenmerken. Aantallen (n=55)*

<i>Regio</i>	
- noord	13
- oost	14
- zuid	8
- west	20
<i>Stads grootte</i>	
- plattelandsgemeenten	11
- verstedelijkt platteland en forenzensteden	10
- kleine en middelgrote steden	34
<i>Samenwerkingsverband</i>	
- solist	29
- associatie	17
- groepspraktijk, gezondheidscentrum	9
<i>Vestigingsjaar</i>	
- voor 1975	23
- vanaf 1975	32
<i>Apotheekhoudend</i>	
- wel	9
- niet	46

Verbanden met huisarts- en praktijkenmerken

De verdeling van de huisarts- en praktijkenmerken is weergegeven in tabel 4.

Journaalgegevens werden significant minder vaak genoteerd in het zuiden (*one-way analysis of variance*, $p=0,015$). De leesbaarheid van de kaarten was significant beter in het noorden (*one-way analysis of variance*, $p=0,0483$). Deze verschillen konden niet verklaard worden door de andere huisartskenmerken.

Tussen de verslagleggingsaspecten en de overige huisarts- en praktijkenmerken bestond geen verband.

Beschouwing

Alle onderzochte praktijken beschikten over een kaartstelsel. Deze bevinding is in overeenstemming met ander onderzoek. Sinds de vijftiger jaren is het aantal huisartspraktijken met een kaartstelsel gestaag toegenomen: 35 procent in 1951, 50 procent in 1960, 75 procent in 1967 en 100 procent in 1984.¹⁵⁻¹⁸ In de beginperiode van het NHG werd aan verbetering van de praktijkvoering veel aandacht besteed. Een van de eerste activiteiten van de Commissie Praktijkvoering was het ontwerpen van de groene kaart, inmiddels tot een begrip geworden.¹⁹ In 30 jaar is het registratieprobleem dankzij de inzet van de Commissie Praktijkvoering in kwantitatieve zin opgelost. De verslaglegging van de meeste huisartsen uit dit onderzoek lijkt echter niet te voldoen aan de normen van de NHG-Standaard Medische Verslaglegging.

Aan een belangrijke basisvoorwaarde voor goede registratie – leesbaarheid voor

derden – werd door bijna de helft van de huisartsen niet voldaan: bij hen was de helft of meer van de kaarten zeer slecht leesbaar. Van de achtergrondgegevens werden alleen de vroegere ziekten met enige regelmaat bijgehouden: de helft van de huisartsen hield deze op de meerderheid van de kaarten bij. Journaalgegevens werden door de meerderheid van de huisartsen bijgehouden. Van probleemgeregistreerde registratie en het SOEP-systeem werd weinig gebruik gemaakt. Dit is in overeenstemming met de resultaten van het onderzoek van *Meyboom*.³ De probleemgeoriënteerde verslaglegging heeft overzichtelijkheid als voordeel,¹⁰ maar voldoet niet aan de eis dat registratie 'weinig tijd en moeite' dient te kosten.⁴ Dit vormt mogelijk een verklaring van het geringe aantal huisartsen dat van probleemgeoriënteerde verslaglegging gebruik maakt.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij een random steekproef van huisartsen die werkzaam zijn in kleine steden of dorpen in de omgeving. In Nederland zijn ruim 1500 huisartsen werkzaam in dergelijke gebieden. De 5%-steekproef lijkt robuust genoeg om de consequenties van de resultaten voor deze totale groep in ogenschouw te nemen.

Bij de interpretatie van de resultaten van dit retrospectieve onderzoek moet rekening gehouden worden met het feit dat voor de notatie van achtergrondgegevens geen betrouwbaarheidscorrectie kon plaatsvinden; deze gegevens worden niet contactgebonden geregistreerd. Desondanks is de registratie van met name risicofactoren en familie-anamnese laag te noemen; zoals onder andere uit het onderzoek van *Van Lidth de Jeude*²⁰ blijkt, zijn bij meer dan een kwart van de patiënten factoren als roken, overgewicht en belaste familie-anamnese voor hart- en vaatziekten van belang. Kennis van de voorgeschiedenis en eventuele risicofactoren vormt een essentieel onderdeel van de zo belangrijke prognostiek in de huisartspraktijk²⁰ en kan tot betere diagnostische hypothesen leiden.²¹

Dat journaalgegevens beter werden bij-

gehouden dan de voorgeschiedenis, is in overeenstemming met eerder onderzoek.³ Registratie van journaal en van voorgeschiedenis blijken onafhankelijke dimensies.

Bij de beoordeling van de leesbaarheid in deze studie is uitgegaan van volledige leesbaarheid voor derden. Veel kaarten die niet aan dit criterium voldeden, waren met behulp van een loep of assistent wel leesbaar. In veel situaties is er echter geen tijd of mogelijkheid voor dergelijke hulp. Goede leesbaarheid is door een toenemend aantal groepspraktijken en assistenten van belang.

Opvallend was dat veel huisartsen weinig differentieel-diagnostische overwegingen noteerden. Bij gefaseerde diagnostiek is dit aspect van belang om bij herhaalconsulten na te gaan in hoeverre het diagnostisch plan bijstelling behoeft.⁵

Behoudens regio konden de bestudeerde huisarts- en praktijkkenmerken de verschillen in verslaglegging niet verklaren. Dit is opmerkelijk. Met name van huisartsen die werkzaam zijn in een samenwerkingsverband, zou men, in verband met de geregelde overdracht van patiënten, een uitgebreidere verslaglegging verwachten. Men zou bovendien verwachten dat in samenwerkingsverbanden meer afspraken over uniforme registratie van relevante gegevens zouden worden gemaakt. Dat het aantal vestigingsjaren niet met de mate van registratie samenhangt, is in tegenpraak met de uitkomsten van *Meyboom*.³

Dit onderzoek leert dat niet aan alle in de NHG-Standaard Medische Verslaglegging geformuleerde eisen wordt voldaan: wel beschikbaar en beknopt, maar vaak niet leesbaar en in een aantal opzichten onvolledig.

Twee aspecten vallen daarbij op. Ten eerste het feit dat verslaglegging verschillende dimensies omvat, ten tweede dat de voor de hand liggende factoren zoals vestigingsjaar en samenwerkingsverband, de verschillen tussen huisartsen niet kunnen verklaren.

Dit roept de vraag op of de in de standaard beschreven eisen voldoende op de praktijk zijn afgestemd. Zijn huisartsen

zich bewust van het belang van verslaglegging? Bij juridische procedures wordt aan verslaglegging veel waarde gehecht. De vraag is echter op grond van welke norm het verslag van een huisarts beoordeeld kan/mag worden. Het feit dat het SOEP-systeem blijkbaar niet voldoet, betekent dat er behoefte is aan een alternatieve structuur, die door de beroepsgroep wel wordt geaccepteerd.

De uitkomsten van dit onderzoek kunnen ook beschouwd worden als een kanttekening bij de onstuimige ontwikkeling van het gebruik van geautomatiseerde registratieprogramma's binnen de huisartspraktijk. Hoewel het probleem van de slechte leesbaarheid hiermee wordt opgelost, dwingen de meeste medische registratieprogramma's (zoals ELIAS en MicroHIS) huisartsen aanzienlijk meer structuur aan te brengen bij het registreren van medische informatie dan zij gewend zijn, terwijl ook meer gegevens direct vastgelegd dienen te worden. Onze uitkomsten maken duidelijk dat het van weinig realiteitszin getuigt te veronderstellen dat het grote verschil in gebruik van de administratieve en de medische module van de registratieprogramma's (respectievelijk 50-70 en 10-30 procent) op korte termijn overbrugd kan worden. Zowel in de Commissie Praktijkvoering, als in de opleiding tot huisarts zal het belang van goede registratie meer aandacht moeten krijgen. Daarnaast is meer onderzoek nodig naar de manier waarop huisartsen hun geregistreerde gegevens gebruiken om enerzijds te komen tot meer specifiek op de dagelijkse praktijk afgestemde richtlijnen en anderzijds tot meer specifieke aanwijzingen om de registraties adequater en meer betrouwbaar uit te voeren.

Dankbetuiging

Met dank aan A. Luttik en R.J. van der Hell, huisartsen, voor hun commentaar op eerdere versies en hun bijdrage bij het verzamelen en bewerken van de registratiegegevens.

Literatuur

1 Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistenpakket van de huisarts. Bijlage bij Me-

-
- disch Contact 8-7-1983.
- 2 Zutphen WM van. De taken van de huisarts. [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
 - 3 Meyboom WA. Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen. [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.
 - 4 Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard medische verslaglegging. Huisarts Wet 1990; 33: 114-7.
 - 5 Van Es JC, De Melker RA, Goosman FCL. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
 - 6 Jacobs HM, Luttik A., et al. Patiënten met niet-specifieke buikklachten en huisartsgeneeskundig handelen: een eerste inventarisatie. T Soc Gezondsz 1993; 71: 79-86.
 - 7 Ten Cate RS. De praktijkvoering van de huisarts in solo- en groepspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1973.
 - 8 Campbell IK. Improving records in a group practice. Br Med J 1981; 282: 1126-8.
 - 9 Sackin PA. Why not a standard summary card? J R Coll Gen Pract 1981; 31: 245.
 - 10 Lamberts H. De probleemgeoriënteerde patiëntkaart. Een nieuwe loot aan een oude stam. Huisarts Wet 1979; 22: 6-8.
 - 11 Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratiekaart. Huisarts Wet 1979; 22: 4-5.
 - 12 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Basisrapport Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, 1992.
 - 13 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
 - 14 Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1988.
 - 15 Querido A. The efficiency of medical care. Leiden: Stenfert Kroese, 1963.
 - 16 Van der Wielen Y. De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1960.
 - 17 Ruhe HAM. Over de verwijzingsgewoonten in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 1967; 10: 281-7.
 - 18 Mesker P, Mesker-Niesten J. In de kaart gekeken. In: Van den Bosch W, Van Eijk J, Schellekens J, Smits A. Vruchten van een Nijmeegse boom. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
 - 19 Studiegroep Patiëntenregistratie. De werkkaart. Huisarts Wet 1958; 1: 86-92.
 - 20 Van Lidth de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
 - 21 Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. Huisarts Wet 1983; 26: 25.
 - 22 Hobus PPM, Hofstra ML, Boshuizen HPM, Schmidt HG. De context van de klacht als diagnosticum. Huisarts Wet 1988; 31: 211-63. ■