

Registreren, classificeren, automatiseren, communiceren, analyseren...

Er zijn vele soorten patiëntendossiers denkbaar: het – leesbare of onleesbare – geschreven dossier, het elektronische maar ongestructureerde dossier waarin alleen de contactdatum een vaste plaats heeft, het diagnostisch gestructureerde dossier, het dossier waarin diagnoses in episoden gestructureerd zijn, en het dossier waarin de diagnoses gestandaardiseerd zijn genoteerd. Er zijn ook allerlei combinaties mogelijk. Nu steeds meer huisartsen een elektronisch dossier gebruiken, is het tijd na te denken over de gewenste structuur van dat dossier. Een elektronisch dossier levert namelijk niet vanzelfsprekend een zinvolle registratie op.

Het onleesbare geschreven patiëntendossier is de meest eenvoudige vorm van verslaglegging. Collega's, waarnemers en opvolgers hebben niets aan deze krabbels, maar voor de huisarts zelf is het voldoende. Het onleesbare dossier is bedoeld als geheugensteuntje voor het dagelijkse werk en meer is niet nodig, zo vindt een afnemend aantal huisartsen. Het onleesbaar geschreven patiëntendossier is een soort communiceren met jezelf over de zorg aan je patiënten. Of dit een goede of niet zo goede registratie is, kan alleen die huisarts zelf beoordelen.

Een stap verder gaat het leesbare maar ongestructureerde patiëntendossier. In essentie gaat het hier om een reeks opeenvolgende journaals, die vaak de klachten en het recept bevatten. Met een beetje moeite kan een waarnemer 'die capsules van vorig jaar' terugvinden en waarschijnlijk ook de uitslag van het laboratoriumonderzoek van vorige maand. Maar structuur zit er niet in, dus of iets afwezig is of niet opgeschreven, blijft onduidelijk.

Weer een stap verder gaat het diagnostisch gestructureerde patiëntendossier. In zo'n dossier is per contact voor alles een duidelijke plaats.¹ Klachten, diagnoses, plannen en handelen zijn van elkaar gescheiden en de diagnose ontbreekt nooit. Per contact krijgen de gezondheidsproblemen een op dat moment best passende diagnose. Maar hoe de relatie is met eerder geïmprementeerde gezondheidsproblemen, kan niet worden aangegeven.

In het episodegeoriënteerde dossier zijn de diagnoses gerangschikt in de loop van de tijd. Per contact duidt een diagnose op een nieuw probleem, op het doorlopen van een eerder geïmprementeerd probleem of op een

Van Duijn NP, De Maeseneer J. Registreren, classificeren, automatiseren, communiceren, analyseren... [Commentaar]. Huisarts Wet 1996; 39(6): 257-9.

gewijzigde diagnose voor hetzelfde gezondheidsprobleem. De diagnoses zijn georganiseerd in strengen als een soort ruggesgraat van één of meer gezondheidsproblemen. Aan die ruggesgraat hangt alle andere informatie. Die ruggesgraat vormt een aanzet tot de probleemlijst, met daarop gezondheidsproblemen die langdurig of altijd van belang zijn als belangrijke selectie van alle episoden. Met een aldus gestructureerd dossier kan de huisarts effectief en efficiënt communiceren over de patiënt met collega's die zijn taalgebruik en zijn gewoonten kennen.

Tot nu toe hebben we het over de *structuur*. Standaardisatie van de *inhoud* betekent dat de informatie vertaald wordt via een classificatie;² in ons vak is dat de ICPC, die dan meestal alleen voor diagnoses wordt gebruikt.³ Ook zonder episodenconstructie heeft standaardisatie van diagnoses voordelen. Met de aldus vertaalde gegevens is objectieve toetsing van handelen mogelijk. Want waar hetzelfde staat, wordt ook hetzelfde bedoeld. De praktijkvoering kan onderling getoetst worden op kwaliteit van handelen. Groepen gezondheidsproblemen kunnen vergeleken worden in hun samenhang en huisartspraktijken kunnen onderling vergeleken worden qua stijl van praktijkvoering.

Classificeren met de ICPC is dus strikt genomen niet nodig voor de patiëntenzorg, maar wel voor onderlinge toetsing van handelen. De nadelen van gestandaardiseerde diagnoses zijn ook duidelijk, namelijk verlies van nuancering en van complexe overwegingen als de differentiële diagnostiek. Die aspecten moeten dus in vrije tekst beschreven worden.

Een geïmprementeerde notatie van diagnoses zonder episodenconstructie maakt onderlinge toetsing mogelijk van gezondheidsproblemen die zelden meer dan één contact vergen én van echte chronische aandoeningen die nooit twee keer kunnen voorkomen. Alle andere gezondheidsproblemen, analyse van de bijhorende comorbiditeit en de patiëntenzorg in zijn verband kunnen alleen toegankelijk gemaakt worden met een pa-

tiëntendossier waarin én een episodestructuur én een geclassificeerde notatie wordt gebruikt. Want drie *contacten* voor één episode van acute bronchitis waarvoor één keer een antibioticum wordt gegeven, is iets anders dan drie *episoden* van acute bronchitis waarvoor één keer een antibioticum wordt gegeven. En de zorg voor COPD bij alle ouderen met COPD en de andere gezondheidsproblemen die bij ouderen horen, is alleen te toetsen met deze laatste integrale en systematische vorm van registratie.⁴

Het structureren van informatie via een classificatie en een episodegeoriënteerde registratie vergen een opbergsysteem dat niet meer op papier kan. Hiervoor is een elektronisch medisch dossier nodig. Automatiseren van het patiëntendossier is een voorwaarde voor een analyse op geaggregeerd niveau van de geboden zorg met als doel toetsing van kwaliteit.

De stap van een geschreven dossier naar een elektronisch medisch dossier heeft ook andere voordelen.⁵ We noemen er slechts enkele:

- elektronische communicatie tussen huisartspraktijken en communicatiepartners zoals laboratorium, ziekenhuis en andere eerste- en tweedelijnsvoorzieningen;
- de onderlinge communicatie tussen huisartspraktijken (bijvoorbeeld in het kader van waarneming);
- het automatisch genereren van lijsten met risicopatiënten op basis van een algoritme;⁶
- het automatisch genereren van een probleemlijst;⁷
- een benadering van de praktijk als populatie met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare groepen;
- inbouwen van protocollen, formularia en expertsystemen.

Protocollen inbouwen in een elektronisch dossier is tot nu toe de minst uitgewerkte optie. Misschien is dit merkwaardig, misschien is dit gezond scepticisme. Misschien ook kunnen protocollen en formularia pas goed tot hun recht komen als de informatie gestandaardiseerd genoteerd is in een episodegeoriënteerde structuur. Een protocol gaat immers over gezondheidsproblemen in de loop van de tijd, niet over aparte contacten. Opvallend is dat uitgerkend in de Verenigde Staten waar zowat elk zorgcontact protocollair is, maar continuïteit van zorg ontbreekt, de episode nu officieel is vastgesteld als eenheid van zorg.⁸

Momenteel lijken drie, oorspronkelijk aparte invalshoeken voor registratie elkaar te ontmoeten: toetsing op kwaliteit, patiëntenzorg en wetenschappelijk registratie-onderzoek. Echt samenvallen van deze drie benaderingen is niet voor de hand liggend. Want wat zinvolle informatie is voor de patiëntenzorg, is ruis bij een wetenschappelijke registratie. Wat een noodzakelijke structuur is voor wetenschappelijk onderzoek, kan het overzicht voor de patiëntenzorg verstoren. En wat strak gestandaardiseerd moet worden

bij toetsing op kwaliteit, kan een keurslijf zijn bij registratie voor patiëntenzorg. Er zal dus regelmatig bij het structureren van het elektronisch dossier gekozen moeten worden tussen deze drie belangen.

Het lijkt het beste primair te kiezen voor een toetsbare registratie van patiëntenzorg waarbinnen ruimte is voor overzicht, archivering en details, die alle zo belangrijk zijn voor de dagelijkse zorg. Wie alleen overzicht voor de patiëntenzorg wenst, heeft misschien zelfs geen computer nodig; die is beter af met de groene kaart. Wetenschappelijke belangen vormen geen belangrijk motief bij het structureren van een dossier, want wetenschappelijk onderzoek vergt per project een idee over het waarom en hoe van de dataregistratie.

De kenmerken van het ideale model elektronisch dossier zijn dus:

- een diagnosegeoriënteerde structuur, niet als optie, maar als noodzakelijke ruggegraat;
- overzicht, toegankelijke archivering en respect voor de persoonlijke noot/d van huisarts en patiënt;
- een handzaam instrument om diagnosen te vertalen in ICPC-codes met een uitputtende thesaurus en duidelijke criteria;
- een episodegeoriënteerde structuur waarbinnen diagnosen gestandaardiseerd genoteerd worden.

Het zou al een vooruitgang zijn als het laatste kenmerk optioneel zou zijn in plaats van onmogelijk, zoals nu het geval is. Koppeling van contacten tot strengen van diagnosen moet toch handiger kunnen dan in de vorm van de huidige omslachtige en vooral statische probleemgeoriënteerde registratie. Onderlinge toetsing van kwaliteit van zorg met het eigen elektronisch dossier is geen spelletje meer. Toetsing van eigen handelen is de norm en dat moet het elektronisch dossier mogelijk maken in plaats van bemoeilijken.

Van der Werf bespreekt in dit nummer in detail de ontwikkelingen van het patiëntendossier.⁹ Hij stuit daarbij op het knelpunt van de 'probleemlijst'. Het hierboven geschetste dilemma wordt hier zeer duidelijk: de huisarts wenst in één oogopslag een overzicht van alle informatie die voor deze patiënt relevant is. Tegelijk moet de structuur van de probleemlijst gestandaardiseerd zijn om toetsing op kwaliteit mogelijk te maken. Wat rijkdom is voor de ene invalshoek, kan een verarming zijn voor de andere. Hier moet regelmatig gekozen worden.

Het lijkt ons een illusie te verwachten dat dit probleem kan worden opgelost zonder een actieve intellectuele interventie van de huisarts. Dit betekent dat het elektronisch dossier ten minste twee invalshoeken mogelijk moet maken. Het is dan aan de huisarts uit te maken wat nodig is: een elektronische groene kaart of een instrument ten dienste van de kwaliteit van zorg.

Overigens, dat we ons druk maken over deze op het eerste gezicht abstracte zaken, is te danken aan het feit dat de ontwikkelingen in Nederland al zo ver gaan. Nederland is samen met Denemarken en het Verenigd Koninkrijk toonaangevend bij de ontwikkeling en het gebruik van het elektronisch medisch dossier in de huisartspraktijk.¹⁰ Dat het allemaal zo moeilijk is, komt doordat we de eenvoudige problemen al opgelost hebben.

N.P. van Duijn
J. De Maeseneer

- 1 Meyboom WA. Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1991.
- 2 Lamberts H, Wood M, Hofmans-Okkes IM, Marinus A. Communiceren en classificeren. Het doelgericht ordenen van aspecten van huisarts-patiënt contacten. Huisarts Wet 1991; 34: 346-52.

- 3 Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 4 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Lelystad: MediTekst, 1994.
- 5 Lamberts H. Automatiseren, standaardiseren, differentiëren. Huisarts Wet 1989; 32: 203-4.
- 6 Van Haasen KMA, De Waal MWM, De Bock GH, et al. Oproepen voor griepvaccinatie op basis van een ICPC-gecodeerde probleemlijst. Huisarts Wet 1995; 38: 53-6.
- 7 Veltman MTM. Huisartsgeneeskundige zorgepisoden. Analyse van een zevenjaarsbestand. Lelystad: MediTekst, 1995.
- 8 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. Episodes of care and the large majority of personal health care needs: is the new IOM definition of primary care reflected in primary care data available in the USA? Report to Institute of Medicine Committee on the Future of of Primary Care. Washington: Institute of Medicine, 1995.
- 9 Van der Werf GTh. Probleemlijst, SOEP EN ICPC. Huisarts Wet 1996; 39(6): 265-70.
- 10 De Maeseneer J, Beolchi L. Telematics in primary care in Europe. Amsterdam: los Press, 1995: 24-30.