

Probleemlijst, SOEP en ICPC

G.Th. VAN DER WERF

Van der Werf G.Th. Probleemlijst, SOEP en ICPC. Huisarts Wet 1996; 39(6): 265-70.

Samenvatting Het ideaal van verslaglegging is weerspiegeling of verantwoording van de verleende zorg. In eerdere Nederlandse discussies over de verslaglegging in de huisartspraktijk hebben 'groene kaart' en POR-systeem, Problem Oriented Medical Record en SOEP-systeem, episodegeoriënteerde registratie en de Maastrichtse probleemlijst een prominente rol gespeeld. In dit artikel worden ze in hun onderling verband besproken. Met de komst van de computer is de discussie over de structuur van de verslaglegging opnieuw actueel geworden. Misschien kan deze ontwikkeling het ideaal van verslaglegging dichterbij brengen. Vanuit dat ideaal worden enkele praktische consequenties van die eerdere discussies voor de structuur van het Elektronisch Medisch Dossier besproken.

Dr. G.Th. van der Werf, huisarts, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

Inleiding

Met de komst van de computer in de huisartsenwereld is de vraag naar de structuur van de verslaglegging opnieuw actueel geworden.

Verslaglegging is een communicatiemiddel.¹ Als iedereen een eigen verslagleggingsdialect ontwikkelt, raakt de communicatie verstoord. In onze tijd van computers en elektronische snelwegen is dat een reëel gevaar: meer dan ooit verdient het streven naar standaardisering de hoogste prioriteit.

'Voor het huidige EMD (Elektronisch Medisch Dossier) hebben de papieren kaarten en hun indeling, inclusief het POR-systeem (Problem Oriented Record) model gestaan. Hierdoor is een systeem ontstaan dat naast het chronologische journaal een groot aantal rubrieken kent waarin gegevens kunnen worden ondergebracht. De afgrenzing tussen de verschillende rubrieken is niet altijd even duidelijk.² In de NUT-II-rapportage worden naast het journaal nog twaalf rubrieken onderscheiden, zoals de probleemlijst, attentieregels, ruiters, risicoprofiel en voorschriften/recepten.² Daarmee is de grondslag voor verwarring gelegd: wat de één als probleem, geclassificeerd als ICPC-code, in de probleemlijst zal opnemen, zal de ander met zijn eigen codes onderbrengen in de rubriek 'ruiters', en weer een ander in het risicoprofiel.

Alle huisartsinformatiesystemen beschikken over de mogelijkheid een 'Maastrichtse' probleemlijst en een volgens het SOEP-systeem gestructureerde journaalregistratie bij te houden. Deze twee vormen de pijlers van de verslaglegging van de Nederlandse huisarts, en ze vormen de belangrijkste bron van diagnostische informatie. Op de probleemlijst staan de klinisch relevante problemen waarvoor de huisarts de patiënt soms regelmatig op het spreekuur ziet (bijvoorbeeld diabetes mellitus type 2), maar soms ook niet (bijvoorbeeld het curatief behandelde mammacarcinoom). In de journaalregistratie wordt het dagelijkse contact bijgehouden: de verkoudheid, maar ook de diabetescontrole. Beide rubrieken over-

lappen elkaar ten dele. De afgrenzing en het onderlinge verband is niet helder.

Het EMD raakt ingeburgerd in de Nederlandse huisartspraktijk. Huisartsen gaan op zoek naar de winst die het EMD heeft ten opzichte van het papieren dossier. Daartoe is het noodzakelijk de klinische betekenis van de journaalregistratie en de probleemlijstregistratie, hun onderlinge samenhang en hun afgrenzing te onderwerpen aan een onderzoek. Ik zal daartoe de ontwikkelingen schetsen die hebben geleid tot het ontwerp van de 'groene kaart' en van de 'probleemgeoriënteerde registratie'; vervolgens bespreek ik het zogenaamde SOEP-systeem en de structurering van de verslaglegging in episodisch; tenslotte besteed ik aandacht aan de International Classification of Primary Care (ICPC) als classificatie ten behoeve van die structurering. Meer nog dan een 'groene kaart' dwingt het EMD tot structuur.³ Standaardisering van het EMD moet daarom in de eerste plaats betrekking hebben op de structuur van de verslaglegging.⁴ Tot slot zal ik daarom ingaan op de consequenties van de geschetste verbanden voor de structurering van de verslaglegging, in het bijzonder in het EMD.

Van groene kaart tot POR-systeem

De groene kaart

Vanaf het begin is door het NHG het belang van een goede patiëntenregistratie ingezien,⁵ en dit werd steeds in één adem genoemd met de mogelijkheid gegevens uit de huisartspraktijk te ontsluiten voor wetenschappelijk onderzoek.⁶⁻⁸ Twee jaar na de oprichting introduceerde het NHG de 'groene kaart'.⁹⁻¹² Deze kaart bevat een 'niet-medisch deel', waarin ruimte voor onder meer naam, voornaam, geboortedatum en adres van de patiënt, en een medisch deel: het 'niet-statisch medisch deel' is bedoeld voor de dagelijkse aantekeningen, het 'statisch medisch deel' voor het vermelden van vroegere ziekten, familieanamnese, bloedgroep/rhesus en de ent-status. De bovenrand van de kaart is geschikt gemaakt voor signalering. In 1966

werden als onderwerpen voor signalering onder andere genoemd: tuberculose (groen), langdurige onderhoudstherapie (roze), overgevoeligheden (rood) en diabetes (bruin).¹³

De groene kaart werd een groot succes: al in 1962 waren er één miljoen van verkocht, en in 1979 vijftien miljoen.^{14 15} In 1972 en 1986 werden herzieningen van de werkkaart gepubliceerd.^{16 17}

De Problem Oriented Medical Record (POMR)

In maart 1975 riep *Tielens*, destijds voor de eerste maal voorzitter van het NHG, belangstellenden op voor een interdisciplinaire workshop 'registratie in de eerste lijn'.¹⁸ Een interdisciplinair registratiesysteem bleek uiteindelijk te hoog gegrepen,^{15 19} maar er kwam wel een nieuwe gedachtenwisseling op gang over de verslaglegging.

Lamberts schreef in 1975, na een bezoek aan het zesde WONCA-congres in Mexico City, dat de internationale gedachtenwisseling over de eisen waaraan een goede patiëntenkaart moet voldoen aan de Nederlandse huisarts was voorbijgegaan. 'One of the highest objectives of WONCA is to foster communication amongst the family physicians of the world. Communication needs language. A classification is a simple form of language; ... A medical record is a practical instrument of communication.' Elk element dat de reeks van schone taakomschrijvingen van de huisarts siert – integraal, continu, preventief, gezinsgeneeskundig en multidisciplinair – moet zichtbaar zijn op een goede patiëntenkaart. Hij kwam tot de conclusie dat de 'problem oriented medical record' (POMR) in beginsel die elementen bevatte.¹

In datzelfde jaar 1975 schreef *Van der Kooij* een beschouwing over de problemen van verslaglegging in de eerste lijn.²⁰ De doelstelling van de samenstellers van de 'groene kaart' was driedelig: de kaart diende als geheugensteun voor de huisarts, de kaart bood de mogelijkheid bepaalde gegevens snel te signaleren, en de kaart kon gebruikt worden als een 'carnet de santé', waarin de gezondheidstoestand

van iedere burger was vastgelegd. Het beheer van medische gegevens van patiënten behoorde tot de taak van de huisarts. *Van der Kooij* schetste een drietal ontwikkelingen die volgens hem in de toekomst van invloed zouden zijn op de medische verslaglegging:

- de hoeveelheid gegevens die per individu ter beschikking stonden, was sterk toegenomen, mede als gevolg van de toegenomen belangstelling voor preventie;
- het gebruik van de computer stond voor de deur;
- de ontwikkeling van de probleemgeoriënteerde registratie in de Verenigde Staten.²⁰

Volgens *Weed*, de geestelijke vader van de POMR, biedt deze methode de volgende mogelijkheden:

- Vastleggen van subjectieve data: anamnestic gegevens, maar ook wat vanuit het oogpunt van de patiënt in de overweging betrokken moet worden.
- Vastleggen op een vaste plek van objectieve data en onderzoeksresultaten.
- Vastleggen van interpretatie en differentieel-diagnostische overwegingen; de verzameling van al deze overwegingen vormt de 'problem list'. Deze 'problem list' is de spil van POMR. Het is een opsomming van alle al dan niet opgeloste medische, psychische en sociale problemen. Tot de medische problemen rekent *Weed* niet alleen diagnoses, maar ook symptomen en abnormale onderzoeksbevindingen waarbij (nog) geen diagnose gesteld is. De 'problem list' maakt het mogelijk rekening te houden met het totaal van de problemen van de patiënt.
- In het behandelingsplan wordt niet alleen zichtbaar wat er gebeurd is, maar ook waarom.^{21 22}

Deze wijze van verslaglegging, mits consciëntieus toegepast, maakt het mogelijk na te gaan op grond van welke inbreng van de patiënt, en op grond van welke onderzoeksbevindingen de arts tot zijn werkhypothese is gekomen, wat hij heeft gedaan, en wat hij van plan is te gaan doen. De probleemgeoriënteerde registratie leidt tot

meer inzicht en bewustwording van het probleem-oplossend proces, en dat is een voorwaarde voor het optimaal leren oplossen van problemen door de arts.²³

Episoden, SOEP en ICPC

• *Episode*. 'An episode of disease is defined as a problem or illness in a patiënt over the entire period of time from its onset to its resolution.'²⁴ Ziekten en gezondheidsproblemen hebben een (subklinisch) begin, een moment waarop ze voor het eerst als zodanig ervaren worden, en een moment waarop ze voor het eerst onder de aandacht van professionele hulpverleners komen. 'For the practical use of ICPC an operational definition of an episode is required. "An episode of illness is a health problem or illness occurring during the time from the moment of its first presentation to a health care provider until the completion of the last encounter for that same health problem or illness".'^{1 22}

De zorgepisode wordt hier gehanteerd als operationalisering van de ziekte-episode. De hulpverlener doet onderzoek, benoemt het probleem en stelt een plan van aanpak voor. Er volgen soms een of meer vervolcontacten. In de loop van het zorgproces kan de benoeming van het probleem veranderen.

Veel van de aandoeningen die de huisarts ziet, genezen na verloop van tijd, of ze verlopen met exacerbaties en remissies. Sommige (chronische) ziekten vragen gedurende lange tijd de aandacht van de arts. Er wordt onderscheid gemaakt tussen acute ziekten met een episodeduur korter dan vier weken, subacute ziekten met een episodeduur tussen vier weken en zes maanden, en chronische ziekten met een episodeduur van langer dan zes maanden.²⁵ Als duur van een zorgepisode wordt de tijd gehanteerd die verloopt tussen het eerste en het laatste geregistreerde contact. Het einde van de zorgepisode en van de ziekte-episode vallen bijna nooit samen.

• *SOEP*. Het SOEP-systeem is een wijze van verslagleggen van het contact tussen hulpverlener en patiënt. Het is direct afgeleid van de structurering in de probleemgeoriënteerde registratie in subjectieve en

objectieve gegevens, diagnostische overwegingen en plan. S subjectief staat voor de contactreden of hulpvraag van de patiënt, na verheldering van de hulpvraag door de hulpverlener. O objectief is bedoeld om de resultaten van het onderzoek te noteren. E evaluatie is de beoordeling van het gezondheidsprobleem van de patiënt door de hulpverlener, de diagnose. P plan wordt gevormd door de diagnostische en therapeutische interventies in de loop van het zorgproces.

• **ICPC.** In de episodegeoriënteerde ordening worden de opeenvolgende contacten waarin eenzelfde aandoening ter sprake is geweest, aan elkaar gekoppeld. Daarvoor is zeker in een EMD een classificatie als de ICPC onontbeerlijk. Met behulp van de ICPC kunnen S, E en P gecodeerd worden, maar niet O.

Op basis van deze drie elementen, het SOEP-systeem, de episodegeoriënteerde ordening en de ICPC, is veel onderzoek verricht naar het verloop van het zorgproces in de huisartspraktijk.^{24 26 27}

Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk

Het gebruik van probleemgeoriënteerde verslaglegging in de Nederlandse huisartspraktijk is diverse malen beschreven.²⁸⁻³² In 1979 introduceerde het NHG de probleemgeoriënteerde status en in hetzelfde jaar verscheen een themanummer van *Huisarts en Wetenschap*, dat geheel gewijd was aan de POMR.³³ Daarin werd aandacht besteed aan de betekenis van de POMR voor zowel onderwijs als onderzoek.³⁴⁻³⁶

In 1981 volgde een evaluatie.³⁰ De conclusie was dat probleemgeoriënteerde registratie de communicatie verbeterde, en analyse van het gegevensbestand van de huisarts mogelijk maakte. Maar *Rutten* schreef in 1985 dat probleemgeoriënteerd registreren voor de huisarts een utopie is: het kost veel te veel tijd.³⁷ Het POR-systeem heeft ook geen brede verspreiding gevonden, zoals eerder wel met de 'groene kaart' het geval was.³

In 1988 bespraken *Metsemakers et al.* welke problemen wel, en welke niet op de probleemlijst thuishoren: kleinere proble-

men horen er niet op thuis, omdat anders het overzicht zoek raakt. De probleemlijst naar het Maastrichtse model was geboren.^{38 39}

De relatie tussen journaalregistratie en probleemlijst

De medische verslaglegging die in Nederland op dit moment wordt aanbevolen voor het EMD, voldoet aan wat in de beginjaren van het NHG werd gepropageerd.^{38 40 41} Het doel van de groene kaart is de huisarts een overzichtelijke structuur te bieden voor het opslaan van zijn gegevens: actuele aantekeningen, medische achtergrondinformatie en enkele signaleringen. De verslaglegging kan dienen als geheugensteun en documentatie; de verslaglegging opent de mogelijkheid van signaleringen; de verslaglegging geeft een overzicht van klinisch relevante gezondheidsproblemen. De gegevens zijn nog steeds als op de groene kaart verdeeld in een niet-medisch deel (de basisgegevens), een statisch medisch deel en een niet-statisch medisch deel.

De 'Maastrichtse' probleemlijst is de invulling van het statisch medische deel van de groene kaart, de *carte de santé*. Hij beperkt zich tot problemen, diagnoses, afwijkende onderzoeksbevindingen, zoals een gestoorde nierfunctie, en bepaalde ingrepen zoals uterusexstirpaties en appendectomieën, waarvan de klinische relevantie voldoende is uitgekristalliseerd. Het SOEP-systeem is de invulling van het niet-statische deel van de verslaglegging.

Het SOEP-systeem en de 'Maastrichtse' probleemlijst zijn beide ontwikkeld vanuit de 'problem oriented medical record', waarvan de 'problem list' de spil vormde.^{21 24} De idee achter de POMR is, de verslaglegging zo te structureren dat daaruit is af te leiden op grond van welke overwegingen de (huis)arts zijn plan trekt: SOEP.⁴² De achtergrond ervan is een didactische: zo leer je artsen-in-opleiding hun gedachtingang te verantwoorden. Het hieraan gekoppelde streven naar volledigheid komt echter de overzichtelijkheid niet altijd ten goede. De praktische moei-

lijkheid is dat na verloop van tijd de 'problem list' onoverzichtelijk lang wordt, doordat er steeds meer problemen bijkomen, of doordat problemen hun actualiteit verliezen, of anderszins benoemd moeten worden dan in eerdere contacten. In de door *Weed* beschreven POMR – en ook in de opzet van de 'Maastrichtse' probleemlijst – worden problemen daarom na verloop van tijd 'geïnactiveerd'. In de 'Maastrichtse' probleemlijst wordt bovendien een selectie gemaakt van gezondheidsproblemen die van een zodanige klinische relevantie worden geacht dat zij los van de actuele problematiek het vermelden waard zijn.³⁸

Dat het verband tussen de probleemlijstregistratie en het SOEP-systeem in de journaalregistratie verloren is gegaan, is het gevolg van de spanning tussen volledigheid en overzichtelijkheid van informatie; tussen 'niets mag aan onze aandacht ontsnappen', en 'we zien door de bomen het bos niet meer'.

De pluriformiteit van het huisartsenwerk maakt het tot een hachelijke zaak om algemeen geldende eisen te stellen aan verslaglegging. Er zijn huisartsen die zich – met goede argumenten – willen houden aan een beperkte verslaglegging.^{40 43} De status van de specialist is een exercitie in volledigheid, de registratie van de huisarts is een oefening in relevantie, zo betogen zij.⁴ De POMR heeft een al te dwingend karakter om te dienen als algemeen model voor verslaglegging. Het is, zeker in een 'papieren' systeem van verslaglegging, te tijdrovend om nauwkeurig bijgehouden te worden.

Al jaren wordt nagedacht over de mogelijkheden van de computer voor de dagelijkse praktijk.^{20 44 45} Een geautomatiseerd algoritme om onderscheid te maken tussen klinisch relevante en irrelevante problemen is nog niet gevonden. Het menselijk brein doet dat door bepaalde problemen te vergeten – en dan moet je hopen dat de arts op het juiste moment de belangrijke problemen weer te binnen schieten. Het maken van zinvolle selecties blijft voorlopig de taak van de arts zelf.

Een goed doordachte structuur van het

EMD, die gebaseerd is op resultaten van wetenschappelijk onderzoek in ons vakgebied, kan echter wél bijdragen aan het verminderen van de spanning tussen volledigheid en overzichtelijkheid. Onderzoek in de huisartspraktijk met behulp van een registratie op basis van een episodegeoriënteerde SOEP-registratie heeft het belang van de inbreng van de patiënt voor het verloop van de zorgverlening bevestigd.²⁷ Het SOEP-systeem staat aan de basis van de consultvoering, zoals in Basis-takenpakket wordt beschreven, en het systeem wordt nog steeds in het onderwijs toegepast.^{46,47} Aan de ontwikkeling van een verslagleggingsstructuur waarin weerspiegeld wordt op grond van welke overwegingen de huisarts tot zijn handelen komt, is in een tijd die *quality assurance*, *technology assessment* en *managed care* hoog in het vaandel heeft, niet te ontkomen.^{48,49} Het NHG heeft de ICPC toegankelijk gemaakt voor de huisarts.⁵⁰ De POMR is bij uitstek geschikt om de theoretische onderbouwing te verschaffen die het EMD behoeft.

De praktische consequenties

Er moeten zodanige eisen gesteld worden aan de structuur van het EMD, dat een volledige registratie volgens POMR tot de mogelijkheden behoort; tegelijkertijd moet aan de individuele gebruiker de vrijheid gelaten worden slechts een deel van de mogelijkheden te benutten. Aan welke voorwaarden zou een dergelijke structuur moeten voldoen?

De basiseenheid van verslaglegging is het 'contact', niet met de patiënt, maar met het verslagleggingssysteem; een contact is iedere waarneming, iedere (verandering van) diagnose en iedere actie die waard is vastgelegd te worden. Dat omvat het face-to-face-contact, maar ook het verstrekken van een (herhaal)recept of de brief van de specialist die resulteert in een verandering van diagnose, of het noteren van een belangrijke gebeurtenis uit de voorgeschiedenis (zie *kader*).

Aandoeningen, problemen of diagnosen die in een contact ter sprake zijn gebracht, moeten gekoppeld kunnen worden

Voorbeeld van een POMR-registratie: Mireille, * 241088⁵³

Journalregistratie

Contact-datum	Contact-code	Episode nr.	ICPC	Journalregistratie SOEP
241088	pro	1	A94 A62	E slechte start P op probleemlijst
091188	v		A64	S gaat goed na slechte start.
		2	A97	O bewonderd E kraamvisite P -
211188	ev		R04	S asgrauw en vlgs M ademstilstand O onregelmatig ademen
		3	R04 R67	E ??? P spoedverwijzing kinderarts
291188	v		R64	S uit het ZH; nu weer goed
		3	R78 A62	O - E brief kinderarts: bronchiolitis P op probleemlijst
141288	c		D11	S spuitluiers
		4	D73 D45	O abd ga niet uitgedroogd E buikgriep P adviezen
300389	c		R05	S hoesten sinds dag of wat
		5	R05 R50	O longen schoon; levendig kind E hoesten P sir.thymi 3dd1 ml 30ml
080489	r	5	R05 R50	E hoesten P sir.thymi 3dd1 ml 30ml
120489	v		R05	S hoesten, pruttelen
		5	R96? R50	O wat piepen geen koorts E asthmatische reactie ??? P ventolindranc revisie 1 week
180489	c		R03	S onveranderd; vooral piepen
		5	R96 R50	O re voor piepen E CARA ??? P doorgaan ventolin
270489	ev		A96 A96	S kind dood in de wieg gevonden E overleden
270789	brf	6	A96	E brief kinderarts: PA wiegedood

c consult; v visite; ev extra visite; pro op probleemlijst zonder face-to-face-contact; brf ingekomen brief; r recept.

Probleemlijst

Probleem-datum	Probleemomschrijving	ICPC-code
1088	APGAR na 1' 8; na 3' 9 respiratory distress	A94
1088	syndroom tgv 'wet lung'	
1188	bronchiolitis ec RS-virus; bijna wiegedood? polygrafie geen afwijkingen	R78

Diagnosenlijst

Episode-nummer	ICPC-code	'short title' ⁴⁷
1	A94	Alle andere perinatale morbiditeit
2	A97	Geen ziekte
3	R78	Acute bronchitis/bronchiolitis
4	D73	Veronderstelde gastrointestinale infectie
5	R96	Asthma
6	A96	Dood/overlijden (ex.perinataal)

aan een ICPC-gecodeerde (episode)diagnose. Al die ICPC-gecodeerde episode-diagnosen samen zijn ondergebracht in een (diagnostische) database, de Diagnosen-Lijst. De Diagnosen-Lijst vormt, zoals eerder de 'problem list', de spil van de verslaglegging. De episodediagnose of episodenaam is de meest recente benaming die de arts aan een bepaald gezondheidsprobleem geeft; de episodenaam kan in de loop der tijd veranderen.

De probleemlijst volgens het Maastrichtse model vormt hieruit een selectie. Maar ook de episodelijst die gebruikt werd voor onderzoek, vormde een selectie: gezondheidsproblemen waarover geen face-to-face-contact met de huisarts bestond, kwamen er niet op voor. In de hier geschetste opzet is er geen essentieel verschil meer tussen probleemlijst-problemen en episodenaamen. Op de Diagnosen-Lijst staan alle diagnosen waarvoor in het EMD een contact is geregistreerd.

De huisarts kan zich beperken tot alleen problemen in de zin van de Maastrichtse probleemlijst. Anderzijds is ook een beperking tot alleen een episodegebonden registratie mogelijk. Voor wie de computer op dezelfde manier gebruikt als de groene kaart, lijken de Diagnosen-Lijst en het gebruik van ICPC-codering misschien overbodig; voor de dagelijkse zorg is de geschreven tekst voldoende informatief. Maar met het voortschrijden van de automatisering dringt de noodzaak van een classificatie zich ook op ook voor de dagelijkse praktijk.⁵¹

Vanuit deze opzet moeten ruiters, attentieregels, risicofactoren en signaleringen als onderdeel van een verslagleggingssysteem opnieuw doordacht worden: zijn het niet stuk voor stuk diagnosen of problemen die onder bepaalde condities onder de aandacht van de huisarts gebracht moeten worden, zo ongeveer als contra-indicaties bij medicatiegebruik? Dan zouden ook die in de Diagnosen-Lijst ondergebracht kunnen worden, voorzien van een 'vlag', die hun specificiteit temidden van de andere typen diagnosen en problemen aanduidt. Zo wordt het ook mogelijk medicatie aan een indicatie te koppelen. Een receptregel is immers een Plan op grond van en gekop-

peld aan een bepaalde indicatie (E), of het recept nu tijdens een face-to-face-contact wordt voorgeschreven, via de assistente als herhaalrecept wordt aangevraagd, dan wel op advies van de specialist wordt voorgeschreven. Datzelfde geldt voor verwijzingen en verwijsbrieven.

Voor dergelijke toepassingen is het gebruik van een diagnostische classificatie onontbeerlijk. En de ICPC past hierbij: deze is immers ontwikkeld met het oog op POMR als verslagleggingsstructuur om het zorgproces in de tijd vast te leggen. Zo komen we een stap dicht bij het ideaal van verslaglegging: weerspiegeling en verantwoording van de verleende zorg.

Het is een illusie te menen dat alle huisartsen op korte termijn eenvoudig en volledig probleemgeoriënteerd zouden kunnen of willen gaan registreren: de huisarts daartoe verplichten kan niet de opzet van een verslagleggingsstructuur zijn. Het gaat erom de huisarts binnen een uniforme verslagleggingsstructuur de vrijheid te laten om meer of minder volledig verslag te doen van zijn waarnemingen en acties. Want verdere ontwikkelingen in de verslaglegging moeten uitgewisseld kunnen worden, anders stagneert de communicatie tussen huisartsen.

Binnen de Nederlandse huisartsenwereld is er tot nu toe naar gestreefd te voorkomen dat er verschillende 'verslagleggingstalen' ontstaan die onderlinge communicatie onmogelijk maken. Daartoe is de ICPC door LHV en NHG geaccepteerd als classificatiesysteem voor de Nederlandse huisartsgeneeskunde. In het verlengde van die lijn past POMR als een theoretisch verantwoorde basisstructuur voor verslaglegging.

Dankbetuiging

Met dank aan Han van Overbeeke voor zijn kritische kanttekeningen en zijn nuttige suggesties, en aan Betty Meyboom-de Jong voor het lezen en herlezen van eerdere versies van dit artikel.

Literatuur

- 1 Lamberts H. De 'International Classification of Health Problems in Primary Care' en een nieuwe patiëntenkaart voor de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1975; 18: 165-73.
- 2 Westerhof HP, Van Overbeke JJ. Rapportage NUT-II project. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- 3 De Melker RA, Jacobs HM, Kreuger FAF, Touw-Otten FWMM. Medische verslaglegging van huisartsen. *Huisarts Wet* 1994; 37: 46-51.
- 4 Weed LL, Zimny NJ. The problem oriented system, problem-knowledge coupling and clinical decision making. *Phys Ther* 1989; 69: 565-8.
- 5 Anoniem. Toelichting tentoonstelling patiënten registratie. mededelingen en publicaties *Huisarts Wet* 1956; 1: 7-8.
- 6 Vroege NH, red. Woudschotenrapport. Rapport over de taak van de huisarts, de zogenaamde Woudschotenmaterie. Uitgebracht door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap. z.j.
- 7 Huygen FJA. NHG, quo vadis. *Huisarts Wet* 1959; 3: 54-8.
- 8 Ten Cate RS. Het belang van de praktijkvoering. In: Ten Cate RS, et al. In het perspectief van toen. Dertig jaar Nederlands Huisartsen Genootschap. Lelystad: Mediatekst, 1988.
- 9 Studiegroep patiënten Registratie. De werkkaart. *Huisarts Wet* 1958; 1: 86-92.
- 10 Hofmans A. De werkkaart. *Huisarts Wet* 1964; 7: 65-6.
- 11 Hartog J. De werkkaart. *Huisarts Wet* 1964; 7: 65-6.
- 12 Bos GJ. Ervaringen met het NHG kaartsysteem. *Huisarts Wet* 1961; 4: 290-1.
- 13 Commissie Praktijkvoering en Commissie Wetenschappelijk Onderzoek. Een kleurcodering: een methode voor signalering. *Huisarts Wet* 1964; 7: 313-4.
- 14 Anoniem. Een miljoen werkkaarten. *Huisarts Wet* 1962; 5: 289.
- 15 Meyboom WA. Inleiding tot de probleemgeoriënteerde registratiekaart. *Huisarts Wet* 1979; 22: 4-5.
- 16 Commissie praktijkvoering. De NHG-werkkaart herzien. *Huisarts Wet* 1972; 15: 194-5.
- 17 Werkgroep registratie van de commissie praktijkvoering. Een nieuwe groene kaart. *Huisarts Wet* 1986; 29: 216-7.
- 18 Tielen VCL. Registratieproblemen in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 1975; 18: 143.

- 19 Ten Cate RS. De centrale kaart of teamkaart. *Huisarts Wet* 1979; 22: 39-42.
- 20 Van der Kooij S. Registratie van medische gegevens door de huisarts. *Huisarts Wet* 1975; 18: 261-3.
- 21 Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593-600, 652-7.
- 22 Weed LL. Medical records medical education and patiënt care; the problem oriented record as a basic tool. Cleveland, Ohio: Case Western Reserve University Press, 1969.
- 23 Van der Kooij S. Registratie van het probleemoplossend proces. *Huisarts Wet* 1978; 21: 166-72.
- 24 Lamberts H, Wood M, eds. *International Classification of Primary Care Oxford*: Oxford University Press, 1987.
- 25 Anonymous. An international glossary for primary care. *Huisarts Wet* 1981; 24: 341-6.
- 26 Lamberts H. Aan de diagnose gebonden informatie uit de huisartspraktijk; van een op de prevalentie naar een op de episode georiënteerde epidemiologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 292-6.
- 27 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 28 Metcalfe D (Nederlandse bewerking HGM van der Velden). Probleemgeoriënteerde registratie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1977; 20: 15-8; 57-8; 103-5; 149-50; 191-194; 230-3; 272; 306-9; 351-5; 399-402.
- 29 Van Stockum ThJ. Probleemgeoriënteerd registreren; aantekeningen uit de praktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 25-33.
- 30 Van der Horst F, Vierhout W, Stalenhoef P. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. 1. Ervaringen. *Huisarts Wet* 1981; 24: 252-8.
- 31 Van der Horst F, Vierhout W, Meulders W. Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. 2. Analyse van een consult. *Huisarts Wet* 1981; 24: 325-35.
- 32 Van Stockum ThJ. Probleemgeoriënteerde registratie. *Huisarts Wet* 1983; 26: 208-10.
- 33 Probleemgeoriënteerde registratie [Themanummer]. *Huisarts Wet* 1979; 22: 1-47.
- 34 Lamberts H. De probleemgeoriënteerde patiëntenkaart. *Huisarts Wet* 1979; 22: 3.
- 35 Van der Kooij S. Probleemgeoriënteerde registratie bij het onderwijs. *Huisarts Wet* 1979; 22: 37-8.
- 36 Lamberts H. Probleemgeoriënteerde registratie; mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1979; 22: 44-7.
- 37 Rutten GEHM. Anders gaan registreren; een werkzaam compromis. *Huisarts Wet* 1985; 28: 239-41.
- 38 Metsemakers JFM, Plagge HWM, De Kanter J. De probleemlijst. Suggesties voor de huisarts. *Huisarts Wet* 1988; 31: 379-81.
- 39 Metsemakers JFM. Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance. The registration network family practices. Amsterdam: Thesis, 1994.
- 40 Meyboom WA, et al. NHG-Standaard Medische Verslaglegging. *Huisarts Wet* 1990; 33: 114-7.
- 41 Westerhof HP, Berden HJMM. De meerwaarde van het elektronisch medisch dossier. Tussenresultaten van het NUT-II-project. *Huisarts Wet* 1993; 36: 380-3.
- 42 Rector AL, Nowlan WA, Kay S. Foundations for an electronic medical record. In: *Yearbook of medical informatics*, 1992.
- 43 Rutten GEHM, Weijtens JThNM, Haverkort AFM. Automatiseren tussen hollen en stilstaan. *Huisarts Wet* 1994; 37: 66-9.
- 44 Wagner G. De computer als hulpmiddel voor de moderne geneeskunde. *Huisarts Wet* 1970; (13) 43-52.
- 45 Boersma J. ICPC: International classification of primary care: short titles en Nederlandse subtitels. 2e dr. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1994.
- 46 Anoniem. Basistakenpakket. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.
- 47 Pal TM, Bange R, Van Pelt-van Ringen MJ. Cursusboek voor coassistenten ten behoeve van het coassistentchap extramurale gezondheidszorg. 8e dr. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.
- 48 Grol R, Wensing M, Jacobs A, Baker R, eds. Quality assurance in general practice. The state of the art in Europe. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- 49 Eccles M, Grimshaw J. Whither quality assurance? A view from the United Kingdom. *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 8-10.
- 50 Van der Lei J, Bohnen AM, Van Bemmelen JH. Computer-ondersteunde besluitvorming: een nog niet vervulde belofte. *Huisarts Wet* 1994; 37: 427-30.
- 51 Hartsema A, Smith RJ, Van der Werf GTh. Tussen wetenschap en zorg. ICPC-coderingen van probleemlijsten in vier huisartspraktijken. *Huisarts Wet* 1996; 39(6): 271-5. ■

Abstract

Van der Werf GTh. Problem list, SOAP and ICPC. *Huisarts Wet* 1996; 39(6): 265-70.

Ideally, medical records are a reflection and justification of the medical care provided. In previous debates in the Netherlands on record keeping in primary care, the 'green card' developed as a registration system/medical record system by the Dutch College of General Practitioners, the Problem Oriented Medical Record and the SOAP-system (subjective, objective, assessment, plan), episode oriented record keeping and the Maastricht problem list were the focus of attention. This article explores these approaches on how they are interrelated. The computer has given a strong impulse to the debate on medical record keeping. Computers may bring the ideal regarding medical record keeping within our reach. From the perspective of this ideal, we will discuss some practical consequences of the previous debate for the structure of the Computerized Medical File.

Key words Classification; Family practice; ICPC; Problem list; Problem oriented medical record.

Correspondence Dr. G.Th. van der Werf MD, Department of General Practice, Universiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands.