

Probleemgeoriënteerde registratie

Mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk

DR. H. LAMBERTS, HUISARTS*

Met de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart wordt een nieuw instrument toegevoegd aan het scala van mogelijkheden waarover de huisarts beschikt. Het lijkt alsof dit nieuwe instrument berust op een duidelijk inzicht in de mate, waarin met een problemenlijst en basisgegevens geboden informatie relevant is. Dit is echter niet het geval. Er is bijzonder weinig bekend over de mate waarin door de huisarts op de patiëntenkaart neergeschreven informatie werkelijk relevant is. Ook de internationale literatuur over dit onderwerp stemt ons weinig hoopvol.

Al zijn er tal van goede redenen om de probleemoriëntatie en het invoeren van een rationele registratie toe te juichen, de mate waarin dit tevens aan een probleemoplossende benadering kan bijdragen is volstrekt onduidelijk. Wel is duidelijk dat het stellen van het probleem ermee vereenvoudigd kan worden („Problem posing”, naast „Problem solving”).

De paradox van de invoering van de probleemgeoriënteerde patiëntenkaart is er in gelegen, dat deze registratiemethode het ook door de vormgeving mogelijk moet maken te verduidelijken in hoeverre deze zinvol is. De nieuwe kaarten maken het mogelijk de bestaande twijfel te verduidelijken en te operationaliseren.

Er doen zich verschillende vragen voor welke in feite steeds variaties zijn op hetzelfde thema: wat is de structuur van een problemenlijst, wat is de structuur van de basisgegevens en op welke wijze onderhouden beide een relatie tot elkaar.

De morbiditeitsanalyse welke in Ommoord is verricht, hield zich met name met deze vragen bezig. Het is daarbij gebleken dat van de totale variantie met de problemenlijsten van 11.000 mensen gegeven, slechts ongeveer zeven procent verklaard wordt door variantie in de basisgegevens. Omgekeerd blijkt ongeveer een kwart van de informatie der basisgegevens te verklaren door va-

riantie in ziekte- en probleemgedrag, zoals met de problemenlijst (op jaarbasis) gepresenteerd. Het doet er hier niet veel toe of de genoemde percentages karakteristiek voor het huisartsgeneeskundig handelen zijn. Er zijn zelfs aanwijzingen, vooral na onderzoek naar het verklaren van contactfrequenties, dat de in Ommoord gevonden percentages, gezien de bestaande literatuur, relatief hoog zijn. Hoe het ook zij, er is reden te over om met grote voorzichtigheid van een nieuwe registratiemethodiek gebruik te maken en de verwachtingen erover zoveel mogelijk op een „true level of understanding” te houden.

Juist om tot een realistisch begrip van de inhoud van de huisartsgeneeskunde te komen, is de probleemgeoriënteerde registratie nodig. Voor het vastleggen van problemen is een goede classificatie nodig. De WONCA heeft een internationale classificatie van problemen in de eerstelijns gezondheidszorg (ICHPPC)* ontwikkeld, welke inmiddels door een nieuwe versie is opgevolgd (ICHPPC-2), die in overeenstemming met de ICD-9 is gebracht.

De ICHPPC is de minst slechte classificatie van problemen in de eerstelijns, welke op dit moment beschikbaar is. Maar het is zeker geen definitieve, bevredigende en duidelijke classificatie. Om deze reden is de werkgroep classificatie van de WONCA hard aan het werk om van de ICHPPC-2 bijna alle

rubrieken van een definitie te voorzien. Tijdens het vorderen van dit gigantisch werk wordt het steeds duidelijker dat er waarschijnlijk noch nationaal noch internationaal volledige overeenstemming over tal van definities mogelijk zal zijn.

Toch moet men het voorgaande niet zien als een rem op de ontwikkeling van de nieuwe registratiemethodiek. In tegendeel. Het is juist één van de wezenskenmerken van de huisartsgeneeskunde dat bij voortdurend gewerkt wordt in het domein van de twijfel en in het domein van het persoonlijke contact tussen hulpvrager en huisarts, waarbij beider persoonlijkheid, beider problemenlijst zo men wil, van wezenlijk belang zijn. Het is helemaal niet de bedoeling om tot een geuniformeerde, gedefinieerde en onduidelzinnige classificatie en terreinbeschrijving te komen van hetgeen zich nationaal en internationaal, in de huisartsgeneeskunde afspeelt. De behoefte aan heterogeniteit en aan variatie is juist groot. Hier mag wel direct de wens aan gekoppeld worden om inzicht te krijgen in de omvang en de aard van de spreiding. Het wetenschappelijk onderzoek dat met de nieuwe registratiemethodiek mogelijk wordt, kan daarop worden gericht.

Wetenschappelijk onderzoek vereist registratie van informatie in een bewerkbare vorm. Dit betekent in de praktijk dat zowel de basisgegevens als de problemenlijst en de contactgegevens in een codeerbare vorm dienen te worden vastgelegd. Op grond van vooral de ervaringen van George Mc Quitty (Calgary-Canada) is een doorschrijfformuliertje ontwikkeld (*schema 1*) dat enerzijds in de praktijk het werken van de huisarts, die wetenschappelijk werk verricht, vereenvoudigt en anderzijds ook als ponsdocument kan dienen.

Voor ieder arts-patiënt-contact wordt van een nieuw formuliertje gebruik gemaakt. Op de voorkant schrijft de huisarts op wat zich tijdens het consult afspeelt. In de kop kan hij de gestelde diagnoses, de therapie en het beleid vastleggen. Meer hoeft hij er op dat moment niet aan te doen. Hij scheurt het bovenste papiertje van het uit drie formuliertjes bestaande setje af en plakt dat met behulp van een zelfklevend strookje dakpansgewijs in het journaal. Er blijven nu nog twee copieën over. Eén copie is geheel hetzelfde als het eerste door de huisarts ingevulde formulier en staat nu ter beschikking om (in de ponskolom) gecodeerd te wor-

* Afdeling Gezondheidscentrum Ommoord Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Rotterdam.

* International Classification of Health Problems in Primary Care

Schema 1. Doorschrijfformuliertje volgens Mc Quitty.

datum 7/10	D Faryngitis				0	D Spanningsnek				N	D Werkproblemen				0											
	T Broxil					T -----					T -----															
c/v/a	B Keelwat					B Fysiotherapie					B idem															
1 gezinsnummer	A	L	S	3	2	1	-	8 ind.	9 vern.	10 h.a	11	16	20 on	21 therap	23 verw. binnen	25 verw. buiten	27	28	29							
mutaties												0	1	3	3	2	1	6	0	0	0	7	41	42	43	
												2	30	34	35	37	39									
												44	48	49	51	53										
												3	0	3	6	7	1	0	0	1	8	0	0			

subjectief nog steeds keelpijn, moe, huilbuien, ziet het niet zitten, hoofdpijn

objectief fikse faryngitis nog steeds - rookt niet
is duidelijk aangeslagen

probleem spanningsnek
toenemend werkprobleem - gevaar fusie

plan Broxil 3 x 625 + keelwat
fysiotherapeut - praten
eventueel ontspanningsgroep

1 x C
P. v.d. KAMP ALB. SCHWEITZERPLAATS 321 part.

esamsom

den. Dit kan later op de dag door de huisarts zelf gebeuren of het gebeurt door iemand die bijvoorbeeld voor een groep huisartsen alle coderingen vericht (een goede doktersassistente). De dan ingeschreven codering wordt doorgedrukt op het laatste - derde - formuliertje waarop alleen de codering verschijnt. Dit formuliertje is anoniem en kan zonder het risico dat de privacy van de patiënt geweld wordt aangedaan, aan bijvoorbeeld een centrale verwerkingsinstantie worden toegezonden.

Het hier beschreven systeem heeft een fikse stimulans gekregen door een subsidie van het Praeventiefonds voor het „monitoring”-project (projectleiders Prof. Dr. H. J. Dokter en Dr. H. Lamberts). Het project heet: Stuurbaar maken („monitoring”) van het functioneren van huisartsen met behulp van de probleemgeoriënteerde gezinskaart en geautomatiseerde informatieverwerking. Een aantal vragen komt daarbij aan de orde.

Centraal staat de wens om, aan de hand van gedurende twee jaar continu met de probleemgeoriënteerde kaart verzamelde informatie, vast te stellen in welke mate het huisartsgeneeskundig handelen stuurbaar is. Hiertoe wordt met behulp van door een computer geproduceerde overzichten het feitelijk gebeurde aan de deelnemende huisartsen teruggestuurd zodat de prikkel tot wijziging van het handelen op duidelijke informatie berust, terwijl ook de mate waarin een wijziging in het handelen plaatsvindt duidelijk wordt. Gedacht wordt aan het voorkomen van slecht omschreven ziektegedrag, het tot stand brengen van probleemgedrag, het doen, respectievelijk juist niet doen, van diagnostische en therapeutische verwijzingen binnen de eerstlijn en naar de tweede lijn.

Drie belangrijke vragen - in onderdelen gesplitst - zijn in het geding:

1. Wat is de vraag om hulp in de eerste lijn?

1.1 Hoeveel en welke problemen worden aangeboden?

1.2. Hoe hangen deze problemen onderling samen?

1.3. Welke is voor iedere patiënt de relatie tussen zijn basisgegevens en de geclassificeerde problemen?

1.4. In welke mate kan met de hulp van de continue informatiestroom de inhoud van de vraag om hulp beïnvloed worden door de huisarts? (probleemgedrag versus ziektegedrag, screening op hypertensie, cervixcarcinoom, mammacarcinoom).

1.5. In welke mate kunnen als ongewenst beoordeelde handelingen voorkomen worden?

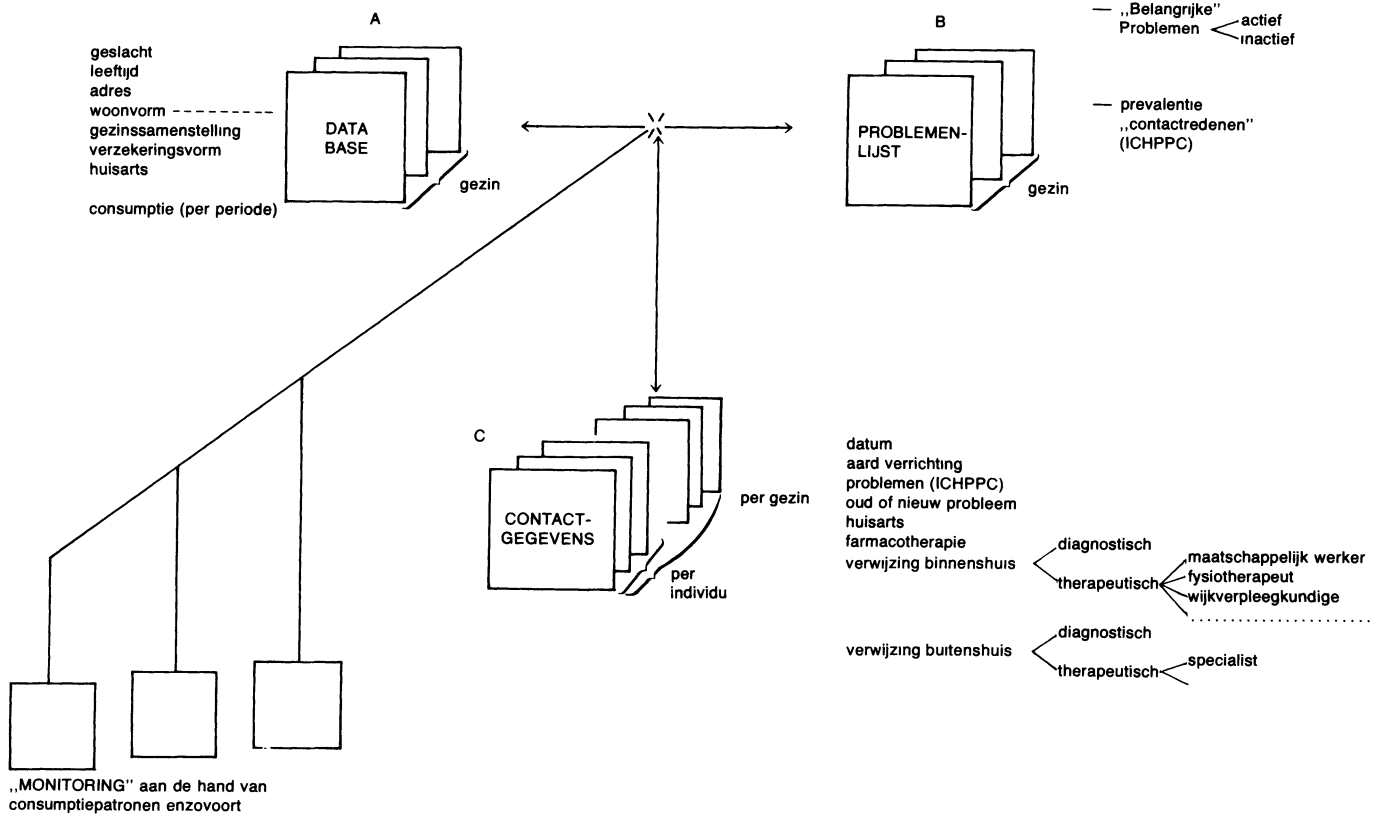
1.6. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn er?

2. Wat houdt de hulpverlening in de eerste lijn in?

2.1. Hoeveel patiënt-huisarts-contacten vinden plaats en met welke inhoud?

2.2. Welke voorspellende waarde hebben de basisgegevens en de pro-

Schema 2. Globale samenvatting van het in de tekst besproken „monitoring”-project.



blemenlijst voor het aantal en de inhoud der contacten?

2.3. In welke mate kan aan de hand van de continue informatiestroom de inhoud van de hulpverlening door de huisarts zelf beïnvloed worden?

2.4. In welke mate kunnen als ongewenst beoordeelde vormen van hulpverlening voorkomen worden?

3. Wat is de relatie binnen de eerstelijns en van de eerstelijns met de hogere lijnen in de gezondheidszorg?

3.1. In welke mate en voor welke problemen vindt verwijzing binnen de eerstelijns plaats en door welke beschikbare informatie (basisgegevens en problemenlijst) wordt dit verklaard?

3.2. In welke mate en voor welke problemen vindt verwijzing buiten de eerstelijns plaats en door welke be-

schikbare informatie wordt dat verklaard. Op deze wijze komt een meer gedetailleerd inzicht tot stand in de mate waarin al dan niet goed gemotiveerde verwijzingen naar specialisten plaatsvinden, respectievelijk mensen minder goed gemotiveerd „het medische kanaal” ingaan.

3.3. In welke mate kan door de continue informatiestroom de omvang en de inhoud van de genoemde verwijzingen door de huisartsen stuurbaar gemaakt worden?

In *schema 2* wordt het project globaal samengevat. De te gebruiken basisgegevens staan links boven genoteerd. De gegevens welke voor ieder contact kunnen worden verzameld en gecodeerd vindt men in het midden van het schema terug. Rechts boven staat de

problemenlijst genoemd. In Rotterdam neemt een twaalfstal huisartsen aan het project deel. Het is duidelijk dat daarbij een flink beroep op hen gedaan wordt. Lang niet iedere huisarts is daartoe bereid of in staat.

Het hier beschreven registratiesysteem heeft echter ook het minder groot opgezette en bescheidener onderzoek veel te bieden. Beperkte vragen of een serie samenhangende vragen, in de tijd uitgesmeerd, kunnen met de hulp van de probleemgeoriënteerde registratiekaart op een relatief gemakkelijke manier onderzocht worden, waarbij het er dan wel in zit dat de ene vraag de andere uitlokt. Wanneer de nieuwe patiëntenkaarten de nieuwsgierigheid blijken te prikkelen, dan heeft de huisartsgeneeskunde er alleen daardoor al veel bij gewonnen.