

2 De probleemgeoriënteerde verslaglegging als onderwijsmiddel

Inleiding

Met name in de Verenigde Staten en Engeland heeft de probleemgeoriënteerde verslaglegging (POMR= Problem Oriented Medical Record), die rond 1964 door Lawrence Weed werd geïntroduceerd, zijn intrede gedaan in de gezondheidszorg en ook in het medisch onderwijs, waarbij er een intensieve wisselwerking is geweest tussen deze twee gebieden. In Nederland is de probleemgeoriënteerde verslaglegging nergens systematisch in de gezondheidszorg ingevoerd. Er zijn enkele afdelingen in verschillende ziekenhuizen die de POMR gedeeltelijk hanteren. Ten aanzien van het medisch onderwijs zijn ook enkele verspreide activiteiten te bespeuren, die aangezien het feit dat de POMR in de gezondheidszorg nog niet gehanteerd wordt ook moeizaam van de grond komen.

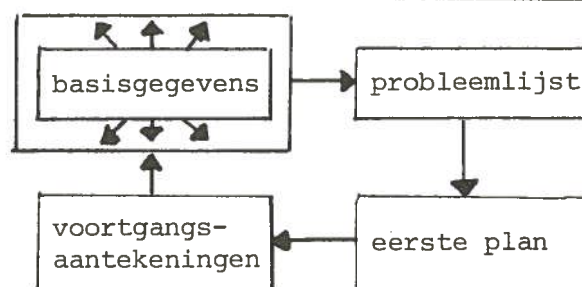
In dit artikel zal, gezien vanuit het onderwijsperspectief, worden ingegaan op de achtergrond van de POMR, de opbouw van de status, het nut voor het medisch onderwijs en zullen enkele ervaringen worden beschreven.

De empirische cyclus en probleemgeoriënteerde verslaglegging

Het oplossen van problemen geschiedt volgens een cyclisch model, de empirische cyclus genoemd. Uitgaande van een hoeveelheid kennis en verzamelde informatie, die weerspiegelt wat men op dat

moment over het onderwerp weet, worden hypothesen opgesteld. Om deze te verifiëren, te bewijzen of te verwerpen worden daarna experimenten ontworpen. De resultaten daarvan worden toegevoegd aan de eerder bestaande kennis en informatie. Deze cyclus speelt zich ook af op het micro niveau van de anamnese, waarbij de vraag die de arts stelt, als experiment beschouwd kan worden om een hypothese, die hij gevormd had op basis van wat de patient al verteld had, te toetsen. Het antwoord van de patient levert nieuwe informatie op, die aanleiding kan zijn tot het formuleren van een nieuwe hypothese.

De probleemgeoriënteerde verslaglegging sluit wat zijn onderdelen betreft nauw aan bij de empirische cyclus, alleen hebben ze in de POMR een andere naam. De begininformatie heet nu: basisgegevens; op geleide van deze gegevens wordt een probleemlijst opgesteld, waarbij voor elk probleem een aantal activiteiten wordt voorzien in het eerste plan. Deze plannen leveren, net als bij experimenten, resultaten op die als voortgangsaantekeningen worden genoteerd. Deze voortgangsaantekeningen vormen dan samen met de basisgegevens weer de informatie die bepalend is voor de probleemlijst.



figuur 1

De POMR is geschikt voor verslaglegging in het ziekenhuis alsook bij de huisarts. Als gevolg van verschillen in situatie is de vorm van de status ook iets anders. De huisarts hanteert een meer continue verslaglegging ten aanzien van meerdere problemen, terwijl in het ziekenhuis in een korte periode aan enkele problemen veel aandacht wordt besteed.

De vorm van de ziekenhuisstatus zal verder als voorbeeld dienen.

ONDERDELEN VAN DE POMR

- A. Basisgegevens.
 - B. Probleemlijst.
 - C. Eerste plan.
 - D. Voortgangsaantekeningen.
-

Basisgegevens

Hiermee wordt bedoeld alle informatie die in eerste instantie over een patient verkregen wordt uit de anamnese, het lichamelijk onderzoek, de verwijsbrief en/of vroegere status en het routine laboratoriumonderzoek. In de basisgegevens treffen we dus aan: hoofdklacht, klachtuitdieping, tractus anamnese, psycho-sociale anamnese, voorgeschiedenis, medicatielijst, gericht lichamelijk onderzoek, algemeen lichamelijk onderzoek, resultaten van al verricht laboratoriumonderzoek, gegevens uit verwijsbrief of vroegere status.

In veel gevallen zijn per specialisme afspraken gemaakt over de minimale hoeveelheid informatie die verzameld dient te worden, zodat voor iedereen duidelijk is wat gevraagd is. Zo zal op de afdeling verloskunde een aantal vragen gericht zijn op vorige zwangerschappen en het verloop daarvan in detail, terwijl deze vragen voor de afdeling neurologie niet zo belangrijk zijn en daar andere informatie meer in detail wordt verzameld.

Probleemlijst

De probleemlijst is de spil waar de hele status om draait en dient als index tot de status. Het is een dynamische, d.w.z. veranderlijke samenvatting van de problemen van de patient. Een probleem is gedefinieerd als: 'datgene waarvoor nader onderzoek of handelen door werkers in de gezondheidszorg nodig is of iets dat het lichamelijk of geestelijk welzijn van de patient kan verminderen of verminderd heeft'.

Deze definitie maakt het mogelijk dat op de probleemlijst niet alleen afgeronde diagnoses worden vermeld maar ook andere afwijkende gegevens, die wel opgemerkt zijn maar omdat ze niet bij de diagnose passen eigenlijk 'vergeten' worden. Op de probleemlijst kunnen dus staan: diagnoses, symptomen, afwijkende laboratoriumgegevens, sociale problemen en ook risicofactoren. De problemen moeten geformuleerd worden 'at a true level of understanding', dat wil zeggen dat de schrijver de formulering moet kunnen verantwoorden op basis van de beschikbare informatie. Vraagtekens horen dan ook niet op de probleemlijst thuis.

Eerste plan

Na het opstellen van de probleemlijst volgt als logische stap het eerste plan voor ieder probleem afzonderlijk. Door per probleem een plan op te schrijven wordt het voor een buitenstaander (bijv. in het weekend, of tijdens waarneming) duidelijk waarom bepaalde onderzoeken zijn aangevraagd of waarom een bepaald medicijn is gegeven. Er wordt dus in zekere zin een verantwoording gegeven voor het aangevraagde onderzoek. Bij het opschrijven van het eerste plan begint men met de vermelding van het probleemnummer en de probleemtitel. Daarna schrijft men achtereenvolgens de plannen m.b.t. dat probleem in de categorieën Diagnostiek, Therapie, Monitoring en Voorlichting. De eerste twee behoeven geen verdere toelichting. Vaak wordt een aantal activiteiten gepland

die niet eenmalig geschieden, zoals bijvoorbeeld het dagelijks meten van de bloeddruk. Deze worden dan onder Monitoring geplaatst. Onder Voorlichting dient kort beschreven te worden wat de patient verteld is over zijn ziekte, de behandeling ervan en de implicaties die dat heeft voor zijn leven. Op deze wijze wordt voorkomen dat tijdens week-ends de dienstdoende arts niet weet in hoeverre de patient op de hoogte is van zijn ziekte.

Voortgangsaantekeningen

De voortgangsaantekeningen worden per probleem genoteerd in de SOEP notatie. Hierbij staat de S voor subjectieve informatie, O voor objectieve gegevens uit onderzoek, E voor evaluatie van deze gegevens en P voor nieuwe plannen. Deze SOEP is dus weer een kleine empirische cyclus.

De onderwijsstappen in de POMR

Een ervaren arts zal op basis van zijn kennis en ervaring uit de basisgegevens door combinaties van bevindingen tot de formulering van een aantal problemen komen en tot het vaststellen van een eerste plan. Als het een 'eenvoudige' patient betreft zal een andere arts tot dezelfde probleemlijst en hetzelfde plan komen. Gaat het om een ingewikkelder casus dan kan die andere arts wel eens denken: 'hoe komt hij daar nu bij' en ontstaat de behoefte om zoiets als een beschrijving van het gevolgde denkproces te geven. Voor de student, die nog geen ervaring heeft, is het uitermate nuttig zijn denkprocessen zo expliciet mogelijk te beschrijven. Op die manier zijn ze te herlezen, te bespreken en te beoordelen.

Voor de stap tussen basisgegevens en probleemlijst is een erg belangrijke, omdat hier de student kan omgaan met zijn al verworven kennis, de waarde van bepaalde gegevens kan beoordelen en blijk kan geven van zijn inzicht in de samenhang van de gegevens. In de onderwijsversie van de POMR is

er daarom plaats voor een apart gedeelte: signalen en interpretatie.

Uit de basisgegevens wordt een opsomming gemaakt van alle signalen, d.w.z. 'positieve' of afwijkende gegevens. Hierbij kan de student leren de basisgegevens kritisch te beschouwen. Heeft het stellen van die vraag in die situatie belangrijke informatie opgeleverd? Wat is de waarde van die informatie in relatie tot eerdere gegevens?

Als de signalenlijst (in steekwoorden) tot stand is gekomen volgt de kunst om bij het formuleren van de problemen enerzijds geen belangrijke informatie verloren te laten gaan en anderzijds informatie op een zinvolle en verantwoorde wijze te bundelen om geen eindeloos lange probleemlijst te krijgen. Er zijn enkele manieren om deze interpretatie te doen, zoals bijvoorbeeld het nummeren van de signalen en dan via het weergeven van $2 + 6 + 7 + 9 =$ onderwandinfarkt aan te geven hoe men denkt.

De methode die toch het meest inzicht geeft in het denkproces bestaat uit een soort essay waarbij de combinaties van signalen besproken worden, waarbij aangegeven wordt waarom bepaalde probleemformuleringen het meest waarschijnlijk zijn en waarom andere minder waarschijnlijk zijn. Op deze wijze volgt automatisch het eerste plan, aangezien de genoemde mogelijkheden bevestigd c.q. uitgesloten dienen te worden. Ook bij de voortgangsaantekeningen kan bij de E stap dit gevolgde denkproces expliciet aangegeven worden.

Nu is het opschrijven van dergelijke denkprocessen weinig zinvol en waarschijnlijk ook van korte duur als er niets mee gedaan wordt. Bespreking van de verslaglegging is daartoe noodzaak. Een dergelijke bespreking kan tussen student en arts geschieden, maar ook in groepsvorm van meerdere studenten met een arts.

Er zijn vele manieren om een status te bespreken. Men kan vooraan beginnen en de student stap voor stap laten toelichten hoe hij de status heeft opgebouwd, hoe hij bepaalde gegevens heeft

geïnterpreteerd, hoe hij tot zijn probleemformuleringen is gekomen, etc. Men kan ook bij de probleemlijst beginnen en de student zijn probleemlijst laten 'bewijzen'. Was het niet mogelijk om problemen op een hoger niveau te plaatsen? Is het geformuleerde eerste plan adequaat?

Zeker indien een status in een onderwijsgroep ter tafel komt, ontstaan interessante discussies waarbij de arts ervoor moet waken niet te snel als vakspecialist maar eerder als stimulator en procesbewaker op te treden. Op deze wijze zal de bespreking van een status niet leiden tot passief luisterende studenten, maar zullen studenten elkaar kritisch vragen stellen, elkaar aanvullen en tenslotte nieuwe leerdoelen opstellen aan de hand van opgekomen vragen en problemen.

De beoordeling van studenten tijdens hun stages geschiedt in de Verenigde Staten en in Engeland op een aantal plaatsen mede op grond van de door hun gemaakte POMR's. Regelmatig wordt een door de student gemaakte status onderworpen aan een beoordeling van zowel vorm als inhoud.

Enkele ervaringen

In de afgelopen jaren is in Maastricht enige ervaring opgedaan met het gebruik van de probleemgeoriënteerde verslaglegging in het onderwijs. Zoals al eerder uiteengezet sluit de POMR nauw aan bij het probleemoplossende proces, dat ook in de onderwijsgroepen gehanteerd wordt.

Het bleek mogelijk om studenten bij het begin van hun praktisch medisch onderwijs in de kliniek middels een training van ongeveer 4 uur de principes van de POMR aan te leren. Aangetekend moet worden dat deze studenten met een aantal begrippen uit de POMR al redelijk bekend waren.

Het hing van de afdeling af of de student ook probleemgeoriënteerd verslag legde. Geen van de afdelingen hanteerde de probleemgeoriënteerde verslaglegging zelf in de gezondheidszorg, en

hoewel onderkend werd dat de POMR zeker voor het onderwijs erg nuttig was, bleek men niet overal even enthousiast. Op enkele afdelingen werden studenten gestimuleerd om POMR's te maken en werden ook nabesprekingen georganiseerd, maar aanzien niet alle artsen vertrouwd waren met de POMR bleek dat ook niet altijd even soepel te verlopen.

Nabespreking door artsen zonder POMR-ervaring bleken zich vaak te beperken tot het controleren van de diagnose en het bespreken van het beleid.

De nabesprekingen in groepsvorm of alleen met een arts, die wel POMR-ervaring had, werden door de studenten als zeer positief en inspirerend ervaren.

Hoewel de ervaringen positief te noemen zijn, is er op dit moment geen sprake van een systematisch aanleren en hanteren van de probleemgeoriënteerde verslaglegging. Waarschijnlijk is het feit dat de POMR in de gezondheidszorg nog niet gehanteerd wordt daar voor een groot deel debet aan.

Slot

De probleemgeoriënteerde verslaglegging is een duidelijke, overzichtelijke en gedetailleerde wijze van verslagleggen die de schrijver dwingt tot nauwkeurig formuleren en waarin het denkproces van de maker goed tot zijn recht kan komen. Daarom mag de POMR een goed onderwijsmiddel genoemd worden. Het is, helaas, te verwachten dat het nog wel even zal duren voordat deze wijze van verslagleggen een systematisch onderdeel zal zijn van het medisch onderwijs.

Enkele POMR standaardwerken

- Weed, L.L., *'Medical records, medical education and patient care'*, Cleveland, Case-Western Reserve University Press, 1969.
- Hurst, J.W., Walker, H.K., *'The problem oriented system'*, New York, Medcom Press, 1970.
- Walker, H.K., Hurst, J.K., Woody, M.E., *'Applying the problem oriented system'*, New York, Medcom Press, 1973.

In deze boeken wordt het concept verder uitgewerkt naar zowel de gezondheidszorg als het medisch onderwijs. Door verschillende auteurs wordt gerapporteerd over hun ervaringen.

- Ryback, R.S., *'The problem oriented record in psychiatry and mental health care'*, New York, etc., Grune and Stratton, 1974.

De schrijver laat zien dat het POMR concept ook kan gelden voor de psychiatrie.

- Petrie, J.C., McIntyre, N., *'The problem oriented medical record'*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1979.

Een weliswaar op de Engelse situatie gericht boekje, maar erg goed leesbaar. Bevat bovendien een goed hoofdstuk over POMR en de huisarts.

Een uitgebreidere literatuurlijst en een exemplaar van 'Probleemgeoriënteerd verslagleggen', speciaal voor studenten van de Faculteit der Geneeskunde geschreven handboekje, zijn bij de auteur aan te vragen.
