Innovatie en informatie in de huisartspraktijk

Innovatie is een nieuw en modieus begrip, dat in veel verschillende betekenissen wordt gebruikt.
Vast staat in ieder geval dat het bij innovatie altijd gaat om een *fundamenteel andere* aanpak. Minder streng is men met betrekking tot de vraag of de vernieuwing ook *relevant, wenselijk en praktisch realiseerbaar* moet zijn. Naar mijn mening zal innovatie in de huisartsgeneeskunde echter ten minste aan alle hier genoemde eisen moeten voldoen; het moet gaan om een ingrijpende verbetering, die door de beroepsgroep wordt geaccepteerd en die in een behoefte voorziet.

Ook voor de huisartsgeneeskunde kan men onderscheid maken tussen technische en sociale innovatie c.q. tussen produkt- en proces-innovatie.
Een technische of produkt-innovatie heeft betrekking op het beschikbaar komen van nieuwe apparatuur, nieuwe onderzoekmethoden en nieuwe materiële voorzieningen. Wanneer bijvoorbeeld de echoscopie voor de huisarts als onderzoekmethode beschikbaar komt, dan is er sprake van technische innovatie. Wanneer blijkt dat hij de uitkomsten daarvan goed gebruikt, bestaat tevens een proces-innovatie: de nieuwe informatie verrijkt het huisartsgeneeskundig handelen op een relevante en gewenste wijze, zodat er ook daadwerkelijk in een behoefte wordt voorzien.
In de komende jaren zal de belangrijkste technische innovatie de automatisering in de huisartspraktijk ten behoeve van de praktijkvoering zijn. Veel wijst er op, dat de personal computer of een aansluiting op grotere systemen zal worden gebruikt voor de administratieve praktijkvoering: leeftijd/geslachtsregister, facturering, oproepsystemen voor patiënten, afspraakspreekuur, enzovoort. Daarnaast ligt het voor de hand dat huisartsen letterlijk en figuurlijk aansluiting zullen zoeken bij door apothekers beheerde systemen, zodat zij gezamenlijk geneesmiddelenlijsten per patiënt kunnen bijhouden en bewaken.
De vraag is echter of invoering van automatisering in de huisartspraktijk ook zal leiden tot proces-innovatie, want daar is het tenslotte om begonnen.
De belangrijkste proces-innovatie in de huisartsgeneeskunde is naar mijn mening de manier waarop huisartsen de patiëntgebonden, klinische informatie waarover zij beschikken, systematisch en doelgericht beheren. De noodzaak tot een dergelijk beheer wordt nationaal en internationaal, door huisartsen en specialisten, erkend. Het is immers duidelijk dat de conclusies, adviezen en prognoses met betrekking tot patiënten met een bepaalde ziekte of risicofactor nu nog bijna volledig zijn gebaseerd op cijfers die zijn verzameld onder zeer bijzondere omstandigheden en in sterk geselecteerde populaties. Het is daarom bijna steeds onmogelijk om vanuit deze – op zichzelf correcte – observaties te extrapoleren naar andere en grotere populaties, laat staan naar de plaats waar de mensen voor het eerst patiënt worden: de huisartspraktijk.
Huisartsen kunnen in de goed gedefinieerde praktijkpopulatie waarmee zij gedurende vele jaren continu te maken hebben, betrouwbare klinische informatie met werkelijk voorspellende waarde verzamelen. De sensitiviteit en de specificiteit van waarnemingen door huisartsen – in het licht van de prevalenties in een groot aantal praktijken vastgesteld – zijn bepalend voor de kwaliteit van beslisbomen en protocollen waarmee de kwaliteit van de gezondheidszorg werkelijk gediend is.
Huisartsen kunnen deze proces-innovatie aan, omdat de benodigde voorzieningen *(tools and rules),* inclusief automatisering, beschikbaar zijn of komen. De door de WHO en de WONCA ontwikkelde classificatiesystemen en definities, zoals in de International Glossary of Primary Care zijn opgenomen (zie ook pagina 246 in dit nummer), maken het mogelijk de belangrijkste onderdelen van de probleemgeoriënteerde registratie betrouwbaar vast te leggen. De hulpvraag c.q. de contactreden van de patiënt, de diagnostische interpretatie daarvan door de huisarts en de aard en omvang van de daaraan gekoppelde therapeutische en diagnostische interventies kunnen met behulp hiervan goed geregistreerd en geclassificeerd worden.

Dat wil niet zeggen dat alle problemen zijn opgelost. In dit nummer zijn drie artikelen opgenomen, die betrekking hebben op vragen die nog niet zijn beantwoord.
De regelmatige lezer van ons blad weet, dat de huisarts die probleemgeoriënteerd wil registreren en classificeren, dit ook betrouwbaar kan doen. Er zijn internationaal ontwikkelde en getoetste systemen voor de S (Subjectief of klacht), en E (Evaluatie of diagnose) en de P (Proces of interventie) van de SOEP-registratie. De O (Objectieve waarnemingen) is tot op

heden echter de grote onbekende in het SOEP-kwartet. De Maastrichtse Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde houdt zich intensief bezig met registratie en classificatie door huisartsen. Zij biedt nu een eerste onderzoek door huisartsen vast te leggen, en daarbij duidelijk verder gaat dan classificaties als ICPC of ICPC-Process.[1]
Het belangrijke van het Maastrichtse voorstel is, dat de stap naar het betrouwbaar classificeren van de uitkomsten van lichamelijk onderzoek – en daarmee van de O – nu gemakkelijker gezet kan worden.
Ook de vraag hoe betrouwbaar huisartsen eigenlijk registreren en classificeren, is onvoldoende beantwoord. Dit klemt des te meer, omdat een onoordeelkundige en te snelle introductie van geautomatiseerde informatiesystemen in de huisartspraktijk – zonder dat de vraag naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de ingevoerde gegevens is beantwoord – een negatieve invloed op de kwaliteit van patiëntgebonden informatie zou kunnen hebben.
Thans blijkt dat huisartsen wel degelijk betrouwbaar kunnen classificeren, al gaat dat allerminst vanzelf: eveneens uit de Maastrichtse Capaciteitsgroep komt een uitvoerig verslag van een onderzoek naar de mate waarin huisartsen in staat zijn de reden van de komst van patiënten betrouwbaar te classificeren.[2]

Tenslotte beschrijft *Rutten* een in zijn ogen verbeterde patiëntenkaart, waarmee hij een bepaalde ontwikkeling binnen het Nederlandse Huisartsen Genootschap illustreert.[3]
De probleemgeoriënteerde gezinskaart en de probleemgeoriënteerde groene kaart staan de Nederlandse huisarts nu ruim vijf jaar ter beschikking, terwijl de Commissie Praktijkvoering van het NHG nog steeds bezig is met het verfijnen van registratiemethoden. Men kan zich afvragen of Rutten met deze nieuwe loot aan de stam der patiëntenkaarten de beroepsgroep wel een even grote dienst bewijst als zichzelf. Hij verzuimt immers de praktische bruikbaarheid en relevantie van de door hem opgevoerde nieuwe informatie met concrete ervaringen uit de praktijk te ondersteunen. Zo lost ook hij het probleem rond het hanteren van geneesmiddelenlijsten niet op.
Toch heeft de redactiecommissie besloten dit artikel op te nemen om te benadrukken dat het beheer van de patiëntgebonden informatie nog steeds is gebaseerd op het bijhouden en hanteren van een goede, met de hand geschreven patiëntenkaart. Wij zien in deze bijdrage in feite vooral een beroep op Nederlandse huisartsen om zich actief met deze materie bezig te houden en op zijn minst de Commissie Praktijkvoering van het Nederlandse Huisartsen Genootschap bij nieuwe plannen en de uitvoering daarvan te betrekken.

Na het voorafgaande kan men zich afvragen wat een en ander oplevert voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Is de effectiviteit van het huisartsgeneeskundig handelen gediend met de hier besproken innovatie?
De discussie over het nut van geneeskundig handelen – en over het verschil tussen efficiëntie en effectiviteit daarbij – is niet eenvoudig. Zo staat vast dat de verbetering van de gezondheidstoestand in de geïndustrialiseerde landen gedurende de afgelopen halve eeuw niet primair moet worden toegeschreven aan het toegenomen aantal medische interventies, maar vooral aan de verbeterde leefomstandigheden. Evenzo bestaat er geen twijfel over dat voorzieningen als een goede drinkwaterleiding en een goede riolering van veel groter belang zijn voor het verbeteren van de gezondheidstoestand in ontwikkelingslanden dan een toename van de medische zorg.
De betekenis van innovatie is dan ook beperkt en afhankelijk van een aantal randvoorwaarden. Het creëren van geavanceerde informatie-systemen waaraan een grote stroom medische gegevens kan worden toevertrouwd, betekent ongetwijfeld een innovatie. Het zal echter nog lang duren voordat ook aan de randvoorwaarden kan worden voldaan: voordat duidelijk is welke informatie zo schoon is, dat zij zonder veel voorbehoud kan worden gebruikt, en voordat wij in staat zijn verbruikte en vervuilde informatie weer af te voeren.
De huisarts is daarbij de aangewezen instantie om te fungeren als zuiveringsstation: hij kan de stroom van gegevens over de bij hem ingeschreven patiënten zodanig beheren, dat de beschikbare informatie constant zo schoon is als drinkwater; hij kan ervoor zorgen dat vervuilde, onjuiste en niet langer ter zake doende informatie spoorloos verdwijnt en niet per ongeluk in de drinkwaterleiding terecht kan komen.

Dr. H. Lamberts

[1] Leclercq RMFM, De Geus CA. De LO-codelijst. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 235-8.
[2] Van der Horst F, Seelen A, Vissers F, e.a. Registratie in de huisartspraktijk. Over de betrouwbaarheid, praktische hanteerbaarheid en adequaatheid van het RFE-classificatiesysteem. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 229-34.
[3] Rutten GEHM. Anders gaan registreren: een werkzaam compromis. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 239-41.