

**Beschouwing**

Veel van wat onder de vlag van Methodisch Werken de huisartsgeneeskunde binnenkwam, is er niet meer uit weg te denken – en dat is maar goed ook. Wie durft bijvoorbeeld nog te ontkennen dat de dokter, vóór er van enig medisch handelen sprake kan zijn, allereerst te weten dient te komen wat de klacht is van de patiënt en wat deze van hem wil?

Aan de andere kant: aan heilige koeien heeft niemand iets. Het is dus zaak om kritisch te blijven en het model niet te laten prevaleren boven de realiteit. Dit is des te belangrijker omdat het model de realiteit kan beïnvloeden, misschien zelfs kan bepalen. De dokter die ervan uitgaat dat het consult een onderhandelingsituatie is en die zich daarvoor gedraagt, schept een onderhandelingsituatie.

Het is dan ook belangrijker om artsen te leren de realiteit van consult en patiënten juist waar te nemen, dan om hen te trainen in het gebruik van een model en de daarbij behorende vaardigheden. Hiervoor is vooral nodig: het vermogen om onbevooroordeeld te kunnen luisteren. Methodisch Werken, of een ander al of niet ingewikkeld model, kan hier slechts een beperkte bijdrage aan leveren.

- <sup>1</sup> Holten-Vriesema J, Tompot C, Van Aalderen HJ, et al. Methodisch werken. Huisarts Wet 1978; 21: 322-35.
- <sup>2</sup> Grol R, Mesker P, red. Huisarts en toetsing. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.
- <sup>3</sup> Sluijs E. Is Methodisch Werken meetbaar? Huisarts Wet 1983; 26: 290-6.
- <sup>4</sup> Van Aalderen H, Hollenbeek Brouwer H. Syllabus Methodisch Werken. 2e dr. Amsterdam: Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1982.
- <sup>5</sup> Schouwstra CP. Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. Huisarts Wet 1981; 24: 442-7.

**Nota bene**

De arts in opleiding tot specialist zou tijdens deze periode een stage huisartsgeneeskunde dienen te lopen. Stelling bij: Oostenbroek RJ. Acute liver ischemia [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

M. A. M. F. EYCK EN J. G. REY

## Huisarts en computer: argumentatie en verwachtingen

**In het kader van het NUT-project wordt in vier huisartspraktijken onderzocht, hoe het proces van automatisering van de praktijkvoering zich voltrekt. In deze bijdrage wordt ingegaan op de overwegingen die een rol spelen bij de besluitvorming. Verbetering van de doelmatigheid is de meest gehoorde wens, met name op het gebied van administratie en/of beheer. Ook op het gebied van het huisartsgeneeskundig (be)handelen worden allerlei voordelen genoemd. Het niet beschikbaar zijn van de medische gegevens tijdens de visites is een nadeel, evenals de mogelijke beïnvloeding van de arts-patiënt relatie in de spreekkamer. Verder ziet men op tegen de wellicht hoge aanloopkosten. Besparing op loonkosten zal niet of nauwelijks optreden in een solopraktijk, mogelijk wel in een groepspraktijk. Bij het gebruik van een grootboekmodule kan waarschijnlijk op de accountantskosten worden bespaard. Verder kan de declaratieperiode verschuiven van één keer per kwartaal naar één keer per maand.**

**Inleiding**

In 1984 publiceerden *Van den Hoogen en Brasse* de uitkomsten van een onderzoek waaruit bleek dat slechts 0,6 procent van de Nederlandse huisartsen gebruik maakte van de computer.<sup>1</sup> Uit twee latere enquêtes blijkt echter dat een meerderheid van de respondenten automatisering ziet als een verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde. Zowel nu als in de toekomst wenst men de computer in eerste instantie te gebruiken voor de administratie. Men verwacht veel van de medische toepassingen (patiëntenregistratie, geneesmiddelenregistratie en -bewaking, onderzoek) en zelfs zeer veel van de communicatiemogelijkheden.<sup>2 3</sup>

In ieder geval blijkt dat een deel van de Nederlandse huisartsen de computer gebruikt voor diverse doeleinden, te beginnen bij de financiële administratie,

in tegenstelling tot de Engelse huisartsen, die de voorkeur gaven aan het samenstellen van een leeftijd- en geslachtregister en het registreren van herhalingsrecepten, immunisatie en screening.

In het kader van het NUT-project wordt in vier huisartspraktijken onderzocht, hoe het proces van automatisering van de praktijkvoering zich voltrekt.<sup>4</sup> In deze tweede bijdrage wordt ingegaan op de overwegingen die een rol spelen bij de besluitvorming door de huisartsen in de vier eerder beschreven praktijken. Tevens worden de voor- en nadelen die de huisartsen verwachten, onderworpen aan een nadere beschouwing.

**De vier praktijken**

Praktijk *Rivierdorp* is een apotheekhoudende solopraktijk, met een bij overname onbruikbare patiëntenregistratie (gegevens op de achterkant van specialistenbrieven). De nieuwe huisarts wil een nieuwe registratie opzetten volgens het SOEP-systeem. Goede verzameling en codering van gegevens zullen het mogelijk moeten maken het medisch handelen te evalueren, en niet vast te lopen in de dagelijkse routine. Ook lijkt automatiseren een zinvolle keuze met het oog op de eisen van het ziekenfonds en de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek.

Praktijk *Schoeneveld*, gelokaliseerd op het verstedelijkt platteland, is een associatiepraktijk van twee huisartsen. Zij verwachten van automatisering goede ondersteuning bij de praktijkvoering en een positieve invloed op de kwaliteit van hun medisch handelen. Zij denken wel dat automatiseren in het begin veel tijd kost. Verder kunnen zij nog niet alle voor- en nadelen overzien.

Praktijk *Bij de stad* is als 'researchpraktijk' geschikt gemaakt voor eerstelijns onderzoek. In het kader van dat onderzoek zou aanvankelijk ook de praktijkadministratie worden geautomatiseerd. Wanneer het geplande onderzoek geen doorgang vindt, besluiten huisarts en assistente op eigen gelegen-

Werkgroep Implementatie, NUT-project, Nederlands Huisartsen Genootschap, Burgemeester Reigerstraat 87, 3581 KP Utrecht. M.A.M.F. Eyck, huisarts; J.G. Rey, huisarts.  
Correspondentie: M.A.M.F. Eyck.

heid te gaan automatiseren: eerst de financiële kant van de administratie (aantal declaraties 1600-1700 per jaar); later zal volledige automatisering plaatsvinden.

In praktijk *Nieuwstad* werken drie huisartsen in een gezondheidscentrum, respectievelijk voor 80,70 en 50 procent van de arbeidstijd. Ideële argumenten spelen een grote rol bij hun beslissing om tot een geautomatiseerd registratiesysteem over te gaan; praktische overwegingen, zoals het declareren van particuliere rekeningen, staan op de achtergrond, omdat dit soort zaken door de overkoepelende stichting wordt geregeld.

De verwachtingen van de huisartsen werden geïnventariseerd met betrekking tot de volgende aspecten:

- praktijkindeling;
- kaartstelsysteem;
- verwijsbrieven en specialistenbrieven;
- betalingen;
- spreekuurorganisatie;
- visites;
- apotheek.

### Verwachtingen

#### Praktijkindeling

In de apotheekhoudende praktijk *Rivierdorp* bestonden positieve verwachtingen ten aanzien van een betere communicatie tussen huisarts en assistente over de medicatie. Tevens zou meer openheid mogelijk zijn ten aanzien van de patiënt over de bij de huisarts opgeslagen gegevens. Als nadelen stonden daartegenover dat er veranderingen moesten worden doorgevoerd in de apotheek en in de spreekkamer.

In *Schoeneveld* zou de ladenkast waarin nu het kaartstelsysteem is opgeborgen, moeten wijken voor de computer.

#### Kaartstelsysteem

Van een geautomatiseerd kaartstelsysteem worden talloze voordelen verwacht op het gebied van de registratie. Als de medische gegevens en de gegevens over de medicatie met de computer worden bijgehouden, zullen ze sneller beschikbaar en beter leesbaar zijn. Ook de gegevens van keuringen en passanten zouden beter bewaard kunnen worden.

In *Rivierdorp* wordt vooral verwacht dat de brieven overzichtelijker kunnen worden opgeborgen.

In *Schoeneveld* wordt tevens ver-

wacht dat meer gebruik gemaakt zal worden van de registratie, daar alleen de gevraagde informatie te zien zal zijn en er minder kwaliteitsverlies zal optreden door betere leesbaarheid.

In *Bij de stad* wordt ook verwacht dat mutaties beter kunnen worden bijgehouden. Verder zou automatisering een betere selectie en bewaking van risico-patiënten mogelijk maken, evenals een betere administratieve ondersteuning van preventieve taken.

In *Nieuwstad* worden toetsing en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek expliciet genoemd. De mogelijkheid om de patiënt een uitdraai van de opgeslagen gegevens te verschaffen scoort hier eveneens hoog.

Als negatieve punten worden genoemd:

- de tijd die nodig is voor het uitvoeren van bovengenoemde handelingen (invoeren van alle gegevens, bijhouden van mutaties);
- frequent verhuizen van patiënten wordt minder zichtbaar;
- de in de computer opgeslagen gegevens kunnen niet worden meegenomen bij de visites.

#### Verwijsbrieven en specialistenbrieven

Als de geautomatiseerde gegevensopslag inderdaad punctueel wordt bijgehouden, zullen bij een verwijzing de gegevens van de voorgeschiedenis van een patiënt en de gebruikte medicatie sneller, makkelijker en leesbaarder in de verwijsbrief worden opgenomen. Als de specialistenbrief eenmaal is ingevoerd, kunnen bovendien de vraag van de verwijzer en het antwoord van de specialist beter vergeleken worden. De specialistenbrieven zijn verder makkelijker toegankelijk voor informatie aan de patiënt; zoeken van kaarten en brieven behoort tot het verleden. Samenvattingen van specialistenbrieven kunnen fraai in de voorgeschiedenis van de patiënt worden opgenomen.

Als nadeel noemen allen de standaardisatie van de verwijsbrieven. In *Nieuwstad* zullen de patiënten apart terug moeten komen om de verwijsbrief op te halen. Ook de kosten van de printer worden als nadeel genoemd.

#### Betalingen

Behalve in *Nieuwstad*, waar de medewerkers een dienstverband hebben, verwacht men dat de financiële administratie sneller, accurater en dus efficiënter

kan plaatsvinden. Aan de patiënt is op elk moment zonder extra moeite een volledig overzicht met specificaties te verstrekken. Door het versturen van maandelijks rekeningen zal betere en snellere betaling mogelijk zijn. Verder kan op elk moment een overzicht van de financiële stand van zaken gegeven worden en een vergelijking gemaakt worden met de begroting.

In *Schoeneveld* wordt een besparing op de accountantskosten verwacht. In *Bij de stad* verwacht men dat de geautomatiseerde financiële administratie minder arbeidsintensief is.

In *Schoeneveld* zien de huisartsen als nadeel dat automatiseren geen geld bespaart, maar juist geld gaat kosten.

#### Spreekuurorganisatie

De verwachte voordelen van automatisering bij de spreekuurregistratie lopen grotendeels parallel met de voordelen die bij het kaartstelsysteem zijn genoemd. Tijdens het spreekuur, met name bij 'tussendoor-patiënten', zal minder heen en weer geloop nodig zijn, en minder gezocht naar kaarten. Er is snel een overzicht beschikbaar van voorgeschiedenis, medicatie en risico's. Het is verder gemakkelijk om met de computer een etiket te printen voor gebruik op allerlei formulieren, van verwijskaarten tot vervoersbriefjes.

Gebruik van de computer zou aanleiding geven tot meer systematiek in het registreren. Anderzijds wordt dit in *Schoeneveld* juist als een verarming gezien, daar de eigen 'toeters en bellen' niet meer genoteerd worden. Bij telefonische consulten zijn uitslagen sneller beschikbaar. Tevens zouden gegevens over telefonische contacten beter genoteerd worden.

In *Rivierdorp* wordt verwacht dat een computer in de spreekkamer met name voor ouderen minder vertrouwd zal zijn.

#### Visites

In *Schoeneveld* en *Bij de stad* worden voor- en nadelen verwacht. Voordelen betreffende het systematisch registreren van visites, zodat minder vaak vergeten wordt om visites te noteren. Het moeten maken van een uitdraai wordt in beide praktijken een probleem gevonden, hoewel in *Schoeneveld* geopperd wordt dat een systematische uitdraai meer informatie geeft dan het huidige dikke dossier.

## Apotheek

In de apotheekhoudende praktijk *Rivierdorp* wordt de hemel op aarde verwacht van een geautomatiseerde apotheekadministratie: nauwkeuriger registratie van recepten, geen handmatige berekeningen meer, snellere verzending van declaraties aan de ziekenfondsen, betere voorraadbeheersing, betere kostenanalyse, minder afhankelijkheid van de assistente.

Als nadelen worden genoemd: inwerken van de assistente, doorbreken van lang bestaande rollen en taakafspraken, en het lawaai van de computer en de printer in de apotheek.

## Conclusie

Verbetering van de doelmatigheid is de meest gehoorde wens, met name op administratief en/of beheersmatig gebied. Het gaat daarbij om problemen als:

- gebrek aan samenhang tussen/overzicht over de verschillende werkgebieden binnen een praktijk (patiëntadministratie, medische verslaglegging, afsprakenregistratie, facturering en inning, beheren van de eventuele apotheek);

- de hoeveelheid tijd die verloren gaat met administratieve rompslomp.

De betrokken huisartsen verwachten dat delen van deze problematiek opgelost zullen worden door automatisering, met als resultaat een betere beheersbaarheid tegen minder kosten.

Ook op het gebied van huisartsgeneeskundig (be)handelen worden allerlei voordelen genoemd, bijvoorbeeld ten aanzien van preventie, toetsing, chronische patiëntenzorg, signalering en bewaking van risicogroepen, medicatiebewaking, communicatie binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn, wetenschappelijk onderzoek, en het raadplegen van grote gegevensbestanden.

Men was het er vrijwel unaniem over eens dat het niet beschikbaar zijn van de medische gegevens tijdens de visites een nadeel is. Ook de mogelijke beïnvloeding van de arts-patiënt relatie door een computer in de spreekkamer werd als nadeel genoemd. Verder zag men op tegen wellicht hoge aanloopkosten bij automatisering.

## Kanttekeningen

De immateriële kosten die de invoering van automatisering met zich meebrengen, zijn nog weinig beschreven. Wel doen allerlei verhalen de ronde over de niet geringe inspanningen die men zich soms heeft moeten getroosten.

Het overbrengen (converteren) van patiëntengegevens naar de computer vergt een gereede tijdsinvestering. *Van Schendel* publiceerde onlangs een berekening, waarbij hij rekening hield met een goede typvaardigheid. Voor het invoeren van de essentiële gegevens – naam, adres, geboortedatum, ziekenfondscode en betaler – kwam hij uit op 60 uur invoertijd voor 2500 patiënten in 800 woonverbanden.<sup>5</sup> Cromme, voorzitter van de WCIA, had in zijn praktijk ongeveer 10 minuten per patiënt nodig voor het invoeren van basisgegevens en medische gegevens; dit betekent 52 achturige werkdagen. Wij hebben echter de indruk dat de huisartsen in de onderzoekpraktijken hier veel meer tijd voor nodig zullen hebben.

De tijd en de belasting die het selecteren en punctueel invoeren van alle ter beschikking komende gegevens met zich meebrengt, zijn nog door niemand kwantitatief beschreven, hoewel daarmee alle beschreven verwachtingen en idealen nauw samenhangen.

Enkele randvoorwaarden zijn waarschijnlijk belangrijk, zoals de motivatie van huisarts, assistente, echtgeno(o)t(e) en associé. Volgens *Rodnick* is er weinig kans van slagen 'if commitment and interest does not exist'.<sup>6</sup> De werkrimte dient ergonomisch verantwoord te zijn; denk bijvoorbeeld aan geluidsoverlast. De persoonlijkheid van de huisarts (bijvoorbeeld slordig versus systematisch) speelt ook een rol.

Immateriële baten zijn er schijnbaar genoeg voorhanden. Routinewerk is meestal erg tijdrovend; het komt dus mooi uit wanneer de computer veel van die vervelende en toch noodzakelijke zaken overneemt, waardoor de huisarts – of de partner of de assistente – meer tijd krijgt voor ander werk. Daarbij kan gedacht worden aan meer echt assistentiewerk voor de doktersassistente en aan meer mogelijkheden voor ontspanning of nascholing voor de huisarts. In

elke praktijk kan een verschuiving plaatsvinden in de werkzaamheden en met name in de tijdstippen waarop deze plaatsvinden.

Verbetering van het overzicht kan op verschillende wijzen en gebieden gerealiseerd worden, doordat op elk gewenst moment met geringe moeite een overzicht geproduceerd kan worden van zowel administratieve als medische zaken.

Hoge materiële baten worden door ons niet verwacht. Besparing op loonkosten zal niet of nauwelijks optreden in een solopraktijk, aangezien een minimum aantal personen aanwezig moet zijn om de praktijk te bezetten. In een groepspraktijk lijkt dit eerder mogelijk, uiteraard afhankelijk van de huidige bezetting en organisatie. Ook de accountant zal niet overbodig worden. Bij het gebruik van een grootboekmodule wordt waarschijnlijk wél op de accountantskosten bespaard door het overzichtelijker aanbieden van de financiële stukken.

Doordat facturering met behulp van een HIS veel minder tijdrovend is dan vroeger, kan de declaratieperiode verschuiven van één keer per kwartaal naar één keer per maand. Nu al wordt gesignaleerd dat de betalingsmoraal dan beter is, doordat het om kleinere bedragen gaat. Bovendien staat het geld twee maanden korter uit.

<sup>1</sup> Van den Hoogen J, Brasse M. Huisarts en computer. *Med Contact* 1984; 39: 593-5.

<sup>2</sup> De Haan M, Van Staveren G. Hoe denken huisartsen over de computer. *Huisarts Wet* 1985; 28: 373-5.

<sup>3</sup> Heijens RA, Wapenaar RJC. Medisch Nederland en computers. *Janssen Medisch Wetenschappelijk Nieuws* 1986; 1.

<sup>4</sup> Eyck MAMF, Rey JG. Oriëntatie in de automatiseringsmarkt. *Huisarts Wet* 1986; 29: 326-8.

<sup>5</sup> Van Schendel GJ. Als ik wil beginnen met een H.I.S., hoeveel tijd ben ik dan kwijt met het invoeren van mijn patiëntengegevens. *Datamedica* 1986; 1: 4.

<sup>6</sup> Rodnick JE. Evaluating feasibility and selection of computers in family medicine. *J Fam Pract* 1984; 19: 86-92.