

HANS VAN DER VOORT

## De invoering van automatisering nader onderzocht

Op 3 februari j.l. werd door voorzitter Tielens het eindrapport van het Implementatie-project (de eerste fase van het NUT-project) aangeboden aan staatssecretaris Dees van WVC. Het Implementatie-project is een initiatief van de WCIA en is uitgevoerd door de NHG-werkgroep Implementatie. Niet alles uit dit lijvige rapport is even interessant voor de praktiserende huisarts. Daarom zal van het onderdeel 'Handleiding automatisering' een aparte uitgave worden gemaakt, die bij het NHG verkrijgbaar zal zijn. Als een soort preview volgen hier enkele van de bevindingen uit het onderzoek/project.

### Inleiding

Het NUT-project bestaat uit twee fasen. De eerste fase, die nu is afgesloten, omvatte de volgende onderdelen:

- een onderzoek naar het totale proces van invoering van automatisering in een huisartspraktijk;
- een inventarisatie van de mogelijkheden en wensen van geautomatiseerde communicatie van de huisarts met anderen binnen de eerste lijn;
- een inventarisatie van de experimenten op het gebied van de geautomatiseerde communicatie van huisartsen met de tweede lijn;
- het nader uitwerken van het WCIA-referentiemodel;
- het opzetten van een procedure voor de toetsing van de door de industrie aangeboden Huisarts Informatie Systemen;
- een marktanalyse naar de bereidheid van de huisartsen om tot (bepaalde vormen van) automatisering over te gaan.

Fase II betreft een onderzoek naar de huisartsgeneeskundige meerwaarde van automatisering door de huisarts. Het ware logischer geweest eerst die meerwaarde vast te stellen en daarna de invoering te bestuderen. Het al te actieve dingen van de computerindustrie naar de gunst van de huisarts en het gevaar van een al te grote versnippering én van onjuiste aankopen door huisartsen heeft ons doen besluiten te beginnen met het onderzoek naar de invoering.

### Implementatie-project

In het Implementatie-project hebben vier vragen centraal gestaan:

- Hoe dient de invoering van automatisering in de huisartspraktijk te verlopen?

- Wat zijn de relevante voorwaarden waaraan moet zijn voldaan wil automatisering door huisartsen succesvol verlopen?
- Wat is de minimaal benodigde ondersteunings- en begeleidingsstructuur?
- Hoe is de verhouding tussen de materiële en immateriële kosten en baten?

Het project is uitgevoerd door de werkgroep Implementatie, bestaande uit de huisartsen M.A.M.F. Eyck, J.G. Rey en A.M. Zwaard, T.P. Duyster (Pandata), mevrouw N. v.d. Landen, secretaris, en Drs. J.P.M. van der Voort, voorzitter werkgroep. Aan het project hebben vier huisartspraktijken meegewerkt. In deze praktijken is het gehele proces op de voet gevolgd, van de eerste oriëntatie tot aan het volledig operationeel zijn van de automatisering. Een klankbordgroep van huisartsen met ervaring inzake automatisering heeft de gegevens aangevuld met hun eigen ervaringen. De supervisie van het geheel berustte bij de Stuurgroep NUT onder voorzitterschap van Prof. dr. C.A. de Geus.

Het project heeft zijn nut tijdens de rit zelf al voor een deel bewezen. In enkele artikelen in *Huisarts en Wetenschap* heeft de projectgroep de kwaliteit van de contracten en de begeleiding aan de kaak gesteld. Mede hierdoor is er een duidelijke bijstelling geweest van de contracten die de industrie aan huisartsen voorlegt. Ook is de aangeboden begeleiding duidelijk verbeterd, al blijft er nog veel te wensen over.

De publikatie van een checklist, met behulp waarvan de eigen praktijk kan worden geanalyseerd, is al door veel huisartsen gebruikt. Bovendien zijn de gegevens uit het project gebruikt tijdens de grote voorlichtingscursus voor huisartsen. Deze door het NHG verzorgde cursus vond eveneens plaats onder auspiciën van de WCIA.

### Checklist en toetsprocedure

Van centraal belang - dat bleek uit alle onderdelen van het project - is het om te werken via een planmatige, stap-voor-stap aanpak. Dat is niet de werkwijze van de gemiddelde huisarts. Veel fouten, spijt achteraf, ongemak en ergernis over gemiste kansen kunnen worden voorkomen wanneer de huisarts de verschillende stappen doordacht en in volgorde afwerkt. Veel narigheid is veroorzaakt door het te snel overgaan tot de aanschaf van een computer of door te snel op een aanbod van een (min of meer) gratis computer in te gaan. Automatiseren is niet een kwestie van een computer kopen en vervolgens kijken wat je daar allemaal mee

kunt. Het is belangrijk eerst na te gaan welke functies men waarom wil automatiseren. Na een goede analyse van de problemen zal bijvoorbeeld blijken, dat bepaalde gewenste verbeteringen ook heel goed op andere (wellicht goedkopere) wijzen te bereiken zijn dan door automatisering.

Een zorgvuldige analyse van de praktijk blijkt veel ogen te openen. De door de werkgroep ontwikkelde checklist geeft daarbij enig houvast. Een analyse van de problemen en een overzicht van de gewenste veranderingen kan gevolgd worden door een afweging van de mogelijkheden die automatisering te bieden zou kunnen hebben bij de realisering van de wensen. Automatisering levert lang niet altijd de oplossing en vaak niet precies de oplossing zoals men die verwacht had. Hoe beter men weet welke functies men wil automatiseren en hoe degelijker men heeft nagegaan of de verwachte oplossing van automatisering reëel is, des te groter is de kans dat het uiteindelijke resultaat overeenkomt met de wensen en de verwachtingen. Bovendien is het goed na te gaan of (met name het onnodig) automatiseren van bepaalde functies ook nadelen kan meebrengen.

Van de te doorlopen fasen zijn de oriëntatie en selectie te vaak veronachtzaamd. Juist in deze fasen worden belangrijke besluiten genomen, die verstrekkende gevolgen hebben voor het verdere verloop. Het gaat er niet alleen om welke computer men koopt; het gaat primair om wat men met de automatisering wil bereiken en welke van de beschikbare pakketten daarvoor het meest geschikt zijn. Het maakt uiteraard veel verschil of men vooralsnog alleen ambieert de debiteurenadministratie te automatiseren dan wel de hele medische registratie. De werkelijke wensen moeten de doorslag geven. Allerlei op het eerste gezicht leuke bijkomstigheden zijn snel vergeten, wanneer de gekozen hard- en software niet blijkt te voldoen aan de eisen die men er als huisarts-gebruiker aan stelt. Bovendien is het goed voorzichtig te zijn met aanbiedingen die gepaard gaan met de eisen dat men bepaalde tegenprestaties levert. Wanneer men zich verplicht gegevens te verstrekken of bepaalde preparaten voor te schrijven in ruil voor verkregen apparatuur, is het zinnig heel goed na te gaan of de aangeane deal wel verantwoord is.

De WCIA heeft een toetsprocedure opgesteld aan de hand waarvan de verkrijgbare Huisarts Informatie Systemen kunnen worden getoetst. Het toetsen geschiedt op initiatief van de leveranciers van de systemen. In de daarvoor in aanmerking komende tijdschriften wordt melding gemaakt van de toetsingen die hebben plaatsgevonden. De toetsrapporten zijn vervolgens op te vragen door de aspirant-gebruikers. Het verdient aanbeveling om bij aanschaf van een bepaald systeem na te gaan of dit systeem heeft bewe-

Drs. J.P.M. van der Voort is voorzitter van de werkgroep Implementatie.

zen te voldoen aan de eisen die door (uw ervaren collegae in) de WCIA zijn gesteld.

### Problemen

Uit het project is zonneklaar gebleken, dat men er zelfs met de keuze van het voor de eigen praktijk juiste Huisarts Informatie Systeem (HIS) nog lang niet is. Van eminent belang is de kwaliteit van de begeleiding en de ondersteuning. Voor de gemiddelde huisarts, die een volstreekte leek is op het gebied van de automatisering, valt of staat de hele onderneming met geschiktheid van de ondersteuning en de begeleiding. Ten tijde van ons onderzoek bleek op dit terrein veel te mankeren. Intussen is er wel een en ander verbeterd, maar het blijft zaak dat de huisarts zich goed vergewist van de te verwachten ondersteuning. Keiharde afspraken en een gefaseerde betaling zijn hier onontbeerlijk.

De invoer van de medische gegevens levert een aantal specifieke problemen op. Niet de informaticamogelijkheden alleen, maar meer nog huisartsgeneeskundige inzichten moeten houvast bieden bij de automatisering van de medische registratie. Hoe ver moet men bijvoorbeeld teruggaan in de tijd wanneer men de gegevens uit het kaartstelsel in de computer wil invoeren? Of wil men, zoals de meesten doen, het groene kaartstelsel tevens handhaven? En welke criteria legt men aan bij de selectie van de bestaande gegevens op de kaart: welke komen waarom wel of niet in aanmerking om te worden overgenomen in het geautomatiseerde systeem? Er is grote behoefte aan een standaard voor de medische registratie, die de huisartsen houvast kan bieden bij vragen rond de invoering van medische gegevens.

Een ander probleem bij de invoering van medische gegevens is gelegen in de classificatie en codering. Recentelijk is de nieuwe International Classification of Primary Care (ICPC) gereedgekomen, zodat de Nederlandse huisartsen nu één lijn kunnen trekken en hun classificatie en codering kunnen uniformeren. Het blijkt in de praktijk echter niet altijd even gemakkelijk met (deze) classificaties te werken. Bovendien constateerden de praktijken in het onderzoek het gevaar van schijnobjectiviteit. Gevraagd naar een bepaalde codering van een diagnose is men geneigd over te gaan tot het aangeven van een 'harde' diagnose, terwijl men zonder de door de computer gevraagde code iets veel vagers op de kaart zou hebben genoteerd. Het 'ik weet het nog niet' – een terecht veel voorkomende categorie bij de diagnostiserende huisarts – blijkt men te gaan vermijden, als dat zo expliciet moet worden aangegeven. 'Ik weet het nog niet' lijkt dan ineens op falen, en daarom gaat men over op een degelijker ogende diagnose. Als dat op grote schaal zou gebeuren, zou de over tien jaar geconstateerde verschuiving in de morbiditeit wel een erg onverwachte oorzaak hebben...

Een volgend probleem bij de invoering van medische gegevens is gelegen in de geringe structuur die de medische gegevens, zoals genoteerd, veelal blijken te hebben. Deze ervaring geeft eens te meer de noodzaak aan van richtlijnen voor de medische registratie, zoals deze in de 'standaard registratie' zullen worden gegeven.

De strategie van invoering van gegevens is eveneens van belang. De een zal eerst alle gegevens willen invoeren en er dan mee gaan werken, de ander zal op een goede (of kwade?) dag beginnen met de dan binnenkomende patiënt in te voeren en vervolgens alle volgende patiënten. De werkgroep Implementatie is het meest geporteerd voor een gefaseerde invoer.

Vooralsnog lijkt het raadzaam niet overhaast over te gaan tot de automatisering van de medische registratie. Binnen enkele jaren zullen hierover veel meer gegevens beschikbaar komen, waardoor de huisarts beter weet waaraan hij of zij precies begint.

### Voorwaarden

- *Inhoudelijke aspecten.* Aangezien er een sterke motivatie nodig is om het hele proces van automatisering te volbrengen en vol te houden, is het van belang dat de meerwaarde van automatisering voor de huisartsgeneeskunde en de praktijkvoering is aangetoond. Daarnaast is het voorhanden zijn van een uniforme, door de gehele beroepsgroep geaccepteerd classificatie- en coderingssysteem een absolute voorwaarde, evenals de eerder genoemde noodzakelijke eenheid van medische registratie.

- *Praktijkorganisatorische aspecten.* Speciale aandacht is nodig voor de overdraagbaarheid van de gegevens, in verband met zowel de reguliere waarneming als het incidenteel uitvallen van de huisarts bij ziekte. Niet zelden blijkt een grote of kleine reorganisatie van de praktijk noodzakelijk. Soms kan deze zich beperken tot het veranderen van taken, indelingen, etc. Niet zelden echter kan een verbouwing of verandering van functies noodzakelijk zijn. Dergelijke ingrepen brengen kosten met zich mee en kunnen van veel invloed zijn op de werkwijze in de praktijk.

- *Technische aspecten.* Hier vraagt vooral de gebruikersvriendelijkheid om aandacht. Zaken als het bedieningsgemak en het geluidsniveau bepalen in hoge mate de tevredenheid van de gebruiker.

- *Menselijke aspecten.* De persoonlijkheidsstructuur van de huisarts (en van de overige medewerkers in de praktijk) speelt een rol, zonder dat goed is hard te maken welke kwaliteiten noodzakelijk zijn. Wel is gebleken dat doorzettingsvermogen en discipline van groot belang zijn. De acceptatie door patiënten is eveneens een voorwaarde. De ervaringen uit het project wijzen er niet op dat op dit vlak problemen te verwachten zijn.

- *Ondersteuning door de beroepsgroep.* Be-

geleiding en ondersteuning zijn van vitaal belang, zowel vóór de aanschaf als erna. Het Nederlands Huisartsen Genootschap zal vooral ondersteuning bieden in de vorm van ontwikkeling, experimenteren en onderzoek, terwijl de Landelijke Huisartsen Vereniging vooral op het gebied van de uitvoering ondersteuning zal bieden.

- *Kosten en baten.* De kosten en baten van automatisering zijn sterk afhankelijk van de samenstelling van de praktijk, van de keuze van hard- en software en van de mate waarin men overgaat tot automatisering. Voor een solistisch huisarts belopen de kosten (gemiddeld) een bedrag van f 5.000,- tot f 30.000,-, terwijl in meer samengestelde praktijken de bedragen zullen lopen van f 10.000,- tot f 50.000,-.

### Communicatiemogelijkheden

De mogelijkheden van geautomatiseerde communicatie van de huisarts met andere instanties binnen en buiten de eerste lijn (apothek, specialist, laboratorium, ziekenhuis) zijn technisch gezien vrijwel onuitputtelijk. Het is echter zaak om als huisarts met beide benen op de grond te blijven staan en goed af te wegen of de technische mogelijkheden ook leiden tot huisartsgeneeskundige voordelen of meerwaarde. De werkgroep Implementatie ziet grote voordelen in de aansluiting met de apotheker, hoewel de plannen om niet langer een vaste patiëntenpopulatie aan een apothek te koppelen de voordelen weer wat doen afnemen. De medicatiebewaking komt daardoor immers met grotere waarschijnlijkheid bij de huisarts te liggen.

Koppelingen met instanties in de tweede lijn zullen nog wel de nodige voeten in de aarde hebben. Veel systemen zijn niet op elkaar afgestemd, terwijl nog niet is aangetoond dat de snellere communicatie voor de huisarts tot betere zorg leidt. De factor tijd heeft in de huisartspraktijk vaak een andere betekenis dan in de wereld van de informatica: het snel kunnen beschikken over gegevens is maar zelden van belang in de huisartspraktijk, terwijl juist het verstrijken van enige tijd veel klachten doet verdwijnen. Sneller de beschikking krijgen over (afwijkende) gegevens zou wellicht kunnen leiden tot ingrepen die zonder die snel verkregen gegevens terecht achterwege zouden zijn gebleven.

### Handleiding

Binnenkort zal worden begonnen met een analyse van de bereidheid van de Nederlandse huisarts over te gaan tot automatisering van (delen van) de huisartspraktijk.

Zodra de 'Handleiding automatisering' in boekvorm beschikbaar is zal daarvan in de relevante bladen uitgebreid mededeling worden gedaan.