

Het elektronisch medisch dossier en de arts-patiëntrelatie in de huisartspraktijk

Een literatuuronderzoek

M. SMULDERS

Smulders M. Het elektronisch medisch dossier en de arts-patiëntrelatie in de huisartspraktijk. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 1999;42(12): 545-50, 565.

Welke invloed heeft de computer op de arts-patiëntrelatie? Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van onderzoek met zowel video-opnamen als vragenlijsten aan patiënten en artsen. De tevredenheid van patiënten wordt niet negatief beïnvloed door de computer; zij stellen vooral belang in gewone vormen van communicatie, zoals oogcontact. De tijd die aan de computer wordt besteed, gaat af van de communicatie met de patiënt. De werkstijl van de arts bepaalt mede hoeveel invloed de PC heeft. Patiënten passen zich aan; zij laten het gesprek synchroon verlopen met het werken aan de PC. Er vallen dan stiltes. De PC wordt door de arts gebruikt als 'time-out' en 'magic box'. Patiënten weten over het algemeen weinig van de werkelijke inhoud van het medisch dossier, en kennen het apparaat allerlei reële en irreële eigenschappen toe. Meekijken wordt op prijs gesteld en geeft mogelijkheden tot uitleg en verheldering. Mogelijk is er een verschil van invloed van de PC op hulpverlening bij mannen en vrouwen. Er is veel bezorgdheid over het mogelijke verlies van vertrouwelijkheid.

Aandachtspunten voor de praktijk

- Bekijken van eigen consulten en het gebruik van de PC daarbij met behulp van video-opnamen.
- Meer uitleg geven tijdens het consult over de toepassing van de PC.
- Aan de orde stellen van de vraag wie er toegang heeft tot welke gegevens.

mw. M. Smulders, huisarts, Breitnerlaan 3a, 3582 HA Utrecht.

Inleiding

Het gebruik van de computer in de huisartspraktijk is de laatste jaren sterk toegenomen. Begin 1993 had 70 procent van de huisartsen een huisartsinformatiesysteem (HIS); de helft van hen beschikte bovendien over de medische module en 15-20 procent gebruikte het elektronisch medisch dossier (EMD) ook.¹ Uit een nog ongepubliceerde enquête weten we dat inmiddels 93 procent van de huisartsen een computer heeft, en dat 80 procent op enigerlei wijze de medische module gebruikt. De combinatie van journaal, voorschrijffunctie en ruitering wordt op enigerlei wijze toegepast door 66 procent van de huisartsen.

Automatisering in de huisartspraktijk is een geregeld terugkomend onderwerp in Huisarts en Wetenschap.²⁻⁵ Alle voordelen van medicatiebewaking, monitoring van chronisch zieken, mogelijkheden bij preventieve activiteiten, de toegankelijkheid van eenmaal ingevoerde gegevens en de signaleringsfunctie worden regelmatig genoemd. Slechts een enkeling treedt het gebruik van het journaal met scepsis tegemoet.^{6,7} Met name de overzichtelijkheid en toegankelijkheid van de medische gegevens zijn door de computer niet beter, en bij niet-optimaal gebruik – zonder codering en/of episodegericht werken – eerder slechter.

Opvallend is hoeveel er is geschreven over de technische en inhoudelijke kanten van de automatisering en hoe weinig over de gevolgen voor de arts-patiëntrelatie. Wel klinkt in de beschouwende artikelen bezorgdheid over de arts-patiëntrelatie door,^{8,9} en nergens worden echt positieve effecten verondersteld.⁴ Ook zou het gebruik van de computer in de spreekkamer een bedreiging van de privacy kunnen zijn.¹⁰ Een enkele keer komen, als bij verrassing, juist positieve aspecten naar voren. Zo bericht Manders dat zijn patiënten het idee hadden dat er beter naar hen werd geluisterd. Hij verklaart dit uit het feit dat hij vroeger schreef terwijl de patiënt vertelde, en nu eerst luistert en pas daarna een samenvatting in het dossier zet.⁴

Door middel van een literatuuronderzoek wil ik de volgende vraagstellingen beantwoorden:

- Welke zichtbare gevolgen heeft het gebruik van de computer voor de interactie tussen huisarts en patiënt tijdens het consult?
- Welke meningen en ervaringen, voor zover van belang voor de arts-patiëntrelatie, hebben patiënten met betrekking tot het gebruik van de computer in de spreekkamer?
- Welke meningen en ervaringen, voor zover van belang voor de arts-patiëntrelatie, hebben huisartsen met betrekking tot het gebruik van de computer in de spreekkamer?

Literatuur

Via Medline werd een search verricht over de periode 1983 t/m april 1999 met de woorden 'computerized medical record systems', 'family practice', 'primary (health) care', 'family physicians', 'general practice', 'generalist' en 'physician-patient relations' (zowel *key words* als *free text*). De search werd beperkt tot de Engelstalige en Nederlandse literatuur. Deze zoekactie leverde veertien artikelen op, waarvan zes over onderzoek in de huisartspraktijk; daarin werd ook gekeken naar aspecten van de arts-patiëntrelatie aan de hand van video-opnamen, interviews of vragenlijsten.

Tevens werden de registers over de jaren 1983-heden van *Huisarts en Wetenschap*, het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Medisch Contact* doorgenomen. Dit leverde slechts beschouwende artikelen op en geen onderzoeksverslagen.

In de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen werd verder gezocht naar andere relevante publicaties. Langs deze weg werden nog zeven onderzoeken gevonden.

Na een verdere selectie op basis van de toegepaste onderzoeksmethoden en de kwaliteit van de verslaglegging resteerden dertien onderzoeksverslagen, die betrekking hadden op elf onderzoeken.

Zichtbare gevolgen voor de interactie

In drie van de elf onderzoeken werd de interactie tussen patiënt en arts in de spreekkamer opgenomen op video (tabel 1).

In het onderzoek van *Herzmark et al.* werd vooral gekeken naar de tijd die het gebruik van de computer kostte. Er bleken grote interdoktersverschillen te bestaan ten aanzien van het gebruik van de PC. Deze verschillen betroffen zowel het gebruik in de drie opeenvolgende fasen van het consult, als de frequentie en de hoeveelheid informatie die per keer werd ingevoerd: sommige dokters voerden gedurende het consult voortdurend kleine hoeveelheden informatie in, andere wachtten tot de patiënt vertrokken was om dan alles in één keer te noteren. Over het geheel werd geen significante toename van de totale consultduur gemeten. Bij vier artsen nam de duur van de laatste fase van het consult toe. De tijd die aan de patiënt werd besteed zonder te schrijven of de computer te gebruiken, nam tijdens de onderzoeksfase bij alle artsen af.¹¹

Het bezwaar van dit onderzoek is, dat de computer voor ongeveer een jaar was geïn-

stalleerd, en niet als blijvend instrument was bedoeld; de noodzaak om er echt vertrouwd mee te raken, ontbrak dus. Dit verklaart mogelijk het feit dat het aantal handelingen tijdens het onderzoek groter was dan ervoor en erna.

Gemiddeld werd gedurende de vijf-minutenconsulten 99 seconden besteed aan het gebruik van de PC, een derde daarvan in aanwezigheid van de patiënt. Het gebruik van de computer belemmerde de artsen meer bij het onderhouden van de communicatie met de patiënt dan schrijven (49 versus 25 procent).

Ook in het onderzoek van *Greatbatch et al.* eiste de computer veel aandacht van de artsen. Als de artsen met de computer bezig waren, communiceerden zij minder met de patiënt en reageerden zij niet op uitlatingen van de patiënt, ook niet als die tot een reactie uitnodigden. Indien de computer iets van de artsen vroeg, stopten zij het gesprek of veranderden zij van onderwerp. Hoewel na verloop van tijd enige aanpassing ontstond, bleek ook na een lange periode van gewenning het receptenblok de sociale interactie minder te onderbreken dan de computer.¹²

Patiënten passen hun communicatieve gedrag aan aan de computer. Zowel in het onderzoek van *Greatbatch et al.*¹² als in het onderzoek van *Als*¹⁴ trachtten zij hun aandeel in het gesprek synchroon te laten lopen met de bezigheden van de arts met de computer, zoals de bewegingen van de handen en vingers van de arts, het verschuiven van de blik van de arts van toetsenbord naar scherm en waarschuwingssignalen uit de computer. Zij wachtten met praten tot de dokter even van het scherm wegkeek.

Bovendien veranderde de inhoud van het gesprek op zo'n moment. Er werd overgegaan tot gekeuvel over bijvoorbeeld vakantie, het weer en de dorpsroedel. Overigens bleek hetzelfde zich af te spelen bij het schrijven van recepten. De computer veroorzaakte echter een grotere mate van aanpassing. Hoe minder de dokters zich door de computer in beslag lieten nemen, des te minder de patiënten zich er iets van aantrokken.

Als beschrijft, naast de verandering van gesprek door het gebruik van de computer, nog vier andere fenomenen:

- Het meest (101 van de 302 keer dat de

Tabel 1 Onderzoek naar zichtbare gevolgen patiënt-artsinteractie door middel van video-opnamen

Auteur(s)	Onderzoeksvraag/vragen	Aantal consulten	Aantal artsen	Zonder/met computer-gebruik	Onderzoeksoptzet
Herzmark et al. ¹¹ 1984	Duur consult in 3 fasen* Tijd per fase van consult gebruikt voor PC resp. dossier Communicatie met patiënt tijdens gebruik PC resp. dossier ja/nee	374	5 van 1 praktijk	237 / 137†	1 praktijk op 2 locaties met zelfde artsen en vergelijkbare patiëntenpopulatie; op 1 locatie gedurende 1 jaar experimenteel gebruik van computer. Video-opname op beide locaties, zowel vóór als na intrede PC. Naar eigen keuze tevens gebruik van handgeschreven dossier. Automatische registratie van computergebruik. Kwantitatieve analyse.
Greatbatch et al. ¹² 1995	Invloed PC op communicatief gedrag van arts resp. patiënt	250	4 van 1 praktijk	100 / 150	Opnamen met vaste tussenpozen om invloed gewenning in analyse te kunnen betrekken. Computer slechts voor prescriptie gebruikt. Kwalitatieve analyse door middel van conversatie-analyse. ¹³
Als ¹⁴ 1997	Identificeren van gedragspatronen van arts en patiënt, gerelateerd aan gebruik PC en invloed daarvan op arts-patiënt-interactie	39	5 van 5 praktijken†	39	12 patiënten en alle huisartsen bekeken en becommentarieerden hun eigen consulten via een semigestructureerd interview circa 1 week na opname na eerste analyse door onderzoeker Kwalitatieve analyse d.m.v. 'grounded theory'

* Tijd die arts als voorbereiding op patiënt gebruikte, tijd die patiënt in spreekkamer was en tijd die arts na vertrek patiënt nog bezig was met opschrijven of invoeren van gegevens.

† Representatieve steekproef van huisartsen >5 jaar in praktijk, die 10 maanden computer gebruikten.

PC tijdens 39 consulten werd gebruikt) werd de computer gebruikt als 'time-out' – een onderbreking als rustpunt, tijd om te denken, of het gesprek in een andere richting te leiden.

- Vaak (77 episoden) diende de computer als een 'magic box'. De dokter ondersteunde zijn gedachtegang met een knikje of handgebaar naar de computer, zonder dat er een verband bestond met wat er op het scherm te zien was. Zo werd een vraag over het gebruik van koffie en wijn bij maagpijn pas beantwoord, nadat de arts naar de computer had gewezen. In een ander geval – de controle van een tweejarig jongetje na een pneumonie – keek de arts na het lichamenlijk onderzoek eerst een tijdje naar het scherm, wees er vervolgens naar en zei toen: 'Het gaat echt veel beter met hem'.

- Slechts vijf van de 39 patiënten keken mee op het scherm. Vier van hen werden daartoe uitgenodigd. Overigens had maar één arts de monitor zo staan dat de patiënt gemakkelijk mee kon lezen. Ook *Greatbatch et al.* maakten melding van andere vormen van communicatie door het meekijken van de patiënt op het scherm. Arts en patiënt kwamen in gesprek over wat er op het scherm te zien was. Hierbij ging het vooral over namen van medicijnen, maar er werden ook vragen gesteld over informatie in het journaal.

- In 43 van de 302 keer dat er gewerkt werd met de computer, werd het doel van die actie aan de patiënt verteld, zoals: 'Ik ga even de laboratoriumuitslagen opzoeken' of 'Laten we eens kijken hoe het vorige keer was'.

Meningen en ervaringen van patiënten

Uit enquêtes die gehouden werden voordat de computer zijn intrede in de praktijk had gedaan, blijkt dat 15-25 procent van de ondervraagden niet erg enthousiast was over het toekomstig gebruik van de PC door hun huisarts (*tabel 2*). Met name werd bezorgdheid geuit ten aanzien van de betrouwbaarheid (20-30%) en de toegankelijkheid van het systeem voor anderen, zowel binnen de praktijk als daarbuiten (onderhoudsmonteurs, andere praktijken, ziekenhuizen, andere databanken, etc.). Angst dat het persoonlijk contact zou verminderen, werd uitgesproken door 15 procent.^{15,16}

Opvallend bij *Potter* is dat 22 procent van de vrouwen boven de 55 jaar zei van

Tabel 2 Onderzoek naar meningen en ervaringen van patiënten over gebruik computer

Auteur(s)	Methode	Onderzoeksopzet	Aantal praktijken/artsen	Aantal verzonden (aantal bruikbaar)
Potter ¹⁵ 1981	Vragenlijst, 4 items*	Via post Vóór intrede PC	2 praktijken	500 (462)
Pringle et al. ¹⁶ 1984	Vragenlijst, 14 items	Via post Vóór intrede PC	2 praktijken	350 (281)
Brownbridge et al. ¹⁷ 1985†	Vragenlijst, 20 items	Direct na consult Vóór en na intrede PC; na intrede zowel consulten zonder als met PC gebruik	2 praktijken/ 6 artsen/ 3 locaties	(353)
Rethans et al. ¹⁸ 1988	Stellingen, 16 items	Via post aan patiënten die ten minste 1x in jaar vóór intrede PC en minstens 1x erna op consult waren geweest (PC 10 mnd in gebruik)	1 praktijk/ 3 artsen	390 (263)
Solomon & Dechter ¹⁹ 1995	Vragenlijst, 17 items (geselecteerd uit SEQ en FPCQ)‡	Vóór en na consult zonder of met PC; PC-gebruik = alleen tekstverwerking op kleine laptop. Aan artsen onbekend wie meedeed (door receptioniste geselecteerd uit 600 nieuwe patiënten). Aan patiënten doel onderzoek onbekend.	duopraktijk	120 (120)
Legler & Oates ²⁰ 1993	Vragenlijst, 12 items	Na consult zonder PC, met PC of met voice input	1 arts	93 (80)
Ridsdale & Hudd ^{21,22} 1994/1997	Interview, binnen 2 weken, semi-gestructureerd	Na consult met PC; PC 3 jaar in gebruik; bij 1 arts meekijken mogelijk, bij andere niet. Analyse volgens 'grounded theory'	1 praktijk/ 2 artsen	39 (30)
Ornstein & Bearden ²³ 1994	Telefonisch interview, semi-gestructureerd	Na consult met PC voor 'medical exam' bij bekende patiënten. PC 2 jaar in gebruik	1 praktijk/ 8 artsen	16 (16)
Als ¹⁴ 1997	Interview n.a.v. video-opname, semi-gestructureerd	Na consult met PC. PC 10 maanden in gebruik. Analyse volgens 'grounded theory'	5 praktijken/ 5 artsen	12 (12)

* Allen negatief geformuleerd.

† Zelfde onderzoek als waarover Herzmark¹¹ rapporteert.

‡ SEQ= Service Evaluation Questionnaire; FPCQ= Family Practice Clinic Questionnaire.

dokter te zullen veranderen als de computer zou worden ingevoerd.¹⁵

In latere onderzoeken naar de ervaringen van patiënten met het gebruik van de computer in de spreekkamer werd geen verschil gevonden ten aanzien van het persoonlijk contact, de aandacht van de arts en de algehele tevredenheid over het consult. In één onderzoek werden door 26 van de 30 respondenten als voorwaarden voor het persoonlijk contact genoemd: aankijken bij binnenkomst, maken van oogcontact tijdens het consult en niet té gepreoccupeerd zijn door de computer.²¹ Demografische variabelen als sekse, leeftijd en genoten onderwijs bleken niet van invloed.^{18,20} Mannen in het onderzoek van *Ridsdale & Hudd* waren meer dan vrouwen geneigd het gebruik 'business-like' te noemen, met een positieve waardering.^{21,22}

In twee onderzoeken is gevraagd naar de mate waarin patiënten zich bewust waren van het gebruik van de computer door de arts. *Brownbridge et al.* melden een significant verschil in bewustzijn van het gebruik bij wel of niet werken met de computer.¹⁷ In het onderzoek van *Solomon & Dechter* echter werd een vraag over de invloed van het eventuele gebruik van de computer door 30 procent van de patiënten bij wie de dokter *schreef* tijdens het consult, beantwoord alsof er een computer was gebruikt, terwijl 20 procent uit de computergroep deze vraag *niet* beantwoordde. Overigens werd in dit onderzoek alleen een tekstverwerkingsprogramma gebruikt op een kleine laptop, die ook werd meegenomen in de onderzoekskamer. Beide artsen gaven bovendien aan dat zij behendiger waren in typen dan in schrijven.¹⁹

Bezorgdheid ten aanzien van de privacy wordt genoemd in vier onderzoeken.^{14,18,21,23}

In het onderzoek van *Rethans et al.* was 66 procent van de patiënten het niet eens met de stelling dat de privacy meer is gewaarborgd met een computer. Daarentegen was 69 procent het niet eens met de stelling dat anderen gemakkelijker bij de

gegevens kunnen komen als die in een computer zijn opgeslagen.¹⁸

Bij *Ridsdale & Hudd* waren 21 van de 30 patiënten bezorgd over het verlies van vertrouwelijkheid. Tien noemden de kwetsbaarheid voor roddel; zij waren bang dat de volgende patiënt hun gegevens op het scherm kon zien en dat medewerkers en eventueel verzekeraars toegang konden krijgen tot het bestand. Hun zorgen golden vooral psychiatrische aandoeningen en aandoeningen als HIV-besmetting. Elf patiënten zeiden dat zij de relatie met de arts zouden beëindigen als er sprake zou zijn van schending van de vertrouwelijkheid. Overigens bleek in deze groep dat meer ervaring met computers samenhangt met zowel meer bezorgdheid als een positief oordeel over het gebruik van de computer.

Bij *Ornstein & Bearden* gaf een derde van de geïnterviewden aan zich zorgen te maken over de vertrouwelijkheid. Zij hadden echter wel vertrouwen in de toepassing van controlesystemen.²³

De patiënten in het onderzoek van *Als* beschouwden de computer als een moderne vorm van pen en papier met de bijkomende voordelen, maar maakten zich niettemin zorgen over het uitlekken van vertrouwelijke informatie en het risico van fouten in het systeem. Opvallend was ten slotte dat elf van de twaalf patiënten dachten dat anderen, zoals sociale instituten en verzekeraars, toegang hadden tot de gegevens.¹⁴

In de diverse onderzoeken komen verder allerlei voor- en nadelen naar voren, die zowel op reële als irreële ideeën zijn gebaseerd, maar wel van belang kunnen zijn voor de arts-patiëntrelatie. Zo bleek het enthousiasme van de arts voor de computer in het onderzoek van *Legler & Oates* merkbaar voor de patiënten. Bovendien gaf hij betere uitleg over medische informatie als hij de 'voice input' gebruikte (dat wil zeggen de tekst niet intypte, maar insprak in een microfoon).²⁰ Bij *Ridsdale & Hudd* noemden patiënten het werken met de computer efficiënt, en beter geschikt om up-to-date te blijven en het handelen te toetsen aan de standaard. Sommi-

gen waren ongerust dat de computer de rol van de dokter zou overnemen (diagnose en therapie komen voortaan 'uit de muur') en door enkelen werd de deskundigheid van de dokter gerelateerd aan het gemak waarmee hij met de PC overweg kon.^{21,22} In het onderzoek van *Als* dachten de patiënten dat de computer helpt bij het oplossen van medische problemen en de competentie van de dokter verhoogt. Anderzijds werd getwijfeld aan zijn deskundigheid, juist omdat hij een computer nodig had. Verder werd de computer als een uiting van macht ervaren.¹⁴

Alle onderzoekers gingen na of eigen ervaring en bekendheid met computers een rol speelde bij het oordeel van de patiënten. Over het algemeen was er veel ervaring met het gebruik van computers, maar was er geen verband tussen de mate van ervaring en de tevredenheid over het consult. In het onderzoek van *Ornstein & Bearden* ging ervaring met de PC samen met een grotere acceptatie.²³ In het onderzoek van *Brownbridge et al.* bleek dat een negatieve attitude tegenover de computer samenhangt met een gevoel van gespannenheid na afloop van het consult.¹⁷ Bij *Als* bleek dat patiënten positiever waren over het gebruik van de PC in de spreekkamer, naarmate men beter op de hoogte was van de toepassingen. Hoe onzekerder patiënten zich voelden over hetgeen de dokter op de computer uitspookte, des te liever wilden ze zien wat er gebeurde. Onbekendheid met het gebruik maakte dat ze zich buitengesloten voelden. Degenen die konden meekijken op het scherm, waren daar zeer tevreden over en voelden zich er niet verlegen onder. Slechts vijf van de twaalf patiënten wisten dat de computer persoonlijke aantekeningen over hen bevatte. Zij hadden wel gewild dat de arts hen daarover iets had verteld.

In het onderzoek van *Ridsdale & Hudd* gaven 29 van de 30 geïnterviewden aan dat zij graag wilden meekijken; overigens wisten elf van hen niet of zij daar het recht toe hadden. Zij vonden het plezierig om in discussie te gaan over wat er in de computer was opgeslagen. Gevraagd naar de informatie die zij zouden willen zien, werd informatie over leefstijl zinvol geacht;

deze informatie mocht overigens niet door derden, bijvoorbeeld de partner, zijn aangedragen. Men wilde geen persoonlijk commentaar van de dokter zien, noch aantekeningen over psychiatrische aandoeningen en ernstige ziekten die men emotioneel nog niet had verwerkt. Bezorgdheid bestond dan ook over de probleemlijst. Mannen zochten meer dan vrouwen naar technische oplossingen voor deze bezwaren, bijvoorbeeld in de vorm van twee verschillende schermen.

Meningen en ervaringen van huisartsen

De drie onderzoeken waarin de interactie tussen patiënt en arts was opgenomen op video, bestonden daarnaast uit interviews met de betrokken artsen. In twee onderzoeksverslagen wordt de mening van die artsen expliciet vermeld (tabel 3).

In het onderzoek van *Herzmark et al.* hadden de artsen belangstelling voor innovatie en wilden zij graag met de computer werken.¹¹ Ook na afloop van het experiment behield de computer zijn aantrekkelijkheid. Wat betreft de communicatie vonden twee artsen dat die slechter verliep bij het gebruik van de PC, omdat zij hun aandacht moesten verdelen tussen computer en patiënt. De derde arts wilde dat vermijden en voerde daarom alle informatie in na afloop van het consult. De vierde arts vond daarentegen dat het consult effectiever verliep. De vijfde arts vond dat hij minder tijd aan de communicatie met de patiënt kon besteden, maar vond dat niet ten koste gaan van de kwaliteit van het contact. De laatste twee artsen maakten ook veel vaker gebruik van de computer

tijdens het consult. Na afloop van het experiment zeiden zij wel dat het werken met de computer in de spreekkamer extra stressvol was geweest, zij het niet erger dan bij telefonische vragen tijdens het spreekuur, een lastige patiënt of een assistent in opleiding.

In het onderzoek van *Als* bleek dat de huisartsen aanvankelijk tevreden waren over de PC en deze als neutraal beschouwden in de interactie met de patiënt. Zij waren ervan uitgegaan dat patiënten op de hoogte waren van de functie van de computer, en hadden niet overwogen hen daarover extra informatie te geven. Patiënten hadden ook nooit om uitleg gevraagd.

Na het zien van de video-opnamen van hun consulten waren zij vooral verbaasd. Zij waren zich er niet van bewust geweest hoe de computer als 'time-out' en 'magic box' werd gebruikt, of werd ingezet om het gesprek een andere richting te geven. Zij beseften nu hoe storend de computer in de interactie met de patiënt kon zijn, en zij namen zich allen voor om de computer minder frequent of op een andere manier te gaan gebruiken. Sommigen overwogen ook de computer anders neer te zetten. Bovendien constateerden zij hoe nuttig het geven van uitleg was.¹⁴

Beschouwing

Op de diverse onderzoeken valt zeker het een en ander aan te merken. Het gebruik van vragenlijsten over de arts-patiëntrelatie bergt altijd het risico in zich van sociaal wenselijke antwoorden, zeker als patiënten direct in de praktijk bij het onderzoek worden betrokken. Sommige vragenlijsten waren gevalideerd, maar er werden ook items uit vragenlijsten geselecteerd en

gecombineerd met items uit andere vragenlijsten. Voor één onderzoek werden alleen nieuwe patiënten geselecteerd, in een ander onderzoek alleen patiënten die voor een *medical exam* kwamen. In de onderzoeken werd op zeer verschillende wijzen gebruik gemaakt van de computer, van het simpele invoeren van tekst via de laptop tot het intensief gebruiken van de medische module. De patiëntenaantallen zijn over het algemeen klein en alleen in het onderzoek van *Als* is sprake van een representatieve groep huisartsen.

Ondanks deze bezwaren zijn enkele conclusies te trekken, die overigens met een nieuwe vragen oproepen.

Met betrekking tot tevredenheid over persoonlijke aandacht, verkregen informatie en het vertrouwen in de behandeling werden over het algemeen geen verschillen gevonden tussen consulten met en zonder computer. Weliswaar was er minder tijd voor de communicatie, maar gewone aspecten van de communicatie, zoals oogcontact, bleken van groter belang dan of de huisarts nu wel of niet bezig was met de computer. Bij handelingen die veel aandacht van de arts eisten, stopte het gesprek; patiënten bleken zich hieraan aan te passen: als de dokter te druk bezig was, vielen zij stil. Verder werd de PC voor 'time-outs' gebruikt. In wezen gebeurt dat ook met de groene kaart, dus waarschijnlijk zal dat geen verschil maken.

Twee keer werd in een onderzoeksverslag melding gemaakt van verschillende ervaringen van mannen en vrouwen. Mannen betitelden het gebruik van de computer als 'businesslike' en zij apprecieerden dat. Vrouwen boven de 55 jaar gaven aan dat zij minder geneigd zouden zijn met een dokter met computer over persoonlijke zaken te praten en dat zij over zouden stap-

Tabel 3 Onderzoek naar meningen en ervaringen huisartsen over gebruik computer			
Auteur(s)	Methode	Aantal artsen/ aantal praktijken	Tijdstip meting
Herzmark et al. ¹¹ 1984	Gestructureerd interview	5 / 2	Vóór intrede computer, na paar maanden gebruik en 1 jaar nadat de PC weer weg was.
Als ¹⁴ 1997	Semi-gestructureerd interview na bekijken van video-opnamen van eigen consulten	5 / 5	Circa 1 week na opnamen

pen naar een andere huisarts. Uit onderzoek van onder anderen *Meeuwesen* is gebleken dat mannen en vrouwen in de spreekkamer een andere stijl van communiceren hanteren: mannen willen informatie geven en ontvangen, en zij gaan op een zakelijke manier met de arts om; vrouwen proberen in de spreekkamer het proces van communiceren in gang te houden en zijn veel meer bezig met de relationele aspecten van het gesprek.²⁴ Dat zou kunnen betekenen dat de computer in de hulpverlening een andere rol speelt bij vrouwen dan bij mannen.

Verschillende dokters gaan verschillend om met de computer.¹¹ Het bleek dat er een overeenkomst bestond tussen de door de artsen zelf aangegeven eigen werkstijl en hun mening over het gebruik van de computers. Ook het gebruik als 'time out' en 'magic box' verschilde van arts tot arts, evenals het reageren op onderbrekingen van het gesprek. De manier waarop de arts omgaat met de computer, bepaalt dus mede op welke wijze de arts-patiëntrelatie wordt beïnvloed.

Een belangrijke bevinding was dat veel artsen zich niet bewust waren van de rol die de computer speelde in de interactie met hun patiënten. Het bekijken van video-opnamen lijkt een uitstekende methode om dit te corrigeren.

Voor patiënten is het computersysteem toegankelijker dan het handgeschreven dossier. Het is misschien wel bedreigend voor de dokter als de patiënt over dezelfde informatie beschikt, maar anderzijds wordt daardoor de relatie gelijkwaardiger en kan de patiënt meer bij zijn gezondheidsproces worden betrokken. *Meyboom-de Jong* beschouwde dat als een positieve ontwikkeling.²⁵

Door het kunnen meekijken ontstonden inderdaad nieuwe vormen van communicatie, zowel over in het verleden gestelde diagnoses als over nieuw ingebrachte informatie. In het proces tussen arts en patiënt is de computer prominent aanwezig. Het werken ermee onderbreekt het gesprek. Patiënten kennen hem macht toe: 'de computer zal de dokter wel helpen' of

'dadelijk vertelt de computer wat mijn diagnose is'. Hij bleek ook gebruikt te worden als 'magic box', een apparaat met macht. Het patiëntendossier van de huisarts wordt met de computer iets veel substantiëlers dan het vroeger was; het wordt een instrument in de interactie. Het is de vraag hoe dat instrument de werkelijkheid van de patiënt ten aanzien van ziekte verandert.²⁶

Hoe gaat de patiënt zich aanpassen aan de computer? Gaat hij gegevens vermelden waarvan hij vindt dat ze moeten worden ingevoerd in de computer? Of verzwijgt hij informatie, omdat hij die juist niet in de computer ingevoerd wil zien? Als gesteld wordt dat de relatie gelijkwaardiger zou kunnen worden doordat patiënten meekijken, wordt er niet bij vermeld dat de interactie dan verschuift van dokter-met-patiënt naar dokter-en-patiënt-met-computer. Ook als iedereen in de toekomst vertrouwd zal zijn met automatisering, blijft deze invloed bestaan, en die invloed zal alleen maar toenemen naarmate de computer meer zal worden ingezet bij zowel diagnostiek als therapie.

Ten slotte uiten patiënten in bijna alle onderzoeken bezorgdheid over het omgaan met vertrouwelijke informatie, zowel ten opzichte van andere medewerkers, als ten opzichte van personen of instanties buiten de praktijk. Gezien de behoefte aan continuïteit in de hulpverlening met over het algemeen verschillende parttime werkende collega's, is het invoeren van persoonlijke informatie nuttig en noodzakelijk, maar anderzijds zijn patiënten er misschien niet zo gelukkig mee. Zeker nu patiëntengegevens ook in HAGRO-verband meer en meer toegankelijk worden, zou dit een belangrijk punt van aandacht moeten zijn.

Voor de individuele huisarts is er het advies om zich meer bewust te worden van de manier waarop de computer wordt gebruikt, het liefst via video-opnamen. Het zou goed zijn om te experimenteren met de opstelling, zodat de patiënt kan meekijken, en met het geven van uitleg over de toepassingen van de computer. De vraag wie er toegang heeft tot welke gegevens, zou in iedere praktijk opnieuw gesteld

moeten worden. Verder onderzoek naar de invloed van de computer op het hulpverleningsproces en de mogelijke sekseverschillen daarbij lijken een uitdaging voor de toekomst.²⁶

Literatuur

- 1 Westerhof HP, Berden HJJM. De meerwaarde van het elektronisch medisch dossier. *Huisarts Wet* 1993;36:380-3.
- 2 Lamberts H. Innovatie en informatie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1985;28:227.
- 3 Van der Velden HGM. To computerize or not? *Huisarts Wet* 1986;29:348.
- 4 Manders JW. Automatisering van de patiëntenregistratie. Ervaringen van een pionier. *Huisarts Wet* 1986;29:387.
- 5 Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Van kaarten, etiketten en computers. *Huisarts Wet* 1989;32:208-11.
- 6 Rutton GEHM, Weijtens JThNM, Haverkort AFM. Automatiseren: tussen hollen en stilstaan. *Huisarts Wet* 1994;37:66-9.
- 7 Smulders M. Ode aan de groene kaart. *Huisarts Wet* 1998;41:252.
- 8 Scheele F. Huisarts en computer: een overdenking. *Huisarts Wet* 1986;29:55.
- 9 Eyck MAMF, Rey JG. Huisarts en computer: argumentatie en verwachtingen. *Huisarts Wet* 1987;30:154-6.
- 10 De Haan M, Van Staveren G. Hoe denken huisartsen over de computer? Verslag van een enquête. *Huisarts Wet* 1984;28:373-5.
- 11 Herzmark G, Brownbridge G, Fitter M, Evans A. Consultation use of a computer by general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1984;34:649-54.
- 12 Greatbatch D, Heath C, Campion P, Luff P. How do desk-top computers affect the doctor-patient interaction? *Fam Pract* 1995;12:32-6.
- 13 Atkinson JM, Heritage J, editors. Structures of social action: studies in conversation analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.
- 14 Als AB. The desk-top computer as a magic box: patterns of behaviour connected with the desk-top computer; GP's and patients' perceptions. *Fam Pract* 1997;14:17-23.
- 15 Potter AR. Computers in general practice: the patient's voice. *J R Coll Gen Pract* 1981;31:683-5.
- 16 Pringle M, Robins S, Brown G. Computers in the surgery. The patient's view. *BMJ* 1984;288:289-91.
- 17 Brownbridge G, Herzmark G, Wall T. Patient reactions to doctors' computer use in general practice consultations. *Soc Sci Med* 1985;20:47-52.
- 18 Rethans J, Höppener P, Wolfs G, Diederiks J. Do personal computers make doctors less personal? *BMJ* 1988;296:1446-8.
- 19 Solomon GL, Dechter M. Are patients pleased with computer use in the examination room? *J Fam Pract* 1995;41:241-4.

Vervolg op pag. 565.

- dam]. Utrecht: De Woordenwinkel, 1997.
- 3 Tonelli MR. The philosophical limits of evidence-based medicine. *Acad Med* 1998;73:1234-40.
 - 4 Rutten GEHM, redactie. *Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
 - 5 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
 - 6 Little P, Gould C, Williamson I, et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997;315:350-2.
 - 7 Kenter EGH. Nieuwe trends in de geneeskunst. *Med Contact* 1992;47:1479-80.
 - 8 Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet* 1999;353:743-6.
 - 9 Hofmans-Okkes IM. De vraag van de patiënt: belangrijke determinant voor de kwaliteit van het geneeskundig handelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:858-60.
 - 10 Fleuren M, Wijkkel D, De Haan M, et al. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract* 1998;4:11-7.
 - 11 Wiersma Tj. Methodisch werken en werken met standaarden. *Gescheiden ontwikkeling of symbiose? Huisarts Wet* 1992;35:352-4.
 - 12 Dowie J. 'Evidence-based', 'cost-effective' and 'preference-driven' medicine: decision analysis based medical decision making is the pre-requisite. *J Health Serv Res Policy* 1996;1:104-13.

Het elektronisch medisch dossier en de arts-patiëntrelatie in de huisartspraktijk

Vervolg literatuur

- 20 Legler JD, Oates R. Patients' reactions to physician use of a computerized medical record system during clinical encounters. *J Fam Pract* 1993;37:241-4.
- 21 Ridsdale L, Hudd S. Computers in the consultation: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1994;44:367-9.
- 22 Ridsdale L, Hudd S. What do patients want and not want to see about themselves on the computer screen: a qualitative study. *Scand J prim Health Care* 1997;15:180-3.
- 23 Ornstein S, Bearden A. Patient perspectives on computer-based medical records. *J Fam Pract* 1994;38:606-10.
- 24 Meeuwesen L. Sekseverschillen in de communicatie tussen arts en patiënt. In: Lagro-Janssen T, Noordbos G, redactie. *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: SUN, 1997: 63-77.
- 25 Meyboom-de Jong B. Wat levert de computer op? *Huisarts Wet* 1986;29:363.
- 26 Willems D. Tools of care [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en de relatie tussen patiënt en huisarts

Vervolg literatuur

- 9 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998.
- 10 Van den Bosch WJHM. Huisarts en poortwachter. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:2646-9.
- 11 Meyboom-de Jong B. Feminisering van de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1134-6.
- 12 Vroom ThM. Vrouwen in deeltijdarbeid in het medische beroep. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1161-6.
- 13 KNMG. *Managed care*, Utrecht: KNMG, 1998.
- 14 Kruijff AF, Schreuder RF. *Managed care en 'disease management' in Nederland*. Zoetermeer: STG, 1997.
- 15 Zorgverzekeraars Nederland. *Zorgverzekeraars en disease management*. Zeist: ZN, 1998.
- 16 Timmermans AE. 'Disease management' en huisartsgeneeskunde. *TSG* 1999;77(1):45-7.
- 17 KNMG, OMS, LHV, NHG. FTTO 'Klaar voor de start'. Utrecht: OMS, 1999.
- 18 Hogerzeil HHW. Morbiditeit en verrichtingspercentage bij avond- en nachtvisites. *Huisarts Wet* 1957;1:25-32.
- 19 Meyboom-de Jong B. De huisarts als poortwachter. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:2668-73.
- 20 Van de Lande S, Van Everdingen JJE, Krol LJ. Op zoek naar een tweede mening. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1836-40.
- 21 Van der Voort HPM, Grundmeijer HGLM, Hendrick JMA. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts Wet* 1995;38:351-4.
- 22 Post D. Veranderende patiënten in een veranderende omgeving. *Patient Care* 1999;5:8-10.
- 23 Van den Brand A, Schwartz K. De pillen voor plezier. *Dagblad Trouw* 1999;21 april.
- 24 Kenter EGH. Nieuwe trends in de geneeskunst, van patiënt naar consument. *Med Contact* 1992;47:1479-80.
- 25 Kerkhoff AHM, Reinders Folmer HA, Reinders Folmer-Spaans I. De toekomst van de huisarts. *Modern Medicine* 1998;12:16-26.