

## 'Beslissingsondersteuning kan een arts niet vervangen'

Tijdens de NHG-Wetenschapsdag van 27 mei 2016 houden twee Amsterdamse hoogleraren een lezing over het thema van de dag: beslissingsondersteuning. Een van hen is Ameen Abu-Hanna, hoogleraar Medische Informatiekunde aan het AMC-UvA. In een interview gaat hij in op het belang van beslissingsondersteuning voor de huisarts.

### Interessante doelgroep

'Vanuit de ontwikkeling van beslissingsondersteuning bezien zijn huisartsen een aantrekkelijk type gebruikers', vertelt Abu-Hanna. 'Wij richten ons ook wel op beslissingsondersteuning in een ziekenhuissetting, maar huisartsen zijn voor ons interessant omdat zij al heel lang en intensief met hun HIS werken en goed gedigitaliseerd zijn. Beslissingsondersteuning is gebaseerd op patiëntgegevens enerzijds en klinische kennis – meestal

richtlijnen – anderzijds. Je wilt dat de huisarts op de juiste tijd het juiste doet met de specifieke patiënt tegenover zich, met de adviezen uit de richtlijnen op de achtergrond. Dat is nodig omdat we zien dat er toch best vaak dingen fout gaan. Meestal is dat geen probleem, maar soms is er een onwenselijke variatie tussen huisartsen onderling. Wetend dat bepaalde handelingen het best zijn voor de patiënt, is het goed om die aan de arts te tonen. Dat kan bijvoorbeeld gaan om het staken of juist inzetten van bepaalde medicatie.'

### Gebruik van NHGDoc

Kan Abu-Hanna voorbeelden geven van beslissingsondersteuning voor huisartsen die tot dusver al is ontwikkeld? 'Het bekendste systeem is NHGDoc, ontwikkeld door ExpertDoc. Dat systeem ondersteunt veel richtlijnen, maar een recent grootschalig onderzoek heeft aangetoond dat het slechts weinig wordt gebruikt. De redenen daarvoor kunnen zijn dat huisartsen het systeem niet kennen of er niet goed mee kunnen omgaan. Maar ook geven huisartsen aan dat tijdgebrek hieraan debet is, of dat ze vinden dat er te veel alerts zijn die bovendien vaak irrelevant zijn. Diezelfde huisartsen geven echter ook aan dat ze wel beslissingsondersteuning willen.'

### Focus op één domein

In het AMC is gepoogd om een systeem van beslissingsondersteuning te ontwikkelen dat op een andere manier werkt. Abu-Hanna: 'NHGDoc heeft ingezet op de vele NHG-Standaarden; in het AMC hebben we ons in het project ICOVE op één domein gericht: de ouderenzorg. ICOVE staat voor *Improving Care of Vulnerable Elders*. Er zijn verschillende manieren om adviezen aan te bieden. Bij NHGDoc is gekozen voor een passieve benadering: de huisarts moet zelf op een knop klikken om adviezen te zien. Dan krijgt hij een overzicht van alle alerts die van toepassing zijn op deze patiënt, maar daarin is alleen de situatie vóór het huidige consult verwerkt. Nieuwe bevindingen uit het huidige

consult zijn dus niet meegenomen. ICOVE werkt in "real time", dat wil zeggen dat alle op dat moment bekende informatie over de patiënt wordt meegenomen. Ook hebben we gekozen voor een minder passieve benadering om de huisarts erop te attenderen dat er advies voor hem is. Bovendien kan de huisarts kiezen welk advies hij wil zien, bijvoorbeeld omtrent de medicatie die hij zojuist heeft voorgeschreven.'

### Verbeterend voortborduren

'ICOVE is een ZonMw-project in het kader van het Nationale Programma Ouderenzorg', licht Abu-Hanna toe. 'Er zijn maar weinig evidence based richtlijnen voor ouderen, omdat zij meestal worden uitgesloten bij clinical trials. We weten dus relatief weinig over hen en deze groep kent veel multimorbiditeit. En wat doe je dan?

Wij borduren voort op een onderzoek uit Californië: het ACOVE-project. De A staat hier voor *Assessing*; wij gaan met onze *Improving* dus verder. Binnen ACOVE zijn op basis van *expert opinion* en literatuuronderzoek 392 beslisregels geformuleerd voor de minimale zorg voor kwetsbare ouderen, van diagnose tot follow-up. Deze regels beschrijven steeds processen; ze gaan dus niet over uitkomsten. En ze zijn sterk uiteenlopend: ze beschrijven ook administratieve handelingen. De regels zijn bedacht om grip te krijgen op de kwaliteit van zorg voor ouderen. De mate waarin de regels zijn opgevolgd levert in die zin dus een cijfer op voor de kwaliteit van de verleende zorg. Bij meting bleek dat de helft van de indicatoren onder de 50% scoorde. En de slechtste scores werden behaald bij juist de typisch geriatrische problematiek. Daarom hebben wij diezelfde regels genomen en nu kijken we of wij de opvolging ervan kunnen verbeteren met behulp van beslissingsondersteuning.'

### Regels reduceren

'We begonnen deels in het Spaarne Ziekenhuis, want die hadden al het EPIC Elektronisch Patiëntendossier geïmplementeerd, en deels bij de huisartsen van GAZO, de Gezondheidscentra Am-



sterdam Zuid-Oost', vervolgt Abu-Hanna. 'Ons systeem geeft alerts op het moment dat de zorg wordt verleend. Maar 392 regels was wel wat veel... En is de Amerikaanse context anders dan bij ons? Gelukkig was er een initiatief om 81 ACOVE-regels waar nodig om te zetten naar de Nederlandse eerste lijn. Dat vormde een mooi startpunt, maar het is nog steeds veel, want willen huisartsen dat wel allemaal? Die zéppen immers wel dat ze beslissingsondersteuning prachtig vinden, maar de praktijk wijst anders uit. Per regel hebben we huisartsen dus gevraagd: "Stel dat we voor deze regel ondersteuning zouden bieden, zou u deze dan aan- of uitzetten?" Zo kwamen we uit op pakweg twintig regels die we wilden invoeren in de huisartsenpraktijk.'

### Als/dan-regels

Vervolgens zijn voor de trial deze twintig regels 'in twee stukken gehakt'. Abu-Hanna: 'Twee groepen huisartsen kregen verschillende sets van tien regels. We hebben ze geformuleerd in "als voorwaarde/dan advies-regels". Bijvoorbeeld: "Als een kwetsbare oudere positief is getest op dementie, dan moet de huisarts diens medicatie doornemen op zoek naar middelen die geassocieerd kunnen worden met cognitieve veranderingen." Of: "Als je NSAID's voorschrijft, dan moet je ook maagbeschermers geven."

### Redenen voor afwijken

Zoals gezegd, bij de meting op de ACOVE-regels bleven de scores bij typisch geriatrische aandoeningen vaak onder de 50%. Weet Abu-Hanna ook waarom huisartsen de richtlijnen kennelijk niet altijd opvolgen? 'Een belangrijke reden is dat ze de details uit richtlijnen niet altijd kennen of zijn vergeten. Een tweede reden is dat ze soms niet willen: mijn patiënt is anders! Maar soms ook ontbreken de middelen en vooral de tijd. En tot slot zijn richtlijnen niet altijd gemakkelijk te interpreteren.'

### Computers versus artsen

Als huisartsenzorg te vangen is in 'als/dan-regels', komt er dan een tijd waarin

computers beter gaan presteren dan de dokter? Abu-Hanna: 'Nee, beslissingsondersteuning kan de arts niet vervangen. Maar het kan wel proactief fouten voorkomen en reactief corrigerende feedback geven. Als het er alleen om gaat dat richtlijnen "de waarheid" zijn, is een computer natuurlijk altijd beter dan een arts. Maar niet als het gaat om ingewikkelde afwegingen. Een arts kent de patiënt, ziet dingen aan diens uiterlijk die een computer niet kan zien. Voor mijn vakgebied, medische informatiekunde, is alleen de vraag relevant: kan een gebruiker die is voorzien van bepaalde informatie beter werken dan zónder die voorziening? Overigens hebben we nog voldoende uitdagingen. Zo zijn we weliswaar nog bezig met de evaluatie van het gebruik en effect van het ICOVE-systeem, maar een voorlopige analyse laat zien dat het gebruik ervan nog verre van ideaal is. Het is dus belangrijk om te achterhalen hoe we het gebruik van toekomstige systemen kunnen verbeteren.'

### Waarschuwingen moe

Ziet Abu-Hanna ook bedreigingen voor de toekomst, bijvoorbeeld dat er zo veel alerts komen dat de huisarts ze niet meer wil bekijken? 'Die bedreiging is er nu al! Het klakkeloos implementeren van medicatiebewakingsdatabases, zoals de G-standaard, levert zo veel alerts op dat meer dan 90% ervan wordt genegeerd. We noemen dat *alert fatigue*. Maar het betekent wel dat ook goede adviezen worden genegeerd, dus dat moeten we verbeteren. We kunnen bijvoorbeeld kijken naar de ernst van de problematiek en naar de sterkte van het bewijs. Maar ook de werkdruk van de gebruiker telt mee: wat is een goed moment om de adviezen te geven? Nu is het *one size fits all*, zonder aandacht voor de context. En ook is het nog niet mogelijk om het systeem te personaliseren, maar daar moeten we wel aan werken.'

### Barrières bij implementatie

'Huisartsen gaven aan ook bij ICOVE te veel alerts te krijgen', vertelt Abu-Hanna. 'Op de vraag of die alerts terecht waren, hoorden we steeds: "Jawel, maar

we hebben geen tijd." Feitelijk lever je dan dus suboptimale zorg, maar wil je dat niet weten. Veelgehoorde wensen van huisartsen zijn dat ze alleen feedback willen hebben op het specifieke probleem dat op een bepaald moment speelt. Of ze willen aan het einde van de dag een overzicht krijgen met feedback op zaken die ze kunnen regelen in afwezigheid van de patiënt. Maar er zijn veel andere belangrijke implementatiefactoren, zoals organisatie- en persoonstypen, de manier en misschien zelfs wel de toon van adviseren. Beslissingsondersteuning zou je kunnen beschouwen als een instrument voor gedragsverandering. En wat doe je dan als iemand altijd bepaalde adviezen negeert? Kun je het systeem ook leren om die adviezen niet meer te geven? Of op een andere manier? Kortom, niet alleen de patiëntensituatie is van belang bij beslissingsondersteuning, ook die van de gebruiker.'

### De Wetenschapsdag

Abu-Hanna zal een van de openingslezingen van de NHG-Wetenschapsdag verzorgen. Waar gaat hij zich vooral op richten? 'Ik zal de context schetsen van wat informatiekunde en beslissingsondersteuning kunnen betekenen voor de zorg. ICT wordt steeds belangrijker voor artsen; hoe gaan we om met data en kennis, bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren? En wat kan beslissingsondersteuning voor ons betekenen? Ik zal een nieuw "tweestromenmodel" van beslissingsondersteuning introduceren. Ook zal ik iets vertellen over een digitale masteropleiding voor artsen: *health informatics*; die is hier nu bijna startklaar. En tot slot wil ik het perspectief voor de toekomst aanstippen: waar moeten we naartoe met de informatisering van huisartsen. Daarbij probeer ik misschien wat ideeën op de congresgangers uit om te kijken of ze die leuk of nuttig vinden.' ■

Ans Stalenhoef