

# Van kwaal tot medicijn

**Publicatie** Nr. 10 - 12 september 2001

**Jaargang** 2001

**Rubriek**

**Auteur** P.J.B. Lagendijk, R.W. Schuring, T.A.M. Spil

**Pagina's**

## **Haken en ogen bij de implementatie van het EVS**

Door structureel diagnoses te coderen met behulp van de juiste software op zijn computer zal de huisarts automatisch patiënt-specifiek advies krijgen over het voor te schrijven medicijn. We spreken hier over het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), waarmee wordt beoogd de kwaliteit van de zorg te verhogen en vanaf volgend jaar 300 miljoen gulden per jaar te besparen.

In november 1998 hebben het ministerie van VWS en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een meerjarenafspraak gemaakt over de implementatie van het EVS. Deze afspraken zijn in juni 1999 samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bekrachtigd in een convenant. In het licht van deze afspraken ontstond voorjaar 2000 bij Zorgverzekeraars Nederland de behoefte om op het niveau van de huisartsenpraktijk te begrijpen wat de factoren zijn die de implementatie en het gebruik van het EVS verklaren. Vanuit de Universiteit Twente (UT) is een onderzoek uitgevoerd, waarvan in dit artikel de uitkomsten in hoofdlijnen zijn weergegeven.

## **Verschillen**

De huisarts is opgeleid om de juiste diagnose te kunnen stellen en daaraan de betreffende behandeling te kunnen koppelen. Sinds de komst van de PC in de praktijk van de huisarts is het mogelijk dat dit proces wordt ondersteund met een informatiesysteem. De mogelijkheden lopen uiteen van de financiële administratie, patiëntenregistratie, medische module, de SOEP (Subjectief Objectief Evaluatie Plan)-module, de ICPC (International Classification of Primary Care)-codering en sinds kort het EVS. Het staat elke huisarts vrij om te kiezen wat hij gebruikt. Het beschikbaar zijn van specifieke functies in het huisartsinformatiesysteem (HIS) zegt echter nog weinig over het gebruik daarvan.

Op grond van het HIS-gebruik zijn de huisartsen ingedeeld in groepen. Een relatief kleine groep huisartsen loopt voorop wat betreft innovaties. Dan is er een grote middengroep, onderverdeeld in een groep die de voorlopers "vroeg" volgt en een groep die "laat" volgt. Ten slotte is er een groep die ver achterloopt ten opzichte van de eerste groep. Ook is er onderscheid gemaakt naar praktijktype: solo, duo/groep, gezondheidscentrum. Zo ontstonden twaalf groepen, waarbinnen in totaal 58 huisartsen zijn bezocht voor een interview in hun eigen werksituatie.

De (kleine) groep huisartsen met een innovatiegerichte houding en gedragspatroon loopt voorop wat betreft informatisering, ICPC-gebruik, zuinig en zinnig voorschrijven, gebruik van het elektronisch formulier en, eventueel, EVS-gebruik. Voor deze groep zijn technische onvolkomenheden van innovaties geen echte belemmeringen, ondanks eventuele klachten. Het EVS sluit voor hen aan op de eerdere innovaties. Dit wil niet zeggen dat deze groep het EVS voor alle consulten zal gebruiken en de adviezen altijd zal opvolgen. Huisartsen hebben het EVS niet altijd nodig om te komen tot een goede medicatie. Dat geldt ook voor innovatieve huisartsen.

Om te komen tot een intensief en correct gebruik van het EVS door de minder innovatieve, maar wel grote middengroep van huisartsen, moet een aantal belemmeringen worden weggenomen. Deze belemmeringen gelden binnen de middengroep niet voor iedere huisarts in dezelfde mate, zodat ook binnen die groep het EVS wel degelijk kan worden gebruikt.

### **Gebruik**

De eisen die het EVS stelt, sluiten vaak niet aan op de manier van werken van een huisarts. Veel huisartsen zijn onvoldoende vertrouwd met het computergebruik, het systeembeheer, de SOEP-methode en de ICPC-codering. Het NUT3-onderzoek wees uit dat op dat moment (1997) slechts 27 procent van de respondenten voldoende SOEP en ICPC gebruikt om het EVS te kunnen hanteren. Een onderzoek van het Nivel uit 1999 laat geen rooskleuriger beeld zien.

In het onderhavige UT-onderzoek kostte het moeite om ook in de groep gevorderde huisartsen voldoende deelnemers te vinden. Dit bevestigt het beeld dat ICPC en SOEP vanuit een EVS-perspectief op onvoldoende schaal worden gebruikt. Naar voren kwam dat veel huisartsen de computer niet gebruiken tijdens het consult maar pas erna, terwijl het EVS vraagt om interactief computergebruik tijdens het consult. Sommige huisartsen gaven aan bang te zijn het contact met de patiënt te verliezen door de intensivering van PC-gebruik. Anderen vrezen op termijn hun professionele autonomie te verliezen.

Ook de tijd die is gemoeid met het systeembeheer speelt een rol. Dit, “terwijl er al steeds meer op ons bord komt”. Deze groep huisartsen is niet bereid veel tijd te besteden aan een informatiesysteem of de werkwijze aan te passen omwille van de techniek.

Dit alles beperkt de verspreiding van het EVS-gebruik. Als deeloplossing zou huisartsen de mogelijkheid kunnen worden geboden het systeembeheer over te dragen aan een professionele partij. In enkele regio's is gebleken dat een individueel trainingsprogramma effectief kan zijn om het uitgangsniveau voor SOEP- en ICPC-gebruik te verbeteren. Eén van de succesfactoren hierbij is dat wordt voortgebouwd op de acute problemen van de betrokken huisarts.

Het wegnemen van ongegronde weerstanden is een kwestie van goed luisteren en gericht voorlichten. De weerstand tegen innovatie is minder sterk als huisartsen zelf de toepassing van de innovatie lokaal kunnen vormgeven. De veranderingen die op dit vlak

van huisartsen worden gevraagd, zijn echter vergaand. Succes is alleen te verwachten als er nauwe aansluiting is op de problemen van de individuele huisarts en er wezenlijk tijd en geld wordt geïnvesteerd.

## **Codering**

Het gebruik van de ICPC-codering is essentieel voor het EVS. Deze codering sluit echter onvoldoende aan op de behoefte van de gemiddelde huisarts. Ook, of zelfs juist de huisartsen met veel ervaring met ICPC-codering klagen over de kwaliteit ervan (zie de figuur).

Het EVS gaat uit van de bestaande ICPC-codering, terwijl de huisarts uitgaat van de bij hem voorkomende diagnoses. De kernoorzaak hiervan is dat de ICPC-codering een internationale code is, gericht op epidemiologische doeleinden. Voor een huisarts kan dit betekenen dat deze code tekortschiet bij het registreren van de problemen en de diagnose van een individuele patiënt. De codering is dus niet toegespitst op de Nederlandse huisartsenpraktijk. Overwogen kan worden alsnog een verbeteringslag naar de praktijk te maken.

Bij een gemiddelde groep huisartsen, die niet vooroploopt in ICPC-gebruik, zou op dagelijkse basis kunnen worden bijgehouden welke praktische coderingsproblemen zich voordoen. Zo wordt met die groep iteratief gewerkt aan een coderingsvariant die steeds beter aansluit op de praktijk. De huisartsen moeten voor hun deelname een vergoeding in tijd krijgen. Door de aansluiting op de problemen van de gemiddelde huisarts zal het gat tussen voorlopers en laatkomers kleiner worden in plaats van groter. De nieuwe ICPC 2-code kan hierbij als basis dienen.

## **Aansluiting**

Communicatieproblemen en tijdsdruk zijn dé grote problemen van de huisarts die soepeler wil communiceren met de collegae, de apotheek, het laboratorium en het ziekenhuis. EVS helpt niet om deze problemen te verminderen en het staat begrijpelijkerwijs dan ook niet hoog op de agenda van de huisarts.

Er zijn echter mogelijkheden om het EVS aan te laten sluiten op deze problemen.

Een mogelijkheid kan zijn het EVS deel te laten uitmaken van een technologische cluster-innovatie, een package deal. Dit houdt in dat het EVS technisch wordt gekoppeld aan functionaliteiten die wel aansluiten op de problemen van de huisarts, zoals een communicatiemodule die technisch zo is ingericht dat de communicatie met andere partijen zeer eenvoudig verloopt als EVS-functionaliteiten worden gebruikt.

Een tweede aanpak is, het EVS te beperken tot die therapieën die voor de huisarts relatief tijdrovend zijn. Zo leidt EVS-gebruik als vanzelf tot tijdbesparing. Denk hierbij aan de koppeling van EVS-functies aan een korte route voor eenvoudige diagnoses en herhaalrecepten, aan specifieke ondersteuning bij complexe diagnoses, aan een lerend ondersteuningssysteem voor diagnoses die vaker voorkomen en aan specifiek EVS-gebruik naar patiëntengroep of medicatiegroep. Deze aanpak heet “partieel EVS-gebruik”.

Een derde mogelijkheid is de “groepsvorming”, dat wil zeggen: de professionele samenwerking van huisartsen bevorderen. In situaties waar wordt samengewerkt (vooral bij gezondheidscentra) en bij apotheekhoudende huisartsen is een positief effect te zien ten aanzien van zuinig en zinnig voorschrijven. Zorgverzekeraar Groene Land heeft ervaren dat toetsbare farmacotherapeutische afspraken met wederzijdse voordelen op het niveau van een groep huisartsen en eventueel apothekers leiden tot een blijvende besparing op geneesmiddelen. In deze oplossing komt het EVS niet altijd voor, maar een aantal huisartsen gaf aan dat er een positief verband bestaat tussen een goed werkend FTO en EVS-gebruik. Deze oplossing is zowel voor voorlopers als voor laatkomers reëel, want in alle gevallen kunnen toetsbare afspraken over de resultaten op maat worden toegesneden op verbetering van de huidige situatie.

Individuele huisartsen zien in het gebruik van EVS voordelen die in de media niet of nauwelijks aan bod komen. Er wordt onder meer genoemd dat EVS een nuttige second opinion geeft, dat het je scherp houdt, dat het handig is bij gecompliceerde diagnoses en formulariumvoorschriften, dat het goede niet-medicamenteuze adviezen geeft en dat het kan helpen om in eenvoudige gevallen de assistente therapievoorstellen te laten maken. Ook wordt aangegeven dat het EVS je helpt om je gedachten te ordenen en dat het handig is dat formularium-updates je niet kunnen ontgaan. In de marketing van het EVS zouden deze voordelen kunnen worden benadrukt. Ze sluiten immers aan op de belevingswereld van de huisartsen die deze voordelen noemen.

De concessie bij enkele van deze manieren van aanpak is dat het EVS niet in zijn huidige vorm wordt ingevoerd, maar in varianten ervan. Een centraal punt blijft dat de problemen van de huisarts voor een belangrijk deel ver van het EVS afliggen.

## **Impasse**

Uit een inventarisatie blijkt dat er behalve het EVS vele ontwikkelingen op de bestaande huisartseninformatiesystemen afkomen. Om EVS tot een succes te maken, moet de HIS-problematiek worden aangepakt. Nu dreigt het EVS te verstikken in de impasse tussen huisartsen die zitten te wachten op nieuwe software en leveranciers die de investering in nieuwe software niet kunnen rechtvaardigen.

Er verschillende manieren om hier iets aan te doen. Het alternatief om een totaal nieuw opgezet HIS te ontwikkelen op basis van nieuwe informatietechnologieën heeft

uiteindelijk de voorkeur. Voor dit proces zouden beheersingsmaatregelen moeten worden getroffen.

## **Cruciaal**

Om de aanpak van de belemmeringen behapbaar te maken is het van belang te beginnen met die belemmeringen die direct tot aansprekende resultaten leiden voor de betrokkenen. In dit geval betekent dit dat, hoewel de impasse in de HIS-markt wel erg prominent aanwezig is, er van meet af aan veel energie wordt gestopt in het hanteerbaar maken van de eisen die het EVS-gebruik stelt en in de kwaliteit van de ICPC-codering.

Cruciaal bij alle acties is dat de band met de beelden, problemen en motivatie van de gemiddelde huisarts zeer nauwgezet in de gaten wordt gehouden. De problemen wat betreft EVS-gebruik zitten niet bij de innovatieve huisartsen die vooroplopen. Het is een misvatting dat hun beelden, problemen en motivatie bepalend zijn voor de gemiddelde huisarts van over tien jaar. Innovatoren zijn andere mensen dan de grote middengroep die volgt. Bij de ontwikkeling van innovaties vormt het meest vooroplopende contingent van de middengroep het beste oriëntatiepunt.

Geldelijke vergoedingen en andere beloningen, bijvoorbeeld praktijkondersteuning, moeten omzichtig worden gebruikt. Beloningen leiden vaak niet tot kwalitatief hoogwaardig gebruik van de innovatie. Sommige beloningen zijn alleen haalbaar voor de vooroplopende groep, zodat het gat tussen voorlopers en laatkomers steeds groter wordt.

<<

ir. P.J.B. Lagendijk,  
afdeling Bedrijfsinformatiekunde

dr.ir. R.W. Schuring,  
afdeling Geneeskunde & Management

dr.ir. T.A.M. Spil,  
afdeling Bedrijfsinformatiekunde  
Universiteit Twente  
Correspondentieadres:a.a.m.spil@sms.utwente.nl

De onderzoeksrapportage Elektronisch Voorschrijf Systeem is aan te vragen bij  
Zorgverzekeraars Nederland, postbus 520, 3700 AM Zeist, tel. 030 698 8911.

## **SAMENVATTING**

1 Universiteit Twente heeft onderzoek verricht naar de factoren die een rol spelen bij de implementatie en het gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS). Er kwam een aantal belemmeringen naar voren.

1 De eisen die het elektronisch voorschrijfsysteem stelt, sluiten niet aan op de manier van werken van het merendeel van de huisartsen in de uitgangssituatie.

1 De ICPC-codering sluit onvoldoende aan op de behoefte van de huisarts.

1 Omdat het EVS niet helpt om de belangrijkste problemen van de huisarts op te lossen, is hij weinig gemotiveerd om dit systeem te gebruiken.

1 Het EVS dreigt te verstikken in de heersende impasse ten aanzien van de huisartsinformatiesystemen.

1 De onderzoekers noemen diverse mogelijkheden om de knelpunten aan te pakken.