

Informatiemoloch biedt geen toegevoegde waarde

EPD heeft evidence nodig



Frans J. Meijman, voorheen huisarts, hoogleraar medische wetenschapscommunicatie, afdeling Metamedica VU medisch centrum, Amsterdam

Correspondentieadres:
fj.meijman@vumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Voordat een dokter een medicijn voorschrijft, moet eerst de werkzaamheid en de veiligheid zijn vastgesteld. Zo niet bij het landelijk elektronisch patiëntendossier. Dat dreigt te worden ingevoerd zonder dat het nut voor patiënten is bewezen.

Het risico bestaat dat de patiënt de mond wordt gesnoerd

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) roept veel bezwaren op op het gebied van veiligheid en de overrompelende invoering door de overheid, die lokale en regionale projecten negeert. De kritiek is een goede reden om de argumenten voor het landelijke EPD tegen het licht te houden. We mogen bij zo'n rigoureuze ingreep in de gezondheidszorg toch verwachten dat de baat voor patiënten buiten kijf staat.

Dat valt tegen. Een zoekactie in PiCarta, PubMed en de Cochrane Library levert geen overtuigend bewijs van de effectiviteit en doelmatigheid van grootschalig gekoppelde systemen voor patiëntengegevens. De argumentatie van de betrokken adviescolleges van de overheid is ook nogal karig. De Gezondheidsraad heeft zich niet over het landelijk EPD uitgesproken. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) deed dat wel in 2002 en 2005, maar zonder bewijs voor de effectiviteit van een landelijk EPD.¹ Zelfs het nut van een landelijk medicatiedossier is niet aangetoond.

Luchtkasteel

Elektronische opslag en uitwisseling van gegevens zijn nuttig om medische informatie te ordenen en te analyseren, maar een landelijk netwerk van EPD's voor alledaagse zorg voor individuele patiënten is voornamelijk een luchtkasteel dat ons bovendien een rad voor ogen draait. De communicatieproblemen in de zorg treden niet op bij de overdracht van een-

duidige gegevens, maar bij de uitwisseling van bijvoorbeeld uiteenlopende gezichtspunten, interpretaties en de weging van de persoonlijke context. Daarbij is het verhaal van de patiënt superieur, maar het risico bestaat dat de patiënt de mond wordt gesnoerd omdat het 'allemaal al in de computer zit'. Het is een illusie dat het individuele verhaal met een druk op de knop op het scherm verschijnt. Bovendien is er het risico van tekortschietende actualiteit van de registratie, met alle geharrewar van dien. Volgende hulpverleners worden ingeschakeld omdat de grenzen van de voorgaande zijn bereikt. Dan bestaat doorgaans behoefte aan een frisse kijk. Het gaat immers niet steeds om urgente situaties met patiënten die niet aanspreekbaar zijn. De alledaagse zorg moet niet worden gedomineerd door een documentatie- en communicatiesysteem met een alarmfase-vijf-karakter. Er zijn aanwijzingen dat de actieve betrokkenheid van patiënten tijdens consulten bij de huisarts (voor de behandeling van hoge bloeddruk) tussen 1986 en 2002 – anders dan verwacht – is afgenomen.² Protocollering en mechanisering in de spreekkamer laten de communicatie kennelijk niet onberoerd. Opeenstapeling verderop in de zorgketens van de goedbedoelde 'stroomlijning' via een landelijk EPD heeft gevolgen voor de uiteenlopende categorieën patiënten. Die effecten moeten we op z'n minst kennen om ermee rekening te kunnen houden. Anders zijn we als tovenaarsleerlingen bezig. Dat kan niet de bedoeling zijn. 



Een dossier over het EPD vindt u via dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Rijen AJG van, Lint MW de, Ottes L. Inzicht in e-health. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2002: 75.
2. Bensing JM, Tromp F, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den, Verheul W, Schellevis FG. De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënt: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten. Huisarts Wet 2008; 51: 6-12.