

ICT ALS ZORGENKIND

Werkvloer is ongerust over het elektronisch patiëntendossier

Ziekenhuizen, softwarebedrijven, huisartsen en de overheid sleutelen aan het elektronisch patiëntendossier. Maar vanaf de werkvloer zien ontwikkelingen rond het EPD er zorgwekkend uit. Tijd om de koppen bij elkaar te steken.

CEES VAN DONSELAAR

In Nederland wordt op vele plaatsen en op verschillende manieren volop gewerkt aan het elektronisch patiëntendossier (EPD). De meeste huisartsen beschikken over een soort EPD, alle ziekenhuizen zijn bezig, de overheid is actief en een groeiend aantal softwarebedrijven levert (delen van) elektronische patiëntendossiers. Dat geeft verwarring, want de diverse partijen verstaan heel verschillende zaken onder een elektronisch patiëntendossier en claimen allemaal hét elektronisch patiëntendossier te leveren.

Voor de ziekenhuizen gaat het bij het EPD om hun eigen ziekenhuissystemen. Het ziekenhuis-EPD heeft vier functies. Via de kijkdoosfunctie is alle beschikbare informatie over de patiënt omtrent afspraken, brieven, laboratoriumuitslagen, foto's et cetera in te zien. De tweede functie van het EPD is het mede-organiseren van de zorg. Het gaat dan vooral om zaken als het digitaal aanvragen en plannen van onderzoeken, opnames en operaties, en het digitaal

voorschrijven van medicatie. De derde functie van het EPD is het stroomlijnen van informatie. Je kunt zelf informatie, zoals die nu met de hand in een status, verpleegkundig dossier of andere formulieren wordt geschreven, toevoegen aan het dossier. Informatie hoeft maar één keer te worden vastgelegd.

Dat klinkt allemaal simpel, maar betekent een hele omslag in de manier van werken. De vierde functie is meedenken met de inhoud van het zorgproces zelf, in de vorm van expertsystemen die op de achtergrond meedenken. Deze laatste mogelijkheid is voor het grootste deel nog toekomstmuziek.

DRAMA

De overheid en de politiek hebben het vooral over de invoering van een landelijk elektronisch patiëntendossier. Daarbij gaat het om twee onderdelen: een elektronisch waarneemdossier voor huisartsen en een elektronisch medicatiedossier. De informatie van alle hulpverleners is

in deze plannen continu beschikbaar via een landelijk schakelpunt, waardoor er van iedere patiënt actuele gegevens beschikbaar zijn. Een lovenswaardig, maar wel erg complex streven. De invoering is dan ook al meerdere malen uitgesteld. In Groot-Brittannië is recentelijk de invoering van een centraal dossier, waarin alle informatie van alle patiënten op een uniforme wijze centraal werd opgeslagen, op een drama uitgelopen.

Bedrijven brengen ook 'losse' EPD's op de markt. Vaak gaat het dan om specifieke toepassingen voor bepaalde patiëntengroepen of om een soort medisch paspoort, waarbij de patiënt zijn eigen EPD op een website of USB-stick krijgt.

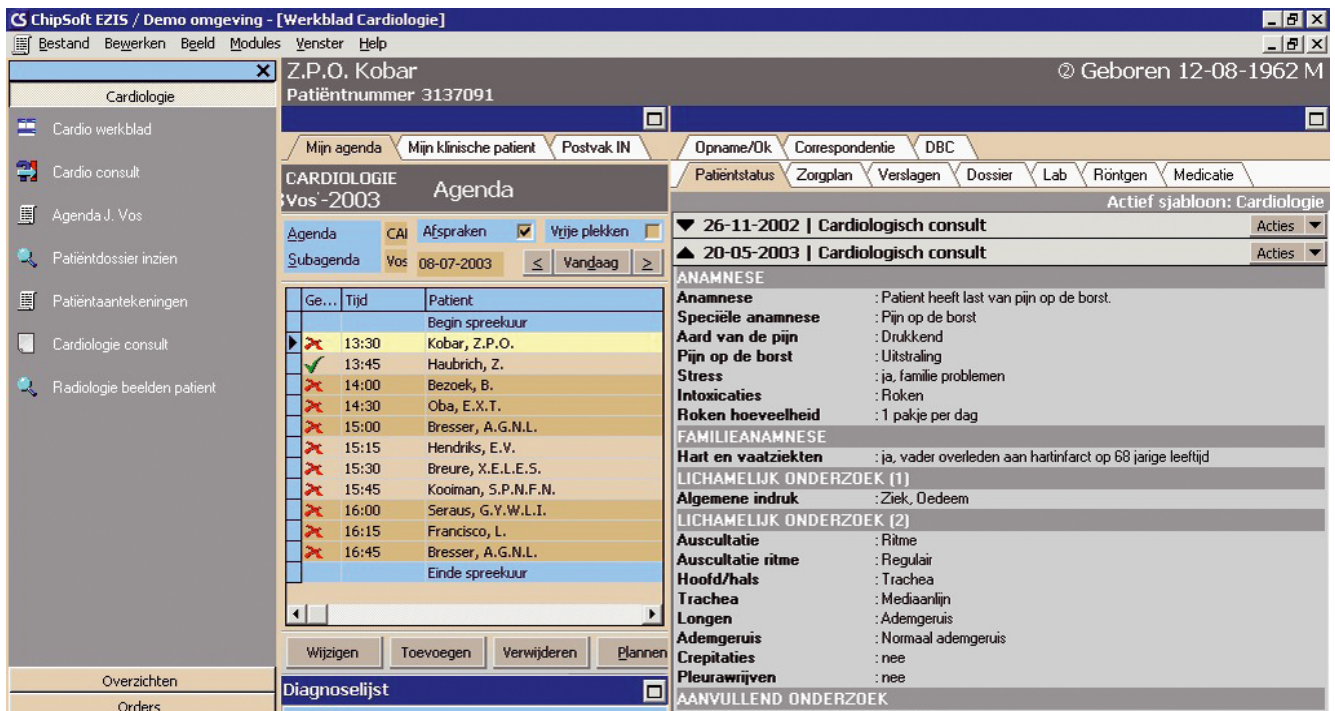
BUITENSTAANDER

In ons ziekenhuis houd ik me als medisch specialist bezig met de ontwikkeling van het EPD. Ik ben derhalve een relatieve buitenstaander, bij wie een aantal verontrustende vragen zijn gezeten. >>



*Wonderlijk maar waar...
Na de computercrash was ze
van alle kwaaltjes verlost.*

BEELD: MATTHIJS GIESEN



Een deel van een pagina uit een door ChipSoft ontwikkeld concept van een elektronisch patiëntendossier.

<< • **Informatie-explosie.** De huidige medische en verpleegkundige status bevat een bepaalde selectie van gegevens, die relevant is voor de behandelende arts of een verpleegkundige. In een EPD komt alle informatie ongeselecteerd in beeld. In de loop van de tijd zal die informatie sterk toenemen. Alles blijft immers bewaard. Dat leidt tot lange lijsten diagnoses, brieven, uitslagen van aanvullend onderzoek en verpleegkundige dossiers waarvan verreweg het grootste deel niet relevant zal zijn voor de betrokken arts of verpleegkundige. Digitaliseren van informatie geeft in principe de mogelijkheid informatie zo te structureren dat de essentie van die informatie snel is in te zien. Digitale informatie moet ook gemakkelijk kunnen worden gefilterd op contextgevoelige relevantie. Dit alles staat bij het EPD echter nog in de kinderschoenen. We creëren een ongestructureerde informatieberg, waarbij het moeilijk is door de bomen het bos te blijven zien.

• **Signalering.** Het signaleren van een afwijkende uitslag die consequenties kan hebben voor het beleid, is ook nu een zwak punt. Vaak zullen er afspraken zijn gemaakt met de ondersteunende afdelingen, over wie bij welke afwijking op de hoogte moet worden gesteld. Toch gebeurt het nog wel eens dat bij het dicteren van de ontslagbrief een onverwachte uitslag wordt aangetroffen. ICT-mensen lossen dit ogenschijnlijk simpel op. Bij het inloggen verschijnt een 'what is new'-rubriek waarbij alle uitslagen

van onderzoeken die door de betreffende dokter zijn aangevraagd, worden getoond. Dat kan een lange lijst worden, die grotendeels irrelevante informatie bevat. Hier moet een slimmere oplossing voor worden gevonden.

• **Exporteerfunctie.** Patiënten worden verwezen via hun huisarts die over een goed functionerend EPD beschikt, of ze wisselen van ziekenhuis. Het zou nuttig zijn als er een export- en importfunctie was, waarmee informatie uit het ene systeem op een herkenbare en juiste manier in een ander systeem kan worden ingelezen. Deze mogelijkheid is er niet door een gebrek aan standaardisatie.

• **Fouten.** Een gebruiker heeft de neiging om voort te borduren op al bestaande schriftelijke informatie. Hoe voorkom je

• **Aansprakelijkheid.** Nu is een behandelend arts verantwoordelijk voor zijn eigen dossier. Maar wie is de eigenaar van alle informatie in een EPD? Wie is verantwoordelijk voor de juistheid en volledigheid? Als alle informatie beschikbaar is, betekent dat dan ook dat de behandelend arts altijd wordt geacht al die informatie te kennen, ook als die informatie veelomvattend en niet gemakkelijk is te overzien?

• **Onverwachte problemen.** Als je automatiseert, probeer je bekende problemen op te lossen. Er kunnen zich dan echter weer nieuwe problemen voordoen. Zo is de afdeling Radiologie van ons ziekenhuis gedigitaliseerd. Daardoor is de snelheid van de verslaggeving sterk verbeterd en zijn er nooit meer foto's zoek. Komt er een patiënt uit een ander ziekenhuis

Het veld moet zelf aangeven hoe ICT zinvol kan zijn in de zorg

dat incorrecte informatie aan een elektronisch dossier wordt toegevoegd of dat klakkeloos wordt voortgeborduurd op aanwezige onjuiste informatie? Is de bron daarvan te achterhalen? Zijn er afspraken over de houdbaarheidsdatum of de betrouwbaarheid van bepaalde gegevens?

met zijn foto's op een cd, dan kan onze viewer die niet bekijken. Het kost dan veel tijd om alle foto's op een begrijpelijke wijze in beeld te krijgen. Vervolgens blijkt dat we wel de foto's, maar niet het verslag op de juiste plek in ons systeem kunnen inlezen. Tegenwoordig komen patiënten ook met foto's op dvd. Helaas

SAMENVATTING

- *In Nederland werken allerlei partijen aan het elektronisch patiëntendossier (EPD).*
- *Men gaat echter voorbij aan zaken die op termijn het succes van het EPD bepalen. Daardoor draagt het EPD niet optimaal bij aan het verbeteren van de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg.*
- *Gebrek aan standaardisatie remt de ontwikkeling en bemoeilijkt de uitwisseling van informatie.*
- *Gedigitaliseerde informatie is straks moeilijk toegankelijk.*
- *Intelligente signalering van afwijkende uitslagen ontbreekt.*
- *De juridische implicaties van het werken met een ziekenhuisbreed EPD zijn onduidelijk.*
- *De betrokken partijen moeten daarom afspraken maken en op een andere manier aan het werk gaan.*

beschikken niet al onze computers over een dvd-lezer.

● *Geen systematische keuzes maken.* Ik noem een voorbeeld uit mijn eigen vak. Over de hele wereld wordt het bewustzijn beoordeeld volgens criteria vastgelegd in de Glasgow Coma Scale. In ons eigen land slagen we er echter niet in om eenduidige keuzes te maken, op welke wijze we bijvoorbeeld kwaliteit en patiënttevredenheid meten, incidenten beoordelen en rubriceren, complicaties definiëren et cetera. De wetenschappelijke verenigingen zijn begonnen met het opstellen van richtlijnen voor het registreren van complicaties, maar de schaal voor het vastleggen van de ernst varieert per vak. De instantie die verantwoordelijk is voor de DBC's ('DBC-Onderhoud') heeft aangekondigd dat het classificatiesysteem ICD-10 een belangrijke rol gaat spelen bij de verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek. Hetzelfde 'DBC-Onderhoud' kondigt ook aan dat de ICD-9 een rol gaat spelen bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek voor de revalidatiegeneeskunde. Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) bepleit het gebruik van SNO-MED (Systematized Nomenclature of Medicine). Het ontbreken van algemeen aanvaarde keuzes hindert de ontwikkeling van het EPD. Bedrijven willen alleen investeren als ze ervan overtuigd zijn dat ze iets ontwikkelen dat ook daadwerkelijk op grote schaal zal worden gebruikt.

● *De vis wordt duur betaald.* De afgelopen jaren hebben koepelorganisaties en wetenschappelijke verenigingen veel tijd en energie gestoken in het opstellen van richtlijnen. Die informatie wordt verwerkt in programma's die de zorg voor patiënten stroomlijnen, bijvoorbeeld in de vorm van zorgpaden. Dat worden doorgaans kostbare programma's. Ook zullen expertsystemen voor een deel met deze kennis worden gevuld. Hoe voorkomen we dat we straks veel geld moeten betalen voor kennis die we zelf - meestal gratis - hebben gegenereerd?

● *Afhankelijkheid.* Er zijn in grote lijnen twee benaderingen om een EPD samen te stellen. Bij de *best of breed*-methode wordt steeds de beste specifieke toepassing, zoals een apotheekstelsel, gekocht dat dan wordt gekoppeld aan het ziekenhuisinformatiesysteem. Deze benadering betekent veel koppelingen en

potentieel veel problemen. De alternatieve methode is om alle toepassingen bij één fabrikant te kopen. Er zijn dan geen koppelingsproblemen, maar je wordt wel erg afhankelijk van één leverancier. Een voordeel kan zijn dat er gebruikersgroepen ontstaan, waardoor je niet allemaal afzonderlijk het wiel hoeft uit te vinden. Toepassingen die in het ene ziekenhuis worden ontwikkeld, zoals een digitaal diabetesdossier, kunnen worden overgenomen door een ander ziekenhuis.

● *Middel en doel.* In de zorg hebben we de neiging om wat we doen na te bootsen in een automatiseringstraject. De vraag is of we voldoende stilstaan bij de kansen die ICT biedt om werkprocessen anders en efficiënter in te richten.

● *Voor wat hoort wat.* Voor artsen en verpleegkundigen wordt het leven er vaak in eerste instantie niet eenvoudiger op als ICT-toepassingen verder worden uitgerold. Ik heb voor een controlepatiënt 600 seconden en alle tijd die ik kwijt ben aan niet-patiëntgebonden zaken, gaat ten koste van het toch al korte contact met de patiënt. Toch bestaat er een neiging om steeds meer administratieve activiteiten en taken op het bord van de behandelend arts en verpleegkundige te leggen. Het streven moet zijn om die 600 seconden voor patiënt en dokter effectiever te gebruiken. Zo zou de patiënt zijn bezoek beter kunnen voorbereiden door van te voren zelf al bepaalde gegevens aan het dossier toe te voegen, vragenlijsten in te vullen of aan te geven of er speciale onderwerpen moeten worden besproken, opdat te voren al gerichte informatie aan de patiënt kan worden verzonden.

BIJSTUREN

Ik ben zeker niet tegen de verdere uitbouw van het EPD, maar denk wel dat het zinvol is als KNMG, ziekenhuizen, artsorganisaties, overheid, Nictiz en softwareleveranciers op korte termijn om de tafel gaan zitten. EPD's moeten op de werkvloer van ziekenhuizen worden ontwikkeld in samenwerking met softwareleveranciers. De belangrijkste taak van overheid, koepelorganisaties en toezichthoudende instanties is meedenken en zo nodig bijsturen. Tevens moeten zij de standaarden vaststellen. In mijn ogen moet de overheid terughoudend zijn in het zelf invullen van het EPD. Laat het veld aangeven hoe ICT een zinvolle rol

in de zorg kan spelen en welke belemmeringen er zijn om die rol te ontwikkelen. Laten we eenduidige keuzes maken in meetinstrumenten om kwaliteit, maar ook incidenten en complicaties vast te leggen. Laten we investeren in oplossingen om de informatieberg die we aan het creëren zijn, toegankelijk te maken en te houden. Zoek naar een slimme oplossing om onverwachte afwijkende uitslagen te signaleren. We moeten standaarden ontwikkelen zodat informatie op een zinvolle en efficiënte wijze kan worden uitgewisseld tussen de verschillende systemen. Maak helder wat de juridische implicaties zijn van het werken met een ziekenhuisbreed EPD. ■

dr. C.A. van Donselaar,
neuroloog in Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, tevens belast met de ontwikkeling van het EPD

Correspondentieadres: donselaarc@mcrz.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Literatuur

* Koppelaar DW, Bemelman M, Leenen LPH. Klare taal. EPD vereist bijdetijdse classificatie. *Medisch Contact* 2007; 62: 1590-3. * Hoogendam A. c.s. EPD is geen wondermiddel; verwachtingen over elektronisch patiëntendossier te hoog gespannen. *Medisch Contact* 2007; 62: 1142-3. * Cross M. Will connecting for Health deliver its promises? *BMJ* 2006; 332: 599-601.