

Polikliniek had twee jaar nodig voor invoering EPD

Langs lijnen van geleidelijkheid

dr. H. Stevie Tan, oogarts, AMC Amsterdam

Olaf Labots, MSc, projectmanager IT, AMC Amsterdam

prof. dr. Piet Bakker, hoogleraar procesinrichting en innovatie van de zorg, AMC Amsterdam

Alle auteurs waren lid van het projectteam.

Als minister Klink denkt dat instellingen op een achternamiddag het elektronisch patiëntendossier (EPD) kunnen invoeren, heeft hij het mis. Dat bewijst een pilot in het AMC. De polikliniek Oogheelkunde had voor implementatie twee jaar nodig.

Correspondentieadres:
h.tan@amc.uva.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Een toenemend aantal zorginstellingen stapt over op de digitale status. Waar de meeste huisartsen inmiddels al volledig zijn gedigitaliseerd, volgen ziekenhuizen nu in rap tempo.^{1 2} Maar lang niet alle projecten waarbij invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) het doel is, brengen het tot een goed einde. En dat gaat dan dikwijls gepaard met een grote verspilling van moeite, motivatie en middelen.

Succesvolle invoering van het EPD kent een aantal kritische succesfactoren en valkuilen. Zo moet het elektronisch dossier betrouwbaar zijn en 24-uurs beschikbaarheid moet zijn gegarandeerd. Ook moeten de gegevens veilig

zijn opgeslagen zodat alleen geautoriseerde zorgverleners erbij kunnen komen. En daarnaast is een koppeling met bestaande systemen, structuren en apparatuur vaak uiterst complex en bewerkelijk.

Invoering van het EPD

heeft ook een grote weerslag op de organisatie. Organisaties moeten taken verschuiven en sommige functies worden obsoleet. Instellingen zullen werkwijzen en patiëntenstromen moeten aanpassen. Ten slotte is de opstelling van de individuele gebruiker een belangrijke succesfactor – een opgelegde implementatie is vaak geen succes.

Het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam is in april 2005 gestart met de invoering van het EPD. Daaraan voorafgaand heeft het bestuur besloten om één product aan te schaffen en dat instellingsbreed in te voeren. Om te kijken of dat product daadwerkelijk organisatiebreed inzetbaar zou zijn, zijn drie afdelingen geselecteerd. Eén daarvan was de polikliniek Oogheelkunde. De reden om deze afdeling in de pilot mee te nemen, was het grote aantal complicerende eigenschappen van de polikliniek Oogheelkunde.

Werkproces

Op de polikliniek Oogheelkunde werkten destijds 14 oogartsen, 12 aios, 4 fellows, 15 ondersteunende paramedici, verpleegkundigen en doktersassistenten en 10 administratief medewerkers. Zij zouden allemaal direct te maken krijgen met het EPD. Digitaliseren vergt veel training en gewenning. En dat is lastig. Niet alleen omdat een adequate voorbereiding in de drukke praktijk moeilijk is in te passen, maar ook omdat een groot aantal medewerkers weinig ophad met automatisering. Vooral van deze mensen zou de digitalisering een behoorlijke aanpassing vergen.

Kenmerkend voor oogheelkunde is de veelheid aan metingen en speciale beeldvorming waaraan de patiënt wordt onderworpen. De numerieke data moeten uit verschillende meetapparaten (autorefractometers, keratometers,

Koppeling van het EPD met bestaande systemen is vaak uiterst complex

topsterktemeters, tonometers en phoropters) in het EPD terechtkomen en daarvoor moesten deze apparaten aan het EPD worden gekoppeld. Daarnaast kent oogheelkunde een veelheid aan onderzoeken, zoals oogheelkundige echografie, elektrofysiologie en gezichtsveldonderzoeken. Kenmerkend voor een academische kliniek is dat er ook nog eens veel van deze onderzoeken voorhanden zijn. En omdat alle onderzoeksapparatuur tegenwoordig is voorzien van een pc met een eigen database, moet ook al deze apparatuur aan het EPD worden gekoppeld. Inventarisatie voorafgaand aan het project maakte duidelijk dat er 24 koppelingen moesten worden gemaakt. Dit kon niet in één keer worden gerealiseerd. Voor het maken van al deze koppelingen moest minimaal een jaar worden uitgetrokken.

De consulten bij oogheelkunde zijn kort (5 minuten voor een controlebezoek en 10 minuten voor een nieuwe patiënt). En daardoor zien artsen veel patiënten; de AMC-afdeling Oogheelkunde heeft jaarlijks 50.000 patiëntcontacten. Veranderingen van het proces

Eenmaal digitaal, moest een patiënt digitaal worden afgehandeld. Zo werden langzamerhand steeds meer dossiers digitaal.

beeld: images.com



hebben daardoor een grote impact. Het risico was immers groot dat in de implementatiefase elk consult langer gaat duren, waardoor de productie mogelijk fors zou dalen.

Uitgangspunt

Doorgaans is het streven om dergelijke implementatieprojecten in één keer bij een afdeling of instelling in te voeren. Het voeren van zowel een digitale als een papieren status is immers ongewenst en mogelijk zelfs gevaarlijk. Toch bleek al snel dat de polikliniek Oogheelkunde niet in een keer zou kunnen overstappen en besloot het projectteam om het EPD geleidelijk, in een periode van één tot twee jaar, in te voeren.

Na een voorbereiding van een jaar waarin het projectteam een nauwkeurige inventarisatie van benodigde werkzaamheden had opgesteld en het dossier was aangepast aan de afdeling, werd in mei 2005 een werkelijke start gemaakt. Alle betrokkenen kregen vooraf een beperkte, basale cursus over het dossier.

De eerste stap was dat uitslagen van onderzoeken van de afdeling niet meer werden afgedrukt, maar in het EPD werden getoond. Dit stelde de gebruikers in de gelegenheid om aan het EPD te wennen. Op het intranet was een handleiding beschikbaar. De gebruiker leerde op verschillende manieren het EPD te benaderen, om patiëntselectie toe te passen en de navigatiestructuur van het EPD te doorgronden. De volgende stap was dat in elk spreekuur één nieuwe patiënt in het EPD moest worden ingevoerd. Wel werd nog een papieren omslag voor de patiënt gemaakt maar het was verboden om hierin te schrijven. De omslag werd gebruikt om aanvullende onderzoeken in op te bergen, noodzakelijk zolang koppelingen met de apparatuur nog niet waren verwezenlijkt. Van elk consult moest vervolgens een elektronische brief worden gegenereerd uit het dossier. Uitgangspunt was dat een patiënt die eenmaal 'digitaal' was, ook digitaal moest worden afgehandeld. Met het verstrijken van de tijd werden steeds meer dossiers digitaal.

Intussen werden steeds meer apparatuurkoppelingen gemaakt. Zodra de koppeling was getest en goed bevonden, werden deze uitslagen digitaal aan het EPD toegevoegd en niet meer afgedrukt voor het dossier. Pas nadat alle koppelingen eind november 2006 waren gelegd, is een eind gemaakt aan de hybride situatie. Vanaf dat moment werden alle dossiers en omslagen gescand, gearchiveerd en aan het EPD toegevoegd. Vanwege de omvang van deze stap is besloten om het scannen van alle papie-

SAMENVATTING

- In mei 2005 is gestart met de invoering van het EPD in het AMC
- Op de afdeling Oogheelkunde van het AMC is vanwege de complexiteit van het project gekozen voor een geleidelijke implementatie met hybride statusvoering.
- De toegepaste implementatiestrategie is succesvol gebleken.

Het opsporen van verloren statussen behoort tot het verleden



Meer MC-artikelen over het EPD vindt u via dit artikel op www.medischcontact.nl.

Referenties

1. Verhoeven BAN, Go PMNYH. Alle dossiers onder handbe-reik. Medisch Contact 2003; 58 (14): 547-50. 2. Velde, ET van der, c.s. Papier de deur uit. Medisch Contact 2006; 61 (47): 1904-7.


ren dossiers per spreekuur aan te pakken. Deze laatste fase werd in mei 2007 afgerond. Vanaf dat moment werd op de polikliniek Oogheelkunde geen papieren status meer gebruikt en was de digitalisering compleet.

Onvoorziene problemen

De implementatie heeft twee jaar in beslag genomen. Het was een intensieve periode zonder een moment van rust. Bij elke stap kwamen onvoorziene problemen bovendien die moesten worden opgelost. In de vroegste fase bijvoorbeeld bleken de systemen niet optimaal te werken (vastlopen, server- en netwerkproblemen et cetera). Omdat de belasting met één patiënt per spreekuur zeer gering was, hebben deze problemen geen grote gevolgen gehad op het totale zorgproces. Ook basale zaken, zoals de bevoegdheden van gebruikers en problemen bij de adresseringslijsten van verwijzers, zijn door het projectteam verholpen in een periode waarin hier nog genoeg ruimte voor was.

Er is weinig tijd geïnvesteerd in theoretische trainingen. Dankzij de geleidelijke invoering van het EPD zijn alle gebruikers door middel van zelfwerkzaamheid door de implementatie geleid. De productie is in het hele traject niet teruggelopen en het aantal patiënten per spreekuur is in geen enkele fase van het project verminderd. Door het EPD geleidelijk in te voeren, is optimaal gebruikgemaakt van het aanpassingsvermogen van de organisatie.

De gebruikers zijn gaandeweg het project de voordelen van het EPD gaan waarderen. De verbeterde beschikbaarheid van de gegevens is een duidelijk voordeel. Het opsporen van verloren statussen behoort tot het verleden. Slecht leesbare handschriften spelen geen rol meer en uniformering van de statusvoering heeft tot grotere transparantie in de organisatie geleid. De mogelijkheid om zoekopdrachten uit te voeren in het dossier ondersteunt audits en studies.

Ook de volledige automatisering van administratieve processen heeft geleid tot voordelen. De typekamer is nagenoeg verdwenen. Het EPD genereert automatisch de verwijsbrief en hoeft niet meer te worden opgesteld of gedictieerd. En dat levert artsen een belangrijke tijdsbesparing op. De vrijgekomen tijd is ingezet om andere processen te verbeteren. Zo is de telefonische bereikbaarheid van de polikliniek sterk verbeterd. 

veldwerk

Geachte collega,

Sinds 2007 zijn in Nederland de horeca en de sportkantines rookvrij. Deze maatregelen worden zeer op prijs gesteld door de ruim 70 procent van de volwassen Nederlanders die niet rookt. Die mensen hebben geen behoefte aan blootstelling aan een substantie waarvan bewezen is dat die kanker, COPD, en hart- en vaatziekten veroorzaakt. Hoeveel dokters in ons land roken, is niet goed bekend. Naar schatting is dat 10 tot 20 procent van alle artsen. Ik richt mij in deze open brief tot u.

Geachte collega, het staat u natuurlijk vrij om te roken. U weet dat het niet goed voor u is. Dat wist ik ook toen ik zelf nog rookte. Maar ik bagatelliseerde de risico's voor mezelf en voor de niet-rokers in mijn omgeving. Want ik was verslaafd. Ik gaf, als rokende dokter, adviezen over stoppen met roken, over minderen, over vooral niet beginnen met roken. Die adviezen waren niet erg geloofwaardig omdat ik zelf naar rook stonk, zoals elke roker doet. U ook – iedere niet-roker kan aan u ruiken dat u rookt.

Elke dokter die co's of aios opleidt, is een rolmodel. Onze leerlingen kijken naar alles wat we doen en nemen veel van ons gedrag over. Dat geeft te denken: willen we echt dat jonge dokters ook onze slechte gewoonten gaan overnemen? Of nemen we onze verantwoordelijkheid en proberen we het goede voorbeeld te geven?

Geachte collega, stoppen met roken is niet makkelijk. Vond ik ook niet. Maar het kan wel, soms met hulp van anderen. En het is de moeite waard. Je voelt je echt veel beter. Ik hoop dat u het probeert, en ik wens u veel succes.

Paul Brand,
kinderarts