

Tekortkomingen en wensen

Zo'n tien jaar geleden stonden Bart Groothuis en Liesbeth van den Heuvel aan de wieg van de implementatie van het epd bij Altrecht. Ze blikken terug én vooruit op de grote omslag die een epd voor een ggz-instelling betekent.

AUTEURS BART GROOTHUIS EN LIESBETH VAN DEN HEUVEL BEELD ISTOCK

Binnen het uit vele fusies gevormde Altrecht bestond 10 jaar geleden geen eenduidig papieren dossier. Iedere afdeling gebruikte nog steeds het papieren dossier zoals dat ooit in een van de oorspronkelijke organisaties was vastgesteld. Ook waren er afdelingsspecifieke formulieren ontwikkeld.

Toen de vraag naar een epd steeds serieuzer werd, was het voor iedereen duidelijk dat er eerst consensus moest komen over de inhoud van 'een dossier'. Het project UPD ging van start om een uniform papieren dossier te ontwikkelen. Niet om in de praktijk mee te werken, maar om als sjabloon te gebruiken voor een epd. Dit ging nog niet eenvoudig; vele sessies met afvaardigingen van alle disciplines waren nodig om consensus te bereiken. Wij herinneren ons nog de heftige discussies over zaken als 'behandelplan/zorgplan/rehabilitatieplan'.

Van papier naar epd

De eerste epd's in de ggz zijn eind jaren negentig op de markt gekomen. Het waren modules die toegevoegd waren aan de in gebruik zijnde applicaties voor de patiëntenregistratie en -administratie. Nadat de IT-onrust over de millenniumwisseling en de invoering van de euro was bedaard, hadden de ggz-instellingen tijd en geld om met het epd aan de slag te gaan.

Het epd dat Altrecht in gebruik nam,

bood veel vrijheid. In feite was het een toolbox waarmee je je eigen epd kon samenstellen. Keerzijde van die vrijheid was dat er vele sessies nodig waren om te beslissen hoe men het epd dan ingericht wilde hebben. De bekende tabbladen (algemeen, onderzoek, behandeling, rapportages uit het UPD) moesten in ieder geval terugkomen in het epd. Het epd mocht ook vooral niet te sturend zijn. 'Iedere patiënt is anders en uniek en we willen geen kookboek-geneeskunde'. Dit betekende dat het epd veel vrije tekstvelden kreeg.

Voordelen van het epd

Inmiddels werken vrijwel alle ggz-instellingen met een epd en de voordelen zijn duidelijk:

- De gegevens zijn voor alle betrokken zorgverleners op ieder moment en elke werkplek bereikbaar, soms zelfs mobiel.
- Het dossier kan niet meer zoek zijn.
- Patiëntgegevens worden op gestructureerde wijze vastgelegd en zijn altijd leesbaar.
- Brieven worden automatisch gegeneereerd.
- Door de realtime verwerking beschikt de zorgverlener altijd over de meest relevante[recente?] gegevens.

- Het ondersteunt multidisciplinair samenwerken. In de 'papieren wereld' had iedere discipline een eigen dossier. Alleen tijdens het multidisciplinaire behandelplanoverleg kwamen alle bevindingen betreffende de patiënten bij elkaar.

**HET EPD MOCHT
VOORAL NIET TE
STUREND ZIJN**

Met de komst van het epd is de zorgverlener anders gaan werken. Hij of zij neemt nu zelf plaats achter het toetsenbord en registreert direct in het

epd, terwijl ze vroeger een evaluatie of verslag inspraken op een dictafoon, dat een secretaresse later uittipte en toevoegde aan het papieren dossier.

In veel organisaties is een epd-dossiercommissie in het leven geroepen. Deze commissie, de eigenaar van het dossier, bepaalt de inhoud van de formulieren van het epd en waakt over de uniformiteit. Een aandachtspunt is wel dat deze commissie geen log orgaan wordt.

In deze organisaties is de ict-infrastructuur aangepast, zodat 24/7 dienstverlening beschikbaar is. En er zijn back-upprocedures.

Nadelen van het epd

In de vele jaren ervaring met het epd, is een aantal nadelen duidelijk geworden, ook



binnen Altrecht. Psychiaters trekken aan de bel omdat ze hun epd's onoverzichtelijk vinden. Het leek destijds logisch het epd te structureren aan de hand van de tabbladen in het papieren dossier. Achter deze tabbladen bevindt zich echter een grote hoeveelheid apart te openen formulieren die veel vrije tekstvelden bevatten. Naarmate de patiënt langer in behandeling is of de behandeling complexer wordt, neemt deze hoeveelheid toe. Het is dan voor de psychiater niet eenvoudig te zien welke behande-

lingen bijvoorbeeld eerder zijn ingezet en wat het effect is van de behandeling in de huidige situatie. Vaak ontbreekt ook een goede zoekfunctie.

De vrijwel een-op-eenvertaling van de UPD- naar de epd-structuur was destijds een voorwaarde voor draagvlak en acceptatie bij de behandelaren, maar heeft dus nadelen. Overigens moet bij de kritiek van de psychiaters worden aangetekend dat het hun taak als hoofdbehandelaar is om periodiek evaluaties van het verloop van de

behandeling te schrijven. Als ze deze op een duidelijke plaats in de huidige epd's opslaan is wel snel te zien wat de actuele status van een patiënt is.

Verwachte voordelen van epd's in de toekomst zijn afhankelijk van een goede structurering van data. Uit onderzoek blijkt dat veel verschillende manieren van data-structurering worden gebruikt, vaak voor administratieve doeleinden, waarbij het onduidelijk is of verbetering in de behandelresultaten optreedt. Ook andere artsen

> zijn lang niet altijd positief. Zij die veel gebruik maken van voorgestructureerde formulieren waarschuwen hun collega's voor op de automatische piloot lijsten afvinken en roepen hen op oog te houden voor het creatieve proces van klinisch redeneren. Een goed toekomstig epd moet dus zowel structuur als voldoende vrijheid bieden. Een lastige paradox.

Protocollen en zorgpaden

Inmiddels is in de ggz veel meer consensus bereikt over het werken met protocollen en zorgpaden. Helaas zien we in de praktijk, ook bij Altrecht, dat de protocollen alleen zijn opgenomen in het kwaliteitssysteem en dat zorgpaden in een ander systeem naast het epd worden geregistreerd. De huidige epd's ondersteunen noch de protocollen, noch de zorgpaden voldoende. Ook missen de epd's zelfs simpele vormen van ordercommunicatie voor bijvoorbeeld lab-aanvragen of psychologisch onderzoek.

Nu het epd volop wordt gebruikt, willen steeds meer patiënten toegang tot 'hun' dossier en daaraan informatie kunnen toevoegen. En behandelaren hebben de behoefte om te communiceren met andere hulpverleners waarbij dossierinformatie een belangrijk onderdeel is. Het epd kan zo een communicatiemiddel worden tussen hulpverleners onderling en tussen hulpverlener en de patiënt zelf. Dit gebruik is in de huidige epd's echter beperkt mogelijk.

De productieregistratie en dossiervoering zijn bij de meeste systemen min of meer geïntegreerd. Behandelaren voeren na een gesprek met de patiënt zowel de decursus van zijn of haar aandoening als de benodigde gegevens voor de contactregistratie in. Instellingen hebben de neiging om de behandelaar zo veel mogelijk gegevens te laten registreren, het uitgangspunt is 'registratie aan de bron'. Het gevolg is dat hulpverleners zich moeten verdiepen in 'ver-van-hun-bed-dbc-codes' en andere

'gekkigheid' die niets met hulp verlenen te maken heeft, maar alles met productieregistratie. Logischer zou het zijn om 'achter de schermen' zorgprogramma's en -modules te koppelen aan dbc-codes, zodat hulpverleners kunnen blijven denken en handelen in 'hun taal'. Het systeem leidt dan zo veel mogelijk administratieve informatie af uit het zorgproces en een administratief medewerker voert vervolgens de meer ingewikkelde gegevens in.

Procesondersteuning en overzicht

Kortom de hulpverlener heeft behoefte aan procesondersteuning gebaseerd op zorgpaden, snel overzicht over de actuele status van de patiënt, aangevuld met een goede signaal- en een zoekfunctie. Bij signaal-

functie kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een signalering voor de psychiater dat het bij een patiënt die Leponex of Lithium gebruikt tijd is voor een bloedonderzoek.

Het epd dient verschillende work-

flows, die samenhangen met zorgpaden of behandeltrajecten, te herkennen en ondersteunen. De huidige epd's zijn veel te ongestructureerd en te tekstgeoriënteerd om het werken met zorgpaden adequaat te ondersteunen.

Leveranciers doen eerste pogingen om zulke procesondersteuning te bieden. Zij besteden echter veel tijd aan telkens veranderende wet- en regelgeving. Jaarlijkse softwarelicenties, bedoeld voor onderhoud en verbetering van het ZIS/epd worden gebruikt om te zorgen dat met name het ZIS-deel voldoet aan de productieregeling. Daardoor is er weinig ruimte voor innovatie van het epd-deel en vernieuwing

van verouderde architectuur en ontwikkelplatformen.

Een ander probleem is dat binnen een ggz-instelling een breed scala van zorgproducten wordt geleverd en een grote verscheidenheid aan zorgprocessen bestaat. Eigenlijk vragen deze verschillende zorgprocessen om daarop toegesneden epd's, maar binnen een ggz-instelling is maar één epd operationeel. De leverancier heeft ook de focus om één totaaloplossing te bieden. Beter zou het zijn als de leverancier zich zou focussen op het modulair aanbieden van verschillende functionele onderdelen, met een open architectuur, die makkelijk te koppelen zijn aan andere modules, ook van andere leveranciers. Daarmee heeft de ggz-instelling de ruimte om gebruik te maken van de expertise van andere leveranciers op

deelgebieden, denk onder andere aan e-health, routine outcome measurement, elektronisch voorschrijven of slimme apps. Leveranciers zullen hun producten aan moeten passen tot systemen die eenvoudig communicatie met

andere systemen ondersteunen.

Zeker nu meer met protocollen, zorgpaden en zorgprogramma's wordt gewerkt, klinkt de roep om meer structuur en meer ondersteuning van de workflow en patiëntenlogistiek in het primaire proces. Daarnaast willen ggz-instellingen meer flexibele deelsystemen. Het is de vraag of met het huidige aanbod van de grote ZIS/epd-leveranciers hieraan snel gehoor wordt gegeven. ■

Bart Groothuis is adviseur bij M&I/Partners en Liesbeth van den Heuvel werkt al meer dan tien jaar als projectmanager bij Altrecht en heeft diverse grote ICT projecten uitgevoerd.

**EEN TOEKOMSTIG EPD
MOET ZOWEL
STRUCTUUR ALS
VOLDOENDE VRIJHEID
BIEDEN**