Van Bemmel (ErasmusMC)

Het EPD en de continuïteit van de zorg

Vooraf

De opsteller van deze notitie is vanaf de beginjaren '80 intensief betrokken geweest bij de invoering van informatiesystemen in de huisartsenpraktijk, in de specialistische zorg en in zowel de openbare als de ziekenhuisapotheek. Het heeft onder meer geresulteerd in talloze informatiesystemen, die samen met artsen werden gebouwd rond een elektronisch patiëntendossier. De invoering daarvan werd al zo'n 10 jaar geleden afgerond. Deels als gevolg van deze ontwikkeling hebben alle huisartsen in ons land een informatiesysteem met een al dan niet uitgebreid EPD. Veel huisartsen wisselen met elkaar regionaal patiëntgegevens uit.

Sinds het begin van de jaren '90 is ons eigen onderzoek gericht op het analyseren van patiëntgegevens in EPDs. Vooral medicatiegegevens vormen daarin een speerpunt. Wij hebben een netwerk van honderden huisartsen en volgen in NL longitudinaal rond de 1 miljoen patiënten (uiteraard strikt anoniem) en intussen in een Europees project ruim 20 miljoen patiënten.

Gestelde vragen

1. Meerwaarde EPD: (1) ondersteuning van de continuïteit van de zorg
(2) nadruk op medicatiebewaking

Toelichting. Wanneer de patiënt wordt verwezen is er niet zelden van een discontinuïteit sprake. De ziektegeschiedenis moet vaak opnieuw worden verteld en onderzoek wordt soms herhaald. Bij verschillende artsen tegelijkertijd dreigt het gevaar van niet-optimale medicatie. De verbetering van de continuïteit en de bewaking van de medicatie zijn, gegeven de vele behandelaars, een grote opgave. Een EPD kan daarbij helpen. Het gaat daarbij om een betere onderlinge afstemming bij tenminste gelijkblijvende kwaliteit. Artsen moeten kunnen vertrouwen op wat eerder door andere artsen werd gedocumenteerd en voorgeschreven.

2. Grootste zorg: (1) oog voor de specifieke aard van medische gegevens
(2) recht doen aan vertrouwen en verantwoordelijkheid

Toelichting. In de gezondheidszorg hebben we te maken met objectieve gegevens (O, een bloeddruk, een labwaarde), subjectieve gegevens (S, de anamnese, klachten van de patiënt), evaluatie of interpretatie door de arts (E, diagnose, prognose), en handelingen of plannen (P, voorschrijven geneesmiddelen, operatieve interventies). De aard van gegevens in de gezondheidszorg verschilt principieel van bijvoorbeeld die in de bankwereld, de industrie of het verkeer, waar gegevens in de regel goed zijn te definiëren (O).
Wanneer een arts gebruik maakt van door een andere arts verzamelde patiëntgegevens, dan neemt zij/hij daarmee impliciet de verantwoordelijkheid over. Wanneer er getwijfeld wordt aan de juistheid van gegevens of interpretaties, dan zal onderzoek opnieuw worden gedaan; het is de belangrijkste reden voor een 'second opinion'. Artsen die consciëntieus gegevens, interpretaties en handelingen vastleggen in een EPD stellen zich kwetsbaar op.
Bij de invoering van het EPD dient recht wordt gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van de arts. Omdat in medische dossiers ook interpretaties van artsen voorkomen, zal het bij de overdracht van de patiënt aan een andere arts niet alleen gaan om vertrouwen in 'objectieve' gegevens, maar ook in subjectieve gegevens en interpretaties. Hier ligt een knelpunt.

3. *Zeggenschap*: (1) Inzagerecht van de patiënt beter regelen
(2) Beheer door instantie die de verantwoordelijkheid draagt
(3) Voorkomen van schaduwdossiers
(4) Regelen van verantwoordelijkheden bij conflicten in EPD

Toelichting. Medische gegevens dienen goed te worden beschermd tegen oneigenlijk gebruik. De patiënt dient te worden geïnformeerd wie wanneer zijn gegevens heeft ingezien. Gegevens dienen te blijven op de plaats waar zij werden verzameld met vermelding van de tijd waarop en door welke instantie. Binnen de gezondheidszorg is er op dit gebied – ook plaatselijk en regionaal – nog veel te verbeteren. Technisch gezien zijn de oplossingen voorhanden.
Bij elektronische overdracht van medische gegevens is ook de privacy (c.q. de kwetsbaarheid) van de arts in het geding. Ook deze dient te worden gewaarborgd. Om dezelfde reden dient de behandelende arts te worden betrokken bij inzage van de gegevens door de patiënt. Anders dreigen er schaduwdossiers te ontstaan en defensieve dossiervorming plaats te vinden. Er moet grondig worden nagedacht over het regelen van de verantwoordelijkheden bij conflicterende gegevens en uiteenlopende interpretaties in EPDs – laat staan fouten in de behandeling.

4. *Invoering*: (1) Gebruik de grote ervaring van huisartsen en apotheken
(2) Beperking tot de al bestaande regionale netwerken
(3) Sluit daarop geleidelijk ziekenhuizen en specialisten aan
(4) Grondige evaluatie van elke stap

Toelichting. Pas geleidelijke invoer toe en start met 'objectieve' gegevens (lab. gegevens, medicatie, compacte voorgeschiedenis). Maak gebruik van de al bestaande regionale netwerken van samenwerkende huisartsen, die al 25 jaar geleden met een EPD zijn begonnen. Betrek deelnemende artsen nadrukkelijk bij het regionale invoeringsproces.
Er is bij het ontwerp voor het EPD gekozen voor een landelijk schakelpunt (LSP), waarbij de gegevens blijven berusten op de plaats waar ze werden verzameld, i.c. bij de verantwoordelijke arts/praktijk. Met behoud van alles wat werd ontwikkeld, kan dit ook via regionale schakelpunten (RSP).
Bij elke stap dient een grondige evaluatie plaats te vinden. Betrek daarbij vooral de eindgebruikers. Leg nadruk op inhoud en vermijd een 'technology-driven' benadering.

5. *Functioneren EPD*: Eerste fase: betrouwbare 'objectieve' gegevens

Toelichting. Een EPD zal naar behoren functioneren als alle gebruikers niet alleen vertrouwen hebben in de techniek en de beveiliging (in principe oplosbaar), maar ook in elkaars gegevens en patiëntbehandeling. Voor het laatste is nog een lange weg te gaan en staat in feite los van de invoering van het EPD. Het is raadzaam dit separaat per medische discipline aan te pakken en de beroepsgroep daar ten volle bij te betrekken.
Een EPD zal als nuttig worden gezien als (1) de continuïteit van de zorg wordt ondersteund, (2) het tijd spaart en niet duurder is, (3) het betrouwbare gegevens bevat en (4) veilig is voor de patiënt, (5) ook de privacy van de arts wordt gerespecteerd, (6) het kan worden gebruikt voor verbetering van de kwaliteit van de zorg, (7) op den duur ook mogelijkheden biedt voor beslissingsondersteuning.

6. *Aanbeveling*: Regionale geleidelijke invoer per specialisme