

Digitalisering vraagt om een gebruikersvriendelijke aanpak

EPD is een werkwoord

drs. H.P. Siegers,
neuroloog, lid EPD-programma-
team St. Antonius Ziekenhuis

drs. J.Th.J.M. Houben,
EPD-manager St. Antonius
Ziekenhuis, partner M&I/
Partners/bv

Correspondentieadres:
h.p.siegers@antoniusziekenhuis.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De overstap van papieren status naar digitaal patiëntendossier is veel meer dan het bieden van een geautomatiseerde oplossing voor een bestaand handmatig proces. Een lastig traject waarin communicatie de sleutelrol speelt.

De voordelen van een EPD zijn evident: informatie is actueel, leesbaar en overal en altijd beschikbaar. Na één keer invoeren zijn gegevens binnen het ziekenhuis beschikbaar voor iedereen die daartoe is gemachtigd. En last but not least levert het EPD een schat aan gegevens op voor onderzoek en evidence-based verbeteringen. Toch is er tot nu toe slechts een handvol Nederlandse ziekenhuizen met een volwaardig EPD. Het St. Antonius Ziekenhuis is daar een van. Sinds 2009 beschikt dit ziekenhuis over een zelf gebouwd, ziekenhuisbreed, onafhankelijk web-based medisch en verpleegkundig dossier, inclusief een gedeeld medicatieoverzicht. Maar dat had heel wat voeten in aarde. Wat maakt EPD-trajecten zo ingewikkeld?

Ambities

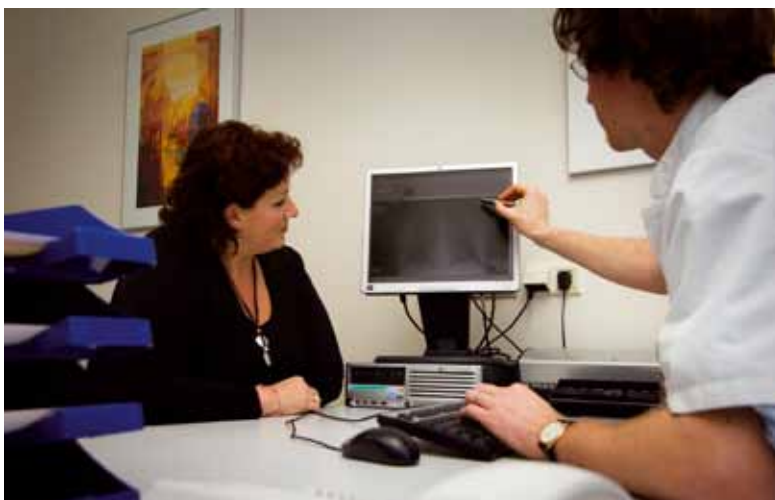
Een EPD is een continu traject. Het is de kunst om niet te veel tegelijkertijd te willen. In het St. Antonius Ziekenhuis is het idee dat het nieuwe EPD meteen *workflow*-ondersteuning zou kunnen bieden, al snel losgelaten en is de focus gericht op een kwalitatief goed registrerend systeem.

Een EPD-traject begint met het inzichtelijk maken van bestaande werkprocessen en laat zien dat deze niet zijn geharmoniseerd. Bovendien is de werkwijze van artsen diagnose- en interventiegericht, terwijl een EPD de patiënt als uitgangspunt neemt. Daarom gaat een EPD-traject voor een belangrijk deel over het (her-)ontwerpen en harmoniseren van werkprocessen. Om misverstanden te voorkomen moeten

Voorbeelden uit de EPD-praktijk
van het St. Antonius Zieken-
huis.

beeld: St. Antonius Ziekenhuis





ook eenduidige en pragmatische afspraken worden gemaakt over codestelsels en terminologieën. Op dit moment bestaat in Nederland nog geen landelijk vastgestelde standaardgegevensset.

Complexe systemen

De softwaresystemen die een algemeen ziekenhuis met 20 tot 25 vakgroepen en minstens evenveel subspecialismen ondersteunen, zijn vanzelfsprekend complex. Nog afgezien van de toegenomen vraag naar multidisciplinaire samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis.

Ziekenhuizen zijn geen standaard digitale fabrieken. Daarom kunnen ICT-trends uit

andere sectoren daar meestal niet zonder meer worden toegepast. Bij banken en belastingdienst bijvoorbeeld leggen klanten eerst zo veel mogelijk zelf hun gegevens vast en doorlopen daarna een vastomlijnd proces. In ziekenhuizen zijn de processen complex: een patiënt is geen doos die een vaste route binnen een logistieke keten aflegt, ook al lijkt dat voor 60 procent van de behandelingen wel een passende vergelijking. Een arts kan op elk willekeurig moment besluiten dat een patiënt aanvullend onderzoek nodig heeft of teruggaat naar de ic. Ook zorgpaden zijn niet louter gestructureerd, maar voor een deel complex en onvoorspelbaar. De systemen die de zorg ondersteunen, moeten daarom flexibel zijn en ruimte bieden aan afwijkingen.

Veranderingen

Veel ziekenhuizen maken roerige tijden door vanwege fusies en reorganisaties. In die snel veranderende context moet ook het EPD gestalte krijgen. Vaak lopen allerlei veranderprocessen door elkaar. Bovendien zijn artsen veelal georganiseerd in zelfstandige maatschappen, met eigen bestuur en doelstellingen. In de samenwerking komt het 'non-interventiever-schijnsel' vaak voor. Dat biedt ruimte aan individuele artsen, maar werkt vaak contraproductief voor nauw samenwerkende professionals die een verandering doormaken. Wat het ook lastig maakt, is dat het niet altijd eenvoudig is om de financiële voordelen – bijvoorbeeld een personele besparing – te verzilveren. Daar komt nog bij dat de voordelen van het EPD vaak buiten het spreekuur vallen en de nadelen erin. En een EPD-traject blijft onvoorspelbaar en dus moeilijk te sturen op deadlines. Ook ontbreekt tot nu toe een extern dwangmiddel – bijvoorbeeld wetgeving – om ziekenhuizen te digitaliseren.

Zinvolle dialoog

Nog steeds is de neiging groot om een EPD-project als een technisch project te beschouwen. Onze ervaring leert dat een mensvriendelijker sociotechnologische aanpak veel betere slagingskansen biedt. Een EPD is primair een veranderproject dat valt of staat met de acceptatie door de gebruikers. Zij zullen er eerder voor warm lopen als ze overtuigd zijn van het nut van het EPD bij hun werkprocessen. Daarom is in alle fasen – van het vaststellen van uitgangspunten en doelstellingen tot en met de implementatie – een cruciale rol weggelegd voor artsen, de belangrijkste gebruikers. Zij moeten duidelijk kunnen maken aan welke

**Ziekenhuizen zijn geen
standaard digitale fabrieken**

SAMENVATTING

- Laat artsen in samenwerking met andere disciplines de applicatie ontwikkelen en gebruiken.
- Zorg dat artsen zo snel mogelijk zelf ervaring opdoen met het werken met computers tijdens het spreekuur.
- Start als vakgroep met een basisset en ga daar een jaar mee aan de slag. Pas daarna is duidelijk welke aanpassingen belangrijke verbeteringen in de werkprocessen opleveren.
- Zorg voor strakke regie op het proces.
- Geef artsen het vertrouwen dat de applicatie na ingebruikname wordt doorontwikkeld.




Een eerder MC-artikel en eerdere publicaties van deze auteur over dit onderwerp vindt u op www.medischcontact.nl.

eisen en wensen het EPD moet voldoen. Uiteraard kunnen artsen die nog nooit met een EPD hebben gewerkt, zich geen realistische voorstelling maken van de nieuwe situatie. Daarom moeten deze artsen zo snel mogelijk 'achter de knoppen' zitten. Om praktijkervaring op te doen kunnen zij bijvoorbeeld aan de slag met een standaardstelsel. Ze kunnen ook gaan kijken bij collega's in een ander ziekenhuis waar al een EPD is. Na de eerste ervaringen ontstaat een zinvolle dialoog over werkprocessen en de rol van het EPD daarbij. Verpleegkundigen doorlopen een vergelijkbaar leerproces, maar minder individueel.

Ambassadeurs

Bij een sociotechnologische aanpak past ook dat er tijdens de implementatie voldoende ruimte is om al doende tot goede oplossingen te komen. Het einddoel is helder, de weg ernaartoe niet altijd. Een ideale oplossing valt niet in één keer te realiseren. Daarom moeten de gebruikers de kans krijgen om te leren, bij te stellen en opnieuw te leren. Praktische oplossingen voor praktische problemen – zoals een typecursus, spraakherkenning of een dubbel beeldscherm – kunnen helpen om artsen te overtuigen. De kunst is om van hen ambassadeurs te maken die het EPD-project op een hoger plan brengen.

De komst van het EPD leidt doorgaans tot het verbeteren van processen, en daarmee tot het steeds opnieuw aanpassen van het EPD. Daarnaast zijn er externe ontwikkelingen die invloed hebben, bijvoorbeeld landelijke overeenstemming over processen of over eenheid van taal. Onze conclusie luidt dat er geen betere manier is om het 'ideale' EPD te realiseren dan door te beginnen. 

Autoriteit

Onlangs stond ik te wachten voor een stoplicht toen ik opeens een felle tik hoorde. Een motoragent had zich met zijn BMW tussen mijn auto en die in de andere rijbaan gewurmd, en daarbij met zijn spiegel de mijne geramd. Ik verwachtte een verontschuldiging, maar de man met de autoriteit negeerde mij stoïcijns.

Toen ik het raampje opendraaide en hem aansprak, zei hij: 'Ach, meneer, dat was niks'. Ik begon te zeggen dat hij toch wel even 'sorry' had mogen zeggen, maar de agent wees op het groen geworden stoplicht. 'U moet doorrijden, meneer, u houdt het verkeer op'.

Ik was te overdonderd om ad rem te reageren en reed dus maar weg. Toen ik 's avonds het verhaal aan mijn vrouw vertelde, stelden we vast dat het zo dus gaat als iemand met autoriteit zich onbehoorlijk gedraagt. Je bent in de war en je laat je als de eerste de beste sukkel zonder te protesteren met een kluitje in het riet sturen. Dat gebeurt ook in de medische praktijk, misschien nog wel méér, omdat mensen vaak al onzeker en niet fit zijn als ze bij degene met de autoriteit komen.

Ik had de neiging om het politiekorps te bellen om mijn verontwaardiging te uiten. Maar ik realiseerde me dat het zijn woord tegen het mijne zou zijn, en dat er waarschijnlijk niets met mijn klacht zou gebeuren. Ook daarin zag ik parallellen met de medische praktijk. Maar gelukkig had ik mijn genoegdoening al gehad – toen ik wegreed zag ik in mijn achteruitkijkspiegel dat de spiegel van de motor van de agent eraf viel toen hij gas gaf. Net goed, dacht ik. Ik was er niet trots op, maar het voelde wel lekker.

Paul Brand,
kinderarts

