

## REACTIE OP

## 'Kwaliteitsverbetering of digitaal doolhof? Praktijkervaring met het elektronisch patiëntendossier bij langdurige behandelingen in de ggz' (1)

In het julinumnummer van ons tijdschrift zetten Van Gool e.a. (2014) de schijnwerpers op een serieus, maar onderbelicht probleem: de ernstige nadelen en risico's van de huidige generatie elektronische patiëntendossiers (EPD's) bij langdurige behandelingen in de ggz. Helaas zijn de problemen die zij schetsen maar al te herkenbaar voor eenieder die wel eens heeft geprobeerd een overzicht te krijgen van het behandelverloop van een patiënt die al vele jaren in zorg is. De moeizame speurtocht in het digitale doolhof van het EPD is een dagelijks terugkerende ergernis, levert niet altijd de gezochte informatie op en kost in elk geval vele malen meer tijd dan het doorbladeren van een papieren dossier.

## AUTEUR

**CHRISTIEN BOUMANS**, psychiater langdurige zorg, GGZ Oost Brabant.

## CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: CE.Boumans@ggzoostrabant

## LITERATUUR

- Gool AR Van, Hoogervorst E, Wunderink L, Mulder CL. Kwaliteitsverbetering of digitaal doolhof? Praktijkervaring met het elektronisch patiëntendossier bij langdurige behandelingen in de ggz. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 394-400. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Herziene profielschets psychiater. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; 2005.

## TITLE IN ENGLISH

Raction on 'Contribution to quality of care or caught in a digital labyrinth? Experience with electronic records of patients receiving long-term mental health care' (1)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Toch gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat ook in het papieren dossier cruciale beloopinformatie nogal eens onvindbaar is, omdat deze eenvoudigweg ontbreekt. Dan is bijvoorbeeld niet (exact) beschreven welke medicatie is gegeven, in welke dosering, voor hoe lang en wat daarvan de effecten en bijwerkingen waren. Bij het schrijven van een ontslagbrief over een patiënt die jarenlang was opgenomen, blijkt soms beschamend weinig informatie over het behandelbeloop te zijn vastgelegd.

Waar Van Gool e.a. opmerken dat we als sector mede debet zijn aan de wijze waarop de softwareleveranciers het EPD hebben ontwikkeld, zouden we ook de hand in eigen boezem kunnen steken waar het gaat om de geringe discipline die we hebben betracht bij het beschrijven van onze interventies en de effecten daarvan. Het zoeken naar oplossingen voor de onoverzichtelijkheid van het EPD, waarvoor de auteurs een waardevolle voorzet geven, zou dan ook gepaard dienen te gaan met een borging van de inhoudelijke kwaliteit en de verantwoordelijkheid voor adequate verslaglegging.

In dat kader is het interessant dat de auteurs en passant stellen dat de psychiater een centrale rol dient te hebben om de verzamelde informatie op betekenisvolle wijze samen te vatten; zij onderstrepen het belang van periodieke reflectie op een behandeling en de noodzaak van een synthetiserende, analoge samenvatting van de verzamelde dossierinformatie, hetgeen zij betitelen als '*mensenwerk, vooral ook psychiaterwerk*'. Terwijl een dergelijke omschrijving niet als zodanig is terug te vinden in de herziene Profielschets Psychiater (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2005) wordt hier volgens mij gerefereerd aan één van onze kerntaken, met name in de multidisciplinaire langdurige en complexe zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA's).

Deze taak hebben wij wellicht in de tijd van de papieren dossiers al onvoldoende geprofileerd en komt nu – in een tijd van bezuinigingen en toenemende externe controle – steeds meer onder druk te staan. Bij velen binnen en buiten de ggz leeft het idee dat de patiënt vooral profiteert van de tijd die wij in zijn of haar directe aanwezigheid 'face to face' doorbrengen. De behandeling van patiënten met een EPA kan echter soms veel meer gebaat zijn bij een psychiater die een middag de tijd neemt om het dossier nauwkeurig te bestuderen en vervolgens in 10 minuten met de patiënt een plan doorspreekt om de medicatie veilig te saneren, dan met herhaalde consulten waarin medicatiewijzigingen worden doorgevoerd of nagelaten zonder gedegen kennis van eerdere behandelingen.



Zouden wij niet als beroepsgroep onze essentiële integratieve bijdrage aan de multidisciplinaire langdurende behandeling van patiënten met EPA beter over het voetlicht moeten brengen en meer 'indirecte' tijd claimen om een voorgeschiedenis zorgvuldig door te nemen, na te denken en een behandelvoorstel voor te bereiden in plaats van een schijn van effectiviteit op te houden met een hoge productiviteit aan 'directe' patiëntgebonden tijd?

En laten we dan ook tijd vrij maken om gehoor te geven aan de oproep van de auteurs om met de ggz-instellingen gezamenlijk oplossingen te zoeken voor de ernstige en risicovolle gebreken van het EPD, zodat een dossierstudie minder tijdrovend wordt en de patiënt en familie er op kunnen vertrouwen dat de behandelaar van cruciale beloopsinformatie op de hoogte is.

## ANTWOORD

---

### aan Boumans

Collega Boumans herkent in haar dagelijkse werk het door ons aangekaarte probleem, namelijk dat de EPD's van nu door hun opzet onvoldoende helpen overzicht te krijgen van het behandelverloop van een patiënt die langdurig in zorg is. Ze voegt een nieuw aspect aan de discussie toe, door te stellen dat cruciale beloopsinformatie nogal eens domweg niet goed is genoteerd in een dossier. Het EPD kan men daar niet de schuld van geven, de hand in eigen boezem steken past dan inderdaad beter. Ze stelt voor, actie voor een beter EPD te combineren met inzet gericht op borging van de inhoudelijke kwaliteit van de verslaglegging en op het omschrijven van de verantwoordelijkheid daarvoor. Bijvoorbeeld door dit soort 'indirecte' (in DBC-taal) activiteiten als een kerntaak van de psychiater te definiëren.

Een paar opmerkingen in reactie. Allereerst belandt iedereen van ons wel eens in een dossier waarvan hij of zij de dossiervoering onvoldoende vindt. We weten niet – bij gebrek aan gegevens en bij gebrek aan omschreven normen – hoe vaak dat voorkomt. Maar wanneer we aannemen dat er frequent sprake is van onvoldoende dossiervoering op een afdeling of binnen een instelling, is volgens ons de eerste vraag hoe het daar staat met de intercollegiale feedback en de aanspreekcultuur.

In ons artikel verwezen we naar het artikel van Biesma e.a. (2010), die in de context van de huisartsenbrief een aantal doelen en kernkwaliteiten van samenvattende verslaglegging benoemen. Verslaglegging van voldoende niveau is bij uitstek het werk van de professional en eist behalve discipline en inzet, veel training en ervaring. Dat vraagt net als bij de andere functiedomeinen van de professional om goede collegiale samenwerking, supervisie en intervisie. En ook feedback en aanspreken op, om de kwaliteit te handhaven.

Een andere oorzaak voor door haar gesignaleerde inadequate verslaglegging, die Boumans aandraagt, is ervaren druk om vooral in face-to-facecontacten actief te zijn in plaats van een dossier door te werken en voorinformatie samen te vatten. We zijn het hiermee zijn. Het is een valkuil om zonder goede voorkennis een patiënt te zien, en helemaal als dat 'even' moet. Andere ggz-behandelaren kunnen daarmee misschien tevreden zijn, want er gebeurt tenminste weer wat (meestal een medicatiewijziging) en men is 'gedekt'. Echter, te weinig kennis over de voorgeschiedenis is een veelgehoorde klacht van patiënten en familie.

Verder is bijvoorbeeld suïcidaliteit beoordelen met onvoldoende dossierkennis riskant. En aan een patiënt die al vele jaren in behandeling is, maar weer eens een nieuw medicament (of medicatiecombinatie) voorschrijven zonder goed te weten wat er eerder gegeven is, leidt ook snel tot gebrekkige kwaliteit. Gaat de derde selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) helpen, als de eerste twee ineffectief waren? Als eerder additie van risperidon aan clozapine ineffectief was, wordt additie van zuclopentixol dat nu wel? Gaat op dit antidepressivum geen maniforme ontremming optreden? Hetzelfde geldt voor gespreksbehandelingen: veel patiënten worden periodiek herverwezen en krijgen – vaak bij een andere hulpverlener binnen dezelfde instelling – maar weer wat gesprekken zonder dat gekeken wordt wat de vorige keer hielp of niet hielp.

Het zou ons niet verbazen als de dossierstudie waar Boumans voor pleit, een forse kwaliteitsverbetering met zich mee zou brengen. Misschien zou dossierstudie zelfs helpen de tijd te bekorten die het nu binnen de ggz kost om te besluiten dat een patiënt een psychose heeft, een bipolaire stoornis te onderkennen, door te pakken binnen de algoritmes voor farmacotherapie van depressie, of om sneller tot instelling op clozapine over te gaan in plaats van pas na jarenlange onvoldoende effectieve behandelingen met andere antipsychotica.

Desalniettemin moet het volgens ons mogelijk zijn een dossier een zodanige overzichtfunctie te geven dat cruciale beloopinformatie gemakkelijker te vinden is dan nu. Dat zou in ieder geval dossierstudie efficiënter kunnen maken. Wat misschien nog belangrijker is, is dat een dergelijk overzicht ook aan patiënten zelf meer inzicht kan geven. Het zou ook de zorggebruiker duidelijk kunnen maken wat er in het behandeltraject al gedaan is en met welk effect en het zou hem of haar beter kunnen ondersteunen als een serieuze partner in de discussie rond het opstellen van behandeldoelen; beter dan het huidige digitale doolhof toelaat.

## AUTEUR

**ARTHUR VAN GOOL**, psychiater, directeur Yulius Academie en waarnemend A-opleider bij Yulius Geestelijke Gezondheid, Rotterdam.

**ELLEN HOOGERVORST**, directeur van de Divisie Autisme Spectrum Stoornissen van Yulius Geestelijke Gezondheid, Rotterdam.

**LEX WUNDERINK**, psychiater, A-opleider en hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en Opleidingen bij GGZ Friesland, Leeuwarden.

**NIELS MULDER**, psychiater en bijzonder hoogleraar Openbare Gezondheidszorg, O3 Onderzoekcentrum, afd. Psychiatrie, Erasmus MC en Bavo-Europoort, Rotterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A.R. Van Gool, Yulius Academie, Yulius Geestelijke Gezondheid, Mathenesserlaan 202, 3014 HH, Rotterdam.  
E-mail: avangool@yulius.nl

## LITERATUUR

- Biesma DH, Bijlsma JWJ, Hoepelman IM. Specialistenbrieven in een digitaal tijdperk. Medisch Contact 2010; 65: 949-51.