

Kwaliteitsverbetering of digitaal doolhof? Praktijkervaring met het elektronisch patiëntendossier bij langdurige behandelingen in de ggz

A.R. VAN GOOL, E. HOOGERVORST, L. WUNDERINK, C.L. MULDER

ACHTERGROND Elektronische patiëntendossiers (EPD's) hebben de laatste jaren op grote schaal ingang gevonden in de geestelijke gezondheidszorg. Ze hebben een groot aantal voordelen, onder meer leesbaarheid. Er lijkt echter weinig aandacht te bestaan voor eventuele nadelen en risico's ervan.

DOEL Signaleren van enkele nadelen en risico's van de huidige generatie EPD's, vooral in de zorg van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

METHODE Op grond van praktijkervaring en relevante literatuur presenteren van enkele nadelen en risico's van de huidige generatie EPD's.

RESULTATEN In langdurige, multidisciplinaire en complexe behandelingen van patiënten met EPA schieten EPD's in de huidige vorm voor de psychiater tekort in het bieden van overzicht over het behandelproces. Dit is vooral te wijten aan de structuur ervan: een grote en met duur en complexiteit van de behandeling toenemende hoeveelheid losse, apart te openen bestanden met ongestructureerde vrije tekst. In de gezondheidszorg wordt informatietechnologie, in contrast met medicatie, geïntroduceerd zonder gestructureerde aandacht voor nadelen en risico's.

CONCLUSIE Het ontwerp van EPD's voor de ggz is aan een revisie toe.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)6, 394-401

TREFWOORDEN elektronisch patiëntendossier, ernstige psychiatrische aandoeningen, psychiater, risicotaxatie



'Although the intent may be to ensure thoroughness, in the new electronic sea of results, it becomes difficult to find those that are truly relevant.'

Hartzband & Groopman (2008).

In dit essay willen we de aandacht vestigen op een volgens ons tot nu toe onderbelicht gebleven aspect in de ontwikkeling van het werken met elektronische patiëntendossiers (EPD's) in de ggz.

De huidige generatie EPD's heeft een groot aantal voordelen: ze zijn vanaf verschillende plaatsen benaderbaar, er kan eenvoudig en multidisciplinair informatie worden ingevoerd en tenzij de elektronica of de verbinding het begeeft,

zijn ze beschikbaar. Zo kunnen ze niet zoals papieren dossiers onderweg zijn tussen twee locaties, in een afgesloten kast liggen in de kamer van een hulpverlener die op vakantie is of zelfs zoekraken. Ook zijn er geen problemen meer met onleesbare handschriften. Daarmee steken ze gunstig af tegen de oude, papieren dossiers.

Echter, onze stelling is dat deze generatie EPD's ernstig tekortschiet waar het gaat om het bieden van overzicht,

het scheiden van hoofd- en bijzaken en het terugvinden van voor behandeling belangrijke gegevens. Daarmee slaan ze er niet goed in de hulpverlener te ondersteunen bij het nemen van beslissingen, bijvoorbeeld door cruciale informatie saillant te presenteren, de behandeling te ondersteunen door goed en snel inzicht te bieden in wat bij een patiënt eerder in de behandeling wel en niet werkte en evenmin door op basis van de voorgeschiedenis risico's te signaleren. De vraag is of EPD's zelfs niet minder overzicht bieden dan een papieren dossier. Dit manco geldt niet zozeer voor verslaglegging van monodisciplinaire, korte behandelingen, maar vooral voor langdurige, multidisciplinaire en vaak complexe behandelingen van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA's).

In dit essay illustreren we dit probleem vanuit onze praktijkervaring en doen we suggesties voor oplossingen.

BELOOPSINFORMATIE IS CRUCIAAL BIJ BEHANDELEN VAN ERNSTIGE STOORNISSEN

Per definitie is er bij EPA sprake van persistente psychiatrische stoornissen die samengaan met ernstige en langdurig aanwezige beperkingen in het sociaal functioneren. Er bestaat tevens een noodzaak voor gecoördineerde zorg en/of behandeling door zorgnetwerken of professionals (Delespaul en de consensusgroep EPA 2013). Veelal gaat het om stoornissen die geclassificeerd kunnen worden als schizofrenie, schizoaffectieve en bipolaire stoornissen, maar ook om chronische unipolaire stemmingsstoornissen of ernstige autismespectrum- of persoonlijkheidsstoornissen en combinaties van deze aandoeningen. Deze stoornissen manifesteren zich in de regel vroeg in het leven, zijn decennia lang aanwezig, hebben een grote impact op het dagelijks leven en de desbetreffende patiënten doen een langdurig beroep op de ggz.

Bij dergelijke zich over lange tijd uitstrekkende behandelingen is beloopinformatie cruciaal (Bromet e.a. 2011). Tijdens dergelijke behandelingen willen we van tijd tot tijd gemakkelijk antwoord kunnen krijgen op vragen zoals:

- Welke symptomen heeft de patiënt in de loop van de jaren vertoond? Hoe is de ontwikkeling van de symptomen en het functioneren in de loop der jaren geweest?
- Welke behandelingen zijn ingezet en al dan niet afge maakt; wat waren de effecten van die behandelingen?
- Welke gevaarlijke situaties en gedragingen hebben zich voorgedaan?

Adequate beloopinformatie hierover is essentieel om tot een juiste klinische diagnose te komen en richtinggevend voor het behandelbeleid. Bijvoorbeeld bij de bipolaire stoornis – we moeten dan voldoende zeker zijn van de aanwezigheid van eerdere manische of hypomane fasen. Ook voor minder specifieke toestandsbeelden en klachten

AUTEURS

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

ELLEN HOOGERVORST, directeur Yulius Autisme, Yulius Geestelijke Gezondheid, Rotterdam.

LEX WUNDERINK, psychiater, A-opleider en hoofd afd. Wetenschappelijk Onderzoek en Opleidingen bij GGZ Friesland, Leeuwarden.

NIELS MULDER, psychiater en bijzonder hoogleraar Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, Epidemiological and Social Psychiatric Research institute (ESPRI), afd. Psychiatrie, Erasmus MC en Parnassia-groep, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

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

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-11-2013.

patronen, bijvoorbeeld voorstadia van psychotische stoornissen, is goede documentatie essentieel. Bovendien is informatie over eerdere behandeling(en) essentieel om herhaling van een eerdere ineffectieve behandeling te voorkomen, of dit nu berustte op onaanvaardbare bijwerkingen of een gebrek aan effect op de doelsymptomen. Ook bij crisisinterventie en bij risicotaxatie in acute situaties is kennis van de specifieke elementen uit de voorgeschiedenis cruciaal. Hoewel de kennis over risicofactoren nog beperkt is, weten we dat een eerdere psychiatrische opname een heropname voorspelt, dat eerder agressief gedrag ook toekomstige agressie voorspelt, en dat suïcidepogingen daadwerkelijke suïcide voorspellen (Amore e.a. 2008; Haukka e.a. 2008; Owens e.a. 2002; Wootton e.a. 2008). Bij de behandeling van bipolaire stoornissen is dit inzicht al lang gemeengoed en is de zogenaamde *lifecycle*-methode een manier waarop men een aantal aspecten van het beloop van een bipolaire stoornis en de tijdsrelatie met de gegeven behandeling overzichtelijk vastlegt (Kupka e.a. 1997). Het verzamelen van beloopinformatie is een taak van de behandelaar: navraag doen bij de patiënt is onvoldoende. Zo is de herinnering van de patiënt aan de effecten van eerdere depressiebehandeling vaak niet accuraat (Simon e.a. 2012).

Veel informatie verzameld over lange periodes

Tijdens de behandeling van patiënten met EPA's wordt veel documentatie opgeslagen. Bij een opname bijvoorbeeld

wordt 3 maal daags gerapporteerd, van besprekingen wordt verslag gedaan, er is een klinisch behandelplan (zowel van de behandelaar als van de verpleegkundigen) en de evaluaties daarvan, en de bevindingen van diverse behandelaren (psychiaters, psychologen e.a.) en ondersteuners (activiteitenbegeleiders, vaktherapeuten, e.a.) moeten worden vastgelegd. Voor de Wet Bopz moeten herkenbare verslagen worden gemaakt: aparte behandelplannen, een wekelijkse of maandelijkse verslaglegging, geneeskundige verklaringen, enzovoorts. Tot slot moeten ontslagbrieven, de inkomende correspondentie, de aantekeningen van dienstdoende artsen en consulterende somatisch werkzame collega's een plek krijgen, moeten medicatie en laboratoriumuitslagen ingevoerd kunnen worden evenals de resultaten van somatisch en aanvullend onderzoek. En hiermee is de opsomming nog niet compleet.

Iedere betrokkene legt vast wat voor hem/haar relevant is in relatie tot de patiënt en integratie ontbreekt. Hetzelfde geldt voor een patiënt met een EPA die (bijvoorbeeld onder de titel van een voorwaardelijke machtiging) intensief ambulante begeleid wordt. Wordt de voorwaardelijke machtiging omgezet in een voorlopige en wordt de patiënt opgenomen, dan moet er weer een nieuw klinisch behandelplan, een nieuw Bopz-behandelplan worden gemaakt, etc. Dit leidt tot het opslaan van enorme hoeveelheden ongestructureerde data en documenten. Opvallend is dat de bestaande EPD's niet voldoende ontkomen aan de hierdoor opgeroepen onoverzichtelijkheid.

DE STRUCTUUR VAN EPD EN PAPIEREN DOSSIER

Kenmerkend voor de huidige generatie EPD's is dat voor al deze aantekeningen (*entries*) aparte tekstverwerkerbestanden worden aangemaakt, die te openen zijn met een muisklik. Er is weinig voorstellingsvermogen voor nodig om te bedenken hoeveel losse bestanden met rapportages er achter dat ene openingsscherm schuil kunnen gaan wanneer een behandeling jaren duurt en intensief is. De indeling die in de meeste EPD's gebruikt wordt om al deze tekstverwerkerbestanden op te bergen, komt overeen met die in de oude, papieren dossiers: wat vroeger achter een tabblad 'Intake' zat, zit daar nu nog.

Zoeken, verschillende vindplaatsen en ontbrekende signaalwaarde

Waar vroeger in een papieren dossier gebladerd moest worden, kost het zoeken nu vele muisklikken. Een eenvoudige klinische vraag in een EPD nazoecken betekent het doorzoeken van vele bestanden: waaruit bestond de interventie bij een eerdere crisis, waarom is een bepaalde medicatie gewijzigd, zijn er agressieve incidenten bij een vorige opname geweest? Is er eerder de intelligentie

bepaald? Waarom zou deze patiënt beslist geen clozapine mogen?

Tenzij het bestand waarin gezocht wordt, expliciet gemarkeerd is met een voldoende informatieve titel of een relevant trefwoord, en men ongeveer weet waar te zoeken, is degene die iets nazoeckt in een EPD genoodzaakt vele bestanden open te klikken en apart in te zien: alle bestanden, zowel de triviale ('Moeder belde afspraak uur voor tijd af, komt morgen Semap halen') als cruciale (rond agressie, suïcidaliteit en ernstige bijwerkingen bijvoorbeeld) hebben meestal dezelfde signaalwaarde. Soms is er in een scrollfunctie voorzien bij verscheidene bestanden van eenzelfde soort, die sneller inzien mogelijk maakt.

Complicerend: verschillende vindplaatsen, dossierepisoden, geen doorlopende bestanden, verschillende software

Deze zoektocht kan door een aantal factoren nog bewerklijker worden.

- Wanneer bijvoorbeeld hetzelfde type informatie op diverse plaatsen kan worden ingevoerd (voorbeeld: informatie over dwangbehandeling onder 'Afspraken', onder het tabblad 'BOPZ' of onder voortgangsrapportage);
- wanneer na een duobeoordeling (bijv. door psychiater en svp) er in aparte files gerapporteerd wordt (er ontstaan meer files) of juist door de svp namens de psychiater (dan moet die informatie onder de naam of functie van de svp worden gezocht);
- wanneer de patiënt gedurende een aantal episodes in behandeling is, kan de informatie verspreid over diverse dossierdelen te vinden zijn. Bij heraanmelding wordt namelijk in sommige systemen een aparte, nieuwe, lege episode aangemaakt, die opnieuw gevuld moet worden, met alle mogelijkheden van verlies van informatie van dien.

Ook ontbreekt vaak een mogelijkheid om cumulatief informatie op te slaan. De familieanamnese wordt bij intake afgenomen en staat dan vast; echter, er kan in de tussentijd geen nieuwe informatie in worden ingevoerd. Die staat verspreid elders.

Tot slot kan een leverancier failliet gaan of een andere leverancier gezocht worden: niet alles van het oude dossier kan worden geconverteerd. Die restanten worden apart, in een soort appendix, opgeslagen, waar maar weinig medewerkers de weg in weten.

Foutgevoelig

Er worden menselijke fouten gemaakt bij het invoeren van informatie. Dat geldt voor medicatiegegevens, maar bijvoorbeeld ook door een document niet of verkeerd te benoemen of het op een verkeerde plek in te voeren. Zo

werd een overdrachtsbrief van de ene klinische afdeling naar een andere met vitale informatie over eerdere ernstige suïcidaliteit ingevoerd bij ‘Inkomende’, dus van buiten de instelling afkomstige correspondentie, als ‘Verwijsbrief’, en daardoor niet opgemerkt door de volgende generatie behandelaren. Waar het bij snel doorbladeren van een papieren dossier nog wel opvalt dat er een ecg tussen de Bopz-correspondentie zit, komt men daar met een EPD slechts met veel moeite – of bij toeval – achter.

BESPREKING

De huidige generatie EPD's voor de ggz heeft weliswaar een aantal voordelen, maar schiet met name bij langlopende en complexe behandelingen tekort in het bieden van overzicht en het toegankelijk maken van informatie bij belangrijke klinische beslissingen. Een paar opmerkingen hierover.

In het inspectierapport over het schietincident in Alphen aan den Rijn ligt een opvallende nadruk op verslaglegging (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2011). Er wordt vereist dat de behandelaars *'een heldere verslaglegging doen van hun overwegingen'* (p. 20) en er *'had regelmatig een risicotaxatie (...) moeten worden uitgevoerd en in het dossier vastgelegd'* (p. 16). Deze nadruk is begrijpelijk: dossievoering heeft een functie bij toetsing en verantwoording achteraf. Wél vroegen wij ons af of de gemaakte aantekeningen indien van adequate kwaliteit sowieso niet onopgemerkt zouden zijn gebleven in de door ons beschreven wirwar aan losse tekstbestanden.

Nieuwe medicatie doorloopt een uitgebreid, langdurig en kostbaar proces van onderzoek voordat deze geïntroduceerd wordt. Nadien is er structurele aandacht voor negatieve langetermijneffecten, in de vorm van post-marketing-surveillance, wetenschappelijk onderzoek en publicatiemogelijkheden van bijvoorbeeld casuïstiek. Hoewel dit systeem niet onkwetsbaar is (zie bijvoorbeeld Topol 2004), is er in dit systeem in elk geval structureel aandacht voor risico's en nadelen van een geneesmiddel. Toelating tot en bewaking van de langetermijnveiligheid van medische apparatuur en voor hulpmiddelen is minder stringent geregeld (Slee 2012; Verhaar 2012).

Ook voor de introductie van informatietechnologie in de gezondheidszorg lijken er minder stringente eisen te zijn dan er aan nieuwe medicamenten gesteld worden. Informatietechnologie wordt daar op voorspraak van beleidsmakers 'techno-enthusiasts' ingevoerd zonder afdoende onderzoek naar (kosten)effectiviteit en risico's (Black e.a. 2011). Volgens ons terecht stellen Black e.a. een sterke koppeling met onderzoek voor: *'Gezien het gebrek aan evidence voor verbeteringen in klinische uitkomstmaten, en het gebrek aan evidence voor hun kosteneffectiviteit, is het van*

belang dat de toekomstige e-healthtechnologieën worden geëvalueerd aan de hand van een uitgebreide reeks maatstaven, idealiter in alle stadia van de technologische levenscyclus.' In de (uitgebreide) literatuur ligt veel aandacht op (potentiële) voordelen en op de implementatie van informatietechnologie, dat laatste met als aanname dat die voordelen ook daadwerkelijk gerealiseerd worden bij invoering ervan. Publicaties zoals die van Black e.a. (2011), Ludwick en Doucette (2011), Romano en Stafford (2011) en Sheikh e.a. (2011) maken duidelijk dat de evidentie voor een aantal van deze claims beperkt is. Sheikh e.a. (2011) noemen vooral goede leesbaarheid, tijdsbesparing voor sommige beroepsgroepen (zoals verpleegkundigen) en het mogelijk maken van hogere-ordefuncties zoals audits en verkrijgen van managementinformatie als aangetoonde voordelen van EPD's.

Veel nadruk ligt daarnaast op de voordelen van digitale gegevensopslag van beeldvormend onderzoek (*picture archiving and communication systems; PACS*) en van laboratoriumonderzoek en op ordercommunicatie, veel minder op dat deel van het EPD waarin hulpverleners verslag doen en waarin ze verslagen moeten vinden en interpreteren.

De meest genoemde nadelen zijn productieverlies doordat computersystemen niet altijd operationeel zijn, zorgen over privacy, negatieve beïnvloeding van de arts-patiëntrelatie, tijdsverlies door noodzaak documentatie en onverwacht geen of weinig financiële en tijdsbesparing. We hebben geen andere artikelen kunnen vinden over de in dit artikel beschreven problematische kanten van het EPD. Het relevantst lijkt het artikel van Boyer e.a. (2011), die een tevredenheidsinstrument voor EPD-gebruikers ontwikkelden en dat valideerden bij ggz-professionals, om hun ervaring beter bij implementatieprocessen te kunnen inzetten. Opvallend genoeg lijken vele vragen in hun lijst direct gebruiksgemak te betreffen (*'Het EPD is gemakkelijk te gebruiken'*) en zijn diverse items weinig concreet geformuleerd (*'Het EPD is nuttig in de patiëntenzorg'*). Slechts een aantal items raakt aan de door ons beschreven problematiek (*'Biedt overzicht over het behandeltraject'*; *'Scheelt tijd bij opzoeken informatie'*).

Deels zijn we overigens als sector mede debet aan onvoldoende toetsing en controle op risico's en nadelen omdat we meer nadruk hebben gelegd op een systeem dat adequaat de financiële en administratieve afhandeling ondersteunde dan de behandeling (Mandl & Kohane 2012) en we de softwareleveranciers gevraagd hebben een analoog van een papieren dossier te leveren.

Het overzichtsprobleem in de dossiervorming raakt van alle betrokken disciplines het meest het functioneren van de psychiater. Deze wordt geacht overzicht te hebben over de behandeling als geheel en speelt in ggz-organisaties een

centrale rol in de afhandeling van crisissituaties, het vaststellen van het beleid bij complexe EPA-problematiek, bij agressief gedrag als gevolg van psychische aandoeningen, suicidaliteit, comorbide somatiek en bij het toezicht op de medicamenteuze behandeling. Bij het nemen van beslissingen in deze situaties, en bij wisseling van behandelaar of bij opname, kan de psychiater voor de noodzaak komen te staan om een dooltocht te beginnen in een onoverzichtelijk dossier.

In de toekomst voorzien we overigens ontwikkelingen die de beschreven problematiek nog actueler maken. Door de vele veranderingen in het sociale domein (transitie jeugdzorg, overheveling AWBZ naar wmo en de introductie van wijkgerichte zorg) komt de nadruk te liggen op de betrokkenheid van diverse hulpverleners, vrijwilligers en onderwijsgevendenden die samenwerken: er komen instellingsoverstijgende, integrale dossiers, waarin niet de ggz-instelling, maar de patiënt de regie heeft.

MOGELIJKE OPLOSSINGEN

Wij verwachten dat zich voorlopig geen pasklare oplossing aandient voor dit overzichtsprobleem van EPD's. Men kan natuurlijk binnen het bestaande EPD oplossingen zoeken en aparte plaatsen in een EPD aanwijzen waarin vitale informatie zou moeten worden opgeslagen. Zo pleiten Dick e.a. (2000) in het kader van risicotaxatie voor het prospectief vastleggen van incidenten op een separate plek in het dossier. Echter, zorgen dat consistent op de afgesproken plaats informatie wordt ingevoerd, die adequaat van een informatieve titel voorzien en alleen dat noteren wat voor de langere termijn relevant is, moet worden ondersteund door een verfijnd stelsel van werkinstructies aan diverse disciplines. Dat is op zichzelf al nooit 100% sluitend te maken en het onderhoud van dergelijke aan slijtage onderhevige procedures vergt continu aandacht en inspanning. Het levert ook geen oplossing op voor de grote hoeveelheid losse bestanden. We bespreken daarom ook een aantal andere mogelijke oplossingen voor de in dit artikel geschetste problematiek.

Een Google-achtige zoekfunctie

Zoals gezegd, bestaan de huidige EPD's in de ggz voor het overgrote deel uit vrije tekstvelden, verspreid over vele losse bestanden. Een zoekfunctie of een vorm van tekstanalyse die 'over' een individueel dossier zou worden gelegd, zou een bijdrage kunnen leveren om snel de gewenste informatie te kunnen vinden. Hoe veilig dat zou zijn, staat te bezien: met welk percentage zekerheid kan een dergelijke zoekfunctie vaststellen dat bij een patiënt er nooit eerder sprake was van daadwerkelijke agressie of suicidaliteit? En hoe praktisch kan het zijn: wie thuis googelt weet

hoeveel en soms ook irrelevante 'hits' men kan krijgen bij een relatief eenvoudige zoekopdracht. Maar mogelijk kan een dergelijke zoekfunctie worden geïnstalleerd zonder ingrijpende veranderingen in software en dossieropbouw.

Minder vrije tekstvelden, méér voorgespecificeerde invoer

In dit scenario zou minder informatie in vrije tekstvelden worden ingevoerd, en meer in vóórgespecificeerde (bijvoorbeeld met aan te klikken dropdownmenu's of radio-buttons) bestanden worden opgeslagen. Semigestructureerde interviews vervangen dan bijvoorbeeld open anamneses en ook de vervolgerslagen, beschrijving van psychiatrische stoornissen, risicotaxaties, inschatting van therapie-effecten en dergelijke zouden in een dergelijke vóórgespecificeerde vorm moeten worden aangereikt.

Routine outcome monitoring is hier in feite al een voorbeeld van. Dat zou allereerst schrijftijd schelen: mede vanwege de noodzaak van het aanmaken van grote hoeveelheden tekst is de verhouding face-to-facetijd met schrijftijd op zijn zachtst gezegd niet gunstig. Maar het zou ook wegen kunnen openen om meer overzicht te krijgen. Uit een op een dergelijke manier voorgestructureerde database valt waarschijnlijk betekenisvollere geaggregeerde informatie te extraheren dan vanuit vele, ongestructureerde vrijetekstbestanden mogelijk is: ontwikkelingen in het beloop van een behandeling te volgen, afwijkingen van gestelde klinische normen te signaleren. Begin jaren negentig is een generatiemodel voor EPD's geformuleerd (van der Harst & Hazejager 2009). In de eerste twee generaties EPD's is slechts sprake van inzage en opslag van patiëntengegevens, en in de 3de generatie (met de omschrijving 'assistent') is er tevens sprake van procesondersteuning (bijvoorbeeld door het bieden van behandelplannen en zorgpaden). In de 4de en 5de generatie EPD's (met als omschrijving 'collega' en 'mentor') zijn beslissingsondersteuning en signalering van afwijking van normen opgenomen. Voor een dergelijke ontwikkeling lijkt voorgespecificeerde invoer geschikter dan vrije tekst. Misschien moet meer in grafische vorm worden weergegeven. De Haane e.a. (2012) doen in het recente themanummer over stagering en profilering een aansprekende suggestie voor een grafische weergave van het beloop in de tijd van een psychotische stoornis. Ook medicatiegebruik kan grafisch in de tijd worden geplot; de naam van de Utrechtse hoogleraar Porsius is hieraan verbonden (http://www.farmedvisie.nl/index.php?content_id=2).

Wil men ooit beslissingsondersteuning in een dossier inbouwen (Mane e.a. 2012), dan zal naar verwachting een gestandaardiseerde vastlegging helemaal onontbeerlijk zijn. In WebRAAP (<http://www.webraap.nl>), een registra-

tie- en adviessysteem, inclusief EPD-functie voor de acute psychiatrie, is bijvoorbeeld al een adviesfunctie opgenomen. Dit web-based systeem wordt momenteel gebruikt door een vijftal crisisdiensten in Nederland en heeft als voordeel, naast de adviesfunctie, dat alle informatie over crisiscontacten bij elkaar staat.

Overigens kent voorgespecificeerde invoer ook tegenstanders, onder meer omdat een dergelijke wijze van noteren de clinicus te veel beperkt en het proces van klinisch redeneren niet zou volgen en zelfs storen (onder anderen Hartzband & Groopman 2008; Walsh 2004; Yu e.a. 2013). Duidelijk is dat een dergelijk dossier geheel zou verschillen van de huidige.

Cumulatieve overzichtsfunctie

Die informatie die specifiek aandacht verdient en voor de langere termijn van belang is, zou in een cumulatieve overzichtsfunctie vastgelegd kunnen worden. Bijvoorbeeld als basis voor risicotaxatie of om iemands eerdere behandelingen en de effecten en bijwerkingen daarvan te kunnen nagaan. Dat vereist echter continue aandacht en discipline bij de dossiervoerders. Ook is er het risico van dubbel noteren. Wordt daarvoor gekozen, dan zal daarbij de rol van de psychiater een centrale moeten zijn. Die is namelijk het meest van alle disciplines afhankelijk van adequate voorinformatie, vervult een centrale rol in situaties waarin dossierinformatie van cruciaal belang is en zou in staat moeten zijn verzamelde informatie op een betekenisvolle wijze samen te vatten. Te vrezen valt echter dat juist in een tijd van bezuinigingen en krimp deze functie nog meer onder druk komt te staan. Technisch is deze optie niet sterk ingrijpend.

De huisartsenbrief

We kunnen terugrijpen op een oud, maar beproefd middel: de specialistenbrief aan de huisarts. Hierin kan de behandelaar gecompriemd die informatie vastleggen die voor de langere termijn belangrijk kan zijn en continuïteit van zorg kan bieden – de lessen en belangrijke feiten van de verslagperiode. Biesma e.a. (2010) beschrijven inhoud en functie van deze brief. Hij bevat niet alleen gegevens (onder meer over anamnese, onderzoek en beloop), maar is ook de plek om de overwegingen achter het beleid te presenteren en dwingt de behandelaar periodiek tot reflectie op de patiënt, de stoornis en het beloop ervan. Dit draagt in belangrijke mate bij aan zorgvuldig klinisch redeneren en beslissen.

Dat is wat anders dan de veelvoorkomende 'knip- en plakbrief' (Hartzband & Groopman 2008). Zij gaan er in hun artikel overigens vanuit dat het EPD al een overzichtsfunctie heeft in de vorm van een doorlopende samenvatting en doen een voorstel voor een aangepaste berichtge-

ving vanuit dat doorlopend overzicht aan de huisarts. Ook deze aanpak vraagt geen grote aanpassingen in de techniek of het zou spraakherkenning moeten zijn.

Aansluiten bij de somatiek

EPD's zijn niet meer weg te denken uit de huisartsgeneeskunde en uit de somatische ziekenhuizen en bieden daar belangrijke voordelen (Derickx e.a. 2013). Ook in de EPD's in de somatiek speelt overzichtsproblematiek bij bijvoorbeeld patiënten met comorbiditeit, een lang behandeltraject en verscheidene behandelaars. Bij het houden van overzicht spelen brieven aan de huisarts met daarin cumulatieve gegevens over eerder gestelde diagnoses en behandelingen een belangrijke rol. Ook PACS voor beeldvormend onderzoek en modules voor cumulatief laboratoriumonderzoek zijn hierbij nuttig. Verder kunnen in EPD's cumulatieve lijsten met diagnoses ('hypertensie 2007; melanoom 2010; myocardinfarct 2012') worden bijgehouden, vaak in een openings scherm ('dashboard') met vitale informatie (bijvoorbeeld allergieën en behandelbeperkingen) en worden relatief frequent doorlopende samenvattingen aangemaakt. De decursus in sommige somatische EPD's bestaat niet uit losse files, maar uit één, doorlopend document, zodat minder muisklikken nodig zijn.

Niet alles lijkt ons gemakkelijk over te zetten naar de psychiatrie. Somatische diagnoses zoals myocardinfarct en reumatoïde artritis geven meer richting aan de behandeling dan een psychiatrische classificatie ('depressieve episode'), die vaak heterogene problematiek omvat en die wel een globale aanduiding, maar verder weinig richtinggevend voor de behandeling is (Beekman e.a. 2012). In de psychiatrie is een diagnostische formulering informatiever, met onder meer uitspraken over de veronderstelde etiologie, erfelijkheid, biografische informatie, beloop, reactie op behandeling, gevaarsaspecten, etc. Dat laat zich niet gemakkelijk in één aan te vinken hokje vangen.

Tot slot

Van belang is dat we als beroepsgroep en sector moeten besluiten of hier een probleem bestaat. Wellicht kunnen de ggz-instellingen gezamenlijk tot een nieuwe standaard komen; geen enkele ggz-instelling kan dit alleen. Misschien ligt een oplossing in meer flexibiliteit: de beste producten van verschillende leveranciers koppelen (Mandl & Kohane 2012). We hopen dat dit artikel aanzet tot nadenken en tot discussie.

Verder onderstrepen we het belang van een periodieke reflectie op een behandeling en de noodzaak van een synthetiserende, analoge samenvatting van de verzamelde dossierinformatie. Dat blijft voorlopig mensenwerk en vooral ook psychiaterwerk.

LITERATUUR

- Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, e.a. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 247-55.
- Biesma DH, Bijlsma JWJ, Hoepelman IM. Specialistenbrieven in een digitaal tijdperk. *Medisch Contact* 2010; 65: 949-51.
- Black AD, Car J, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, e.a. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Medicine* 2011; 8: e1000387.
- Beekman ATF, van Os J, Van Marle HJC, van Harten PN. Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2102; 54: 915-20.
- Boyer L, Baumstarck-Barrau K, Belzeaux R, Azorin JM, Chabannes JM, Dassa D, e.a. Validation of a professionals' satisfaction questionnaire with electronic medical records (PSQ-EMR) in psychiatry. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 78-84.
- Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C, e.a. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 1186-94.
- Delespaul PH, consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Derikx JP, Erdkamp FL, Hoofwijk AG. Elektronisch patiëntendossier. Digitale opdrachtenlijst als schakel voor ordercommunicatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013; 157: A5695.
- Dick P, Durham T, Stewart S, Kane S, Duffy J. Care programme approach – documentation of past risk-related behaviour. *Psychiatric Bulletin* 2003; 27: 298-300.
- Haan de L, Klaassen R, van Beveren N, Wunderink L, Rutten BPF, van Os J. Stagering van psychotische stoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 927-33.
- Harst G van der, Hazejager S. EPA pakketvergelijking. Een rapport voor GGZ Nederland. Gartner Nederland BV; 2009.
- Hartzband P, Groopman J. Off the record – Avoiding the pitfalls of going electronic. *N Engl J Med* 2008; 358: 1656-8.
- Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1155-63.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Rapport calamiteitenonderzoek naar de hulpverlening aan V., dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011. <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/onderzoeknaarbehandelingsdaderschietincidentalphen.aspx>.
- Kupka RW, Akkerhuis GW, Nolen WA, Honig A. De life-chartmethode voor de manisch-depressieve stoornis. *Tijdschr Psychiatr* 1997; 39: 232-9.
- Ludwick DA, Doucette J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. *Int J Med Inform* 2009; 78: 22-31.
- Mandl KD, Kohane IS. Escaping the EHR trap – the future of health IT. *N Engl J Med* 2012; 366: 2240-2.
- Mane KK, Bizon C, Schmitt C, Owen P, Burchett B, Pietrobon R, e.a. VisualDecisionLinc: a visual analytics approach for comparative effectiveness-based clinical decision support in psychiatry. *J Biomed Inform* 2012; 45: 101-6.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 193-9.
- Romano MJ, Stafford RS. Electronic health records and clinical decision support systems: impact on national ambulatory care quality. *Arch Intern Med* 2011; 231: 897-903.
- Sheikh A, McLean S, Cresswell K, Pagliari C, Pappas Y, Car J, e.a. The impact of eHealth on the quality and safety of healthcare. An updated systematic overview & synthesis of the literature. Final report for the NHS Connecting for Health Evaluation Programme (NHS CFHEP 001). Londen: Imperial College; 2001. <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/cfhep/projects/001Extension/CFHEP001FinalReport-March2011.pdf>
- Simon GE, Rutter CM, Stewart C, Pabiniak C, Wehnes L. Response to past depression treatments is not accurately recalled: comparison of structured recall and patient health questionnaire scores in medical records. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 1503-8.
- Slee PHTJ. Medische hulpmiddelen. *Gebu* 2012; 47: 63-9.
- Topol EJ. Failing the public health – Rofecoxib, Merck, and the FDA. *N Engl J Med* 2004; 351: 707-9.
- Verhaar J. De harde les van metaal-opmetaalheupprothesen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156: A5564.
- Walsh SH. The clinician's perspective on electronic health records and how they can affect patient care. *BMJ* 2004; 328: 1184-7.
- Wootton L, Buchanan A, Leese M, Tyrer P, Burns T, Creed F, e.a. Violence in psychosis: estimating the predictive validity of readily accessible clinical information in a community sample. *Schizophr Res* 2008; 101: 176-84.
- Yu P, Zhang Y, Gong Y, Zhang J. Unintended adverse consequences of introducing electronic health records in residential aged care homes. *Int J Med Inform* 2013; 82: 772-88.

SUMMARY

Contribution to quality of care or caught in a digital labyrinth? Experience with electronic records of patients receiving long-term mental health care

A.R. VAN GOOL, E. HOOGERVORST, L. WUNDERINK, C.L. MULDER

- BACKGROUND** In recent years electronic health records (EHRs) have been introduced on a large scale into mental health care. EHRs have a great number of advantages, one of the main ones being readability. However, very little attention seems to have been paid to the potential disadvantages and risks associated with EHRs.
- AIM** To point to some of the disadvantages and risks of EHRs, in their present form, particularly in relation to the care of patients with severe mental illness (SMI).
- METHOD** On the basis of clinical experience and relevant literature, we discuss some of the disadvantages and risks associated with EHRs in their current form.
- RESULTS** In long-term, multidisciplinary and complex treatments of patients with SMI, EHRs in their current form fail to provide the psychiatrist with an adequate overview of the treatment process. This is largely due to the way they are designed: an ever-increasing quantity of information about complex treatment stored in separate files that can only be accessed individually and that contain free text. In mental health care the introduction of new technology, unlike the introduction of new drugs, seems to occur without structured surveillance of the disadvantages and risks involved.
- CONCLUSION** EHRs need to be re-designed at the earliest opportunity.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)6, 394-401

KEY WORDS electronic patient record, psychiatrist, risk assessment, severe mental illness