

**Workshopnummer:**

1.8

**Workshopnaam:**

We gaan een EPD bouwen!

**Sprekers:**

Kees Ebben & Ellen Smit

**Samenvatting:**



Kees Ebben trapte af en wilde eerst weten wat de motivatie van de luisteraars was om zich voor deze workshop aan te melden.

Het publiek gaf aan erg benieuwd te zijn naar een EPD dat zowel de registratielast vermindert als een combinatie kan vormen van bestaande EPD's waaruit dan de beste features worden gecombineerd. De aandacht voor de voorkant ontbreekt. We zijn allemaal bezig om op basis van een oude database alles te vertalen ten behoeve van de zibs. Er moet aandacht voor de voorkant komen.

Twee belangrijke 'take home messages':

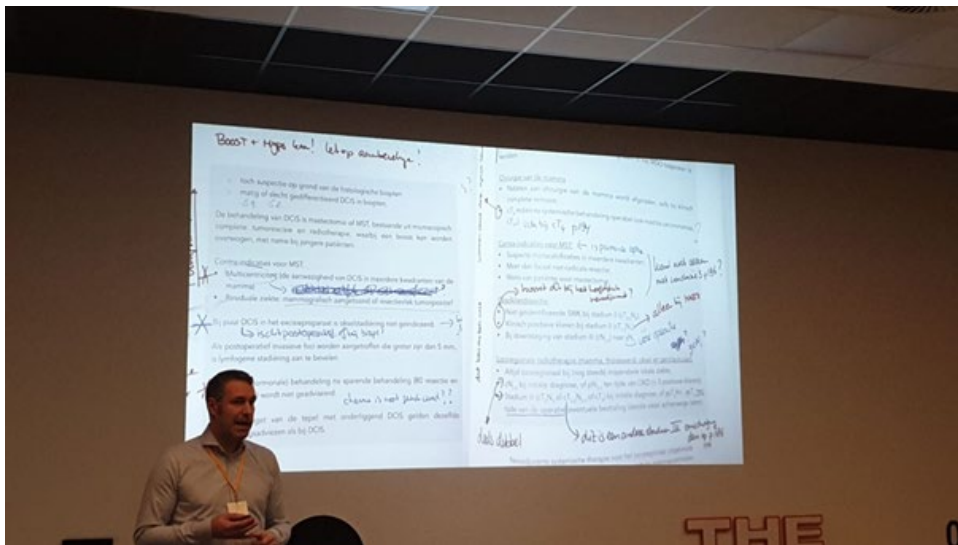
1. Primaire proces moet het startpunt zijn voor het vormgeven en het ontwikkelen van het EPD
2. Zorgverleners moeten zelf de regie nemen om tot invulling van het EPD te komen.

Het aandachtspunt van de Nederlandse kankerregistratie is om de grote hoeveelheid data die er is zo slim mogelijk in te zetten om de palliatieve zorg /kankerzorg te verbeteren.

Er heerst veel onvrede over de bestaande EPD's. Enkele quotes van internet: 'Why doctors hate their computers?' 'Dokter besteedt 40% van tijd aan registratie.' Er zijn veel te veel klikjes nodig.' 'Rapportcijfer EPD is het laagst mogelijke.' We werken het liefst buiten het EPD om'. 'EPD's zorgen voor burn-out bij dokters.' 'Interoperabiliteit beperkt de zorg.'

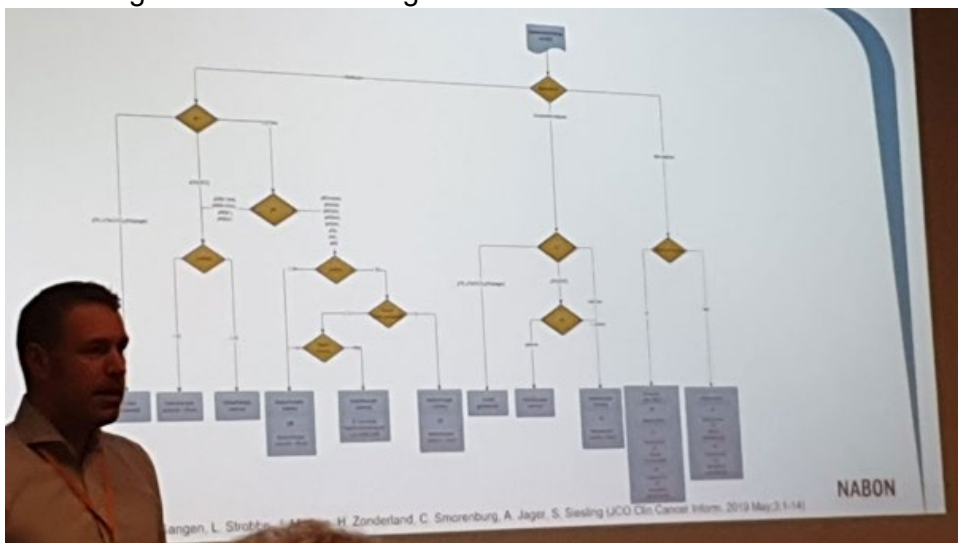
Het IKNL heeft een innovatieprogramma ontwikkeld om uitwisseling tussen verschillende zorgcomponenten te bevorderen. Daarbij zijn ze uitgegaan van het ideale plaatje: primaire verslaglegging door bijvoorbeeld een patholoog (gestandaardiseerd) die idealiter automatisch naar het verslag van de patiënt geschreven wordt. Verschillende brondocumenten komen bij elkaar waaruit de informatie voor het MDO kan worden gebruikt. De gegevens die de actuele situatie van de patiënt zo goed mogelijk weergeven, komen terecht in het decision support systeem dat advies geeft bij het kiezen van een therapie, onderzoek of bepaalde trial waaraan de patiënt kan deelnemen. Dit advies wordt vervolgens geaccordeerd of afgeslagen. Vervolgens worden door 1 druk op de knop alle gegevens doorgezeten naar de registratiemodule. Deze stappen vormen een cirkel.

Aan de hand van een voorbeeld liet Kees vervolgens zien hoe het inrichten van het primaire proces tot intelligente verslaglegging leidt die de dokter helpt.



Bovenstaande foto komt uit een richtlijn met platte tekst voor met uitzonderingen en aantekeningen.

Dat is omgebouwd naar een algoritme.



De informatiestandaard moet gecodeerd zijn om te kunnen uitwisselen. Hier is Snomed een goede manier voor.

Ellen Smit nam over en vertelde dat er in het Amphia ziekenhuis een proof of concept is uitgevoerd waaruit een directe koppeling vanuit het EPD naar het IKNL gaat. Conclusies waren onder andere dat de mate van compleetheid van de MDO-verslagen is toegenomen, zonder dat het extra tijd heeft gekost, maar dat er zeker verbetering nodig is. Die verbetering moet ook de drive zijn vanuit de zorgverlener, zogenaamde documentation discipline. Bij fenomenen die niet aanwezig zijn (bijv. als patiënt *niet* zwanger is), is er een lagere documentatiegraad.

Het IKNL heeft een tool ontwikkeld om te kunnen testen. Ze zijn van Excel naar powerpoint naar Form Studio gegaan.

In Form Studio kunnen ze formulieren bouwen die naar de zorgverleners worden gestuurd. Voordeel van deze formulieren zijn dat de zorgverleners veel beter kunnen reviewen, invullen en aankruisen. Form Studio is ontstaan als reviewtool: is dit wat je wil vastleggen, werkt dit voor jou, is het logisch. Nu is het uitgegroeid naar leveranciers die dit willen gebruiken om na te bouwen of in te lezen.

Uitgangspunten zijn:

1. Volgorde van klinisch redeneren wordt aangehouden voor vragen maar ook voor de waardenlijsten.
2. Alleen relevante gegevens worden gevraagd (er zijn veel voorbeelden in praktijk dat verpleegkundigen herhaaldelijk zaken moeten invullen die niet ter zake doen zoals of de patiënt poliklinisch of klinisch is)
3. Automatische overname of hergebruik van gegevens (met zo min mogelijk extra handelingen) scheelt heel veel registratiewerk.

#### **Belangrijke leerpunten / kernpunten:**

1. Gestandaardiseerd en intelligent vastleggen maakt optimaal gebruik van het EPD mogelijk
2. Zorgverleners moeten zelf de regie nemen om tot invulling van het EPD te komen
3. Primaire proces moet het startpunt zijn voor het vormgeven en het ontwikkelen van het EPD

#### **Wat zijn de volgende stappen? Of waar is nu behoefte aan?**

De volgende stap zal zijn om alle inhoud van de formulieren van Form Studio te coderen met Snomed en daar waar van toepassing LOINC of de G-standaard en dan wellicht dit ook buiten de oncologie te gebruiken.