

EENDRACHT GEWENST

Elektronisch patiëntendossier behoeft eensgezinde ondersteuning

Het elektronisch patiëntendossier zit in een impasse. De beveiliging van de computerprogramma's is een heikel punt, een probleem dat vooral met geld te maken heeft. Overheid, huisartsen en leveranciers moeten één front vormen om de implementatie te voltooien.



BEELD: PHOTOS.COM

RUUD GEBEL

De invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) loopt niet volgens planning, het optimisme van minister Hoogervorst ten spijt.¹ De meeste leveranciers van huisartsinformatiesystemen (HIS'sen) nemen nog niet deel aan de zogeheten *proof of concept*, zeg maar de proeftuin van het EPD. Als voornaamste reden geven de softwareleveranciers aan dat zij onvoldoende tijd hebben om de gestelde eisen in hun systemen te programmeren. Wel heeft een aantal leveranciers inmiddels de eerste testfase afgerond.

BEVEILIGINGSEISEN

Er speelt echter meer. De meeste leveranciers hebben fors geïnvesteerd in onderzoeksinformatiesysteem OZIS, een eenvoudige communicatiestandaard. Deze investering is nog niet terugverdiend. Bijna alle apotheken en in sommige regio's ook de huisartsen communice-

ren met elkaar via OZIS. OZIS geeft de gebruiker inzicht in relevante gegevens van de patiënt. Dat is waar de gebruiker behoefte aan heeft. Het grootste nadeel van OZIS is dat het niet voldoet aan de strenge beveiligingseisen die aan de informatiesystemen worden gesteld. Daarmee is overigens niet gezegd dat OZIS onveilig is.

VERWATERD SYSTEEM

Leveranciers staan niet te popelen om versneld te investeren in nieuwe ontwikkelingen rond het EPD. Dat heeft onder andere te maken met enkele weeffouten in het vergoedingensysteem.

Tot ongeveer tien jaar geleden kreeg de huisarts uitsluitend een automatiseringsvergoeding (van omgerekend zo'n € 3,70 per ingeschreven patiënt) als hij een systeem gebruikte dat voldeed aan de zogeheten WCIA-eisen. De WCIA was een werkgroep van NHG en LHV die elke vijf jaar een referentiemodel uitbracht. Dat is een pakket met functionele eisen waaraan een HIS moet vol-

doen. De gebruikersvereniging zorgde ervoor dat de leverancier voldeed aan de WCIA-eisen. De huisarts moest aan de preferente zorgverzekeraar een nota overleggen van de HIS-leverancier om aan te tonen dat hij een WCIA-goed-

Huisartsen wisselen eerder van partner dan van HIS

gekeurd systeem gebruikte. In toenemende mate verwaterde dit systeem, onder meer omdat er geen sancties stonden op het niet naleven ervan. Uiteindelijk heeft dat ertoe geleid dat het toetsen van de HIS'en aan het WCIA-keurmerk is verdwenen. Daarmee verloren de huisartsen een belangrijk

SAMENVATTING

instrument om eisen te stellen aan de leverancier. Inmiddels is er wel een HIS-Referentiemodel 2005 verschenen, maar HIS'en hoeven niet te voldoen aan de normen van dit model.²

Met het nieuwe financieringssysteem voor de huisarts is de aparte automatiseringsvergoeding verdwenen. Het is niet langer duidelijk hoeveel geld de huisarts beschikbaar heeft voor automatisering. Daarom zijn huisartsen niet bereid veel te investeren in automatisering. Immers, elke euro automatiseringskosten gaat van het inkomen af omdat er geen duidelijke knip zit tussen praktijkkosten en inkomsten. Zo lang er overigens sprake is van opgelegde maximumtarieven, is deze knip wel noodzakelijk. Als de maximumtarieven verdwijnen, kan de huisarts in zekere mate zelf bepalen welke kosten hij maakt en hoe hij deze in de tarieven verwerkt.

Sinds de implementatie van het elektronisch patiëntendossier in koplopertrajecten, heeft de overheid door het formuleren van eisen de markt (lees: leveranciers) een bepaald model opgelegd. Er is voor de leveranciers echter weinig noodzaak dat ook te volgen. De wetgeving daarvoor ontbreekt nog en gebruikers en leveranciers stellen hun prioriteiten nog op onderhoudspunten die al langer op het programma staan. Wegens alle rompslomp die dit met zich meebrengt gaan gebruikers ook weer niet zover om een andere leverancier te kiezen. Schertsend wordt wel gezegd dat huisartsen eerder van partner dan van HIS wisselen.

URGENTIE

Om uit deze impasse te geraken, moeten drie zaken worden aangepast. Ten eerste moet er sprake zijn van een co-productie. Overheid, gebruikers en leveranciers dienen gezamenlijk te bepalen wat er moet gebeuren om de landelijke infrastructuur op orde te krijgen, hoe dat moet worden gerealiseerd en wie de kosten daarvan gaat dragen.

Ten tweede moeten huisartsen en andere zorgaanbieders met een soortgelijke tariefstructuur een geormerkte automatiseringsvergoeding krijgen als ze kunnen aantonen dat zij beschikken over een informatiesysteem dat aan alle eisen voldoet. Dat zorgt voor de ook door de minister gewenste *client empowerment*. Ten slotte moet de wet op het EPD zo snel mogelijk door beide Kamers worden geloodst. In ieder geval moet er

- *Het koploperproject Waarneem-dossier huisartsen en het elektronisch medicatiedossier hebben ernstige vertraging opgelopen.*
- *Daaraan liggen meerdere oorzaken ten grondslag:*
 - *systeemleveranciers hebben veel geïnvesteerd in een andere communicatiestandaard en zijn daarom niet geneigd te veranderen;*
 - *huisartsen hebben niet meer de beschikking over een geormerkte automatiseringsvergoeding waardoor elke investering in ICT een aanslag op het inkomen is (of lijkt);*
 - *huisartsen hebben in de meeste gevallen te weinig zeggenschap over de ontwikkeling van het automatiseringssysteem;*
 - *de overheid heeft eenzijdig een systeemmodel opgelegd in plaats van uit te gaan van consensus.*
- *Deze problemen moeten worden opgelost om tot snelle invoering van het EPD te komen. Wetgeving zal daaraan bijdragen.*

snel duidelijkheid komen over de strekking en invoeringsdatum van de wet, zodat alle partijen weer een gevoel van urgentie krijgen.

Eén ding moeten we scherp op het netvlies houden: de reden om het EPD in te voeren is niet het EPD zelf, maar de te verwachten verbetering van de kwaliteit van de zorg. Alle inspanningen moeten daarop zijn gericht. ■

drs. R.S. Gebel,
huisarts

Correspondentieadres: rgebel@reoszorg.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referenties

1. Brief minister Hoogervorst van VWS aan de Tweede Kamer 'Voortgang ICT in de zorg', 23 mei 2006, kenmerk MEVA/ICT-2686739.
2. NHG: HIS-referentiemodel versie 2, 2005.

Meer MC-artikelen over het elektronisch patiëntendossier vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.

VELDWERK

Fidel Castro



Begin september zag ik een tv-reportage over Fidel Castro. Die reportage wilde

laten zien hoe goed de grote leider was hersteld na de grote buikoperatie die hij twee maanden daarvoor had ondergaan. Je zag Castro verwickeld in een geanimeerd gesprek met de Venezolaanse president Hugo Chavez, een van zijn weinig overgebleven vrienden. Het ging over koetjes en kalfjes en daarbij werd overdreven veel gelachen. Toen de reportage was afgelopen, zei mijn intuïtie dat er iets niet pluis was. De huisarts in mij zei me dat ik had zitten kijken naar een man wiens laatste ronde is ingegaan. Met dertig jaar ervaring in het begeleiden van terminale patiënten laat ik me niet zomaar om de tuin leiden.

Tijdens de reportage was het me niet ontgaan dat Castro toen hij opstond uit zijn stoel even steun moest zoeken met een hand op tafel. En dat daarbij de atrofie van de muscoli interossei duidelijk zichtbaar werd. Dat hij geen zin kon spreken zonder daarin even adem te halen. Dat hij in niets de kracht uitstraalde van de man die hij eens was geweest. En tot slot het ominieuze contextuele gegeven dat Castro ontzettend mager was voor een man die twee maanden daarvoor zogenaamd succesvol was geopereerd.

Ik kan me natuurlijk vergissen. Een patiënt beoordelen vanaf de televisie vanuit één camerastandpunt is iets anders dan een onderzoek in de spreekkamer. Maar het zou me niet verbazen als binnenkort wereldkundig wordt gemaakt dat het overlijden van Fidel Castro, de held van mijn studententijd, op handen is.

Maarten Cox

de huisarts