

# Van essentie naar perfectie



Het elektronisch medicatiedossier en het waarneemdossier huisartsen vormen het eerste onderdeel van het landelijk elektronisch patiëntendossier. Door de vertraagde invoering en de beperkte functionaliteit hebben veel regio's een regionaal dossier ontwikkeld, aansluitend op de landelijke richtlijnen.

Tekst | Nathalie Hugenholtz, Ellen Roelofs en Timo Schrama

**D**e afgelopen jaren is de aandacht voor de veiligheid van patiënten toegenomen. Diverse onderzoeken en initiatieven op nationaal en internationaal niveau wijzen op de noodzaak de patiëntveiligheid in de gezondheidszorg te verbeteren en het risico op medische fouten terug te dringen. Met name de onveiligheid rondom de medicatievoorziening staat in de belangstelling. Voorbeelden zijn de verstrekking van niet op elkaar afgestemde geneesmiddelen door meerdere artsen of verschillende apotheken en problemen met het stellen van een correcte diagnose door waarnemend huisartsen.

Beperkte informatievoorziening is de belangrijkste veroorzaker van medicatie-

fouten; met name gebrek aan informatie over de patiënt, gebrek aan kennis over de geneesmiddelenwerking, overschrijffouten en fouten in de controle van de patiëntidentiteit leiden tot problemen. Automatisering van het medicatievoorzieningsproces kan de oorzaken van medicatiefouten deels wegnemen [1-4]. De invoering van het elektronisch medicatiedossier (EMD) moet dan ook een belangrijke bijdrage leveren aan de verhoging van de patiëntveiligheid.

Vanuit de overheid is het uiteindelijke doel een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) te realiseren. Dit bevat niet alleen gegevens over medicatiegebruik, maar alle relevante medische gegevens van een patiënt. Om de invoering van het EPD te kunnen bewerkstelligen, is in 2002 het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) opgericht.

## Verkeerstoren

Om gebruik te kunnen maken van de onderdelen van het EPD moeten de informatiesystemen van zorgaanbieders kunnen communiceren via het Landelijk Schakel Punt (LSP) [5, 6]. Het LSP werkt als een verkeerstoren die voor zorgverleners inzage regelt in relevante patiëntinformatie uit informatiesystemen van andere zorgverleners. Via het LSP moeten zorgverleners

veilig, betrouwbaar en snel actuele informatie kunnen opvragen uit de aangesloten informatiesystemen van apotheken, huisartsen en ziekenhuizen.

De doelstelling van de eerste invoeringsfase van het landelijke EMD is het opvragen van medicatieverstrekkingen bij de 'verstrekkende systemen' van openbare apotheken. De eerste figuur geeft een schematische weergave van het beoogde berichtenverkeer tussen voorschrijvers en verstrekkers uit de eerste en de tweede lijn. Al deze zorgaanbieders vragen via de verwijzindex van het LSP of andere aanbieders zorg aan de patiënt hebben verstrekt. Wanneer dit het geval is, wordt bij die zorgaanbieders een aanmelding van verstrekking opgehaald. Met deze informatie wordt een medicatiehistorie samengesteld, met daarin de in het verleden verstrekte geneesmiddelen. De figuur laat ook zien hoe medicatieopdrachten kunnen verlopen, vergezeld door medicatiebewakingberichten. Dit is een van de elementen van de vervolgaanpak na invoering van het EMD.

Latere versies van het EMD – overkoepelend EMD Plus genoemd – bevatten meer informatie, zoals reden van voorschrijven en geneesmiddelallergieën. Bij EMD Plus zijn twee projectlijnen onderkend: het EMD-project *Allergieën* en het EMD-project *Contra-indicaties*. Sinds het voorjaar 2008 is de

## Sleutelbegrippen

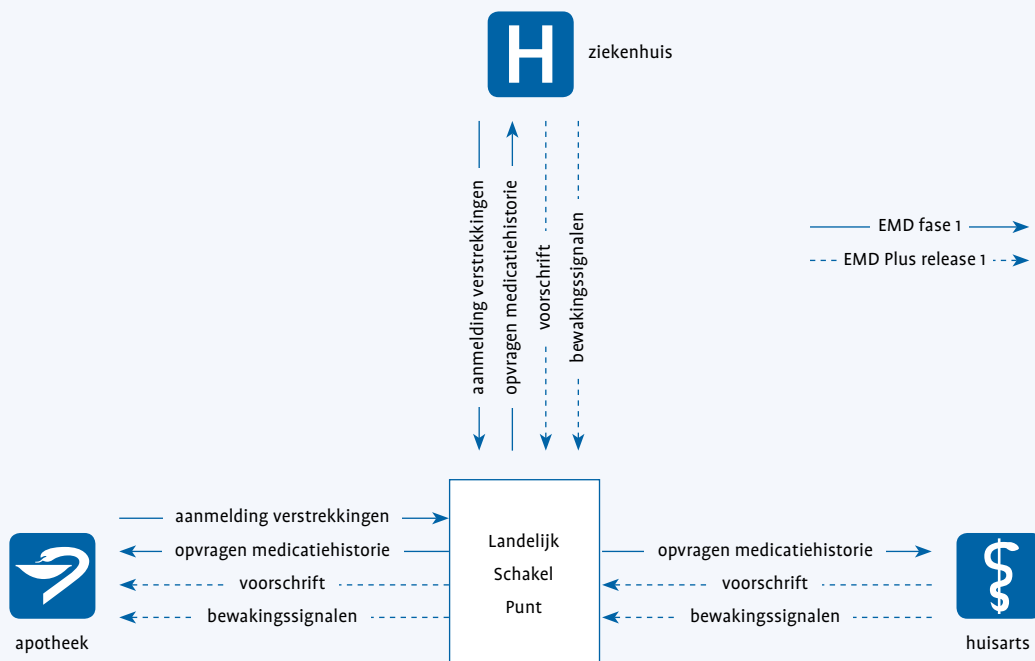
**BSN:** Burger Service Nummer. Een uniek identificatienummer van een patiënt, cijfermatig gelijk aan het huidige sofi-nummer.

**LSP:** Landelijk Schakel Punt, het hart van de ICT-basisinfrastructuur voor de zorg.

**Nictiz:** Nationaal Instituut voor ICT in de Zorg.

**UZI:** Unieke Zorgverleners Identificatie.

## Het Landelijk Schakel Punt werkt als een verkeerstoren



Schematische weergave van het beoogde berichtenverkeer tussen ziekenhuis, huisarts en openbare apotheek via het Landelijk Schakel Punt (LSP) [6]. Deze zorgaanbieders vragen via de verwijzindex van het LSP of andere aanbieders zorg aan de patiënt hebben verstrekt.

## Ook kritische geluiden over het EPD van Ernst & Young en KNMP

Het accountantsbureau Ernst & Young concludeert in zijn rapport (uit 2007) over de haalbaarheid van de invoering van het EPD in 2009:

- welke informatie in het EMD wordt opgenomen is nog niet volledig duidelijk;
- het percentage aan zorgverleners die antwoorden dat het EMD in hun regio is geïmplementeerd, is minimaal (zelfs in de koploperregio's);
- minder huisartsen en specialisten weten in vergelijking met 2005 op welke manier men in de regio bezig is met het EMD.

Veel regio's wisselen al medische gegevens uit, zodat er geen directe noodzaak is tot aansluiting bij de landelijke ontwikkeling. In

de pilotregio Rijnmond hebben drie ziekenhuizen besloten niet langer te wachten op het landelijk EPD. Zij zijn een eigen regionaal EPD begonnen. De ziekenhuizen namen dit besluit omdat zij concludeerden dat de invoering van het EMD forse vertraging opliep.

[www.ey.nl]

De KNMP doet in haar brief van april 2008 aan de Tweede Kamer aanbevelingen:

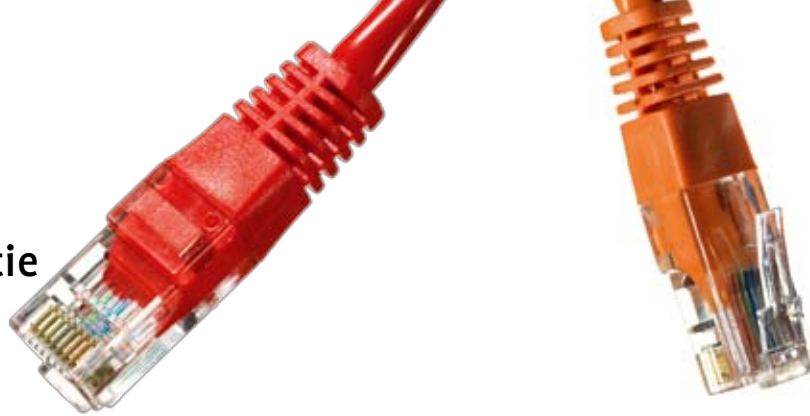
- Versterk en stimuleer de regionale infrastructuur voor gegevensuitwisseling. Dit borgt de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit en de betrouwbaarheid van het medicatiedossier. Landelijke voorzieningen,

zoals het burgerservicenummer, kunnen daarbij al in de regio's worden uitgerold. Investerings in de regio's werken door in het landelijk EMD en de regio's vormen een springplank naar landelijke uitwisseling. Koester de cultuur van informatieuitwisseling in de sector.

- Voer de landelijke uitrol uit via regionale structuren. Begin pas met een landelijke uitrol wanneer genoeg ervaring met voldoende zorgaanbieders is opgedaan in de EMD-pilot.

[www.knmp.nl/knmp-vandaag/politiek/brieven-knmp/knmp-brief-aan-tweede-kamer-inzake-epd-en-ao-ict-in-de-zorg-9-april/]

## Van essentie naar perfectie



- > mogelijkheid van elektronisch voorschrijven met een rechtsgeldige digitale handtekening in voorbereiding.

### AORTA

In 2001 zei toenmalig minister van VWS Els Borst dat het volledige EPD in 2004 klaar zou zijn. In 2003 is gewerkt aan de realisatie van regionale medicatiedossiers op basis van bestaande standaarden en in 2004 heeft het Nictiz de landelijke infrastructuur AORTA ontwikkeld. In 2004 zijn ook drie versnellingsprojecten opgestart in de regio's Nijmegen, Amsterdam en Rijnmond, om ervaring op te doen met de organisatorische consequenties van het EMD. Vanaf 1 januari 2006 zouden het landelijk EMD en het waarneemdossier huisartsen (WDH) ingevoerd worden. Dit is echter niet gelukt.

Uit de pilots in Amsterdam en Rijnmond is gebleken dat er nog enige spanning is tussen enerzijds de maatregelen die een veilige uitwisseling en privacy moeten waarborgen en anderzijds de praktische werkbaarheid van die maatregelen. Pas recent is de wet voor het gebruik van het burgerser-

vicenummer in de zorg door de Eerste Kamer aangenomen: een voorwaarde voor landelijke uitrol van het EMD.

In het regeerakkoord is afgesproken dat de landelijke invoering van het EPD september 2008 zal starten en dat in 2010 volledig landelijke aansluiting gerealiseerd is [7]. Mede doordat momenteel slechts 18 apotheken zijn aangesloten op het LSP, komen er steeds meer kritische geluiden over de haalbaarheid hiervan (zie kader) [8].

### Regionale aanpak

Naast de problemen met betrekking tot de technische haalbaarheid van het EMD als onderdeel van het EPD en de daarmee gepaarde vertraagde invoering, is discussie ontstaan over de gekozen aanpak. In Nederland is de gezondheidszorg voor ruim 90% lokaal georganiseerd. In veruit de meeste gevallen is gegevensuitwisseling tussen zorgverleners daarom ook een regionale aangelegenheid [zoals de clusters van het regionale Open Zorg Informatie Systeem (OZIS), maar ook de huisartsenposten met aangesloten lokale huisartsen]. Om deze reden starten veel regio's initiatie-

### Beoogde effecten EMD

- Verbetering patiëntveiligheid en medicatieveiligheid
- Vermindering voorschrijffouten (EMD Plus)
- Elektronisch voorschrijven in plaats van handmatig (EMD Plus)
- Snellere verwerking van recepten door de apotheek

ven om een regionaal EPD te realiseren.

In de regionale aanpak werken zorgaanbieders aan de ontwikkeling van een zorgbasisinfrastructuur (en bijbehorende functionaliteit, waaronder het EMD en het WDH) in lijn met de landelijke richtlijnen; het zogenaamde co-existentiemodel. Daarbij is het uitgangspunt dat wanneer het landelijk EPD beschikbaar is, de regionale systemen daaraan gekoppeld kunnen worden. Tegelijkertijd blijven deze systemen ook gekoppeld aan het regionale platform, waardoor regionale uitwisseling van gegevens mogelijk is en blijft.

Aan regionale samenwerking zijn veel voordelen verbonden. Ten eerste is de 'bestuurlijke drukte' in regionale settings te overzien en is er vaak al sprake van goede samenwerking. Dit heeft sterke invloed op de snelheid waarmee ontwikkelingen gerealiseerd worden. Daarnaast is de vertrouwensband tussen samenwerkende zorgaanbieders vaak relatief sterk, waardoor afspraken over de privacy van zorgaanbieders en over autorisatie eenvoudiger te maken zijn. Een ander belangrijk voordeel is dat een regionale aanpak ertoe leidt dat baten eerder te halen zijn.

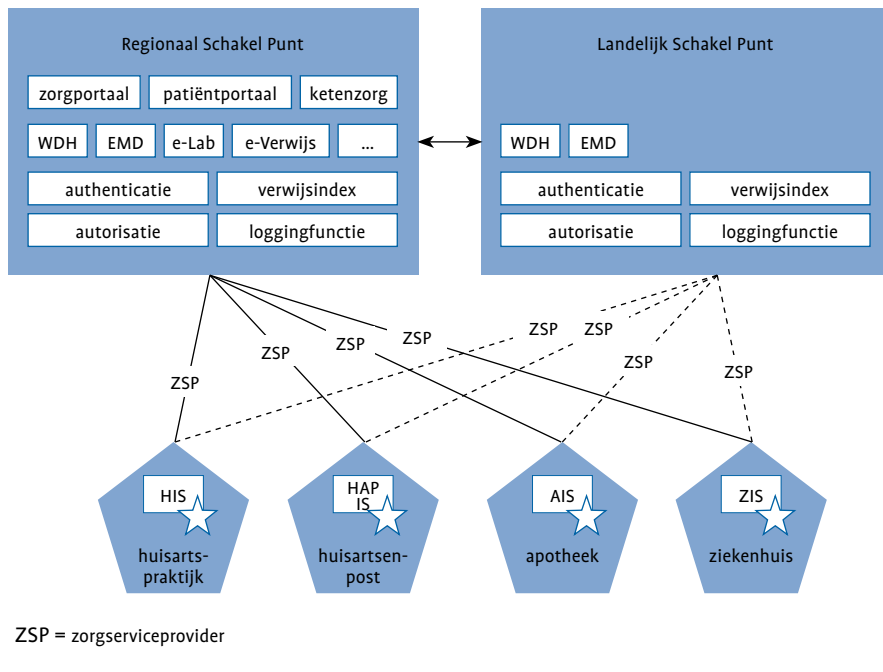
Tevens spelen de ambities van regionale zorgpartijen om zaken regionaal te ontwikkelen en te realiseren een rol. Het landelijk EMD richt zich op dit moment alleen op inzage in de voorgeschreven medicatie. Dit is voor veel regionale OZIS-clusters al langer mogelijk, waardoor de toegevoegde waarde van landelijke invoering niet altijd

### Angst voor een 'kijkje in de keuken'

Veel praktijkvoorbeelden van invoering van het EMD tonen dat een volledig en transmurale elektronisch medicatiedossier een langdurig en uitdagend proces is.

Ten eerste blijkt dat in de praktijk lang niet alle betrokken partijen het EMD als een prioriteit ervaren. De apotheken hebben afgelopen decennia veel geïnvesteerd om hun ICT op orde te krijgen en communiceren voornamelijk via OZIS met elkaar. Met name de eerste fase van het EMD kent weinig functionele toevoegingen voor de al aangesloten zorgaanbieders. Daarnaast geeft men met het openstellen van de informatiesystemen voor andere zorgpartijen natuurlijk een 'kijkje in eigen keuken'. Dit ligt gevoelig, mede door toenemende concurrentie tussen zorgpartijen en vanwege privacy van patiëntgegevens en vragen over aansprakelijkheid. Naast deze 'obstakels' speelt de ICT-industrie ook een belangrijke rol. De medische wereld kent een palet aan aanbieders van zorginformatiesystemen. Aanpassingen en wijzigingen in functionaliteiten zullen in samenwerking met de ICT-industrie ontwikkeld moeten worden. Onduidelijkheden die (nog steeds) bestaan over landelijke versus regionale ontwikkelingen en de mogelijkheden van een koppeling van een Regionaal Schakel Punt naar een Landelijk Schakel Punt zorgen er echter voor dat sommige ICT-leveranciers zich in een impasse bevinden. De vele afhankelijkheden en de veelvoud aan partijen maken de ontwikkeling van een transmurale EMD een proces met veel uitdaging.

## Koppeling van systemen met het co-existentiemodel



Uitgangspunt bij het zogenaamde co-existentiemodel (Squarewise, 2008) is dat wanneer het landelijk Elektronisch Patiënten Dossier beschikbaar is, de regionale systemen daaraan gekoppeld kunnen worden.

evident is. Regionale partijen hebben bovendien veelal de ambitie meer functionaliteit dan alleen het historisch medicatieoverzicht te realiseren. Zo wordt in een regio op dit moment gewerkt aan de ontwikkeling van een ‘actief medicatieprofiel’, waarin naast een actueel overzicht van de medicatie ruimte is voor zaken als voorschrijfreden en mutatie- of stopreden. Ook in andere regio’s worden regionale EMD’s ontwikkeld, gebaseerd op de standaarden maar met uitgebreidere functionaliteit.

Het streven is landelijke standaarden te adopteren – zodat regio’s ook met elkaar kunnen blijven communiceren – én ervoor te zorgen dat het voor de ICT-industrie geen onmogelijke opgave is allerlei verschillende ‘regionale standaarden’ te ondersteunen. Hiertoe worden momenteel referentiearchitecturen ontworpen, zoals in de regio Twente/Oost-Achterhoek. Voor de regio Haaglanden is in mei 2008 een rapport

verschenen over de referentiearchitectuur, gebaseerd op dezelfde principes [9]. Ook de Westelijke Mijnstreek hanteert dit rapport inmiddels.

### Co-existentie

Voor veel zorgpartijen leeft de vraag hoe nu om te gaan met het EMD. Een veelgebruikte benadering is de co-existente benadering. In dit scenario worden regionale functionaliteit en diensten ontwikkeld en ingezet die, zodra het mogelijk is, kunnen aansluiten op de landelijke initiatieven. Hierdoor is migratie mogelijk van de huidige OZIS-omgevingen naar een regionaal schakelpunt waarlangs OZIS-gebruikers en niet-OZIS-gebruikers met elkaar kunnen communiceren.

Zo kan ook snellere en uitgebreidere functionaliteit worden ontwikkeld, zoals de uitwisseling van laboratoriumuitslagen, verstrekte medicatie, voorschrijfredenen, ontslagmedicatie enzovoort. Kortom, een

regionale aanpak waarmee vanuit de essentie (zorgen dat patiëntinformatie zo snel mogelijk goed wordt uitgewisseld) wordt gestreefd naar de perfectie (landelijk iedereen toegang tot alle relevante gegevens, mits geautoriseerd).

De vraag is tot slot hoe de politieke ontwikkelingen zullen zijn. Tot nu toe is landelijke invoering de prioriteit geweest. Maar onder druk van de koepels, het zorgveld en regionale initiatieven wordt steeds vaker regionaal gewerkt.

Nathalie Hugenholtz, Ellen Roelofs en Timo Schrama zijn werkzaam als adviseur bij Squarewise, organisatieadviesbureau voor kennis- en innovatiemanagement. Squarewise is betrokken bij regionale projecten rondom de invoering van het EPD.

Zie voor de literatuurreferenties de digitale versie van dit artikel op pw.nl.