LHV position paper expertmeeting elektronisch patiëntendossier (EPD) op 9 december 2009

Honderd procent van de huisartsen maakt gebruik van het elektronische patiëntendossier. De afgelopen tien jaar hebben huisartsen en huisartsenposten de ontsluiting van noodzakelijke informatie tot speerpunt gemaakt en sterk verbeterd. Daardoor is een essentiële bijdrage geleverd aan samenhang in de zorgverlening. De snelheid waarmee het veld dit proces van elektronische communicatie tot stand bracht onderstreept het sterke commitment van de beroepsgroep. De wens bestaat te komen tot een volgende stap: een verbeterde en meer gestandaardiseerde elektronische communicatie tussen zorgprofessionals, zonder verlies van gebruiksgemak en informatie.

De *landelijke* aanpak van het EPD-plan wordt niet gesteund door een groot deel van onze achterban. De huisarts werkt regionaal, hetgeen op gespannen voet staat met de landelijke insteek. Bovendien zijn er technische en organisatorische problemen. De grote kans op haperingen bij een centraal geleide, snelle invoer van 'het EPD' zal de zorgverlening schaden.

Onderstaand geven wij onze kijk op een aantal kernpunten met betrekking tot het EPD:

- *Huisartsen zouden geholpen zijn bij meer uniforme en gestandaardiseerde procedures en normen.* Zij communiceren nu via diverse netwerken en met diverse ziekenhuizen. De huidige opzet van het EPD-plan creëert procedures en normen via een grote omweg en schept daarbij nieuwe onopgeloste juridische complicaties, onzekerheden en niet-zorg eigen normen[8]. LHV en NHG hebben mede om die reden hun standpunt EPD opgesteld[9].
- *De infrastructuur dient door de overheid beschikbaar te worden gesteld[10]. Maar het specifiek bij wet omschrijven welke gegevens dienen te worden ontsloten en tussen zorgverleners uitgewisseld, dient buiten beschouwing te blijven.* De meerwaarde van een landelijk EPD ligt (louter) in een veilige en betrouwbare infrastructuur waar de professional voor het transport van medische gegevens gebruik van kan maken.
- *Het EPD-project is in zijn huidige vorm door zijn omvang onbeheersbaar en onrealiseerbaar.* Door de combinatie van politieke, organisatorische en technische factoren en omdat er geen balans is tussen ambitie, beschikbare mensen, middelen en tijd, mislukken veel ICT projecten bij de overheid[11].
- *Het vasthouden aan een snelle, grootschalige invoering is onrealistisch; het zorgveld zal zich hieraan vertillen en kinderziektes zullen door te veel haast 'show stoppers' blijken te zijn.* De ruim een jaar geleden afgesloten WDH-pilot in Twente bracht problemen aan het licht. Het is voorzienbaar dat een veelheid aan op te lossen technische en logistieke zaken zal blijken bij uitbreiding over de tien huisartsen(post)systemen.
- *Een bottom-up aanpak is noodzakelijk.* Daarin wordt samen met het veld stapsgewijs voortgebouwd op bestaande communicatiesystemen. Zo wordt draagvlak gegenereerd en ervaring opgedaan op technisch en organisatorisch gebied. Al doende kan worden opgeschaald.
- *Het landelijk EPD werkt budgettair als een koekoeksjong: de financiering van regionale initiatieven, lijkt door landelijke EPD wens te worden gehinderd.* De huisartsen in Nederland beschikken over goede informatiesystemen. Ongeveer 50% van de patiëntdossiers is beschikbaar op de huisartsenpost en veel huisartsen wisselen patiëntgegevens uit met regionale ziekenhuizen en laboratoria. Dergelijke lokale initiatieven zijn de motor achter de ICT ontwikkeling in de zorgsector.
- *Het EPD model gaat ten onrechte uit van volledige pull gegevensverstrekking en verontachtzaamt de push-functie.* Losse gegevens zeggen niets. Informatie moet worden georganiseerd, geïnterpreteerd en in context worden gezien. Dat is de taak van de huisarts. Zo worden

[8] Zie positionpaper KNMG

[9] NHG/LHV-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD) en Gegevensbeheer en gegevensuitwisseling

[10] In Denemarken bestaat dit systeem voor acute zorg.

[11] Rapporten Algemene Rekenkamer 2008, deel A 29 november 2007 en Deel B 1 juli 2008

patiëntgegevens zinvol verstrekt aan andere zorgverleners (push). Dat betreft 90% van de informatieverstrekking. Alleen voor bijvoorbeeld acute vragen worden gegevens opgevraagd (pull). Dat betreft de resterende 10%.

- *De toegang van de patiënt tot zijn elektronische dossier dient de relatie met zijn huisarts niet te problematiseren maar juist te versterken.* Toegang van de patiënt tot het dossier is een in de WGBO vastgelegd recht. Het aan de patiënt verschaffen van 'platte inzage' in een dossier bestemd voor professionals, doet geen recht aan de functie van de dossierplicht noch aan het inzagerecht zoals in de WGBO destijds zorgvuldig gecodificeerd.

- *Als directe voordelen van het landelijk EPD er niet zijn, of als de eisen aan gebruik meerdere drempels kent en praktisch problematisch blijkt, zullen zorgverleners het systeem in de dagelijkse praktijk links laten liggen.* Implementatie dient daarom gelijk op te gaan met het kunnen waarmaken van de voordelen. De termijn waarop zaken gerealiseerd kunnen worden is afhankelijk van de voordelen die er zijn voor de inhoudelijke patiëntenzorg en voor de zorgverleners.

Onze belangrijkste aanbevelingen zijn:

- Beperk de focus in de eerste fase tot: WDH, EMD en eventueel e-spoed, alsmede tot de realisatie van een veilige en betrouwbare communicatiestructuur – het LSP - voor de uitwisseling van patiëntgegevens. Ook dan blijven de Nederlandse huisartsen koploper op ICT gebied.
- Sluit aan bij wat er op ICT-gebied al is gerealiseerd op diverse plaatsen in het land en bouw daarop voort. Alloceer de investeringen vooral rondom de regionale initiatieven.
- Maak juridische onzekerheden en risico's ongedaan, alvorens in te gaan voeren, teneinde weerstand en stagnatie te voorkomen.
- Zorg alsnog voor een doordacht implementatieplan en een implementatieorganisatie. Heb oog voor de financiële en organisatorische consequenties, een scherpe toets van het (vertrouwens)model, juiste fasering en de te gebruiken techniek.

Zo wordt het proces beheersbaar, het begrip bij het publiek groot en groeit het draagvlak bij zorgverlener én patiënt navenant. Ook bij deze beperkte ambitie zal het twee tot drie jaar duren voordat een substantieel deel van de zorgverleners in staat is op vrijwillige basis te implementeren. Pas dan komt er eventueel een moment voor verplichting tot aansluiting.