

# Elektronisch patiëntendossier steeds dichterbij

Als het aan minister Klink ligt, werken alle huisartsen in 2009 met het elektronisch patiëntendossier. Het EPD wordt al enkele maanden uitvoerig getest en de deelnemers aan de pilots verwachten binnenkort eindelijk het succes te proeven. Toch moet er nog veel gebeuren stelt pilot-arts Joris van Grafhorst: "Voor 1 november moeten bestaande technische mankementen zijn opgelost, anders stopt onze deelname aan de pilot."

[Door Daan Marselis | Illustratie Rik Verharen]

**N**u de invoering van het elektronisch patiëntendossier zich in de tweede (pilot) fase bevindt, rept de minister in zijn voortgangsrapportage van begin september al van het glorieuze 'go/tenzij-moment'. Dat is het moment waarop Klink de derde fase, de 'landelijke uitrol' van het elektronisch patiëntendossier kan aankondigen. Liefst doet hij dat nog voor 2008, zodat artsen in de eerste lijn al in 2009 landelijk hun gegevens kunnen uitwisselen, zonder dat daar één postzegel aan te pas komt.

Voor het zover is, zijn er nog heel wat hobbels te nemen. Dat blijkt bijvoorbeeld tijdens de pilot met het Waarneem Dossier voor Huisartsen, dat in koploperregio Twente en het oosten van de Achterhoek getest wordt.

De start van die pilot – de eerste die in Nederland van start ging – liep verre van vlekkeloos, onder andere vanwege problemen met het unieke zorgverlener identificatiesysteem (UZI). Dat werkt met een persoonlijke pas, die een waarnemend huisarts nodig heeft om in te kunnen loggen op het dossier van een externe patiënt.

Huisarts Joris van Grafhorst uit Haaksbergen maakt deel uit van de groep van twintig waarnemers, zes praktijken en de assistentes van de huisartsenpost, die sinds eind maart aan de pilot deelnemen. Zij testen de toegang tot het landelijk schakelpunt (LSP), dat een centrale functie inneemt in de plannen voor de elektronische dossiers. Via dit schakelpunt vragen artsen informatie op en versturen zij waarneemrapportages.

De Twentse artsen die met hun UZI-pas inlogden op het landelijke schakelpunt, werden continu uit

het systeem gegooid. Het mankement werd begin september opgelost. Het probleem werd volgens de voortgangsbrief van de minister veroorzaakt doordat communicatie tussen het schakelpunt en de computer van de arts niet correct beëindigd werd bij het afsluiten van Microsoft Internet Explorer. Van Grafhorst meent dat de overheid niet adequaat reageerde, toen de deelnemers aan de pilot melding maakten van het probleem. Daardoor kon het euvel lang voortbestaan. De Twentse artsen moesten zelfs dreigen te stoppen met de pilot, waarna in mei een 'open en eerlijk' gesprek met het ministerie en NICTIZ volgde.

Van Grafhorst vindt dat er nog wel steeds enkele basale technische problemen zijn: "Voor 1 november moeten deze technische mankementen zijn opgelost, anders stopt onze deelname aan de pilot alsnog."

Toch is Van Grafhorst steeds meer tevreden over het contact met beide partijen. "Aanvankelijk leek het of de techniek de overhand zou krijgen bij het elektronisch dossier, maar sinds mei dit jaar luisteren NICTIZ en het ministerie goed naar onze kritiek. Daardoor wordt nu bijvoorbeeld maar één UZI-pas per arts uitgegeven, waar ze eerst per werkplek werden toebedeeld. Een hele verbetering, anders zul je zien dat je op de huisartsenpost en tijdens visites de verkeerde pas bij je hebt, die je op die locatie niet kunt gebruiken."

Nu de UZI-pas in Twente goed functioneert, wil Van Grafhorst aan het verleden niet meer te veel woorden vuil maken. Liever wijst hij op twee andere obstakels. Ten eerste het feit dat patiëntgegevens in het HIS moeten worden omgezet naar de ADEMD-norm (adequate dossiervorming met

**'Betrouwbare techniek leidt niet altijd tot een zinvol dossier'**

het elektronisch medisch dossier). Ook het nog niet functionerende burgerservicenummer (BSN) vraagt nog aandacht.

“Vóór de pilot met het landelijk schakelpunt werken we in Twente al twee jaar met de eerstelijns server”, zegt Van Grafhorst. Op deze regionale server zijn driehonderd praktijken en vijf huisartsenposten aangesloten. Uit onderzoek van IZIT (een organisatie van zorgaanbieders die innovatie met behulp van ICT bevordert) en het Telematica Instituut van begin oktober blijkt dat meer dan 90 procent van de dossiers inmiddels bevragebaar is via het regionale systeem en dat bij 70 procent van de consulten op de huisartsenpost de ‘professionele samenvatting’ ook daadwerkelijk wordt opgevraagd. Toch leidt betrouwbare techniek niet altijd tot een zinvol dossier.

Van Grafhorst: “Nu blijkt dat wát we zien niet altijd

volledig is: de ene huisarts werkt namelijk meer conform de afspraken dan de andere.”

Zo zijn lang niet alle patiëntgegevens verwerkt volgens de nieuwe NHG-norm voor gegevensverwerking in digitale patiëntendossiers. Deze ADEMD-norm laat gebruikers data ordenen op episoderegels, waardoor het dossier voor iedereen overzichtelijk is. De meeste dossiers zijn nog steeds opgesteld volgens de oude norm.

Van Grafhorst: “Deze nieuwe richtlijn is compleet anders dan de oude standaard. In oude dossiers zie je een brij van gegevens waar alleen de arts die de gegevens heeft ingevoerd, wijs uit kan worden. Doordat ADEMD de data ordent op episoderegels, is voor iedereen duidelijk welke opmerking bij welk consult hoort. De meerwaarde van het nieuwe notatiesysteem is evident.”

Van Grafhorst heeft zijn dossiers inmiddels →



volledig volgens de nieuwe eisen opgemaakt en zegt dat het twintig minuten per patiënt kost om de gegevens om te zetten naar de nieuwe norm. Dat is inclusief het omzetten van oude papieren dossiers en de specialistenbrieven. De gemiddelde huisartsenpraktijk kost het dus achthonderd uur om de dossiers op orde te maken. Uren die vooral voor rekening komen van de arts. "Want die is de enige die kan bepalen welke informatie voor collega's van belang is", aldus Van Grafhorst.

De observatie van de Haaksbergse huisarts wordt onderschreven door het IZIT-onderzoek. Bijna 45 procent van de artsen dat daaraan deelnam, erkent dat het naleven van de ADEMD-norm van groot belang is voor het functioneren van het waarneemdossier huisartsen. Toch denken velen van hen dat collega's de norm niet goed naleven, terwijl de meerderheid meent de dossiers zelf wel op orde te hebben.

De onderzoekers pleiten dan ook voor 'communities of practice', waarin artsen onderling afspraken maken over hoe dossiers op te stellen en hoe de terugrapportage van waarneming dient te gebeuren. Deze wordt namelijk óf automatisch in het HIS opgenomen, óf via e-mail ontvangen en handmatig in het HIS geplaatst. Volgens Van Grafhorst duurt dit maximaal tien seconden, maar het dagelijks bijhouden van de waarneemretourberichten kost volgens hem iets meer tijd.

De opstellers van het IZIT-rapport wijzen erop dat 'succes een kwestie van de lange adem is', omdat het omzetten van de patiëntgegevens veel tijd kost zonder dat er directe inkomsten tegenover staan. In een andere 'koploperregio' hoopt directeur Marion Borghuis van de Coöperatieve Huisartsensdienst Nijmegen dan ook snel duidelijkheid te krijgen over op hoeveel financiële ondersteuning de huisartsen kunnen rekenen. "De politiek moet bij dit soort projecten een tweesparenbeleid voeren, waarbij de overheid de randvoorwaarden schept en de huisartsen zich verdiepen in de inhoud. Nu legt de politiek extra werk neer bij de huisartsen, maar die worden daar niet voor betaald." Volgens Borghuis ontstaat daardoor een onnodige discussie over het geld.

Minister Klink lijkt de boodschap te begrijpen. Tijdens het Algemeen Overleg halverwege september met de Tweede Kamer, zegde de minister toe eind september uitsluitel te geven over de vergoeding van de 'initiële kosten', maar tot op heden is dit niet gebeurd.

Net als Van Grafhorst en zijn collega's besloten ook Nijmeegse huisartsen deel te nemen aan de pilots vanuit de gedachte dat de digitalisering niet te stoppen is en dat ze dan maar beter kunnen bijdragen. "Zodat de uitkomst goed aansluit bij de praktijk", zegt Borghuis. "Wij vinden veilige en betrouwbare communicatie heel belangrijk omdat het de kwaliteit van de zorg ten goede komt."

Borghuis is blij dat er dit jaar eindelijk successen in het verschiep liggen. Dat was in het begin wel anders, zegt ze. Toch wil ze niet klagen, want ze

vindt dat je niet anders kunt verwachten van zo'n 'ambitieuze project', dan dat er af en toe vertraging optreedt. Onlangs reisde ze met een delegatie naar Canada en twee weken geleden ook naar Dene-marken om de ontwikkelingen op het gebied van communicatie te beoordelen. "Dan doen we het in Nederland erg goed!", zegt ze.

"Als we doorpakken behalen we absoluut successen, want dan is de veiligheid in het systeem geïmplementeerd. In Nederland hechten we grote waarde aan de privacy van de patiënt, waardoor we de netwerken met UZI-pas en BSN beveiligen. In andere landen kennen ze dat niet. Al hebben ze in Denemarken wel een securitynummer."

Nijmegen is de koploperregio voor de pilot met het burgerservicenummer in de eerstelijnszorg. Begin oktober werd duidelijk dat deze opvolger van het softi-nummer per 26 november algemeen wordt ingevoerd.

Borghuis wil niet te veel kritiek spuien, toch erkent ze dat het nummer nog niet altijd functioneert, net als in Twente het geval is. Met Van Grafhorst zegt ze dat er mensen rond lopen met meerdere BSN's en dat de dossiers niet altijd met het burgerservicenummer opvraagbaar zijn. "En dat terwijl we het nummer uit de Gemeentelijke Basisadministratie halen, naar ik heb horen zeggen het meest betrouwbare orgaan voor die gegevens."

## Kritiek

Volgens Borghout kost ook het invoeren van het burgerservicenummer extra tijd en investeringen. "Om de gegevens permanent toegankelijk te maken, is het handig de computer onder te brengen in een groot netwerk met een centrale server waarop de gegevens opgeslagen worden. De uitwisseling van bestanden moet via een beveiligde internetverbinding lopen, maar die hebben de meeste artsen al." De meeste tijd gaat zitten in het koppelen van het BSN aan de patiënt.

"Wij hebben eerst de dossiers moeten 'ontdubbelen' omdat er van sommige patiënten meerdere dossiers bestonden, en hebben de gegevens daarna naar de leverancier van onze software gestuurd. Die heeft ervoor gezorgd dat het persoonlijke nummer aan het juiste dossier werd gekoppeld."

Van de Nijmeegse artsen heeft 90 procent inmiddels de UZI-pas. Daarmee lopen zij vooruit op het 'go/tenzij-moment' van de minister.

Waar het gaat om de functionaliteit van het EPD, wil Van Grafhorst de verwachtingen wat temperen. Hij vreest dat, zelfs als het systeem in 2009 draait, veel gegevens niet inzichtelijk zijn omdat ze volgens de oude verwerkingsnorm zijn ingevoerd. "Denk ook aan de gegevens van de ziekenhuizen. Ik vraag me af of een overzicht van de gehele geschiedenis van de patiënt niet te veel gevraagd is. Op z'n best staan foto's en dergelijke in het dossier." Ook vraagt hij zich af of je wel direct een landelijk EPD moet willen. "Het grootste deel van de zorg, namelijk 95 procent, wordt regionaal genoten. Daarom kunnen we het best regionale EPD's uitbouwen tot een landelijk systeem, want dan is het afbreukrisico kleiner." ❖

**'De politiek legt extra werk neer bij de huisartsen, maar die worden daar niet voor betaald'**