



Position paper EPD

Voor het NHG staat de vraag voorop of het landelijk EPD kan bijdragen aan verbetering van de zorgverlening.

• **Aanbevelingen**

1) *Neem de zorg als uitgangspunt voor ICT-ondersteuning.*

Dit is uitgewerkt in het bijgaande concept NHG/LHV-Standpunt over gegevensbeheer en gegevensuitwisseling.

2) *Geef prioriteit aan ondersteuning van huidige communicatievormen tussen zorgverleners.*

Voorbeelden: versturen recept, versturen aanvraag voor laboratoriumonderzoek, verwijzing patiënt in eerste en naar tweede lijn, ontvangen van bevestigingen, rapportages, resultaten en ontslagbrieven. Ook voor ketenzorg zijn dit fundamentele communicatieprocessen.

3) *Neem voldoende tijd voor ontwikkeling en implementatie.*

4) *Schep meer duidelijkheid over de juridische kaders daar waar nog manco's zijn.*

5) *Bouw verder op bestaande ontwikkelingen (regionaal, soms landelijk) en investeer daarin.*

- Geef landelijk standaarden, richtlijnen, normen.
- Ontwikkel een implementatieplan met en voor de sector (regie).
- Zie toe op naleving.
- Voorzie in juiste (financiële) prikkels.

De vraag is tevens of alle communicatie (ooit) te allen tijde via het ene LSP moet lopen, zoals nu voorzien.

Een veilige landelijke infrastructuur is gewenst, maar de invulling van de communicatie tussen zorgverleners en met de patiënt kan verantwoord aan hen zelf worden overgelaten.

• **Meerwaarde**

De landelijke ontwikkeling van berichtstandaarden en codeerafspraken is zeer nuttig voor de zorg.

Eenheid van taal is een noodzakelijke voorwaarde voor elektronische gegevensuitwisseling.

Landelijke, bovenregionale communicatie vereist specificaties en richtlijnen voor een landelijke infrastructuur. Voor continuïteit van zorg is het waardevol dat de zorgverlener bijvoorbeeld bij spoed en buiten kantooruren kan beschikken over essentiële patiëntgegevens, onder voorwaarden van beveiliging en privacy.

• **Zorgen**

- *Aansluiting op zorgproces*

De uitgangspunten van het L-EPD (eenmalige registratie aan de bron, ophalen wat nodig is) sluiten **niet** aan bij huidige zorgprocessen (vraag, stuur, ontvang = WGBO). De focus is eenzijdig op data, niet op informatie en context (zorg is mensenwerk). Discussie over wat bronnen zijn in het L-EPD is er nog nauwelijks. Als voorbeeld de notie dat ondersteunende diensten (bijvoorbeeld laboratoria) zelf patiëntgegevens beheren en beschikbaar stellen (i.p.v. de zorgverlener die het contact heeft met de patiënt).

- *Vertrouwelijkheid patiëntgegevens*

Bij opvragen van patiëntgegevens aan de bron komen altijd méér gegevens beschikbaar dan relevant in de gegeven context. Dat is hooguit acceptabel bij onvoorziene situaties (spoed/buiten kantooruren), dan is een aanwijsbaar belang van de patiënt in het geding.

- *Complexiteit afschermen gegevens*

Voor zorgverleners en burgers is het onoverzichtelijk wie wanneer waarvoor verantwoordelijk is en waar en hoe patiëntenrechten, bijvoorbeeld het recht op afscherming, kunnen/moeten worden ingevuld en geëffectueerd. Deels kan dit (op papier althans) centraal, deels moet dit in de

afzonderlijke bronsystemen. De nu beschikbare modelautorisatierichtlijnen (WDH, EMD, e-Spoed, e-Pathologie) benaderen de materie elk net iets anders.

- Eén groot experiment

Invoering van het L-EPD is één groot experiment met talloze puzzelstukken. Invoering van de eerste hoofdstukken een zaak van vele jaren. Toevoeging van nieuwe EPD-dossiers is per dossier al complex, laat staan in combinatie met al ingevoerde dossiers. Veel vraagstukken zijn nog niet opgelost, soms al wel gesignaleerd; nieuwe problemen zullen opkomen en continue aanpassing is noodzakelijk. Voor gedetailleerde wetgeving is het te vroeg; die kan zelfs remmend gaan werken.

- Kwaliteit dossiers

De kwaliteit van de patiëntendossiers bij huisartsen is hoog maar ze zijn ingericht voor eigen gebruik op praktijkniveau. Het zal zeker enige jaren kosten om ze waar nodig te herstructureren en nieuwe werkwijzen/registratiegewoontes in te voeren. Te veel vertrouwen op wat nu beschikbaar kan zijn uit het huisartsendossier, kan risico's opleveren. Programma's ter bevordering van de kwaliteit van de verslaglegging en informatiebeveiliging zijn noodzakelijk.

Veel andere zorgverleners hebben bij lange na nog geen elektronisch patiëntendossier. Hoe en wanneer deze nieuwe bronnen zullen worden toegevoegd, is onduidelijk. Dat pleit er sterk voor om het huisartsendossier als leidend te beschouwen voor het opvragen van patiëntgegevens (bij spoed en buiten kantooruren).

- Vertrouwen in de burger

Zorgverleners worden (t.z.t.) verplicht aan te sluiten op het ene landelijke systeem; burgers krijgen de mogelijkheid voor opt-out (met waarschuwing en terugmelding hiervan naar bekende zorgverleners van de patiënt/burger). Dit alles getuigt niet van vertrouwen van de overheid in de burger of de kwaliteit (meerwaarde) van het L-EPD. Het is beter te zorgen voor een goed systeem waar vraag naar is.

- **Zeggenschap**

Zeggenschap is netjes geregeld in de WGBO. Wat betreft het L-EPD is het wenselijk dat de burger zelf bepaalt wanneer en onder welke omstandigheden een zorgverlener het door hem beheerde dossier beschikbaar stelt voor het opvragen van patiëntgegevens (conform autorisatierichtlijnen en nader aangescherpt via een patiëntprofiel).

De WGBO gaat uit van de klassieke één-op-één behandelrelatie. Het is wenselijk meer aandacht te besteden aan verantwoordelijkheden, dossiervorming en -beheer in samenwerkingssituaties.

Duidelijke richtlijnen zijn gewenst over wie verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld de informatievoorziening en voorlichting naar burgers over communicatie (EMD, WDH, ICA, inhoudelijke veranderingen daarin, veranderingen in autorisatieprofielen, toevoegen nieuwe EPD-hoofdstukken, etc.). Het is onwenselijk dat alle betrokken zorgverleners elk voor zich dezelfde informatie (moeten) gaan leveren aan betrokken burgers.