

Uitgangspuntennotitie

invoering landelijk EPD

28 oktober 2009

Uitgangspuntennotitie invoering landelijk EPD 28 oktober 2009

Doelstelling landelijke infrastructuur en EPD

Het doel van elektronische gegevensuitwisseling is: ondersteuning van het zorgproces, het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg, het terugbrengen van fouten, en het voorkómen van dubbel onderzoek en het telkens herhalen van de historie door de patiënt. Het primaire doel vanuit de zorgverleners is dat door middel van het actief en reactief bij de behandeling betrokken zorgverleners informeren de informatievoorziening rondom behandeling van de patiënt verbetert. Elektronische gegevensuitwisseling dient op een beveiligde wijze te gebeuren, d.w.z. binnen de kaders van de wetgeving.

Met deze notitie stellen het ministerie van VWS en de koepelorganisaties KNMG, LHV, KNMP, NHG, KNGF, VHN, V&VN, NMT en Orde gemeenschappelijk de uitgangspunten vast. Deze uitgangspunten betreffen het gebruik van de landelijke infrastructuur (LSP) en de ontwikkeling van regionale gegevensuitwisseling.¹ Zonder deze uitgangspunten zijn naar de mening van partijen de doelstellingen niet haalbaar.

Uitgangspunten

1. De doelstelling van een landelijke infrastructuur met het Landelijk schakelpunt (LSP), een landelijk 'telefoonboek' en voor specifieke toepassingen een landelijke verwijsindex voor veilige communicatie wordt door de beroepsgroep en de overheid ondersteund.

De landelijke infrastructuur biedt in principe een veilige en betrouwbare communicatiestructuur voor de uitwisseling van patiëntengegevens. Hierbij is zowel pull² alleen voor acute situaties, spoedsituaties en andere omstandigheden met risico's voor discontinuïteit (EMD, EMDplus) als push³ berichtuitwisseling mogelijk. De landelijke infrastructuur is geen doel maar een middel.

2. De landelijke infrastructuur kent een hoog beveiligingsniveau.

Gezien de gevoeligheid van de uit te wisselen gegevens worden hoge eisen gesteld aan de beveiliging van het LSP. Er wordt gewerkt met een besloten en beveiligd netwerk voor de zorg. Ook aan de systemen van de zorgverleners die op

¹ Nb. als er gesproken wordt over regionale uitwisseling dan wordt hier mee bedoeld het uitwisselen van informatie betreffende de patiënt tussen bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners via welk medium of infrastructuur dan ook, en op basis van werkafspraken tussen zorgverleners en patiënten. Er wordt geen voorkeur uitgesproken voor een bepaalde infrastructuur of techniek.

² Pull informatie: informatie is 7x 24 uur te raadplegen door geautoriseerde behandelaars

³ Push informatie: actief gerichte berichtverzending naar een andere zorgverlener, bijvoorbeeld het waarneemretour bericht, een labaanvraag of een verwijzing naar de specialist

het netwerk zijn aangesloten worden zeer hoge eisen gesteld. Deze eisen zijn landelijk vastgelegd in de eisen voor een 'Goed Beheerd Zorgsysteem'. Belangrijk aandachtspunt is het gebruiksgemak: uitwisseling van gegevens zal alleen geschieden als dit snel en zonder problemen kan.

3. Het WDH en het EMD (+) zijn de eerste twee toepassingen die op landelijke schaal beschikbaar komen voor deze infrastructuur. Er wordt prioriteit gegeven aan de invoering van deze toepassingen alvorens besloten wordt of, en zo ja welke, andere toepassingen landelijk beschikbaar zullen komen voor uitwisseling.

Er wordt prioriteit toegekend aan het landelijk beschikbaar maken van de medicatiegegevens en waarneemgegevens voor huisartsen. Dat betekent dat huisartsen, apothekers en specialisten straks via het LSP gegevens kunnen inzien over de door de apotheker verstrekte medicatie (binnenkort ook aangevuld met ICA gegevens, reden van voorschrijven en labwaarden), en dat huisartsen op de huisartsenpost een samenvatting van het dossier van de huisarts kunnen raadplegen. Later worden ook andere zorgverleners aangesloten.

Niet eerder dan nadat een substantieel deel van de huisartsen, huisartsenposten, apothekers en ziekenhuizen is aangesloten op en gebruikt maakt van deze tweetoepassingen, kan in overleg met de beroepsorganisaties bezien worden of nieuwe toepassingen (zoals e-pathologie, e-lab en e-spoed, e-radiologie) gebruik gaan maken van de landelijke infrastructuur. Intussen dienen ontwikkeling en standaardisatie van zinvolle toepassingen wel door te gaan. Los van de feitelijke uitwisseling zijn standaardisatie, registratie, normalisatie en het maken van werkafspraken tussen groepen zorgverleners namelijk van groot belang voor de ontwikkeling van veilige elektronische informatie-uitwisseling in de zorg. Vanzelfsprekend geldt dit ook voor pilots die nodig zijn om deze zaken uit te testen. Het besluit over verplicht gebruik en / of landelijke toepassing hiervan wordt in overleg met de beroepsorganisaties genomen.

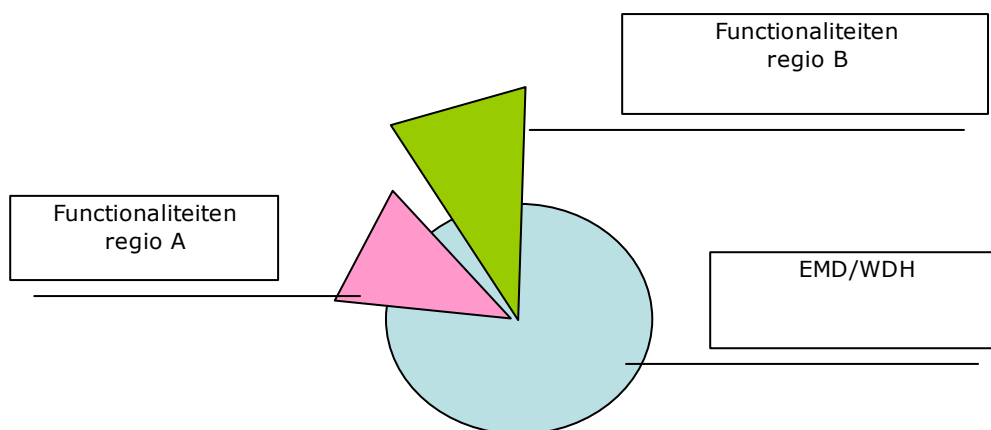
4. Regionale gegevensuitwisseling en de landelijke gegevensuitwisseling via het LSP zijn aanvullend op elkaar.

In veel regio's in Nederland wisselen bij de behandeling betrokken zorgverleners al geruime tijd elektronisch medische gegevens betreffende de behandeling van de patiënt met elkaar uit via regionale (en andere, al bestaande landelijke) netwerken. Grotendeels betreft dit pushberichten en het gebruik van een elektronische postbus (Edifact, ZorgDomein, recepten, retourinformatie, labuitslagen, etc, etc). In toenemende mate betreft dit ook pull vormen van gegevensuitwisseling (WDH tussen huisarts en HA-post, EMD en ICA tussen apothekers onderling). De regio heeft een essentiële rol bij de informatisering van de zorgketen en bij de verdere invulling van de landelijke agenda voor zorg-ICT. De zorg en gegevensuitwisseling daarbij spelen zich immers voor 95% regionaal af. Regionale netwerken en de landelijke infrastructuur (LSP) kunnen samenwerken om de beoogde doelen van veilige elektronische informatie-uitwisseling te behalen. Voor regionale gegevensuitwisseling moet ook gebruik kunnen worden gemaakt van de landelijke infrastructuur.

De elektronische uitwisseling bestaat uit twee elementen. Enerzijds informeren zorgverleners elkaar actief en reactief ten behoeve van de continuïteit en de kwaliteit van zorg. Dit betreft bijvoorbeeld het elektronisch verzenden van een labaanvraag, een recept, een afleverbericht, verwijsinformatie of ontslagbrief.

Deze informatie-uitwisseling is kwantitatief het grootst en heeft direct belang voor de kwaliteit van de zorg. Deze informatie-uitwisseling zal zijn regionale focus blijven behouden. Anderzijds voorziet elektronische uitwisseling erin dat bevoegde zorgverleners de mogelijkheid krijgen voor het inzien van bepaalde, essentiële patiëntgegevens in geval er een patiënt om hulp verzoekt of voor hulp wordt binnengebracht. Die gegevens zijn toegankelijk gemaakt door de afzonderlijke hulpverleners op basis van de brondossiers bij die afzonderlijke hulpverleners. Dit is met name aan de orde bij hulp buiten kantooruren (WDH), bij spoedeisende hulp (WDH, e-Spoed) en bij een beperkt aantal andere situaties waarbij de continuïteit van de zorg in gevaar is (EMD, EMDplus) en de informatie niet op een andere wijze bij de betreffende hulpverlener is te verkrijgen. De manier waarop het landelijk EPD/LSP en de regionale / lokale elektronische uitwisseling in elkaar grijpen kan als volgt worden samengevat.

Regionale gegevensuitwisseling via landelijke infrastructuur



Toelichting:

De cirkel verbeeldt de landelijke infrastructuur, de taartpunten de regionale systemen. Voor zover het gaat om het landelijk kader – op dit moment het EMD en WDH - maken de regio's, op basis van hun regionaal ontwikkelingsplan in dien mogelijk gebruik van de landelijke infrastructuur. Zo zullen er steeds meer 'wiggen' (taartpunten) in de 'taart' steken totdat alle regio's voor wat betreft uitwisseling van EMD-WDH gegevens gebruik maken van de landelijke infrastructuur. Mocht besloten worden dat meer gegevens dan EMD en WDH landelijk ingezien kunnen gaan worden, dan zal de 'taart' groter worden.

5. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen a) gegevens die op landelijke schaal 7 x 24 uur beschikbaar dienen te komen en b) andere gegevensuitwisseling die plaatsvindt (regionaal waar mogelijk, en landelijk bij bovenregionale communicatie).

a) Uitgangspunt is dat voor landelijke gegevensuitwisseling in de spoedsituatie alleen een beperkte set gegevens een verplichtend karakter zal krijgen. Alleen voor de zorg essentiële gegevens die 7x24 uur relevant kunnen zijn voor het zorgverleningproces (acute situaties, spoedsituaties en andere omstandigheden met risico's voor discontinuïteit) kunnen - in aanvulling op het WDH en het EMD- op landelijke schaal een verplichtend karakter krijgen bij wet- en regelgeving⁴. Dit laatste om te borgen dat door artsen en andere zorgverleners zoveel mogelijk vertrouwd kan worden op de compleetheid en beschikbaarheid van deze essentiële gegevens (tenzij de patiënt hiertegen bezwaar heeft gemaakt). Daarbij wordt per soort gegeven bepaald welke categorieën van zorgverleners toegang moeten kunnen hebben tot deze essentiële gegevens⁵.

De beroepsorganisaties geven aan welke gegevens en welke zorgverleners dit betreft. Hiertoe wordt nog in 2009 een speciale commissie ingericht bestaande uit de betreffende beroepsorganisaties (zie aanvang van deze notitie) en de NPCF, die een bindend advies ter zake geeft.

b) Daarnaast dienen ook andere vormen van gegevensuitwisseling (push en pull) te worden ontwikkeld die gebruik moeten kunnen maken van de landelijke infrastructuur. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan verwijs- en ontslagbrieven en intercollegiale uitwisseling van informatie zonder tussenkomst van de patiënt. Van groot belang is dat door zorgverleners middels de werkafspraken wordt vastgelegd welke informatie wordt uitgewisseld (inhoud, formattering, momenten). Hierdoor kan beter worden gegarandeerd dat alle informatie op de juiste plek aanwezig is.

6. De EMD (+) en WDH toepassingen worden de komende jaren geleidelijk en gecontroleerd bruikbaar gemaakt en beschikbaar gesteld vanuit regionaal perspectief.

De afgelopen periode zijn door VWS en Nictiz alle voorbereidingen getroffen voor de uitrol van de landelijke infrastructuur en het EMD en het WDH. De informed consent periode is 9/7/09 afgesloten en nieuwe zorgaanbieders buiten de koploperregio's kunnen nu gaan aansluiten op de landelijke infrastructuur.

De verantwoordelijkheid voor de aansluiting ligt bij de zorgaanbieders en hun ICT leveranciers zelf. Aansluiting vindt geleidelijk en gecontroleerd plaats. Er zal voortdurende monitoring plaatsvinden over de adequate werking van het systeem en het tempo van aansluiting. Het verplichtende karakter kan pas gelden als in redelijkheid aan de juridische, organisatorische en financiële randvoorwaarden is voldaan. Ten aanzien van de regie op de invoering wordt het volgende afgesproken:

⁴ Bij amvb van de EPD-wet.

⁵ Zo is ten aanzien van het EMD bepaald dat alleen huisartsen, apotheken en specialisten via het EPD alleen gegevens inzien over de door de apotheker verstrekte medicatie. En ten aanzien van het WDH dat alleen huisartsen op de huisartsenpost een samenvatting van het dossier van de huisarts kunnen raadplegen. Andere zorgverleners, zoals fysiotherapeuten, psychologen, bedrijfsartsen of zorgverzekeraars, kunnen deze gegevens niet inzien.

- De invoering geschiedt regionaal op basis van een regionaal ontwikkelingsplan.
- Ten behoeve van de uitrol, monitoring en controle zal door VWS een regiegroep worden ingericht bestaande uit de in deze notitie genoemde beroepsorganisaties en NVZ en de NPCF. Taak werkwijze en verantwoordelijkheden van de regiegroep zullen nader worden beschreven.
- Nictiz is verantwoordelijk voor de contacten met de leveranciers, o.a. over de landelijke infrastructuur en de standaarden.
- De beroepsorganisaties zullen indien gewenst door VWS financieel in staat gesteld worden om de implementatie in de regio te kunnen ondersteunen en de in de regio verkregen kennis uit te wisselen en terug te koppelen aan de regiegroep. Hierover worden op korte termijn afspraken gemaakt, onder meer over de inrichting, de verantwoordelijkheden, de werkplannen en ondersteuning van regionale platforms ten behoeve van de implementatie. De regiegroep monitort de ontwikkelingen in de regio en de vorderingen van de regionale platforms.
- De EPD-wet kent in zijn opzet de mogelijkheid de wet van kracht te laten zijn zonder dat de verplichting tot aansluiting op het EMD en WDH meteen inwerking treedt. Afgesproken wordt dat de verplichting EMD/WDH niet eerder in werking zal treden dan nadat een substantieel deel (circa 3/4) van de betreffende zorgverleners is aangesloten. Hierover worden vooraf op bestuurlijk niveau afspraken gemaakt tussen VWS en de betrokken koepels.
- De huidige subsidie-aansluitregeling (expiratedatum 1/1/2010) wordt met een jaar verlengd en in overleg met de in deze notitie genoemde beroepsorganisaties wordt gezocht naar toepassingsmogelijkheden ter stimulering van de regionale aansluiting.

7. Kwaliteit brongegevens en aansprakelijkheid

Ten aanzien van de kwaliteit van de gegevens geldt als principe dat vanaf het moment van de invoering van het WDH geregistreerd wordt volgens de richtlijn van de beroepsgroep ADEPD. Ten aanzien van de al bestaande dossiers/gegevens wordt afgesproken dat uitgegaan wordt van de huidige kwaliteit van de gegevens en dat er voor de beroepsgroep een inspanningsverplichting geldt om geleidelijk en werkende weg een ADEPD aanpassingsslag te maken (zie ook onder 'business case'). Jaarlijks zal monitoring plaatsvinden naar de kwaliteit van de gegevens conform de ADEPD-richtlijn. Op basis hiervan zullen eventueel maatregelen worden genomen en zal het nog op te stellen implementatieplan ADEPD worden bijgesteld. Deze maken ook deel uit van de regionale werkplannen.

Ten aanzien van het omgaan met de aansprakelijkheidsituatie die voortvloeit uit het werken met een landelijk EPD wordt afgesproken dat - vooruitlopend op jurisprudentie - een speciale werkgroep wordt ingesteld die de verschillende casuïstiek ter hand zal nemen. Op deze wijze wordt getracht aan de gebruikers meer helderheid te verschaffen over aansprakelijkheidsvraagstukken.

De werkgroep zal bestaan uit de beroepsorganisaties en de NPCF. De IGZ en het CBP zullen uitgenodigd worden deel te nemen.

8. Toegang patiënt

Conform de wens van de politiek wordt voor burgers op korte termijn de mogelijkheid verschaft om elektronisch inzage te krijgen in de verwijsindex en loggegevens van het LSP. Ten aanzien van toegang tot het medisch dossier geldt dat gezocht wordt naar een wijze van "verantwoord tonen" aan de patiënt van relevante medische gegevens, zodat deze op zinvolle en begrijpelijke wijze toegang heeft. In aanvulling hierop hebben LHV en NHG een basisset van gegevens uit het dossier beschreven waartoe een patiënt zonder meer en buiten de zorgverlener om toegang toe kan hebben. De verdere uitwerking hiervan zal in samenspraak met vertegenwoordigers van patiënten (NPCF, ouderenbonden) plaatsvinden.

9. Business case

Over de in het verleden gemaakte business case bestond geen overeenstemming tussen partijen. Voor elke nieuwe beroepsgroep die aansluiting krijgt op het LSP geldt dat een business case moet worden gemaakt door de bij die aansluiting betrokken partijen die recht doet aan de inspanningen zowel in technische als organisatorische zin. Daarbij moet gekeken worden welke kosten en opbrengsten er zijn en welke kosten al in bestaande vergoedingen zitten. Partijen zullen zich inspannen om deze kosten en opbrengsten op een juiste manier te verdelen binnen de kaders en verantwoordelijkheden van de financiering van de zorg.

Tot slot

Een aantal aspecten van de invoering van de elektronische gegevensuitwisseling is in deze notitie nog niet uitputtend beschreven. Daarbij wordt met name gedoeld op de beheersbaarheid van een goede implementatie, het er aan ten grondslag liggende 'vertrouwensmodel', en de nadere uitwerking van de ontwikkeling en implementatie. Hierover moeten nadere afspraken worden gemaakt.