

Wetsontwerp Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg

Bijdrage consultatie

Introductie

Deze bijdrage richt zich op het Wetsontwerp Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (verder afgekort als GUZ). Deze wet begrijpen wij als een z.g. kaderwet, waardoor bij lagere regelgeving bepaald kan worden welke gegevensuitwisselingen tussen zorgaanbieders verplicht elektronisch moeten verlopen en hoe dit moet gebeuren (voorbeelden zijn: “acute ambulanceoverdracht spoedeisende hulp”, “verpleegkundige overdracht van ziekenhuis naar instelling of thuiszorg”, “beelduitwisseling ziekenhuizen”). Die lagere regelgeving is de AMvB (hierbij worden de uitwisselingen aangewezen), kwaliteitsstandaarden van het ZorgInstituut, (NEN)normen en certificeringen. Er zijn twee “sporen” benoemd: bij Spoor 1 wordt de uitwisseling benoemd in de AMvB, waardoor zorgaanbieders verplicht worden er op toe te zien dat de betreffende gegevens elektronisch worden uitgewisseld, in beginsel op zelf te bepalen wijze, bij Spoor 2 kunnen aanvullende eisen gesteld worden aan standaardisatie en het gebruik van gecertificeerde informatietechnologieproducten, kortom veel meer verplichtend. In dit laatste geval is gebruik van NEN-normen ook verplicht en worden leveranciers verplicht alleen systemen te leveren met certificaat.

RSO Nederland geeft naar aanleiding van het wetsontwerp de volgende overwegingen mee:

Algemeen

1. Het is positief dat de overheid kaders stelt voor de uitwisseling van gegevens in de zorg.
2. Het is begrijpelijk dat betrokken actoren (zorgaanbieders, leveranciers) in dit verband verplichtingen opgelegd kunnen krijgen
3. Het huidige aantal implementaties en het implementatie-tempo van gegevensuitwisselingen is onvoldoende
4. Afhankelijkheid van leveranciers van informatietechnologieproducten, waardoor deze leveranciers tot uitbuiting van hun machtspositie kunnen komen, is onwenselijk

Vertrekpunten bij de evaluatie van het wetsvoorstel:

1. Gegevensuitwisseling moet in de samenwerking tussen zorgaanbieders zorgprocessen volgen. Zij moet bijdragen aan betere uitkomsten van zorg en efficiëntere werkprocessen. Zij maakt een volwaardige betrokkenheid van de patiënt bij het zorgproces mogelijk en doet recht aan haar/zijn autonomie
2. Samenwerkingsprocessen in de (transmurale) zorg zijn overwegend indicatie-specifiek, zeer situationeel en dynamisch. Zij hebben per indicatie betrekking op relatief kleine patiëntengroepen. Gegevensuitwisselingen zijn nauw verbonden met (de ondersteuning en ontwikkeling van) die processen, maar bij goed ontwerp kunnen (gestand- daardiseerde) gegevensuitwisselingen een grote variëteit aan samenwerkingspro- cessen ondersteunen.
3. Wij leiden hieruit af dat regelgeving dan:
 - 3.1.moet bijdragen aan versnelling van de implementatie en verbreding van gegevensuitwisselingen die aan de bovenstaande doelen voldoen
 - 3.2.Implementatieprocessen efficiënter en effectiever moet maken
 - 3.3.Standaardisatieprocessen bevorderen
 - 3.4.Vendor lock-in tegengaan
 - 3.5.Subsidiariteit, vanuit het oogpunt van flexibiliteit, maximaal mogelijk maken
 - 3.6.Zo "light" mogelijk zijn: vermijden administratieve processen en lasten, (extra) certificeringen, kosten, etc.

En we geven op basis hiervan de volgende overwegingen mee:

1. Vanuit het perspectief van het volgen van zorgprocessen, kwaliteit van zorg en efficiëntere uitwisselingen zijn "uitwisselingssystemen" onvermijdelijk in de (toekomstige) zorg (zie bijlage 1 voor een toelichting), een gedwongen combinatie met push voor alle uitwisselingen zal (mogelijk blokkerende en/of langdurige) problemen opleveren
2. Vanuit het perspectief van effectieve implementatie ontgaat ons de noodzaak van 100% verplichte uitwisseling: gegeven de praktische werkwijze in de zorg levert bijvoorbeeld 90 of 95% al het maximaal haalbare rendement en de inspanning om tot 100% te komen weegt vermoedelijk niet op tegen de extra toegevoegde waarde (afnemende meeropbrengst); kwaliteit en effectiviteit moet voorop blijven staan en soms is het gewoon handiger om iets "mee te geven"

3. Het concept “gegevensuitwisseling” als basis voor de wetgeving is niet éénduidig in de praktijk. Uitwisselingen zijn 1:1 verbonden aan samenwerking in zorgprocessen en die wordt flexibel en variabel vorm gegeven, hetgeen niet altijd toch slechte resultaten hoeft te leiden. Zie hieronder voor enkele voorbeelden. Hiermee liggen langdurige discussies over definities op de loer. Hoe definieer je die processen precies, welke uitwisselingen mogen er wel onder vallen, welke niet.

3.1.Voorbeeld: beelduitwisseling omvat vele samenwerkingsprocessen (oncologie, cardiologie, trauma, etc.), misschien wel enkele tientallen en daarbinnen talloze variaties. Een zeer specifieke omschrijving levert , indien het wetsvoorstel gevolgd wordt, complexe administratieve processen en verstarring op, een te generieke omschrijving haalt de (verplichtende) kern uit de aanpak weg en zal niet werken

3.2.Stel je besteedt het transferbureau (eOverdracht) uit aan de samenwerkende VVT organisaties; dit zou je een innovatie kunnen noemen. Deze constructie heeft effect op domeingrenzen (waar eerst een overdracht nodig was nu misschien niet meer, of op een ander punt in het proces; rolverdelingen veranderen en dus de informatiebehoefte en gegevensuitwisselingen)

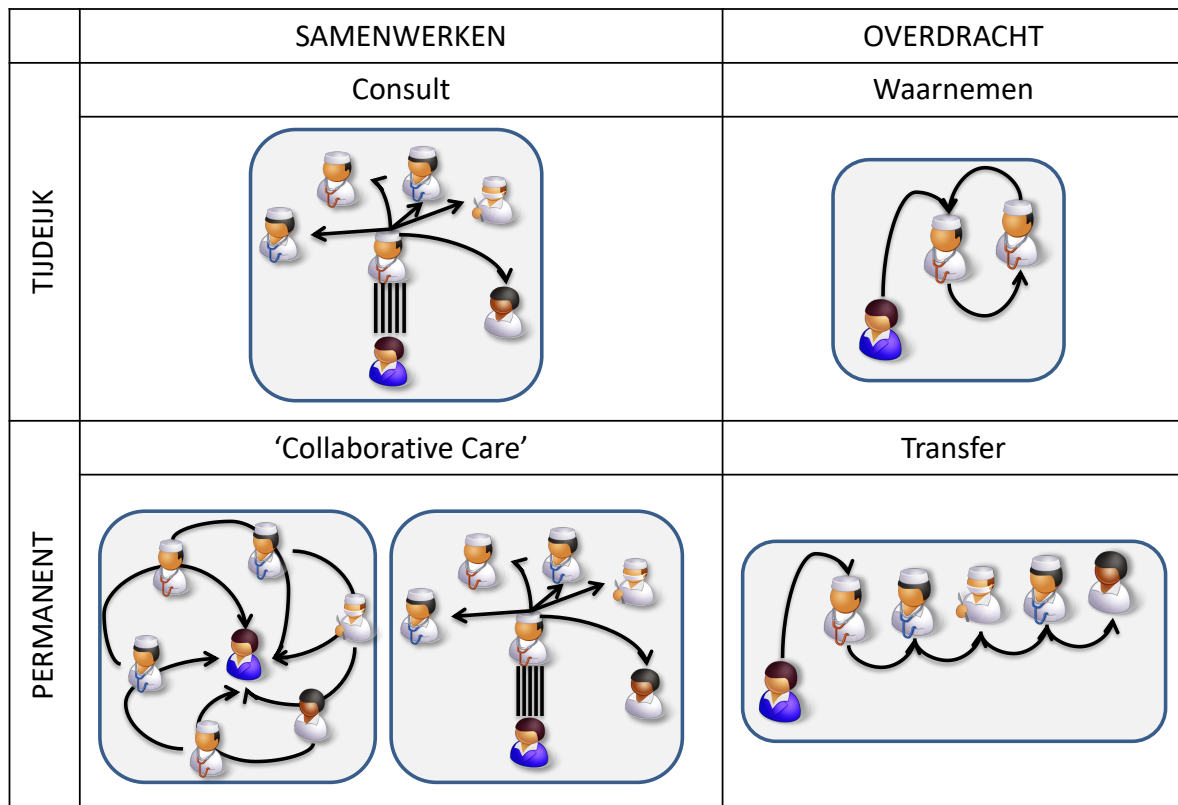
4. Spoor 2 levert aanzienlijke procedureel/administratieve inspanningen op, die de professionele autonomie kunnen aantasten en waarschijnlijk verstarrend werken op de innovatie van zorgprocessen, opstelling van leveranciers (mogelijk vertrek uit NL of alleen maar leveren aan uitwisselingen via Spoor 1) en hoge kosten (het is, kortom, een hele grote stok met hoge kosten)

4.1. Het is te overwegen is de bouwstenen van spoor 2 selectief en flexibel inzetbaar te maken, afhankelijk van de specifieke noodzaak in het veld, bijvoorbeeld t.a.v. verplichtingen aan leveranciers, accreditatie van systemen

5. Spoor 1 heeft onze voorkeur (werkt sneller, opschaling makkelijker, goedkoper), hiervoor gelden ook randvoorwaarden die mogelijk (deels) in de wet of via AMvB moeten/kunnen worden geregeld, deze zouden ook opgenomen kunnen worden in de wet of in elk geval in de toelichting worden vermeld, zodat ze later onderdeel van beleid kunnen worden (zie voor bouwstenen de RSO-NL implementatie- strategie in bijlage 2). Dit Spoor behoeft meer aandacht.

6. Een suggestie zou kunnen zijn om de wetgeving meer vorm te geven op basis van het NICTIZ interoperabilitetismodel, waarbij de wetgever zich v.w.b. verplichtingen zich vooral zou kunnen richten op de onderste lagen van dit model tot hooguit de informatielaag (zie hiervoor bijvoorbeeld bijlage 3).

Bijlage 1. Verschillende vormen van samenwerking in de zorg



Donkers ECMM , Bras A, van Dingenen ECM. Ketens met karakter. Medisch Contact 2008 9 mei; 63:822-824

Het informatieproces in de zorgpraktijk is vaak juist 'pull (zie: samenwerken): een zorgverlener heeft gegevens van één of meerdere zorgaanbieders nodig, niet zijnde de rechtstreekse verwijzer! Wanneer we in zo'n geval het digitale proces in 'push' gieten, leidt dat onherroepelijk tot onvolledige informatie (je hebt een gegeven niet) of inefficiënte processen (je moet op meerdere plekken vragen en van daaruit laten pushen). Deze problemen zien we nu juist in de huidige 'papieren' praktijk en willen we in de digitale praktijk oplossen, en dus niet 'kopiëren'.

Bijlage 2: bouwstenen voor een implementatiestrategie

Resultaten per as



RSO Nederland: Implementatiestrategie

Bijlage 3: horizontale en verticale benadering op basis van het NICTIZ Interoperabiliteitsmodel (Gé Klein Wolterink, Registratie aan de bron)

Conclusie

- **Implementatie** vraagt op verticale afstemming over alle lagen van het vijflagenmodel heen
 - Alleen dan krijg je werkende implementaties
- **Regie op implementatie** vraagt om (zo mogelijk landelijke) afstemming over use cases en domeinen heen, alleen dan krijg je
 - Opschaling
 - Versnelling
 - Efficiency
 - Samenhang

