





Kern van goede ketenzorg-ICT:

Kwaliteit borgen en ondersteuning bieden bij het nemen van eigen verantwoordelijkheid

Tekst: **Martijn Plantinga**

Beeld: **Martin van Welzen**

De functionele bekostiging ofwel de Keten DBC in de zorg en met name de rol van de Keten Informatie Systemen is een hot issue in 'zorgland'. Webbased Keten Informatie Systemen leveren een significante bijdrage aan verbetering van zorg van voornamelijk chronisch zieken door het ondersteunen van de multidisciplinaire en integrale behandeling. Belangrijk uitgangspunt hierin is dat de patiënt zelf een actieve bijdrage kan leveren omdat een patiëntentoeegang integraal onderdeel uitmaakt van het KIS. Waar liggen volgens Evert Jan Hoijtink, CEO bij Portavita, de uitdagingen bij de verdere ontwikkeling van het KIS?

Portavita is een ICT-bedrijf dat zich puur richt op het produceren en als een service aanbieden van haar software, op dit moment alleen nog in Nederland en Duitsland. Portavita maakt, onderhoudt en beheert de software en ook de hosting wordt zelf verzorgd. Op dit moment worden er ruim 190.000 patiënten behandeld met behulp van het KIS.

Het woord dat tijdens het gesprek met Evert-Jan Hoijtink meerdere malen valt, is standaardisatie. Als je wilt samenwerken, kan dat pas goed als je dezelfde taal

spreekt. Daar is volgens Hoijtink nog zeer veel winst te behalen. "Dat is een van de grote problemen in de zorg-ICT! Er wordt door de zorgverleners nog steeds op verschillende manieren vastgelegd, gedefinieerd en gewerkt, maar eigenlijk zou het eenvoudig moeten zijn: behandel de patiënt zoals door de wetenschappelijke verenigingen is afgesproken. Belangrijk is dat deze behandelprotocollen worden ondersteund met software zodat de juiste persoon op de juiste plaats en de juiste tijd de juiste zorg verleent. Voor elke patiënt wordt zo een individueel behan-



delplan gemaakt, dat vervolgens op de afgesproken werkwijze wordt uitgevoerd. Die juiste persoon is vaak de huisarts of praktijkondersteuner (POH), kan soms de specialist of de verpleegkundige zijn en ook de patiënt zelf. Dit betekent overigens dat de patiënt het niet zelf moet doen maar dat het mogelijk is om een bijdrage te leveren als de patiënt deze verantwoordelijkheid ook aan kan. Door de integrale software is wat nodig is voor de (mede-)behandelaar, actueel inzichtelijk op basis van een verfijnde autorisatie. De ondersteuning van de huisarts als regisseur en de POH en de optimale

het gebied van koppeling/integratie van Huisarts Informatie Systemen (HIS) en Keten Informatie Systemen (KIS). Er werd een convenant getekend met mede-leveranciers PharmaPartners BV, Promedico ICT BV en VitalHealth Software BV. Doel van de samenwerking is om gezamenlijk tot een blauwdruk te komen, koppelingen te realiseren en implementeren om te komen tot een verantwoorde integratie van HIS en KIS. Belangrijk hierin is de eerder genoemde 'eenheid van taal'. De twee behandelprocessen (huisartsgeneeskunde en multidisciplinaire behandeling moeten vloeiend in elkaar

digitaal logboek konden invullen. Ook konden patiënten, als ze dat wilden, zelf hun dosering bepalen. "Dit was een van de eerste vormen van zelfmanagement, waarbij patiënten bij afwijkende waarden of andere problemen terug kunnen vallen op de 'medische expertise' van in dit geval de trombosedienst. Het mooie is dat de trombosedienst zelf meekijkt in de dossiers en 'alerts' ontvangt wanneer er sprake is van kritische afwijkingen. Zij kunnen dus direct ingrijpen waar dat nodig is. Onze manier van werken in Nederland met Trombosediensten is een voorbeeld voor de rest van de wereld. Momenteel zijn in Nederland trombosepatiënten 80% 'in range'. In Duitsland is dat nog geen 60%. In Duitsland loopt een grote 'Clinical trial' van de overheid, om te onderzoeken of het Nederlandse systeem ook daar voor een betere anti-stolling behandeling kan leiden."

'100% veiligheid bestaat niet.

Patiënten moeten zelf kunnen beslissen wie toegang heeft tot hun medisch dossier'

integratie met het Huisartsen Informatie Systeem is daarbij van groot belang en heeft dan ook de hoogste prioriteit."

HISKIS convenant

Bij het Keten Informatie Systeem gaat het om een goede integratie tussen de basissystemen van de individuele behandelaar en het KIS of beter gezegd het Elektronisch Behandel Dossier (EBD). Hier heeft Portavita reeds een start mee gemaakt met het HISKIS convenant. AI in 2008 besloot zij te gaan samenwerken om te komen tot standaardisatie op

overgaan zonder dubbele invoer, incomplete dossiers etc. De koppeling richt zich in eerste instantie op het behandelproces Diabetes en de kosten voor de ontwikkeling worden door de partijen zelf gedragen.

De patiënt als medebehandelaar

Een goed voorbeeld voor de waarde van KIS is te vinden in de markt voor antistolling (met name trombose). AI in 2002 werd een oplossing gelanceerd waarmee patiënten zelf hun stollingswaarde konden meten en deze in een

De Trombosediensten werken in Nederland deels in een multidisciplinaire keten. Zo werken al meer dan 100 verpleeg- en verzorgingshuizen met Trombosediensten samen bij de behandeling van Antistolling-patiënten. Daar wordt het grootste deel van de behandeling door verzorgenden in de huizen uitgevoerd en werken ze allen in hetzelfde Elektronisch Behandel Dossier (EBD).

Om te komen tot standaardisatie en openheid moeten behandelprotocollen

worden geïmplementeerd waarin eenduidig staat waaraan goede basiszorg dient te voldoen en wat de bijbehorende richtlijnen zijn.

Daarnaast is van belang dat iedereen binnen een bepaald traject ook dezelfde taal spreekt. Hoijtink: "Als ICT-bedrijf moet je eigenlijk niets anders doen dan concretiseren. We vertalen het behandelprotocol in software. We zien de patiënt daarbij zélf als medebehandelaar en daarom heeft de patiënt ook zijn eigen webapplicatie met toegang tot zijn EBD. Feitelijk dient de patiënt toegang te hebben tot al zijn behandeldossiers. Dan hoor je nog wel eens kritische opmerkingen over veiligheid en privacy, maar 100% veiligheid bestaat nergens.

Er dient altijd een keuze te worden gemaakt tussen veiligheid en gebruikersgemak. En mensen moeten zelf kunnen beslissen wie toegang heeft tot hun medisch dossier. Geef ze gewoon de keuze: wie mag de gegevens wel inzien en wie niet? In praktijk blijkt bij onze klanten dat patiënten daar helemaal niet zo moeilijk over doen. Zij beseffen dat een goede behandeling alleen kan worden uitgevoerd als zorgverleners toegang hebben tot de relevante gegevens. Een patiënt wil gewoon optimaal behandeld

worden en daartoe moeten alle medebehandelaars kunnen beschikken over de juiste medische informatie. Ook de patiënt zelf. Het betreft jouw gezondheid en je betaalt voor iedere behandeling, dan mag je als patiënt toch ook precies weten wat er gebeurd is."

Geïntegreerde zorg bij Diabetes

Bij het KIS van diabetespatiënten zijn twee vragen van belang:

- Hoe zorg je dat de patiënt op tijd de juiste zorg (conform NDF Zorgstandaard) ontvangt en
- Hoe controleer je dat?

Het blijkt niet altijd duidelijk te zijn wie welke verantwoordelijkheden heeft bij een multidisciplinaire behandeling. Zeker als die behandeling door verschillende organisaties als de huisarts, een laboratorium of een oogarts wordt uitgevoerd, zoals bij Diabeteszorg. Elke zorgverlener is verantwoordelijk voor zijn eigen deel van de behandeling, zoveel is over het algemeen wel duidelijk. Maar hoe zit het als er een relatie is tussen twee afzonderlijke activiteiten? En wie is er verantwoordelijk? Binnen een KIS wordt gelijk helder wie de deelnemende zorgverleners zijn in de behandeling en wie de eindverantwoordelijkheid heeft.

Wanneer de huisarts de regie heeft over de zorg van een patiënt is het de taak van de huisarts om alles op elkaar af te stemmen. Dat betekent dat deze in het informatiesysteem op gezette tijden zal moeten checken of de behandeling van zijn patiënten goed verloopt. Met een druk op de knop ziet hij op zijn scherm niet alleen wanneer patiënten een voetcontrole hebben gehad, maar ook een overzicht van patiënten die niet op tijd zijn onderzocht. Alle gegevens, ingegeven door behandelaars en door de patiënt zelf, zijn voor de huisarts in te zien.

Hoijtink: "Het proces moet zo transparant gemaakt worden voor de huisarts dat deze exact kan zien wie wat, wanneer en waar heeft gedaan. Je moet dus ook alles kunnen terugvinden. Is er een onderzoek niet of niet op tijd uitgevoerd? Tot op individueel patiëtniveau kan worden teruggezien of iemand niet is komen opdagen of dat er geen afspraak is gepland. Alles is uiteraard zeer streng beveiligd en er is een elektronische koppeling met laboratoria. Kortom 1 systeem voor alles."

Lange termijn

Software ontwikkelaars moeten wel over



een lange adem beschikken. Alles begint met pilots, bewijzen en zolang er geen standaard ketentarieff is vastgesteld, verdienen je ook geen structureel geld. Dat

Wat niet helpt is als er top-down grote zorg-ICT projecten worden gestart. Dat heeft het falen van het LSP wel aangetoond. Het bedrag dat daarin is gestoken

inzicht/ondersteuning voor alle behandelaren, maar er is slechts 1 hoofdbehandelaar of case manager: de huisarts of de internist.

De behandelaren beschikken over de benodigde informatie zodat ze zich volledig kunnen richten op de behandeling. In andere woorden: de behandelaar en de zorggroep optimaal ondersteunen om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt zo goed mogelijk te borgen en de patiënt zoveel als wenselijk is te ondersteunen bij het nemen van de eigen verantwoordelijkheid. Een goede integratie met de bronsystemen is hierbij onontbeerlijk.

En dat je met een goed Keten Informatie Systeem kosten bespaart, staat buiten kijf", eindigt Hoijsink het gesprek. "Je hoeft de daadwerkelijke kostenbesparing van KIS niet wetenschappelijk te onderzoeken. Iedereen met een greintje rekentalent kan op de achterkant van een sigarendoosje uitrekenen wat een chronisch zieke kost en wat het dus op kan leveren als je daar zorgvuldiger mee omgaat." □

Meer info ➔ www.moveemens.nl

'Iedereen kan op de achterkant van een sigarendoosje uitrekenen wat een chronisch zieke kost en wat het dus op kan leveren als je daar zorgvuldiger mee omgaat'

geldt zowel voor de innovatieve zorgverlener als voor zijn softwareleverancier. Niet voor niets zijn er voldoende partijen geweest die dit niet vol konden houden. Hoijsink: "Op het gebied van ICT in de zorg lopen we als Nederland gelukkig voorop. Wij zijn behoorlijk innovatief al moet de overheid in mijn optiek meer volgend worden en niet teveel het voortouw nemen. Ik zie de rol van de overheid meer als facilitair. Bijvoorbeeld wetgeving aanpassen om succesvolle innovaties die per definitie bottom-up ontstaan, meer ruimte te geven. Of op tijd wettelijke belemmeringen wegnemen.

had beter in goed zorg-ICT onderwijs kunnen worden gestoken want het is nog steeds erg moeilijk goede programmeurs te vinden in Nederland. Wij zoeken ze nu over de hele wereld en dan heb je het UWV weer op je dak. Faciliteren en ondersteunen en niet in de weg lopen is het credo."

Samenvattend zijn bij Keten Informatie Systemen de volgende zaken belangrijk, besluit Hoijsink: "Het gaat om het ondersteunen van de vastgestelde behandelrichtlijnen en alle betrokkenen die een eigen verantwoordelijkheid hebben. Er is

