



De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
MEVA/ICT-2783848			30 juli 2007
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Standpunt inzake rapport Ernst&Young over de invoering van EMD/WDH			

### **Aanleiding**

Op dinsdag 26 juni 2007 heeft Ernst&Young en Doxis Informatiemangers een rapport gepubliceerd over de status en voortgang van de invoering van EMD en WDH in Nederland. Het onderzoek betreft een enquête onder 1180 huisartsen, specialisten, apothekers en andere medici. De algemene conclusie luidt dat 'de doelstelling van de regering om het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in 2009 ingevoerd te hebben, niet gehaald zal worden.' Vooruitlopend op het Algemeen Overleg dat in de tweede week na het zomerreces zal plaatsvinden, heeft u mij verzocht een standpunt toe te zenden inzake dit rapport.

### **Algemeen standpunt**

De conclusies uit het rapport van Ernst&Young kan ik niet onderschrijven. Er wordt een beeld geschetst dat geen recht doet aan de feitelijke gang van zaken en de betrokkenheid van de regio's en beroepsgroepen bij de verdere ontwikkeling van het EPD. Ik verwijs hiervoor onder meer naar de op 26 juni 2007 aan de Tweede Kamer gestuurde vijfde voortgangsrapportage ICT en EPD (MEVA/ICT-2774903) en de beantwoording van de vragen van kamerlid Gerkens (MEVA-K-U-2782618) en Schippers (MEVA-K-U-2782622). De werkzaamheden van VWS voor dit onderwerp zijn gericht op de start van de landelijke uitrol voor zowel het Waarneemdossier Huisartsen als het Elektronisch Medicatiedossier in 2007. Dat betekent dat er in 2009 sprake moet zijn van een 100%-dekking. Zoals blijkt uit de voortgangsrapportage is er op tal van fronten de afgelopen maanden vooruitgang geboekt en is invoering in 2009 realistisch.

Ik zal naast dit algemene standpunt hieronder een meer gedetailleerde reactie geven op de enquête, bevindingen en conclusies uit het rapport.

### **Reactie op enquête, bevindingen en conclusie**

De invoering van EMD en WDH is een omvangrijke en complexe aangelegenheid. Daarom gaat zorgvuldigheid voor snelheid en daarom is voor een geleidelijke implementatie-aanpak gekozen. Na beproeving in een testomgeving worden EMD en WDH in een praktijkomgeving getest, eerst beperkt en daarna uitgebreid.

### *a) Methodologie*

Centrale probleemstelling in het onderzoek is de vraag of de regeringsdoelstelling voor de realisatie van een landelijk EPD in 2009 wordt behaald. De onderzoekers trachten deze vraag te beantwoorden via een enquête onder de meest betrokken beroepsgroepen (huisartsen, specialisten en apothekers). Het uitzetten van de enquête heeft vanwege onjuistheden veel reacties opgeroepen bij onder andere de koploperregio's. Daarnaast hebben de onderzoekers de enquête ook voorgelegd aan bedrijfsartsen en GGD-artsen, hoewel die op dit moment niet betrokken zijn bij de ontwikkeling van de eerste twee hoofdstukken van het EPD.

In zijn algemeenheid kan de vraag worden gesteld of een enquête de beste wijze is om een betrouwbaar antwoord op deze vraag te krijgen. Gegeven deze onderzoeks aanpak is het vervolgens de vraag of deze optimaal is uitgevoerd. De in het rapport gemelde respons van 18% is laag in vergelijking met soortgelijke onderzoeken, waardoor er vragen te stellen zijn rondom de representativiteit van de enquête. In het onderzoek wordt bovendien op onderdelen een vergelijking gemaakt tussen de uitkomsten in 2005 en 2007. In beide jaren is er echter sprake van een niet identieke, selecte steekproef. In 2005 is geënuquêteerd in heel andere regio's, waaronder de regio Almere, die toen een positieve uitschieter bleek. Dit kan in de vergelijking met 2007 dus tot een vertekening leiden.

### *b) Wijze van rapporteren*

Ik kan mij niet vinden in de wijze waarop in de rapportage verslag wordt gedaan van de cijfermatige uitkomsten. Zo zijn er diverse discrepanties aan te wijzen tussen de tekstuele uitleg en de weergave hiervan in diagrammen en grafieken. Hierdoor wordt vaak een te somber beeld geschetst van de opvattingen van zorgverleners.

Zo wordt in het kader van de patiëntenparticipatie (pagina 16 en 17 in het rapport) geconcludeerd dat in vergelijking met de uitkomsten 2005 de percentages van huisartsen, apothekers en specialisten die de inbreng van de patiënt belangrijk vinden voor een goed werkend dossier, zijn afgenomen. Die conclusie is eenzijdig. Zo valt, in positieve zin, op dat 48% van de apothekers in 2005 vond dat de patiënt leidend moest zijn in de discussie over toegang en privacy, terwijl dat percentage nu is opgelopen tot bijna 70%. Eveneens is bij de huisartsen een forse daling te zien van het percentage zorgverleners dat "bezwaren van patiënten" aan de kant wil schuiven. Door deze positieve ontwikkelingen in de tekst te negeren en het accent te leggen op (vermeende) verslechtingen, wordt geen recht gedaan aan de wijze waarop bijvoorbeeld koepelorganisaties van beroepsgroepen zich in dezen manifesteren.

### *c) De bevindingen*

Ook in de bevindingen komen mijn eerder genoemde bezwaren met betrekking tot onzorgvuldigheid en onvoldoende feitelijke kennis van zaken naar voren. Voor de volledigheid loop ik alle bevindingen, op pagina 20-21 van het rapport, onderstaand langs.

1. Het is nog niet volledig duidelijk welke informatie in het EMD wordt opgenomen.

De inhoud van het EMD is vastgesteld. Met behulp van het elektronisch medicatiedossier (EMD) krijgen bevoegde zorgverleners via hun eigen informatiesysteem inzage in een landelijk compleet en actueel overzicht van de medicatie die aan de patiënt is verstrekt.

*2. Het percentage zorgverleners dat antwoordt dat het EMD in hun regio is geïmplementeerd is minimaal (zelfs in de koploperregio's).*

In twee pilotregio's lopen nu pilots. Dat gebeurt op beperkte schaal, conform aanpak en planning.

*3. Minder huisartsen en specialisten weten in vergelijking met 2005 op welke manier men in de regio bezig is met het EMD.*

Beide jaren laten zich niet met elkaar vergelijken, omdat twee keer van een niet identieke, selecte steekproef gebruik is gemaakt.

*4. Een grote meerderheid van de zorgverleners in de pilotregio's verwacht zich niet nog in 2007 aan te sluiten op het EMD of het WDH.*

Volgens planning zal een deel van de zorgverleners in de koploperregio's in 2007 aansluiten. Het overgrote deel (binnen en buiten de koploperregio's) in 2008.

*5. Het aantal UZI-Pas bezitters is nog erg laag.*

De aanvraag van de UZI-pas is onderdeel van het aansluittraject. Dit is derhalve gekoppeld aan de aansluiting op het LSP.

*6. De patiëntenparticipatie is beperkt, zo is een aanzienlijk gedeelte van de zorgverleners bereid, indien nodig, de bezwaren van de patiënt aan de kant te schuiven.*

Op bladzijde 2 heb ik reeds toegelicht dat deze conclusie te eenzijdig is. Daaraan kan worden toegevoegd dat er in het implementatietraject geen discussie met zorgaanbieders is over het betrekken van patiënten. Daarover zijn de partijen het eens. De rechten van de patiënt zijn goed geborgd en zijn uit te oefenen bij individuele zorgaanbieders en bij het landelijk schakelpunt. Wanneer een patiënt (delen van het) EPD heeft afgeschermd, kan een zorgverlener dit niet aan de kant schuiven.

Er is een informatieplicht voor zorgaanbieders over de landelijke uitwisseling van patiëntengegevens en in de lopende pilots zijn patiënten hierover geïnformeerd. Dat zal bij de landelijke uitrol voor alle burgers gelden.

*7. In de pilotregio Twente zijn relatief weinig huisartsen aangesloten bij de pilot; meer dan de helft van de huisartsen in de pilotregio Twente vindt dat het doel van het WDH niet wordt bereikt.*

Het aantal aangesloten huisartsen is overeenkomstig de planning van de pilot, waarbij in fasen tot uitbreiding wordt overgegaan. De conclusie die hier wordt getrokken dat meer dan de helft van de huisartsen in Twente denkt dat de doelstelling van het WDH niet wordt gehaald, blijkt uit geen van de eerder gepresenteerde enquêteresultaten.

*8. De volledigheid van het WDH wordt niet gegarandeerd, omdat GGD- en bedrijfsartsen niet betrokken worden bij de ontwikkeling.*

WDH is de professionele samenvatting van de huisarts die ter beschikking wordt gesteld aan de dienstdoende huisarts op de huisartsenpost.

De registraties van andere artsen spelen daarin geen rol.

*9. Het overgrote deel van de huisartsen is niet bereid toegang te geven tot het WDH aan GGD- en bedrijfsartsen.*

Dit is dus niet aan de orde.

*10. Er is weinig vooruitgang geboekt in de betrokkenheid van de zorgverleners bij de invoering van het EMD.*

Onduidelijk is waar de onderzoekers hier op doelen, temeer daar de onderzoekers in het voorwoord concluderen dat het onderwerp enorm leeft bij de doelgroep. Voor zover de conclusie is gebaseerd op de cijfers in topic 4 gelden de eerder genoemde methodologische bezwaren.

*11. Het Burger Service Nummer kan nog niet worden gebruikt, omdat de benodigde wetgeving daarvoor nog niet beschikbaar is.*

De wet is in behandeling bij de Eerste Kamer. Op basis van de Sofi-amvb kunnen de zorgaanbieders uit de koploperregio's al aansluiten.

*12. In veel regio's worden al medische gegevens uitgewisseld via de OZIS-standaard, waardoor er geen directe noodzaak is tot aansluiting bij de landelijke ontwikkeling.*

De beperkingen van de OZIS-regio's en de noodzaak om te komen tot een hoger beveiligingsniveau noodzaken om landelijk uit te wisselen.

*13. In de pilotregio Rijnmond hebben drie ziekenhuizen besloten niet langer te wachten op het landelijk EPD en een eigen regionaal EPD te beginnen. Zij hebben dit besluit genomen omdat zij concludeerden dat de invoering van het EMD forse vertraging opliep.*

De twee ziekenhuizen in pilotregio Rijnmond nemen deel aan de pilot EMD en werken met groot enthousiasme aan de landelijke uitwisselingen. Voor regionale uitwisselingen die voorlopig niet landelijk worden ondersteund, wordt gebruik gemaakt van een regionaal netwerk.

*14. Er is nog steeds geen duidelijkheid over de mate waarin de Europese EN 13606 norm de HL7-standaard vervangt, dan wel een aanvulling hierop is.*

Zoals Dhr. Goossen, voorzitter van de NEN normcommissie Informatievoorziening onlangs ook aangaf in zijn interview in ICT zorg: "De twee standaarden zijn helemaal niet tegenstrijdig. Ze vullen elkaar juist aan. De EN 13606 geeft een structuur voor het vastleggen van patiëntgegevens. De norm bestaat uit vijf onderdelen: een referentiemodel, het deel archetypen waarin de verschillende klinische concepten worden uitgewerkt, een deel met verschillende rubrieken, een deel met betrekking tot de beveiliging en een deel over de uitwisseling van patiëntgegevens.

De HL7 heeft alleen betrekking op het laatste: de uitwisseling van patiëntgegevens en is in feite een uitwerking van het laatste deel van de EN 13606."

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

5

Kenmerk

MEVA/ICT-2783848



De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink