

Quick-scan kan belang van goede digitale beschikbaarheid van zorginformatie aantonen

D

De organisatie van de zorgadministratie in ziekenhuizen laat veel te wensen over, is de ervaring van Paul Gelderman en Monique Vermeulen van Doxis Informatiemanagers. Samen met hun collega's van KPMG en Carelliance verrichten ze dit jaar risico-assessments op het gebied van digitale beschikbaarheid van informatie. De situatie die ze tot nu toe in ziekenhuizen aantreffen vinden ze zorgwekkend.

Recentelijk heeft de NVMA aan drie partijen opdracht gegeven de status van de digitale beschikbaarheid van zorginformatie (in de ruimste zin van het woord) in ziekenhuizen gezamenlijk te onderzoeken. Aanleiding hiervoor is het vermoeden bij de NVMA dat in ziekenhuizen de situatie op dit gebied veel te wensen over laat. Om deze hypothese te bewijzen is door de tripartiete organisatie van Doxis, KPMG en Carelliance een quick-scan ontwikkeld die ziekenhuizen redelijk snel inzicht geeft in de situatie, (zie kader). In de loop van het voorjaar worden de eerste scans, onder de noemer DIBRA, op verschillende plaatsen in het land uitgevoerd. In een later stadium komen we hierop graag terug om onze bevindingen te melden. Maar ook nu al zijn er veel feiten te benoemen die in z'n algemeenheid de achterstand op dit gebied aantonen. De NVMA heeft dan ook alle reden voor een nader onderzoek. Met de NVMA delen wij die zorg.

Vanuit onze functie komen wij in contact met een grote diversiteit aan organisaties, van kleine, middelgrote en

zeer grote profitorganisaties tot aan dito not-for-profit-overheids- en semi-overheidsinstellingen. Wanneer we de situaties in al die organisaties met elkaar vergelijken, kunnen we niet anders dan concluderen dat de zorginformatiehuishouding binnen ziekenhuizen veel te wensen over laat. Zeker, succesvolle aanpakken en voorbeeldprojecten zijn ook hier te noemen, maar die betreffen alle situaties binnen het kader van een specialisme of een deelorganisatie. Idealiter kan elk zorgproces herleid en gereconstrueerd worden, op een integrale wijze, dus over grenzen van specialismen heen. Dat maakt mogelijk fouten te ontdekken en te voorkomen, ontlastend bewijs te verzamelen en zorgt ook voor wet- telijk verplichte controleerbaarheid en inzichtelijkheid. Een dergelijke geïntegreerde benadering van de infor-

matiehuishouding, zoals we die veelal wel binnen andere organisaties tegenkomen op een deugdelijk niveau, hebben we binnen zorginstellingen nergens aangetroffen. Natuurlijk speelt de aard van het proces hierin een grote rol. Zorg, zeker in de ziekenhuissituatie, scoort zeer hoog op de chaosladder. Op veel afdelingen is immers onvoorspelbaar welke patiënten in welke omstandigheid in het ziekenhuis belanden, en vaak even onvoorspelbaar is hoe een patiënt op een behandeling zal reageren. Dat maakt automatisering

en informatisering van het proces tot een hachelijke onderneming. Niet zonder reden zijn er vanwege de grote risico's maar weinig in deze materie gespecialiseerde ondernemingen die zich actief op de zorgsector durven te richten. En eveneens niet zonder reden is het ideale Elektronisch Patiënten Dossier nog altijd

De DIBRA-quick scans geven inzicht in de status van de expertise van de verschillende organisatieonderdelen die de informatiebeschikbaarheid bepalen en de risico's die op dit vlak worden gelopen in termen van financiële en organisatorische gevolgen. De expertise in de organisatie wordt hiertoe beoordeeld op de informatiebehoefte van de gebruikers, de klinische fysica/medische techniek, de medische administratie, de archieffunctie / digitale informatievoorziening en de ICT-functie. Daarnaast wordt ingegaan op de afhankelijkheid van elk betrokken organisatieonderdeel en het belang van samenwerking om de risico's te minimaliseren. In de terugrapportage wordt ook een inventarisatie van de gewenste oplossingsrichtingen gegeven.



niet gerealiseerd, hoezeer de wenselijkheid en noodzaak ervan al ruim een decennium in de volle breedte wordt onderschreven.

Dat laat onverlet dat ziekenhuizen zich naar onze mening niet mogen neerleggen bij de huidige situatie. Er zijn veel redenen te benoemen waarom ziekenhuizen actief aan de slag zouden moeten met het op niveau brengen van de wijze waarop het administratieve proces en borging van de zorginformatie georganiseerd is. Om met de belangrijkste reden te beginnen: de patiënt zelf. Er is alle aanleiding aan te nemen dat de huidige staat van de informatiehuishouding niet in het voordeel is van de patiënten. De wijze waarop de informatie is geordend, volgt immers het zorgproces en niet de patiënt. Om een veelvoorkomend voorbeeld te noemen: het gebrekkige proces werkt in de hand dat patiënten conflicterende medicijnen

voorgeschreven krijgen. Onvoldoende waarborging van de kwaliteit van de zorginformatie kan er toe leiden dat verkeerde diagnoses worden gesteld, een verkeerde behandeling wordt ingezet of juist een gewenste behandeling aan de patiënt wordt onthouden. De Inspectie voor de Volksgezondheid becijferde zoals bekend het aantal slachtoffers van medisch falen in ons land op 30.000, waarvan zo'n 3000 met dodelijke afloop. De cijfers zijn ruwe schattingen, omdat exacte getallen nooit te achterhalen zijn, maar ze lijken aan de voorzichtige kant. En binnen de beroepsgroep is het een algemeen bekend gegeven dat dagelijks in zorginstellingen vermijdbare fouten gemaakt worden. Fouten maken is inherent aan elk proces waarin mensen werken en beoordelingen maken. Echter, wanneer patiënten het slachtoffer worden van een slechte informatiehuishouding is dat nog betreurenswaardiger. Temeer omdat het in onze ogen absoluut onnodige oorzaken zijn. De Inspectie schrijft een groot aantal gevallen van medisch falen toe aan het niet op orde zijn van de informatiehuishouding. Van diverse zijden werd ons bevestigd dat het ontstaan van (dodelijke) medische ongelukken niet een denkbare consequentie is van falend informatiemanagement, maar al jaren een (bijna) dagelijkse praktijk.

De zorg voor de patiënt mag de belangrijkste motivatie zijn om meer werk te maken van dit proces, er zijn daarnaast tal van andere redenen te geven. Eén ervan is het -simpelweg- moeten voldoen aan de wet- en regelgeving. Ook op dit terrein heeft de zorgsector geen geweldige reputatie. Wellicht is dit te wijten aan het feit dat veel van de wetten die in de laatste jaren ingevoerd werden niet gesanctioneerd zijn. Het ontbreekt simpelweg aan een stok achter de deur om ziekenhuizen

tijdig aan zorgwetgeving te laten voldoen. De teneur van wetten in de gezondheidszorg is evenwel duidelijk: de wetgever hecht steeds meer aan de rechten van de patiënt en zorginstellingen moeten zich op tal van terreinen kunnen verantwoorden. Vooral voor toekomstige wetgeving zal dit ongetwijfeld in toenemende mate gaan gelden. Ook de zorg moet voldoen aan de huidige, steeds strengere eisen op het gebied van transparantie en controleerbaarheid. Een deugdelijke informatiehuishouding op basis waarvan zaken herleid kunnen worden is daarvoor uiteraard randvoorwaardelijk. Een simpele vraag als: zijn alle in het kader van de Wet BIG voorbehouden handelingen inderdaad door daarvoor gekwalificeerd personeel verricht, móet in principe door elke zorginstelling snel beantwoord kunnen worden. Niet slechts om eventuele aantijgingen te kunnen weerleggen, maar om aan te tonen dat binnen de wettelijke kaders wordt gewerkt. Daarvoor is een goede digitale beschikbaarheid van zorginformatie essentieel. Van een claimcultuur zoals we die in de Verenigde Staten kennen is in de Nederlandse situatie nog (lang) geen sprake, van sancties van overheidswege nog maar nauwelijks, maar die situatie komt onweerlegbaar wel steeds dichterbij. Een blik over Het Kanaal is hiervoor genoeg. Hoe eerder een ziekenhuis z'n informatiehuishouding dus goed op orde heeft, hoe beter. Temeer daar het ziekenhuizen in de toekomst niet makkelijker gemaakt wordt en de eisen van de omgeving almaar hoger worden. Het wordt daarmee steeds lastiger deze inhaalslag te maken.

Een derde argument is het financieel-economische aspect. Ziekenhuizen die op het gebied van zorginformatie orde op zaken hebben gesteld proeven hier, zeker op lange termijn, ook in financieel opzicht de vruchten van. Nog even los van het kleinere risico op schadeclaims is het evident dat uiteindelijk lagere administratieve lasten zijn te verwachten, bijvoorbeeld omdat informatie veel sneller boven water is te krijgen, dubbele handelingen achterwege kunnen blijven én werkprocessen eenvoudiger worden. De angst voor meer bureaucratie en een hogere administratieve lastendruk voor medisch personeel mag dan groot zijn, juist een verbeterde traceerbaarheid van informatie verlaagt die druk. (Als sprekend voorbeeld mag de Deense situatie gelden, waar een beveiligde gemeenschap-



pelijke ICT-infrastructuur – bestaande uit een registratie van alle patiënten, zorgaanbieders, medicijnen en ingrepen - zijn intrede heeft gedaan. Huisartsen gaven aan sindsdien liefst 50 minuten per dag te besparen op de administratie!) De kost gaat evenwel ook hier voor de baat uit, met alle weerstanden van dien. Een verwijzing naar de weerstanden tegen invoering van de dbc-systeematiek kan hier volstaan. Een inhaalslag brengt ontegenzeggelijk tijdelijk een verhoogde administratieve druk met zich mee, maar zolang er tegenaan gehikt wordt en uitstel het parool is zal nooit de wél gewenste situatie, (laat staan het elektronisch patiëntendossier!) bereikt worden. Kortetermijnbelangen rijden hier de langetermijnbelangen in de wielen. Dat mag specifiek zijn voor de zorgsector, maar is geen excuus. Niemand zou bijvoorbeeld vandaag de dag nog accepteren dat de gemeente nog op de traditionele wijze werkt. Ook gemeenten hebben voor hun Gemeentelijke Basis Administratie (BGA) een inhaalslag moeten maken, met alle consequenties van dien. Vroeg of laat (maar liever vroeg!) zullen ziekenhuizen door dezelfde zure appel heen moeten bijten.

Tot slot geven we een nog weinig gehoord argument: dat van de reputatie. In een tijd waarin ziekenhuizen publiekelijk worden afgerekend op hun prestaties en waarin patiënten steeds meer zeggenschap hebben over waar ze welke behandeling willen ondergaan, neemt het belang van een goede reputatie sterk toe. Wat al langer voor huisartsen en tandartsen en paramedische beroepen geldt (namelijk dat patiënten steeds makkelijker overstappen op basis van testimonials in de kennissenkring) geldt meer en meer ook voor ziekenhuizen. Goede ervaringen van patiënten zijn daarbij in hoge mate bepalend. In onze ogen draagt een goede organisatie van de zorginformatie daaraan sterk bij. Niet alleen door de reductie van de foutenkans, maar ook omdat het voortdurend overal moeten inschrijven en overal opnieuw het verhaal moeten doen hoog op de top-tien van zorgergemissen staat. Een meereizend elektronisch dossier van het ene specialisme naar het andere en een voortdurend en volledig inzicht in de voorgeschiedenis vergroot de kwaliteit van de zorg en wordt door patiënten ook als kwalitatief hoogstaand

ervaren. Van die perceptie is op zijn beurt de reputatie van het ziekenhuis in steeds sterkere mate afhankelijk.

Resteert de vraag of we vanuit vooringenomenheid aan het onderzoek op verzoek – en onder regie – van de NVMA beginnen. Daarover kunnen we kort zijn: vanuit vooringenomenheid is het natuurlijk lastig onderzoek verrichten. Onze zorg betreft evenwel de algemene indruk –en niet meer dan dat- die we van de huidige stand van zaken in de Nederlandse ziekenhuizen hebben gekregen. Die zorg (die overigens door tallozen binnen en buiten de zorg wordt gedeeld) zit 'm vooral in het feit dat het belang van digitale beschikbaarheid van zorginformatie *over het algemeen* te weinig wordt onderkend. Echter: in elk ziekenhuis is de situatie weer anders en er zijn zeker voorbeelden waarin het belang wel degelijk wordt onderkend, maar men eenvoudigweg nog niet de eindsituatie heeft gerealiseerd. Voor veel andere instellingen ligt dat anders. In onze ogen is een quick-scan voor elk ziekenhuis een uitstekend instrument om

Vragen die aan de orde komen tijdens een quick-scan zijn onder meer:

- In hoeverre wordt de bewaartermijn van medische dossiers nageleefd?
- Welke standaarden worden voor de codering van medische informatie gebruikt, en in hoeverre wordt hierbij geanticipeerd op toekomstige digitale informatiesystemen?
- Welke procedures zijn er ten aanzien van de bevoegdheden omtrent opvragen van en muteren in opgeslagen informatie?
- Hoe worden privacy-aspecten gewaarborgd?
- Is het mogelijk informatie over een patiënt na tien jaar (WGBO) of op verzoek van de patiënt te verwijderen?
- Is een informatiebeveiligingsbeleid beschikbaar, en wat gebeurt er als er een ramp plaatsvindt?
- Is er een EDP-roadmap?
- Is er zicht op de totale kosten van in- en externe opslag van dossiers?

binnen betrekkelijk korte tijd een beeld te krijgen van de status in een specifiek ziekenhuis. De praktijk leert dat het in kaart brengen van de zwakke punten in de organisatie waar het de digitale beschikbaarheid van zorginformatie betreft, voor het management en ook het bestuur aanleiding genoeg is om tot actie over te gaan. Aan dat agenderen van deze noodzaak leveren we via de quick-scans graag onze bijdrage.

Dit artikel is eerder verschenen in het tijdschrift: Zorgadministratie en Informatie, editie maart 2004.