

Toekomst digitalisering eerstelijnszorg Huisartsen

Noodzaak en oplossingsrichtingen voor het doorbreken van de “digitaliserings-paradox” eerstelijnszorg Huisartsen

13 maart 2018

Auteurs

Jan de Boer
Quintus Bosman

Dit whitepaper is tot stand gekomen op basis van kennis waarover Nictiz beschikt. Daarnaast zijn door Quintus Bosman, Jan de Boer en Henk Hutink aanvullende gesprekken gevoerd met LHV, NHG, InEen, ZN, VZVZ, KNMP, verschillende huisartsen, zorggroepen en IT-leveranciers.



Achtergrond en vraagstelling

Achtergrond en ontwikkelingen digitalisering

In Nederland is de huisartsenzorg een groot goed. Het wordt nu en in de toekomst gezien als een cruciale sleutel tot een duurzame, doelmatige, persoonsgerichte gezondheidszorg dicht bij huis en van een hoge kwaliteit. Het leidende motto van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is dan ook “Modernisering naar menselijke maat”. Naast het menselijke wordt bij modernisering al snel de relatie gelegd met digitalisering. Vreemd is dat niet. Inmiddels is de digitalisering in alle haarvaten van onze samenleving aanwezig en exponentieel aan het toenemen.

Bekend is dat de zorg qua digitalisering niet op alle fronten vooroploopt. In nagenoeg elk onderzoeksrapport wordt beschreven dat de zorg op dit punt kan versnellen en opschalen. Ook dat digitalisering kan bijdragen aan de zorg goedkoper, patiëntgerichter en kwalitatief beter te maken. Ondanks de “traagheid” is de realiteit dat digitalisering in de zorg nu en in de toekomst veelomvattend aan het worden is. Smartphones met apps, slimme meters en handige websites voor patiënten zijn niet meer weg te denken. Landelijk wordt met programma’s als MedMij en VIPP organisatorisch, financieel en technisch ingezet op het vergroten van de “digitale” interactie tussen patiënt en professional.

Zorgpartijen spelen hier elk afzonderlijk op in. Zo is de IT-markt voor ziekenhuizen de afgelopen 5 jaar nationaal en internationaal sterk gegroeid. Ziekenhuizen investeren gezamenlijk jaarlijks vele honderden miljoenen euro’s in steeds geavanceerdere Elektronische Patiënten Dossiers (EPD’s) en andersoortige toepassingen (o.a. portalen, beeldtechnologie, big data, artificial intelligence). Op de IT-markt van de sector Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) is door diverse IT-aanbieders de laatste jaren veel geïnvesteerd. De VVT zet in op “vernieuwde” EPD’s en het verder professionaliseren van de administratieve systemen. De GGZ heeft de laatste jaren veel energie gestoken in het aanjagen van vernieuwing van de EPD-markt en het samen met IT-leveranciers ontwikkelen van e-health-toepassingen.

De huisartsen hebben historisch gezien ten opzichte van de genoemde partijen altijd voorop gelopen en nationaal en internationaal een sterke positie verworven als het gaat om de adoptie en het gebruik van IT-oplossingen om de zorgprofessional en huisartsenpraktijk (afgekort tot HA-praktijk) te ondersteunen.

*In 2017 zijn het de huisartsen die “digitaal” de meeste dossiers bijhouden van patiënten in Nederland.”
(meer dan 90% van alle Nederlanders).*

Toch wordt er al jaren vanuit diverse kanten over gesproken dat de eerstelijns IT-markt voor huisartsen niet adequaat zou functioneren: o.a. versnipperde vraag, te veel aanbieders en oplossingen, te weinig geld en kennis, te weinig capaciteit voor vernieuwing door te veel wet- en regelgeving. Vanuit verschillende kanten wordt aangegeven dat huisartsen “digitaal” achter dreigen te lopen en qua informatievoorziening niet adequaat in kunnen spelen op de veranderende maatschappij c.q. zorg(vraag).

Initiatief en vraagstelling Nictiz

Nictiz heeft vanuit haar onafhankelijke rol het initiatief genomen een whitepaper op te stellen waarin twee vragen centraal staan:

1. Is er een probleem met IT in de eerstelijnszorg en zo ja, wat is het probleem?
2. Welke oplossingsrichtingen zijn er om “het probleem” op te lossen?

Het doel van dit whitepaper is om naast het verschaffen van inzicht en duiding, input te geven aan de discussie en activiteiten om de mogelijk aanwezige “problematiek” te doorbreken. Nictiz is bekend met de eerstelijnszorg. Bij het opstellen van het paper is naast de reeds beschikbare kennis gebruik gemaakt van informatie verkregen uit interviews met o.a. LHV, NHG, InEen, ZN, VZVZ, KNMP, verschillende huisartsen, zorggroepen en IT-leveranciers.



Historie eerstelijns IT-huisartsen

Vroeg begonnen met automatiseren

Voordat wordt ingegaan op de problematiek is het belangrijk de historie en context te schetsen. De huisartsen zijn samen met hun IT-leveranciers in de jaren tachtig vroeg begonnen met het automatiseren van de HA-praktijk. Destijds is gestart met het automatiseren van de organisatorische en financiële processen. Denk aan de kaartenbak, het faciliteren van het spreekuur en het declaratieproces. Vervolgens is de stap naar de zorginhoud gemaakt. Lang voor de ziekenhuizen, GGZ en VVT zijn de huisartsen in de jaren 90 overgegaan tot het gebruik van het EPD. De ontwikkeling van het Huisarts Informatie Systeem (HIS) is gestructureerd uitgevoerd. Al 30 jaar is het HIS-Referentiemodel de leidraad voor het inrichten van HIS'sen. Het HIS-Referentiemodel beschrijft de (medische) gegevens en functionaliteit van een HIS (bron: <https://referentiemodel.nhg.org/>).

Op dit moment zijn er circa negen HIS'sen, waarbij een aantal van de HIS'sen is (nog steeds) geïntegreerd met Apotheek Informatie Systemen (AIS'en). Ondanks alle "kritiek" op de HIS'sen zijn deze van een relatief hoge kwaliteit en zijn gebruikers tevreden met een zeven als gemiddeld cijfer (*bron: HIS-onderzoek 2016¹).

HIS	Leverancier
HuisartsCGM Huisarts	CompuGroup Medical Nederland
CitoLive	Cito Medical Systems (CMS)
Medicom	Pharmapartners B.V.
MicroHIS X	iSOFT Nederland B.V.
OmniHis Scipio	OmniHis B.V.
Promedico ASP	Promedico ICT B.V.
Promedico VDF	Promedico ICT B.V.
TetraHIS	Tetra B.V.
WebHIS Zorgdossier	Labelsoft (CompuGroup Medical)

Tabel 1 HIS-leveranciers

Niet alleen ten aanzien van de functionaliteit zijn de huisartsen vroeg geweest met automatisering. Ook op technisch gebied zijn de huisartsen en hun IT-leveranciers voorloper geweest in onder andere het outsourcen van delen van de technische infrastructuur en het afnemen van Software as a Service (SaaS). Ook is op het gebied van de communicatie over de zorglijnen heen veel geïnvesteerd. Denk daarbij aan voorschriften naar apotheek, lab-uitslagen naar huisarts, raadplegen huisartsdossier op post en HIS-KIS uitwisseling.

Opdeling markt in HIS, KIS en HAP

Na het jaar 2000 is het IT-landschap en de IT-markt voor huisartsen complexer en minder overzichtelijk geworden. Ten gevolge van organisatorische veranderingen zijn er nieuwe systemen voor de huisartsenzorg bijgekomen:

- **KIS:** Zo zijn er ten behoeve van de chronische zorg Keten Informatiesystemen (KIS) ontstaan met een rijke functionaliteit o.a. diabetes, COPD/Astma, hart- en vaatziekten en dementie. De initiële ontwikkeling van KIS'sen heeft los plaatsgevonden van de HIS'sen. Met de KIS'sen zijn er naast de HIS-leveranciers nieuwe IT-leveranciers op de markt toegetreden. Op dit moment zijn er circa vijf KIS'sen. Diverse daarvan ontwikkelen zich momenteel in de richting van een multidisciplinaire- en patiëntgerichte platformen.

¹ Bron LHV HIS-onderzoek 2016: De leveranciers Chipsoft en Topicus Zorg (voorheen Prototics) zijn bezig met de ontwikkeling van een HIS. Chipsoft richt zich daarbij op het ontwikkelen van het integraal regionaal platform (HiX).



- **HAPIS:** Een vergelijkbare ontwikkeling heeft plaatsgevonden op het gebied van informatiesystemen ten behoeve van de huisartsposten (HAPIS). De HAP-systemen zijn net als de KIS'sen initieel los van de HIS'sen ontwikkeld. Op dit moment zijn er circa 3 HAPIS'en.
- **En meer:** Inmiddels worden er naast de HIS'sen en KIS'sen nog vele andere IT-oplossingen (los) aangeboden op de markt: veilig mailen, veilig chatten, apps en websites ten behoeve specifieke ziekten en patiëntengroepen, patiënt-/regio/zorgverleners-portalen, pgo's, e-consult-, beeldbel- en andere self-management oplossingen.

Alle denkbare combinaties komen in Nederland voor bij HA-praktijken, zorggroepen en regio's als het gaat om de HIS'sen, KIS'sen, en de HAPIS'en.

Organisatie van automatisering

Historisch gezien heeft de huisartsen als "ondernemer" altijd zelf moeten zorgen voor de IT en de organisatie van IT. De huisartsensector heeft in tegenstelling tot de ziekenhuizen, GGZ en de VVT nooit beschikt over eigen IT-afdelingen met eigen IT-professionals. Helemaal alleen staat de huisarts er niet voor. In de loop der jaren is er een groot aantal overleg- en organisatievormen ontstaan waarin aandacht is voor het onderwerp IT. Zonder volledig te zijn, is er grofweg een indeling te maken naar drie niveaus:

- **Landelijk:** Op landelijk niveau zijn de LHV, NHG en InEen actief. Zij vertegenwoordigen de huisartsen in het Informatieberaad Zorg, ontwikkelen informatiebeleid, doen benchmarks, beheren het referentiemodel, initiëren Thuisarts.nl, etc. De sector kent eveneens een groot aantal gebruikersverenigingen die zijn verenigd in NedHIS (90% van de huisartsen). NedHIS vertegenwoordigt de gebruikersverenigingen Atlas (Promedico en CGM Huisarts), Orego (MicroHIS), OmniHIS en VeGOM (Medicom). Ten aanzien van de KIS'sen en HAPIS'en zijn eveneens gebruikersverenigingen aanwezig.
- **Regionaal:** Hoewel de situatie sterk verschilt in Nederland is er de laatste jaren een trend waar te nemen dat IT meer centraal en op regionaal niveau wordt georganiseerd. Soms zijn daarbij de zorggroepen leidend en soms coöperaties/groepen van huisartsen met eigen ICT-commissies. In bepaalde gebieden zijn regionale samenwerkingsorganisaties (RSO's) actief met name op het gebied van zorgcommunicatie tussen zorgpartijen (o.a. ziekenhuizen, huisarts, zorggroep, fysio, VVT, GGZ, apotheek, verloskunde, etc.). De thema's en de organisatiegraad variëren sterk per regio (zorgvernieuwing/innovatie, bundeling back-office activiteiten, versterken inkoopkracht, gezamenlijk selecteren van een HIS, etc.).
- **Praktijk:** Op het niveau van de praktijk zijn de verschillen in Nederland eveneens aanwezig. Er zijn HA-praktijken die alleen of in kleine groep alle zaken zelf regelen (van applicatie tot de techniek).
- Daarbij heeft de huisarts een lange historie met zijn of haar HIS-leverancier. Sommigen hebben aan de wieg gestaan van de HIS-ontwikkeling en zijn zeer trouw aan hun IT-leverancier. Een trend is te zien dat de rol van de "praktijkmanager" op het gebied van IT steeds sterker wordt (bijvoorbeeld in gezondheidscentra en de grotere praktijken).

Voor de IT-leveranciers in de eerstelijnszorg voor huisartsen betekent het bovenstaande dat op alle lagen relaties onderhouden, afspraken maken en communicatie verzorgen.

Samenvatting historie

De huisartsen zijn vroeg begonnen met automatisering en hebben historisch gezien altijd voorop gelopen als het gaat om IT. De ontwikkeling van HIS'sen is daarbij gestructureerd uitgevoerd. In 2017 zijn het de huisartsen die "digitaal" de meeste dossiers bijhouden van patiënten in Nederland. Door de jaren heen is het IT-landschap en de IT-markt voor huisartsen steeds complexer en minder overzichtelijk geworden. In 2017 heeft de huisarts (inclusief andere eerstelijns professionals) te maken met een veelheid aan "losstaande" systemen. Alle



denkbare combinaties komen in Nederland voor bij HA-praktijken, zorggroepen en regio's als het gaat om de HIS'sen, KIS'sen, en de HAPIS'en.

Ten opzichte van andere sectoren in de zorg is het aantal IT-leveranciers dat kernproducten aanbiedt met een vergelijkbare functionaliteit voor het primaire en ondersteunende proces groot. De "verwachte" consolidatie blijft tot op heden uit. Mede ingegeven door ontwikkelingen als e-health, persoonlijke gezondheidsomgevingen (pgo's), apps, portalen neemt het aantal IT-producten toe. Onderzoek laat zien dat huisartsen tevreden zijn over de HIS'sen. Tegelijkertijd wordt IT als steeds ingewikkelder en belangrijker ervaren door zorgprofessionals. Een trend is te zien waarbij "digitalisering" nationaal en regionaal steeds meer wordt gebundeld, geprofessionaliseerd en gestandaardiseerd.



De “digitaliseringsparadox”

Wel of geen probleem

Is er een probleem met IT in de eerstelijnszorg voor huisartsen en zo ja, wat is het probleem? Het antwoord op het eerste gedeelte van deze vraag is: “JA”, er is een probleem.

Het probleem is urgent en het oplossen vraagt om een gecoördineerde aanpak. De eerstelijns IT-oplossingen, de huisartsen zelf en de IT-markt zijn op dit moment niet klaar voor de (digitale) toekomst. Er bestaat een gat tussen waar de IT-markt nu staat en waar deze zich naar alle verwachting heen gaat bewegen. De digitalisering van de eerste lijn bevindt zich in een interbellum fase die niet vanzelf voorbij gaat en zich vanzelf snel oplost (zie figuur volgende pagina).

Voor Nictiz staat vast dat doorgaan op dezelfde weg niet gewenst is. Versnelling en verandering is noodzakelijk op diverse gebieden. Dit om de sleutelrol van huisartsen waar te kunnen maken die zij strategisch en maatschappelijk in de zorg krijgen toegedicht. Dat wil zeggen de huisarts wordt gezien als hoeksteen van het Nederlandse zorgmodel. Het is belangrijk dat de ‘connected Huisarts’ als wenkend perspectief een sterke positie krijgt in het realiseren van een duurzame, doelmatige, persoonsgerichte gezondheidszorg dicht bij huis en van een hoge kwaliteit.

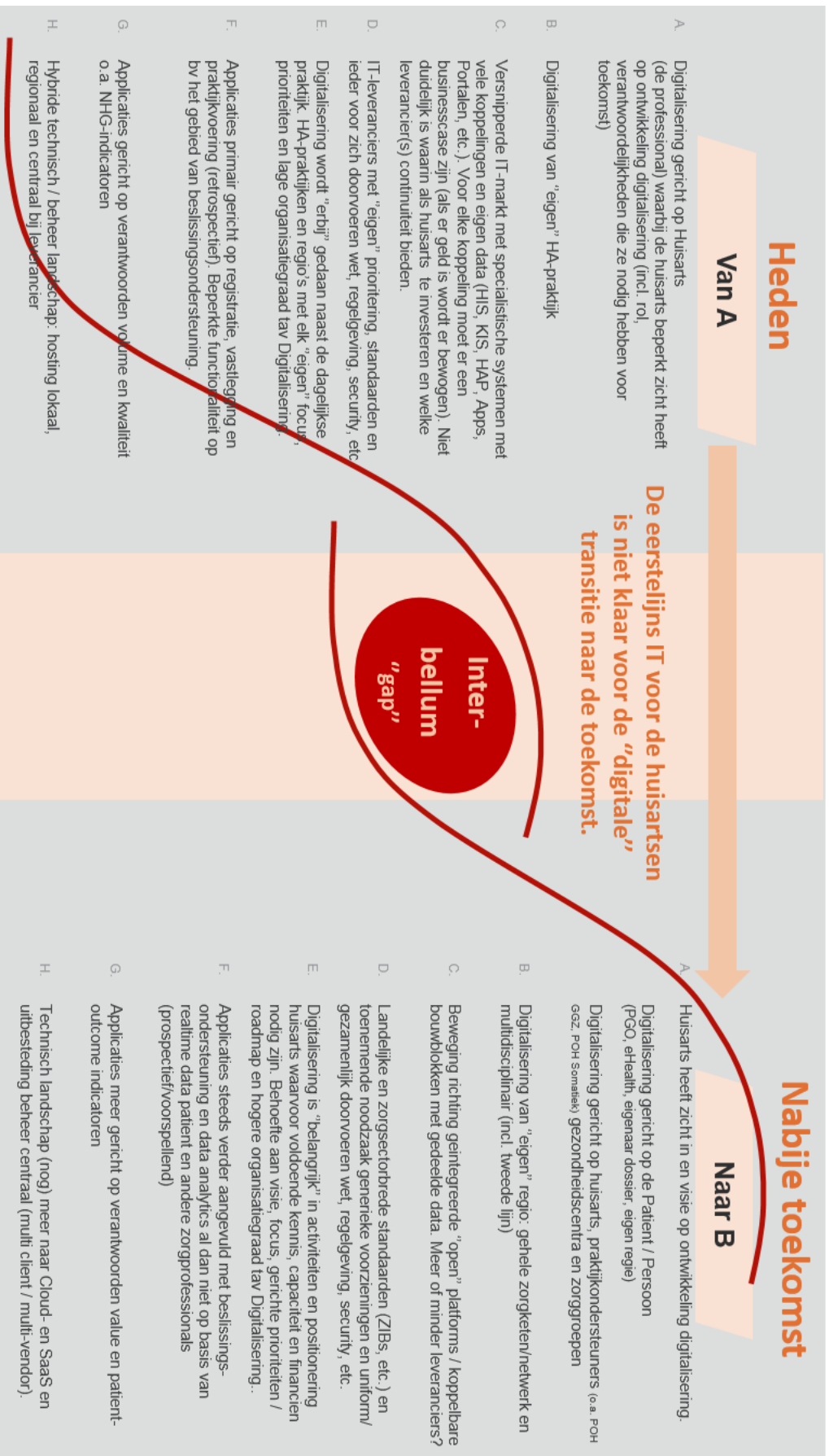
Er is echter in de sector (huisartsen en IT-leveranciers) iets bijzonders aan de hand. Om te willen en te kunnen veranderen moet het “probleem” duidelijk zijn en de last worden ervaren. Geconcludeerd wordt dat de “pijn” op het gebied van digitalisering op dit moment (nog) onvoldoende wordt gevoeld. Zicht op het probleem en een breed gevoel van urgentie “sense of urgency” ontbreekt. De huisarts is dagelijks druk om de zorg voor de patiënten goed uit te voeren. De afzonderlijke systemen die daarbij worden gebruikt, beschikken over voldoende functionaliteit om de dagelijkse werkzaamheden te ondersteunen.

Daarbij wordt er door huisartsen veel waarde gehecht aan routine en vasthouden van het goede en het bekende. In een interview werd aangegeven dat “je raakt gewend aan het ongemak dat je met IT hebt”. Huisartsen zijn niet per definitie IT-minded. IT en de visie daarop zit niet in de opleiding en de dagelijkse routine. Ook is de “winst” om op het gebied van IT te veranderen onvoldoende aanwezig en niet duidelijk. Een huisarts, HA-praktijk, zorggroep en gezondheidscentrum die van IT-leverancier verandert, haalt extra werk, kosten en risico’s binnen de muren van zijn/haar onderneming. Hij/zij wordt, zoals een van de geïnterviewden aangaf, gevraagd om anders te leren zwemmen zonder dat duidelijk is of de overkant met de andere “slag” wordt gehaald. Je weet wat je hebt en niet wat je krijgt. Inzicht ontbreekt in alternatieven, niet duidelijk is de continuïteit en strategie van IT-leveranciers en onbekend is waar “digitalisering” zich de komende jaren naartoe ontwikkeld.

De sector (eerste lijn en IT-markt) lijkt door de ontstane situatie een richting te zijn ingeslagen, waarbij de focus primair op de korte in plaats van de lange termijn wordt gelegd. Wet- en regelgeving, integratie en het oplossen van speerpunten (o.a. verhuisberichten-problematiek) zijn de belangrijkste prioriteiten. Vernieuwing vindt ongericht plaats en wordt beperkt door de kaders waarbinnen huisartsen en IT-leveranciers acteren (o.a. visie, structuur, cultuur, mensen en middelen).

Geconcludeerd wordt dat er ten aanzien van de eerstelijnszorg IT sprake is van de zo genaamde “digitaliserings-paradox”:

“een paradoxale situatie is ontstaan: er is tevredenheid over het dagelijks gebruik van IT en gewenning is ontstaan aan “ongemak”
versus
in de nabije toekomst is een “digitale transformatie” noodzakelijk zodat de eerste lijn de sleutelrol waar kan maken die zij strategisch en maatschappelijk in de zorg krijgt toegedicht.”



Figuur 1 Interbellum, van heden naar de nabije toekomst





Wat is het probleem?

Voordat het probleem verder wordt uitgewerkt stellen wij vast dat de problematiek niet zit binnen de “muren” van de HA-praktijk zelf, het aantal XIS’sen en het aantal IT-leveranciers.

- In de huidige tijd dient zorgdigitalisering in zijn totaliteit te worden gezien. De huisarts werkt samen met de patiënt, ziekenhuis, VVT, apotheek, GGZ, fysiotherapeut, gemeente, etc. Digitalisering moet in deze context worden gezien en niet enkel en alleen als IT voor de huisarts (zowel binnen als buiten de ‘muren’).
- In Nederland is sprake van een vrije markt, waarbij iedere IT-leverancier het recht heeft een eigen product op de markt te brengen. Daarbij is in de andere sectoren in de zorg is te zien dat minder IT-leveranciers niet per definitie beter is en leidt tot meer vernieuwing en tevreden gebruikers.

Het gaat erom dat er “goede en voldoende” concurrentie is en dat er adequaat ingespeeld kan worden op ontwikkelingen op maatschappelijk, technologische, zorginhoudelijk- en wet- en regelgevingsvlak,

Probleem 1: Beperkte ruimte voor vernieuwing

Ingeschat wordt dat 80-90% van de ontwikkelcapaciteit die bij de huidige HIS-leveranciers beschikbaar is, wordt besteed aan onderhoud, wet- en regelgeving en landelijke integratie (gegevensuitwisseling/koppelen). De resterende 10-20%, de zogenaamde “vrije ruimte” blijft over voor vernieuwing en innovatie. Het gaat bij de 80 tot 90 % onder andere om:

- Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), ofwel General Data Protection Regulation (GDPR). De GDPR is op 25 mei 2016 in werking getreden en gaat op 25 mei 2018 van kracht worden. Huisartsen dienen te voldoen aan de AVG.
- De betrouwbaarheid, volledigheid en integriteit van de data dient verder te worden geborgd. Specifiek voldoen aan ISO27001, NEN7510, etc.
- De wettelijke veranderingen rondom het beschikbaar stellen van digitale zorggegevens (in 2020). Patiënten krijgen het recht digitaal te beschikken over hun eigen gezondheidsgegevens en zij zullen de komende jaren op grote schaal gaan beschikken over persoonlijke gezondheidsomgevingen (pgo’s) waar zorgaanbieders gezondheidsgegevens naar toe ontsluiten. De IT-markt en huisartsen dienen daarvoor gereed te worden gemaakt.



Figuur 2 Vrije ruimte



Voor wat betreft de 10-20% is er sprake van een ongekanaliseerde en versnipperde digitale “vernieuwing”. Momenteel bouwen en onderhouden softwareleveranciers allemaal apart van elkaar vergelijkbare functionaliteiten. Het overzicht ontbreekt wie waar mee bezig is. Bepaalde leveranciers leggen de focus op het koppelen. Anderen op het ontsluiten van de patiënten, etc. Aangegeven is dat de kernfunctionaliteit van het HIS voor de “gewone huisarts” de afgelopen jaren niet wezenlijk is veranderd.

Het ontbreekt aan regie en overeenkomstige, tussenliggende componenten (centrale voorzieningen), die de verschillende informatiesystemen van de verschillende zorgverleners met elkaar verbinden. Daarmee gaat er ontwikkelgeld en -capaciteit voor de sector “verloren”. Het maakt digitale technologie en het gebruik van verschillende systemen nu vaak beperkend. Technologie vormt daardoor een belemmering voor zorginnovatie, verandering en samenwerking. Hoewel er door de gehele zorgsector wordt gewerkt aan standaardisatie en integratie zal het nog meerdere jaren duren voordat dit punt is opgelost. Tevens speelt mee dat een aantal HIS'sen technisch zijn verouderd (moeilijk aan te passen).

Probleem 2: Transparantie ontbreekt en IT-investeringen huisartsen blijven achter op markt

Het staat vast dat de zorg in toenemende mate investeert in “digitalisering”. Er zijn geen betrouwbare cijfers beschikbaar als het gaat om de investeringen en kosten van digitalisering in de huisartsenzorg. Uit de interviews en beschikbare documentatie komt naar voren dat de huisartsen achterblijven op en niet mee kunnen komen in landelijke groeitrend. Een ruwe inschatting is dat een HA-praktijk tussen de 2-4% aan IT uitgeeft als percentage van de omzet. In de VVT, ziekenhuizen en GGZ liggen deze percentages hoger (zie tabel 2).

Veel is echter onduidelijk en niet transparant:

- Niet duidelijk is hoe groot de IT-markt is voor de huisartsenzorg en/of in welke mate deze al dan niet groeit.
- Niet duidelijk is wat de “financiële norm/benchmark” is voor onder andere software, hardware, IT-services en eventueel intern/extern IT-personeel.
- Niet duidelijk is welke vergoeding een huisarts krijgt voor IT. Aangegeven is dat de IT-component nooit is gestegen en nu niet meer zichtbaar is in de vergoeding.
- Niet duidelijk is wat de kosten en investeringen zijn die samenhangen met de aanschaf, implementatie, gebruik/onderhoud van HIS'sen, KIS'sen en andere IT-oplossingen (inclusief de bandbreedtes hierin).
- Niet duidelijk wat een HA-praktijk en de sector de komende jaren kunnen en bereid zijn te investeren om bij te blijven en in te spelen op maatschappelijke-, technologische-, zorginhoudelijke- en wet- en regelgevings-ontwikkelingen.
- Niet duidelijk is wat de lange termijnstrategie is van de verschillende IT-leveranciers en in welke mate zij bereid zijn te investeren en slagkracht hebben om adequaat in te spelen op de toekomst.

Om in te spelen op de landelijke zorg IT-ontwikkelingen, regionale en multidisciplinaire samenwerking, wet- en regelgeving en de omslag naar persoonlijke zorg lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat er meer geïnvesteerd moet worden. Het gaat daarbij niet alleen om harde IT-investeringen/kosten maar ook om “organisatorische investeringen/kosten”. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarbij alle huisartsen in een regio besluiten om over te gaan tot een gezamenlijke HIS-leverancier. Kosten: selectie, implementatie, data-conversie, testen, opleiden, eventueel afkopen lopende contracten en afschrijven hardware. De vraag is of individuele HA-praktijken deze kosten kunnen en willen dragen.



Schatting IT-kosten als percentage van de omzet	
Zorgaanbieder	% van de omzet
Huisarts	2-4 % (ruwe schatting)
Ziekenhuis	5-7 %
GGZ	5-6 %
VVT	4-5 %

Tabel 2 Schatting IT kosten

Probleem 3: Geen “digitale” toekomstvisie en roadmap

Het ontbreekt de eerstelijnszorg aan een eenduidige, gedragen en geaccepteerde digitale toekomstvisie, een roadmap met mijlpalen:

- Waar IT-leveranciers, huisartsen, regio's, zorggroepen en gezondheidscentra zich op kunnen richten;
- en waar de sector op kan sturen en handhaven o.a. het stellen van prioriteiten en tijdslijnen, het richten van de beschikbare investeringsruimte en ontwikkelcapaciteit, het naleven van gemaakte afspraken (toetsen en borgen).

De LHV heeft aangegeven bezig te zijn met het opstellen van een visie op het gebied van ICT (nog in concept). Daarnaast is in 2016 een informatiebeleidsplan opgesteld dat zich richt op zes speerpunten (visie & strategie, veiligheid & privacy, beschikbaarheid & uitwisseling gegevens, e-health, doorontwikkeling HIS en PGD). Tevens heeft InEen een toekomstverkenning Eerstelijns 2030 uitgevoerd. Kernboodschap die de LHV in deze visie uitdraagt is:

Als de huisarts 's ochtends op de praktijk de computer aanzet, dan moet alles werken om het reguliere huisartsenwerk te ondersteunen. Tijdens het spreekuur, bij overleggen, declareren en voor uitwisseling met andere zorgverleners en met de patiënt.

Alles wat werk gerelateerd is (zorginhoudelijk, organisatorisch en financieel) moet geïntegreerd via het huisartseninformatiesysteem (HIS) gemakkelijk, betrouwbaar, snel beschikbaar én raadpleegbaar zijn voor de huisarts.

De ICT in de huisartsenzorg moet intuïtief en simpel te gebruiken zijn en de huisarts en zijn/haar team ondersteunen in het zorgproces. Het moet ook voldoen aan de maatschappelijke verwachtingen, wettelijke eisen en de eigen behoeften van huisartsen. Zowel tijdens praktijkuren, als tijdens de avond-, nacht- en weekenduren waarin huisartsenzorg wordt geleverd.

ICT in de huisartsenzorg moeten vanzelfsprekend voldoen aan de eisen van de wet en de eisen van de beroepsgroep op het gebied van privacy en beveiliging.

De boodschap lijkt gericht op korte termijn en binnen de “muren” van de HA-praktijk. De boodschap appelleert minder aan de huisarts als “gezondheidscoach” voor de patiënt in de wijk als onderdeel van het multidisciplinaire netwerk in de regio. Het speelt in op wet en regelgeving en minder op de innovatieve IT-ontwikkelingen die er gaande zijn in de zorg en de maatschappij. Ook komt niet naar voren dat de IT voor



huisartsen, de IT-markt en de huisartsen zelf moeten veranderen om echt klaar zijn en echt goed in te kunnen spelen op de toekomst.

Probleem 4: Vraag articulatie is versnipperd

Het ontbreekt de huisartsen aan regie en een eenduidige en gestructureerde vraagarticulatie naar de IT-markt toe. Eerder in dit document zijn een groot aantal overleg- en organisatievormen beschreven. IT-leveranciers worden door de ontstane situatie op vele manieren bevraagd. Leveranciers staan voor de haast onmogelijke taak alle wensen te bedienen. Helemaal ongeleid is de vraag niet. Een aantal sterke basiselementen is aanwezig.

Sterk is dat jaarlijks gezamenlijk een landelijke wensenlijst wordt opgesteld en afgestemd met de IT-leveranciers o.a.:

- Oplossen van de verhuisberichten-problematiek, hier wordt aan gewerkt.
- Verbeteren faciliteren gebruik IT ten behoeve van praktijkondersteuners, hier wordt aan gewerkt.
- Medicatieveiligheid, hier wordt aan gewerkt.

De huisartsen hebben tot op heden echter weinig instrumenten (organisatorisch, financieel, verplichtend) ingericht om de uitvoering van de wensenlijst af te dwingen en met snelheid uit te voeren. Dit maakt het dat het jarenlang kan duren voordat bijvoorbeeld een punt als het verhuisbericht in alle HIS'sen is opgelost.

Sterk is ook het HIS-Referentiemodel als middel om richting te geven aan de vraag. Inbreng door gebruikers wordt verzekerd door een klankbordgroep, die gevormd wordt door een vertegenwoordiging van huisartsen uit de HIS-gebruikersverenigingen. Het referentiemodel beperkt zicht tot het HIS en strekt niet uit naar de andere domeinen.

Om in te spelen op de landelijke zorg IT-ontwikkelingen, regionale en multidisciplinaire samenwerking, wet- en regelgeving en de omslag naar persoonlijke zorg lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat er meer regie, snelheid en instrumenten noodzakelijk zijn. Doorgaan op de huidige manier van werken draagt ertoe bij dat er onvoldoende snelheid komt in activiteiten die nodig zijn om huisartsen klaar te maken voor de toekomst.

Probleem 5: Beperkte beweging klanten in complexere IT-markt

Voor de ontwikkeling van een markt en vernieuwing van functionaliteit is het gezond dat er beweging is. Op dit moment is de beweging van klanten in de markt beperkt. De toegevoegde waarde om te switchen is beperkt en switchen is complex. De huidige HIS'sen ondergaan geen grote vernieuwingen en ontwikkelen zich vooral langs de lijn van het monodisciplinaire. Functionele vernieuwingen die wel worden doorgevoerd in de HIS'sen worden niet altijd snel door huisartsen gebruikt. De KIS'sen zijn primair ingericht op bepaalde ziektebeelden (diabetes, copd, hartfalen, dementie.). Er is behoefte aan patiëntgerichte en regionale platformen. Zoals eerder aangegeven zijn hier aanzienlijke investeringen en klanten voor nodig.

Er zijn drie groepen klanten van HIS'sen:

1. **Switchers:** groep klanten die regelmatig switched van HIS-leverancier.
2. **Potentiële switchers:** groep huisartsen die bereid is te switchen. Deze groep beweegt in de huidige markt "nog" niet omdat onderscheidend vermogen er niet of niet duidelijk is op o.a. product/functionaliteit, service en prijs. Ook is niet duidelijk wat het toekomstperspectief/visie is van de leverancier. Het zijn klanten die overtuigd moeten worden van de voordelen en het vele werk dat gedaan moet worden om te switchen "is het gras echt groener bij de burens?".
3. **Trouwe klanten:** De groep waarvan het onwaarschijnlijk is dat deze zal switchen van HIS-leverancier. Ze hebben een lange historie met het HIS en zijn zeer trouw aan de leverancier.

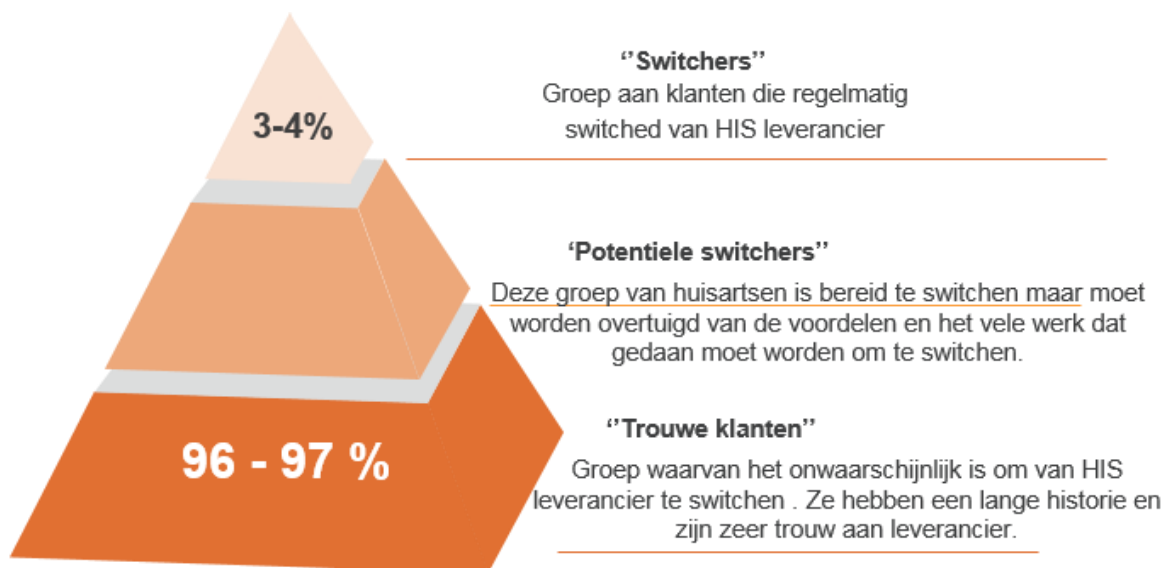


Geschat wordt dat jaarlijks 3 tot 5% van HIS-leveranciers switched. Circa 95-97% bestaat uit de categorie “om het even” en “trouwe klanten” (zie figuur). Bij de ziekenhuizen en de VVT is de laatste jaren veel beweging op de EPD/ECD-markt geweest. De systemen zijn gemoderniseerd en functioneel vernieuwd. In deze markten zijn klanten bereid geweest te switchen.

Huisartsen worden door ziekenhuizen in toenemende mate gevraagd mee te doen met portaalinitiatieven die in het kader van VIPP (Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional) zijn gestart. Ook vanuit de VVT krijgt de huisarts steeds vaker het verzoek om via het cliëntportaal te werken. Voor veel huisartsen zijn de ontwikkelingen niet meer bij te houden, te duiden/filteren en toe te passen (onvoldoende tijd, geld, kennis en mankracht).

De aard van de beslissers over wel/niet switchen verandert: van individuele huisartsen, naar HA-praktijken/ HA-groepen naar breder in regio en multidisciplinair. Een beweging is aan het ontstaan waarbij switchen steeds vaker op regionaal niveau plaatsvindt.

Een andere ontwikkeling is dat een van de grote leveranciers op dit moment bestaande klanten overzet op langdurige contracten. Het gevolg is dat deze HA-praktijken de komende zeven tot tien jaar niet zonder gevolgen kunnen switchen. Als andere leveranciers deze lijn volgen, dan gaat de markt op slot. In de andere (zorg)markten is juist een trend te zien dat contracten met IT-leveranciers een steeds kortere looptijd hebben of zelfs op elk moment opzegbaar zijn. Nieuw is ook dat een leverancier als Chipsoft zich beweegt vanuit de ziekenhuisrichting naar de eerstelijns-markt (HIX als integraal regionaal platform).



Figuur 3 "Soorten" klanten



Welke keuze moeten de huisartsen maken?

Het antwoord op het probleem van de eerstelijnszorg IT ten behoeve van huisartsen is niet eendimensionaal. Vast staat dat we niet zouden beginnen waar we nu staan, wetende wat we nu weten.

Ons gezondheidssysteem is nog nooit zo belangrijk geweest. De huisarts wordt gezien als hoeksteen van het Nederlandse zorgmodel. Het is voor Nederland van groot belang dat in de gedigitaliseerde gezondheidszorg de huisarts een cruciale positie houdt in het realiseren van een duurzame, doelmatige, persoonsgerichte gezondheidszorg dicht bij huis en van een hoge kwaliteit. De nu aanwezige kaders geven geen garantie dat de sterke positie die huisartsen altijd hebben gehad als het gaat om de adoptie en het gebruik van IT behouden blijft. Sterker nog, de signalen laten zien dat de huisarts op het terrein van “digitalisering” ruimte verliest.

De huisartsen staan op een kruispunt en er moet nu een richting worden gekozen. Afwachten en voortgaan op de huidige weg is geen optie omdat de regie op de aanpak dan verschuift naar andere partijen, wellicht andere sectoren. Er zijn ons inziens maar twee keuzes:

- 1. Krachtig investeren in het ontwikkelen van integrale regionale oplossingen onder regie van de eerstelijnspartijen, waarbij innovatie en kwaliteitsborging een centrale rol spelen. Daarbij is het noodzakelijk dat de eerste lijn bereid is de bestaande structuren, processen en ICT-invulling ter discussie te stellen en accepteert dat evolutie mooi is waar het kan, maar revolutie nodig is waar het moet.**

of

- 2. De samenwerking wordt gezocht met en geaccepteerd wordt dat krachtige partijen (financieel sterk, met wortels in 2^{de} en 3^{de} lijn) expanderen naar de eerstelijns met platformoplossingen voor regionale zorg ICT.**

Deze keuze bepaalt de richting van een actieplan waarin de hierna beschreven oplossingsrichtingen een plek moeten krijgen. Zonder deze keuze verliest de sector zeggenschap.

Welke oplossingsrichtingen zijn er?

Oplossingsrichtingen doorbreken “digitaliserings-paradox”

De sleutel om het tij te keren ligt niet zozeer in het 1 voor 1 uitvoeren van de verschillende oplossingsrichtingen die in de volgende paragrafen worden weergegeven. De belangrijkste boodschap van dit paper is dat ...

... huisartsen eerst zelf de “digitaliserings-paradox” moeten doorbreken. Het ‘probleem’ moet voor alle actoren duidelijk zijn en er moet een breed gevoel van urgentie ‘sense of urgency’ zijn wil er iets veranderen. Belangrijk is dat motivatie intrinsiek vanuit de huisartsen zelf komt en dat de visie op de toekomst niet wordt geleid door emotie...

Om op de lange termijn waarde met “digitalisering” te creëren, is het tevens belangrijk zeker te stellen dat de kaders kloppen, onafhankelijk of er tegemoet wordt gekomen aan de roep om minder IT-leveranciers, HIS'sen, KIS'sen, HAPIS'sen of andere systemen.

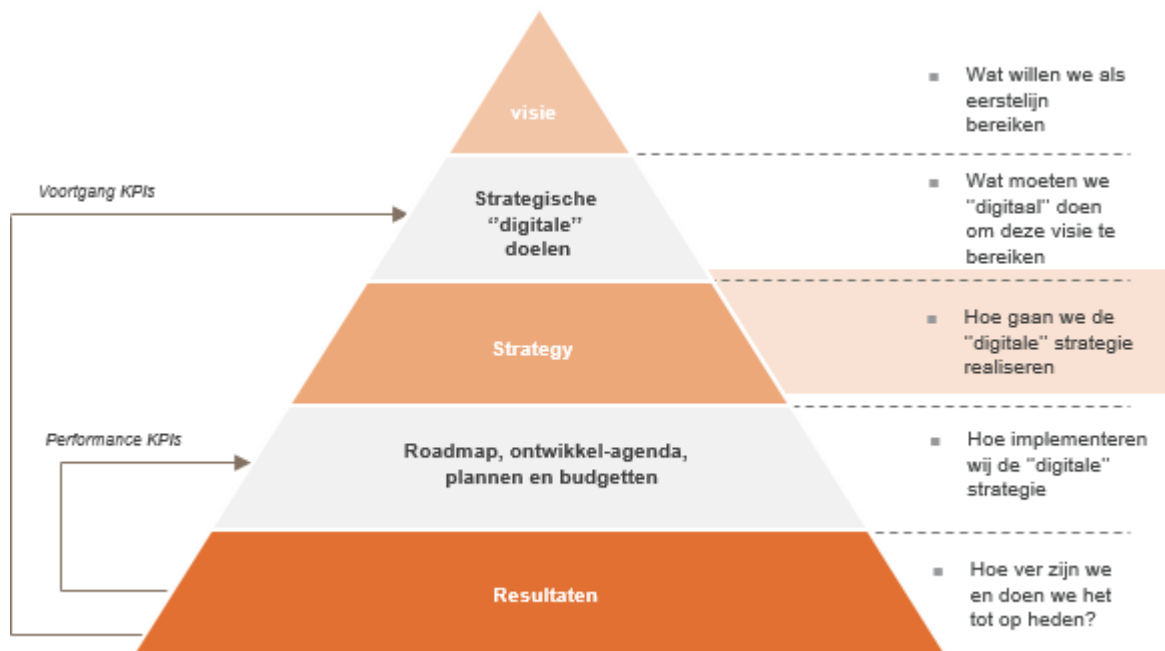
In de volgende paragrafen worden een aantal oplossingsrichtingen gegeven. Deze oplossingsrichtingen zijn niet volledig en geven een aanzet tot de discussie en activiteiten om de “digitaliserings-paradox” en de benodigde verandering in gang te zetten.



Ontwikkel een 'digitale' toekomstvisie, roadmap met mijlpalen (meerjarig)

Voorgesteld wordt dit op landelijk niveau te doen, waarbij de IT-leveranciers pre-competitief met de koepels en gebruikersverenigingen, aantal regio's, etc. samen gaan zitten om de "digitaliserings"-visie en roadmap op te stellen. Daarbij is het van belang breed te kijken inclusief een visie op digitalisering POH, doorontwikkeling HIS en KIS, pgo, zelfzorg, zorgroepen, regio- en ketensamenwerking, landelijke doelen, etc. De visie dient onder andere aan te sluiten bij de "Toekomstvisie Huisartsenzorg", het "Standpunt gegevensbeheer en uitwisseling" en het huisartsen-EPD. Benadrukt wordt dat de visie niet dichtgespijkerd mag worden. Ruimte is nodig voor onder andere regionale verschillen en eigen kleuring door IT-leveranciers.

Vanzelfsprekend dient de visie, roadmap en mijlpalen te worden afgestemd met de verschillende stakeholders (inclusief zorgverzekeraars en overheid). Vervolgens moet er worden vastgesteld wat er voor nodig is om de visie uit te voeren en na te leven. Van belang is dat de visie zekerheid en richting geeft aan vernieuwing en de ontwikkeling van de IT-markt (inclusief input voor contractering). Van belang is om voorafgaand aan een dergelijk traject te borgen dat "partijen" echt samen willen werken en ook accepteren dat het stellen van eisen, toetsen en het borgen onderdeel uitmaakt van dit traject.



Figuur 4 Strategie piramide

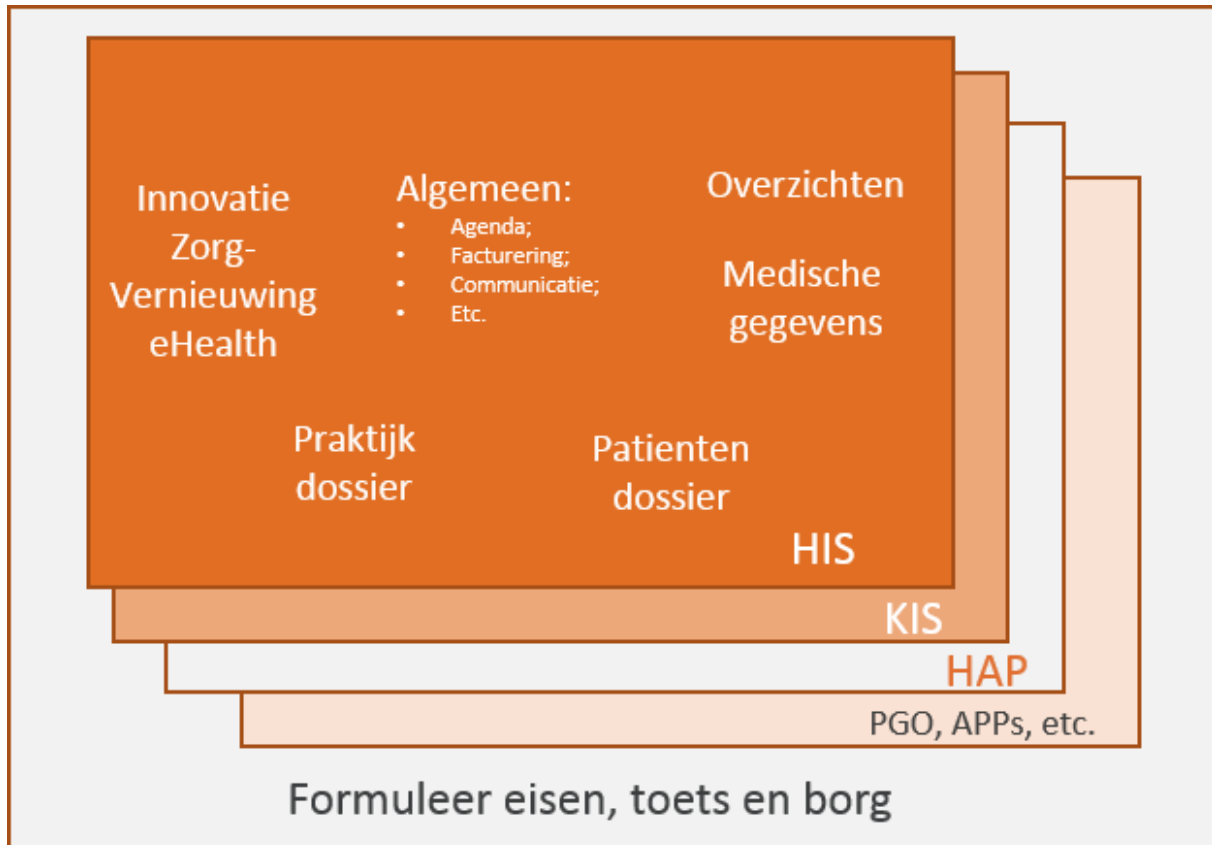
Zet een model op voor het formuleren van eisen, toetsen en borgen

Zet een model op voor het formuleren van eisen, toetsen en borgen, zodat er zicht en grip wordt verkregen op de kwaliteit van de systemen die in de huisartsenzorg worden gebruikt: HIS, HAPIS, KIS en multidisciplinaire samenwerkingsplatformen. Overwogen kan worden om op basis hiervan het gebruik van gekwalificeerde systemen in de huisartsensector af te dwingen. Het gebruik van gekwalificeerde systemen kan eveneens richting geven aan de prioritering, de roadmap, de planning en benodigde financiën (niet alles kan tegelijkertijd gerealiseerd en getoetst worden).

De huisartsen hebben met het HIS-referentie model een krachtig middel om een dergelijk model op te stellen. Om in te spelen op de landelijke zorg IT-ontwikkelingen, regionale en multidisciplinaire samenwerking, wet- en



regelgeving en de omslag naar een persoonlijke zorg wordt voorgesteld het HIS-referentie model breed te hanteren en niet te beperken tot het HIS. Dit om richting te geven aan de ontwikkeling van de IT-markt, producten en de discussie met andere zorgaanbieders (ziekenhuizen, VVT, GGZ, Apotheek, Gemeente, etc.) en uiteraard de patiënt.



Figuur 5 Referentiemodel

Versterk de organisatie rondom
“digitalisering” en zet daarbij de regio centraal

De kennis en de capaciteit ten aanzien van ‘digitalisering’ van de eerstelijnszorg sectorbreed dient te worden vergroot door deze te bundelen op regionaal niveau met landelijke support.

Professionalisering en opschaling is noodzakelijk. De ontwikkelingen op het gebied van “digitalisering” gaan internationaal, nationaal en regionaal snel. Het onderwerp overstijgt de “muren” van de huisartsenpraktijk.

Huisartsen beschikken in tegenstelling tot bijvoorbeeld de ziekenhuizen, VVT en GGZ niet over eigen IT-afdelingen. Landelijke en ook regionaal is de capaciteit en kennis die nu beschikbaar is beperkt. Het onderwerp “digitalisering” kan er (bestuurlijk) niet meer even bij worden gedaan naast het reguliere werk:

- Bundeling van IT-kennis en –capaciteit op regionaal niveau is cruciaal. Op regionaal niveau vindt de komende jaren de executie plaats. Het wiel wordt op dit moment op vele malen en plaatsen opnieuw uitgevonden. Daarbij heeft elke regio een eigen dynamiek om rekening mee te houden (stedelijk en landelijk, de cultuur en historie, de speerpunten op het gebied van zorg in de regio, de wijze van samenwerking tussen eerste en tweede lijn, etc.).



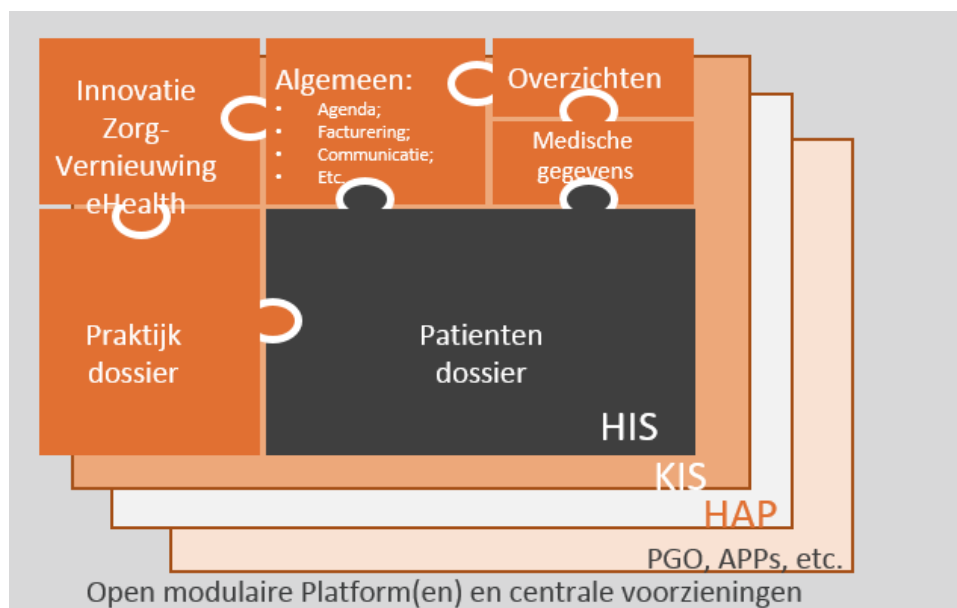
- Bundeling ontzorgt individuele huisartsen, HA-praktijken/ HA-groepen. Regionale en multidisciplinaire kennis en capaciteit is eveneens nodig. Immers HIS, KIS, PGO, Portalen Ziekenhuizen/ VVT/GGZ/Apotheek/Gemeentes etc. kunnen niet los van elkaar worden gezien.
- Bundeling vergroot de inkoopmacht, scholingsmogelijkheden en het maakt de sector voor IT-leveranciers interessanter om in te investeren.

Niet alles kan en moet regionaal plaatsvinden. Onderwerpen als standaardisatie, wet- en regelgeving, vertegenwoordiging in het informatieberaad etc. zijn typisch zaken om landelijk te regelen. Bundeling van en versterking van IT-kennis en capaciteit op landelijk niveau is hierbij ook van belang. Het kan worden gerealiseerd door vanuit o.a. NHG, LHV en InEen één aanspreekpunt/organisatie te hebben voor “digitalisering”. Aangegeven is dat de koepels besloten hebben een dergelijk aanspreekpunt in te regelen.

'Dwing' de markt om zich modulair en richting platformen te ontwikkelen

Wereldwijd is een ontwikkeling te zien in de IT dat systemen steeds opener worden, modulair zijn opgebouwd en zich bewegen richting platformen. In de zorg is deze ontwikkeling nog niet dominant aanwezig maar het begint wel te komen. Verwacht mag worden dat IT-leveranciers steeds meer rekening gaan houden met deze ontwikkeling.

Een mogelijke oplossing is om als sector toe te werken naar het integreren van de HIS'sen, KIS'sen en HAPIS'en, app's, pgo's, etc. (inclusief single sign-on). De oplossing ligt niet in het creëren van grote/logge totaal-systemen, maar meer in het flexibel maken van de systemen door “open architectuur” en “gedeelde standaarden”. Mogelijk werken met “modulaire bouwblokken”. Dit wil zeggen stukken functionaliteit die afzonderlijk kunnen worden aangeschaft door HA-praktijken en die samen een totaaloplossing vormen (zie onderstaand figuur). Daarbij is het initiatief om te komen tot centrale voorzieningen ook belangrijk. Hierbij zijn leveranciers samen verantwoordelijk voor gemeenschappelijke elementen (uniforme 'stekkers'). Het idee daarbij is: sneller ontwikkelen, laag houden van kosten en alles aan één standaard te laten voldoen. Bovendien wordt het hierdoor eenvoudig voor alle partijen om op de voorzieningen aan te sluiten. Inmiddels is het zorgadresboek als eerste voorziening in gebruik genomen. Aangegeven is dat gewerkt en gedacht wordt aan e-consult, toegang pgo-voorzieningen en declaratievoorzieningen.



Figuur 6 Modulaire platformen



Maak echt werk van het “digitaal” scholen van de eerstelijns

De ontwikkelingen op het gebied van IT gaan enorm snel en de ontwikkelingen zetten zich verder door. De gebruikers/doelgroep van de eerstelijns IT zijn de afgelopen jaren sterk veranderd. Vroeger werd de IT ingezet om de huisarts te ondersteunen. Nu is er aanvullend sprake van ondersteuning voor: pr-assistent, POH'ers, etc. Ook is sprake van automatisering over gezondheidscentra/-groepen heen en interactie met verschillende ketenpartners waaronder het ziekenhuis, VVT, GGZ en uiteindelijk de patiënten (mantelzorgers).

De huisarts en andere zorgprofessionals in de eerste lijn zijn beperkt opgeleid als het gaat om IT. Voorgesteld wordt om echt aandacht te besteden aan het structureel opleiden en bijscholen van de sector op het gebied van digitalisering onder andere over:

- IT-trends en landelijke ontwikkelingen zoals MedMij, VIPP, ZIB, etc.
- mogelijkheden en onmogelijkheden van digitale transformatie
- toepassen e-health in de praktijk
- optimalisering huidige gebruikte IT. De HIS'sen, KIS'sen, etc. beschikken nu al over veel functionaliteit die niet wordt gebruikt (onbekendheid)
- wet- en regelgeving, security

De sector zou er baat bij hebben een soort van 'digital academy' voor de praktiserende professionals en een standaardcurriculum in de basisopleiding tot huisarts, praktijkondersteuner, etc.

Zet een “verbeterplan” digitalisering eerstelijns IT-huisartsen op (inclusief financiering)

Een mogelijke optie is daarbij te kijken naar wat apothekers aan het doen zijn op het gebied van aanbieders van Apotheek informatiesystemen (AIS).

In de AIS-markt was/is ook sprake van een beperkte ontwikkelcapaciteit bij de softwarehuizen en beperkte ruimte voor de wensen van apothekers. Daarnaast leggen de wettelijke en administratieve regelingen een zware druk op de innovatie van het AIS:

- KNMP werkt primair vanuit de “pijndossiers” in de sector (bijvoorbeeld declaratie).
- Alle betrokken partijen worden aan één tafel gezet. Het gaat dan met name om mensen uit de praktijk die dagelijks de pijn ervaren en die het ook moeten oplossen (o.a. “echte” apothekers, IT-leveranciers, etc.).
- Vervolgens stellen ze gezamenlijk het probleem vast en gaan dan aan de slag met een business case, inclusief paragraaf voor elke leverancier wat het hen gaat kosten en een planning om het op te lossen.
- Aan de zorgverzekeraars wordt gevraagd om financiering.
- Er worden User Acceptance Test-criteria opgesteld en contracten ondertekend met boeteclausules voor leveranciers als er niet volgens de criteria en op tijd wordt opgeleverd.

Door op deze manier te werken, streeft de branche naar overeenstemming over de prioriteiten om snelheid te realiseren in het oplossen van de verdere ontwikkeling van het AIS. Verbetering en innovatie wordt hierdoor min of meer onder centrale regie met kennis van zaken uitgevoerd en aangestuurd vanuit de sector. Zorgverzekeraars zijn in dit geval bereid geweest middelen beschikbaar te stellen om concrete doelstellingen te realiseren (financiering koppelen aan te realiseren doelen). Een dergelijk verbeterplan legt druk op leveranciers, zorgt op termijn voor vernieuwing, duidelijke prioritering en doelbinding van beschikbaar gestelde gelden.

Aangegeven is dat vanuit de LHV een vergelijkbaar voorstel is opgesteld en dat dit voorstel is aangeboden aan de zorgverzekeraars. Daarbij is opgemerkt dat de LHV het van belang vindt dat de zorg dergelijke



verbeterplannen in samenhang uitvoert. Op deze manier wordt voorkomen dat elke “koepel” streeft naar een eigen optimalisatie van de IT-markt.

Experimenteer en leer op drie tot vijf plekken in Nederland door het opzetten van “digitaliserings” proefomgevingen of living labs

Een bewezen methode vanuit de start-up wereld is het combineren van succes op korte termijn: door efficiëntie en incrementele veranderingen - met succes op de langere termijn - aan de hand van flexibiliteit, autonomie en experimenteren. In de ziekenhuizen, VVT en GGZ wordt op dit moment samen met IT-leveranciers en start-ups meer en meer geëxperimenteerd met nieuwe technologie. Zij hebben de schaal (mensen, middelen, structuur en cultuur) om dit te doen. De huisartsen missen de schaal om echt goede digitaliserings-proefomgevingen of living labs op te zetten.

Voorgesteld wordt om als sector drie tot vijf “digitaliserings” proefomgevingen of living labs* in het land op te zetten waarin HA-praktijken regionaal samenwerken met een groep van leveranciers waarin werkende totaaloplossing worden ontwikkeld c.q. te zien zijn. Denk bijvoorbeeld aan een living lab in een landelijk gebied, een stedelijke omgeving en een gemixte omgeving. Deze proefomgevingen staan open voor andere HA-praktijken, zorggroepen, gezondheidscentra, patiënten, zorgverzekeraars, gemeentes, etc.

Rol van de patiënt: Expliciet wordt benadrukt dat er altijd patiënten betrokken moeten worden bij het ontwerpen en ontwikkelen van dergelijke proefomgevingen.

Rol van de regio: Expliciet wordt benadrukt de regio te betrekken bij het ontwerpen en ontwikkelen van dergelijke proefomgevingen.

Overweeg een marktonderzoek uit te voeren om meer inzicht te krijgen in investeringen/kosten van digitalisering

Zoals eerder aangegeven is veel niet duidelijk en transparant:

- Niet duidelijk is hoe groot de IT-markt is voor de huisartsenzorg en/of in welke mate deze al dan niet groeit.
- Niet duidelijk is welke vergoeding een huisarts krijgt voor IT. Aangegeven is dat de IT-component nooit is gestegen en nu niet meer zichtbaar is in de vergoeding. Niet duidelijk is wat de “financiële norm of benchmark” is voor onder andere software, hardware, IT-services en eventueel in-/extern IT-personeel.
- Niet duidelijk is wat de bandbreedtes zijn in de kosten en investeringen die samenhangen met de aanschaf, implementatie, gebruik/onderhoud van HIS'sen, KIS'sen en andere IT-oplossingen.
- Niet duidelijk is wat een HA-praktijk en de sector de komende jaren kan en bereid is te investeren om bij te blijven en in te spelen op maatschappelijke-, technologische-, zorginhoudelijke- en wet- en regelgeving-ontwikkelingen.
- Niet duidelijk is wat de lange termijnstrategie is van de verschillende IT-leveranciers en in welke mate zij bereid zijn te investeren en (nog) slagkracht hebben om adequaat in te spelen op de toekomst.



Inzicht in de bovenstaande punten is niet alleen belangrijk voor de huisartsensector zelf om richting te geven aan de landelijke, regionale en HA-praktijk strategie en visie. Het is ook belangrijk voor de totale ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland.

Toegevoegd wordt nog om eveneens te kijken wat voor effect “nieuwe” zorgconcepten gaan hebben op de investeringen en kosten van de eerstelijnszorg IT. Daarbij wordt ook aangeraden om de manier van financiering mee te nemen. Op dit moment vindt financiering plaats op afzonderlijke zorgaanbieders (uitzondering is de zorggroep). Er zijn op dit moment verschillende initiatieven in Nederland waarbij “digitalisering” zorgvernieuwing en een andere manier van financiering hand in hand gaan. Dergelijke trajecten kunnen op termijn een grote impact hebben op de huisartsenzorg.

Zoek de oplossing niet alleen in gegevensuitwisseling, maar ook in de processen/logistiek

Landelijk wordt er veel aandacht besteed aan het oplossen van het probleem van gegevensuitwisseling. Denk aan de Zorg Informatie Bouwstenen (Zib's) en andere standaarden en afspraken voor gegevensuitwisseling.

Op het gebied van digitalisering zit de oplossing en versnelling van adoptie voor de huisarts op meerdere lagen. Zo is het op elkaar afstemmen van processen/workflow bij en tussen zorgprofessionals die regionaal in een netwerk multidisciplinair samenwerken van belang. Systemen/platformen dienen hierin goed en eenvoudig de huisarts te faciliteren. Het enkel en alleen verkrijgen van data van en bij de patiënt is niet voldoende. Modellen als het EMRAM adoptie-model, continuüm of care model en het Vijflagenmodel dat Nictiz gebruikt voor interoperabiliteit kunnen hierin helpen.

Uiteraard is het zo dat gegevensuitwisseling tussen zorgverleners belangrijk is. Het zorgt voor een compleet en actueel beeld van de gezondheidssituatie van de patiënt. Dit draagt bij aan patiëntveiligheid. Want continue beschikbaarheid van bijvoorbeeld het actuele medicatiedossier maakt de kans op fouten kleiner. Het gebruik van standaarden draagt hieraan bij.



Figuur 7 Data versus processen



Kijk en ga strategisch in gesprek met IT-leveranciers in eigen markt en aanpalende markten

In dit paper is beperkt ingegaan op de ontwikkelingen die er gaande zijn in de “KIS-wereld”. Het lijkt erop dat de prijszetting bij de introductie van KIS-systemen op de markt op een hoger niveau is ingezet als die van HIS’sen. Dat levert mogelijk ruimere financiële mogelijkheden voor vernieuwing. Daarbij ontwikkelen de meeste KIS’en zich tot samenwerkingsplatforms waardoor het begrip aan het verouderen is. Ook lijken de KIS’sen gebruik te maken van moderne ontwikkeltechnieken en slimme afstemming met gebruikers.

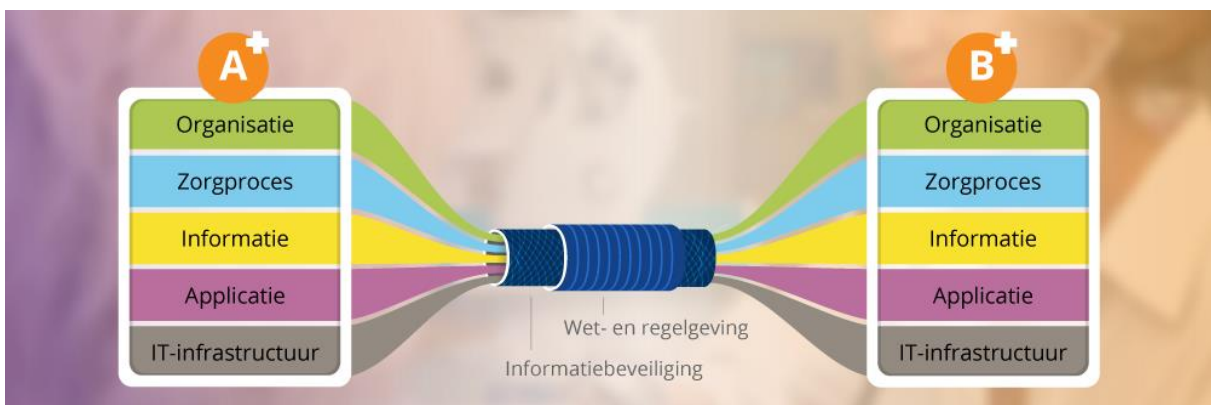
Een andere ontwikkeling is dat leveranciers vanuit andere sectoren in de zorg zich aan het richten zijn op de regio en daarmee op de eerste lijn. Een voorbeeld daarvan is dat EPD-leveranciers vanuit de ziekenhuizen werken aan het bouwen en uitrollen van regionaal platformoplossingen.

Met het bovenstaande wordt niet gesuggereerd dat de HIS-leveranciers niet bezig zijn met de toekomst. Voor hen is het cruciaal om daarmee bezig te zijn. HIS-leveranciers investeren wel degelijk: VZVZ-HIS-KIS-uitwisseling, koppeling en ondersteuning ExpertDoc, portals, stapje voor stapje: verhuizen HA-dossier, OZIS HIS-KIS-uitwisseling. Tevens zijn een aantal HIS-leveranciers in de afgelopen jaren overgenomen door Private Equity-partijen. Vaak is het nog ongewis wat dat voor de eerstelijns IT voor huisartsen gaat betekenen.

Tot slot

In dit whitepaper is op basis van kennis, aangevuld met een groot aantal gesprekken met “stakeholders”, inzicht gegeven in de problematiek en mogelijke oplossingen ten aanzien van de digitalisering van de eerstelijnszorg Huisartsen.

Wij realiseren ons dat het niet mogelijk is om in een dergelijk paper volledig te zijn en alle nuances weer te geven. Zoals aangegeven is de problematiek divers en de oplossingen staan niet vast. De problematiek en ook de oplossingen raken alle lagen van het interoperabiliteitsmodel.



Figuur 8 Interoperabiliteitsmodel

Hoe verder?

De analyse in dit whitepaper omvat een vijftal concrete problemen waarvoor geen simpel recept volstaat om deze op te lossen. Het vraagt landelijk om visie en een krachtdadige aanpak om de positie van de huisarts te bestendigen en te verstevigen. De eerstelijnszorg en met name de huisarts, speelt in Nederland een cruciale rol in een duurzame, doelmatige, betaalbare en persoonsgerichte zorg dicht bij huis. Er wordt steeds meer van de eerste lijn gevraagd en digitalisering kan echt een belangrijke rol spelen in het ondersteunen van de professionals in de eerste lijn, de patiënt en de samenwerking in de regio over de zorglijnen heen. De huidige ICT-producten worden positief beoordeeld, maar ondersteunen onvoldoende de uitdagingen die op de huisarts



(of eerste lijn?) afkomen. Grote ICT-spelers staan klaar in de coulissen, sommigen zijn financieel zeer sterk en wachten slechts op het juiste moment. Gevestigde spelers zijn in beweging, waarbij de vraag is welke het echte antwoord hebben op de toekomst. Een ding is zeker, afwachten is voor de huisartsen nu geen optie.

Zoals eerder aangegeven is het noodzakelijk dat een keuze wordt gemaakt tussen:

1 *Krachtig investeren in het ontwikkelen van een integrale regionale oplossingen onder regie van de eerstelijnsorganisaties, waarbij innovatie en kwaliteitsborging een centrale rol spelen. Daarbij is het noodzakelijk dat de eerste lijn bereid is de bestaande structuren, processen en ICT-Invulling ter discussie te stellen en accepteert dat evolutie mooi is waar het kan, maar revolutie nodig is waar het moet.*

of

2 *De samenwerking wordt gezocht met en geaccepteerd wordt dat krachtige partijen (financieel sterk, met wortels in 2^{de} en 3^{de} lijn) expanderen naar de eerste lijn met platformoplossingen voor regionale zorg ICT.*

Als op landelijk niveau hier nu niet een visie op komt die duidelijk, en overtuigend is en hoe daar daadwerkelijk invulling aan te geven, is de kans groot dat huisartsen de regie en invloed kwijtraken.

De digitalisering in de maatschappij gaat met ongekende snelheid en de zorg lijkt bezig met een inhaalslag. Huisartsen lopen al jaren voorop in digitalisering, echter ziekenhuizen hebben de afgelopen paar jaar serieus geïnvesteerd in ICT-systemen en zijn bezig de achterstand met de eerste lijn in te lopen. Zoals gezegd is er geen simpel recept voor de oplossing. De geschetste oplossingsrichtingen zijn ook geen alternatieven, maar zaken die allemaal aandacht behoeven.

Over de inhoud van de analyse en de oplossingsrichtingen kan worden gediscussieerd. Sterker, er **moet** over worden gediscussieerd om met de directbetrokkenen aan de visie en de roadmap invulling te geven. Vanuit het maatschappelijk belang van de eerste lijnssector en de urgentie die uit de interviews naar voren is gekomen, achten wij het van groot belang dat ook de overheid en verzekeraars bij deze discussie aansluiten.

Het begint bij de hiervoor aangegeven keuze. De aanpak is gebaat bij stevige positionering vanuit de sector, het nadrukkelijk en expliciet uitdragen van de keuze en het openstaan voor samenwerking om deze keuze te bewerkstelligen. Een initiatief vanuit de huisartsenkoepels voor een werkconferentie met stakeholders is ons inziens een goede mogelijkheid om de keuze uit te dragen en kan een startschot zijn voor een actieplan.



Over de auteurs

Quintus Bosman is senior adviseur bij Nictiz. Hij is opgeleid tot huisarts en heeft vele jaren ervaring opgedaan in ICT en telecommunicatie. Quintus combineert als adviseur de medische kennis met ICT-expertise. Hij vertegenwoordigt Nictiz in de kerngroep die het Informatieberaad Zorg ondersteunt. Quintus is daarnaast onder meer voorzitter van het Regionaal Architectuur Platform (RAP), contactpersoon naar eerstelijnsparitien en verantwoordelijk voor de eerstelijnsprojecten.

Jan de Boer is onafhankelijk IT-strategieadviseur. De Boer is partner en eigenaar van WeDoTrust en heeft een internationale carrière van 22 jaar bij KPMG achter de rug waarvan elf jaar als partner. Hij adviseert zorgorganisaties, overheden en start-ups in Nederland en in het buitenland bij het realiseren van strategische IT-toepassingen. Hij is medeauteur van het boek 'IT in de Zorg' en heeft diverse nationale en internationale artikelen op het gebied van zorgvernieuwing gepubliceerd.

Optimale toepassing van eHealth en ICT in de zorg kan niet zonder standaardisatie. In nauwe samenwerking met zorgverleners, koepelorganisaties, standaardisatieorganisaties en industrie draagt Nictiz zorg voor de ontwikkeling en beschikbaarheid van de noodzakelijke standaarden. We doen dit door het organiseren van gemeenschappelijke ontwikkelprojecten, kennisoverdracht en kwaliteitstoetsing.

Nictiz

Postbus 19121
2500 CC Den Haag
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag

070-3173450
info@nictiz.nl
www.nictiz.nl