



# WebHIS Zorgdossier Waarom een HIS-KIS systeem?

- Ketenzorg
- Weerbarstige praktijk
- Ketenregistratie
- Protocollen in de keten
- Heden en de toekomst
- Bestaande situatie
- Gewenste situatie

## WebHIS Zorgdossier HIS-KIS de oplossing voor de Regio.

In rap tempo worden in steeds meer regio's zorggroepen opgericht om de gewenste ketens van o.a. Diabetes en COPD te kunnen faciliteren. Met het maken van centrale afspraken met de zorgverzekeraars over de te gebruiken DBC's als uitgangspunt, nemen deze zorggroepen tevens de centrale coördinatie van de gegevensverzameling d.m.v. ICT ter hand. Om de centrale coördinatie en facturatie te kunnen bewerkstelligen is namelijk ook centrale dataverzameling nodig. Iedere ketenpartner dient hierin zijn eigen bijdrage te registreren. De coördinator dient namelijk exact te weten welke patiënten wanneer actief zijn in de keten. Dit is immers van belang voor de facturatie: veelal is afgesproken dat een diabetes patiënt die tijdelijk onder behandeling is in de tweede lijn, geen onderdeel uitmaakt van de 1stelijns keten en dus ook niet mag worden gedeclareerd. Maar ook, een keten dient kwaliteitsverbetering te zien te geven, anders heeft de patiënt er geen enkel belang bij. De zorgverzekeraar stelt dit daarom ook als harde eis en vraagt ter controle van deze verbetering indicatoren waarmee dit kan worden aangetoond. Jaarlijks, desnoods maandelijks.

Dus wordt er gebruik gemaakt van een KIS: een Keten Informatie Systeem. De veelal juichende brochures van leveranciers van deze systemen beloven een enorm gemak en bovenal een volledige koppeling met alle bestaande HIS systemen. Medische data tussen het HIS en KIS worden soepel uitgewisseld zonder dat ogenschijnlijk iemand maar iets hoeft te doen. En natuurlijk, de bestaande HISsen gaan moeiteloos om met de veranderende flow van de data, wie twijfelt daar nu aan? En de privacy van de patiënt? Natuurlijk 100% gewaarborgd, vanzelfsprekend toch?



## Weerbarstige praktijk

KIS systemen met een volledige koppeling met alle bestaande HIS systemen? Wellicht is hier enige 'self-fulfilling prophecy' in het geding, maar goed beschouwd is het gewoon niet waar!

Ze bestaan namelijk niet, er is geen enkel Kis systeem die dit zelfs maar een beetje waar kan maken. Zodra een dergelijke leverancier ergens is uitgekozen, worden de HIS leveranciers plat gebeld met eisen en wensen om een dergelijke koppeling tot stand te brengen. Als leverancier van het HIS 'WebHIS Zorgdossier' zijn we helaas ervaringsdeskundige. De reden? Er zijn helemaal geen standaard uitspoelformaten voor dergelijke toepassingen. Natuurlijk, er zijn wel standaarden waar alle leveranciers zich aanhouden, maar deze hebben te maken met patiëntoverdracht, het gehele dossier dus.

Of met waarneming; het levert een professionele samenvatting op die op zich niets te maken heeft met de chronische ziekte waarop de keten zich concentreert. Ieder HIS-systeem, als het al wordt ondersteund, heeft zijn eigen methode en eigen formaat voor het aanleveren van een beperkte dataset t.b.v. de chronische zorg. Is het dan met de medische data beter gesteld? Nauwelijks, alhoewel hier tenminste pogingen worden ondernomen enige standaardisatie aan te brengen. De praktijk laat zien dat de data vaak dubbel moet worden in gevoerd in het KIS en het HIS of dat in het HIS slechts een beperkte samenvatting te zien is van wat er in het KIS gedaan is. Wat men echter wil is een volledig inzicht van de medische data van de patiënt in het HIS en het KIS zonder te moeten nadenken welke van de twee nu de volledigste is.

## Geen concessies met WebHIS Ketenzorg

### Ketenregistratie

Als uitgangspunt, de huisarts is de ketenregisseur en wenst te allen tijde in zijn/haar eigen systeem te werken. Daar bestaat weinig twijfel over. Men wil geen dubbele registraties doen en wenst zeker niet in een ander systeem dubbel te moeten gaan registreren. Daarnaast, de overige partners (diëtisten, verpleegkundigen, oogartsen, etc.) gebruiken al helemaal geen systemen die kunnen communiceren met het KIS: zij zullen wel in het centrale systeem moeten werken. Partners in de keten zijn immers niet gelijk en de mogelijkheden van de door hun in de keten gebruikte systemen (als men al iets van ict gebruikt) al helemaal niet.



Maar goed, laten we veronderstellen dat uiteindelijk de Ozis standaard door een ieder wordt ondersteund en dat het uitwisselen van data tussen het HIS en het KIS enigszins op gang is gekomen. Gaat het dan wel soepel met het gebruik van het aparte KIS systeem?

Laten we in plaats van een veronderstelling eens een vraag stellen: hoeveel HIS systemen zullen er zijn die keurig netjes verrichtingen die zijn gedaan binnen de keten als zodanig registreren? En automatisch voorkomen dat bijv. diabetes consulten toch nog worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar terwijl dat binnen de DBC helemaal niet mag. Omdat zorgverzekeraars inhoudelijk bij een declaratie helemaal niet kunnen zien waarvoor dat consult was, weten wij van gevallen waar de verzekeraar simpelweg alle door de huisarts ingediende consulten van betreffende patiënten afwijst omdat de patiënt in de keten DBC is opgenomen.

Het is dan aan de arts om aan te tonen dat het afgewezen consult niets te maken had met de chronische ziekte van de patiënt en dus wel degelijk terecht was ingediend.

Over extra administratieve last gesproken! En zorgverzekeraars die niet om deze reden afwijzen, hoe lang zullen die nog accepteren dat er veel onterecht wordt uitbetaald en er mede oorzaak van is dat de DBC het geheel juist uiteindelijk alleen maar veel duurder en meer onbeheersbaar maakt?

### Protocollen in de keten

Daarnaast, om door een ieder eenduidige registratie af te dwingen zijn er protocollen in het leven geroepen. Protocollen zorgen er voor dat data onder dezelfde noemer in de juiste rubriek wordt ingevoerd en bovenal dat de juiste vervolgvragen worden gesteld. Ze geven de coördinator inzicht of alle betrokken zorgpartners hun zegje hebben gedaan, de gegevens correct hebben ingevuld en of een regulier consult kan worden afgesloten. Bovendien zorgen ze ervoor dat de gegevens die uit het dossier van de patiënt worden gebruikt zijn voorzien van een houdbaarheidsdatum: te oude bepalingen kunnen niet worden gebruikt en instrueren de zorgverlener een nieuwe bepaling te (laten) doen. Deze protocollen zijn feitelijk de rode draad in de keten om de gewenste kwaliteit en verbetering in de zorgverlening te kunnen waarborgen.



[www.labelsoft.nl](http://www.labelsoft.nl)

De NHG heeft met de introductie van haar Prodigmo protocollen enige jaren geleden in deze haar verantwoordelijkheid genomen Labelsoft heeft in haar WebHIS Zorgdossier HIS en KIS systeem deze protocollen in gebruik genomen. Er is geen enkele vorm van standaardisatie bij de in de keten gebruikte protocollen: iedereen heeft een eigen interpretatie, of helemaal geen, of heeft een of ander buitenlands exemplaar in gebruik genomen.

Dus, alle systemen in de keten gebruiken óf afwijkende protocollen óf hebben helemaal geen mogelijkheden hiertoe. Veel erger nog, de huidige communicatie methoden die worden gebruikt voor het uitwisselen van de data onderling (in de eerste lijn zijn dit Edifact berichten zoals Medlab of Medvry, of de Ozis berichten die ook op edifact zijn gebaseerd) bieden geen enkele mogelijkheid de data-elementen te koppelen aan de elementen die vertellen in welk protocol en in welk onderdeel van dat protocol dat element behoort. Ze bieden hier eenvoudig de ruimte en mogelijkheid niet voor.

Dus, als het KIS en HIS gegevens gaan uitwisselen raakt men bij de data deze belangrijke koppeling kwijt. De huisarts kan als regisseur in het eigen systeem helemaal niet zien waar de data, die is ontvangen en is ingevoerd door de andere ketenpartners in het KIS, eigenlijk bij hoort: alleen een datum van de ontvangen bepaling geeft enige indicatie. Een bepaling? Ja, de data wordt teruggestuurd als een meetwaarde omdat men eenvoudig weg niet anders kan! Maar of het een invoer betreft van de huidige 3 maandelijkse controle of een wijziging van de vorige, is volledig onzichtbaar. Deze laatste komt gewoon als een dubbele meetwaarde in het dossier te staan zonder dat er kop of staart aan vast zit.

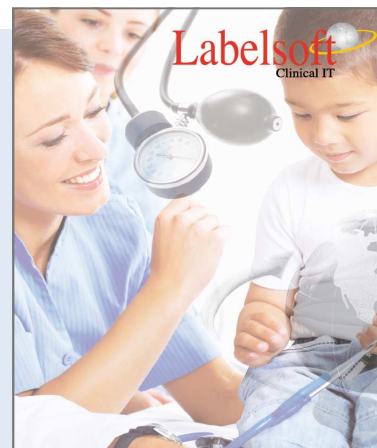
## Heden en toekomst

Het voorgaande rechtvaardigt de conclusie dat het gebruik van een apart KIS in een keten waar de huisarts als regisseur gebruik blijft maken van het eigen, en onderling afwijkende HIS systeem eigenlijk niet meer dan een lapmiddel is. Het werkt, maar ook niet meer dan dat. Professionele uitwisseling van data zonder vergaande afspraken en standaardisatie tussen de leveranciers is niet echt mogelijk en heeft daardoor, gezien de ervaring uit het verleden, zeer waarschijnlijk een permanent beperkend karakter. Een KIS zoals het nu wordt gebruikt heeft gewoon geen echte toekomst! Het is feitelijk niets anders dan een gebrek aan beter. Simpel, als iedere huisarts in de zorgregio gebruikt maakt van hetzelfde HIS is het probleem veel kleiner. Maar dan nog dient dat systeem faciliteiten te bieden dat andere zorgverleners toegang hebben tot dat systeem, zoals een KIS dat biedt. Met de juiste beveiliging zodat men alleen dát te zien krijgt waar men krachtens de functie recht op heeft. Waar automatisch de juiste declaraties worden gegenereerd en wordt voorkomen dat er fouten worden gemaakt. Waar iedereen in hetzelfde protocol werkt en de coördinator ieder moment beschikt over de juiste gegevens en de verantwoordelijke gespecialiseerde verpleegkundige continue kan aansturen en adviseren op de gewenste verbetering van de zorg. Waar de patiënt die onderdelen kan bekijken en bewerken die relevantie hebben, zoals bijvoorbeeld het invullen van de dagelijkse bloedsuikerwaarden. Waarop het systeem kan monitoren en een vooraf ingestelde zorgverlener kan waarschuwen dat deze langzaam oplopen of een te grote fluctuatie vertonen.

Proactief monitoren, dat is pas aanzet tot echte kwaliteitsverbetering! Een HIS-KIS dus.

Een systeem dat al deze functies van het HIS en KIS combineert en afrekenet met de grote nadelen van aparte en losse, onderling incompatibele systemen. HIS leveranciers zullen hun systemen moeten gaan aanpassen met de gewenste KIS functionaliteit en moeten ombouwen tot een multidisciplinair zorgverleners systeem. KIS leveranciers, indien ze willen overleven, zullen hun systemen moeten gaan ombouwen met volledige HIS functionaliteit en artsen er van zien te overtuigen dat ze tevens een volwaardig alternatief vormen voor de huidige HIS systemen. Voorlopig nog toekomst dus, moeten we voorlopig dan maar blijven aanmodderen?

Iedere arts die zijn eigen systeem wil blijven gebruiken weet dan wat de beperkingen zijn. Soms dubbele registratie, in ieder geval met twee systemen leren werken en een beperkte kwaliteit van data dat wordt terug gemeld. Alert zijn in het eigen HIS dat verrichtingen niet verkeerd worden ingediend en accepteren van extra administratieve last. Niets nieuws dus, de meeste artsen in een keten die een losstaand KIS gebruiken zijn niet anders gewend.

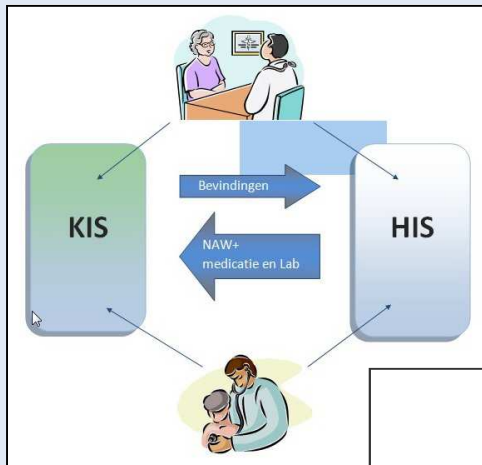


Innovatief  
en hoogwaardig

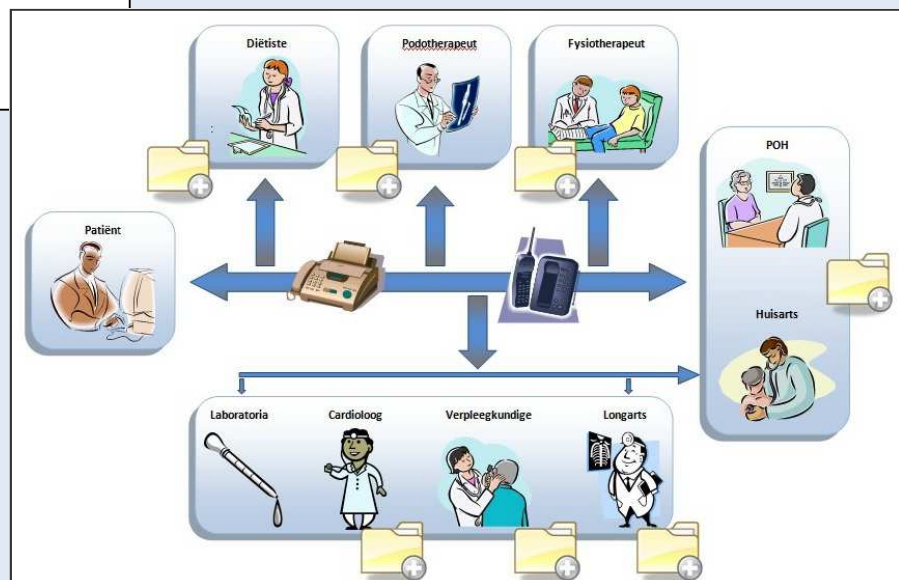
## WebHIS

- 📁 WebHIS Zorgdossier
- 📞 WebHIS Call Manager
- 📄 WebHIS Ketenzorg
- 🖨️ WebHIS RSP server
- ✉️ WebHIS Mailserver
- 👥 WebHIS Feedback module



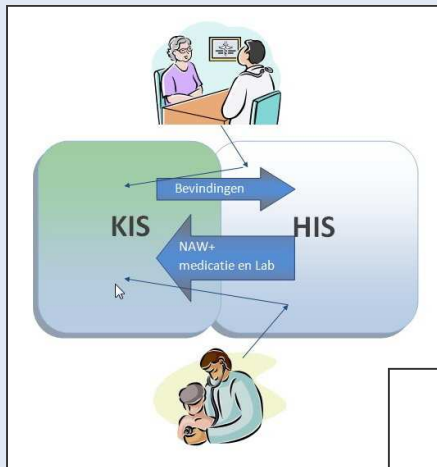


## Bestaande situatie

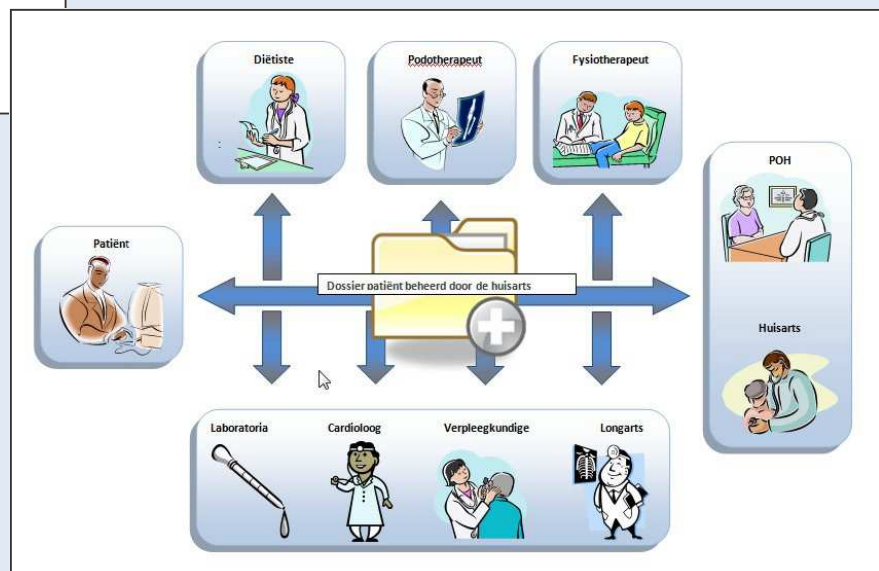


In de huidige situatie vindt en op verscheidene plaatsen dossier vorming plaats over inhoudelijk de zelfde items over de keten. Dit geeft een verzameling van knelpunten:

- Niet alle informatie is digitaal beschikbaar vanwege beperkingen in de bronssystemen
- Communicatie vindt vooral per post, telefoon of fax plaats
- Voornamelijk labgegevens zijn digitaal beschikbaar
- Dubbele invoer van gegevens
- Handmatig of via beperkte bericht geven van overname van gegevens
- Foutgevoelig
- Moeilijke aanlevering data voor verzekeraar en bepaling status patiënt in de keten



## Gewenste situatie



In de gewenste situatie voegen alle zorgverleners in de keten informatie toe aan het dossier van de huisarts, de ketenregisseur, met als grote meerwaarden.

- De arts heeft altijd een totaaloverzicht van de zorg in de keten
- Heel de keten voor de chronische zorg werkt in centrale ketensysteem (multi-disease)
- De invoer van data is protocollair en uniform
- Omdat het een systeem is wordt de toegevoegd informatie over de patiënt real-time zichtbaar
- Geen dubbele invoer van gegevens
- Er is maar een dossier voor de patiënt in de keten
- De patiënt kan actief data toevoegen aan zijn eigen dossier
- De huisarts is de regisseur

**Geen concessies met WebHIS Ketenzorg**

## Daarom een HIS-KIS

Voor de artsen die bereid zijn hierop over te stappen is het een ware opluchting: alles gebeurt in het eigen systeem, er zijn geen uitstapjes meer nodig naar een apart KIS met weer een andere interface. Registratie gaat automatisch goed waardoor de extra administratieve last achterwege blijft. Data ingevoerd door derden wordt keurig netjes gerubriceerd in de daarvoor bestemde protocollen die voor de arts in het eigen systeem gewoon zichtbaar zijn. Vergelijkingsstaten zijn in het eigen systeem zichtbaar en geven inzicht hoe de eigen patiënten t.o.v. de regio het binnen de keten doen. De verrichtingen betreffende de ketenzorg worden automatisch in het KIS geregistreerd, waardoor het per ongeluk dubbel declareren tot het verleden behoort.

De arts kan zelf bepalen welke andere zorgverlener wat mag zien en kan zelfs toegang tot (en zelfs het zichtbaar maken van) de patiënt regelen op verwijsniveau. Bijvoorbeeld, het kan zo worden ingesteld dat een diëtiste alleen maar die patiënten kan zien die naar haar verwezen zijn. En dat deze dan alleen maar die onderdelen van het protocol te zien krijgt waar ze wat mee moet doen. Met een op haar afgesteld profiel van de patiënt die precies die gegevens toont die ze nodig heeft om haar werk te kunnen doen.

En voor het ketenmanagement de zekerheid dat de declaraties soepel verlopen. Dat de ketenpartners soepel hun eigen verrichtingen kunnen registeren en dat er altijd overzicht is wie wat uitbetaald moet worden. Met allerlei rapportage en diseasemanagement tools zodat er gestuurd kan worden met de juiste informatie. Met de zekerheid dat het systeem momenteel wordt uitgebreid met methoden van veilige toegang voor de patiënt tot een beperkte, instelbare groep van data. Met proactieve monitoring.....

## Toegang voor de externe hulpverleners

De diëtiste heeft alleen op basis van autorisatie toegang tot patiënten die zijn toegekend aan de doelgroep 'diëtiëk'. En heeft daarmee alleen toegang tot het invullen van een deel van het Prodigmo protocol. Zo kan voor iedere gebruiker cq. doelgroep permissies worden toegekend.

Andere gebruikers kan toegang worden verleend om alleen een deel van het journaal zichtbaar te maken die betrekking heeft op een ICPC code. Het gaat hier alleen om een 'view'. Toevoegingen en of wijzigingen aanbrengen zijn niet mogelijk.

## Rapportage mogelijkheden

In de WebHIS Ketenzorg module voorziet in een volwaardige rapportage module die op basis van de ingevoerde informatie een overzichtelijke informatie kan aanleveren voor de deelnemende zorgverzekeraar en praktijken. Deze rapportage is o.a. opgebouwd uit de standaard set van de NHG indicatoren. Kerngegevens die hieruit worden gegenereerd zijn op basis van de praktijk, regio en later op landelijk niveau. Ook het exporteren van de informatie voor externe organisaties is mogelijk. Tevens is het mogelijk direct een exportbestand naar Excel aan te maken. Dit alles leidt tot een verbetering van de zorg door:

- Benchmarking onderling en over de gehele regio
- NHG// LHV set proces- en uitkomstindicatoren
- Feedback individueel// groepsniveau
- Bijsturing zondig op patiënt niveau
- Bewaking// bijwerking zorgprotocol