

AORTA: Architectuur van levensbelang



Betere zorg door betere informatie

postadres: Postbus 19121, 2500 CC Den Haag
bezoekadres: Oude Middenweg 55, 2491 AC Den Haag
telefoon: (070) 317 34 50; fax: (070) 320 74 37; e-mail: servicedesk@infoEPD.nl
www.nictiz.nl

Versie : 6.0.1.0
Datum : 16 april 2009

Inhoudsopgave

AORTA: Landelijke basisinfrastructuur van levensbelang	3
Inleiding	3
Nictiz	3
Verplaats u in de patiënt	4
Patiëntengegevens in dossiers	4
Dossiers in rust	4
Dossiers in beweging	5
Wat niet was	5
... komt ook nu niet!	5
De oplossing wordt: een virtueel landelijk elektronisch patiëntendossier	6
Het raadplegen van virtuele dossiers	6
Landelijk schakelpunt	7
Communicatiesystemen	7
Privacy	8
Toegangsbeveiliging	8
Gegevensbeveiliging	8
Speerpunten	9
Voordelen van de landelijke basisinfrastructuur volgens AORTA	9

AORTA: Landelijke basisinfrastructuur van levensbelang

Inleiding

Het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg in Nederland staat volop in de belangstelling. In de zorg is op dat gebied vooruitgang te boeken, zo blijkt uit onderzoek, door op een veel bredere basis dan nu gebruikelijk is zorggegevens uit te wisselen. Denk aan het voor waarnemende huisartsen toegankelijk maken van relevante patiënteninformatie. Of denk aan het raadplegen van gegevens over medicijngebruik in het geval van spoedeisende hulp.

Als het gaat om het grootschalig raadplegen of uitwisselen van informatie valt al gauw de afkorting ICT (informatietechnologie en communicatietechnologie). De zorg in Nederland kent trouwens al op diverse locaties kleinere en grotere initiatieven waarbij, met behulp van ICT, inzage wordt gegeven in medische informatie.

Nictiz, waarover hieronder meer, is speciaal opgericht om de informatievoorziening in de zorg te verbeteren. Een van de kerntaken voor Nictiz is het op landelijke schaal inrichten van communicatievoorzieningen om op een veilige en betrouwbare manier zorggegevens uit te wisselen. In Nederland wordt door o.a. de beleidsmakers gestreefd naar het invoeren van een virtueel landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). Ook andere landen houden zich daar mee bezig. In zo'n virtueel landelijk EPD kunnen daartoe bevoegde zorgaanbieders de voor hen, al naar gelang de zorgsituatie, relevante patiëntengegevens raadplegen. Het stelsel waarvoor Nictiz zich sterk maakt en dat bekend staat onder de term 'landelijke basisinfrastructuur', moet zó compleet worden dat op den duur ook het gewenste virtuele landelijk EPD wordt ondersteund.

De basisideeën en de technologie die voor het uitwisselen van zorggegevens nodig zijn, hoeven lang niet in alle gevallen nieuw te zijn. Allesbehalve zelfs. Op veel beleidsterreinen, ook buiten de zorg, wordt immers al jaren nagedacht over het op goed beveiligde wijze uitwisselen van informatie. Het feit echter dat het in dit geval medische gegevens betreft, die onderhevig zijn aan allerlei geheimhoudingsverplichtingen en dat het gaat om de opvraagbaarheid van deze gegevens, was een goede aanleiding het hele stelsel nog eens goed te doordenken. Het resultaat van dat denkproces door Nictiz is de landelijke basisinfrastructuur, AORTA genaamd, die we in de volgende pagina's tot leven zullen wekken.

Nictiz

Nictiz (Nationaal ICT Instituut In de Zorg) is in 2001 opgericht om een betere informatievoorziening tot stand te brengen rondom de zorgaanbieders en hun patiënten. Het uiteindelijke doel is de kwaliteit én de doelmatigheid van de zorg te verhogen. Hierbij wordt de ICT onontbeerlijk geacht. De geschiedenis van ICT in de zorg is langer dan u wellicht vermoedt: al zo'n veertig jaar is er sprake van geautomatiseerde systemen voor de administratie. Na de komst van de microchip en de PC wordt de ICT nu ook steeds meer gebruikt bij de dagelijkse zorgverlening.

Een belangrijke taak van Nictiz is om de regie te voeren over het ontwikkelen van de standaarden voor een landelijk te gebruiken virtueel elektronisch patiëntendossier (EPD). Daartoe helpt Nictiz ook mee aan het vormgeven van de landelijke basisinfrastructuur die het werken met een virtueel landelijk EPD mogelijk maakt. U moet hierbij onder andere denken aan het ontwikkelen van richtlijnen voor systemen met zorginformatie, met het doel deze geschikt te maken om automatisch, via een centraal punt te worden benaderd.

Ook zijn specificaties nodig voor de communicatievoorzieningen om het betrouwbaar uitwisselen van gegevens tussen zulke systemen mogelijk te maken. Van eminent belang daarnaast zijn voorschriften om allerlei vormen van beveiliging te regelen. AORTA is de naam voor deze landelijke basisinfrastructuur en de bijbehorende systemen.

Verplaats u in de patiënt

De zorgaanbieders zijn een gevarieerde groep. We bedoelen er de zorginstellingen mee, zoals ziekenhuizen en het management daarvan, maar ook de individuele zorgverleners, zoals artsen, apothekers en specialisten. Nauw betrokken bij de zorg zijn ook de zorgverzekeraars, met inbegrip van hun besturen. Al deze individuen kunnen ook zelf weer object van zorg worden, patiënt dus. We hebben er daarom in de volgende pagina's voor gekozen de lezers aan te spreken als patiënten. Zo vergeten we niet dat het ook bij de informatievoorziening in de zorg uiteindelijk te doen is om ons aller welzijn.

Patiëntengegevens in dossiers

Uw huisarts heeft van u een dossier met daarin alle gegevens die van belang zijn om u de juiste zorg te bieden. Als u bij uw apotheek wel eens medicijnen op recept hebt gehaald, dan heeft de apotheker een dossier aangelegd, deze keer met uw medicatiegegevens. Bent u ooit in een ziekenhuis terechtgekomen, dan is daar vanaf dat moment een dossier aanwezig met alle bijzonderheden die met de opname in uw ziekenhuis te maken hebben. Zo bezitten alle zorgaanbieders hun eigen, op uw en hun behoeften toegesneden dossiers van patiënten.

Komt u later terug bij uw eigen huisarts, dan kan deze uw huisartsdossier raadplegen om eventueel een verband met uw nieuwe klacht te vinden. Zijn er nieuwe medicijnen nodig? Om vast te stellen of deze wel samengaan met eventueel nog lopende medicaties kijkt uw apotheker in uw medicatiedossier. En als u onverhoopt wéér in het ziekenhuis komt, dan is het handig dat daar uw opnamedossier aanwezig is om na te gaan of de noodzakelijke behandeling geen complicaties zal veroorzaken.

Over wat voor soort dossiers hebben we het eigenlijk? In een aantal gevallen zal het dossier gedeeltelijk nog uit papier bestaan, bijvoorbeeld als er sprake is van fotomateriaal. In veel gevallen zal het dossier alleen elektronisch beschikbaar zijn: het staat 'in de computer'. En misschien komen er her en der nog volledig papieren dossiers voor? In al deze gevallen bevindt het dossier zich op de locatie waar de zorgaanbieder zetelt die voor het beheren van het dossier verantwoordelijk is.

Dossiers in rust

Tot zover niets aan de hand. U wendt zich tot vertrouwde, dan wel bekende zorgaanbieders en al uw patiëntengegevens zijn op hun locatie min of meer moeiteloos te achterhalen. Maar nu, u voelt hem al aankomen, nu wordt u opeens ziek terwijl de praktijk van uw huisarts wordt waargenomen door een arts op een vreemd adres. Of u moet met een recept medicijnen halen, maar u bent in een heel andere gemeente in Nederland dan waar u normaal woont. Of u krijgt een auto-ongeluk, honderden kilometers verwijderd van uw 'eigen' ziekenhuis. In al deze gevallen is de behoefte van de voor u onbekende zorgaanbieders even groot als die van de vertrouwde: zij zouden heel graag uw dossier raadplegen!

Laten we net doen of er helemaal niets geregeld is. Welke praktische oplossingen zijn er dan om toch uw patiëntengegevens bij de onbekende zorgaanbieders te krijgen? Vooropgesteld natuurlijk dat u in staat bent om de namen en overige gegevens van uw eigen, vertrouwde zorgaanbieders te verstrekken. Telefoneren? E-mailtje sturen? Kopie

ophalen? Zou allemaal kunnen, binnen normale praktijken en mits, in het laatste geval, de afstanden niet te groot zijn. Buiten praktijken en bij te grote afstanden kunt u zelf misschien nog een aantal gegevens uit uw geheugen opdiepen, maar of die ook medisch betrouwbaar genoeg zijn ...? In alle andere gevallen zit er voor de zorgaanbieders niets anders op dan hun medisch handelen te beginnen zonder uw dossier te raadplegen. En hoe competent de zorg in die omstandigheden ook gegeven wordt, u begrijpt, er zou iets mis kunnen gaan. Helaas wijst onderzoek uit dat in enkele gevallen een en ander ook daadwerkelijk slecht, zo niet fataal kán aflopen.

Dossiers in beweging

Het is gezien het bovenstaande niet verwonderlijk dat in Nederland een breed gedragen opinie bestaat dat het mogelijk moet zijn rationeler met de beschikbare patiëntengegevens om te gaan. Een van de hoofdredenen is natuurlijk dat de overal voortschrijdende automatisering één ding wel duidelijk heeft gemaakt: het is op zich niet moeilijk om gegevens die ergens digitaal zijn opgeslagen snel openbaar te maken. Via internet kunnen we in een mum van tijd allerlei bestanden doorploegen, van de Library of Congress in de VS tot de CD-catalogus van een willekeurige muziekverzamelaar met een eigen web-site. Via een PIN-pas kan overal ter wereld uw banksaldo worden geraadpleegd en kunt u direct betalen of geld trekken. Op de, alweer afgeschafte, Chipper-pas van de Postbank kon u behalve geld ook telefoonnummers opslaan die bij een Chipper-automaat te raadplegen én te bellen waren. Rotterdam werkt al met de Openbaar Vervoer-pas waar u geld op kunt zetten om in deze stad met metro, tram of bus te reizen.

Laten we eens op een rij zetten welke mogelijkheden er zijn en waren, om patiëntengegevens snel toegankelijk te maken. We zullen het daarbij nog niet hebben over de beveiliging van deze gegevens of over de privacy-aspecten die vanzelfsprekend een rol moeten spelen.

Wat niet was ...

Eerst het verleden. In de tijd dat de dossiers nog helemaal uit papier bestonden, had men er voor kunnen kiezen om dossier-o-theken in te richten. In kleiner of groter organisatieverband, dorp, stad, gemeente, regio, provincie, landelijk, had men de patiëntendossiers of kopieën ervan kunnen verzamelen. Speciaal daarvoor opgeleide dossier-o-thecarissen zouden op 24-uurs basis die verzamelingen op telefonisch verzoek kunnen doorzoeken en de relevante gegevens kunnen doorbellen. De logistieke aspecten zouden enorm geweest zijn: stelt u zich alle mutaties voor die dagelijks op papier hadden moeten worden doorgevoerd!

Men had in het papieren tijdperk ook een heel andere richting op kunnen gaan: iedereen een kopie van zijn dossier(s) op microfiche in de portefeuille, bijgewerkt na elk bezoek aan de eigen zorgaanbieder. Te raadplegen op bij zorginstellingen opgestelde microfiche-lezers.

... komt ook nu niet!

En nu? In het elektronisch tijdperk? In onze tijd zijn er oplossingen mogelijk die erg lijken op wat in het verleden had gekund. Alle patiëntengegevens, verzameld door uw huisarts, apotheker of ziekenhuis, kunnen centraal in elektronische patiëntendossiers worden opgeslagen. Deze dossiers kunnen vanuit het hele land worden geraadpleegd, bijvoorbeeld via internet.

Of, een andere oplossing, u draagt zelf voortaan een gegevenskaart op credit card-formaat met zich mee, met daarop uw eigen EPD, dat wil zeggen, al uw eigen patiëntengegevens. Deze gegevenskaart zou dan met geschikte apparatuur bij de zorginstellingen uitleesbaar moeten zijn.

De twee mogelijkheden van hierboven zijn voor Nederland overwogen, maar door Nictiz als kandidaat voor invoering op een zijspoor gezet. De reden om niet te kiezen voor de gegevenskaart blijkt vooral praktisch van aard: het vermoeden bestaat dat (te) veel mensen die kaart niet bij zich (willen) gaan dragen, en dan zou veel werk voor niets gedaan worden. De invoering van de landelijk, centraal op te slaan en te beheren elektronische dossiers met *reële* patiëntengegevens stuit vooral op organisatorische bezwaren. Het gaat nu te veel inspanning kosten om een landelijk bestand in te richten en te vullen met zulke patiëntendossiers. Trouwens, ook juridisch zou de speelruimte daarvoor te beperkt zijn. Technisch evenwel zou het allemaal heel goed kunnen.

De oplossing wordt: een virtueel landelijk elektronisch patiëntendossier

Welke oplossing staat Nictiz dan voor met AORTA? Simpel gezegd: een virtueel landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD), waarmee werkelijk bestaande patiëntendossiers ontsloten worden via een centrale index. Met een virtueel landelijk EPD bedoelen we dus een dossier waarin medische gegevens zelf niet voorkomen, maar slechts gegevens van de betreffende patiënt: diens naam, diens unieke zorgnummer, en adressen van de bronssystemen voor diens medische gegevens. Die laatste fungeren dan als verwijzingen naar de echte medische dossiers, daarom wordt ook wel gezegd dat het landelijke systeem een *VerwijsIndex* bevat.

De virtuele dossiers worden in de VerwijsIndex opgenomen doordat de beheerders van de informatiesystemen met echte dossiers deze bij het landelijke systeem aanmelden.

Als uniek zorgnummer is het burgerservicenummer (BSN) ingevoerd, in principe gelijk aan het SoFi-nummer, dat in Nederland al jaar en dag gebruikt wordt in het sociaal-fiscale domein om inwoners uniek van elkaar te onderscheiden.

De VerwijsIndex bevat voor een virtueel landelijk EPD dan bijvoorbeeld de volgende sleutelgegevens, *en niet meer dan deze*, ten behoeve van een patiënt:

Patiënt-naam:	A. van Harte
Burgerservicenummer:	12345678
Huisarts-dossier:	Huisarts-systeem A in gemeente Z
Apotheek-dossier:	Apotheek-systeem B in gemeente Y
Ziekenhuis-dossier:	Ziekenhuis-systeem C in gemeente X

Het raadplegen van virtuele dossiers

Laten we even aannemen dat de beveiliging goed geregeld is en dat vaststaat wie de virtuele landelijk EPD's mogen raadplegen. Hoe gaat het benaderen van de echte dossiers dan in zijn werk als een zorgverlener vragen heeft over een patiënt?

De zorgverlener logt via zijn eigen systeem in bij het landelijke centrale systeem en geeft de naam en het burgerservicenummer van de patiënt op en ook het soort medische dossier dat bedoeld wordt. Het landelijke systeem controleert nu eerst of het virtuele landelijk EPD van die patiënt bestaat, dat wil zeggen: of er voor deze patiënt wel echte dossiers zijn aangemeld. Daarna controleert het landelijke systeem of er wel een

verwijzing is naar de gevraagde soort dossiers. Een volgende controle bepaalt of de zorgverlener wel geautoriseerd is op basis van zijn of haar UZI-pas.

Indien de controles positief resultaat hebben, zoekt het landelijk systeem via de VerwijsIndex contact met het lokale informatiesysteem waarin het bedoelde medische dossier zich bevindt. Vervolgens worden uit dit werkelijke dossier van de patiënt de antwoorden opgehaald, waarna de opvragende zorgverlener deze op zijn eigen beeldscherm kan bekijken. Voor de goede orde: er is geen sprake van het verplaatsen van bestaande dossiers, er is alleen sprake van het inzien van gegevens.

Het landelijke centrale systeem dat de uitwisseling verzorgt, wordt ook wel het landelijk schakelpunt genoemd. In de volgende paragraaf leest u er meer over.

Landelijk schakelpunt

Het landelijk schakelpunt (LSP) is de spin in het web van de communicatie met betrekking tot de uitwisseling van patiëntgegevens. Ten eerste is hier de hele VerwijsIndex gesitueerd waarmee de opvragende partijen de patiëntendossiers in de verschillende decentrale informatiesystemen kunnen raadplegen. Met de VerwijsIndex kunnen alle aangesloten systemen en de daarin opgeslagen medische dossiers worden benaderd. Of het nu gaat om een huisartsinformatiesysteem (HIS), een apotheekinformatiesysteem (AIS), een ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS), of een van de andere bestaande informatiesystemen.

Maar het LSP doet meer. Het controleert ook of de opvragende partij wel bevoegd is om de betreffende systemen en/of de dossiers daarin te raadplegen. Dan hoeft het aangesloten systeem zelf dat niet meer, of niet nogmaals te doen. Daaraan gekoppeld kan het LSP meteen bepalen welke deelbevoegdheden de opvragende partij verder nog bezit. Het zal immers vaak zo zijn dat niet iedere opvrager zo maar alle soorten gegevens mag bekijken. Zorgverleners kunnen alleen voor hun relevante informatie opvragen. Zo heeft een fysiotherapeut op grond van zijn professie geen toegang tot medicatiegegevens van een patiënt. Het LSP zorgt er daarom voor dat alleen die informatie beschikbaar komt die voor de ingelogde opvrager toegankelijk is. Een daarvoor opgerichte Stuurgroep Autorisatie heeft de standaardregels bepaald met betrekking tot toegangsrechten tot soorten medische dossiers per type zorgverlener. Individuele wensen van patiënten kunnen dit verder inperken.

De zorgaanbieders blijven overigens zelf verantwoordelijk voor het beschermen van de kwaliteit en de privacy van de patiëntgegevens in de informatiesystemen die onder hun beheer vallen.

Een andere functie van het LSP zal zijn om, op het moment dat uitwisselen van informatie tussen dossiersystemen aan de orde is, op betrouwbare wijze de verbinding tussen die twee systemen tot stand te brengen. Denk aan het uitwisselen van grote bestanden met röntgenfoto's, wat niet *via* het LSP hoeft te verlopen maar wel na bemiddeling *door* het LSP.

Communicatiesystemen

Inloggen, vragen stellen en antwoorden krijgen zijn allemaal vormen van communicatie. Daarom voorziet de landelijke basisinfrastructuur AORTA natuurlijk ook in communicatievoorzieningen. Gekozen is voor een infrastructuur op basis van internettechnologie, die de onderlinge verbinding mogelijk maakt tussen alle aangesloten

informatiesystemen. Daarnaast moet het landelijk schakelpunt zelf natuurlijk met al die systemen verbinding kunnen maken, en omgekeerd.

Van de vereiste prestatieniveaus noemen we er enkele: breed inzetbaar; goed beveiligd; 24 uur per dag/7 dagen per week in de lucht; praktisch storingsvrij; korte responsetijden van enkele seconden.

Privacy

Alle wettelijke en andere voorschriften met betrekking tot het respecteren van de privacy en het beroepsgeheim gelden ook onverminderd voor de toegang tót en de uitwisseling ván elektronisch beschikbare medische gegevens. Op dit terrein zijn diverse bestaande wetten van toepassing. We noemen de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet Elektronische Handtekeningen (WEH) en de Kaderwet Elektronische zorginformatieuitwisseling (wet EPD).

Zo is volgens de WGBO iedere zorgaanbieder gehouden om aan eventuele wensen van individuele patiënten m.b.t. de afscherming van zijn of haar gegevens, tegemoet te komen.

Voor patiënten geldt dat ze bij het LSP kenbaar kunnen maken niet mee te willen doen. Bovendien kunnen door de patiënt eventueel individuele zorgverleners van inzage in zijn/haar gegevens worden uitgesloten.

Op termijn kunnen patiënten, via het LSP, zelf toegang krijgen tot hun eigen elektronisch beschikbare medische dossiers. Zij zullen dan tevens kunnen bepalen welke zorgaanbieders hun gegevens mogen raadplegen en kunnen zien welke raadplegingen er daadwerkelijk hebben plaatsgevonden.

Toegangsbeveiliging

Als een 'onbekende' zorgaanbieder via het LSP toegang zoekt tot een van uw medische dossiers in een systeem dat door uw eigen zorgaanbieder wordt beheerd, moeten u en uw eigen zorgaanbieders erop kunnen vertrouwen dat die andere zorgaanbieder werkelijk degene is waarvoor hij zich uitgeeft. Die ander heeft daarvoor een heel proces doorlopen waarmee hij een persoonsgebonden vertrouwensmiddel heeft verworven. De daarbij behorende codes zal hij bij het inloggen op het LSP kenbaar moeten maken of moeten invoeren om zijn identiteit daadwerkelijk zeker te stellen. Als vertrouwensmiddel moet u denken aan een elektronische pas, beveiligd met een pincode, de zogenaamde UZI-pas.

Aan de andere kant moet die 'onbekende' zorgaanbieder erop kunnen vertrouwen dat het medisch systeem waartoe hij toegang zoekt ook daadwerkelijk een systeem is dat gerechtigd is uw medische dossier(s) te beheren. De controle daarop wordt door het LSP uitgevoerd.

Er bestaat een openbaar register waarin alle zorgaanbieders met hun Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI) worden opgenomen. De zorgverleners, zorginstellingen en zorgsystemen zullen gebruik moeten maken van een UZI-pas (3 jaar geldig) om zich bij het landelijk systeem te identificeren.

Gegevensbeveiliging

Als een zorgaanbieder eenmaal toegang heeft tot een medisch systeem met patiëntendossiers dan krijgt deze te maken met allerlei beveiligingsaspecten.

De gegevens moeten *vertrouwelijk* blijven, opdat niemand anders dan de geautoriseerde zorgaanbieders de gegevens kunnen raadplegen.

Tijdens het uitwisselen moet iedereen er op kunnen vertrouwen dat gegevens *integer* blijven, dat wil zeggen dat deze onderweg niet worden gewijzigd.

Het raadplegen of uitwisselen van gegevens moet *onweerlegbaar* zijn, dat wil zeggen dat geen van de betrokkenen later kan beweren dat de toegang tot de informatie niet heeft plaatsgevonden.

De uitwisseling van gegevens moet *betrouwbaar* zijn, dat wil zeggen dat zeker moet zijn dat ze aankomen bij diegene(n) voor wie ze bedoeld zijn.

De gegevens moeten *volledig* zijn, omdat onvolledige gegevens makkelijk tot verkeerde, of zelfs medisch gevaarlijke conclusies kunnen leiden.

De gegevens moeten *actueel* zijn: iedere zorgaanbieder heeft de plicht de dossiers bij te werken met de laatst bekende gegevens van zijn patiënten én om gewijzigde dossiers bij het LSP aan te melden.

Overigens kan het gewenste niveau van vertrouwen per gegevenssoort en toepassing verschillen. Ook zijn sommige zekerheden in bepaalde gevallen waarschijnlijk niet eens nodig, maar hebben we ze hierboven alleen voor de volledigheid genoemd.

Speerpunten

Nu de voorzieningen met betrekking tot het LSP en de benodigde communicatiesystemen zijn gerealiseerd, is de tijd gekomen om de verschillende informatiesystemen met medische dossiers aan te sluiten. Het streven bestaat om snel concrete doelen te bereiken en daarom is er voor gekozen zich aanvankelijk te beperken tot het invoeren van het tweetal hierna beschreven speerpunten.

Onderzoek heeft aangetoond dat er jaarlijks veel vermijdbare medicatiefouten worden gemaakt. Het verminderen daarvan verhoogt de kwaliteit van de zorg aanzienlijk en kan mensenlevens redden. Daarom is als **eerste** speerpunt de uitwisseling van *medicatiegegevens* aangewezen. Als een zorgaanbieder besluit tot het voorschrijven van medicijnen aan een patiënt, dan is via de inzage van *medicatiegegevens* alle aangemelde medicatiehistorie van deze patiënt terug te vinden. Die historie zal meestal bestaan uit daadwerkelijke verstrekkingen. Verder bevat het de voorschriften ten aanzien van het medicijngebruik.

Het **tweede** speerpunt betreft de *huisartswaarneemgegevens*, waarmee centrale huisartsenposten tijdens de avond-, nacht-, of weekend-dienst het huisartsendossier van de vaste huisarts kunnen inzien. Omdat het gaat om een snelle indruk zal de belangstelling vooral uitgaan naar de professionele samenvatting die bij de vaste huisarts beschikbaar is.

Voordelen van de landelijke basisinfrastructuur volgens AORTA

In het algemeen springt natuurlijk één voordeel van het geschetste stelsel meteen in het oog: er vindt voortaan een betere overdracht van medische informatie plaats naar vervangers van de u vertrouwde zorgaanbieders. Tweede voordeel is de betere overdracht van medische informatie tussen uw eigen vertrouwde zorgaanbieders. Het

kan niet anders dan dat daardoor minder medische fouten gemaakt zullen worden, zowel in spoedeisende gevallen als bij reguliere medische zorg.

Als de landelijke basisinfrastructuur AORTA breed wordt gebruikt, krijgt Nederland een flexibel systeem dat is voorbereid op allerlei toekomstige ontwikkelingen. Bij een goed opgezette toegangsbeveiliging is het bijvoorbeeld mogelijk nog meer beroepsgroepen uit de zorg toegang tot de dossiers te geven. Op basis van beveiligingsprotocollen die bij hun rol en functie passen valt daarbij te denken aan verplegend personeel, medewerkers in de thuiszorg en ambulancepersoneel.

Brede invoering van het landelijk EPD staat nu voor de deur. Proefnemingen in het land hebben de werking van OARTA bewezen en de eerste zorgtoepassingen voor uitwisseling medicatiegegevens en huisartswaarneemgegevens zijn gereed.

Als het aantal speerpunten in de nabije toekomst wordt uitgebreid, waarmee de invoering van het virtuele landelijk EPD steeds dichterbij komt, dan zullen verdergaande voordelen aan het licht komen. Zou het niet mooi zijn als verschillende medische beroepsgroepen gezamenlijk een dossier analyseren, om zo, in collegiaal overleg, de meest geschikte zorgstrategie voor een patiënt uit te stippelen? Niet gehinderd door afstand of tijd? Zonder dat er sprake is van vermenging van competenties, ieder met zijn eigen verantwoordelijkheden, ieder in zijn eigen rol van aan de patiënten toegewijde zorgaanbieder?