

WeMove-programma belofte niet in

loste



Op 31 maart aanstaande zal in Dordrecht tijdens een zo genoemde “milestone meeting” het programma WeMove worden afgesloten. WeMove staat voor: Waardenland elektronisch Medicatieoverzicht voor elk. Ik berichtte hier eerder op 12 september 2015 en 21 september 2015 op deze website. Doel van het programma, dat van 2013 tot nu liep, was de beschikbaarheid van een actueel en kwalitatief goed medicatieoverzicht bij elk contact van een zorgaanbieder met een patiënt met gebruikmaken van het Landelijk SchakelPunt(LSP). Daarnaast beoogde men ook zoveel mogelijk zorgaanbieders uit de andere sectoren (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg(VVT), gehandicaptenzorg, GGZ, revalidatiezorg) met dit medium te laten participeren in de elektronische medicatieoverdracht. In de aankondiging van de slotbijeenkomst wordt gesproken van de goede start die gemaakt is met het gebruik van het LSP. De resultaten, die behaald zijn tijdens het WeMove-programma zijn op de keper beschouwd zeer mager. Bij nadere beschouwing van het Proof of Concept(PoC)-verslag over het gebruik van het LSP in de GGZ en VVT en een presentatie op de recente NEDHIS&EZD-congres op 23 maart in Vianen blijkt het bereikte resultaat nogal tegen te vallen.

Medicatieveiligheid in de regio

Onder die titel hielden programmaleider Leo van Jetten en apothekersvertegenwoordiger uit de regio Dordrecht/Gorinchem

Ton de Lange een presentatie op het NEDHIS&EZD-congres. In deze opvallend matte presentatie bleek vrij snel dat de kwaliteit van het medicatieoverzicht en dus de mate van betrouwbaarheid, als je alleen maar keek naar het onderlinge data-uitwisseling via het LSP tussen huisartsen, apothekers en ziekenhuizen sterk wisselde en daardoor vaak tegenviel. Ton de Lange schatte de betrouwbaarheid van het medicatieoverzicht, gezien vanuit de apothekers, op rond de 80, misschien 90 % als de burger tenminste bij elke zorgaanbieder/apotheek een opt-in-toestemming verstrekt had. Voor dit percentage was mondelinge verificatie door de apotheker bij de patiënt ook nog nodig. Zodra er echter sprake was van een ziekenhuisopname, waarbij de medicatie vrijwel altijd wijzigt, liep de betrouwbaarheid terug tot naar schatting 20%. De reden daarvoor is dat via het LSP door de specialist in het ziekenhuis alleen een medicatieoverzicht aangevraagd kan worden via het LSP. Data van prescripties in het ziekenhuis kunnen niet terug geleverd worden via het LSP. Daardoor kan het medicatieoverzicht totaal veranderd zijn zonder dat zulks via het LSP bij huisartsen en apothekers bekend wordt. Aan de patiënt moet dan op de "ouderwetse" manier weer gevraagd worden wat die na de opname aan medicatie in bezit heeft en wat hij/zij geacht wordt te gebruiken. De basale manier dus, waarop het zonder LSP ook altijd ging. [Op het schema op sheet vier van de presentatie WeMove-medicatieveiligheid](#) is aan de rode en gele lijnen te zien welke cruciale verbindingen er in de communicatie ontbreken.

PoC-verslag GGZ en VVT-communicatie

[Op het internet is het Proof of Concept verslag te vinden](#) over de pogingen medicatieoverzichten te genereren via het LSP voor de organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg(GGZ) en de VVT. Het verscheen 31 januari 2016. Manmoedig wordt gepoogd een positief beeld te schetsen, maar bij lezing van het verslag valt op hoe vaak het niet, gedeeltelijk, traag of soms wel werkte. Het wordt direct duidelijk dat het voor wat

betreft de thuiszorg geen geslaagde exercitie was. Dat was ook te voorspellen, omdat de toedienaars van de medicatie bij de patiënt thuis geen directe toegang hebben of zullen krijgen met een UZI-pas.

In de GGZ en de verplegings- en verzorgingshuizen is er niet sprake van een erg geslaagd opvraagproces. Het blijkt onmogelijk blind te varen op de gegevens die bij een positieve inlog verkregen werden. Traagheid van het opvraagproces maakte in de GGZ dat daar vooral gebruikt werd gemaakt van "prefetching". Aan de hand van de agenda voor de komende werkdag werd uren voor het verschijnen van de patiënten het LSP bevraagd om op tijd een medicatieoverzicht te krijgen. Het tijdens het consult opvragen duurde met op zijn kortst drie minuten toch wel aan de lange kant. De gebruikte applicatie "bevroor" vaak bij inloggen met de UZI-pas. Ook konden de GGZ-psychiaters geen medicatiebericht terug sturen waardoor hetzelfde probleem ten aanzien van de volledigheid van medicatieoverzichten ontstaat als wat in de vorige alinea beschreven is met de ziekenhuizen. Overigens deden maar twee van de zeven psychiaters mee.

Bij het lezen van de ervaringen van de specialisten ouderen zorg in de verpleeg- en verzorgingshuizen klinkt een iets positiever geluid, maar als eerste conclusie wordt wel duidelijk gesteld dat het huidige LSP-gebruik de gebruikelijke manier van het opmaken van medicatieoverzichten niet vervangt.

Mandatering

Wat bij kritische lezing opvalt dat er ondanks duidelijk regelgeving over het gebruik van UZI-passen en mandatering van andere werkers gesuggereerd wordt de grenzen van de mandatering tot het onbetamelijke op te rekken. Op pagina 9 staat in het verslag:

Er zijn geen artsen werkzaam in de thuiszorg, waardoor niemand de verpleegkundigen kan mandateren. Eventueel kan aan

de huisarts gevraagd worden te mandateren voor zijn/haar cliënten, maar daar is dan vaak een groot aantal huisartsen bij betrokken. In een thuiszorgorganisatie die onderdeel is van een grotere VVT-instelling kan eventueel een specialist ouderenzorg de mandatering doen, maar het betreft niet zijn patiënten, dus dat is eigenlijk niet geoorloofd.

Door ongeoorloofde mandatering, die hier gesuggereerd wordt hebben bij uitrol over heel Nederland van dit soort programma's te veel mensen op ongeoorloofde wijze toegang tot het LSP-systeem.

Conclusie

Volledige lezing van het Proof of Concept verslag kan ik iedere kritische volger van het LSP aanbevelen. Dat er dingen soms niet goed lopen bij een veldtest is voor te stellen. Het ongebreidelde optimisme ondanks serieuze onvolkomenheden in via het LSP verkregen medicatieoverzichten valt helaas ook weer te plaatsen in de rubriek mooipraat en juichtaal.

De grootste manco's liggen in de slechte interoperabiliteit van deelnemende ICT-systemen en het beperkte aantal opt-in-toestemmingen.

Als het echt goed zou gaan zouden de financiers van WeMove, zorgverzekeraar VGZ en het bij zorgverzekeraar CZ horende CZ-fonds, ongetwijfeld de financiering van het WeMove-programma verlengd hebben. De doelstelling die in de naam van het WeMove-programma besloten ligt is bij lange na niet gehaald.

W.J. Jongejan