

# SCHIP ZOEKT KAPITEIN

*Zonder centrale regie komt een Nederlands EPD er niet*

Het papierloze ziekenhuis is nog steeds een fictie. Er moet nu snel een goed elektronisch patiëntendossier komen. Maar het ontbreekt aan centrale regie, grote betrokkenheid van bestaande ZIS-leveranciers en investeringsbereidheid. Sturing door de overheid is gewenst en gelegitimeerd.

JAAP VAN DEN HEUVEL

In 1990 schreef ik met een collega een artikel met de titel 'Automatiseren: waarom niet in het medisch dossier?'<sup>1</sup> Die vraag was toen natuurlijk retorisch bedoeld. We zagen erg veel voordelen en waren zeer positief gestemd. Nu, zeventien jaar later, is deze vraag niet langer retorisch, maar oprecht: waarom is het automatiseren van het medisch dossier nog steeds niet gelukt?

Natuurlijk wordt hier en daar vooruitgang geboekt, maar van een echte doorbraak is eigenlijk nog geen sprake. Het papierloze ziekenhuis is nog steeds een fictie. De profetie van de politiek dat er binnen een jaar een elektronisch dossier zou komen, is binnen een jaar herroepen en op de lange baan geschoven. Pelgrimstochten naar verre landen resulteren wel in mooie verhalen bij terugkomst, maar leiden zelden tot werkbare implementaties. Waarom is het medisch dossier nog steeds niet geautomatiseerd? Om die vraag te beantwoor-

den, moeten we kijken naar functionele en technische aspecten, maar vooral ook naar de aanbieders en ontwikkelaars van systemen.

## GESNEUVELD

Wat betreft de functionele aspecten viel al snel de spraakverwarring op die rond het automatiseren van het medisch dossier was ontstaan. Sinds enkele jaren staat de 'm' in EMD voor medicatie. Bovendien werd duidelijk dat het ook handig is

als er ook verpleegkundige informatie in kan worden opgeslagen. Omdat hiermee een zeker risico op overlap bestond, leek het beter te spreken van een elektronisch patiëntendossier (EPD).

Voor een goed functioneel ontwerp zijn ontwerpers nodig die alle

mogelijkheden van de ontwikkelsoftware kennen, goed kunnen communiceren met betrokken zorgverleners en inzicht hebben in de zorgprocessen. Als al deze kwaliteiten in de juiste mix worden ingezet, is er een kans van slagen. Vaker hebben echter één of twee van deze kwaliteiten de overhand. Het EPD ziet er bij de presentatie dan volgens de zorgprofessionals geweldig uit, maar werkt na invoering op de poli toch niet zo handig, omdat het niet aansluit bij het

zorgproces. Een tweede valkuil betreft de inhoud van het EPD. Die moet volgens de gebruikers zo volledig mogelijk zijn. Eigenlijk moet alles erin. Daarop is menig EPD in schoonheid gesneuveld. De kunst is om precies die informatie te leveren die nodig is in een speci- >>

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

***Na invoering blijkt het systeem niet aan te sluiten bij het zorgproces***

---

<< fieke stap van het zorgproces. Wie een EPD wil ontwikkelen, zal dus veel aandacht, energie en dus geld moeten stoppen in het maken van een goed ontwerp.

#### STEEDS FRAAIER

Technische mogelijkheden als processorsnelheid en geheugencapaciteit zijn de afgelopen jaren exponentieel toegenomen. Toch heeft dit niet het gewenste EPD gebracht. Het mechanisme dat hieraan ten grondslag ligt, is dat programmaontwerpers de computercapaciteit graag maximaal benutten en steeds fraaiere dingen maken.

De nieuwste pc van mijn zoon heeft een harde schijf van minstens 500 gigabyte, om over een dual core processor nog maar te zwijgen. Tijdens mijn studie liet ik in mijn eerste pc een harde schijf van maar liefst 20 megabyte inbouwen, omdat het wel handig was gegevens daarin op te slaan in plaats van op losse schijfjes. Tegenwoordig heeft een beetje spelletje toch wel 5 gigabyte nodig. Zo

blijven we ook met het EPD op exact dezelfde manier achter de feiten aanlopen.

#### TACHTIG KARAKTERS

Het systeem dat we in 1990 ontwikkelden, was geprogrammeerd in Databus, een databaseprogramma dat allang niet meer wordt gebruikt. Het kostte zeker een week om de programmeurs over te halen om teksten op te slaan in de database. Vervolgens bleek er per item hooguit ruimte voor tachtig karakters. Verder was het destijds niet mogelijk geweest om op het héle toenmalige ZIS ook maar één hedendaags computerspelletje te spelen.

Toch bleek het mogelijk om een EPD te ontwikkelen dat voorzag in de behoefte van artsen en verpleegkundigen. Dat lukte doordat er gedetailleerde proces- en informatieanalyses waren gemaakt, waardoor precies bekend was waar welke informatie werd geproduceerd en waar die vervolgens gewent was. Hoe primitief dan ook, het EPD voorzag daarmee wel in de informatie-

behoefte. Met andere woorden: het loonde om ermee te werken.

Toen op een vrijdag aan het einde van de dienst een patiënt per direct kon worden overgeplaatst en de arts 'alleen' nog maar een ontslagbrief hoefde te schrijven, bleek het toch wel erg handig dat voorgeschiedenis, medicatie en een actuele probleemlijst online beschikbaar waren.

Een tweede succesfactor was onze strategie om de mogelijkheden van de techniek vooral te benutten en zeker geen strijd aan te gaan met de, in die tijd, ontelbare, onmogelijkheden. Zo werd de beperking van de tachtig karakters in eerste instantie als een groot probleem ervaren, maar bleek in de praktijk dat de toegankelijkheid van de probleemlijst verbeterde als gebruikers zich tot de kern beperkten. Het ontwikkelde EPD is destijds maar op zeer kleine schaal gebruikt. Toen het ziekenhuis fuseerde en op een nieuw ZIS overging dat gebruikmaakte van een moderne database, gingen alle ontwikkelingen, inclusief het gedachte-

*Het EPD voorkomt fouten die worden gemaakt omdat artsen en verpleegkundigen niet tijdig over de juiste en volledige informatie kunnen beschikken.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

## SAMENVATTING

- *Het ontwikkelen van een EPD komt niet goed van de grond.*
- *De overheid zal daarom als aanbieder en als financier het voortouw moeten nemen.*
- *Een goed EPD betaalt zich vervolgens ruimschoots terug; in geld, maar vooral ook in kwaliteit van zorg.*

goed, verloren. Zelf ontwikkelen maakt heel kwetsbaar. Een EPD kopen lijkt de enige weg naar duurzaam succes, maar ook de aanbieders hebben zo hun problemen.

### FAILLISEMENTEN

De aanbieders en systeemontwikkelaars hebben de sleutel in handen om de komende jaren een goed functionerend EPD te ontwikkelen. Er zijn nu ongeveer zeven aanbieders van ziekenhuisinformatiesystemen actief in Nederland, en zoals bekend zijn er ongeveer honderd ziekenhuizen. Beide getallen kunnen door fusies en faillissementen nog wat wisselen, maar de conclusie is helder: het is door de omvang en het aantal spelers

de ziekenhuisinformatiesystemen in de Nederlandse ziekenhuizen heeft.

### SERIEUS

Voor de ontwikkeling van een goed EPD zijn strakke centrale regie, grote betrokkenheid van de bestaande ZIS-leveranciers en forse investeringsbereidheid vereist. Ook ons systeem van destijds kon alleen worden ontwikkeld met een behoorlijke overheidssubsidie. De wijze van subsidieverdeling over een vijftal projecten en de vrijblijvendheid ten aanzien van de resultaten, maakten dat het hele project uiteindelijk weinig opleverde. Dat moet nu dus anders. De overheid zal, als zij serieus van mening is dat het EPD er moet komen, fors moeten

## De ontwikkeling van een EPD verdient zichzelf ruimschoots terug

niet echt een aantrekkelijke markt om eens stevig in te investeren.

En dat is ook precies wat er mist en waardoor de kracht om een Nederlands EPD te ontwikkelen veel te gering is. De gevolgen: grote onvrede over wat de huidige leveranciers aanbieden aan EPD-oplossingen en tegelijkertijd een gebrek aan alternatieven.

Soms grote gezelschappen maken de gang naar het buitenland en vooral de verhalen uit de Verenigde Staten zijn vaak overweldigend. Ook als het gaat om het EPD lijken de mogelijkheden daar onbegrensd. Het naar Nederland halen van dergelijke EPD's blijkt echter nagenoeg ondoenlijk. Zelfs grote leveranciers, met als meest recente voorbeeld Philips, en honderden programmeurs in India hebben dit tot nu toe nog niet voor elkaar gekregen. De verwachting is niet reëel dat één van de huidige leveranciers met de briljante oplossing zal komen. De markt is te klein voor de vereiste investeringen en de klus is technisch en functioneel zeer complex. Als het al zou lukken, dan is de kans groot dat het systeem zichzelf in de ogen van de leverancier niet snel genoeg terugverdient en dat het alsnog misgaat. De vele malen dat BAZIS onder vele verschillende namen van de hand is gegaan, is daarvoor illustratief. Alleen al door het aantal wisselingen van eigenaar weet bijna niemand meer dat BAZIS het grootste marktaandeel van

(voor)investeren en een strakke projectstructuur met een verplichting ten aanzien van de resultaten moeten opleggen. De markt laat het hier om begrijpelijke redenen afweten, dus is overheidsoptreden volstrekt gelegitimeerd en gewenst.

### DOORBRAAK

Dat het EPD er moet komen, is eigenlijk volstrekt vanzelfsprekend. De huidige informatievoorziening rond zorgverlening in ziekenhuizen kan echt niet meer. Het leidt tot fouten in diagnosestelling en therapie. Het pijnlijkste voorbeeld betreft de medicatieverstrekking, waarin fouten worden gemaakt omdat artsen en verpleegkundigen niet tijdig over de juiste en volledige informatie kunnen beschikken. Het goede nieuws is dat deze fouten ongelofelijk veel geld kosten en dat er omgekeerd dus heel veel kan worden verdiend met een goed EPD. Daarom hoeft de overheid, beter nieuws is er bijna niet, ook alleen maar voor te financieren. De ontwikkeling van een EPD verdient zichzelf ruimschoots terug in geld, maar uiteraard ook in meer kwaliteit van zorg.

De voorgenomen overheidsinvestering van 100 miljoen euro in ICT kan hiervoor goed in stelling worden gebracht. Overigens is dit een sigaar uit eigen doos, want de ziekenhuizen krijgen eerst een veel grotere korting opgelegd. Toch heiligt het doel de middelen. Met

eerdere ervaringen in gedachten, is het essentieel dat het gehele bedrag wordt geïnvesteerd in één gezamenlijk project om één EPD te ontwikkelen. Wat vooral niet moet, is een strategie kiezen waarbij de middelen om politieke redenen over veel partijen worden uitgesmeerd.

De huidige leveranciers, die dienen te participeren in het project, kunnen na oplevering het EPD inbouwen in hun eigen ziekenhuisinformatiesysteem. Deze aanpak maakt het ook voor hen mogelijk hun investeringen terug te verdienen. De uniformiteit die het werken met één systeem oplevert, zal namelijk een grote toegevoegde waarde hebben bij het uitwisselen van informatie tussen ziekenhuizen.

In grote lijnen komt deze aanpak overeen met de ontwikkeling van BAZIS in het begin van de jaren zeventig. Ook toen is er door de overheid met succes een doorbraak geforceerd in de ICT waarvan de resultaten bij een groot aantal ziekenhuizen nog steeds hun waarde bewijzen. ■

dr. J. van den Heuvel,  
voorzitter raad van bestuur, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, destijds als ICT-consultant vanuit CMG werkzaam in het Zeeuwse Ziekenhuis in IJmuiden.

Correspondentieadres: j.v.d.heuvel@cwz.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

### Referentie

1. Petit JJ, Heuvel J van den. Automatiseren: Waarom niet het medisch dossier? *Medisch Contact* 2000; 55 (31-32): 933-5.

Meer MC-artikelen over het EPD vindt u onder de digitale versie van dit artikel op onze website:  
[www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

