

Zorgsector zit zichzelf in de weg bij ontwikkeling EPD

Vastgelopen programma

Ir. Jan G.M. van der Zanden,
interim-manager en ICT-architect

Correspondentieadres:
Jan@JanvdZanden.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De auteur meldt geen belangen te hebben bij (ICT) projecten in de zorg.

Gekoppelde ICT-systemen met veel eigenaren zijn onnoemelijk complex. Zij komen alleen van de grond als er stevig wordt ingezet op complexiteitsreductie. Maar dit wil het zorgveld niet.

beeld: Shutterstock

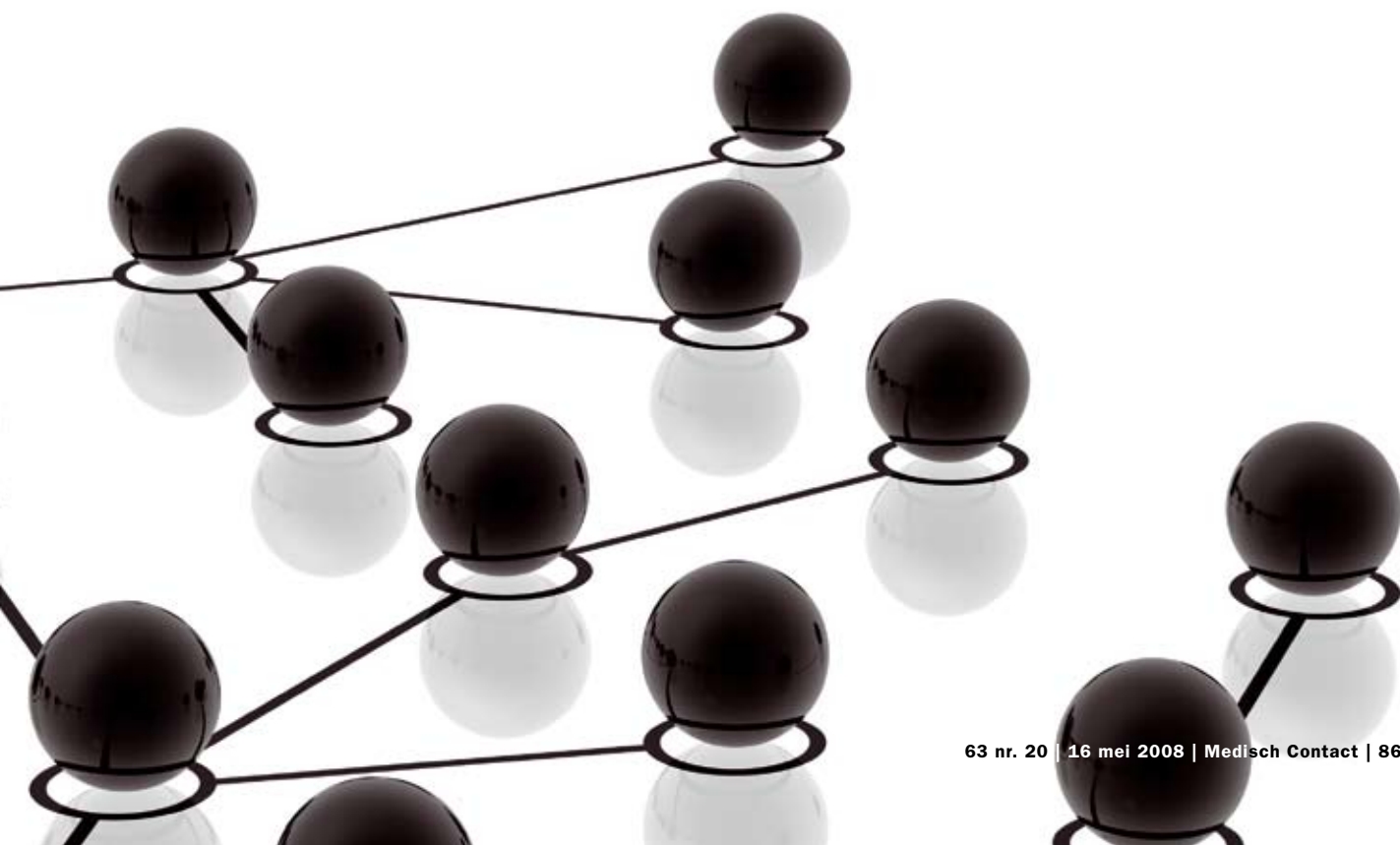
Het komende decennium worden er nog miljoenen geïnvesteerd in de ontwikkeling van het EPD, maar met bitter weinig resultaat. Dat komt niet door slechte ICT, maar door onnoemelijk complex opdrachtgeverschap en gebrek aan politieke moed.

Miljoenen klanten van grote banken kunnen al jarenlang op internet hun gegevens inzien, muteren en opdrachten geven. Zijn die gegevens vertrouwelijk? Ik dacht het wel. Zijn die data goed beveiligd? Ik dacht het wel. Alleen bepaalde personen kunnen er binnen de banken bij. Dat kunnen ook thuiswerkende medewerkers zijn. Zijn die gegevens complex? Daar lijkt het wel op: gegevens van een rekening-courant, beleggingen, verzekeringen, het pensioen, enzovoorts. Alleen plaatjes als röntgenfoto's

ontbreken nog. Maar die zijn met een kleine moeite toe te voegen. Vanaf de internet-*boom* halverwege jaren negentig hadden alle banken al snel een redelijk goed functionerende website met mogelijkheden voor elektronisch bankieren. Inmiddels zijn het volwassen betrouwbare systemen, met uitstekende beveiliging.

Burgerservicenummer

Waarom wil het met het elektronisch patiëntendossier (EPD) dan niet lukken? Heel eenvoudig:



SAMENVATTING

- Het EPD is inmiddels een al jarenlang voort-slepend grootschalig ICT-project met een brij aan opdrachtgevers.
- De gemeentelijke bevolkingsadministratie (GBA) en het landelijk politieregister lijden aan vergelijkbare problemen. Het landelijk handelsregister van de Kamers van Koophandel vormt door de bevochten aanpak een positieve uitzondering.
- Grootschalige ICT-projecten kunnen alleen slagen als er consequent complexiteitsreductie wordt toegepast en er eenduidig opdrachtgeverschap is.
- Voorspelling voor het EPD is een nog jarenlang traject met hoge kosten en een minimaal resultaat. De advies- en ICT-sector zullen hier vanwege commerciële belangen rustig aan meewerken.
- Een ingreep vanuit een centrale instantie (het ministerie) kan slechts soelaas bieden.

Dat lukt niet en dat gaat ook nooit goed lukken



CONNECT

we maken het veel te complex. Er moeten zo nodig decentrale, liefst regionale, systemen komen die allemaal compatibel dienen te zijn, verschillende gegevenseigenaren worden gedefinieerd en allerlei softwareleveranciers worden ingeschakeld om over standaarden te spreken en eigen softwarepakketjes bij zorginstellingen te installeren om hun *installed base* te beschermen. Ook dient er een Landelijk Schakelpunt (LSP) te komen om tussen alle verschillende systemen gegevens uit te wisselen. Enzovoorts. Wigersma stelt dat het wachten op het EPD lang duurt vanwege technische problemen rond computersystemen en software.¹ Dat is niet de kern. Het echte probleem is dat de opdrachtgever geen vastomlijnde eenduidige specificaties weet af te leveren. Dat is ook erg moeilijk, zo niet onmogelijk, als je zoveel belangen bij elkaar moet brengen. Zo mag het burgerservicenummer kennelijk nog steeds niet worden gebruikt ter identificatie van patiënten. Hoe moet dan een LSP van de grond komen?

Vierentwintig jaar

Het probleem lijkt op dat met de gemeentelijke basisadministratie (GBA).² In de jaren tachtig werd al de eerste opdracht verstrekt om tot een landelijk GBA te komen. Inmiddels zijn we vierentwintig jaar en enkele honderden miljoenen euro's aan kosten verder. En nog steeds is het niet mogelijk om met een druk op de knop iemand binnen enkele seconden te vinden en duurt een verhuizing

naar een andere gemeente eindeloos. Waarom? Omdat er 443 gemeentelijke beheerders zijn die hun autonomie niet willen opgeven. De remedie is een minister die voorschrijft dat er gewoon één centrale GBA komt, net als in Scandinavische landen. Dat spaart miljoenen en levert een veel beter product op. En gemeenteambtenaren kunnen gewoon worden geautoriseerd om met de juiste bevoegdheden daarin te muteren, net als bij banken. Aan één standaardpakket kun je best allerlei softwarepakketjes koppelen voor andere toepassingen, geen probleem. Maar men probeert het andersom op te lossen: vanuit allerlei pakketjes tot één landelijk samenhangend systeem komen. Dat lukt niet en dat gaat ook nooit goed lukken, net als bij het EPD.


Boeven

Het gedoe rond het EPD lijkt ook op de problemen met landelijke politieregisters. Er zijn 25 autonome korpsen, dus 25 beheerders. Eén goed landelijk systeem om boeven op te sporen, komt alleen van de grond als al die organisaties met één registratiesysteem gaan werken, maar dat gebeurt niet. Alle korpsen hebben dus zo hun eigen systemen. En natuurlijk is elke systeem voor het eigen korps het allerbeste wat er op de wereld bestaat. Het duurt eindeloos lang en kost eindeloos veel geld om al die systemen op elkaar af te stemmen. Dat wil niet opschieten, tenzij de minister voorschrijft dat er alsnog één centraal systeem komt. Maar het kan ook anders. In de jaren negentig was ik verantwoordelijk om voor 36 regionale handelsregisters bij de Kamers van Koophandel één register te maken. De problemen waren

vergelijkbaar. Een kwalitatief goed landelijk bestand kwam pas tot stand nadat de Kamers van Koophandel op basis van kosten en kwaliteit besloten om op één standaard over te gaan en wat autonomie in te leveren. Dat was beslist geen gemakkelijk besluit, maar na de nodige argumentatie lukte het wel. Vervolgens was het verstrekken van landelijke gegevens relatief een peulenschil. In de periode daarvoor was dat elke keer een drama.

Voorspelling

Gekoppelde ICT-systemen met veel eigenaren zijn onnoemelijk complex. Die complexiteit neemt toe met minimaal het kwadraat van het aantal eigenaren. Reken voor het zorgveld maar uit hoe ingewikkeld dat wordt - en blijft. Grote ICT-systemen komen alleen van de grond als er vanaf den beginne stevig wordt ingezet op complexiteitsreductie. Het zorgveld wil dit kennelijk niet. Men hecht te veel aan de eigen autonomie of 'not invented here'-syndromen. De minister

is niet bereid om die complexiteitsreductie te forceren of ziet de noodzaak daartoe niet in. Daarom doe ik de volgende voorspelling: we blijven nog minimaal tien jaar miljoenen investeren in de zorg-ICT, maar met bitter weinig resultaat. Dat komt niet door slechte ICT of slechte software. Dat komt door onnoemelijk complex opdrachtgeverschap. De sector zal deze impasse zelf niet weten te doorbreken, vermoed ik zo. Alleen de minister kan dat doen. Maar waarschijnlijk ontbreekt hem de moed, want hij zou zich er in de sector niet geliefd mee maken. Maar in de Tweede Kamer zou hij ermee kunnen scoren. Noch de organisatie-adviessector, noch de ICT-branche zullen hem dit jammer genoeg aanraden. Zij verdienen immers lekker aan deze ongebreidelde complexiteit. Ze zijn immers nog jaren verzekerd van niet opgeloste problemen, die toch om een oplossing vragen. De Tweede Kamer wil namelijk wel resultaten zien. Zo blijft er werk in het land. 



De bijbehorende literatuurlijst en een verwijzing naar een artikel van L. Wigersma over dit onderwerp vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

praktijkperikel

Na de operatie

Sinds twee jaar ben ik gepensioneerd, nadat ik 30 jaar als huisarts actief was. Nog regelmatig zie ik oud-patiënten. Zo zag ik laatst een 80-jarige, ongetrouwde voormalig patiënt die onlangs was geopereerd aan een, waarschijnlijk goedaardige, hersentumor.

De oud-patiënt was enigszins wereldvreemd en soms angstig. Hij wilde eigenlijk geen contact met hulpverleners en kwam zelden zijn huis uit. Zo lang ik hem kende, was hij nooit ziek geweest en hij zou op eigen initiatief nooit naar een dokter gaan. De enige medicatie die hij slikte was soms een benzodiazepine. Toch kwam hij uiteindelijk in twee verschillende ziekenhuizen terecht en door postoperatieve problemen duurde zijn opname zes weken.

Na zijn ontslag kwam ik hem tegen en vroeg hoe het was gegaan en of hij nog instructies had meegekregen. 'Nee dokter', luidde het antwoord. 'Ik kreeg een brief mee voor de huisarts en een recept. Ik heb de medicijnen laten halen en de brief is weggebracht.'

Ook zijn 76-jarige broer, die bij hem in huis woonde, was verder niets verteld.

Zijn voorgeschreven medicatie, voor drie maanden, bestond uit:

Diphantoine	3 d.d. 1
paracetamol	4 d.d. 2
ranitidine	2 d.d. 1
metoclopramide	3 d.d. 1
Omnicon	1 d.d. 1
oxazepam	3 d.d. 1
temazepam	1 d.d. 1

Deze medicijnen moest hij op vier tijdstippen innemen. Mijn vraag of hij wist waarvoor hij welke middelen wanneer moest nemen, beantwoordde hij ontkennend. Hij zei niet van plan te zijn zoveel pillen te nemen. Wel wilde hij graag iets hebben voor zijn urine-incontinentie (niet cerebraal) die in het ziekenhuis was ontstaan.

In overleg met zijn huisarts, die pas later in de week zou langskomen, is zijn medicatie drastisch gesaneerd.

Zou het niet zinvol zijn om een fatsoenlijk ontslaggesprek te houden bij elke wat gecompliceerd verlopen opname? En zou de huisarts en/of de wijkzorg niet binnen twee dagen op de stoep moeten staan? Vroeger was niet alles beter, maar dit verloop stelt mij niet gerust voor de toekomst van de patiëntenzorg.

Literatuur

1. Wigersma L. Ontwikkeling elektronisch patiëntendossier moet sneller kunnen. Medisch Contact 2008; 63 (11): 480.
2. Persbericht d.d. 19 maart 2008 van Programma Modernisering GBA. 'Hervatting programma modernisering GBA dichterbij'. Dit herziene en verder ingeperkte project is in 2003 in de steigers gezet nadat twee eerdere pogingen waren mislukt. De modernisering van het GBA is in 1984 gestart. Sinds begin jaren negentig zijn werkende *stand alone* gemeentelijke pakketten gerealiseerd. Sinds 2002 is er een simpel landelijk verstrekkingenbestand, dat met vertraging landelijke gegevens kan aanleveren.