

Niemand zit te wachten op een duur en onbetrouwbaar systeem

# Het EPD als luchtkasteel

W.J. Jongejan, huisarts niet-praktiserend (sinds juli 2007), publicist

Correspondentieadres: wjongejan@planet.nl; c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld,

Het ministerie van VWS verspreidt juichende nieuwsbrieven over het landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). Maar de huisartsen in de proefregio Twente weten wel beter: 'De invoering van het EPD is verder weg dan ooit.'

**A**ls op veel verschillende plaatsen medische gegevens elektronisch worden vastgelegd, is het aantrekkelijk deze te ontsluiten door ze aan elkaar te koppelen. De gedachte aan een landelijk elektronisch patiëntendossier is in 2001 ontstaan bij de toenmalige minister van VWS, Els Borst. Marktpartijen in de zorg-ICT hebben aangegeven aan dat een landelijk werkend EPD haalbaar is en zijn met ondersteuning van VWS begonnen met het realiseren van de daarvoor noodzakelijke infrastructuur. Het Landelijke SchakelPunt (LSP), met kostbare hardware waarover al het

elektronische verkeer over het EPD moet gaan lopen, is al gereed. Het LSP bevat de verwijzingsindex waarin is te zien welke zorgverlener welke patiënt onder behandeling heeft. De rechtvaardiging voor een

landelijk EPD ligt volgens de minister van VWS in een grotere patiëntveiligheid en een forse afname van de 19.000 vermijdbare ziekenhuisopnamen en zelfs doden als gevolg van medicatiefouten. Het EPD zou voorkomen dat een patiënt telkens opnieuw zijn verhaal moet doen, en tevens dubbel onderzoek vermijden. De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg zouden door het EPD toenemen.<sup>1</sup> Alleen blijkt de praktijk weerbarstiger dan de theorie bij het realiseren van een landelijk werkend EPD.

## Dwang

Als het gaat om regionale zorgcommunicatie met behulp van ICT, zien de gezondheidszorg-

werkers direct de voordelen. De schaalgrootte is overzichtelijk, de haalbaarheid van de projecten groot. Bij lokale en regionale ICT-projecten zijn de lijnen kort en kan men elkaar aanspreken op het niet goed functioneren. Waar kiezen de minister van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) echter voor? Dwang. De ministerraad heeft op voorstel van minister Klink ingestemd met de wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg om het EPD wettelijk te verankeren. Deze wijziging waarborgt (lees: stelt verplicht) dat alle zorgaanbieders aansluiten op het LSP en hun patiëntgegevens beschikbaar stellen voor andere behandelaren.<sup>2</sup> ZN heeft minister Klink laten weten dat ze hun leden vragen bij de contractbesprekingen met zorgaanbieders afspraken te maken over aansluiting op het EPD.<sup>3</sup> Hoewel op papier over de contracten mag en moet worden onderhandeld, bestaat er in de praktijk voor individuele zorgverleners als huisartsen geen onderhandelingsruimte over principiële zaken. Ook hier dus dwang. Het is in het licht van de goedlopende regionale ICT-projecten tekenend dat de overheid en ZN voor deze benadering hebben gekozen. Bang voor te geringe medewerking van de zorgaanbieders?

## Overdreven

VWS stimuleert het EPD uitbundig met allerlei nieuwsbrieven, die bijna wekelijks met Medisch Contact worden meegestuurd. Op deze A4-tjes, in kleurendruk uitgevoerd, wordt telkens uit de doeken gedaan dat het EPD binnenkort klaar is, dat alle neuzen dezelfde kant op wijzen en dat de individuele inspanning

*Een landelijk EPD: de praktijk is weerbarstiger dan de theorie*

van de aangesloten zorgverlener voor het EPD meevalt. Velen in de zorg weten wel beter. In een brief hebben KNMG, LHV, KNMP (apothekers), VHN (huisartsenposten), NHG en KNGF (fysiotherapeuten) er in april 2008 bij de minister op aangedrongen de ambitie van het kabinet om voor eind 2009 op landelijk niveau een betrouwbare en vooral veilige manier van gegevensuitwisseling binnen de zorg mogelijk te maken, drastisch bij te stellen.<sup>4</sup> Er lijken twee werkelijkheden te bestaan: die van de minister/ICT-managers bij VWS en die van de mensen op de werkvloer. De overdreven optimistische toon bij het EPD-project staat niet op zichzelf. Het is een vast patroon in de ICT-wereld. Veel grote ICT-projecten worden op deze wijze begeleid met nieuwsbrieven. Het hoofddoel ervan is een positief klimaat te scheppen en dient eigenlijk maar ten dele om de zorgaanbieders te informeren over de vorderingen.

#### Kwetsbaar

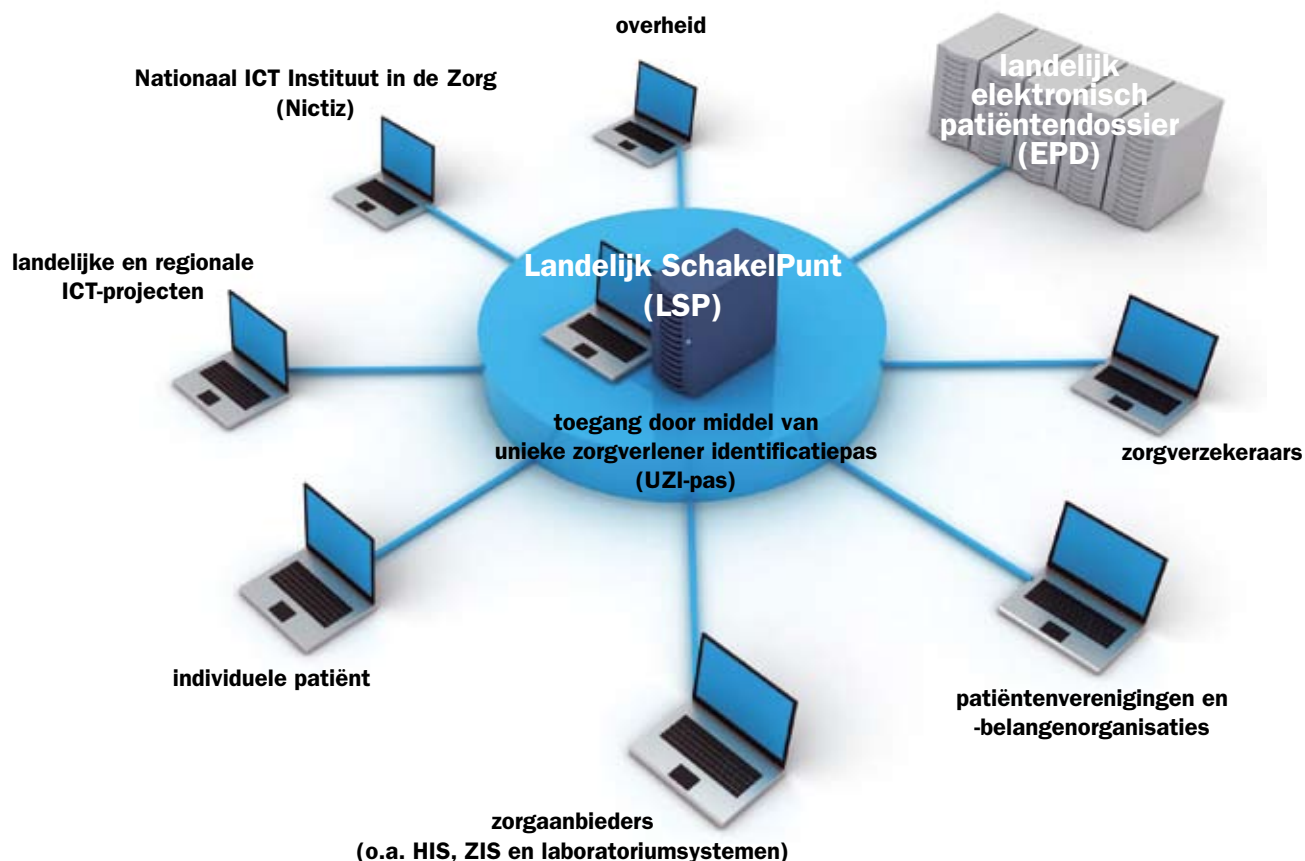
Om te kunnen opvragen wat er in het medisch dossier staat van een zorgaanbieder elders,

heeft de zorgverlener hard- en software nodig. Alle zorgaanbieders én hun personeel moeten een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas hebben en een paslezer voor elke werkplek. Het huisartsinformatiesysteem (HIS) zal updates moeten ondergaan om het geschikt te maken voor het EPD-berichtenverkeer. Software is nodig om de berichten te verzenden en ontvangen. Juist die keten van soft- en hardware maakt het EPD zo kwetsbaar. Het realiseren van een goede keten is vers één, maar het in stand houden van die keten is vers twee. Zelf merkte ik in een communicatieproject met het lokale ziekenhuis dat een update in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) of laboratoriumsysteem bij herhaling leidde tot het uitblijven van berichten. Elke keer deed zich een probleem voor waar men het niet verwachtte, ondanks uitvoerig testen.

Precies daarvoor waarschuwden in april dit jaar de vijf huisartsen die deelnemen aan de pilot waarneemdossier huisartsen (WDH; de voorloper van het EPD).<sup>5</sup> In maart verscheen al een artikel over de slakkengang waarin de pilot

Het Landelijk SchakelPunt (LSP) bevat de verwijzindex waarin is te zien welke zorgverlener welke patiënt onder behandeling heeft.

beeld: iStockphoto/MC



De hele keten is technisch erg kwetsbaar. Een kleine mutatie op één van de vele automatiseringslagen verstoort direct de keten.'



verliep door ICT-problemen.<sup>6</sup> Met behulp van het WDH krijgen waarnemende huisartsen op de huisartsenpost inzage in een samenvatting van patiëntgegevens, afkomstig uit het dossier van de eigen huisarts van de patiënt. De vijf huisartsen hadden allen hetzelfde HIS en al ervaring in regionaal berichtenverkeer. Over

de soft- en hardwareketen melden de huisartsen dat 'de hele keten technisch erg kwetsbaar is. Een kleine mutatie op één van de vele automatiseringslagen (Promedico, HAP-MD, Adastra, ZSP, Terminal Server, pc, Windows, Java

etc.) verstoort direct de keten.' De laatste woorden van de brief zijn: 'Als wordt gekeken naar de werkvloer is invoering van het EPD verder weg dan ooit.'

#### Boemerang

Hierop volgt de eerdergenoemde brief van de koepelorganisaties aan de minister met het verzoek de invoeringsdatum van het EPD drastisch bij te stellen.

Wat gebeurt er vervolgens? De minister antwoordt de koepelorganisaties dat de problemen worden opgeblazen. De teneur van de brief is: het proces loopt en is niet te stoppen. Er bestaat hooguit een voorbehoud over de haalbaarheid van de ingangsdatum van het EPD als er sprake zou zijn van onverwachte technische problemen. Verder stelt de minister: 'Nictiz (Nationaal ICT Instituut in de Zorg, red.) zal de performance van de keten op gestructureerde wijze analyseren en vaststellen waar eventueel verbeteringen mogelijk zijn.' Hoe goed het Nictiz ook zal kijken naar de materie, de inherente kwetsbaarheid van een softwareketen die op alle onderdelen continu updates behoeft, blijft bestaan. Ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) reageert en steunt de

minister in zijn reactie.<sup>7</sup> Het NPCF heeft liever een niet perfect werkend EPD dan geen EPD. Wat gebeurt er ten slotte met de toch wel alarmerend te noemen melding van de Twentse huisartsen? De stuurgroep pilot WDH regio Twente, waarin naast de huisartsen ook vertegenwoordigers van VWS, Nictiz en UZI-register zitten, maakt een nietszeggende eindevaluatie waarin deze noodkreet helemaal niet meer doorklinkt!<sup>8</sup> De onwelkome informatie van de deelnemende huisartsen is weggepoetst, maar zal in de nabije toekomst als een boemerang terugkeren.

#### Pech

Nog veel belangrijker dan de infrastructuur is de inhoud van de dossiers waaruit waarnemingsgegevens gaan worden opgevraagd. Om dat gestructureerd te kunnen doen, wordt er bij het EPD van uitgegaan dat de medische informatie van de patiënten is geregistreerd in de HIS'en volgens de ADEPD-normen (Adequate Dossiervorming met het EPD). Hierin staat dat de gegevens moeten zijn geregistreerd volgens de episodegerichte registratie (EGR). Er bestaan verschillende manieren om medische gegevens in een HIS vast te leggen: de probleemgeoriënteerde registratie (POR) en de EGR. Het NHG propageert al enige tijd het gebruik van de EGR, maar veel huisartsen zijn vertrouwd met de POR-wijze van registreren. Zij moeten dus een andere manier van registreren gaan toepassen. Ook data uit het verleden moeten ze volgens de EGR-richtlijnen vastleggen. Een gigantische hoeveelheid werk. Naar schatting is daar per gemiddelde praktijk 800 uur voor nodig. Twintig werkweken van 40 uur, terwijl de gewone praktijkvoering doorgaat! Die huisartsen hebben hun gegevens niet verkeerd vastgelegd; ze hebben alleen de pech dat tijdens hun werkzame bestaande ideeën over de registratiewijze zijn veranderd. Een groot aantal huisartsen zal die omzettingsslag nog moeten

## De minister antwoordt dat de problemen worden opgeblazen



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

**SAMENVATTING**

- Het ministerie van VWS is met veel geld bezig een landelijk werkend EPD te realiseren. Dit gebeurt top-down, om te waarborgen dat alle zorgaanbieders meedoen.
- De problemen bij huisartsen in de proefregio Twente worden weggepoetst. Het EPD is nog lang niet klaar om in 2009 te worden gerealiseerd.
- VWS doet precies datgene waarvoor de Algemene Rekenkamer bij herhaling waarschuwt: met grote overmoed wordt een duur, onbetrouwbaar werkend, luchtkasteel gebouwd.
- Veel verstandiger is de succesvolle lokale en regionale projecten te laten groeien en bloeien, gedragen als ze worden door de zorgaanbieders zelf.

maken. Het betekent wel dat in de tussentijd de vereiste structuur om de gegevens van buitenaf te benaderen ontbreekt. Ook is er discussie over de wijze waarop de EGR-richtlijnen te hanteren zijn. Twee huisartsen kunnen eenzelfde soort zorgcontact anders hebben benoemd/gecoördineerd. Ook dat vereist continue aandacht. De vraag is natuurlijk wat je zo aan een landelijk werkend EPD hebt.

**Denkfouten**


Waarom stort een ministerie zich zo op het realiseren van een landelijk werkend EPD? Is er sprake van een prestigeproject? Ten dele. Is er sprake van overmoed? Ja. Het is de Algemene Rekenkamer al eerder opgevallen dat er fundamentele denkfouten worden gemaakt bij de overheid.<sup>9-11</sup> De president van de Algemene Rekenkamer Saskia Stuiveling geeft in juni 2008 aan dat ICT-projecten bij de overheid vaak te complex, te ambitieus zijn. Door hun 'ICT-enthousiasme' zien hoge ambtenaren en politici automatisering als wonderoplossing voor problemen. 'Ze snappen nog steeds niet wat ICT wel en niet kan.'

Ook in 2007 gaf de Rekenkamer al aan dat onrealistische politieke ambities, behoefte aan snelle oplossingen voor problemen en gebrek aan kennis over de mogelijkheden van ICT de belangrijkste oorzaken zijn dat ICT-projecten

regelmatig mislukken. ICT-bedrijven hebben bovendien niet de neiging snel aan te geven dat iets niet kan en zetten daardoor de politici makkelijk op het verkeerde been.

Gezien de huidige ontwikkelingen rond het EPD is er overduidelijk sprake van overschatting van de mogelijkheden van ICT op dit terrein en een verregaande onderschatting van de problemen op de werkvloer.

**Gevaar voor patiënt**

In een proefsetting met slechts één aangesloten HIS is al sprake van een niet bedrijfszekere situatie. Gezondheidsschade kan ontstaan doordat gegevens óf niet altijd zijn te benaderen óf niet (volledig) zijn in te zien. Het is naar mijn oordeel gevaarlijk voor de patiënt om te worden behandeld op basis van niet altijd bereikbare en/of onvolledig toegankelijke informatie. Door op de huidige weg door te gaan en signalen van de werkvloer te negeren, bouwt VWS een zeer duur luchtkasteel; het landelijke EPD zal niet blijken te zijn wat men ervan verwacht. Veel verstandiger is om de vaak succesvolle weg van de regionale projecten te volgen die bottom-up ontstaan. En die dan geleidelijk uit te bouwen zonder het stellen van onhaalbare deadlines. 

# praktijkperikel

## *Incontinent*

Hij loopt nog altijd even recht als toen hij bij de politie werkte. Dat is nu meer dan twintig jaar geleden. Zijn geheugen is wel verslechterd evenals zijn oordeelsvermogen. Dat is niet zo gek, want hij is intussen 75 jaar.

Hij woont in een aanleunwoning van het verzorgingshuis. Volledig ontdaan zit hij op mijn spreekuur met een brief in zijn van zijn zorgverzekeraar. Daarin staat dat hij zijn incontinentiemateriaal voortaan zelf mag betalen. Althans dat leest hij eruit. Hij is helemaal van slag, want hij is na zijn prostaatoperatie incontinent gebleven. Het is altijd goed gegaan en nu moet hij van zijn beperkte toelage dit ook nog betalen.

Ik begrijp het ook niet, maar heb compassie met hem en bel de apotheker die het materiaal levert. Natuurlijk weet hij wat er

aan de hand is. Hij mag het incontinentiemateriaal niet meer leveren, want er is een bedrijf die het goedkoper en op verzoek van de zorgverzekeraar direct aan de patiënt levert. 'Maar', zegt de apotheker opgewekt, 'er is niets aan de hand. Als jij nu een recept schrijft voor een duurder geneesmiddel dan lever ik het incontinentiemateriaal, net zoals ik voorheen deed.' Ik weet dat er flexibel wordt omgegaan met indicatiestellingen, maar deze kende ik nog niet.

Moet ik deze lichtdementerende oudere patiënt laten opdraaien voor het conflict tussen de zorgverzekeraar en de apotheker? Of speel ik het spel mee en ga voor mijn gevoel over de schreef door de waarheid te verdraaien?

#### Referenties

1. Brief van ministerie van VWS, kenmerk MEVA/ICT-2848356, gericht aan KNMG, LHV, KNMP, VHN, NHG en KNGF, n.a.v. een gezamenlijke brief van deze organisaties betreffende de haalbaarheid en realiseringstempo van de huidige plannen van VWS, 9 mei 2008.
2. Wetsvoorstel EPD, zorgaanbieders verplicht aansluiten op digitaal schakelpunt LSP, [www.huisartsvandaag.nl](http://www.huisartsvandaag.nl), 28 april 2008.
3. Huisartsvandaag / ICTzorg, vermelding op ICTZORG-site, 18 juni 2008-06-27
4. Brief van KNMG, LHV, KNMP, VHN, NHG en KNGF, referentie 08-12114, 21 april 2008.
5. Problemen EPD op werkvloer in schril contrast met politieke beloftes minister Klink, [www.huisartsvandaag.nl](http://www.huisartsvandaag.nl), 21 april 2008.
6. WDH-pilot van superkoploper Twente vordert in slakken gang, Gerda Mensink-van den Boom, SynthesHIS, maart 2008; 1; jaargang 7.
7. NPCF, brief aan KNMG, 13 mei 2008.
8. Evaluatie pilot WDH Twente/Enschede, I. Ruiter en M. van Hees, mei 2008.
9. Lessen uit ICT-Projecten bij de overheid; deel B; voorlopige versie, Algemene Rekenkamer, juni 2008.
10. 'Ze snappen nog steeds niet wat kan' Interview met Saskia Stuiveling, president Algemene Rekenkamer, in NRC Handelsblad, 26 juni 2008.
11. Rekenkamer: ICT bij Overheid is rommelig, redactioneel artikel in NRC Handelsblad, 26 juni 2008.